

Postnatale Erkrankung von Müttern und deren psychotherapeutische Behandlung

Postnatal Illness of Mothers and Their Psychotherapeutic Treatment

Gesine Schmücker-Schüßler

Themenschwerpunkt Schwangerschaft und Geburt

Zusammenfassung

Postnatale Erkrankungen werden oft begleitet von Unwissen und Scham auf Seiten der Mutter. Die Erkrankung tritt häufiger auf bei Frauen, die schon zu einem früheren Zeitpunkt psychisch erkrankt sind. Risikofaktoren für die Erkrankung sind psychische Belastungen in der Schwangerschaft und bei der Geburt sowie soziale und emotionale Belastungen das Umfeld der Frau betreffend. Langzeitfolgen bei nicht behandelten Erkrankungen für Mutter und Kind sind evident. Kinder von erkrankten Müttern können vermehrt kognitive, emotionale und soziale Einschränkungen noch viele Jahre später zeigen. Falls es der Mutter gelingt, eine achtsame und feinfühlig Interaktion mit ihrem Baby zu pflegen, schwinden diese negativen Effekte. Psychotherapeutische Unterstützung hat sich als hilfreich zur Entlastung für die Mutter gezeigt – Symptome von Depression oder Angst werden reduziert. Jedoch um die Mutter-Baby-Beziehung zu fördern, sollten gezielte Interventionen angeboten werden.

Abstract

Mothers suffering from postnatal illnesses often know little about the illness and feel great guilt. Women are more likely to become ill, if they have had a previous episode of mental illness. Risk factors are difficulties surrounding pregnancy and birth, as well as social and emotional stresses. Untreated postnatal illnesses have longterm effects on both mother and child. Children of ill mothers have been shown to be impinged in their cognitive, emotional and social development many years later. If mothers manage to be sensitive in interaction with their infant, these negative effects may be substantially reduced. Psychotherapeutic support has been shown to be helpful in reducing mothers' symptoms of depression or anxiety. However, to foster the mother-baby relationship, specific interventions should be offered.

1. Einführung – Problembeschreibung

Für viele Frauen ist Mutter werden und die Geburt ihres Kindes ein überwältigendes Ereignis. Eine neue Lebensphase beginnt, die einzigartige Erfahrungen mit sich bringt. Sobald sie ihr Kind auf dem Arm halten, ist die Phase des imaginierten Kindes beendet, die reelle Beziehung kann entstehen. Dies wird oft begleitet von einer Mischung aus Stolz, Liebe und Erleichterung.

Das erste Kind verändert das Leben der Eltern grundlegend. Die Bedürfnisse eines Neugeborenen stellen die bestehenden Prioritäten in Frage, sie müssen neu verhandelt und gewichtet werden. Dies betrifft unzählige Lebensbereiche, von der Gestaltung des Tages, der Arbeitsteilung in der Partnerschaft (falls vorhanden), der Wohnsituation, den sozialen Beziehungen bis hin zur zukünftigen Berufslaufbahn und langfristigen Lebensplanung. Das Ausbalancieren der kindlichen Bedürfnisse mit den eigenen Wünschen ist die Herausforderung der ersten Wochen und Monate. Wenn dieser Übergang gut gelingt, stellt sich ein neues Gleichgewicht her: Die kindlichen Anforderungen werden in das erwachsene Leben integriert und eine Familie entsteht. Die Frau fängt an, ihre Identität als Mutter zu entwickeln und die Mutterrolle nach ihren Vorstellungen und Werten auszufüllen. Viele Frauen meistern diesen Übergang zum Mutterwerden ohne größere Probleme und finden sich in der neuen Lebenssituation gut zurecht. Doch manche Frauen sind in dieser ersten Zeit nach der Kindesgeburt sehr belastet, von diesen Frauen wird hier berichtet.

Es gibt eine Reihe von Ursachen für die Belastung in der postnatalen Zeit, die auch gemeinsam auftreten können.

Zunächst einmal treten hormonelle Veränderungen auf, die zu psychischer Veränderung führen können. Viele Frauen sind nach der Geburt sehr erschöpft und leiden an Schlafmangel, den sie nicht ausgleichen können. Eine traumatisch erlebte Geburt und die Fremdbe-

stimmtheit im Krankenhausbetrieb können zusätzlich verunsichern. Statt ihre Sorgen oder Belastungen zu äußern, probieren die meisten Mütter, zu funktionieren und uneingeschränkt für ihr Baby da zu sein. Wenn dann das Stillen bzw. Füttern nicht gleich gelingt, wie geplant, können die Frauen in eine Abwärtsspirale geraten, sie fühlen sich inkompetent. Ein falsches Wort in dieser sensiblen Phase kann die Mütter grundlegend verunsichern und sie davon abhalten, auf sich zu vertrauen. Dies erschwert die Fürsorge um das neue Baby und den unbefangenen Beziehungsaufbau zu ihrem Kind.

Viele Mütter haben einen hohen Anspruch an sich, wollen eine gute Mutter sein und es perfekt machen. Sie haben zum Teil unrealistische Vorstellungen vom Mutterwerden und sind dann enttäuscht und verzweifelt, wenn Probleme bei der Fürsorge ihres Kindes auftreten. Dies kann sie aus dem Gleichgewicht bringen und Depression und Ängste hervorrufen.

Manche Frauen spüren in den ersten Tagen nicht das große Mutterglück, sondern Enttäuschung, Selbstzweifel und dadurch Verunsicherung und Schuldgefühle. Möglicherweise erleben sie das Gefühl der großen Liebe nicht, finden ihr Baby vielleicht sogar häßlich, haben Angst vor der Verantwortung und fühlen sich total überfordert. Diese negativen Gefühle passen nicht in das erwartete Bild des „Mutterglücks“, und so quält sich die frisch gebackene Mutter zusätzlich mit Schuldgefühlen, die sie weiter belasten.

2. Postpartale Krankheitsbilder

Die psychischen Beeinträchtigungen der Mutter, die nach einer Geburt auftreten können, reichen von den bekannten „Heultagen“ („Babyblues“), der postpartalen Depression, von Ängsten, Zwangsstörungen bis zu den eher seltenen postpartalen Psychosen. Die Krankheitsbilder einer Depression, Angststörung oder Psychose unterscheiden sich nicht von psychischen Erkrankungen zu anderen Zeitpunkten, doch die besonderen Lebensumstände machen die Behandlung einzigartig (Brockington, 2004; Riecher-Rössler, 2012). Nicht nur die Mutter und ihr Umfeld sind durch die Erkrankung beeinträchtigt, ihr Baby wird möglicherweise eine weniger feinfühligere und intuitive Mutter als Interaktionspartnerin haben (Cummings & Davies, 1994; Murray, 1992). Für die langfristige emotionale und kognitive Entwicklung des Kindes ist das ein Nachteil. Bei unzureichender Behandlung besteht ein hohes Rückfallrisiko und die Gefahr einer Chronifizierung (Wortmann-Fleischer et al., 2006). So ist es die Aufgabe der Professionisten, der Mutter so schnell wie möglich die adäquate Behandlung zukommen zu lassen.

