

Reck, Corinna

## **Postpartale Depression: Mögliche Auswirkungen auf die frühe Mutter-Kind-Interaktion und Ansätze zur psychotherapeutischen Behandlung**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56 (2007) 3, S. 234-244*

urn:nbn:de:bsz-psydok-47288

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# Postpartale Depression: Mögliche Auswirkungen auf die frühe Mutter-Kind-Interaktion und Ansätze zur psychotherapeutischen Behandlung

Corinna Reck

## Summary

*Postpartal depression: Possible effects on early mother-child interaction and psychotherapeutical treatment approach*

The interaction between mother and child holds a central position in in- and outpatient treatment of postpartal depressive mothers. Infants are highly sensitive towards the emotional state of their mothers and other attachment figures. This sensitivity is essential for the comprehension of the influence of a psychiatric illness of the mother on child development. Postpartal depression as the most common psychiatric illness in young mothers takes a central part. The specific situation of young depressive mothers demands an adaptation of the therapeutic treatment. Different approaches towards the treatment of postpartal depression with respect to the mother-child interaction are elucidated.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 56/2007, 234-244*

## Keywords

postpartal depression – mother-child-interaction – integrative therapy model – mother-child therapy

## Zusammenfassung

Die Mutter-Kind-Interaktion nimmt im Rahmen der ambulanten und stationären Behandlung postpartal depressiver Mütter eine zentrale Stellung ein. Es ist bekannt, dass Säuglinge äußerst sensibel auf den emotionalen Zustand ihrer Mutter und anderer Bezugspersonen reagieren. Diese Sensitivität in den ersten Lebensmonaten ist grundlegend für das Verständnis des Einflusses mütterlicher psychiatrischer Erkrankungen auf die kindliche Entwicklung. Der postpartalen Depression kommt als der häufigsten psychischen Störung junger Mütter dabei eine zentrale Bedeutung zu. Die besondere Lebenssituation der jungen Mütter erfordert eine Anpassung des therapeutischen Angebotes an die Bedürfnisse der Patientinnen. Ansätze zur Behandlung der postpartalen Depression unter Berücksichtigung der Mutter-Kind-Beziehung werden vorgestellt.

## Schlagwörter

Postpartale Depression – Mutter-Kind-Interaktion – Integratives Therapiemodell – Mutter-Kind-Therapie

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 56: 234 – 244 (2007), ISSN 0032-7034  
© Vandenhoeck & Ruprecht 2007

## 1 Interaktionsverhalten von postpartal depressiven Müttern und ihren Säuglingen

Typischerweise lässt sich das Verhalten depressiver Mütter zumeist durch mangelnde Responsivität, Passivität oder Intrusivität, weniger positivem bzw. mehr negativem Affekt und ein reduziertes mimisches Ausdrucksverhalten charakterisieren (Field et al., 1985, 1988; Reck et al., 2004; Righetti-Veltema et al., 2002). Insgesamt betrachtet wird in der Literatur über einen Mangel depressiver Mütter an Empathie und emotionaler Verfügbarkeit berichtet, d. h. eine verringerte Fähigkeit, kindliche Signale wahrzunehmen, richtig zu interpretieren und angemessen und prompt zu beantworten. Depressive Mütter schätzen sich hinsichtlich ihrer Selbstwirksamkeit in der elterlichen Rolle deutlich negativer ein als nichtdepressive Mütter (Teti et al., 1998). Zudem weisen Forschungsergebnisse darauf hin, dass depressive Mütter das Verhalten ihrer Kinder negativer wahrnehmen als objektive Beobachter, was wiederum im Sinne einer „sich selbst erfüllenden Prophezeiung“ einen ungünstigen Einfluss auf die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion und die mütterliche Selbstwirksamkeit ausüben kann. Diese Befunde legen die Annahme nahe, dass depressive Symptome eine Einschränkung der mütterlichen Fähigkeit zur interaktiven Regulation kindlicher Affektzustände zur Folge haben können, was wiederum auf Seiten des Kindes mit einer höheren Irritabilität, geringeren selbstregulatorischen Fähigkeiten und einer unsicheren Bindung einhergehen kann (Campbell et al., 1997; Diego et al., 2002).

