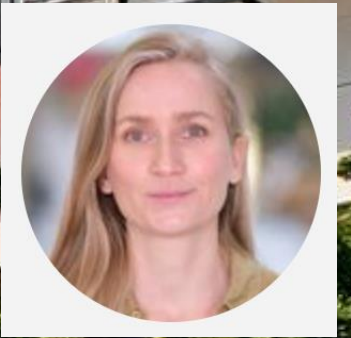




Vivantes Klinikum Neukölln

Psychische Krisen in Schwangerschaft und Wochenbett, eine interdisziplinäre Aufgabe

**Dr. Lina Dornhof, OÄ Psychiatrie und Psychotherapie,
Peripartale psychische Krisen**

15.10.2025

1. Einstieg und Ziele
2. Definition und Überblick
3. Prävalenz und Überblick über verschiedene Störungsbilder
4. Peripartale Depression
5. Geburtsbezogene Posttraumatische Belastungsstörung (GB-PTBS)
6. Postpartale Psychosen
7. Prävention und peripartales Management
8. Behandlung und Versorgung
9. Beispiel Mutter-Kind-Behandlungen im Vivantes Klinikum Neukölln
10. Praktische Hinweise und Ressourcen
11. Literatur

„Psychische Störungen zählen zu den häufigsten Erkrankungen in der Peripartalzeit“

„Peripartale psychische Erkrankungen sind immer noch unterdiagnostiziert und unterbehandelt, nur ca. 15% der Betroffenen werden adäquat behandelt“

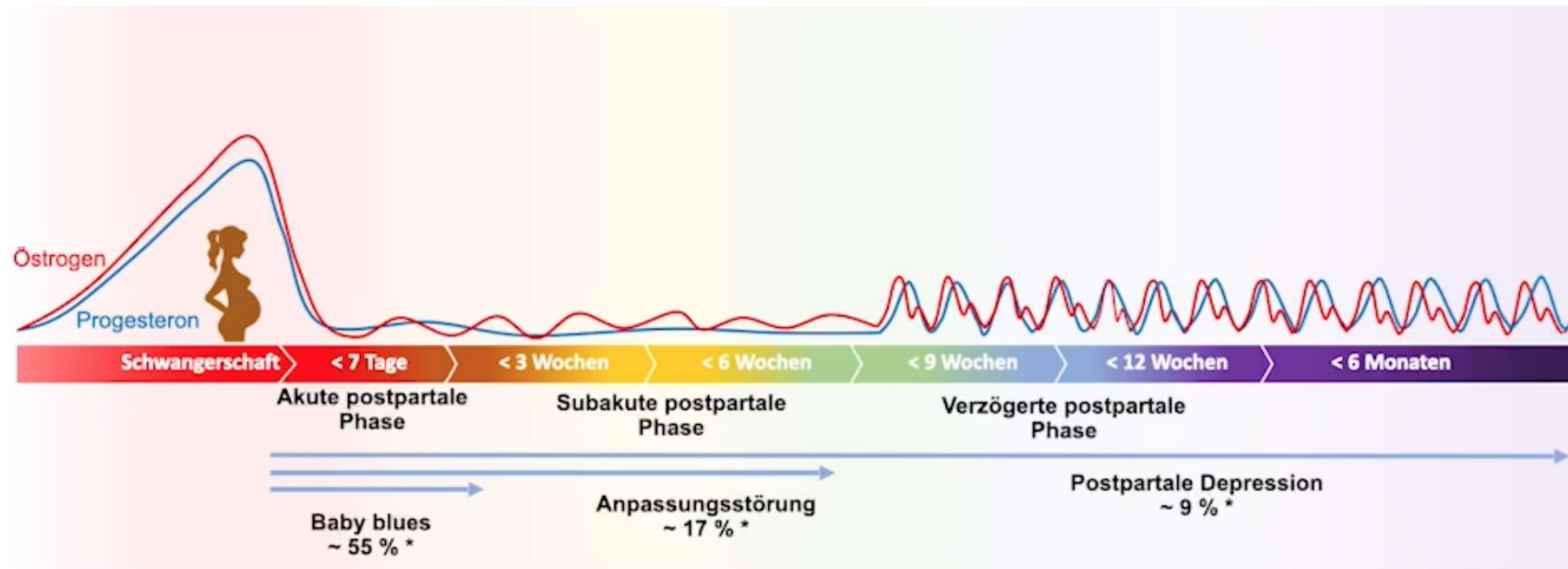
„Unbehandelte psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit können negative Auswirkungen auf die Entwicklung der betroffenen Kinder haben“

„Mental health still leading cause of late maternal death“

Peripartale psychische Störungen

- Zeitraum: Schwangerschaft bis 12 Monate nach Geburt
- Auftreten als Ersterkrankung oder Rezidiv
- Häufigste: Depression, Angst, Zwang, Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Psychose