2.1. Babyblues

Der Babyblues zeigt sich bei bis zu 60–80 % (Dalton, 2003) aller neugeborenen Mütter in den ersten Tagen

nach der Geburt. Er ist gekennzeichnet durch: Stimmungsschwankungen, grundlose Weinerlichkeit, Reizbarkeit, Angst, Unruhe, Schlafstörungen und Erschöpfung. Die Symptome des Babyblues klingen nach einigen Stunden oder Tagen ab und der mütterliche Zustand stabilisiert sich.

2.2. Postnatale Depression

Eine postnatale Depression hingegen dauert meist Wochen, wenn nicht Monate. Es herrscht weitgehend Einigkeit darüber, dass 10–20 % aller Frauen an einer postnatalen Depression in den ersten Wochen nach der Geburt erkranken (Vesga-Lopez et al., 2008). Nach ICD-10 (Dilling et al., 2005) wird eine postnatale Erkrankung (F53) diagnostiziert, wenn sie innerhalb der ersten 6 Wochen nach der Geburt auftritt. Jedoch kommen manche Mütter mit psychischen Beeinträchtigungen, die auf die Geburt zurückzuführen sind, erst einige Monate später in Behandlung, oft gestehen sie sich ihre Schwierigkeiten erst nach Monaten ein.

Die Symptome sind folgende: Traurigkeit, häufiges Weinen, Schuldgefühle, allgemeines Desinteresse, innere Leere, Erschöpfung, Konzentrations-, Appetit-, Schlafstörungen, sexuelle Unlust, extreme Reizbarkeit, psychosomatische Beschwerden und Suizidgedanken. Die negativen Gedankeninhalte kreisen oft um die Mutterrolle, in der sich die Frauen defizitär erleben. Sie haben Sorge als Mutter zu versagen, haben keine Freude am Kind oder solch negative Gefühle ihrem Kind gegenüber, dass sie Fantasien haben können, ihrem Kind etwas anzutun (Kumar, 1997).

2.3. Angst und Zwangserkrankungen

Ängste, Panikattacken und Zwangsgedanken können sich vermehrt in der postnatalen Zeit manifestieren. Laut Reck et al. (2008) leiden 11 % aller Frauen postpartal an einer Angststörung. Auch zeigen neuere Studien, dass Angststörungen sowie Zwangsstörungen nicht nur als Begleitsymptomatik häufig zu sehen sind, sondern auch als eigenständige Erkrankungen vermehrt in der postnatalen Zeit auftreten können (Abramowitz, 2003). Manche Autoren plädieren für eine umfassende Bezeichnung des Störungsbildes „postnatal mood disorders“ (Matthey, 2004), um das klinische Bild zu weiten und nicht nur die Depression im Blick zu haben. Jedoch sind die Forschungsergebnisse was postnatale Ängste betrifft noch begrenzt (Martini et al., 2008).

Die Symptome fokussieren sich oft auf der körperlichen Ebene: Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Benommenheit und innere Unruhe. Die Angstsymptomatik betrifft auch oft Sorge um das Wohl des Kindes, Sorge um seine Gesundheit, Angst vor plötzlichem Kindestod, Angst alleine mit dem Kind zu sein, als Mutter zu versagen und Zwangsgedanken das Kind betreffend, bei denen Mütter gewisse Situationen vermeiden (mit

scharfem Messer schneiden) aus Angst, dem Kind etwas anzutun.

2.4. Postpartale Psychose

Eine postpartale Psychose entsteht vorwiegend in den ersten 2 Wochen nach der Entbindung bei 1–3 von 1000 Frauen (Dalton, 2003). Der Beginn ist oft akut und zeigt sich in den ersten Stunden nach der Geburt, mit extremer Ruhelosigkeit, Antriebssteigerung, Stimmungsschwankungen und psychotischen Symptomen (wahnhaftige Ideen die Mutter oder das Kind betreffen). Am häufigsten kommen nach der Entbindung manische und depressive Psychosen vor (Riecher-Rössler, 1997). Die verschiedenen Formen haben unterschiedliche Ausprägungen. Bei der manischen Form zeigt sich starke Antriebssteigerung, motorische Unruhe, Verworrenheit und Größenwahn. Wenn Frauen eher zur depressiven Form tendieren, zeigen sie vermehrt Angstzustände, Antriebs- oder Bewegungslosigkeit. Bei der schizophrenen Form dominieren Halluzinationen und Wahnvorstellungen, die oft das Neugeborene beinhalten (z. B. Das Baby ist der Teufel).

3. Risikofaktoren für psychische Erkrankungen in der postnatalen Zeit

Eine Schwangerschaft und die Zeit nach der Geburt sind mit dem höchsten Risiko für eine Frau behaftet, psychisch zu erkranken. Zu keiner anderen Zeit ist es so wahrscheinlich, wegen einer Psychose in der Psychiatrie stationär behandelt zu werden (Kendell et al., 1987).

3.1. Risikofaktoren die Mutter betreffend

Einer der signifikantesten Risikofaktoren nach der Geburt psychisch zu erkranken, sind vorherige psychische Erkrankungen. Depressionen außerhalb der postnatalen Zeit erhöhen das Risiko, bei einer Geburt an postnataler Depression zu erkranken, auf 33 % (Cooper & Murray, 1995). Cohen et al. (2006) beziffern das Risiko sogar auf 43 %. Wenn eine Frau schon einmal in der postnatalen Zeit depressiv war, erhöht sich das Risiko, erneut in der postnatalen Zeit zu erkranken, auf 41 % bei einer weiteren Schwangerschaft (Cooper & Murray, 1995).

Bei manifesten Angststörungen scheint es, dass diese Frauen während der Schwangerschaft und der postnatalen Zeit weiter begleiten (Martini et al., 2008). Panikstörungen zeigen oft einen verbesserten Verlauf in der Schwangerschaft, manifestieren sich doch dann oft massiver in der postnatalen Zeit (Ross & McLean, 2006).

Des Weiteren werden mannigfaltige Belastungen in der prä- und postnatalen Zeit als signifikant für das Auftreten einer postnatalen psychischen Störung erachtet (Rohde, 2004). Pränatale Belastungen können eine un-

gewollte Schwangerschaft sein, Fruchtbarkeitsbehandlungen, vorzeitige Wehen, extreme Sorge um die eigene Gesundheit oder das Überleben des noch ungeborenen Kindes sowie Angst vor unerträglichen Geburtsschmerzen (Hofberg & Ward, 2003). Wenn eine Geburt als traumatisch erlebt wird, kann dies die Mutter grundlegend verunsichern und zu einer posttraumatischen Belastungsstörung führen (Martini et al., 2008; Rhode, 2001).

Zusätzlich können Belastungen, die das Umfeld der Frau betreffen, am Auftreten einer psychischen Erkrankung beteiligt sein, diese beinhalten gravierende soziale Benachteiligung (Boyce et al., 2003), eine schwierige Paarbeziehung und belastende Lebensereignisse (O'Hara & Swain, 1996) bis hin zu traumatischen Ereignissen (Vesga-Lopez et al., 2008).

3.2. Risikofaktoren das Kind betreffend

Wenn das Neugeborene krank ist oder eine Frühgeburt und die ersten Tage und Wochen im Krankenhaus verbringen muss, ist dies eine extreme psychische Belastung für Eltern (Meyer et al., 1995). Auch kann es eine besondere Herausforderung für Mütter und Väter sein, in dem Umfeld der Intensivmedizin eine Beziehung zu ihrem Neugeborenen aufzubauen. Jedoch hat sich gezeigt, dass die Bindung zwischen Mutter und Kind nach wie vor überwiegend sicher sein kann (Brisch et al., 2005), nur bei neurologisch beeinträchtigten, sehr kleinen Frühgeborenen zeigte sich häufiger eine unsichere Bindung.