Affektive Zustände in den ersten Lebensmonaten des Säuglings stehen in enger Beziehung zum mütterlichen Verhalten, das seinerseits von den Zuständen des Kindes beeinflusst wird (z. B. Diego et al., 2002). Die Regulation des Affektaustauschs geschieht durch spezifische Interaktionsmuster, wobei den von (Tronick u. Weinberg, 1997; Weinberg u. Tronick, 1999) beschriebenen „Matching“- und „Interactive-Repair“-Prozessen eine zentrale Bedeutung zukommt. Tronick u. Cohn (1989) charakterisieren die typische Mutter-Kind-Interaktion als einen flexiblen Prozess, in dem ein kontinuierlicher Wechsel zwischen koordinierten („matches“) und unkoordinierten („mismatches“ oder „interactive errors“) interaktionellen Verhaltensweisen stattfindet. „Mismatches“ gehen typischerweise mit einem negativen und „matches“ mit einem positiven Affekt einher. Die interaktionelle Transformation eines unkoordinierten in einen koordinierten Zustand wird als ein „interactive repair“ bezeichnet. In Face-to-Face-Interaktionen mit einem sechs Monate alten Säugling kommt es normalerweise zu einer schnellen Reparatur von interaktionellen Fehlern. Tronick (1989) beschreibt die interaktive Regulation von Affekten in dem von ihm postulierten „wechselseitigen Regulationsmodell“ (mutual regulation model, MRM) als einen kontinuierlichen Prozess, in dem jeder Partner von Augenblick zu Augenblick („moment-to-moment“) Anpassungen an das Verhalten des anderen vornimmt (Stern, 1998; Tronick, 1989). Das Verhalten des einen Interaktionspartners kann sowohl im positiven als auch im negativen Affektbereich aus dem Verhalten des anderen präzise vorhergesagt werden. Diese gemeinsamen Verhaltensregulationen finden weitgehend außerhalb des

Bewusstseins auf der Mikroebene statt und werden vermutlich von der Mutter und dem Säugling internalisiert und bilden damit die Grundlage für ein auf prozeduraler Ebene gespeichertes implizites Beziehungswissen („implicit relational knowing“) (Beebe, 2000; Stern, 1998). Stern (1992) konnte in seine Beobachtungsstudien zeigen, dass die Eltern den affektiven Ausdruck des Kindes durch nonverbale Signale auf der Mikroebene entscheidend beeinflussen. Stern bezeichnet diese Prozesse als „Angleichung“ und „Abstimmung“. Downing (1994) beschreibt den Prozess der affektiven Abstimmung zwischen Mutter und Kind als einen interaktiven Tanz. Optimal ist es nach Downing, wenn die Eltern den Rhythmus des Kindes aufgreifen, leicht variieren, ohne das Kind jedoch aus dem eigenen Rhythmus zu bringen.

Diese interaktionellen Abstimmungsprozesse sind bei postpartalen Depressionen der Mütter nach den bisherigen Forschungsergebnissen deutlich beeinträchtigt (Cohn et al., 1990), was wiederum die emotionale und kognitive Entwicklung des Säuglings ebenso ungünstig beeinflusst wie den Krankheitsverlauf der Mütter (Papoušek, 2001; Reck et al., 2001). Eine depressive Mutter beschreibt ihre Erfahrungen mit dem „Matching“ im Verlauf ihrer Erkrankung folgendermaßen (entnommen aus Worthmann-Fleischer et al., 2006): „Als es mir schlecht ging, hatte ich keine Energie, auf mein Kind zu reagieren. Ich habe sogar bewusst mein Kind nicht angesehen, da ich geglaubt habe, es könne meinen seelischen Zustand wahrnehmen und dadurch Schaden nehmen. Seit es mir besser geht, habe ich wieder mehr Freude daran, ein Echo auf Signale meines Kindes zu geben. Darüber, dass mein Kind dann wiederum auf mich reagiert, entwickelt sich ein positives Gefühl in meinem Körper, meine Stimmung wird besser, und ich gebe häufiger ein Echo.“