3 – Prävalenz und Überblick über verschiedene Störungsbilder



4 - Peripartale Depression

Epidemiologie

- 50% beginnen in der Schwangerschaft
- 30% ein Jahr nach Entbindung noch erkrankt
- Hohe Rückfallraten (40%)
- 5-10% aller Väter betroffen
- Häufig komorbid mit Angst oder Zwang

4 - Peripartale Depression

Symptome

- Antriebsarmut, Anhedonie, Konzentrations-, Appetit- und Schlafstörungen, Erschöpfung, Ängste, extreme Reizbarkeit, Traurigkeit, häufiges Weinen, Schuldgefühle, allgemeines Desinteresse, innere Leere, psychosomatische Beschwerden und Gefühl der Überforderung
- Depressionstypischen Gedanken beziehen sich häufig auf Situation als Mutter
- Cave: Suizidgedanken und Angst, dem Kind etwas anzutun
- Depressive Erkrankungen beeinflussen Affektwahrnehmung und Bindungsverhalten – mit intergenerationalen Folgen

Teufelskreis: Depression ↔ gestörte Interaktion ↔ kindliche Belastung

4 - Peripartale Depression

Auswirkungen



Auswirkungen auf die Mutter

- Schuldgefühle und Selbstzweifel, soziale Isolation, Chronifizierung, Suizidgedanken
- Bei der Interaktion mit dem Säuligen: Ablehnung, Entfremdung, Ärger, Wut, Hass



Auswirkungen auf das Kind

- Beeinträchtigte Mutter-Kind-Bindung
- Erhöhte Stressreaktionen
- Sprachliche, emotionale und soziale Entwicklungsverzögerungen



Auswirkungen auf Partner*in

- Eigenes Depressionsrisiko
- Partnerschaftskonflikte

4 - Peripartale Depression

Risikofaktoren

- Häusliche Gewalt
- Negative/stressvolle Lebensereignisse
- Frühere psychische Störung
- Angstsymptomatik/Depression in während der Schwangerschaft
- Früherer Missbrauch
- Migrationsgeschichte
- Geringe Partnerunterstützung, Beziehungsprobleme
- Prämenstruelles Syndrom
- Baby Blues

4 - Peripartale Depression

Screening und Diagnostik

Edinburgh Depressions-Fragebogen nach der Geburt (EPDS)

Auswertung (Punktzahl steht vor der Antwort)

1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:

- 0** ☐ Genauso oft wie früher
- 1** ☐ Nicht ganz so oft wie früher
- 2** ☐ Eher weniger als früher
- 3** ☐ Überhaupt nie

2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:

- 0** ☐ So oft wie früher
- 1** ☐ Eher weniger als früher
- 2** ☐ Viel seltener als früher
- 3** ☐ Fast gar nicht

3. Ich habe mich unberechtigterweise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:

- 3** ☐ Ja, sehr oft
- 2** ☐ Ja, manchmal
- 1** ☐ Nicht sehr oft
- 0** ☐ Nein, nie

6. Mir ist alles zuviel geworden:

- 3** ☐ Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen
- 2** ☐ Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht zu helfen
- 1** ☐ Nein, ich wusste mir meistens zu helfen
- 0** ☐ Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen

7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:

- 3** ☐ Ja, fast immer
- 2** ☐ Ja, manchmal
- 1** ☐ Nein, nicht sehr oft
- 0** ☐ Nein, nie

8. Ich war traurig und fühlte mich elend:

- 3** ☐ Ja, sehr oft
- 2** ☐ Ja, ziemlich oft
- 1** ☐ Nein, nicht sehr oft
- 0** ☐ Nein, nie

4 - Peripartale Depression

Screening und Diagnostik

Whooley-Fragen

- Niederschwelliges Screening gemäß der S3-Leitlinie der unipolaren Depression
- Screening durch Gynäkolog*innen, Hebammen, Hausärzt*innen

1. „Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?“

2. „Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?“

5 - GB-PTBS

Prävalenz und Symptome

- Prävalenz 4,7 %, Hochrisikogruppen 16-19 % (Frühgeburt, Stille Geburt, Präeklampsie, Kindheitstrauma, Traumatische Geburt)
- Symptome: Wiedererleben Trauma-assoziiierter Situationen, Vermeidung Trauma-assoziiierter Situationen und Gedanken, anhaltendes Bedrohungsempfinden, mit übermäßiger Wachsamkeit und Schreckhaftigkeit, Veränderung in Kognition und Stimmung (z.B. Interessenlosigkeit)
- Geburt kann primär traumatisch erlebt werden oder frühere traumatische Erlebnisse reaktivieren
- Audio aus Podcast The Retrievals S02 E02 The Speech 27:18 - 28:07



