



Masterarbeit

Mutter und Kind in der Psychiatrie

Situations- und Bedarfsanalyse zur Mutter-Kind-
Hospitalisation im psychiatrischen/psychotherapeutischen
Kontext in der Region Nordwestschweiz

Janine Hall-Bieri

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Fachliche Beratung: Prof. Dr. Agnes von Wyl

Sissach, Mai 2013

Diese Arbeit wurde im Rahmen des konsekutiven Masterstudienganges in Angewandter Psychologie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich

Abstract

Haben Mütter mit Säuglingen in der Psychiatrie überhaupt einen Platz? Bedenkt man, dass in den letzten Jahren unter Fachpersonen die Bedeutung der frühen Bindung zwischen Mutter und Kind intensiv diskutiert wurde, staunt man, dass es für psychisch erkrankte Mütter von Säuglingen, kaum stationäre Behandlungsmöglichkeiten zusammen mit dem Säugling gibt. Dabei zeigte die Forschung, wie wichtig und zentral gerade diese frühe Bindung ist, um den Kindern eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen. Deshalb ist es wichtig, dass bei psychisch kranken Müttern die Säuglinge im Blick behalten werden und dass sie nicht von ihren Müttern getrennt werden. Die Frage ist, welche Bedeutung ist der Mutter-Kind-Hospitalisation – insbesondere mit Blick auf den bindungstheoretischen Hintergrund – beizumessen?

Ziel dieser Arbeit war es, praxisrelevante Hinweise für die bedarfsgerechte Optimierung des stationären Mutter-Kind Angebots in der Region Nordwestschweiz zu erarbeiten, sowie Hinweise zum Bedürfnis in Bezug auf die Vernetzung zwischen Zuweisenden und Anbietern zu erhalten. Um diese Sachverhalte aufzeigen zu können, wurden sechs strukturierte Interviews mit Experten/Expertinnen aus der Gruppe der Anbietenden gemacht, sowie eine schriftliche Befragung mittels Fragebogen unter 150 potenziell Zuweisenden durchgeführt.

Es zeigte sich, dass es in der untersuchten Region Nordwestschweiz drei stationäre Mutter-Kind Behandlungsplätze im psychiatrischen/psychotherapeutischen Kontext gibt. Das bestehende Angebot müsste auf vier bis acht Betten erweitert werden, um die Grundversorgung minimal bedarfsgerecht sicherzustellen. Ein weiteres Ergebnis der Untersuchung war, dass die beiden vorhandenen Angebote qualitativ optimiert werden müssten, um den aktuellen bindungstheoretischen Erkenntnissen besser gerecht zu werden. Ein nicht gedeckter, explizit ausgewiesener Bedarf besteht für ein stationäres psychiatrisches/psychotherapeutisches Behandlungsangebot, das die Mutter-Kind-Hospitalisation für Mütter mit mehreren Kindern und Kindern, die älter als ein Jahr sind, ermöglicht.

Bei der Frage nach der Vernetzung zeigte sich, dass sowohl die befragten Institutionen untereinander als auch die Zuweisenden mit dem Anbieter von psychiatrischer/psychotherapeutischer Mutter-Kind-Hospitalisation den Wunsch nach einer besser organisierten beziehungsweise besser koordinierten Vernetzung haben.

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Ausgangslage und Problemstellung	1
1.2	Zielsetzung	2
1.3	Fragestellung	2
1.4	Aufbau der Arbeit	2
1.5	Abgrenzung	3
A.	Theoretischer Teil	4
2	Postpartale psychische Erkrankungen	4
2.1	Postpartale Depression	6
2.2	Postpartale Psychose	11
2.3	Postpartale Dysphorie	13
3	Risikofaktoren	15
3.1	Mutterschaft und Rollenbilder	16
3.2	Andere Risikofaktoren	19
4	Auswirkung auf die Entwicklung des Kindes	22
4.1	Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Interaktion	22
4.2	Folgen für die Entwicklung des Kindes	27
4.3	Prävention	28
B.	Empirischer Teil	30
5	Forschungsgegenstand & Fragestellungen	30
5.1	Probandengewinnung und Beschreibung der Stichprobe	31
6	Untersuchungsdesign	32
6.1	Datenerhebung und Durchführung der Untersuchungen	33
6.2	Datenaufbereitung	34
6.3	Datenauswertung	35
7	Darstellung der Ergebnisse der qualitativen Befragung	36
7.1	Kategoriensystem	36
7.2	Angebote (A)	37
7.3	Patientengruppe (B)	38
7.3.1	Wer kommt? (B1)	38
7.3.2	Wer kommt nicht? (B2)	38
7.3.3	Warum kommen sie nicht? (B3)	39
7.4	Vernetzung (C)	40
7.4.1	Zuweisende (C1)	40
7.4.2	Zusammenarbeit (C2)	41

7.5	Vision (D)	41
7.5.1	Idealbild (D1).....	41
7.5.2	Hilfestellung für Fachleute (D2).....	42
8	Darstellung der Ergebnisse der quantitativen Befragung	44
8.1	Nachfrage	45
8.2	Vernetzung	47
8.3	Themenbezogene Wünsche und Visionen.....	51
C. Diskussionsteil		53
9	Diskussion	53
9.1	Beantwortung der Fragestellungen.....	53
9.2	Interpretation der Ergebnisse	54
9.2.1	Angebot quantitative Betrachtung.....	54
9.2.2	Angebot qualitative Betrachtung	56
9.2.3	Auslastung und Klientel	57
9.2.4	Vernetzung	59
9.2.5	Vision und Ausblick	60
9.3	Methodenkritik	621
9.4	Implikationen für die Praxis	612
10	Literaturverzeichnis	64
11	Anhang.....	71

Abbildungen

Abbildung 1:	ICD-10-Klassifikation für postpartale psychische Erkrankungen (nach Dilling, Mombour & Schmidt [Hrsg.], 2005)	6
Abbildung 2:	Symptome der postpartalen Depression (nach Riecher-Rössler, 2012)	7
Abbildung 3:	Gefahren der postpartalen Depression (nach Riecher-Rössler, 2001)	8
Abbildung 4:	Themenkreise zur psychischen Neuorganisation einer Mutter (nach Stern, 1998).....	17
Abbildung 5:	Prädiktoren der postpartalen Depression (nach Beck, 1996)	20
Abbildung 6:	Vulnerabilitäts-Stress-Modell (nach Rittmansberger, 2012).....	21
Abbildung 7:	Drei Ebenen der Gegenseitigkeit (nach Hornstein & Trautman, 2010)	23
Abbildung 8:	Spezifische Fragen.....	30
Abbildung 9:	Fragen des Fragebogens	31
Abbildung 10:	Leitfragen Interview	33
Abbildung 11:	Frage 1, betroffene Frauen pro Jahr (gesamte Stichprobe, Angabe in Prozent)	46
Abbildung 12:	Frage 2, Weiterverweisungen total (gesamte Stichprobe, Angabe Nennungen total, Mehrfachnennungen möglich)	48
Abbildung 13:	Frage 3, Diagramm Institutionen (gesamte Stichprobe, Angabe total Nennungen, Mehrfachnennungen möglich)	50
Abbildung 14:	Frage 4, Wünsche und Visionen (gesamte Stichprobe, Angabe Nennungen total, Mehrfachnennungen möglich)	52
Abbildung 15:	Fragestellung 1	53
Abbildung 16:	Fragestellung 2	54
Abbildung 17:	Therapeutische Schwerpunkte (nach Hornstein & Trautmann, 2010)	56
Abbildung 18:	Angaben zu Frage 4/ Fragebogen	61

Tabellen

Tabelle 1: Interviewpartner und Interviewdaten	31
Tabelle 2: Überblick Untersuchungsdesign und Forschungsfragen	32
Tabelle 3: Fragebogen-Rücklauf	34
Tabelle 4: Kategoriensystem	36
Tabelle 5: Übersicht Angebote	37
Tabelle 6: Abkürzungen	44
Tabelle 7: Frage 1, Anzahl Nennungen pro Berufsgruppe (gesamte Stichprobe, Angaben total Nennungen, keine Mehrfachnennungen möglich)	45
Tabelle 8: Frage 2, Anzahl Nennungen pro Berufsgruppe/Weiterverweisung (gesamte Stichprobe, Angabe Nennungen total, Mehrfachnennungen möglich)	47
Tabelle 9: Frage 3, Anzahl Nennungen/Institutionen (gesamte Stichprobe, Angabe Nennungen total, Mehrfachnennungen möglich)	49
Tabelle 10: Frage 4, Wünsche und Visionen (gesamte Stichprobe, Angabe Nennungen total, Mehrfachnennungen möglich)	51

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Haben Mütter mit Säuglingen in der Psychiatrie überhaupt einen Platz? Bedenkt man, dass in den letzten Jahren unter Fachpersonen die Bedeutung der frühen Bindung zwischen Mutter und Kind intensiv diskutiert wurde, staunt man, dass es für psychisch erkrankte Mütter von Säuglingen, kaum stationäre Behandlungsmöglichkeiten zusammen mit dem Säugling gibt. Dabei zeigte die Forschung, wie wichtig und zentral gerade diese frühe Bindung ist, um den Kindern eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen. Deshalb ist es wichtig, dass bei psychisch kranken Müttern die Säuglinge im Blick behalten werden und dass sie nicht von ihren Müttern getrennt werden. Die Frage ist, welche Bedeutung ist der Mutter-Kind-Hospitalisation, insbesondere mit Blick auf den bindungstheoretischen Hintergrund beizumessen?

Viele junge Mütter leiden nach der Geburt an einer psychischen Störung. Ein Viertel bis fast die Hälfte aller jungen Mütter entwickelt in der ersten Woche nach der Geburt eine kurzfristige Verstimmung, die postpartale Dysphorie. Ungefähr 10 bis 15 Prozent aller Mütter leiden in den ersten Monaten nach der Geburt an einer länger andauernden, behandlungsbedürftigen Depression. Von Tausend Frauen erkranken eine bis zwei in dieser Zeit an einer postpartalen Psychose (Brockington, 2006). Laut Bundesamt für Statistik gab es im Jahr 2011 für die untersuchte Region Nordwestschweiz 5 285 Geburten. Das bedeutet, dass abgestützt auf die Zahlen des Jahres 2011, jährlich zwischen 1 320 bis 2 640 Frauen an einer postpartalen Dysphorie leiden, 530 bis 800 Frauen von einer postpartalen Depression betroffen sind und 5 bis 10 Frauen an einer postpartalen Psychose erkranken.

Aufgrund dieser Ausgangslage entstand das Interesse des Auftraggebers dieser Arbeit, der Klinik Sonnenhalde AG in Riehen, für die Region Nordwestschweiz eine Situations- und Bedarfsanalyse zum Thema „Mutter-Kind-Hospitalisation im psychiatrischen/psychotherapeutischen Kontext“ zu erstellen.

1.2 Zielsetzung

Die vorliegende Arbeit entstand in Zusammenarbeit mit der Klinik Sonnenhalde AG in Riehen, Psychiatrie und Psychotherapie (www.sonnenhalde.ch), die seit über zehn Jahren ein Angebot zur Mutter-Kind-Hospitalisation anbietet. Ziel dieser Masterarbeit war es, mithilfe der Aussagen von interviewten Experten und Expertinnen¹ und schriftlich befragten Hausärzten, Gynäkologen, Hebammen sowie Mütter- und Väterberaterinnen, praxisrelevante Hinweise für die bedarfsgerechte Optimierung des stationären Mutter-Kind-Angebots in der Nordwestschweiz zu erarbeiten, sowie das Entwicklungspotenzial bezüglich der themenbezogenen Vernetzung unter Zuweisenden und Anbietern zu eruieren.

1.3 Fragestellung

Diese Arbeit orientiert sich an folgenden Fragestellungen:

- Ist das vorhandene Angebot der stationären Mutter-Kind-Behandlung im psychiatrischen/psychotherapeutischen Kontext, in der Nordwestschweiz sowohl qualitativ als auch quantitativ ausreichend?
- Besteht der Bedarf auf Vernetzung unter Zuweisenden und den anbietenden Institutionen?

1.4 Aufbau der Arbeit

Die Annäherung an die Fragestellung erfolgt einerseits über theoretische Grundlagen, andererseits über eine qualitative Erhebung in Form von Experteninterviews und eine umfassende quantitative schriftliche Befragung von zuweisenden Hausärzten, Gynäkologen, Hebammen sowie Mütter- und Väterberaterinnen im empirischen Teil dieser Arbeit.