Typische Verhaltensweisen von Kindern in der Interaktion mit ihren depressiv erkrankten Müttern sind vermehrter Rückzug, ein geringes Maß an positivem Affektausdruck sowie die Vermeidung des Blickkontaktes (Papoušek, 2001). Tronick und Gianino (1986) nehmen in diesem Kontext an, dass den Interaktionsverhaltensweisen der Kinder depressiver Mütter eine selbstregulatorische Funktion zukommt. Das häufige Wegdrehen des Kopfes und die aktive Vermeidung des Blickkontaktes kann als Versuch der Säuglinge verstanden werden, sich vor dem negativen Effekt des nicht-responsiven und/oder intrusiven mütterlichen Verhaltens zu schützen. Ein gutes Beispiel für das Zusammenspiel zwischen mütterlichem intrusivem Interaktionsverhalten und kindlichem Vermeidungsverhalten bei einem viereinhalb Monate alten Säugling findet sich bei Stern (1998). Er beschreibt die Videosequenz der Mutter-Kind-Interaktion folgendermaßen: „Unmittelbar ins Auge fiel die Haltung der Mutter. Sie war dem Kind so nahe, dass der Abstand zwischen den beiden Gesichtern nur etwa 10 cm betrug. Sie hatte dem Baby ihr Gesicht zugewandt, und ihr Oberkörper befand sich in Frontalstellung vor ihm, so dass sie ganz auf das Kind orientiert war. Darüber hinaus umfasste sie das Baby bei ausgestreckten Armen mit ihren Händen. Aus ihrer Position heraus bewegte sie sich abwechselnd mit ihrem Kopf näher an das Kind heran und entfernte sich wieder, während sie recht laut zu ihm sprach. In Reaktion auf ihr Verhalten drehte der Säugling seinen Kopf wiederholt zur Seite. Er brach den Blickkontakt häufig ab,

und sein Lächeln wich dann einem neutralen bis bekümmerten Gesichtsausdruck. Seine Vokalisierungen klangen angespannt und wurden zunehmend lauter.“

Field und Mitarbeiter (1988) befassten sich mit der Frage nach der Generalisierung von frühkindlichem „depressiven Interaktionsverhalten“ (geringes Maß an positivem Affektausdruck und erniedrigtes Aktivitätsniveau). Sie untersuchten, ob Säuglinge im Alter von 3-6 Monaten in Interaktionen mit nichtdepressiven Frauen ähnliche Verhaltensweisen zeigten wie in der Interaktion mit ihren postpartal depressiven Müttern. Es zeigte sich, dass die Säuglinge auch in der Interaktion mit der nichtdepressiven Beziehungspartnerin „depressive“ Verhaltensmuster aufwiesen. Interessanterweise schien das Verhalten der Säuglinge sogar eine Rückwirkung auf das Interaktionsverhalten der nichtdepressiven Frauen zu haben. Diese zeigten nämlich in der Interaktion mit den Säuglingen postpartal depressiver Mütter ebenfalls depressionstypische Verhaltensweisen.

Das Verhalten von Kindern depressiver Mütter in Belastungssituationen weist nach Field (1988) auf einen passiven Copingstil hin. Cohn und Tronick (1983) vermuten, dass das Erleben des Kindes, das Interaktionsverhalten der Mutter *nicht* positiv beeinflussen zu können, zu einem Gefühl der Ineffektivität und Hilflosigkeit führt. Das Ziel des Kindes, aktiv Reziprozität herzustellen, misslingt, und es wäre denkbar, dass schon in einem Alter von sechs Monaten die Grundlage einer Vulnerabilität für spätere depressive Störungen im Sinne des Konzeptes der „erlernten Hilflosigkeit“ entsteht.

Die Brisanz des Themengebietes ergibt sich aus den in der Literatur mehrfach nachgewiesenen Problemen der kognitiven und emotionalen Entwicklung bei Kindern postpartal depressiver Mütter (Cohn et al., 1983; Hay, 1997). Die Beeinträchtigung interaktioneller Abläufe zwischen Mutter und Kind stellt hierbei vermutlich einen zentralen vermittelnden Wirkfaktor dar. Entsprechend konnten bei den Kindern von depressiven Müttern mit unbeeinträchtigtem Interaktionsverhalten keine Defizite der kognitiven und emotionalen Entwicklung nachgewiesen werden (Cooper u. Murray, 1997).

## 2 Postpartale Depression: Epidemiologie und Krankheitsbild

Die postpartale Depression gehört zu den häufigsten psychischen Störungen bei jungen Müttern. Nach epidemiologischen Studien zumeist aus dem angloamerikanischen Sprachraum erkrankten ca. 10% der schwangeren Frauen an einer postpartalen Depression (O'Hara et al., 1990).

Postpartale Depressionen müssen unterschieden werden von dem so genannten „Baby Blues“ („Heultage“) und der postpartalen Psychose. Bei dem Baby-Blues handelt es sich um eine kurz andauernde psychische Störung mit einer milden depressiven Symptomatik, die durch Erschöpfung, Weinen, Traurigkeit, Stimmungslabilität, Ängstlichkeit und Irritierbarkeit gekennzeichnet ist. Sie tritt mit einer Prävalenzrate von ca. 50% zumeist zwischen dem 2. und dem 5. Tag nach der Geburt auf, ihre Dauer kann sich von wenigen Stunden bis zu wenigen Tagen erstrecken (Ballestrem et al., 2005).