5 - GB-PTBS

Auswirkungen



Auswirkungen auf die Mutter



Auswirkungen auf das Kind



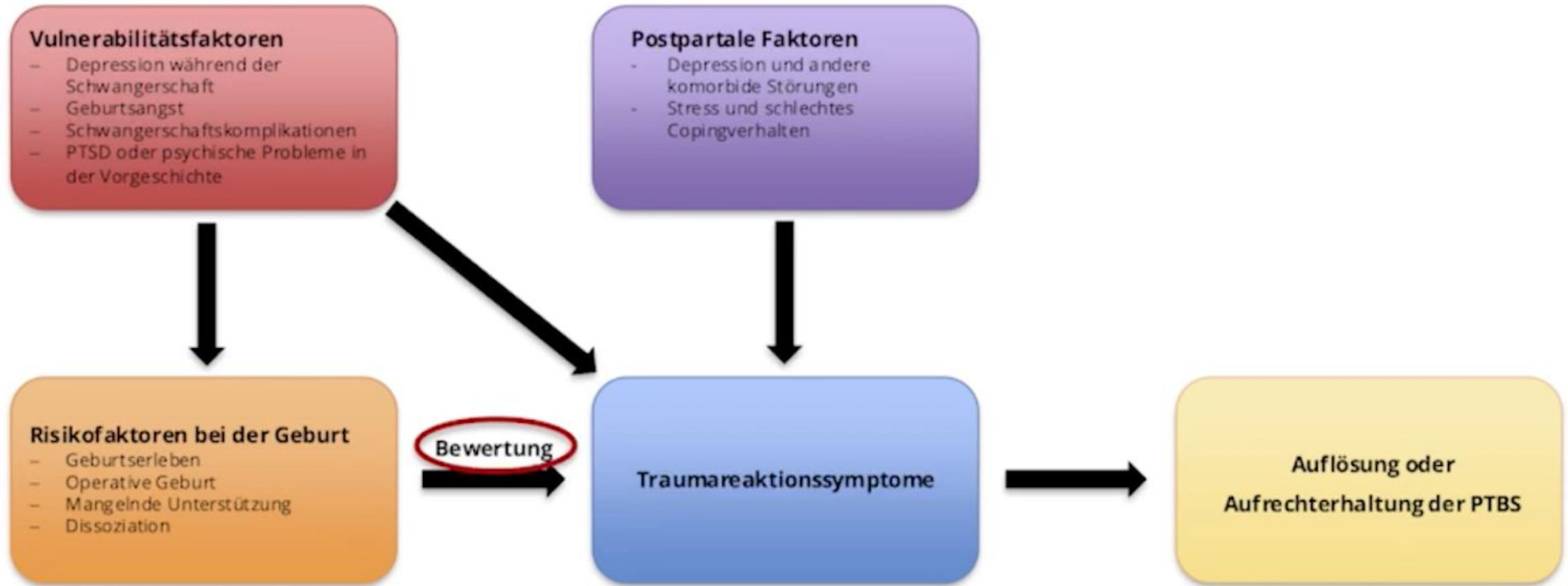
Auswirkungen auf Partner*in

- Audio aus Podcast The Retrievals S02 E02 The Speech 39:38 – 40:27



5 - GB-PTBS

Diathesis-Stress-Modell



- „Eine **traumatische Geburtserfahrung** bezieht sich auf ... „die Erfahrung einer Frau aus Interaktionen und/oder Ereignissen in direktem Zusammenhang mit der Geburt, die überwältigende, belastende Emotionen und Reaktionen auslösen und zu kurz- und/oder langfristigen negativen Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Frau führen“
- *Das subjektive Geburtserleben ist entscheidend.*
- Eine traumatische Geburtserfahrung ist Risikofaktor für postpartale psychische Störungen, insbesondere GB-PTBS, Angst- und Zwangsstörungen sowie Depressionen.

5 - GB-PTBS

Einflussfaktoren auf das Geburtserleben

Risikofaktoren	Protektive Faktoren
Geburtshilflich (z.B. Notkaiserschnitt, starke Schmerzen unter der Geburt, Geburtskomplikationen)	Geburtshilflich (z.B. spontane vaginale Geburt)
Geburtsangst und wahrgenommener Kontrollverlust	hohe wahrgenommene Kontrolle unter der Geburt, Einbezug in Entscheidungen
Unzufriedenheit mit sozialer Unterstützung	Zufriedenheit mit der Unterstützung durch Partner:in
Nichtübereinstimmung von Erwartungen an die Geburt und tatsächlichem Geburtserleben	Übereinstimmung von Erwartungen an die Geburt und tatsächlichem Geburtserleben
Respektlosigkeit und Gewalt unter der Geburt	Personenzentrierte Geburtshilfe

Geburtserleben

Birth Satisfaction Scale Revised (B-SSR)

- Drei Subskalen (Qualität der Versorgung, persönliche Attribute der Frau, erlebter Stress während der Geburt)
- Es gibt auch Partnerversion