Im Theorieteil werden die psychischen Erkrankungen in der Postpartalzeit sowie die Risikofaktoren, die zu diesen führen können, beschrieben. Im Besonderen wird auf die postpartale Depression, die postpartale Psychose und die postpartale Dysphorie

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit auf die Schreibweise beider Geschlechter verzichtet. In jedem Fall ist dabei jedoch implizit auch die entsprechende weibliche oder männliche Form gemeint.

eingegangen und deren möglichen Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Interaktion werden erläutert. Weiter werden die möglichen Folgen einer postpartalen Erkrankung, für das Kind aufgezeigt.

Im empirischen Teil kommen folgende Methoden zum Einsatz:

- Deskriptive statistische Methoden für die Auswertung einer Fragebogenerhebung (n = 150) zur Bedarfs- und Vernetzungsabklärung der Mutter-Kind-Hospitalisation in der Region Nordwestschweiz.
- Qualitative Inhaltsanalyse von Interviews mit Experten auf dem Gebiet der Mutter-Kind-Hospitalisation im psychiatrischen/psychotherapeutischen Kontext.

1.5 Abgrenzung

Im Zentrum steht die Situations- und Bedarfsevaluation für die psychiatrische/psychotherapeutische Mutter-Kind-Hospitalisation in der Region Nordwestschweiz. Die Nordwestschweiz besteht im engeren und ursprünglichen Sinn aus mehreren (Teil-)Kantonen, die geografisch gesehen eine Einheit bilden. Zur Nordwestschweiz zählen im engeren Sinne: der Kanton Basel-Stadt, der Kanton Basel-Landschaft, die Bezirke Rheinfelden und Laufenburg des Kantons Aargau, die Bezirke Dorneck und Thierstein des Kantons Solothurn.

Eine weitere Abgrenzung liegt bei der Evaluation der Wirksamkeit vor. Die angebotenen Therapieverfahren der befragten Institutionen werden nicht auf ihre Wirksamkeit hin geprüft. Die Sicht der betroffenen Mütter wurde ebenfalls mit strukturierten Interviews erfragt. Mit Blick auf den Umfang dieser Arbeit musste jedoch auf die vertiefte, qualifizierte wissenschaftliche Auswertung dieser Rückmeldungen verzichtet werden.

A. Theoretischer Teil

2 Postpartale psychische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen in Form von Depression, Angst- oder Zwangsstörungen stellen die häufigsten Komplikationen während der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett dar. Häufig verursachen diese über die genannte Zeitspanne hinaus ein beträchtliches Ausmass an Belastungen und Leiden für die betroffenen Frauen und ihre engsten Familienangehörigen, insbesondere für das Kind und den Partner.

Die ersten Beschreibungen von postpartalen psychischen Erkrankungen stammen aus der Zeit von Hippokrates. Melancholien im Puerperium wurden aber erst im 16. und 17. Jahrhundert genauer geschildert. Diese depressiven Zustandsbilder wurden aufgrund der Schwere ihrer Ausprägung als berichtenswert erachtet. Andere Fälle von schwerer postpartaler Melancholie wurden wegen ihrer auffallenden Wiederkehr nach jeder Geburt festgehalten. Seit Beginn des 19. Jahrhunderts bis Mitte des 20. Jahrhunderts wurden psychisch auffällige Menschen oft lebenslang, nach Geschlecht getrennt, in Anstalten untergebracht. Aus solchen Anstalten gibt es nur wenige Berichte über postpartale depressive Erkrankungen. Seit 1950 finden postpartale psychische Erkrankungen im angloamerikanischen Raum zunehmend Beachtung. Einzelne Autoren, wie zum Beispiel der amerikanische Arzt Kline und der englische Arzt Hegarty (1955), wiesen bereits auf deren Häufung, den oft protrahierten Verlauf und den rezidivierenden Charakter hin. Im deutschsprachigen Raum interessierte man sich für die psychischen Erkrankungen rund um die Geburt erst in den letzten zehn bis 20 Jahren (Hofecker et al., 2005).

In den vergangenen zwei Dekaden hat man anhand von zahlreichen Studien eine Definition für postpartale psychische Erkrankungen gefunden. Mit dieser Klassifikation lassen sich drei psychogene Störungsbilder unterscheiden: die postpartale Depression, die postpartale Psychose und die postpartale Dysphorie. Die Unterteilung in einzelne Bereiche wird anhand des Störungsbegins, der Dauer und des Ausprägungsgrades der Symptomatik festgemacht (Unger & Rammsayer, 2001).

Lange Zeit richteten Forscher und Kliniker ihr Interesse auf die genannten drei Störungsbilder in den Wochen und Monaten nach der Geburt. Ängste wurden als häufige Begleitsymptomatik erwähnt, jedoch kaum als eigenständige postpartal auftretende Störung diagnostiziert. Erst in neueren Studien wird gezeigt, dass Angststörungen

in der Postpartalzeit mindestens ebenso häufig wie Depressionen auftreten. Zudem fanden postpartal entwickelnde Zwangsgedanken bei Depressionen oder Zwangsstörungen als eigenständige Erkrankung bisher wenig Beachtung (Riecher-Rössler, 2005).

Aus klinischer Sicht kommt es bei den drei genannten Störungsgruppen häufig zu Überlappungen einzelner Symptome. So können Zwangskranke im Verlauf der Erkrankung meist begleitende depressive Symptome entwickeln und weisen immer auch klare ängstliche Züge auf. Bei einer schweren Depression treten oft einhergehende Angstzustände und auch Zwangsgedanken auf. Angststörungen wiederum können nach längerem Bestehen in eine Depression münden oder zwanghaftes Verhalten auslösen (Hofecker et al., 2005).

Postpartal auftretende psychische Erkrankungen unterscheiden sich in ihrer Symptomatik und deren Verlauf unwesentlich von denjenigen psychischer Erkrankungen, welche in anderen Lebensabschnitten auftreten (Brockington, 2004). Hornstein und Trautmann (2010) beschreiben die Diagnostik laut den beiden aktuellen internationalen Klassifikationen DSM IV und ICD-10. In diesen beiden Werken wird das unmittelbare Auftreten der Störung nach der Entbindung codiert. Im ICD-10 wird empfohlen, die Erkrankung nach den Kriterien der bestehenden psychischen Störung zu klassifizieren und den Zusammenhang mit ihrem Auftreten in der postpartalen Zeit durch eine zusätzliche Codierung anzugeben. O99.3: psychische Störung mit Erkrankungen des Nervensystems, die zu Komplikationen im Wochenbett führen. Es besteht zusätzlich die Möglichkeit psychische Auffälligkeiten, die innerhalb von sechs Wochen nach der Geburt beginnen, unter F53, psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, nicht andernorts klassifizierbar, zu klassifizieren (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005).

ICD-10-Klassifikation für postpartale psychische Erkrankungen

- F53** Psychische oder Verhaltensstörung im Wochenbett, nicht andernorts klassifizierbar
- F53.0** Leichte psychische und Verhaltensstörung im Wochenbett, nicht andernorts klassifizierbar
- F53.1** Schwere psychische und Verhaltensstörung im Wochenbett, nicht andernorts klassifizierbar
- F53.8** Andere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, nicht andernorts klassifizierbar
- F53.9** Nicht näher bezeichnete psychische Störung im Wochenbett
- O99** Andere Erkrankungen der Mutter, die andernorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Wehen, Entbindung und Wochenbett komplizieren
- O99.3** Psychische Störungen und Erkrankungen des Nervensystems, F00 - F99 und G00 - G99

Abbildung 1: ICD-10-Klassifikation für postpartale psychische Erkrankungen (nach Dilling, Mombour & Schmidt [Hrsg.], 2005)

2.1 Postpartale Depression

Die glückliche Mutter hält ihr Baby im Arm, schaut es liebevoll an und der stolze Vater posiert neben dem ungetrübten Glück. So muss es doch sein nach der Geburt. Dieses Abbild des vollkommenen Mutter- und Familienglücks trifft auf eine von zehn Frauen nicht zu. Jedes Jahr leiden in der Schweiz ungefähr 10 000 Frauen (Abelovsky, 2008) an einer postpartalen Depression.

Als postpartale Depression werden im Allgemeinen alle schwereren, länger dauernden und behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen bezeichnet, die im ersten Jahr nach der Entbindung auftreten oder bestehen. Sie ist klar abzugrenzen von der postpartale Dysphorie, dem Babyblues. Diese depressive Verstimmung in der ersten Woche postpartal dauert meist nur wenige Tage und ist nicht behandlungsbedürftig. Die postpartale Depression hingegen, ist gekennzeichnet durch eine mehr oder weniger ausgeprägte depressive Verstimmung mit Antriebsmangel, Energie-

und Freudlosigkeit, Interessenverlust, Müdigkeit, Schlaf-, Appetit- und Konzentrationsstörungen, Ängsten, Sorgen, Schuldgefühlen und auch Suizidgedanken. Zudem kommen schwere Zustände tiefer Depression mit einer ausgeprägten Suizidalität vor. Es lassen sich also alle klassischen Symptome einer Depression finden. Das klinische Bild einer postpartalen Depression unterscheidet sich nicht prinzipiell von dem einer anderen Depression.

Allerdings beziehen sich die Inhalte des depressiven Grübelns und der Schuldgefühle meistens auf das Kind und die Mutterschaft. Im Weiteren zeigt die depressive Erkrankung in der Postpartalzeit häufig ein Bild von hoher emotionaler Labilität (O'Hara, 1987). Viele Mütter klagen insbesondere über ein Gefühl der Gefühllosigkeit ihrem eigenen Kind gegenüber. Tatsächlich gehen postpartale psychische Erkrankungen nicht selten mit Bindungsstörungen einher. Die Mütter können kaum eine Beziehung zu ihrem Neugeborenen aufnehmen, keine Gefühle von Zuneigung und Liebe entwickeln. Es können sogar feindselige Gefühle gegenüber dem Kind entstehen. Bleibt eine postpartale Depression lange unbehandelt oder wird der Säugling von der Mutter getrennt, kann sich eine Bindungsstörung entwickeln (Riecher-Rössler, 2012).

Symptome der postpartalen Depression

- Depressive Verstimmung
- Emotionale Labilität
- Antriebsmangel, Energielosigkeit
- Freudlosigkeit, Interessenverlust
- Müdigkeit
- Schlaf- und Appetitstörungen
- Konzentrationsstörungen
- Ängste, Sorgen
- Zwangsgedanken
- Schuldgefühle
- Gefühl der Gefühllosigkeit

Abbildung 2: Symptome der postpartalen Depression (nach Riecher-Rössler, 2012)

Weiter ist darauf hinzuweisen, dass postpartale Depressionen oftmals viel zu spät erkannt werden, wodurch ein unmittelbares Eingreifen nicht möglich ist. Diese Tatsache ist vor allem darauf zurückzuführen, dass sich viele Mütter für ihre Erkrankung schämen und sie infolgedessen verschweigen. Zudem haben einige Frauen ein vermindertes Krankheitsbewusstsein ausgebildet, wodurch die auftretenden Symptome der Depression nicht als solche erkannt, sondern als normale Begleiterscheinung der veränderten Lebensumstände angesehen werden (Wendt & Rhode, 2004).

Riecher-Rössler (2011) beschreibt, dass der Verlauf von Depressionen postpartal günstiger zu sein scheint, als in anderen Lebensabschnitten einer Frau. Unbehandelt hält eine Depression meist viele Monate an, nicht selten sogar länger als ein Jahr. Sie betont ausserdem zu beachten, dass eine postpartale Depression sich nicht nur auf die Mutter selbst auswirkt, sondern sich auch auf das Kind und die Partnerschaft auswirken kann. Die frühe Mutter-Kind-Beziehung, die als sehr wichtig für die aktuelle und spätere Entwicklung des Kindes gilt, wird durch den depressiven Rückzug und das krankheitsbedingte Unvermögen der Mutter, sich dem Kind zuzuwenden, oft nachhaltig gestört. Die Mutter selbst verarbeitet dies oft mit Gefühlen der Schuld, wodurch sich die Depression verstärkt und ein folgenschwerer Teufelskreis beginnt (Riecher-Rössler, 2011).