Säuglinge mit Regulationsstörungen, immerhin 10–20 % aller Kinder laut Untersuchungen (Hemmi et al., 2012), haben Mütter, die vermehrt psychisch beeinträchtigt sind (Wurmser et al., 2006). Dieser Zusammenhang ist sicherlich zum Teil bedingt durch die besondere Herausforderung, die ein sensibles Kind in der Betreuung darstellt und damit Eltern an die Grenzen der Belastbarkeit treibt. Auf der anderen Seite besteht wahrscheinlich auch eine Wechselwirkung: Psychisch beeinträchtigte Mütter haben oft Schwierigkeiten, sich feinfühlig und unterstützend ihrem Kind zu widmen, sie können die selbstregulatorischen Fähigkeiten des Säuglings nicht verlässlich unterstützen (Wurmser et al., 2006).

4. Kurzfristige und langfristige Auswirkungen von postnatalen Erkrankungen auf das Kind

Psychisch kranke Mütter haben oft Schwierigkeiten, sensibel auf ihr Baby einzugehen. Dies ist in frühen Interaktionen mit Säuglingen untersucht worden, und es zeigt sich, dass im Allgemeinen depressive Mütter im Vergleich zu gesunden Müttern weniger spielen, sprechen und liebevoll sind (Mattejat et al., 2000). Sie tun sich oft schwer, kindliche Signale richtig zu deuten und adäquat zu reagieren (Murray et al., 2003) und zeigen erheblich mehr negativen oder ausdruckslosen Gesichtsausdruck

(Cohn et al., 1990). Diese emotional eingeschränkten Interaktionen können sich auch auf die Kinder übertragen. Studien haben zeigen können, dass Kinder von depressiven Müttern in ihrem Affekt mit gesunden Erwachsenen auch depressiven Affekt zeigen (Field et al., 1988).

Diese emotional eingeschränkten Interaktionen von Müttern sind sicherlich ein Teil der Erklärung (Brand & Bennan, 2009), warum psychische Erkrankungen der Mutter langfristig negative Folgen für das Kind haben. Laucht et al. (2002) konnten in der Mannheimer Risikokinderstudie zeigen, dass für den Fall, dass postnatal depressive Mütter mit ihren 3 Monate alten Babys reaktiver waren und häufig die Babysprache verwendeten, die Kinder 8 Jahre später vergleichbare IQ-Werte hatten wie gesunde Dyaden. So können adäquate und sensible Interaktionen psychische Erkrankungen kompensieren.

Langfristige Folgen von depressiven mütterlichen Erkrankungen sind gut dokumentiert und scheinen Kinder noch Jahre später zu beeinträchtigen. Kinder von depressiven Müttern im ersten Lebensjahr zeigen geringere kognitive Leistungsfähigkeit im Alter von 4 Jahren (Sharp et al., 1995), haben eine niedrigere soziale Kompetenz (Goodman et al., 1993) und im Alter von 16 Jahren waren Kinder von depressiven Müttern viermal wahrscheinlicher depressiv als Kinder, deren Mütter kurz vor der Schwangerschaft oder danach depressiv waren (Pawlby et al., 2009).

Es ist wichtig, den Einfluss von mütterlichen psychischen Erkrankungen auf die Kinder als ein multifaktorielles Geschehen zu sehen. Langfristige Auswirkungen auf die Kinder sind zu erwarten, wenn die Depression der Mutter anhält oder schwere zusätzliche Belastungen hinzukommen (Phillips & O'Hara, 1991). Jedoch kann ein kompetenter Vater Defizite, die durch die depressive Interaktion mit der Mutter auftreten, überbrücken (Mattejat et al., 2000).

5. Spezifische Diagnostik für die postnatale Zeit

Als Hinweis, ob eine postnatale Depression vorliegen könnte, wird häufig die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; deutsche Validierung Bergant et al., 1998), die als Screening-Instrument entwickelt wurde, verwendet. Dieser 10-Item-Fragebogen wird von den Müttern ausgefüllt. Bei einem Summenwert von 10 Punkten oder mehr, sollte eine genauere psychiatrische Untersuchung erfolgen.

Eine weitere Skala, die auch Angststörungen erfasst, ist die Depression-Angst-Stress-Skala für die Peripartalzeit (DASS-P; Martini et al., 2009), mit insgesamt 15 Items. Auch hier sollte nach einem Gesamtwert von über 5 Punkten eine weiterführende Diagnostik erfolgen.

Beide Fragebögen sind schnell auszufüllen und es gibt Anregungen (siehe Leitlinien Österreich), ob in der postnatalen Phase nicht ein Routine-Screening sinnvoll

wäre, um gefährdeten Müttern so bald als möglich therapeutische Hilfestellung anzubieten.

6. Behandlung von Müttern in der postnatalen Zeit

Die psychotherapeutische Behandlung der Mutter (hier, Schwerpunkt kognitiv-verhaltenstherapeutisch) wird in diesem Artikel im Detail beschrieben. Des Weiteren wird die medikamentöse Behandlung erwähnt, da beide Behandlungsmethoden in Kombination miteinander angeboten werden können (z. B. Appleby et al., 1997).

6.1. Psychotherapeutische Behandlung

Frauen, die nach der Geburt ihres Kindes psychisch belastet sind, finden auf unterschiedlichste Weise zu einer Behandlung. Es gibt jedoch Hinweise, dass nur wenige der betroffenen Mütter professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (von Ballestrem et al., 2005).

In Österreich entbinden die meisten Frauen im Krankenhaus, so sind es oft der behandelnde Arzt, die zuständigen Schwestern oder Hebammen, die erkennen könnten, wenn sich die Mutter nach der Geburt in einem außergewöhnlichen Zustand befindet. Sollte die Beeinträchtigung erst einige Zeit nach der Geburt auftreten, sind es nur die Angehörigen der jungen Mutter oder das medizinische Personal in der Nachversorgung (Frauenarzt, Kinderarzt), denen die belastete Frau auffallen könnte. Es zeigt sich immer wieder, wie wichtig es ist, postnatale Erkrankungen bekannt zu machen, da betroffene Frauen oft zu spät diagnostiziert und behandelt werden (Horowitz & Cousins, 2006).

Je nach Schweregrad der Erkrankung kann die Behandlung im ambulanten oder stationären Setting erfolgen. Die meisten Frauen werden ambulant behandelt, das heißt sie gehen zu einer Beratungsstelle und nehmen eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch. Idealerweise sollte diese Kollegin/dieser Kollege auf die Behandlung von postnatalen Erkrankungen und Krisen spezialisiert sein (siehe Fachgesellschaften).