- Ich bin nahezu unverseht durch meine Wehen und die Geburt gekommen.
- Ich dachte, meine Wehen und die Geburt waren übermäßig lang.
- Ich empfand die Geburt als eine belastende Erfahrung.
- Ich fühlte mich während meiner Wehen überhaupt nicht belastet.
- Ich fühlte mich während meiner Wehen und der Geburt sehr ängstlich.
- Ich hatte während meiner Geburtserfahrung das Gefühl, keine Kontrolle zu haben.
- Das Personal im Kreißaal ermutigte mich zu entscheiden, wie ich die Geburt voranschreiten lassen wollte.
- Ich fühlte mich während meiner Wehen und der Geburt gut vom Personal unterstützt.
- Das Personal hat während meiner Wehen und der Geburt gut mit mir kommuniziert.
- Der Kreißaal war sauber und hygienisch.



<https://www.bss-r.co.uk/>

Geburtstrauma

City Birth Trauma Scale

- Gesamtfaktor der GB-PTBS und zwei Subskalen
 - **Geburtsbezogene Symptome:** Z.B.: „*Ich habe wiederkehrende unerwünschte Erinnerungen an die Geburt (oder Teile der Geburt), die ich nicht kontrollieren kann.*“
 - **Allgemeine Symptome:** Z.B. „*Ich habe kein Interesse mehr an Aktivitäten, die mir früher wichtig waren.*“
- Es gibt auch Partnerversion

<https://www.citybirthtraumascale.com/translated-versions>

- 0,1 - 0,2 %
 - Abrupter Beginn innerhalb 3 – 14 Tagen nach Geburt
 - Hauptsächlich i.R. von bipolaren Erkrankungen, psychotischer Depression oder Schizophrenie
 - Möglicher Auslöser: Schlafdefizite
 - Schwere depressive, manische, gemischt affektive oder schizofaktive Symptomatik, i.d.R. mit Wahn und/oder Halluzination, mit Erregungs- und Verwirrheitszuständen und bizarrem Verhalten
 - Erhöhte Suizid- und Infantizidgefahr
- **Psychiatrischer Notfall: Sofortiges Handeln und Einleitung einer psychiatrischen Behandlung notwendig!**

Angststörungen

- 13 %
- Symptome: u.a. muskuläre Anspannung und innere Unruhe, Nervosität, Zittern sowie Ängste, welche die Fähigkeit als Mutter und das Wohl des Kindes betreffen

Zwangsstörungen

- Ca. 2 %
- Inhalte der Zwangsgedanken kreisen häufig um das Kind (Kontamination, dem Kind zu schaden (ohne reale Gefahr!))
- Zwangsgedanken werden als Ich-dyston (nicht zum „Ich“ gehörend) und sehr belastend erlebt
- Große Scham- und Schuldgefühle! Zwangsgedanken werden nur auf aktive Nachfrage geäußert
- Differentialdiagnose peripartale Depression und postpartale Psychose

Essstörungen, Substanzgebrauch, Persönlichkeitsstörungen

In der Schwangerschaft	Während der Geburt	Nach der Geburt	Immer
• Identifizieren von Patientinnen mit hohem Risiko • Erwartungsmanagement bezüglich der Geburt • Soziale Unterstützung	• Personenzentrierte und traumasensible Geburtshilfe	• Nachbesprechungen anbieten • Früherkennung von peripartalen psychischen Störungen • Frühzeitige Intervention	• Interdisziplinäre Zusammenarbeit • Empathische Haltung

7 – Prävention und peripartales Managent

Bei psychischer Vorerkrankung – Familienplanung

Tab. 3.1: Checkliste Familienplanung bei psychischer Erkrankung bzw. Problematik

Themenbereich	Dazugehörige Aspekte
Auswirkungen der psychischen Problematik auf Mutter und Kind	• Befürchtungen, wegen der Erkrankung keine gute Mutter sein zu können oder mit der Kindererziehung überfordert zu sein • Sorge, die Erkrankung an das Kind weiterzugeben
Schwangerschaft und psychische Stabilität	• mögliche Auswirkungen der Belastungen, die mit einer Schwangerschaft und Geburt bzw. Kindererziehung einhergehen • mögliche Auswirkungen auf die erreichte psychische Stabilität

Themenbereich	Dazugehörige Aspekte
Im Falle einer medikamentösen Behandlung	• mögliche Auswirkungen der einzunehmenden Psychopharmaka auf das Kind • die Frage nach Absetzen oder Umstellen der Medikation • Suche nach verlässlichen Informationen und kompetenter Beratung zu diesem Thema
Schwangerschaftsvorsorge und Hebamme	• frauenärztliche Betreuung • zusätzlich zur üblichen Vorsorge erforderliche Untersuchungen; Pränataldiagnostik • Wahl der Hebamme
Die Entbindung planen	• Auswahl der Geburtsklinik und frühzeitige Anmeldung • Maßnahmen zur Stressreduktion • Darüber nachdenken, ob Stillen möglich oder eher Abstillen sinnvoll ist • Klärung einer Bedarfsmedikation für die Zeit der Entbindung • Unterstützung nach der Geburt des Kindes
Informationen frühzeitig sammeln	• sich selbst über die eigene Erkrankung und deren Verlauf informieren • Behandlungsberichte anfordern lassen (beispielsweise über Ihren Psychiater), sofern diese nicht schon vorliegen; vor allem über stationäre Aufenthalte