Als Risikofaktoren der postpartalen Depression werden in der Literatur depressive Episoden in der Vorgeschichte, traumatische Erlebnisse/Vernachlässigung in der eigenen Kindheit, der Baby Blues, Stressbelastung in der Schwangerschaft, Ungewolltheit der Schwangerschaft, traumatisches Erleben der Geburt, biologische Auslöser, sozioökonomische Faktoren, geringe oder keine soziale Unterstützung und geringe Partnerschaftszufriedenheit, diskutiert (Ballestrem et al., 2005; O'Hara et al., 1990).

### 3 Integratives Therapiemodell der postpartalen Depression

Aufgrund der spezifischen Lebenssituation postpartal depressiver Mütter und der möglichen ungünstigen Auswirkung der depressiven Symptomatik auf die Mutter-Kind-Interaktion wurde an der Heidelberger Psychiatrischen Klinik ein integrativer psychotherapeutischer Ansatz mit einer Fokussierung auf die Mutter-Kind-Beziehung erarbeitet, der im Folgenden unter Einbezug eines Fallbeispiels vorgestellt werden soll.

#### 3.1 Spezifische Themen in der Psychotherapie der postpartalen Depression

Aufgrund der mit einer Geburt einhergehenden besonderen psychosozialen Belastungen und Probleme ist eine systematische Adaptation der psychotherapeutischen Standarddepressionsbehandlung erforderlich. An kognitiven Symptomen der Mütter werden in der Literatur regelhaft Ängste, als Mutter zu versagen (s. auch Selbstwirksamkeit in der Mutterrolle), die negative Wahrnehmung der eigenen Person und des Kindes sowie dysfunktionale Gedanken in interaktionellen Kontexten (z. B. „mein Baby liebt mich nicht“ bei selbstregulativer Blickabwendung des Kindes) beschrieben (z. B. Murray et al., 1996; Stern, 1998). Mögliche teufelskreisartige negative Verflechtungen zwischen depressiver Symptomatik der Mutter einerseits und interaktionellen Verhaltensweisen auf kindlicher und mütterlicher Seite andererseits sollen frühzeitig diagnostiziert und bei entsprechender Indikation in die Therapie integriert werden.

Spezifische Themen der Mutterschaft sind nach Stern (1998): (1) *Das Thema des Lebens und Wachstums*: Es berührt die zentrale Frage der Mutter, ob sie das Baby am Leben erhalten kann. Es werden bestimmte Ängste geweckt, z. B. die Angst, das Baby könnte sterben, aufhören zu atmen, es könnte aufgrund ihrer Unzulänglichkeit nicht essen oder nicht trinken (weil sie nicht aufpasst). Die Angst betrifft das Versagen ihrer biologischen Vitalität und Kreativität; (2) *Das Thema der primären Bezogenheit*: Das Thema betrifft die soziale und emotionale Bezogenheit der Mutter zum Baby. Die zentralen Fragen sind: Kann die Mutter das Baby lieben? Kann sie fühlen, dass das Baby sie liebt? Kann sie das Baby „lesen“, auf seine Bedürfnisse optimal reagieren? Es geht um die Herstellung der Bindung im ersten Lebensjahr, in der Sicherheit und Zuneigung auf der präverbalen Ebene vermittelt werden. Zentral sind das „Halten“ und die Regulation von Rhythmen des Babys. Mütter können in dieser Zeit Ängste entwickeln, gehemmt, unzulänglich, innerlich leer zu sein oder fürchten ihre eigenen negativen Kindheitserfahrungen wei-

ter zu geben; (3) *Das Thema der unterstützenden Matrix*: Es betrifft das Bedürfnis der Mutter, ein schützendes, wohlwollendes Netzwerk der Unterstützung zu schaffen. Die weitgehend verschwundene Großfamilie wurde durch keine anderen sozialen Einheiten ersetzt. Die Mutter wünscht sich die Wissensweitergabe, Anerkennung durch eine kompetente Person, z. B. die Großmutter. Die Beziehung der jungen Mutter zur eigenen Mutter wird reaktiviert und erhält einen neuen Stellenwert. In der klinischen Arbeit mit depressiven Müttern zeigen sich in diesem Bereich häufig Probleme. Ein Abbruch der Beziehung zur eigenen Mutter aufgrund familiärer Konflikte, die psychische Nichtverfügbarkeit der Mutter aufgrund einer eigenen psychischen Erkrankung sowie der Verlust der eigenen Mutter durch Suizid werden von den Patientinnen gehäuft berichtet. Diese zumeist bereits therapeutisch bearbeiteten Themen erhalten aufgrund der Bedürftigkeit der jungen Mutter eine neue Relevanz und können damit als Depressionsauslöser fungieren; (4) *Das Thema der Reorganisation der Identität*: Dies bezieht sich auf das Bedürfnis der Mutter, ihre Selbstidentität zu transformieren: von der Tochter zur Mutter, berufliche Rollenveränderungen, von der jüngeren Generation zur älteren Generation.