Bei schweren psychischen Erkrankungen, wie Psychose, Schizophrenie, schwerer depressiver Erkrankung mit Suizidgefahr oder drohendem Infantizid, ist eine stationäre Aufnahme mit medikamentöser Behandlung notwendig. Seit einigen Jahren etablieren sich erfreulicherweise immer mehr psychiatrische Krankenhäuser im deutschsprachigen Raum, die Mütter mit ihren Babys gemeinsam aufnehmen, doch scheint der Bedarf noch nicht gedeckt (Turmes & Hornstein, 2007). In Österreich haben zur Zeit drei psychiatrische Kliniken bestehende Mutter-Baby-Einrichtungen (Schmid-Siegel, 2014), bei weiteren neun besteht die Möglichkeit, Mutter und Säugling gemeinsam aufzunehmen. Da Mutter und Baby in dieser Behandlungsform nicht getrennt werden müssen, erleichtert dies den Beziehungsaufbau zwischen

der Mutter und ihrem Neugeborenen. Die Mutter kann zusätzlich vom Pflegepersonal in der Säuglingspflege unterstützt werden und kann so mehr Sicherheit und Zuversicht in ihrer Rolle als Mutter erlangen.

Kognitive verhaltenstherapeutische sowie interpersonelle Psychotherapieansätze haben sich als hilfreich herausgestellt und wurden als Gruppenangebote publiziert (z. B. Hofecker Fallahpour et al., 2005; Wortmann-Fleischer et al., 2006). Das Ziel einer psychotherapeutischen Behandlung in der postnatalen Zeit sollte zwei Aspekte zum Fokus haben: die psychische Störung der Mutter behandeln und die Entwicklung der Mutter-Baby-Beziehung begleiten. Je nach spezifischer Problemkonstellation, praktischen Möglichkeiten oder Wunsch der Frau erscheinen Einzel- oder Gruppentherapieangebote sinnvoll. Die Behandlung von postnatalen Störungen ist zum Großteil ähnlich wie die Behandlung der gleichen Störung in anderen Lebensabschnitten, jedoch wird auf die Bedürfnisse in der postpartalen Zeit besonders geachtet (Hofecker Fallahpour et al., 2005).

Zur Illustration der psychotherapeutischen Arbeit in der postnatalen Zeit werden hier einige der wichtigsten Schwerpunkte beleuchtet.

- Psychoedukation
- Emotionale Stabilisierung
- Praktische Alltagsentlastung
- Stressoren identifizieren und abbauen
- Selbstfürsorge stärken
- Eigenes Schema identifizieren und hinterfragen
- Förderung einer positiven Mutter-Baby-Beziehung

6.1.1. Psychoedukation

Ein wichtiger Schritt im Erstgespräch ist die Psychoedukation und damit Entlastung der Mutter und Verringerung der Schuldgefühle. Den Frauen wird vermittelt, wie emotional labil diese Lebensphase sein kann. Viele Mütter erleben eine große Entlastung, wenn sie erfahren, dass es anderen Müttern ähnlich geht und sie an einer bekannten und behandelbaren Erkrankung leiden. Sie sind keine schlechten Mütter oder haben versagt, sondern sind krank. Es gibt Risikofaktoren, die das Auftreten der Erkrankung begünstigen können, jedoch ist das Geschehen sicherlich multifaktoriell bedingt. Die Familien bzw. Partner der Mutter (falls vorhanden) sollten in die Aufklärung mit einbezogen werden, so können sie als unterstützendes Umfeld agieren und die Mutter nicht mit Forderungen erneut belasten.

Es ist wichtig, für Mütter über die regulatorischen Fähigkeiten und unterschiedlichen Entwicklungsschritte ihres Kindes informiert zu sein, um das Verhalten ihres Babys einordnen zu können. Viele Eltern wissen nicht, ob die Schlaf-, Trink- oder Schreigewohnheiten ihres Kindes sich noch in der Norm befinden und sind dadurch sehr verunsichert, was zu Ängsten und Anspannung führen kann.

6.1.2. Emotionale Stabilisierung

Um Mütter zugänglich für weiteres psychotherapeutisches Arbeiten zu machen, ist es essentiell, dass sie anfangen, sich emotional zu stabilisieren. In der ersten Zeit nach der Geburt ist Ruhe und Erholung sowie ein gesunder Nachtschlaf von oberster Priorität. Anschließend sollte die/der TherapeutIn, wie bei störungsspezifischer Behandlung von z. B. Depressionen, den Zusammenhang zwischen Kognitionen, Gefühlen und Verhalten erklären (Beck, 1992). Verzerrte negative Kognitionen können identifiziert werden, diese lösen negative Gefühle aus und führen zu depressiver Symptomatik („Ich mache immer alles falsch“ → fühle mich schuldig → weine viel). Wenn Mütter verstehen, dass sie sich in einem Teufelskreis befinden, zu dem sie durch ihre verzerrten Kognitionen aktiv beitragen, haben sie die Möglichkeit, mit therapeutischer Unterstützung eine Veränderung einzuleiten.

Um nicht nur auf Probleme zu fokussieren, ist ein Wahrnehmen der positiven Erlebnisse mit dem Baby (z. B. Badezeit, wenn das Baby lächelt, Hautkontakt) eine wichtige anti-depressive Maßnahme. So können Zeiten mit dem Baby auch als ein positiver Verstärker genutzt werden.

6.1.3. Praktische Alltagsentlastung

Zusätzlich wird beratschlagt, welche praktischen Hilfen die Mütter in ihrem Alltag entlasten könnten, sei es eine Putzfrau oder Familienhelferin. Frauen vernachlässigen oft ihre Grundbedürfnisse, wie eine warme Malzeit oder die tägliche Dusche. Dies kann zu körperlichem Unwohlsein führen und depressive Kognitionen verstärken.

Oft ist es möglich, in den ersten therapeutischen Sitzungen konkrete Unterstützung und Entlastung für die Mutter zu besprechen und zu installieren. Es können oft minimalste Veränderungen sein, die jedoch eine große Wirkung haben, z. B. der Partner kommt 1 Stunde früher von der Arbeit nach Hause und ist dann verlässlich für Mutter und Baby da (Mutter teilt Verantwortung mit dem Partner). Frauen erleben durch diese Intervention wieder einen Grad an Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung, was vielen Frauen nach der Kindesgeburt abhanden gekommen ist.

6.1.4. Stressoren identifizieren und Bewältigungsstrategien erarbeiten

Im Sinne des Vulnerabilitäts-Stress-Modells ist es hilfreich, mit den Müttern, ihre persönlichen Stressoren zu identifizieren (z. B. Baby schreit, Baby schläft abends nicht ein, „ich habe Sorge, mein Baby verhungert“). Mütter können ermutigt werden, ihre ganz persönliche Belastungsgrenze zu identifizieren und sich dadurch nicht so ausgeliefert und hilflos zu fühlen. Im nächsten Schritt, auch im Sinne einer Rückfallprophylaxe, werden eigene Bewältigungsstrategien erarbeitet. Diese können praktische Erwägungen beinhalten (z. B. jeden Tag spazieren

gehen, Musik hören, Freundinnen treffen), aber sicherlich auch eine Veränderung von kognitiven Verzerrungen (z. B. Perfektionismus), die mit einem idealisierten Mutterbild in Zusammenhang stehen können.