7 – Prävention und peripartales Management

Bei psychischer Vorerkrankung – Geburtsplan

 Universitätsklinikum Bonn, Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. W. Kuhn Gynäkologische Psychosomatik (Prof. Dr. med. Anke Rohde), Sigmund-Freud-Straße 25; 53105 Bonn Tel.: 0228-287-14737; Fax: 0228-14738, www.femina.uni-bonn.de, www.frauen-und-psychiatrie.de 			
Information an Geburtshelfer/Geburtsklinik			
Patientin	X	Y	geb. xx.xx.xx
Schwangerschaft	1. Schwangerschaft, G1P0, SSW 33 + 2	errechneter Entbindungstermin:	27.07.14
Psychische Vorerkrankung	Rezidivierende bipolare affektive Störung (ICD-10: F31.7; bipolar II, d.h. mit hypomanen Phasen). Ersterkrankung 2004, trotz regelmäßiger Phasenprophylaxe häufiger Phasenwechsel zwischen kurzen hypomanen und längeren depressiven Phasen; unter Quetiapin retard (= atypisches Neuroleptikum) deutliche Symptomverminderung.		
	Versuche der Reduktion führten in der Vorgeschichte jeweils zu Instabilität mit Zunahme der Symptomatik (längere und intensivere hypomane und depressive Phasen). Postpartal relevantes Risiko einer schweren Manie (auch bei bipolar II).		
Verlauf in der Schwangerschaft	Geplant unter 250 mg/Tag Quetiapin retard (= Neuroleptikum) und 25 mg/Tag Sertralin (= Anti-depressivum) schwanger geworden. Gynäkologische Kontrollen bisher: zeitgerechte Entwicklung des Kindes. Aktuell psychisch weitgehend stabil unter Monotherapie mit Quetiapin retard 300 mg/Tag; insgesamt in der Schwangerschaft stabiler als vorher.		
Geburtsplanung	am 04.06.14		
Partner	Herr Y anwesend		

Empfehlungen: Mit der Patientin und ihrem Partner wurden einvernehmlich folgende Empfehlungen zum Vorgehen bei bzw. nach der Geburt besprochen:	
Geburt	Aus psychiatrischer Sicht keine Einwände gegen die von der Patientin gewünschte Spontangeburt . Bitte auf gute Schmerzmedikation achten.
Stillen	Frau X möchte gerne stillen. Unter der derzeitigen Medikation mit Quetiapin retard in Monotherapie Stillen nach Nutzen-Risiko-Abwägung möglich (s. auch Infos www.embryotox.de und Anlage). Falls Abstillen (auch sekundär): nicht medikamentös (Gefahr der psychischen Destabilisierung unter Bromocriptin oder Cabergolin).
Postpartal	Patientin braucht viel Ruhe (Reizabschirmung, Einzelzimmer). Mitaufnahme des Partners zur Entlastung empfohlen. Herr Z kann die psychische Situation gut einschätzen. Aufenthalt in Abhängigkeit von der psychischen Situation ggf. 1–2 Tage länger, um Anpassung zu erleichtern (= medizinische Indikation).
Medikation	Präpartal: Da bisher unter Reduktionsversuchen jeweils psychische Instabilität, keine weitere Reduktion vor Entbindung. Fortführung von Quetiapin retard 300 mg/Tag. Postpartal: Sofortige Erhöhung ab Tag der Entbindung auf Quetiapin retard 300 mg/Tag (morgens) plus Quetiapin nicht retardiert 300 mg/Tag (abends) ; (Patientin bringt Medikamente mit, bitte aber als Einzelgaben über Station verabreichen und Einnahme sicherstellen).
Eventuelle Warnsignale	Patientin muss unbedingt schlafen , da Schlafstörungen eventuell erste Symptome einer Manie sind. Deshalb bei Schlafstörungen, Unruhe oder Euphorie zusätzlich bis 200 mg Quetiapin nicht retardiert (Gesamttagessdosis Quetiapin bis 800 mg möglich); ggf. auch Zolpidem. Bitte Einschätzung des Partners berücksichtigen! Beim Auftreten von Auffälligkeiten dieser Art sofort Information an uns oder psychiatrischen Konsiliardienst.
Psychosoziale Situation	Gute Unterstützung durch Partner und Familie. Der Partner wird direkt nach der Entbindung 2 Monate Elternzeit nehmen. Danach ggf. Unterstützung durch Haushaltshilfe (über die Krankenkasse zu verordnen).
Mitbetreuung peripartal	Mitbetreuung während des Aufenthalts durch uns. Falls Auffälligkeiten in unserer Abwesenheit frühzeitige Information des psychiatrischen Konsiliardienstes. Vor Entlassung Terminvereinbarung für Wiedervorstellung hier ca. 2–3 Wochen post partum
Prof. Dr. Anke Rohde (FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie)/ 04.06.14	
Nachrichtlich: Schwangerenambulanz der Klinik, Neugeborenenzimmer der Klinik, Frau Dr. V (Psychiaterin), Frau Dr. W (Gynäkologin), Hebamme Frau T, Patientin Frau X	