In dem Postpartumzeitraum treten typischerweise Reaktualisierung von aus der Kindheit- und Jugendzeit stammenden unbewältigten psychischen Konflikten auf. Die Reaktualisierung spezifischer belastender Beziehungsmuster geht häufig mit „Angst vor Wiederholung und vor der transgenerationalen Weitergabe“ eben dieser Beziehungserfahrungen einher. Aufgrund der psychischen und physischen Anforderungen und der zu dem Säugling entstehenden unkontrollierbaren Nähe können bisher mögliche Bewältigungsstrategien und Abwehrmechanismen nicht mehr erfolgreich angewendet werden.

### 3.2 Psychotherapie der Mutter-Kind-Beziehung

Therapeutisch wirksame Änderungen der Mutter-Kind-Interaktion bzw. kindlichen Dysregulation wurden sowohl durch die traditionelle psychodynamische Mutter-Säuglings-Kurzzeittherapie als auch durch neuere, die Interaktion fokussierenden Methoden erreicht (z.B. Cohen et al., 2002; im Überblick Cooper u. Murray, 1998; Stern, 1998). Field und Mitarbeiter (1997) konnten in ihrer sorgfältigen Therapiestudie einen günstigen Einfluss verschiedener therapeutischer Techniken auf die mütterliche depressive Symptomatik und die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion sowie eine Besserung frühkindlicher Verhaltensauffälligkeiten nachweisen. Als besonders effektiv in der Behandlung interaktioneller Störungen depressiver Mütter und ihrer Säuglinge zeigten sich differenziell auf die Symptomatik abgestimmte Strategien des „interactional coachings“ (McDonough, 2000; im Überblick Stern, 1998).

Bei Müttern mit einer eher gehemmt depressiven Symptomatik mit Antriebsstörungen und eingeschränkter emotionaler Schwingungsfähigkeit kann in wenigen Sitzungen durch die Unterstützung ihres Kontaktaufnahmeverhaltens eine Steigerung kindlicher Initiativen sowie der Blickkontaktaufnahme erreicht und damit das Prinzip der „positiven Gegenseitigkeit“ zwischen Mutter und Kind etabliert werden. Steht hingegen eine eher agitierte Symptomatik im Vordergrund, richtet sich der Fokus des

„interactional coachings“ zumeist auf intrusive mütterliche Interaktionsverhaltensweisen.

Videogestützte Therapiemethoden der Mutter-Kind-Therapie (z.B. Downing, 2003; Papoušek, 2000; Thiel-Bonney, 2002) wurden auf der Basis von Befunden der Mutter-Kind-Interaktionsforschung entwickelt. In den Therapiesitzungen werden den Eltern kurze Videosequenzen zuvor aufgenommener Interaktionen gezeigt und im Anschluss mit ihnen gemeinsam hinsichtlich positiver und negativer Sequenzen untersucht; daraus lassen sich Ansätze zur Veränderung dysfunktionaler Interaktionsmuster erarbeiten.

### 3.3 Mutter-Kind-Therapie in Heidelberg

An der Psychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg besteht seit 2001 eine Behandlungseinheit für Mütter mit postpartalen psychischen Störungen. Es handelt sich dabei um ein Kooperationsprojekt zwischen der Klinik für Allgemeine Psychiatrie und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Das Therapiekonzept fokussiert Themen der Mutterschaft und der Mutter-Kind-Beziehung und geht damit über reine „Rooming-in“-Angebote hinaus. Das Angebot umfasst die Möglichkeit einer stationären oder teilstationären Mutter-Kind-Aufnahme sowie – in leichteren Fällen – einer ambulanten Therapie. Damit besteht für diese bislang unterversorgte Patientinnengruppe die Möglichkeit einer spezifischen Behandlung, der positiven Beeinflussung der Mutter-Kind-Beziehung und der Prävention von Entwicklungsstörungen bei den Säuglingen und Kleinkindern. Mögliche teufelskreisartige negative Verflechtungen zwischen psychischer Symptomatik der Mutter einerseits und interaktionellen Verhaltensweisen auf kindlicher und mütterlicher Seite andererseits sollen frühzeitig diagnostiziert und bei entsprechender Indikation in die Therapie integriert werden.