Gefahren der postpartalen Depression

- Störungen der Mutter-Kind-Beziehung
- Entwicklungsstörungen des Kindes (emotional, kognitiv, Verhalten)
- Schuldgefühle der Mutter
- Scham
- Partnerschaftskonflikt
- Kindesmisshandlung
- Suizid (erweiterter Suizid), Infantizid

Abbildung 3. Gefahren der postpartalen Depression (nach Riecher-Rössler, 2001)

Die Diagnose der postpartalen Depression erschwert sich dadurch, dass Depressionen in dieser Zeit leicht mit einer geburts- und stillzeitbedingten Erschöpfung verwechselt werden können.

Zur frühen Erkennung ist international, die Edinburgh Postnatale Depression Skala (EPDS), in der Zeit nach der Geburt in breiter Verwendung (siehe Anhang). Dieser Fragebogen wurde von Cox, Holden & Sargovsky (1987) eingeführt und wurde speziell entwickelt, um Depressionen bei Müttern nach der Geburt zu entdecken. Dieser Fragebogen schliesst die häufig vorkommenden, körperlichen Symptome wie zum Beispiel: Müdigkeit, Schlafstörungen und Reizbarkeit aus, da diese in dieser Phase nicht unbedingt als depressive Symptome zu bewerten sind. Als ein Screening-Instrument zeigt der EPDS die Stimmungslage der letzten 7 Tage auf. Hohe Scores sind nicht mit der Diagnose Depression gleichzusetzen, ebenso können Frauen mit einem niedrige Score trotzdem unter einer Depression leiden. Der EPDS stellt keine klinische Diagnose Depression und soll auch nicht als Ersatz für eine psychiatrische Evaluation dienen. Der Fragebogen kann lediglich auf eine momentane Verstimmung hinweisen.

Riecher-Rössler (2012) beschreibt die Wichtigkeit über die Aufklärung der Erkrankung. Sie dient vor allem der Entlastung von Schuldgefühlen seitens der Mutter. Die Mutter und die Familie sollen verstehen, dass es sich um eine Erkrankung handelt und nicht um das Versagen als Mutter. Die Familie sollte weiter über verschiedene Hilfsangebote zur Entlastung der Mutter beraten werden. Oft ist es notwendig, Hilfe direkt zu organisieren und Hebammen, Mütter- und Väterberaterinnen sowie Sozialarbeiter einzubinden. Sie beschreibt als weiteren wichtigen Punkt, der rasche Beginn einer Psychotherapie. Diese sollte sehr unterstützend und bewältigungsorientiert sein mit Themen wie Stressbewältigung und Entspannung, Hilfesuchen, Beziehung zum Kind, Paarbeziehung und Aufbau positiver Aktivitäten. Wichtig erscheint zudem, dass von Beginn an auf eine gute Mutter-Kind-Beziehung geachtet wird, zum Beispiel durch die Förderung und Unterstützung von entspannten Mutter-Kind-Kontakten. Oftmals ist auch eine zeitweise Entlastung der Babypflege durch praktische Unterstützung und Anleitung hilfreich. Sie schreibt, dass eine definitive Trennung von Mutter und Kind unbedingt vermieden werden sollte, sofern keine Gefah-

ren für das Kind, wie zum Beispiel Vernachlässigung, Misshandlung oder Infantizid, bestehen.

Richer-Rössler (2012) schreibt diesbezüglich:

„Durch die Förderung einer guten Mutter-Kind-Beziehung können nicht nur Schuldgefühle der Mutter abgebaut, und damit ihren Gesundungsprozess beschleunigt werden, sondern auch die Traumatisierung des Kindes verhindert und damit Langzeitfolgen vermieden werden.“ (S. 42)

Die zusätzliche medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva ist meist angezeigt, insbesondere, wenn es sich um eine schwere Depression handelt. Leichte Depressionen können ambulant, schwerere Formen insbesondere, wenn das Risiko eines Suizids besteht, sollten stationär behandelt werden. Werden die Mutter und ihr Säugling getrennt, kann keine Bindung entstehen. Zu der schon bestehenden Depression werden durch eine Trennung von Mutter und Kind, Schuldgefühle bei der Mutter entwickelt, was den Aufbau einer guten Mutter-Kind-Beziehung zusätzlich behindert. Aus diesen Gründen ist eine gemeinsame Mutter-Kind-Hospitalisation vorzuziehen (Brockington, 2011). Dabei scheint ein spezielles Behandlungskonzept wichtig zu sein, das für Mütter mit postpartalen Depressionen ergänzend zum üblichen Angebot einer psychiatrischen Station auch eine Entlastung bei der Betreuung des Kindes sowie die Anleitung und Unterstützung bei der Pflege des Babys beinhalten sollte. Weitere wichtige Elemente der Therapie bei postpartalen Depressionen sind Paargespräche sowie eine Beratung des Vaters und der Angehörigen. Bei Bedarf sollte auch eine Mutter-Kind-Therapie angeboten werden (Richer-Rössler, 2012).

2.2 Postpartale Psychose

Die postpartale Psychose, auch Puerperalpsychose genannt, stellt die schwerste Form der Wochenbettstörungen dar. In Folge dieser psychischen Erkrankung erleiden die erkrankten Frauen einen Realitätsverlust. Häufig ist ein sehr komplexer Persönlichkeitswandel zu beobachten, welcher mit einem akuten Ausbruch der Krankheit einhergeht. Meistens zeigt sich die Symptomatik in den ersten zwei Wochen nach der Geburt (Nispel, 2001). Laut Gröhe (2002) ist die Suizid- und Infantizidgefahr durch die betroffenen Frauen, aufgrund ihres erlebten Realitätsverlustes nicht zu unterschätzen. Die postpartale Psychose betrifft 0,1 bis 0,2 Prozent der gebärenden Frauen, was in etwa jeder 500. bis 1000. Geburt entspricht (Rohde, 2004).

Lange Zeit wurde die postpartale Psychose als eigenständiges Krankheitsbild betrachtet. Heute erkennt man im Zuge der Forschung zunehmend, dass sich ihr Störungsbild in Form und Verlauf, Ausprägung und Symptomatik nur gering von regulären Psychosen, die zu einem anderen Lebenszeitpunkten auftreten, unterscheiden. Eine postpartale Psychose wird der Gruppe der Affektpsychosen (schizoaffektive Störungen) zugeteilt. Sie lassen sich in verschiedene Untergruppen aufteilen; es gibt die depressive Form, die manische Form, schizophrene Formen und verschiedene Mischformen, die sich in ihrer Symptomatik vielfach unterscheiden (Gروه, 2003).

Laut Nispel 2001 zeigt sich die depressive Form der postpartalen Psychose vor allem in einem niedergeschlagenen, teilnahmslosen und ängstlichen Verhalten. Sehr typisch für dieses Störungsbild sind erhebliche Schuld- und Versagensgefühle, die von den Frauen ausgebildet werden und ihnen das Gefühl vermitteln, in der Rolle als Mutter versagt zu haben. Es kann zu einem Versündigungswahn kommen oder gar einem katatonen Stupor. Die betroffenen Frauen nehmen ihre Umwelt zwar weiterhin wahr, können aber kaum noch auf diese reagieren.

Die Symptomatik der manischen Psychose zeigt sich in übermässiger Antriebssteigerung, innerer Unruhe, impulsivem Handeln und starker Verworrenheit. Charakteristisch für diese Form der Erkrankung ist eine übersteigerte Euphorie beziehungsweise eine manische Stimmung. Es kann zu Schlaflosigkeit kommen, sowie motorischer Unruhe. Grössenwahn und Enthemmung sind weitere Symptome dieser Erkrankung. Die betroffenen Frauen reden sehr schnell und machen dabei viele Gedankensprünge. Sie leiden zudem unter leichter Reizbarkeit und Erregbarkeit. Häufig wird die manische Form der Puerperalpsychose nicht rechtzeitig erkannt.

Typisch für die schizophrene Form der Erkrankung sind Wahnvorstellungen, die mit dem Aufbau einer eigenen Fantasiewelt einhergehen. Die betroffenen Frauen hören Stimmen und sehen andere Personen, die nicht der Realität entsprechen. Viele der auftretenden Halluzinationen beziehen sich auf die Kinder und sind oftmals von religiöser Qualität. In diesem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung schweben die erkrankten Frauen und ihre Kinder in höchster Gefahr (Nispel, 2001).

Die drei beschriebenen Krankheitsbilder gehen meist ineinander über, weshalb eine eindeutige Abgrenzung untereinander nicht möglich ist. Am häufigsten lässt sich in der Postpartalzeit eine Mischform aus der manischen und schizophrenen Psychose erkennen, die schizomanische Psychose. Demgegenüber steht die schizodepressive Psychose, die als grösstes Risiko eingestuft wird, da mit ihr die häufigsten Suizid- und Infantizidversuche einhergehen (Nispel, 2001).

Die postpartale Psychose entsteht in den meisten Fällen innerhalb von drei Wochen post partum und kann auch direkt im Anschluss an die Wehen auftreten. Meist steht die Erkrankung im Zusammenhang mit physischem und psychischem Stress infolge eines abrupten Abstillens beziehungsweise extremen Schlafmangels oder es geht eine postpartale Depression voraus (Nispel, 2001). Laut Faust (2004) liegt ein weiteres Kennzeichen dieser Erkrankung im schnellen Symptomwandel, es muss mit häufig abrupten Verhaltensänderungen gerechnet werden. Eine postpartale Psychose geht auf jeden Fall mit einer starken Persönlichkeitsveränderung und Realitätsverlust einher und die betroffenen Frauen sind nicht mehr in der Lage, ihrem Zustand und ihre Situation selber realistisch zu beurteilen. In jedem Fall ist eine sofortige stationäre Behandlung nötig, um das Leben der Mutter und des Kindes nicht zu gefährden (Gröhe, 2002).

2.3 Postpartale Dysphorie

Für die postpartale Dysphorie gibt es in der Literatur eine Reihe von unterschiedlichen Bezeichnungen und Begriffen wie zum Beispiel: „Heultage“, „Babyblues“, „Fünftagestränen“ oder „postpartales Stimmungstief“. Die aus dem amerikanischen Wortschatz stammende Bezeichnung „Babyblues“, hat sich heute bis in den deutschsprachigen Raum durchgesetzt (Dalton, 2003). Die postpartale Dysphorie bezeichnet ein kurzes Stimmungstief, das in den ersten zwei bis fünf Tagen nach der Geburt auftritt. Hierbei handelt es sich um eine vorübergehende Verstimmung, die meist nur einige Stunden oder Tage anhält und deren Symptome sich in der Regel ohne therapeutische Hilfe wieder abklingen. Bezüglich der Auftretenswahrscheinlichkeit findet man in der Literatur sehr unterschiedliche Angaben. So beschreibt Riecher-Rössler (1997) eine Häufigkeit von 25 bis 40 Prozent, wohingegen Rhode (2004) von 50 bis 70 Prozent spricht. Charakteristisch für diese Phase sind Weinerlichkeit, Reizbarkeit und eine erhöhte Labilität. Die Mütter unterliegen extremen Stimmungsschwankungen und reagieren oft sehr emotional auf äussere Einflüsse. Zudem zeigen sich häufig Verunsicherungen im Umgang mit dem Säugling, Erschöpfungszustände sowie eine erhöhte Schlaf- und Appetitlosigkeit (Nispel, 2001).

Die Entstehung des „Babyblues“ wird fast vollständig auf die hormonelle Umstellung nach der Geburt zurückgeführt. Der drastische Abfall des Östrogen- und Progesteronspiegels in der Postpartalzeit ist hauptsächlich als Ursache anzunehmen (Rhode, 2004). Neben den biologischen Gründen dürfen die erheblichen psychosozialen Umstellungen nach der Entbindung nicht ausser Acht gelassen werden. In einer Studie von Hartung und Hartung (1997) stellte sich heraus, dass vor allem Erstgebärende vermehrt unter Stimmungsschwankungen in der Postpartalzeit leiden. Weiter wurde erkannt, dass ein verlängerter Geburtsverlauf und die damit verbundenen Belastungen das Auftreten einer postpartalen Dysphorie begünstigen können. Stillproblematiken, psychische Labilität sowie Erschöpfungszustände nach der Geburt begünstigen zudem das Auftreten einer postpartalen Dysphorie.

