

Behandlung von Frauen und Familien mit peripartalen psychischen Erkrankungen

Zehnjähriges Jubiläum der Mutter-Kind-Tagesklinik am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

K. Weidner¹, A. Bittner¹, A. Coenen¹,
J. Junge-Hoffmeister¹

Prävalenz und Bedeutung peripartaler psychischer Störungen

Peripartale psychische Störungen sind hochprävalent und stellen auch aufgrund der transgenerationalen Auswirkungen sehr ernst zu nehmende Gesundheitsstörungen dar. 15 Prozent der Frauen leiden an einer postpartalen Depression und zwölf Prozent an einer Angststörung. Aber auch Posttraumatische Belastungsstörungen bei vier Prozent der Frauen, Persönlichkeitsstörungen bei ein bis zwei Prozent, postpartale Psychosen bei 0,1 bis 0,2 Prozent der Frauen und zunehmend auch Substanzstörungen bei bis zu zwölf Prozent spielen eine große Rolle [1 – 3]. Die Besonderheit peripartaler psychischer Störungen liegt in der Auswirkung auf den Schwangerschaftsverlauf, die Geburt, die Bindung zum Kind und die kindliche Entwicklung [4 – 7]. Insbesondere eine verzögerte oder beeinträchtigte Mutter-Kind-Bindung bei Frauen mit postpartalen psychischen Störungen stellt für den Säugling ein negatives frühes Lebensereignis dar, kann das kindliche Verhalten negativ prägen und neurobiologische Veränderungen bewirken [8]. Je früher und stärker negative Lebensereignisse auf ein Individuum treffen, desto prägender und stärker zeigen sich entsprechende Auswirkungen [9, 10]. Mehrere Langzeitstudien zeigen eindrucksvoll den



Blick in den Aufenthaltsraum der Mutter-Kind-Tagesklinik der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden

Zusammenhang zwischen belastenden Kindheitserfahrungen und Langzeitfolgen für die körperliche und psychische Gesundheit. Es kann davon ausgegangen werden, dass eine Kumulation von Kindheitsbelastungsfaktoren, wie zum Beispiel Vernachlässigung, Gewalt, aber auch psychische Störungen der Eltern, die mit Bindungsstörungen einhergehen können, das Risiko für spätere Angst- und depressive Störungen, Essstörungen sowie Diabetes mellitus, Schlaganfall, koronare Herzerkrankung, Hepatitis B, COPD, Rachen-, Lungen- und Cervixkarzinome deutlich erhöhen [11]. Mütterliche psychische Störungen in der Peripartalzeit stellen somit sehr ernst zu nehmende Gesundheitsstörungen mit hohen Kosten im Lebensverlauf dar.

Identifikation und Therapie peripartaler psychischer Störungen
Mindestens die Hälfte der Fälle peripartaler psychischer Störungen werden

nicht erkannt und nur ein kleiner Teil der identifizierten Frauen befindet sich in einer adäquaten Behandlung [12]. Auf der anderen Seite gibt es effektive Behandlungsformen, insbesondere gibt es mittlerweile einige Erfahrungen zur bindungsorientierten Behandlung postpartaler psychischer Störungen, das heißt der gemeinsamen Behandlung von Mutter und Kind. Diese werden heutzutage als State of the Art angesehen [13]. Die internationalen Evaluationen dieser Behandlungsangebote sind durchaus positiv. Mütter weisen nach der Behandlung eine signifikante Verbesserung ihrer psychischen Gesundheit auf, zum Beispiel eine signifikant niedrigere depressive Symptomatik und eine verbesserte Mutter-Kind-Bindung [14]. Die Evaluation von 13 Mutter-Kind-Einheiten in Frankreich zeigte Symptombefreiheit oder deutliche Besserung bei 69 Prozent der 869 befragten Frauen [15]. Ähnlich positiv

¹ Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

stellte sich der Verlauf bei 1.081 erfassten Frauen in acht Mutter-Kind-Einheiten in Großbritannien dar: Hier waren 78 Prozent symptomfrei oder deutlich gebessert [16]. Dabei zeigte sich jedoch, dass nicht nur die gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind, sondern insbesondere die spezifische Interaktionstherapie bindungs- und gesundheitsfördernd ist [17]. In zahlreichen Ländern, insbesondere auch in Deutschland, besteht nach wie vor ein Defizit entsprechender Versorgungsangebote, so dass Mütter oft keine adäquaten Therapieangebote finden [18].

Mutter-Kind-Tagesklinik und Netzwerk Schwangerschaft und Wochenbett

In diesem Jahr feiert die Mutter-Kind-Tagesklinik im Bereich Peripartal- und Familienpsychosomatik der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden ihr zehnjähriges Bestehen.

Gleichzeitig begeht das Dresdner Netzwerk Schwangerschaft und Wochenbett (www.schwangerschaft-wochenbett.de) sein 20-jähriges Bestehen. Das Dresdner Netzwerk Schwangerschaft und Wochenbett ist ein interdisziplinäres ambulantes Versorgungsnetzwerk. Mitglieder des Netzwerkes ermöglichen Frauen und Familien mit psychischen Beschwerden und Störungen sowie psychosozialen Problemen rund um Schwangerschaft, Geburt und Postpartalzeit eine schnelle, fachlich hochqualifizierte Behandlung. Betroffene haben keine Wartezeit auf einen Facharzt- beziehungsweise Psychotherapietermin und erhalten auch schnell Zugang zu spezialisierten Beratungsangeboten. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Spezialambulanz und der Mutter-Kind-Tagesklinik im Bereich Peripartal- und Familienpsychosomatik des Universitätsklini-



kums Dresden, sodass auch die sektorübergreifende Versorgung niedrigschwellig in beide Richtungen gewährleistet ist. Hier werden Patientinnen und Familien mit psychischen und psychosomatischen Beschwerden sowie Bindungsstörungen mit einem modernen interaktionszentrierten Therapieprogramm gemeinsam mit ihrem Säugling behandelt, oftmals schon beginnend in der Schwangerschaft im ambulanten Bereich.