Im Falle psychischer Auffälligkeiten auf der kindlichen Seite erfolgen eine genaue kinderpsychiatrische Diagnostik und die Planung spezifischer auf das Kind abgestimmter Interventionen. Neben der einzeltherapeutischen und dyadischen Arbeit mit Mutter und Kind besteht sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting das Angebot, an einer spezifisch auf postpartale Störungen ausgerichteten verhaltenstherapeutischen (mit musiktherapeutischen Elementen) Müttergruppe und an einer Baby-Massage-Therapiegruppe teilzunehmen. Darüber hinaus stellt die Beteiligung des Vaters oder anderer Familienmitglieder an der Therapie einen wichtigen Baustein der Behandlung dar, gegebenenfalls auch in Form einer Paar- oder Familientherapie. Das therapeutische Angebot richtet sich selbstverständlich auch an Väter mit ihren Kindern.

### 3.4 Fallbeispiel

Frau M.<sup>1</sup> kommt in Begleitung ihrer sechs Wochen alten Tochter Paula<sup>1</sup> zur Aufnahme in die Mutter-Kind-Einheit der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg. Sie be-

<sup>1</sup> Initiale und Name wurden von der Autorin geändert.



richtet seit der Geburt ihrer dritten Tochter über eine deutliche Stimmungsverschlechterung, Erschöpfungszustände, depressive Einbrüche, Angstzustände. Suizidgedanken seien während der Schwangerschaft aufgetreten. Aktuell bestehe keine Suizidalität. Die Schwangerschaft sei ungewollt gewesen und sie fühle sich durch die drei Kinder überfordert. Zu Hause weine sie viel und leide darüber hinaus unter „Gefühlen der Gefühllosigkeit“. Seit der Geburt fühle sie sich in ihrer häuslichen Situation überfordert. Frau M. befindet sich seit ca. 1,5 Jahren in einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung. Aufgrund der im Zusammenhang mit der Geburt ihrer Tochter aufgetretenen hohen Belastung erschien eine stationäre Behandlung der depressiven Symptomatik notwendig. Die erste depressive Phase sei vor acht Jahren nach der Geburt ihrer ersten Tochter aufgetreten, die zweite depressive Phase von ca. drei Jahren nach der Geburt ihrer zweiten Tochter. Sie habe sich daraufhin sowohl in psychiatrische als auch (seit 1,5 Jahren) in eine psychotherapeutische Behandlung begeben. Im Alter von 13 Jahren hatte die Patientin einen Suizidversuch mit Tabletten unternommen.

*Psychotherapeutische Behandlung der Mutter:* Die stationäre Aufnahme bewirkte eine vorübergehende sofortige Entlastung und ging im Verlauf der ersten zwei Wochen mit einer deutlichen Besserung der depressiven Symptomatik einher. Frau M. nahm am fachtherapeutischen Behandlungsprogramm teil (Bewegungstherapie, Entspannungstherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie und an einer Babymassagegruppe). Im Rahmen einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie erhielt sie Informationen über das Krankheitsbild und den Verlauf depressiver Störungen und erarbeitete sie sich verhaltensorientierte, aktivierende sowie kognitive Strategien zur Bewältigung depressiver Krisen. Nach ca. zwei Wochen kam es zu einer Krise, in der eine Panikattacke auftrat. Frau M. litt zunehmend unter Heimweh nach ihrem Ehemann und fühlte sich gleichzeitig von der Vorstellung, in der häuslichen Situation zurechtzukommen, überfordert. In den Einzelgesprächen stand die Verarbeitung der ungewollten Schwangerschaft und der damit assoziierten Gefühle des eigenen Ungewolltseins. Das Verstehen und emotionale Durcharbeiten ihrer eigenen reaktualisierten Gefühle des Ungewolltseins, ausgelöst durch die ungewollte Schwangerschaft, ermöglichte zum einen die Entdramatisierung des Erlebens hinsichtlich ihrer aktuellen Lebenssituation sowie eine Verbesserung ihrer Fähigkeit weniger hohe Ansprüche an sich zu stellen und sich selbst in einer mehr fürsorglichen „mütterlichen“ Weise zuzuwenden.