Nispel (2001) schlägt vor, die postpartale Dysphorie getrennt von der postpartalen Depression und der postpartalen Psychose zu betrachten. Die Symptomatik des „Babyblues“, die damit einhergeht, scheint angesichts der vielfältigen körperlichen und psychischen Belastungen während und nach der Geburt eine natürliche Reaktion zu sein. Heute wird der „Babyblues“ schon fast als normale Begleiterscheinung jeder

Geburt angesehen, weshalb ihm oftmals nur eine geringe Bedeutung beigemessen wird. Diese einseitige Ausrichtung kann dazu führen, dass viele Fachleute dazu neigen, alle Beschwerden, die im Wochenbett auftreten, als postpartales Stimmungstief abzuwerten. Diese einseitige Ausrichtung kann dazu führen, dass schwere Erkrankungen in der Postpartalzeit zu spät erkannt werden und somit eine gezielte Behandlung erst dann erfolgt, wenn sich die Symptome manifestiert haben (Nispel, 2001). Cox (1986) fand mittels einer Studie heraus, dass etwa ein Viertel der Frauen, die unter einem schweren „Babyblues“ litten, im Anschluss an einer postpartalen Depression erkrankte.

3 Risikofaktoren

Cox (1986) beschreibt wie folgt:

“There’s no doubt that childbirth is a very significant life event for a woman. It has an impact on every aspect of a woman’s life, including her self-concept, social role and the quality of her intimate relationships.” (S.14)

Die Geburt eines Kindes ist ein gesellschaftlich fest verankertes Sinnbild von Glück und Freude. Kommt es jedoch vor, dass sich das Mutterglück nicht wie selbstverständlich einstellt, die Freude über die neue Rolle als Mutter unter den alltäglichen Belastungen und Strapazen mit dem Baby verschwindet und viele hochgesteckte Erwartungen, welche an die Mutterrolle gekoppelt sind, relativiert werden müssen, geraten viele Mütter unter Druck und sind in ihrer Anpassungsfähigkeit an die Mutterschaft überfordert. Oft ziehen sie sich dann aus Scham und Schuldgefühlen zurück und verbergen ihre Gefühle und Ängste, sogar vor den nächsten Angehörigen und sich selber (Hornstein & Trautmann, 2010).

Viele zukünftige Eltern nehmen sich vor, darauf zu achten, dass sich beide Elternteile aktiv und verantwortungsvoll um das Kind kümmern. Dennoch sind es nach wie vor die Mütter, die in den ersten Lebensjahren der Kinder den Hauptteil der anfallenden Betreuungsarbeit tragen. Die meisten Frauen stellen dabei ausserordentlich hohe Ansprüche an sich selbst. Sie wollen eine perfekte Mutter sein, die ihr Kind schützt und fördert. An diesem hohen Anspruch wird aber jede Mutter früher oder später zwangsläufig scheitern. Selbstvorwürfe sowie Schuld- und Schamgefühle, aus denen sich schliesslich auch stärkere und länger andauernde psychische Verstimmungszustände entwickeln können, sind eine häufige Folge (Hofecker et al., 2005).

Für Frauen mit einer hohen Vulnerabilität ist die Geburt eines Kindes selbst schon ein Risikofaktor, welcher ein Auslöser für eine psychische Störung sein kann. In der Allgemeinbevölkerung sowie unter Fachleuten werden die Häufigkeit und die Tragweite der postpartalen psychischen Erkrankungen oft unterschätzt und sind hoch stigmatisiert. Sie bleiben meist unerkant und werden dadurch nicht behandelt. Vielmals erhalten sie nur eine bedauerliche negative Publizität durch den Suizid oder Infantizid einer psychisch kranken Mutter (Hornstein & Trautmann, 2010).

3.1 Mutterschaft und Rollenbilder

Die Geburt eines Kindes bedeutet für viele Frauen eine psychische Destabilisation. Ein Grund dafür ist die Veränderung der Rolle, die Frau wird zur Mutter. Wortmann-Fleischer et al. (2006) beschreiben den Übergang in die Postpartalzeit als sehr bedeutsam. Nicht nur als ein Hineinwachsen in eine neue Rolle als Mutter, sondern auch eine umfassende Veränderung der Rollen ihres sozialen Kontexts, die ihr erhalten bleiben. Andere Rollen wie zum Beispiel die Berufstätigkeit müssen teilweise oder ganz aufgegeben werden. Der Wechsel innerhalb eines Rollenbilds kann als Verlust erlebt werden, etwa als Verlust von persönlicher Freiheit und Selbstbestimmung durch die ständige Verfügbarkeit für den Säugling. Die verschiedenen Rollen, die ein Mensch in seinem sozialen Bezugssystem ausfüllt, sind eng verbunden mit einem Teil des Selbst. Sie beschreiben weiter, dass zu den Rollenkompetenzen eines Menschen die Gabe gehört, Erwartungen der Umwelt an sein soziales Verhalten innerhalb der verschiedenen Rollenkontexte erfüllen zu können. Die Voraussetzung dafür ist die Fähigkeit, Rollenerwartungen zu identifizieren, eigene Fertigkeiten und Kompetenzen realistisch einzuschätzen und befriedigende soziale Unterstützungssysteme aufzubauen. Interpersonelle Beziehungen müssen rollenkongruent gestaltet werden, um Rollenkonflikte zu vermeiden. Dieser Rollenübergang kann somit als Bedrohung für das Selbstwert- und Identitätsgefühl erlebt werden. Erlebnisse von Rollenverlust und Versagen können zu depressiven oder ängstlichen Verstimmungen führen (Wortmann-Fleischer et al., 2006).

Möhler & Resch (2012) schreiben, dass im Vorfeld psychischer Störungen häufig relevante Lebensereignisse stehen, sogenannte „life events“. Auch nach komplikationsloser Schwangerschaft und Geburt werden von Körper und Psyche der Frau massive Anpassungsleistungen vorausgesetzt. Von vielen Frauen wird die Geburt selbst als „Grenzerfahrung“ erlebt. Die gesamte Lebensperspektive verändert sich, es muss Verantwortung für ein weiteres Leben übernommen werden und die Partnerbeziehung soll sich aus einer Zweier- in eine Dreierbeziehung entwickeln. Damit lässt sich auch erklären, dass die meisten psychischen Störungen von Müttern nach der Geburt des ersten Kindes auftreten, da viele Erfahrungen hier zum ersten Mal gemacht werden, die dann bei den nachfolgenden Geburten bekannt sind und nicht mehr als so aufregend empfunden werden (Möhler & Resch, 2012).

Die Geburt eines Kindes ist mit einer grossen Umstellung im Leben einer Frau verbunden. Sie zwingt die Mutter zu einer tief greifenden Neuanpassung ihrer psychischen Organisation sowie aller Handlungsebenen. Die Charakteristika dieses psychischen Prozesses hat Stern (1998) als „Mutterschaftskonstellation“ bezeichnet. Diese Phase ist vorübergehend, aber in ihrer Dauer durchaus variabel. So kann sie sich über Monate, aber auch über Jahre hin erstrecken. Stern zufolge erfüllt die Frau in diesem einzigartigen Lebensabschnitt eine einmalige kulturelle Rolle und eine aussergewöhnliche sowie unverzichtbare Funktion für das Überleben des Kindes. Zu den psychischen Aufgaben der Postpartalzeit gehören nach Stern die Anpassung einer Mutter an den realen Säugling sowie der Abschied von den inneren Repräsentanzen des imaginierten Wunschbabys. Das Identitätsgefühl einer Mutter entwickelt sich weg vom Zustand, die Tochter ihrer Mutter zu sein, dahin gehend, die Mutter ihres Kindes zu sein. Als weitere Entwicklungsaufgabe für die Mutter kommt die Bildung einer triadischen Mutter-Vater-Kind-Beziehung hinzu (Stern, 1998).

Stern definiert vier Themenkreise, welche die psychische Aktivität der Mutter in hohem Mass in Anspruch nehmen.

Themenkreise zur psychischen Neuorganisation einer Mutter

1. Das Thema des Lebens und Wachstums:

„Kann ich das Überleben u. Gedeihen des Babys gewährleisten?“

2. Das Thema der primären Bezogenheit:

„Kann ich eine für mich selbst authentische Beziehung zu meinem Baby führen?“

3. Das Thema der unterstützenden Matrix:

„Werde ich das Unterstützungssystem schaffen und tolerieren können, das zur Erfüllung dieser Funktion notwendig ist?“

4. Das Thema Reorganisation und Identität:

„Werde ich in der Lage sein, meine Selbstidentität so zu transformieren, dass ich diese Funktion unterstützen und fördern kann?“

Abbildung 4: Themenkreise zur psychischen Neuorganisation einer Mutter (nach Stern, 1998)

Jedes dieser Themenfelder umfasst eine organisierte Gruppe von Ideen, Wünschen, Ängsten und Erinnerungen, die auf die Gefühle der Mutter, ihre Handlungen, Interpretationen, interpersonelle Beziehungen und andere adaptive Verhaltensweisen Einfluss nehmen. Keine andere Beziehung, die im Vorfeld durchlaufen wurde, wird die Mutter in ihrer gesamten Persönlichkeit so fordern wie die Verbindung zu ihrem Kind (Stern 1998).

Diesbezüglich schreibt Stern, Bruschweiler-Stern & Freeland (2003):

„Wenn Sie ein Baby haben, wird es eine Zeit lang bestimmen, woran Sie denken, was Sie befürchten oder erhoffen und wovon Sie träumen. Es wird Ihre Gefühle und Ihr Verhalten beeinflussen und sogar Ihre sinnliche Wahrnehmung und die Art Ihrer Informationsverarbeitung intensivieren. Mit einem Kind werden sich Ihre Vorlieben und Vergnügen und wahrscheinlich auch einige Ihrer Wertvorstellungen ändern. In einer ganz verblüffenden Weise wird es alle Ihre früheren Beziehungen beeinflussen und Sie veranlassen, Ihre engsten Freundschaften zu überdenken und Ihre Rolle in der Geschichte Ihrer eigenen Familie neu zu bestimmen.“ (S.45)

Stern geht von psychobiologischen, insbesondere hormonellen Einflüssen aus, die die Sensibilität und Strebungen junger Mütter so vorbereitet, dass sie irgendeine Form der Mutterschaftskonstellation entwickelt, während soziokulturelle Bedingungen, zum Beispiel gesellschaftliche Erwartungen, entscheidend dafür sind, wie und ob die psychobiologischen Einflüsse zum Tragen kommen. Das Konzept der Mutterschaftskonstellation bietet einen geeigneten psychodynamischen Verständnishintergrund für die Psychotherapie postpartaler Störungen.

3.2 Andere Risikofaktoren

Neben dem Risikofaktor des Mutter-Werdens selbst, findet man in der Literatur weitere Risikofaktoren. Laut O'Hara (1990) spricht einiges dafür, dass ein niedriger sozioökonomischer Status oder ein geringes Einkommen mit einem erhöhten Risiko einhergehen könnten, an einer postpartalen Depression zu erkranken. Ebenfalls zeigt eine Studie mit sozial sehr benachteiligten Gruppen, dass die Prävalenz der postpartalen Depression sehr hoch ist (Cooper/ Murray, 1997). Ebenfalls kristallisiert sich das Alter als Risikofaktor heraus. Das Risiko erhöht sich bei ganz jungen, jugendlichen Müttern wie auch bei späten Erstgebärenden (Paykel, 2008).

Vernachlässigungen in der eigenen Kindheit haben einen bedeutenden Einfluss darauf, wie sich die Mutter ihrem Kind gegenüber verhalten wird. Frauen, die in ihrer eigenen Kindheit zu wenig Fürsorge erfahren durften, haben ein erhöhtes Risiko, an einer postpartalen Depression zu erkranken (Boyce, 2003). Ebenso Frauen, die als Kinder sexuell missbraucht wurden (Buist, 1998).

Das soziale Netz betreffend, schreiben Rhode et al. (2004), dass es sich gerade in der Zeit nach der Geburt um eine Phase mit besonderen Bedürfnissen nach Unterstützung durch Familie, Partner und andere Menschen in der Umgebung handelt. Für das Auftreten von Depressionen nach der Entbindung haben sich das Fehlen ausreichender sozialer Unterstützung und das Vorhandensein von Partnerschaftsproblemen als wichtige Risikofaktoren herausgestellt.

Dem widerspricht Riecher-Rössler (2003), indem sie schreibt, dass es keine spezifischen Risikofaktoren gäbe, die zum Zeitpunkt der Geburt als Auslöser fungieren. Die betroffenen Frauen seien offensichtlich weder bezüglich hormoneller (zum Beispiel Östrogen- und Progesteronspiegel) und geburtshilflicher (zum Beispiel die Zahl der Geburten, Geburtskomplikationen, Dauer des stationären Aufenthaltes) noch bezüglich der allermeisten psychosozialen Faktoren auffällig anders als Frauen, die nach der Entbindung gesund blieben.