Die Zuweisung in die Tagesklinik erfolgt aus dem niedergelassenen Bereich von Ärzten (unter anderem der Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Gynäkologie/ Geburtshilfe, Pädiatrie, Psychosomatik, Psychiatrie), ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, Hebammen, Einrichtungen der Jugendhilfe und anderen. Nach entsprechender Indikationsstellung in der Mutter-Kind-Ambulanz wird die Frau gemeinsam mit ihrem Säugling (bis circa 12 Monate) teilstationär aufgenommen und bindungsfokussiert behandelt [19, 20]. In Fällen einer akuten psychiatrischen stationären Vorbehandlung ohne Kind, zum Beispiel bei akuter Psychose oder Suizidalität, werden Patientinnen nach ausreichender Stabilisierung auch aus anderen Kliniken übernommen. Die

Therapie ist multiprofessionell und interaktionszentriert psychotherapeutisch und umfasst neben Einzelpsychotherapie, Paar- beziehungsweise Familiengesprächen und psychoedukativer Müttergruppe die somatische Behandlung der Frau und des Babys sowie die Psychopharmakotherapie. Spezialtherapeutische Angebote sind die Körpergruppen- oder -einzeltherapie, die Achtsamkeits- und Kreative Gruppe sowie Genussgruppe und interaktionszentrierte Angebote wie die therapeutische Babymassage. Die spezialisierte Interaktionstherapie beinhaltet Videointeraktionstherapie, Anleitung zu altersgerechtem Spiel, Begleitung bei der Versorgung des Säuglings im Alltag und Einzelarbeit mit der Mutter-Kind-Dyade in anspruchsvollen Situationen (zum Beispiel bei Kindern mit Regulationschwierigkeiten). Beratung fokussiert die Still-/Beikost- und Schlafberatung sowie sozialmedizinische und sozialpädagogische Themen.

Das Behandlungskonzept zielt sowohl auf die psychische Erkrankung der Mutter als auch die oftmals resultierende Mutter-Kind-Beziehungsstörung hin, das heißt die Mutter-Kind-Interaktion und die emotionale Bindung zum Kind. Eine sozialpädagogische Kinderschutzfachkraft initiiert im Bedarfsfall Unterstützungsangebote der Frühen Hilfen (zum Beispiel Familienhebammen) beziehungsweise Jugendhilfe nach SGB VIII (zum Beispiel Sozialpädagogische Familienhilfe) und wird in Fällen einer latenten oder akuten Kindeswohlgefährdung an der Schnittstelle zum Jugendamt wirksam. Die Behandlung von inzwischen mehreren 100 Frauen und ihren Kindern hat sich in der Begleitforschung als sehr effektiv erwiesen, insbesondere bezüglich Symptomreduktion, Befähigung zum sicheren Bindungsaufbau zum Kind mit Feinfühligkeit, Erkennen der Bedürfnisse des Babys unter Einbeziehung des Partners, Förderung der Mentalisie-

rungs- und Empathiefähigkeit, Schaffung von Ressourcen, Reduktion von Hilflosigkeit und Verbesserung des Kompetenzerlebens und somit Verbesserung der Bindung [21]. Durch die Verhinderung der Projektion mütterlicher emotionaler Defizite auf das Baby (zum Beispiel Parentifizierung) sowie Vermeidung der Übertragung ungefilterter Emotionen auf das Baby (wie zum Beispiel Wut und Aggressivität) ergibt sich die Option der Prävention transgenerationaler Konflikte.

Zusammenfassung

Aufgrund des zunehmenden Wissens um die Wechselwirkung von genetischen Dispositionen und frühen familiären Entwicklungsbedingungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit für die Entwicklung von psychischen,

psychosomatischen aber auch somatischen Erkrankungen über die Generationen hinweg, kommt unserer Arbeit auch zukünftig große Bedeutung zu. Dies gilt nicht zuletzt in diesen schwierigen Zeiten der COVID-19-Pandemie, in der die Frauen dieser Gesellschaft oftmals unter besonders großer Belastung stehen. Wir haben in den vergangenen Wochen in unserer täglichen klinischen Arbeit gespürt, was es für Schwangere bedeutet, deren Geburtsvorbereitungskurse nicht mehr stattfinden und die isoliert mit weiteren kleinen Kindern die Wochen bis zur Entbindung überbrücken mussten oder welche Risiken für psychisch erkrankte Mütter/Väter und vor allem auch Kinder entstehen, wenn Strukturen der Tagesversorgung wegfallen und die Familien keine aufsuchenden Familien-

hilfen oder regelmäßigen Therapieangebote mehr erfahren. Es war und ist eine Herausforderung für uns alle, Familien mit psychisch und psychosomatisch erkrankten Familienmitgliedern besonders im Blick zu behalten.

Wir möchten diese öffentliche Gelegenheit nutzen, uns ganz herzlich für die sehr gute multiprofessionelle Zusammenarbeit mit allen Zuweisern und Kooperationspartnern zu bedanken. ■

Literatur bei den Autoren

Korrespondierende Autorin:

Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und
Psychosomatik

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

E-Mail: Kerstin.Weidner@uniklinikum-dresden.de