Zum Ende der Behandlung entwickelte die Patientin zunehmend Perspektiven für eigene von den Kindern unabhängige Lebensbereiche, was sich z. B. in dem Schaffen eines Freiraumes für die Wiederaufnahme ihres Hobbys (Malen) zeigte. Im Verlauf der stationären Behandlung profitierte die künstlerisch begabte Patientin besonders von der Kunsttherapie, da sie in diesem Rahmen verstärkt in Kontakt mit ihrer Kreativität kommen konnte und es als entlastend empfand ihre Gefühle in einem anderen Medium als der Sprache auszudrücken. Nach einer ca. neunwöchigen Behandlungsphase wurde Frau M. in deutlich gebessertem Zustand mit der Empfehlung ihre ambulante Psychotherapie fortzusetzen nach Hause entlassen.

*Therapie der Mutter-Kind-Beziehung:* Frau M. erlebte die Beziehung zu ihrer Tochter trotz der Ungewolltheit der Schwangerschaft als positiv. Im Umgang mit ihrer Tochter Paula zeigte sie sich entsprechend kompetent und liebevoll. Auffällig war ihr Bestreben in der Beziehung zu ihren Kindern eine perfekte Mutter sein zu wollen. Diese von einem hohen Druck geprägte Haltung wurde sichtbar in einer Anspannung der Mutter und einer damit einhergehenden leicht eingeschränkten Sensitivität in der Mutter-Kind-Interaktion. Im Rahmen der Babymassagegruppe gelang es ihr sich in einem geschützten und strukturierten Setting in der Interaktion mit ihrer Tochter zunehmend zu entspannen und den Kontakt zu ihrer Tochter mit weniger innerem Druck zu genießen. Anhand einer videounterstützten Rückspiegelung ihrer realen interaktionellen Kompetenzen konnte ebenfalls eine Verbesserung des mütterlichen Selbstvertrauens sowie eine Steigerung ihrer Entspannung („ich muss keine zu jeder Zeit perfekte Mutter sein“) und damit auch ihrer Sensitivität im Umgang mit ihrer jüngeren Tochter erreicht werden. Der Vorschlag der Therapeutin sich im Alltag durch professionelle Hilfen (z. B. Haushaltshilfe) Entlastung zu verschaffen bereitete ihr zunächst Unbehagen, da es mit ihrem Bild einer guten Mutter kollidierte. Im Verlauf der Therapie konnte Frau M. ihr „perfektionistisches Mutterbild“ („Ich muss die Versorgung meiner Kinder alleine schaffen und zu jederzeit eine perfekte Mutter sein“) korrigieren und sich darauf einlassen eine Unterstützung durch eine Haushaltshilfe anzunehmen.

#### 4 Schlussbemerkung

Abschließend soll festgehalten werden, dass in der stationären Psychotherapie von psychisch kranken Müttern und ihren Kindern die spezifischen Problemkonstellationen in dieser PatientInnengruppe Berücksichtigung finden sollte. Vorbedingung für eine differenzierte und umfassende Behandlung ist die sorgfältige Diagnostik und Festlegung einer integrativen Behandlungsstrategie für die Mutter, das Kind und die Mutter-Kind-Beziehung. Zukunftsweisend erscheint insbesondere der Einsatz videogestützter Therapieverfahren, anhand derer zum einen durch die Rückspiegelung mütterlicher Fähigkeiten das mütterliche Selbstwirksamkeitserleben gestärkt und zum anderen eine Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion sowie die langfristige Prävention kindlicher Entwicklungsauffälligkeiten erreicht werden kann.

#### Literatur

- Ballestrem, C. L., Strauß, M., Kächele, H. (2005). Contribution to the epidemiology of post-natal depression in Germany – implications for the utilization of treatment. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 29-35.
- Beebe, B. (2000). Brief mother-infant treatment using psychoanalytically informed video microanalysis: Integrating procedural and declarative processing. Paper presented at the Association for Psychoanalytic Medicine, Columbia University Psychoanalytic Center.