In einer Metaanalyse, die 44 Studien zu Prädiktoren der postpartalen Depression umfasst, fand Beck (1996) heraus, dass eine postpartale Depression häufig mit folgenden Faktoren assoziiert ist:

- Depressive Erkrankungen in der Vorgeschichte
- Pränatale Depression während der Schwangerschaft
- Babyblues
- Stress mit der Versorgung des Kindes
- Allgemeiner Stress
- Wenig soziale Unterstützung
- Geringe Zufriedenheit in der Ehe

Abbildung 5: Prädiktoren der postpartalen Depression (nach Beck, 1996)

Auf ähnliche Ergebnisse stösst man auch bei Wilson et al. (1996) sowie O'Hara & Swain (1996) in deren Metaanalysen.

Riecher-Rössler (2012) nennt schliesslich denjenigen Risikofaktor, der sowohl für den Babyblues als auch für die postpartale Depression und die postpartale Psychose am konsistentesten gefunden wurde: die vorbestehende Prädisposition. Ungefähr ein Drittel aller Frauen mit postpartalen Depressionen hat schon vor der Schwangerschaft mindestens einmal an einer psychiatrischen Erkrankung gelitten. Sie schreibt weiter, dass es bei einer solchen Prädisposition, keine weiteren Risiko- oder Auslösefaktoren ausser der Geburt selbst brauche, um die Erkrankung auszulösen. Offensichtlich stellen schon eine ganz normale Entbindung und die Postpartalzeit mit ihren ganz normalen, unspezifischen Belastungen starke „Stressoren“ dar, die bei vielen vulnerablen, prädisponierten Frauen zur Auslösung der Erkrankung führen können. Dabei erwähnt Riecher-Rössler (2012), das nicht klar ist, ob unter diesen spezifischen Belastungen vor allem die ganz normalen biologischen und hormonellen Umstellungen nach der Entbindung eine Rolle spielen oder vor allem die ganz normalen psychischen Belastungen, die das Mutterwerden mit sich bringt.

Einige Ergebnisse der Grundlagenforschung sprechen dafür, dass der postpartale Östrogenabfall von Bedeutung sein kann. Es zeigt sich, dass der Östrogenspiegel während der Schwangerschaft auf das etwa zweihundertfache der Norm erhöht ist. Nach der Entbindung fällt dieser innerhalb von zwei Tagen wieder auf den Normalwert zurück. Östrogene modulieren die verschiedensten Hirnfunktionen (Riecher-Rössler, 2003).

Bloch (2000) zeigte in seiner Studie, dass Frauen mit einer Vorgeschichte von postpartaler Depression in 63 Prozent der Fälle auf einen künstlich induzierten Östrogenabfall mit depressiver Symptomatik reagieren, Frauen ohne vergleichbare Vorgeschichte jedoch unauffällig blieben.

Insgesamt kann also angenommen werden, dass sowohl biologische als auch psychische Faktoren eine Rolle bei der Auslösung dieser Störungsbilder spielen können, wenn eine bestimmte Disposition vorhanden ist.

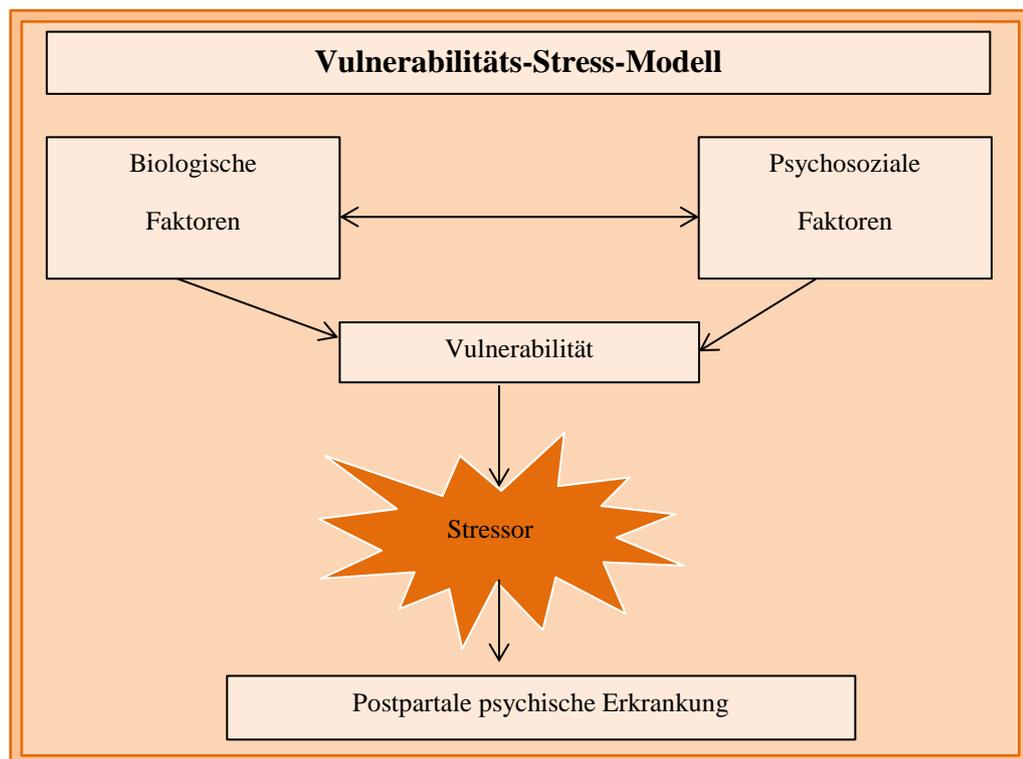


Abbildung 6: Vulnerabilitäts-Stress-Modell (nach Rittmansberger, 2012)

4 Auswirkung auf die Entwicklung des Kindes

Die psychische Krankheit der Mutter wirkt sich auf die Mutter-Kind-Beziehung aus und kann damit die Entwicklung des Kindes beeinflussen. In diesem Kapitel werden zuerst die Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Interaktion beschreiben, danach wird aufgezeigt, wie sich diese frühe Interaktionsstörung auf die Kindsentwicklung auswirken kann. Zum Abschluss dieses Kapitels werden Präventionsansätze beschrieben.

4.1 Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Interaktion

Stern (2006) schreibt diesbezüglich:

„Wenn diese knapp bemessene Periode – ich nenne sie die erste Phase seines Lernens in seiner frühesten Umwelt – abgeschlossen ist, hat das Baby gelernt, wie es seine Mutter dazu bewegen kann, mit ihm zu spielen und dann eine Interaktion mit ihm einzuleiten; es versteht sich nun schon sehr gut darauf, den Strom des sozialen Austauschs aufrechtzuerhalten und zu modulieren; es beherrscht die Signale, mit denen sich eine interpersonale Begegnung beenden, vermeiden oder einfach zeitweilig ‚stoppen‘ lässt.“
(S.63)

Aus der Säuglingsforschung ist bekannt, dass Neugeborene bereits über eine gut entwickelte Wahrnehmungs- und Integrationsfähigkeit verfügen. Die Säuglinge verfügen ebenfalls über ein angeborenes Bedürfnis nach Kommunikation, nach Beziehung zu ihrer Umwelt und deren Exploration. Durch dieses Erleben ist das Baby in der Lage, Interaktion zu seinen Eltern zu initiieren und die Zusammenhänge zwischen seinem Verhalten und den folgenden Reaktionen der Interaktionspartner herzustellen. Solche Erfahrungen ermöglichen erste Wahrnehmungen von Kausalität und Selbstwirksamkeit. Der Säugling verfügt ebenso über eine angeborene Wahrnehmung von Stimme, Mimik und zeitlichem Ablauf. Er ist zudem in der Lage, seine eigene Erregung mitzuteilen und sich mit Lautgebung und motorischen Reaktionen seiner Umwelt mitzuteilen. In den alltäglichen Interaktionen mit seiner Bezugsperson bilden sich beim Säugling Erwartungshaltungen aus und ein Erfahrungshintergrund als Vorläufer der kindlichen Persönlichkeitsentwicklung (Hornstein & Trautmann, 2010). Dem Bedürfnis des Säuglings nach Kommunikation und Interak-

tion entsprechen elterliche Verhaltensmuster, die der entwicklungsabhängigen Wahrnehmungs- und Integrationsfähigkeit des Säuglings angepasst sind. Diese intuitive Verhaltensweise der elterlichen Fürsorge unterstützt die Entwicklung von Aufmerksamkeit und Affektregulation, von Kommunikation und Sprache sowie von Vorläufern der interpersonellen Bindung (Papousek, 2002).

Mütter mit postpartalen psychischen Erkrankungen sind meist in der Lage ihre Babys ausreichend zu versorgen, ihre Grundbedürfnisse zu erkennen und diese adäquat zu erfüllen. Ihre intuitiven Kompetenzen, wie die Förderung der Erfahrungsintegration, die Regulation von Aufmerksamkeit und affektiver Erregung sowie die Unterstützung von kommunikativen Fähigkeiten ihres Babys, sind jedoch beeinträchtigt. Die angemessene Gestaltung der Mutter-Kind-Beziehung droht zu misslingen. Diese wichtige erste Beziehung entwickelt sich altersabhängig und dynamisch auf verschiedenen Ebenen der Gegenseitigkeit. In der Postpartalzeit bewährt es sich, laut Hornstein und Trautmann (2010), im Wesentlichen drei für die Therapie relevanten Beziehungsebenen zu unterscheiden:

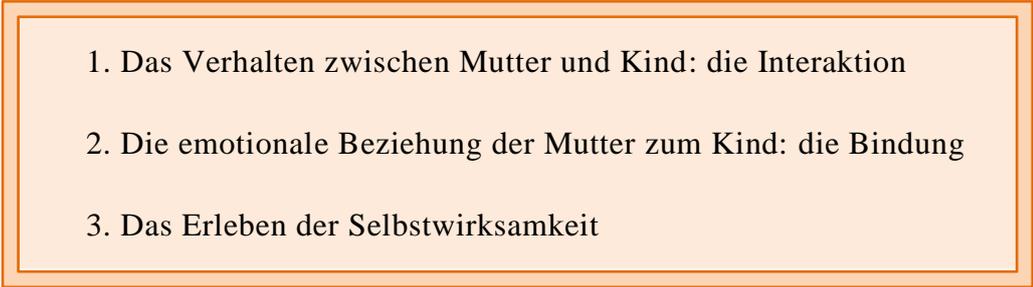
- 
1. Das Verhalten zwischen Mutter und Kind: die Interaktion
 2. Die emotionale Beziehung der Mutter zum Kind: die Bindung
 3. Das Erleben der Selbstwirksamkeit

Abbildung 7: Drei Ebenen der Gegenseitigkeit (nach Hornstein & Trautman, 2010)

Mütterliche Defizite in diesen drei Beziehungsbereichen können zu einer negativen Zirkularität und Fehlanpassung zwischen Mutter und Kind führen, welche die affektive und kognitive Entwicklung des Kindes nachhaltig beeinträchtigen können (Hornstein & Trautmann, 2010).

Brockington (2004) bevorzugt den Begriff der Mutter-Kind-Interaktion gegenüber den Begriffen „Bindung“ und „Attachment“, da der Begriff der Interaktion den wechselseitigen Austausch und die aktive Beteiligung von Mutter und Kind betont. Er schreibt, dass bereits das Neugeborene ein aktiver Kommunikationspartner ist und die Mutter-Kind-Beziehung mitgestaltet. Die unterschiedlichen Verhaltens-

weisen des Säuglings, wie zum Beispiel: Schreien, Glucksen und Schmatzen sind Mittel zur Kommunikation. Das Baby sendet diese unbewussten Signale mit dem Ziel, eine Antwort darauf zu erhalten. Die Antwort der Mutter hängt davon ab, wie sie das kindliche Signal deutet. Typischerweise sind diese Interpretationen postpartal erkrankter Frauen negativ, manchmal gar inadäquat. Sie finden sich in Aussagen wie beispielsweise: „Mein Kind schaut mich nicht an, ich bin langweilig für mein Kind.“ oder „Mein Baby tritt mich in den Bauch, es will mich ärgern.“ Solche Fehlinterpretationen führen zu entsprechenden Verhaltensreaktionen der Mutter und können einen Teufelskreis von Fehlanpassungen zwischen Mutter und Kind in Gang bringen. Dieser Teufelskreis belastet die Beziehung zum Kind, die Bindung der Mutter und ihr Selbstwirksamkeitserleben (Hornstein & Trautmann, 2010).