Multimodal = Psychosoziale Unterstützung, Psychotherapie, Pharmakotherapie

Leicht

- Beratungen (Schwangeren-, Still-, Erziehungs-)
- Schreibabyambulanzen
- Frühe Hilfen (Babylotsen, Familienhebammen und Kinderkrankenpflegende, ehrenamtliche Pat*innen des Deutschen Kinderschutzbundes, Einsatz spezieller Programme zur Förderung der Eltern-Kind-Bindung und Eltern-Kind-Interaktion),
- Hebammenbetreuung
- Selbsthilfe (Schatten und Licht e.V.)
- Haushaltshilfe
- Telefonische Angebote: Elterntelefon, Hilfetelefon schwierige Geburt, Telefonseelsorge, Berliner Krisendienst
- Jugendamt (sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH), Vermittlung von Tagesmüttern und Krippenplätzen
- Ambulante psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung

Schwer

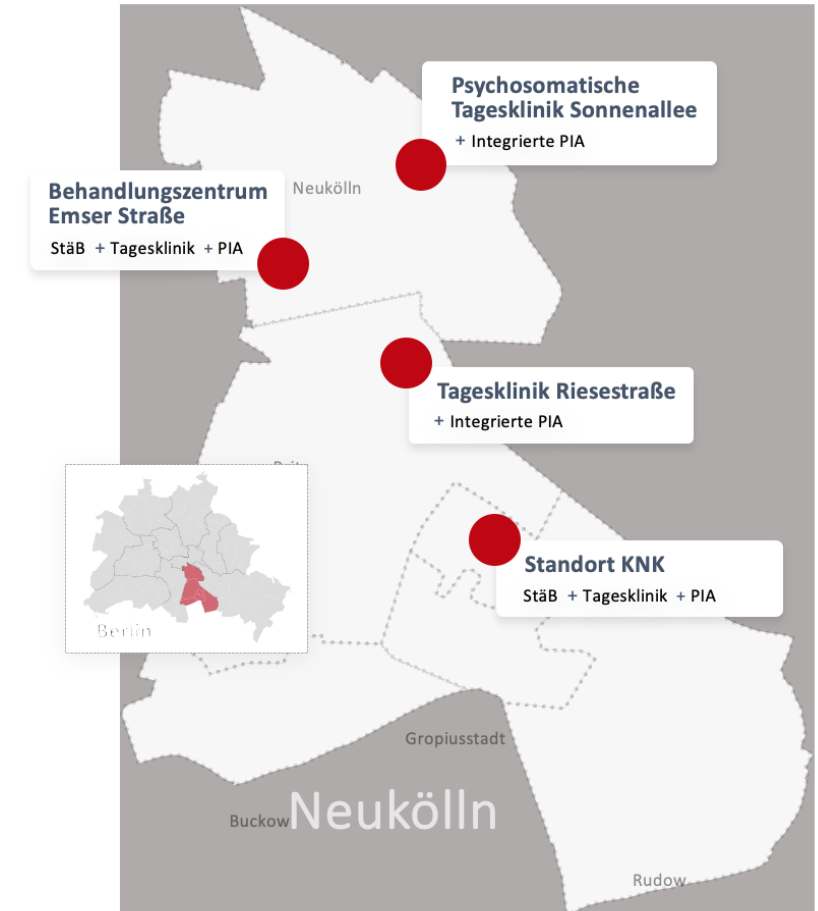
- Tagesklinische, stationäre oder stationsäquivalente psychiatrische Behandlung
→ möglichst mit Baby oder in Mutter-Kind-Einheiten
- Bei schwersten (psychotischen) Episoden, bei denen Versorgung des Kindes nicht möglich oder Gefahr für Mutter und Kind droht (zunächst) ohne Säugling, kann ggf. nachkommen
→ Versorgung durch Familie oder Notfall-Bereitschaftspflege durchs Jugendamt vermittelt
- Bei vermuteter Kindswohlgefährdung (insb. bei Psychosen, Manien) Abklärung dieser durch das Jugendamt, dann ggf. (vorübergehende) Inobhutnahme
→ Fast immer Rückkehr in Familie möglich

9 – Beispiel Mutter-Kind-Behandlungen im Vivantes Klinikum Neukölln



Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik verfügt aktuell über

- 194 Betten auf **acht Stationen**, die nach dem „Konzept der offenen Tür“ arbeiten
- 21 Plätze für **stationsäquivalente Behandlung** (Home Treatment)
- 92 **tagesklinische Plätze** in vier Tageskliniken sowie stationsintegriert
- eine **Psychiatrische Institutsambulanz** mit mehreren Standorten.