- Campbell, S. B., Cohn, J. F. (1997). The timing and chronicity of postpartum depression: Implication for infant development. In L. Murray, P. J. Cooper (Hrsg.), *Postpartum depression and child development* (S. 165-200). New York: The Guilford Press.
- Cohen, N. J., Lojkasek, M., Muir, E., Muir, R., Parker, C. P. (2002). Six-month follow-up of two mother-infant psychotherapies: convergence of therapeutic outcomes, *Infant Mental Health Journal*, 23, 361-380.
- Cohn, J., Tronick, E.Z. (1983). Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. *Child Dev*, 54, 185-194.
- Cohn, J. F., Campbell, S. B., Matias, R., Hopkins, J. (1990). Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology*, 26, 15-23.
- Cooper, P. J., Murray, L. (1997). The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and infant development. In L. Murray, P. J. Cooper (Hrsg.), *Postpartum depression and child development* (S. 201-220). New York: The Guilford Press.
- Diego, M. A., Field, T., Hart, S., Hernandez-Reif, M., Jones, N., Cullen, C., Schanberg, S., Kuhn, C. (2002). Facial expression and EEG in infants of intrusive and withdrawn mothers with depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 15, 10-15.
- Downing, G. (2003) Video-Mikroanalyse-Therapie. Einige Grundlagen und Prinzipien. In H. Scheuerer-Engelisch (Hrsg.), *Wege zur Sicherheit. Bindungswissen in Diagnostik und Intervention*(S. 51-68). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Field, T. (1997). The treatment of depressed mothers and their infants. In L. Murray, P.J. Cooper (Hrsg.), *Postpartum depression and child development*. The Guilford Press, New York London, pp 221-236.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., Zimmermann, E. A., Kuhn, C. (1988). Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with non-depressed adults. *Child Dev*, 59, 1569-1579.
- Field, T., Sandberg, D., Garcia, R., Vega-Lahr, N., Goldstein, S., Guy, L. (1985). Pregnancy problems, postpartum depression, and early mother-infant interactions. *Dev Psychol*, 21, 1152-1156.
- Hay, D. F. (1997). Postpartum depression and cognitive development. In L. Murray, P. J. Cooper (Hrsg.), *Postpartum depression and child development* (85-110). New York: The Guilford Press.
- McDonough, S. C. (2000). Interaction Guidance: An approach for difficult-to-engage families. In C. H. Zeanah (Hrsg.), *Handbook of infant mental health* (2nd ed., 485- 493). New York: The Guilford Press.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Dev*, 67, 2512-2526.
- O'Hara, M. W., Zekoski, E. M., Philipps, L. H., Wright, E.J. (1990). A controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychol*, 99, 3-15.
- Papoušek, M. (2000). Einsatz von Video in der Eltern-Säuglings-Beratung und -Psychotherapie. *Prax Kinderpsychol und Kinderpsychiatr*, 49, 611-627.
- Papoušek, M. (2001). Wochenbettdepressionen und ihre Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. In H. Braun-Scharm (Hrsg.), *Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Wissenschaftliche Verlagsunion.

- Reck, C., Backenstraß, M., Möhler, E., Hunt, A., Resch, F., Mundt, Ch. (2001). Mutter-Kind Interaktion und postpartale Depression. *Psychotherapie*, 6, 171-185.
- Reck, C., Hunt, A., Fuchs, Th., Weiss, R., Noon, A., Möhler, E., Downing, G., Tronick, E. Z., Mundt, Ch. (2004). Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants. *Psychopathology*, 37, 272-280.
- Reck, C., Mundt, Ch. (2001). Psychodynamische Therapieansätze bei depressiven Störungen. *Nervenarzt*, 7, 613-619.
- Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., Manzano, J. (2002). Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *Journal of Affect Disord*, 70, 291-306.
- Stern, D. N. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. N. (1998). *Die Mutterschaftskonstellation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Teti, D. M., Gelfand, D. M. (1997). Maternal cognitions as mediators of child outcomes in the context of postpartum depression. In L. Murray, Cooper, P. J. (Hrsg.), *Postpartum depression and child development* (136-164). New York: The Guilford Press.
- Thiel-Bonney, C. (2002). Beratung von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern: Videogestützte Verhaltensbeobachtung und Videomikroanalyse als Interventionsmöglichkeit. *Psychotherapeut*, 47, 381-384.
- Tronick, E. Z., Gianino, A. (1986). Interactive mismatch and repair: Challenges to the coping infant. *Zero to Three: Bullentin of the National Center for Clinical Infant Programs*, 5, 1-6.
- Tronick, E. Z., Weinberg, M. K. (1997). Depressed mothers and infants: Failure from dyadic state of consciousness. In L. Murray, P.J.Cooper (Hrsg.). *Postpartum depression and child-development* (85-110). New York: The Guilford Press.
- Weinberg, M. K., Tronick, E. Z. (1998). The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 53-61.
- Weinberg, M. K., Tronick, E. Z., Cohn, J. F., Olson, K. L. (1999). Gender differences in emotional expressivity and self-regulation during early infancy. *Developmental Psychology*, 35, 175-188.
- Worthmann-Fleischer, S., Downing, G., Hornstein, C. (2006). *Postpartale psychische Störungen. Ein interationszentrierter Therapieleitfaden*. Stuttgart: Kohlhammer.

**Korrespondenzadresse:** Dr. phil. Corinna Reck, Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg, Voßstr. 2, 69115 Heidelberg; E-Mail: corinna\_reck@med.uni-heidelberg.de