Die Interaktion zwischen der Mutter und ihrem Säugling kann mit objektiven Untersuchungsmethoden, wie zum Beispiel der videogestützten Beobachtungsskalen, gut beschrieben werden. Papousek (2002) hat das interaktionale Verhalten von psychisch kranken, depressiven Müttern untersucht und dabei festgestellt, dass im Vergleich zu psychisch unauffälligen Müttern grosse Diskrepanzen bestehen. Depressive Mütter verhielten sich im Kontakt mit ihrem Säugling häufig passiv, mangelnd responsiv oder intrusiv, sie zeigten weniger emotionale Beteiligung oder Interesse an der Interaktion mit dem Kind und äusserten mehr negative Gefühle und Feindseligkeit. Die Säuglinge ihrerseits zeigten vermehrt ein niedriges Aktivitätsniveau, negative Affekte und blickten weniger auf die Mütter, vermieden sogar den Blickkontakt zu diesen (Field, 1998).

Zudem interessiert sich die Forschung für die Entwicklungsdefizite von Kindern psychotischer Mütter und die Einbeziehung der Babys in die mütterliche Symptomatik als Risikofaktor für Vernachlässigung, Missbrauch und Infantizid. Bezüglich der Interaktion psychotischer Mütter mit ihren Babys ist zu erwarten, dass schizophrene Positivsymptomatik mit Überexpressivität einhergeht und Negativsymptomatik mit einem Mangel an Interaktion. Riordan (1999) und Snellen (1999) haben in ihren Studien gezeigt, dass psychotische Frauen – unabhängig der Symptomatik – in der Interaktion mit ihren Babys mangelnd reaktiv und aufmerksam sind, ihre Kinder wenig stimulieren und sich vermehrt negativ äussern. Zudem sind sie kaum in synchrone und reziproke Interaktionssequenzen involviert und zeigen selten positive

Affekte. So scheint es – ähnlich wie bei den depressiven Müttern –, dass die Störung der Interaktion mit dem Schweregrad der mütterlichen Pathologie steigt.

In einer weiteren Studie von Hornstein (2006) konnte beim Vergleich depressiver und psychotischer Mutter-Kind-Paare festgestellt werden, dass sich im Verhalten depressiver beziehungsweise psychotischen Müttern, keine Unterschiede feststellen liessen. Hingegen konnte beobachtet werden, dass die Kinder der depressiven und psychotischen Mütter, sich signifikant anders in der Interaktion verhielten. Während die Responsivität bei beiden Gruppen, ebenso wie andere Aspekte des Interaktionsverhaltens, zum Beispiel Geduld und Stimulation, ähnlich beeinträchtigt waren, wendeten Babys von psychotischen Müttern den Blick vermehrt von dieser ab.

Sowohl bei depressiven als auch bei Müttern mit einer Störung aus dem schizophrenen Spektrum ist die Interaktion durch mangelnde Sensitivität und emotionale Unerreichbarkeit gekennzeichnet. Das mütterliche Verhalten scheint offensichtlich mehr durch unspezifische interaktive Defizite geprägt zu sein als durch die krankheitsspezifische Psychopathologie. Diese Forschungsergebnisse sind die Grundlage für die Konzeption eines interaktionalen, nicht krankheitsspezifischen Therapieprogramms für postpartal psychisch erkrankte Frauen (Hornstein & Trautmann, 2010).

Dass die frühe Mutter-Kind-Interaktion für die Entwicklung des Kindes wichtige Weichen stellt, zeigte eine Studie der Mannheimer Arbeitsgruppe, um Laucht et al., im Jahr 2002. Im Rahmen dieser Untersuchung von über 350 Kindern von der Geburt bis zum jungen Erwachsenenalter konnte gezeigt werden, dass sich Kinder zwischen drei Monaten und acht Jahren, welche eine postpartal depressive Mutter haben, deutlich ungünstiger entwickelten als Kinder postpartal unauffälliger Frauen. Die Unterschiede zeigten sich sowohl bei der kognitiven als auch bei der sozioemotionalen Entwicklung zu allen Erhebungszeitpunkten. Die Defizite der sozioemotionalen Entwicklung waren jedoch stets deutlich ausgeprägter. Ein weiterer wichtiger Aspekt der Studie war der Nachweis, dass die Entwicklungsbeeinträchtigung von der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion im Säuglingsalter abhängig ist.

Eine weitere Beziehungsebene, die durch die psychische Erkrankung der Mutter beeinträchtigt werden kann, ist die emotionale Beziehung zum Kind. Oft gelingt es den betroffenen Frauen nicht, eine positive emotionale Beziehung zu ihrem Baby aufzubauen. Das heisst, die emotionale Beziehung der Mutter zu ihrem Kind ist behindert. So können zum Beispiel depressive Mütter oft keine Liebe und Zuneigung für ihr Kind empfinden. Sie können sich nur schwer in das Kind einfühlen und an seinem Gefühlsleben Anteil nehmen. Diese Bindungsverzögerung kann zunehmen und in eine manifeste Bindungsstörung übergehen (Brockington et al., 2006).

Innerhalb des ersten Lebensjahres entwickelt ein Kind individuelle Erwartungen an seine Bezugspersonen, die sich aufgrund gemeinsamer Beziehungs- und Interaktionserfahrungen herausbilden. Hieraus entstehen generalisierte Erwartungshaltungen, die in der Bindungstheorie als „Arbeitsmodelle“ beschrieben werden. Das Kind entwickelt solche Arbeitsmodelle von sich selbst, seinen Bezugspersonen und von seiner sozialen Umwelt (Grossman, 2005). Kinder, deren Bindungspersonen in den ersten Lebensjahren emotional und körperlich verfügbar waren, bilden positive Arbeitsmodelle gegenüber ihrer Umwelt. Sie übertragen diese adäquaten Erfahrungen in ihr Selbst und entwickeln demzufolge das Bild einer liebenswürdigen Person von sich, die es verdient hat, bei Gefahr Hilfe zu erhalten (Minde, 2002). Die Entwicklung von Arbeitsmodellen kann aber auch in die gegensätzliche Richtung verlaufen. In diesem Fall werden die Eltern das Bindungsverhalten ihres Kindes ignorieren oder ablehnen, was Abwehrmechanismen in Gang setzt und den Aufbau von adäquaten Arbeitsmodellen verhindert (Bretherton, 2002).

Die mütterliche Beziehungsqualität lässt sich nicht beobachten und ist nicht unbedingt am Verhalten der Mütter ablesbar, da diese sich im Bewusstsein ihrer negativen Gefühle, meist aus Scham- und Schuldgefühlen, dem Kind gegenüber besonders fürsorglich verhalten. Der Zusammenhang zwischen postpartaler Depression und Bindungsstörung konnte durch verschiedene Studien belegt werden. In weiteren Verlaufsstudien wurde deutlich, dass eine in der frühen Postpartalzeit einsetzende Bindungsauffälligkeit selbst bei leicht depressiven Müttern die emotionale Beziehung zum Kind ein Jahr lang beeinträchtigen kann (Hornstein & Trautmann, 2010).

4.2 Folgen für die Entwicklung des Kindes

Die psychische Erkrankung einer Mutter in der Postpartalzeit ist abgesehen von der genetischen Disposition auch ein negativer Umweltfaktor, der die kindliche Entwicklung nachhaltig beeinträchtigen kann. Bereits im Säuglingsalter wurden zum Beispiel bei Kindern depressiver Mütter Störungen der Affektregulation beobachtet. Die Kinder waren irritierbar, schrien häufig, liessen sich nicht beruhigen oder sie verhielten sich im Gegensatz sowohl ruhig als auch zurückgezogen und reagierten kaum auf Ansprache oder interaktive Spiele. Bereits mit einem Jahr waren die Kinder depressiver Mütter im Vergleich zu Kindern mit gesunden Müttern zurückgezogener und weniger aufmerksam. Sie zeigten häufiger eine unsicher-ängstliche oder unsicher-ambivalente Bindungsentwicklung, emotionale und kognitive Entwicklungsdefizite sowie Verhaltensauffälligkeiten. Die genannten Defizite waren bis ins Schulalter nachweisbar (Murray & Cooper, 1997). Laucht et al. (2002) beschrieben sogar langfristige Effekte wie internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten bis zur Adoleszenz.

Das Risiko dafür, dass die Kinder psychisch kranker Eltern Verhaltensauffälligkeiten entwickeln, scheint mit der Schwere und Chronizität der psychischen Symptomatik zu steigen. Bis zu 60 Prozent der Kinder psychisch kranker Eltern entwickeln selbst eine psychische Auffälligkeit oder Störung (Matteja & Lisofsky, 2008). Weiter haben Kinder psychisch kranker Mütter ein erhöhtes Gesundheits- und Verletzungsrisiko. Das heisst zum Beispiel, dass es den betroffenen Müttern oft nicht gelingt, Termine für Impfungen oder Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen oder die Kinder tauchen in Notfallambulanzen auf, weil es die Mütter durch ihre erkrankungsbedingte verminderte emotionale Verfügbarkeit oft nicht schaffen, ihre Kinder ausreichend vor Gefahren zu schützen. Oft sind vor allem psychotische Mütter durch innere Vorgänge wie Stimmen oder Wahngedanken abgelenkt und können Gefahren für ihr Kind nicht richtig wahrnehmen oder ihnen vorbeugen. Depressiven Müttern gelingt es kaum, physiologische Signale des Kindes wie Hunger, Schlaf oder Aufmerksamkeitsbedürfnisse wahrzunehmen oder sie interpretieren diese falsch.

Eine weitere Risikokonstellation entwickelt sich vor allem bei postpartal depressiven Müttern aus einer emotionalen Beziehungsstörung, einer mütterlichen Bin-

dungsstörung zum Kind. Aus mangelnde Empathie und Gefühllosigkeit einer verzögerten Bindung kann eine manifeste Bindungsstörung entstehen. Durch die Angst seitens der Mutter, ihr Kind nicht ausreichend versorgen zu können, zieht sich diese aus der alltäglichen Betreuung des Kindes zurück oder leistet nur noch mit Widerwillen und Überwindung die Versorgung. Die betroffenen Mütter entfremden sich so zunehmend vom Kind, das sie dann ablehnen, und empfinden Indifferenzen dem Kind gegenüber, das sie nicht lieben können (Hornstein & Trautmann, 2010). Einige entwickeln schliesslich Ärger, Feindseligkeit, Wut und Hass auf das Neugeborene, verbunden mit dem Impuls das Kind los zuwerden. Aus dieser Konstellation kann es zu infantizidalen Impulsen bis hin zur Kindstötung kommen.

Eine andere Risikokonstellation ergibt sich aus der Suizidgefährdung psychisch kranker Mütter. Das Suizidrisiko ist bei Frauen, die unter Depressionen leiden sehr hoch. Dies gilt in besonderem Masse für postpartal depressive Mütter. Suizidalität ist in den angloamerikanischen Ländern eine der häufigsten Todesursachen nach der Geburt eines Kindes. Die vorausgehenden Selbsttötungsmotive entstehen fast immer aus der Mutterschaftskonstellation von depressionsbedingten Insuffizienzgefühlen, Selbstzweifeln und Schuldgefühlen dem Kind und dem Partner gegenüber. Der Verlust der Mutter in der frühen Kindheit stellt ein Trauma für das Kind dar, das ein Entwicklungsrisiko in sich birgt (Hornstein & Trautmann, 2007).