6.1.5. Selbstfürsorge und Aufbau von positiven Aktivitäten

Es ist nicht nur wichtig, sich mit den negativen Symptomen zu beschäftigen und aversive Erfahrungen zu minimieren, sondern auch gezielt positive Aktivitäten und Gedanken zu identifizieren und aufzubauen (Lewinsohn et al., 1984; Seligman, 2003). Frauen sollten in ihrer Selbstfürsorge unterstützt werden – das beinhaltet Grundbedürfnisse, wie ausreichend Schlaf und gesundes Essen, es sollte aber auch soziale Kontakte und Bewegung mit einbeziehen. Die Ressourcen, die eine Frau vor der Kindesgeburt hatte, können wieder reaktiviert werden, vielleicht in anderem Maße, doch kann es ihr in der Identitätsfindung helfen. Manche Frauen erleben es als hilfreich, wieder in die Berufswelt einzusteigen. Hier erhalten sie Bestätigung in einer vertrauten Umgebung und knüpfen an das Leben vor dem Kind an.

Wenn die Mutter in einer Partnerschaft lebt, ist die erste Zeit mit einem Baby immer auch eine Herausforderung für die Paarbeziehung, ganz besonders, wenn die Mutter psychisch krank ist (Apfel & Handel, 1999). Wenn der Partner in der Lage ist, die Mutter zu entlasten und familiäre Aufgaben zu übernehmen, wirkt sich dies positiv auf den Verlauf der Erkrankung aus (O'Hara, 1994). Jedoch ist es auch wichtig, dass Partner sich nicht nur noch als Eltern erleben, sondern auch ihre erwachsene Beziehung pflegen (Jellouschek & Jellouschek-Otto, 2014).

6.1.6. Internalisierte Mutterrolle identifizieren und hinterfragen

Die Schemata, die aus ihrer Ursprungsfamilie in dieser neuen Situation aktiviert werden, können hinderlich oder hilfreich sein für die Identitätsfindung der Mutter (Fraiberg, 1980; siehe Schematherapeutischer Ansatz, z. B. Roediger, 2009). Stern (1995) benennt den Rollenübergang die Mutterschaftskonstellation, die „neue“ Mutter übernimmt eine einzigartige kulturelle Rolle. Sie muss sich mit dem realen Baby auseinandersetzen (Abschied von dem imaginierten Wunschbaby), entwickelt sich von einer Tochter (ihrer Mutter) zu einer Mutter und aus einer Zweisamkeit (Partnerschaft) wird eine triadische Beziehung.

Die Therapie ermöglicht die Beleuchtung der internalisierten Rollenbilder und gesellschaftlichen Erwartungen und unterstützt die Mutter darin, ihre Kompetenzen zu entdecken und zu verstärken. Hier ist es wichtig, ein realistisches Mutterbild zu entwickeln, eine „good enough mother“ (Winnicott, 1953) statt der perfekten Mutter. Eine geglückte Mutter-Kind-Beziehung vergisst weder die Bedürfnisse der Mutter noch die des Kindes – dies ist oft eine Gratwanderung.

Die unbewusst angestrebte Mutterrolle heutzutage ist eine selbstaufgebende (Badinter, 1992). Nach der Geburt erleben sie sich als vollkommen fremdbestimmt und überfordert. Andere Frauen denken, sie sollten allwissend sein und haben eine Idealvorstellung von ihrer neuen Rolle: „Ich müsste doch wissen, wie ich mein Kind versorge, wie ich alles richtig mache, ich bin doch seine Mutter“. Sie sind extrem verunsichert, wenn sich ihr Kind nicht so verhält, wie sie sich das vorgestellt haben und suchen die Schuld bei sich.

6.1.7. Förderung einer positiven Mutter-Baby-Beziehung

Bekanntermaßen können psychische Erkrankungen in der postnatalen Periode die Mutter-Baby-Interaktion beeinträchtigen sowie die spätere emotionale, kognitive und soziale Entwicklung des Kindes. Daher ist es sinnvoll, in der Behandlung von postnatalen Störungen, das Baby in die therapeutischen Sitzungen auch immer wieder mit einzubeziehen und einzuladen. Trautmann-Villalba & Hornstein (2012) identifizieren drei klinisch relevante Aspekte der Mutter-Kind-Beziehung, die durch die psychische Erkrankung der Mutter beeinträchtigt sein können:

- Die beobachtbare Mutter-Kind Interaktion
- Mütterliche Selbstwirksamkeit im Umgang mit ihrem Kind
- Die von der Mutter selbst wahrgenommene Beziehung zu ihrem Kind

Diese Aspekte können bei Bedarf in den therapeutischen Sitzungen bearbeitet werden.

Wenn eine Mutter ihr Baby mit in die therapeutische Sitzung bringt, hat dies mehrerlei Funktion. Es dient der Diagnose (ist die Mutter-Baby-Interaktion belastet?), es ermöglicht die positive Verstärkung einer liebevollen Mutter-Kind-Beziehung und schließlich erleichtert die Anwesenheit des Baby die Vermittlung von Wissen über eine angemessene Kommunikation mit einem Säugling.

Je nachdem, was die Mutter als Schwierigkeit mit ihrem Kind schildert, oder was sichtbar wird, wenn die Mutter ihr Baby mit in die Therapiesitzung bringt, können verschiedene Aspekte der Beziehung zur Sprache gebracht werden. Um das Gespräch über schwierige Aspekte der Säuglingsversorgung zu eröffnen, ist die Identifikation von Ressourcen ein wichtiger Einstieg im Sinne der positiven Verstärkung und Festigung der Therapiemotivation (Trautmann-Villalba & Hornstein, 2012).

In Anlehnung an bestehende Therapiemanuale (z. B. Wortmann-Fleischer et al., 2006) werden die theoretischen Konzepte der intuitiven elterlichen Kompetenzen (Papoušek & Papoušek, 1997), Feinfühligkeit (Ainsworth, 1974/2003), Affektspiegelung (Dornes 2001; Gergely & Watson, 1996) und Matching (Jaffe et al., 2001) den Müttern während sie in Interaktion mit ihren Kindern sind demonstriert. Mütter können dadurch ihre Interaktionen

in Begleitung einer Therapeutin/eines Therapeuten optimieren oder auch ihr Kind und die Kommunikation besser verstehen lernen. Videoaufzeichnungen der Mutter-Baby-Interaktion können diesen Prozess begünstigen (Trautmann-Villalba & Hornstein, 2012).

Mütter sollten in ihrer elterlichen Kompetenz unterstützt und gefördert werden. Müttern (und Vätern) kann bewusst gemacht werden, dass es eine intuitive Art gibt, mit Babys zu kommunizieren (Papoušek & Papoušek, 1997), die perfekt auf die Fähigkeiten und Präferenzen von Babys abgestimmt ist. Diese Form der Kommunikation scheint kultur-, alters- und geschlechtsunabhängig zu sein und beinhaltet einige Merkmale: Die Art und Weise, wie wir mit Babys sprechen, die sogenannte Ammensprache mit charakteristischer Tonlage und Stimmelmelodie, die Beruhigungstechniken, die begleitet werden von tiefer ruhiger Stimme sowie langsamen, rhythmischen Bewegungen, um nur einiger der Aspekte zu benennen, können Müttern dargelegt werden. Das Konzept der mütterlichen Feinfühligkeit beinhaltet die Förderung von Empathie für ihr Kind. Eine feinfühlig kommunizieren beinhaltet das Wahrnehmen von kindlichen Signalen, die richtige Interpretation dieser Signale und ein promptes und adäquates Reagieren. Hohe mütterliche Feinfühligkeit wurde in Zusammenhang mit einer sicheren Bindung gebracht (Grossmann & Grossmann, 2003).