A photograph of the Vivantes Klinikum Neukölln building, a long, modern structure with a glass and metal facade, surrounded by green trees and a blue sky with clouds. A red semi-transparent box is overlaid on the right side of the image, containing contact information.

Vivantes Klinikum Neukölln

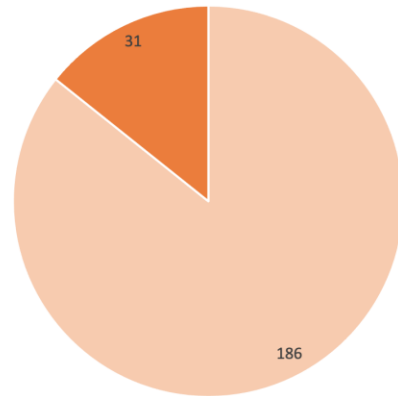
Kontaktaufnahme

- psy-sekretariat.knk@vivantes.de
- Offene StäB-Sprechstunde
- Ärzt*in vom Dienst (030 130 14 0)
- Psychiatrischer Konsildienst

9 – Beispiel Mutter-Kind-Behandlungen im Vivantes Klinikum Neukölln

Anzahl an Elternteil –Behandlungen zur Gesamtzahl der StäB Fälle in 2024 im Klinikum Neukölln

Insgesamt 217 Fälle, davon
31 Elternteil-Behandlungen
-> 14,3%



Fallbeispiel:

- Fr. C., 28 J., mehrwöchige StäB-Behandlung mit Zwangsstörung und Depression nach Geburt des 3. Kindes

Wann überweisen?

- Bei positiver Edinburgh Postnatal Depression Scale
- Bei positiver City Birth Trauma Scale
- Bei Suizidgedanken
- Bei psychotischen Symptomen

Wohin überweisen?

Ambulant:

- Vorbekannte ambulante Psychiater*in/Psychotherapeut*in, falls nicht vorhanden
- Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) der Versorgungsklinik, im besten Falle peripartale Sprechstunde oder
- Notfallsprechstunde bei Psychotherapeut*innen über die Kassenärztliche Vereinigung (KV)
- Ambulanzen der Psychotherapie-Ausbildungsinstitute

Stationär/StäB/teilstationär:

- Wohnortnahe Mutter-Kind-Einheit oder Versorgungsklinik

10 – Praktische Hinweise und Ressourcen

Netzwerke

Frühe Hilfen: Nationales Zentrum und regionale Anlaufstellen mit zahlreichen auch online verfügbaren Materialien für Eltern und Fachkräften und regionale Anlaufstellen für werdende Eltern und Eltern mit Kindern bis 3 Jahren.

Marcé Gesellschaft für Peripartale Psychische

Erkrankungen e.V.: Verfügt online über eine *Auflistung von Eltern-Kind-Stationen, -Tageskliniken und Ambulanzen bei postpartalen psychischen Erkrankungen* sowie eine Infothek mit Materialien und Instrumenten.

Schatten & Licht e.V.: Selbsthilfeorganisation peripartale psychische Erkrankungen: verfügt online über eine Auflistung von Hilfsangeboten, u.a. therapeutische Eltern-Kind-Einrichtungen und Selbsthilfegruppen.



Marcé Gesellschaft
für Peripartale Psychische Erkrankungen e.V.



10 – Praktische Hinweise und Ressourcen

Netzwerke

Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder psychisch

erkrankter Eltern: Bietet Informationen zu Veranstaltungen, Onlineangeboten, Einrichtungen und Projekten.



Cost Action Devotion: Europaweites, multidisziplinäres Netzwerk aus Forscher*innen und Kliniker*innen mit dem Ziel traumatisches Geburtserleben besser zu verstehen und idealen universellen Pflegestandard entwickeln, um Geburtstraumata zu verhindern & Geburtserleben zu verbessern.



10 – Praktische Hinweise und Ressourcen

Niederschwellige telefonische Angebote

Telefonseelsorge:

0800 1110111



Elterntelefon:

0800 1110550

Hilfetelefon Schwierige Geburt:

0228 9255 9970



Berliner Krisendienst:

030 39063 ...