4.3 Prävention

Nicht erst die Gefahr der seltenen fatalen Folgen postpartaler psychischer Erkrankungen für das Leben von Mutter und Kind, sondern die viel häufigeren alltäglichen emotionalen Verletzungen und Missachtungen von Entwicklungsbedürfnissen, denen Kindern psychisch kranker Eltern bereits im Säuglingsalter ausgesetzt sein können, begründen die Notwendigkeit von früh einsetzender Prävention. Hornstein & Trautmann (2010) schreiben, dass eine Primärprävention laut Studienlage bei postpartalen psychischen Erkrankungen nicht wirksam sei. Folglich lässt sich der Ausbruch einer psychischen Erkrankung nicht verhindern. Daher sei es sinnvoll, alle präventiven Massnahmen auf die Sekundärprävention zu richten, auf die Früherkennung von postpartalen psychischen Erkrankungen und deren Behandlung. Sie schreiben, dass die Chancen zur Prävention gut seien, denn unspezifische Frühsymptome gehen dem

Ausbruch der akuten Erkrankung oft Wochen voraus. Ausserdem hängen die negativen Folgen für die kindliche Entwicklung beziehungsweise für das Kindeswohl mit der Dauer und der Schwere der Erkrankung zusammen (Hornstein, 2009). In diesem Zeitfenster ist nun die Achtsamkeit derjenigen Berufsgruppen gefragt, die Mutter und Kind postpartal betreuen, wie zum Beispiel die Hebammen, Gynäkologen und Hausärzte. Wie bereits in Kapitel 2.1 beschrieben, ist ein Screening-Fragebogen, welcher die psychosoziale Situation der Mutter erfragt, wie beispielsweise der EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) einzusetzen. Er kann Auskunft über das Befinden der betroffenen Mütter geben. Aufgrund auffälliger Resultate des EPDS kann die Kooperation zwischen der betroffenen Mutter und dem Psychiater beziehungsweise dem Psychotherapeuten zur genauen Diagnostik und Psychotherapie aufgebaut werden. Diese werden eine Pharmako- und eine Psychotherapie einleiten, die bereits nach Tagen die Frühsymptome zum Abklingen bringen können. Die Chancen zu einer wirksamen Prävention sind auch deswegen so hoch, weil selbst akute und schwere psychische Erkrankungen in der Postpartalzeit gut und rasch behandelbar sind (circa sechs bis acht Wochen). Interventionsstudien zur stationären Mutter-Kind-Behandlung in der Postpartalzeit haben dies gezeigt. Auch die Störungen der Mutter-Kind-Interaktion lösen sich unter einer spezifischen interaktionalen Therapie innerhalb dieser Zeit auf. Damit kann kindlichen Entwicklungsrisiken und Kindeswohlgefährdungen wirksam vorgebeugt und Resilienzfaktoren können aufgebaut werden, die im Säuglingsalter durch eine feinfühlig und kompetente Mutter-Kind-Beziehung vermittelt werden (Hornstein & Trautmann, 2010).

B. Empirischer Teil

In den nachfolgenden Kapiteln werden die im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit durchgeführten qualitativen Experteninterviews und die quantitative Umfrage vorgestellt. In Kapitel 5 werden der Forschungsgegenstand und die Methodik dargestellt sowie die Ziele und Fragestellungen der Untersuchungen beschrieben. Anschliessend wird näher auf den Aufbau der Untersuchungen, die Stichprobengewinnung und deren Beschreibung sowie das Untersuchungsdesign eingegangen. Es folgt in Kapitel 6 eine Erläuterung zur Durchführung und Datenaufbereitung sowie zur Datenauswertung. In Kapitel 7 und 8 werden die Ergebnisse dargestellt, worauf in Kapitel 9 die Diskussion den Abschluss dieser Arbeit bildet.

5 Forschungsgegenstand & Fragestellungen

Wie der vorangehende Theorieteil zeigte, ist die stationäre Mutter-Kind-Behandlung im psychiatrischen/psychotherapeutischen Kontext für die Mütter mit ihren Säuglingen sehr wichtig. Deshalb interessiert die Frage nach der aktuellen Situation und dem Bedarf nach stationären Mutter-Kind-Behandlungsplätzen im psychiatrischen/psychotherapeutischen Kontext in der Region Nordwestschweiz.

Spezifisch wurde gefragt:

- Welche stationären Behandlungsangebote für Mütter mit ihren Säuglingen im psychiatrischen/psychotherapeutischen Kontext gibt es in der Region Nordwestschweiz?
- Wie ist die Situation für Zuweisende?
- Was sind Wünsche und Visionen zur möglichen Optimierung?

Abbildung 8: Spezifische Fragen

Um diese Fragen zu beantworten, wurden zuerst Interviews mit sechs möglichen Anbietern geführt, welche durch Internet-Recherchen und telefonische Anfrage identifiziert wurden. Anschliessend wurde mittels Fragebogen eine Umfrage bei potenziellen Zuweisenden durchgeführt.

Die vier Fragen der Umfrage lauteten:

- Wie viele Frauen mit Verdacht auf eine postpartale psychische Erkrankung sehen Sie pro Jahr?
- An wen verweisen sie die Mütter?
- Welche Institutionen kennen Sie, welche Mütter und ihre Babys aufnehmen?
- Welche Art eines zusätzlichen themenbezogenen Angebots wünschen Sie sich?

Abbildung 9: Fragen des Fragebogens

5.1 Probandengewinnung und Beschreibung der Stichprobe

Als Erstes wurde per Telefon und Internet recherchiert, welche Institutionen in der Region Nordwestschweiz ein Angebot zur Mutter-Kind-Hospitalisation im psychiatrischen/psychotherapeutischen Kontext anbieten. Diese Institutionen wurden anschliessend telefonisch kontaktiert und ein Interviewtermin wurde ausgemacht. In der folgenden Tabelle werden die sechs Interviewpartner aufgeführt.

Tabelle 1: Interviewpartner und Interviewdaten

E	Datum	Institution/Experten
E1	07.08.2012	Frauenklinik, Unispital Basel, Leitende Ärztin
E2	29.08.2012	Mutter-Kind-Haus, Heime auf Berg AG, Basel, Leiterin Betreuung
E3	04.09.2012	ZASS, Psychiatrische Uniklinik Basel, Oberarzt
E4	05.09.2012	KIS, Psychiatrische Poliklinik Basel, Leitende Ärztin
E5	12.09.2012	Klinik Sonnenhalde AG, Riehen, Teamleiter Pflege
E6	12.09.2012	Mutter-Kind-Haus, Ita Wegman Stiftung, Gempen, Leiterin Betreuung

Anschliessend wurde überlegt, wer als mögliche Zuweisende zu befragen ist. Die Auswahl fiel auf vier Berufsgruppen, welche in der Postpartalzeit mit möglichen betroffenen Müttern in Kontakt kommen könnten. Die Befragung berücksichtigte die folgenden vier Berufsgruppen: Hebammen, Mütter- & Väterberaterinnen, Gynäkologen und Hausärzte. Bei dieser Befragung interessierten vorwiegend die Häufigkeit von psychisch erkrankten Müttern in der Postpartalzeit, sowie die Einschätzung der Vernetzung unter Anbietern und Fachkräften.

6 Untersuchungsdesign

Das Hauptinteresse der Untersuchung gilt der aktuellen Situation und den Optimierungsmöglichkeiten des Behandlungsangebots für Mütter mit ihren Kindern in der Region Nordwestschweiz. Wie sieht das aktuelle Angebot aus, wie ist dessen Auslastung und was würde allenfalls visionär benötigt? Eine weitere Sichtweise liefert die Befragung mittels Fragebogen, welcher an Hausärzte, Gynäkologen, Hebammen und Mütter- & Väterberatungsstellen versendet wurde. Es geht also nicht hauptsächlich darum das bestehende Angebot zu untersuchen, was bei den Experteninterviews im Vordergrund steht, sondern die Komplexität der Situation aus verschiedenen Blickwinkeln darzustellen.

Die nachfolgende Tabelle gibt zur besseren Orientierung einen Überblick über das Untersuchungsdesign und die Forschungsfragen:

Tabelle 2: Überblick Untersuchungsdesign und Forschungsfragen

Zeitpunkt	Erhebungs-Instrument	Auswertungsmethode	Forschungsfragen
Juli bis Dez. 2012	Fragebogen, geschlossene Fragen / Multiple Choice (Bühner, 2006)	Quantitative, deskriptive und analytische Statistik	1. Wie viele Mütter mit Verdacht auf eine postpartale psychische Erkrankung sehen Sie pro Jahr? 3. Welche Institutionen für Mutter-Kind-Hospitalisation im psychiatrischen/psychotherapeutischen Kontext kennen Sie? (Nordwestschweiz) 4. Welche Art eines zusätzlichen, themenbezogenen Angebots wäre wünschenswert?
	Fragebogen, offene Fragen (Bühner, 2006)	Quantitative, deskriptive und analytische Statistik	2. An wen verweisen Sie diese Mütter weiter?
August-Sept. 2012	Leitfadeninterview mit Experten (Lamnek, 2005)	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010)	Angebot Klientel Vernetzung Wünsche, Visionen

Mit der Verwendung verschiedener Forschungsansätze handelt es sich um Triangulationsforschung. Flick (2008) definiert Triangulation als Einnahme unterschiedlicher Perspektiven auf einen Forschungsgegenstand beziehungsweise zur Beantwortung der Forschungsfrage. Dadurch soll ein Erkenntniszuwachs auf verschiedenen Ebenen möglich sein, der mit nur einem Zugang nicht möglich wäre.

6.1 Datenerhebung und Durchführung der Untersuchungen

Die qualitative Datenerhebung erfolgte mittels halb strukturierter, problemzentrierter Leitfadeninterviews (vgl. Anhang). Bei den für die Evaluation ausgewählten Experten wurden im Juli 2012 per E-Mail oder telefonisch angefragt und anschliessend ein Termin für das Interview ausgemacht. Die Interviews fanden in den Räumlichkeiten der Befragten statt. Nach einem informellen Teil folgte die Einführung, in der über die Dauer, den Ablauf, die Form und die Aufzeichnung des Interviews informiert sowie die Einverständniserklärung (vgl. Anhang) unterzeichnet wurden. Die Experteninterviews dauerten zwischen 30 und 55 Minuten. Für das Interview waren folgende Fragen leitend:

- Wie sieht Ihr Angebot bezüglich der stationären Mutter-Kind-Hospitalisation im psychiatrischen/psychotherapeutischen Kontext aus?
- Was scheint Ihnen dabei besonders wichtig zu sein?
- Wer kommt? Wer kommt nicht?
- Warum kommen manche Frauen nicht?
- Wer weist die betroffenen Frauen zu?
- Arbeiten Sie mit anderen Anbietern zusammen?
- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen Ihnen und anderen Anbietern?
- Welche Visionen und Wünsche haben Sie bezüglich der stationären Mutter-Kind-Hospitalisation in der Psychiatrie?

Abbildung 10: Leitfragen Interview

Für die quantitative Befragung wurde im Juli 2012 ein Fragebogen (vgl. Anhang) erarbeitet, der zusammen mit einem Begleitbrief als E-Mail an 60 frei praktizierende Hebammen, 30 Mütter- und Väterberatungsstellen, 40 Gynäkologen und 111 Hausärzte verschickt wurde. Alle angeschriebenen Personen arbeiteten zum Zeitpunkt der Untersuchung in der Region Nordwestschweiz. Die E-Mail-Adressen der ersten Befragungsrunde stammen aus dem Internet. Der Rücklauf dieser ersten Runde betrug

45 Antworten. Anfang September 2012 wurden die Angeschriebenen mittels Erinnerung-E-Mail erneut kontaktiert. Diejenigen, welche auf die Erinnerung ebenfalls nicht geantwortet hatten, wurden aus der Adresskartei gestrichen. Darauf wurde im Oktober 2012 der gleiche Fragebogen inklusive eines frankierten Rücksendecouverts per Post an 132 andere Empfänger der gleichen vier Berufsgruppen versandt. Der Rücklauf der Befragung kann der nachfolgenden Tabelle entnommen werden.

Tabelle 3: Fragebogen-Rücklauf

Berufsgruppen	1. E-Mail Versand 24.07.12	Erhaltene Fragebogen 30.08.12	Erinnerungs E-Mail 05.09.12	Erhaltene Fragebogen 30.09.12	Brief- versand 01.10.12	Erhaltene Fragebogen 31.03.13	Erhaltene Fragebogen Total 31.03.13
Hebammen	60	15	45	3	47	22	40
Mütter und Väterbererate- rinnen	30	12	18	3	16	15	30
Gynäkologen	40	7	33	3	31	29	39
Hausärzte	111	11	100	4	42	26	41
TOTAL	241	45 (18.7%)	196	13 (6.6%)	132	92 (69%)	150

6.2 Datenaufbereitung

Die digital aufgezeichneten Interviews wurden mit der Software „Philips Speech Exec Transcribe“ transkribiert und vom Schweizerdeutschen in die deutsche Schriftsprache übertragen. Bei der vorliegenden Thematik liegt die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund. Dadurch wurden im Verlauf der Transkription die Satzbaufehler behoben, der Stil wurde geglättet und der Dialekt bereinigt. Es wurde zudem darauf verzichtet, nonverbale Äusserungen zu notieren, da diese keine relevanten oder zusätzlichen Informationen für die Auswertung und Interpretation der Interviews beinhalteten. Die Audiodateien wurden wie vorgesehen nach der Transkription gelöscht.