In der Affektspiegelung (Gergely & Watson, 1996) gibt die Mutter dem kindlichen Signal mimisch oder akustisch ein Echo und vermittelt dem Kind dadurch, dass es gehört wird. Dies bestärkt das Kind in seiner Selbstwirksamkeit und seinen selbstregulatorischen Fähigkeiten. Die Art und Weise, wie eine Mutter auf ihr Kind reagiert, kann beruhigen oder aktivieren.

Das Vocal Matching (Jaffe et al., 2001) findet auf dem „vokalen Kanal“ statt, auch hier signalisiert die Mutter durch Lautieren, dass sie die kindlichen Laute wahrnimmt und reguliert diese mit ihrer Stimme. Sie kann auf den emotionalen Zustand des Kindes eingehen und das Kind in einen anderen Gefühlszustand bewegen, so entsteht eine emotionale Verbindung. Welche Schwerpunkte in der jeweiligen psychotherapeutischen Behandlung gesetzt werden, orientiert sich an den Bedürfnissen der Mutter und ihren Wünschen bzw. Zielen.

Eine weitere Maßnahme zur emotionalen Stabilisierung, außer der psychotherapeutischen, ist die medikamentöse Behandlung. Bei schweren postnatalen Erkrankungen sollte die Verabreichung von Psychopharmaka in Erwägung gezogen werden, bei postnatalen Psychosen sind sie unerlässlich.

6.2. Medikamentöse Behandlung

Die psychische Stabilität der Mutter hat oberste Priorität in der postnatalen Zeit, wie auch in der Schwangerschaft. Leidet eine Frau schon vor einer Schwangerschaft an einer psychischen Erkrankung, die medikamentös behandelt wurde, sollte eine spezifische psychiatrische

Beratung erfolgen, um die weitere Medikamenteneinnahme zu besprechen. Hier gilt es, das Risiko einer medikamentös unbehandelten psychischen Erkrankung für jeweils Mutter und Kind gegen das Risiko einer möglichen, perinatalen Schädigung des Kindes abzuwägen (Riecher-Rössler & Heck, 2012). Frauen sollten Zeit haben diese Entscheidung mit einem Arzt ihres Vertrauens ausführlich zu besprechen.

In der postnatalen Zeit ist die Methode der Wahl, um psychische Störungen zu behandeln, eine Psychotherapie. Jedoch ist es immer wieder möglich, dass eine Mutter zu dekomensieren droht. Hier sollte zusätzlich eine medikamentöse Behandlung in Erwägung gezogen werden. Auch für eine stillende Mutter kann die mögliche Medikamenteneinnahme ein großes Problem bedeuten (Riecher-Rössler & Heck, 2012). Viele Frauen möchten stillen und erleben dies als etwas Schönes und Unkompliziertes für sich und ihr Kind. Sie haben große Schuldgefühle, wenn sie in Erwägung ziehen, für ihre Gesundheit abzustillen oder durch die Muttermilch ihr Baby mit einem Medikament zu belasten. Die Vor- und Nachteile des Stillens sollten mit der Mutter besprochen werden; eine Hebamme oder Stillberaterin könnte bei der Entscheidungsfindung unterstützen. Idealerweise wird diese Entscheidungsfindung mit dem Partner gemeinsam getroffen und von einer Psychiaterin/einem Psychiater und einer Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten begleitet. Aktuelle Richtlinien (z. B. auf den Websites am Ende des Artikels) können konsultiert werden.

7. Forschungsergebnisse zur psychotherapeutischen Behandlung von postnatalen Störungen

O'Hara et al. (2000) zeigten, dass postnatal erkrankte Mütter, die eine psychotherapeutische Behandlung (interpersonale Psychotherapie) erhielten, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe schneller signifikant niedrigere Depressionswerte hatten. Dies wurde auch von Miniati et al. (2014) bestätigt.

Auch Forschungsergebnisse, die drei unterschiedliche Behandlungen miteinander verglichen, zeigen, dass Mütter mit postnataler Depression in psychotherapeutischer Behandlung schneller weniger depressiv waren als Mütter in einer Kontrollgruppe (Murray & Cooper, 2003). Die kognitive verhaltenstherapeutische Behandlung zeigte diese Effekte am stabilsten im Vergleich zu psychodynamischer Therapie. Jedoch wurde die Mutter-Kind-Beziehung in einer Erziehungsberatung am effektivsten unterstützt. So scheint es wichtig, dass die psychotherapeutische Behandlung in der postnatalen Zeit gezielt an der Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung arbeitet (Cramer, 1995), um die intergenerationelle Weitergabe von psychischen Erkrankungen in die nächste Generation zu minimieren.

8. Fallbeispiel

Frau G., 34 Jahre alt, verheiratet, bekam ihr erstes Kind 14 Tage nach dem errechneten Geburtstermin. Die Geburt wurde eingeleitet und Frau G. erlebte die Wehen als sehr schmerzhaft und unkontrollierbar. Der erste Anblick ihres Kindes ließ Frau G. zutiefst erschrecken – ihr Baby war schlaff und blau und wurde folglich drei Tage zur Überwachung auf die Intensivstation überwiesen. Frau G. war in größter Sorge um ihr Kind, behielt dies aber für sich. Einer betreuenden Hebamme fiel die Agitiertheit und depressive Stimmung von Frau G. auf und die Verbindung zur niedergelassenen Psychotherapeutin wurde hergestellt.

In der psychotherapeutischen Arbeit, die schon in der Woche nach der Geburt beginnen konnte – ihre Tochter war mittlerweile gesund aus dem Krankenhaus entlassen worden – wurde als dringlichstes Thema die traumatisch erlebte Geburt identifiziert. Es konnten zentrale Themen identifiziert werden, die Frau G. in den nächsten Wochen beschäftigten und belasteten. Die Geburt wurde von Frau G. als ein massives Kontrollverlust erlebt, etwas was sie durch ihre Tendenz zum Perfektionismus in ihrem Leben vor dem Kind hatte vermeiden können. Auch fragte sie sich immer wieder, was sie falsch gemacht habe, dass die Geburt für ihre Tochter so belastend gewesen war. Sie fing zaghaft an, eine liebevolle Beziehung zu ihrer Tochter aufzubauen, doch hatte sie oft den Eindruck, sie mache alles falsch. So quälten sie Selbstunsicherheit, was die Mutterschaft betraf sowie Schuldgefühle, dass ihre Tochter einen so schwierigen Anfang hatte. Sie litt an übertriebenem Verantwortungsgefühl, Schwarz-Weiß-Denken, katastrophisierte und hatte große Schwierigkeiten, sich als Mutter wohlzufühlen. Ihre eigene Mutter schilderte sie als altmodisch, kühl und effizient, die ihrer Tochter klar zu verstehen gab, was sie von ihr verlangte. So war ihre eigene Mutter ihr kein Vorbild, sondern eher ein abschreckendes Beispiel.