Spezifische Telefonnummern nach Bezirk



Berliner Krisendienst

10 – Praktische Hinweise und Ressourcen

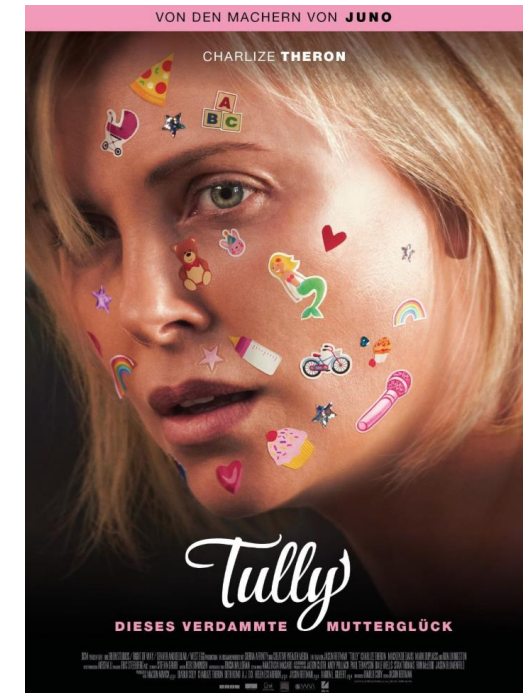
Medienempfehlungen

Podcasts:

- [The Retrievals, Season 2](#)
- [GYNCAST, Was tun bei einer Wochenbettdepression?](#)

Filme:

- Dokumentarfilm: [Witches](#)
- Spielfilm: Tully



10 – Praktische Hinweise und Ressourcen

Fachliteratur

Leitlinien:

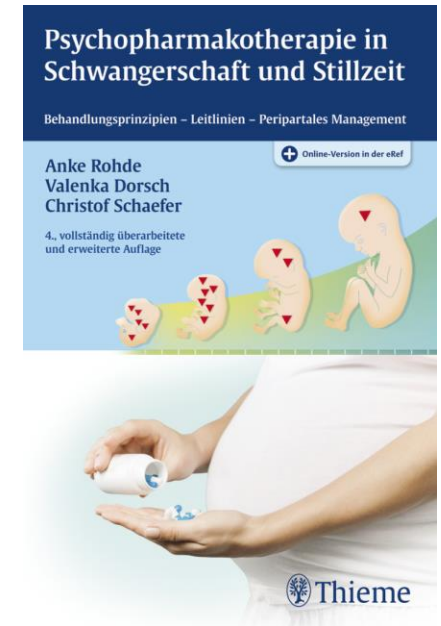
- [S3-Leitlinie Depression](#), Zusatz Peripartale Depression und Patientenblatt "Schwangerschaft und Geburt - Ein Baby - Traurigkeit statt Glücksgefühle"
- Eigene S3-Leitlinie Peripartale Psychische Störungen angemeldet, Fertigstellung Juli 2026 geplant

Erklärung der WHO:

- Zur [„Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen“](#)

Bücher:

- „Psychopharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit.“ Rohde, Dorsch, Schaefer
- „Mutter werden mit psychischer Erkrankung“ Rohde, Schäfer, Dorn, Kittel-Schneider (Für Patient*innen)



- Burton [The Retrievals, Season 2](#)
- Chechko et al. (2023). *Baby blues, premenstrual syndrome and postpartum affective disorders: intersection of risk factors and reciprocal influences*. BJPsych Open
- Heyne et al. (2022) *Prevalence and risk factors of birth-related posttraumatic stress among parents: A comparative systematic review and meta-analysis*. Clinical Psychology Review
- Horsch, Garthus-Niegel et al. (2024) *Childbirth-related posttraumatic stress disorder: definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment*. Am J Obstet Gynecol
- MBRRACE-UK - Maternal State of the Nation Report 2025
- Kühner C. (2016). *Psychiatrische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit*. Der Nervenarzt 87:926–936
- Rohde A. (2016). *Peripartales Management bei psychischer Vorerkrankung – Strategien zur Rezidivprophylaxe*. Der Nervenarzt 87:943–950
- Rohde, Dorsch, Schaefer. *Psychopharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit*. Thieme
- Rohde, Schäfer, Dorn, Kittel-Schneider. *Mutter werden mit psychischer Erkrankung*. Kohlhammer
- Sankey [Witches](#)
- Schipper-Kochems S. et al. (2019). *Postpartale depressive Störung – psychosomatische Aspekte*. GebFra 79:375–382
- [S3-Leitlinie Depression](#)
- Weidner K. et al. (2023). *Traumatische Geburt und traumasensible Geburtsbegleitung*. Der Nervenarzt 94:811–820

The background of the slide is an aerial photograph of Berlin, Germany. It shows the Spree river flowing through the city, with the Reichstag dome on the left and the Fernsehturm (TV Tower) in the center. The city is filled with various buildings, including historic structures and modern skyscrapers. A large red rectangular box is overlaid on the bottom right of the image, containing the text "Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!".

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**