Als sie nach 2 Monaten immer noch massiv an Depressionen litt, wurde gemeinsam mit ihrem Mann und einem Psychiater entschieden, abzustillen, um eine antidepressive Behandlung zu beginnen. Es war für sie unvorstellbar, ihrem Kind „ihre“ Medikation in der Muttermilch zuzumuten und das Kind dadurch möglicherweise zu belasten. Nach einer Woche hatte sie geschafft, mit der Hilfe ihres Mannes sowie ihrer Hebamme abzustillen. Obwohl sie das Stillen sehr genossen hatte und dies als eine der Möglichkeiten erlebte „eine normale Mutter“ zu sein, spürte sie bald eine Verbesserung der depressiven Symptomatik. Als Ressource entdeckte sie für sich das tägliche Spazierengehen, bei dem sie sich wieder als ein „Teil des großen Ganzen“ erleben konnte. Der Aufbau eines sozialen Netzes anderer Mütter stellte sich anfangs als schwierig dar, beim Vergleich mit den anderen Frauen erlebte sie sich als defizitär, doch konnte sie dies gut reflektieren und am Ende auflösen.

Anfangs war die Beziehung zu ihrer Tochter von Schuldgefühlen geprägt, sie war extrem verunsichert, wie sie sich ihr gegenüber verhalten sollte. In den thera-

peutischen Sitzungen konnte sie ermutigt werden, ihren Intuitionen zu folgen und merkte, wie sich ihre Tochter ihr zuwendete, sie anlächelte und sich von ihr beruhigen ließ. Nach einem halben Jahr gestand sie sich ein, dass nur zu Hause zu sein ihr nicht gut tat. Sie fing mit Unterstützung ihres Mannes an, wieder einige Stunden zu arbeiten und erlebte dies als eine weitere Ressource. Sie konnte ihre Tochter ohne übermächtige Schuldgefühle bei einer liebevollen Tagesmutter in Betreuung geben. Dass ihre Mutter ihren Wiedereinstieg in die Berufswelt kritisierte, konnte sie ertragen und mit zunehmender Zeit füllte sie die Mutterrolle mit ihren Werten und Prioritäten. Nach einem Jahr setzte sie die Medikation ab und beendete einige Monate später die psychotherapeutische Behandlung.

9. Ausblick

Das Auftreten von postnatalen psychischen Erkrankungen ist nach wie vor in der allgemeinen Bevölkerung und auch in Fachkreisen zu wenig präsent. Die Hemmschwelle von betroffenen Frauen, Hilfe aufzusuchen ist immer noch zu hoch. Die langfristigen belastenden Auswirkungen von psychischen Erkrankungen auf die nächste Generation sind gut dokumentiert. Es ist in der Verantwortung der ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen und PsychologInnen, die Frauen so schnell und lege artis wie nur möglich zu behandeln. Belastungen für Mutter, Kind und Familie werden dadurch gering gehalten. Nachhaltige Öffentlichkeitsarbeit und die bessere Vernetzung von ProfessionistInnen ist unabdingbar, um eine Veränderung einzuleiten.

Literatur

- ABRAMOWITZ, J., SCHWARTZ, S., MOORE, K. M. & LUENZMANN, K. (2003). Obsessive compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: a review of the literature. *Anxiety Disorders*, 17, 461-478.
- APFEL, R. & HANDEL, M. (1999). Couples therapy for postpartum mood disorders. In L. Miller (Ed.), *Postpartum mood disorders*. American Psychiatric Press: Washington DC.
- APPLEBY, L., WARNER, R., WHITTON, A. & FARAGHER, B. (1997). A controlled study of Fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *British Medical Journal*, 314, 932-936.
- AINSWORTH, M. (1974/2003). Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber den Mitteilungen des Babys. In K. E. Grossmann & K. Grossmann, *Bindung und menschliche Entwicklung*. Stuttgart: Klett Cotta.
- BADINTER, E. (1992). *Mutterliebe*. München: Piper.
- BECK A. (1992). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- BERGANT, A., NGUYEN, T., HEIM, K., ULMER, H. & DAPUNT, O. (1998). German language version and validation of the Edinburgh postnatal depression scale. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 123, 35-40.
- BOYCE, P. (2003). Risk factors for postnatal depression: a review of risk factors in the Australian population. *Archives of Womens's Mental Health*, 6, 43-50.
- BRAND, S. & BRENNAN, T. (2009). Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: How are the children? *Journal of Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 52, 441-455.

- BRISCH, K. H., BECHINGER, D., BETZLER, S., HEINEMANN, H., KÄCHELE, H., POHLANDT, F., SCHMÜCKER, G., BUCHHEIM, A. (2005). Attachment Quality in very low-birthweight premature infants in relation to maternal attachment representations and neurological development. *Parenting: Science and Practice*, 5, 311-331.
- BROCKINGTON, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*, 363, 303-310.
- COHEN, L., ALTSHULER, L & HARLOW, B. (2006). Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *Journal of American Medical Association*, 295, 499-507.
- COHN, J., CAMPBELL, S., MATIAS, R. & HOPKINS, J. (1990). Face-to-face interaction of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology*, 26, 15-23.
- COOPER, P. & MURRAY, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression: evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*, 166, 191-195.
- CUMMINGS, E. & DAVIES, P. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 73-112.
- DALTON, K. (2003). *Wochenbettdepression*. Bern: Hans Huber.
- DILLING, H., MOMBOUR, W. & SCHMIDT, M. (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Hans Huber.
- DORNES, M. (2001). *Die emotionale Welt des Kindes*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- FRAIBERG, S. (1980) (Hrsg.). *Clinical Studies of Infant Mental Health, the first year of life*. London: Tavistock.
- FIELD, T., HEALY, B., GOLDSTEIN, S., PERRY, S., BEMDELL, D., SCHANBERG, S., ZIMMERMANN, E. & KUHN, C. (1988). Infants of depressed mothers show "depressed" behaviour even with nondepressed adults. *Child Development*, 59, 1569-1579.
- GERGELY, G. & WATSON, J. (1996). The social bio-feedback theory of parental affect mirroring. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 1181-1212.
- GOODMANN, S., BROGAN, D., LYNCH, M. & FIELDING, G. (1993). Social and emotional competence in children of depressed mothers. *Child Development*, 64, 516-531.
- GROSSMAN, K. E. & GROSSMANN, K. (2003). *Bindung und menschliche Entwicklung*. Stuttgart: Klett Cotta.
- HOFBERG, K. & WARD, M. (2003). Fear of Pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal*, 79, 505-510.
- HOFHECKER FALLAHPOUR, M., ZINKERNAGEL, C., FRISCH, U., NEUHOFER, C., STIEGLITZ, R. & RIECHER-RÖSSLER, A. (2005). Was Mütter depressiv macht ... und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen, Ein Therapiehandbuch. Bern: Huber.
- HOROWITZ, J. & COUSINS, A. (2006). Postpartum depression treatment rates for at risk women. *Nursing Research*, 55, 23-27.
- JAFFE, J., BEEBE, B., FELDSTEIN, S., CROWN, C. & JASNOW, M. (2001). Rhythms of dialogue in infancy: coordinated timing development. *Monograph of Society of Research in Child Development*, 66, 1-132.
- JELLOUSCHEK, H. & JELLOUSCHEK-OTTO, B. (2014). *Familie werden, Paar bleiben*. Stuttgart: Hans Huber.
- KENDELL, R., CHALMERS, & PLATZ, C. (1987). Epidemiology of puerpal psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 157, 135.
- KUMAR, R. (1997). "Anybody's child": severe disorders of mother-to-infant bonding. *British Journal of Psychiatry*, 171, 175-181.
- LAUCHT, M., ESSER, G. & SCHMIDT, M. (2002). Heterogene Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31, 127-134.
- LEWINSOHN, P., ANTONNUCCIO, D., STEINMETZ, J. & TERI, L. (1984). The coping with depression course: A psycho-educational intervention for unipolar depression. *Castals: Eugene*.
- MARTINI, J., WEIDNER, K. & HOYER, J. (2008). Angststörungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt: Diagnostik und Behandlung. *Zeitschrift für Psychosomatik und Konsiliarspsychiatrie*, 4, 207-215.
- MARTINI, J., EINBOCK, K., WINTERMANN, G., KLOSCHKE, J., JUNGEHOFFMEISTER, J. & HOYER, J. (2009). Die Depression-Angst-Stress-Skala für die Peripartalzeit: Ein Screeninginstrument für Schwangerschaft und Wochenbett. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 4, 288-309.
- MATTEJAT, F., WÜTHRICH, C. & REMSCHMIDT, H. (2000). Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. *Nervenarzt*, 71, 164-172.
- MATHEY, S. (2004). Detection and treatment of postnatal depression (perinatal depression or anxiety). *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 21-29.
- MEYER, E., COLL, C., SEIFER, R., RAMOS, A., KILIS, E. & OH, W. (1995). Psychological distress in mothers of preterm infants. *Journal of Developmental and Behavioural Pediatrics*, 16, 412-417.
- MINIATI, M., CALLIARI, A., CALUGI, S., RUCCI, P., SAVINO, M., MAURI, M. & DELL' OSSO, L. (2014). Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 17, 257-268.
- MURRAY, L. (1992). The impact of postpartal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 543-561.
- MURRAY, L., COOPER, P., WILSON, A., & ROMANIUK K. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of postpartum depression. 2. Impact on the mother-child relationship. *British Journal of Psychiatry*, 182, 420-427.
- O'HARA, M. (1994). *Postpartum Depression: causes and consequences*. Springer: New York.
- O'HARA, M. & SWAIN, A. (1996). Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-55.
- O'HARA, M., STUART, S., GORMAN, L. & WENZEL, A. (2000). Efficacy of Interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1039-1045.
- PAWLBY, S., HAY, D., SHARP, D., WATERS, C. & O' KEANE, V. (2009). Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: Prospective longitudinal community-based study. *Journal of Affective Disorders*, 113, 236-243.
- PAPOUŠEK, H. & PAPOUŠEK, M. (1997). Fragile Aspects of Early Social Intergration. In L. Murray & P. Cooper (Eds.), *Postpartum Depression and Child development*. New York: Guilford Press.
- PAPOUŠEK, M. (2004). Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostische Konzept. In M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (Hrsg.), *Regulationsstörungen in der frühe Kindheit* (S. 77-110). Bern: Hans Huber.
- PHILLIPS, L. & O'HARA, M. (1991). Prospective Study of postpartum depression: 4½ year follow-up of women and their children. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 151-155.
- RECK, C., STRUBEN, K., BACKENSTRASS, M., STEFENELLI, U. REINING, K. SOHN, C. & MUNDT, C. (2008). Prevalence, Onset and Comorbidity of Postpartum Anxiety and Depressive Disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 459-468.
- RIECHER-RÖSSLER, A. (1997). Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 65, 97-107.
- RIECHER-RÖSSLER, A. (2012). Depression in der Postnatalzeit. In A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit* (S. 52-60). Freiburg: Karger.
- RIECHER-RÖSSLER, A. & HECK, A. (2012). Psychopharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit. In A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit* (S. 69-89). Freiburg: Karger.
- ROEDIGER, E. (2009). *Praxis der Schematherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- ROHDE, A. (2004). *Rund um die Geburt eines Kindes: Depressionen, Ängste und andere psychische Probleme*. Stuttgart: Kohlhammer.
- ROHDE, A. (2001). *Psychiatrische Erkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett*. *Gynäkologe*, 4, 315-322.
- ROSS, L. & MCLEAN, L. (2006). Anxiety Disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1285-1298.
- SCHMID-SIEGEL, B. (2014). Vortag Marce Konferenz „Muttermilch und Kindeswohl“ 10.-11. Oktober, Graz, 2014 „Peripartale Psychiatrie – Stand von Forschung u. Betreuungsangeboten“.
- SELIGMAN, M. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press.
- STERN, D. (1995). *The Motherhood Constellation, a unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books.

- TURMES, L. & HORNSTEIN, C. (2007). Stationäre Mutter-Kind-Behandlungseinheiten in Deutschland, Ein Bericht zum Status Quo. *Der Nervenarzt*, 78, 773-774.
- TRAUTMANN-VILLALBA, P. & HORNSTEIN, C. (2012). Interaktionale Therapie in der Postpartalzeit. In A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit* (S. 90-98). Freiburg: Karger.
- VESGA-LOPEZ, O., BLANCO, C., KEYES, K., OLFSON, M., GRANT, B. & HASIN, D. (2008). Psychiatric Disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 65, 805-815.
- WINNICOTT, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 89-97.
- VON BALLESTREM, C. L., STRAUSS, M. & KÄCHELE, H. (2005). Contribution to the epidemiology of postnatal depression in Germany – implications for the utilization of treatment. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 29-35.
- WORTMANN-FLEISCHER, S., DOWNING, G. & HORNSTEIN, C. (2006). Postpartale psychische Störung, Ein Interaktionszentrierter Leitfaden. Stuttgart: Kohlhammer.
- WURMSER, H., RIEGER, M., DOMOGALLA, C., KAHNT, A., BUCHWALD, J. & KOWATSCH, M. (2006). Associations between life stress during pregnancy and infant crying in the first six months postpartum: a prospective longitudinal study. *Early Human Development*, 82, 341-349.

Fachgesellschaften

- Marcé für peripartale psychische Erkrankungen: www.marce-gesellschaft.de
- GAIMH, Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der Frühen Kindheit: www.gaimh.de
- Schatten und Licht, Krise rund um die Geburt, Initiative peripartale psychische Erkrankungen www.schatten-und-licht.de

Leitlinien Österreich

- Empfehlung für die psychosoziale Betreuung von Frauen, während der Schwangerschaft und nach der Geburt, Graz: www.plattformpsyche.at/Documents/Leitlinien_psychosozial.pdf
- Klinisches Management für Depression in der Schwangerschaft und nach der Geburt: www.frauengesundheit-wien.at/literatur/broschueren/index.html

Links

- Arzneimittelsicherheit in der Schwangerschaft:
Embriotox (www.embryotox.de), Reprotox (www.reprotox.org)

Autorin

Dr. phil. Gesine Schmücker-Schüßler

Seit 2005 selbstständig in eigener Praxis tätig als kognitive Verhaltenstherapeutin und Klinische und Gesundheitspsychologin. Ein Schwerpunkt ist die psychotherapeutische Arbeit rund um das Thema Schwangerschaft, Geburt, Elternrolle mit besonderem Fokus auf die Mutter-Baby-Beziehung. Lehrtherapeutin der AVM.



Institut für Psychosomatik und Verhaltenstherapie (IPVT)
Alberstraße 15
A-8010 Graz
Telefon: +43 (0)664 9450431
gss@graz-psychotherapie.com
www.graz-psychotherapie.com