6.3 Datenauswertung

Die Interviews wurden anhand der Leitfragen in vier Hauptkategorien geordnet und zusammengefasst.

Es ergaben sich folgende vier Hauptkategorien:

- A. Angebote
- B. Patientengruppe
- C. Vernetzung
- D. Vision

Die vier Hauptkategorien wurden in weitere Unterkategorien aufgeteilt. Die Interviews wurden in mehreren Materialdurchgängen durch Paraphrasierung und regelgeleiteter Zusammenfassung nach Mayring (2008) geordnet. In einem nächsten Schritt wurde das Material durch eine weitere Reduktion verglichen und kategorial zusammengefasst.

7 Darstellung der Ergebnisse der qualitativen Befragung

Im nachfolgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung dargelegt. Dabei werden die Aussagen aus den Interviews regelgeleitet abstrahiert und reduziert dargestellt sowie kategorienspezifisch zusammengefasst. In Kapitel 7.2 werden die Angebote der Mutter-Kind-Hospitalisation im psychiatrischen/psychotherapeutischen Kontext dargestellt. Anschliessend wird auf die Klientel, die Vernetzung und die Visionen eingegangen.

7.1 Kategoriensystem

Tabelle 4 zeigt das Kategoriensystem im Überblick.

Tabelle 4: Kategoriensystem

Hauptkategorie	Unterkategorie	Kat. Nr.
A. Angebote	- Inhalt des Angebots	A1
	- Auslastung	A2
	- Besonders wichtig	A3
B. Patientengruppe	- Wer kommt?	B1
	- Wer kommt nicht?	B2
	- Warum kommen sie nicht?	B3
C. Vernetzung	- Zuweisende	C1
	- Zusammenarbeit	C2
D. Vision	- Idealbild	D1
	- Hilfestellung an Fachkräfte	D2

7.2 Angebote (A)

Die Kategorie „Angebote“ wurde in die Unterkategorien „Inhalt des Angebots“, „Auslastung“ und „Besonders wichtig“ eingeteilt. In dieser Kategorie werden die verschiedenen Angebote vorgestellt und genauer beschrieben. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die aktuelle Situation.

Tabelle 5: Übersicht Angebote

Angebot (A)	Inhalt des Angebots (A1)	Auslastung (A2)	Besonders wichtig (A3)
Frauenklinik Unispital Basel	Verlängertes Wochenbett Hilft bei der Suche nach Anschlusslösungen	Pro Woche eine betroffene Frau	Rasche Aufnahme
Mutter-Kind-Haus Heime auf Berg, Basel	12 Betten Unterstützung und Aufbau der Erziehungsfähigkeit der Mütter	Keine Angabe	Keine Angabe
ZASS Psychiatrische Uniklinik, Basel	Kein stationäres Angebot. Ambulante Therapie	3 – 4 neue Patientinnen pro Woche	Rasche Aufnahme
KIS Psychiatrische Poliklinik, Basel	1 Bett Kind darf nicht älter als 1 Jahr sein. Kind darf erst 24 Std. nach der Mutter aufgenommen werden. Keine spezifische Mutter-Kind-Therapie	Ca. 7 Frauen pro Jahr Durchschnittliche Aufenthaltsdauer: 3 Wochen	Bindungsqualität prüfen und fördern
Klinik Sonnenhalde Riehen	2 Betten Kind darf nicht älter als 1 Jahr sein. Keine spezifische Mutter-Kind-Therapie	Ca. 10 Frauen pro Jahr Durchschnittliche Aufenthaltsdauer: 7 Wochen	Bindung von Mutter und Kind stärken Sicherheit für Mütter und ihre Kinder
Mutter-Kind-Haus Ita Wegman Stiftung, Gempfen	4 Betten Entlastung und Unterstützung im Alltag mit Säugling. Antroposophischer Behandlungsansatz	30 Frauen pro Jahr	Niedrige Schwelle Unkomplizierte Aufnahme

7.3 Patientengruppe (B)

Die Kategorie „Patientengruppe“ wurde in drei Unterkategorien eingeteilt: „Wer kommt?“ (B1), „Wer kommt nicht?“ (B2) und „Warum kommen sie nicht?“ (B3). Hier wird die Patientengruppe genauer beschrieben und eingegrenzt. Bei den Kategorien B1 und B2 werden nur die Antworten von E5 und E6 berücksichtigt, da nur diese beiden Institutionen das „eigentliche Angebot“ führen.

7.3.1 Wer kommt? (B1)

Beide Interviewpartner geben an, dass vorwiegend Patientinnen mit affektiven Erkrankungen, vor allem mit postpartalen Depressionen, behandelt werden.

KIS: „Also, Indikation sind sicher postpartale Depressionen, zum einen Erschöpfungssyndrome oder depressive Syndrome im Rahmen einer vorbestehenden entweder affektiven oder bipolar-affektiven Störung zum anderen, Angststörungen. Schwieriger wird es bei psychotischen Erkrankungen.“

Klinik Sonnenhalde: „Es kommen Mütter, die das erste Kind haben, die einfach überfordert sind. Wir haben auch Mütter, die das dritte oder vierte Kind haben, welche irgendwie depressiv werden. Was auch häufig ist, dass es beziehungs­mässig oft schwierig ist, dass es da nicht so stabile Verhältnisse gibt in der Partnerschaft.“

Aus der Aussage des Teamleiters Pflege der Klinik Sonnenhalde kann entnommen werden, dass die Erkrankung nicht zwingend beim ersten Kind auftreten muss.

7.3.2 Wer kommt nicht? (B2)

Hier wird die Patientengruppe beschrieben, die entweder nicht ins Behandlungskonzept passt oder sich gar nicht erst bei den Institutionen meldet.

Klinik Sonnenhalde: „Wer nicht kommt? Wenn die Mütter merken, dass es nicht dem entspricht, was sie erwartet habe, zum Beispiel, dass sie das Kind – wann immer sie wollen – abgeben können, also quasi Ferien machen. Diese Frauen kommen nicht, weil sie merken, dass das nicht geht.“

Oder natürlich, wenn das Kind schon laufen kann oder es grad mit Laufen anfängt, also grenzwertig ist. So können wir die Verantwortung nicht mehr übernehmen, das ist eine Frage der Sicherheit. Frauen, die Angst haben vor anderen und ihr Kind nicht abgeben können.“

KIS: „Unmöglich sind eigentlich schwer psychotische oder schwer manische Erkrankungen, das sprengt unser Angebot und auch den Schutzraum, die Betreuungsmöglichkeiten, die wir hier haben. In dem Fall ist ja auch die Betreuung des Kindes durch die Mutter nicht möglich, und das ist auch ein Kriterium für die Aufnahme des Kindes mit der Mutter zusammen, dass sich die Mutter relativ umfänglich um das Kind selbst kümmern muss.“

7.3.3 Warum kommen sie nicht? (B3)

Die Interviewpartner beschreiben zum einen das Stigma, das bei den postpartalen psychischen Erkrankungen noch immer besteht und zum anderen sowohl die hohe Hemmschwelle als auch den enormen Leidensdruck, bis etwas unternommen wird. Gefühle wie Scham und Angst vor dem Versagen, sowie zu wenige Informationen werden zudem als Hinderungsgründe genannt.

Klinik Sonnenhalde: „Es braucht ja auch Mut. Es ist ja eine spezielle Situation. Eine Mutter mit ihrem Kind, und die Mutter hat ein psychisches Problem. Die Hemmschwelle ist halt auch noch da, [...] der Leidensdruck muss halt schon sehr hoch sein. [...] Ich denke, es gibt ganz viele, die nicht kommen, die es aber ganz sicher brauchen könnten.“

KIS: „Zum einen am Stigma, das hier noch besteht, an den hohen Erwartungen und am hohen Druck, dem junge Mütter unterliegen: gute, perfekte Mütter zu sein. Gefühle von Versagen und Scham spielen sicher eine Rolle, sicher auch dass nicht ausreichend informiert wird. Häufig sicher auch, dass es zu wenig infrastrukturelle Angebote gibt.“

Ita-Wegman: „Scham, Scham - ich muss das doch selber können. [...] Dass die Frauen nicht den Mut haben, sich zu melden, und auch die

Paarkonflikte. [...] Es gibt durchaus gebildete Frauen, die noch nie von postpartalen Depressionen gehört haben.“

ZASS: „Ein Grossteil liegt daran, dass die Frauen sich zum Teil schämen, auch gegenüber dem Stigma der Psychiatrie auf der anderen Seite, vielleicht auch gegenüber ihren eigenen Schuldgefühlen, die ganz häufig Symptome für eine Depression sind.“

7.4 Vernetzung (C)

In diesem Kapitel wird die Vernetzung unter den Interviewpartnern betrachtet sowie ein Blick auf die Zuweisungen und die Zusammenarbeit unter den Institutionen geworfen. Dieses Kapitel ist in zwei Unterkapitel eingeteilt: „Zuweisende“ (C1) sowie „Zusammenarbeit“ (C2).

7.4.1 Zuweisende (C1)

Drei Interviewpartner geben an, dass die Zuweisung über die Frauenklinik des Universitätsspitals Basel abläuft. Eine Person beschreibt, dass manchmal schon vor der Geburt durch die Frauenklinik Kontakt aufgenommen wird, dass Mütter konsiliarisch gesehen werden.

Klinik Sonnenhalde: „Ich habe gerade gestern einen Anruf aus der Frauenklinik des Universitätsspitals Basel erhalten, mit der Frage nach einem stationären Platz für eine Mutter mit ihrem zwei Wochen alten Säugling.“

Es gab zudem drei weitere Nennungen für die Anmeldung über den Psychiater oder Psychotherapeuten und die Anmeldung der Frauen selbst.

KIS: „Da gibt es Psychiater, wenn es schon vorbestehende psychiatrische Erkrankungen gibt [...] oder sie kommen selbst.“

ZASS: „Frauen, die sich selbst melden, weil sie Flyer gesehen haben.“

Hebammen, Mütter- und Väterberatungsstellen sowie Hausärzte wurden im Weiteren ebenfalls genannt.

7.4.2 Zusammenarbeit (C2)

Bei der Frage nach der Zusammenarbeit und weiteren bekannten Institutionen in der Region Nordwestschweiz wurden von vier Interviewpartnern die Zusammenarbeit mit der Mütter- und Väterberatung genannt sowie die Kontakte zu Hebammen, Gynäkologen, Kinderärzten und dem Kinderspital. Je drei Personen nannten die Kriseninterventionsstation (KIS) und die Klinik Sonnenhalde.

KIS: „Wir binden die Mütter an die Mütter- und Väterberatung an, wir arbeiten mit Hebammen zusammen, mit Gynäkologen und Kinderärzten.“

Klinik Sonnenhalde: „Wir sind eigentlich wenig vernetzt, also nur so das, was die Mütter mitbringen. Manchmal noch mit der Mütterberatung im Ort.“

Ita Wegman: „Ich kenne die Sonnenhalde in Riehen, da hatten wir auch schon Leute. Ich kenne das KIS, aber da hat es grosse Einschränkungen.“

Frauenklinik: „Eigentlich mit allen schon erwähnten, KIS, Ita Wegman Klinik, UKBBB, wir haben auch schon Frauen an die Sonnenhalde überwiesen.“

7.5 Vision (D)

Unter „Vision“ werden die Aussagen der Experten bezüglich der Wünsche und Erwartungen an eine „ideale“ Mutter-Kind-Hospitalisation in der Psychiatrie dargestellt. Zudem wird die Frage nach Hilfsmitteln für Fachleute, die mit betroffenen Frauen in Kontakt kommen, geklärt.

7.5.1 Idealbild (D1)

Das Idealbild der Mutter-Kind-Hospitalisation in der Psychiatrie wurde von allen Experten ähnlich geschildert. Eine Person beschreibt, dass sie das Konzept der Mutter-Kind-Hospitalisation als sehr wichtig erachte, dass die Kooperation zwischen Erwachsenen- und Kinderpsychiatern gut funktionieren muss. Genannt wurde auch der Wunsch nach fachgerechter Behandlung der Mutter, ohne jedoch den Fokus auf

die Mutter-Kind-Behandlung zu verlieren. Alle Befragten geben an, dass die Atmosphäre sehr wichtig ist, damit sich die Mütter mit ihren Kindern wohlfühlen können.

Frauenklinik: „Ein intimer und familiärer Rahmen, eine ideale Atmosphäre.“

KIS: „Vielleicht eine gewisse Atmosphäre, welche über so ein karges Spitalzimmer hinausgeht.“

Drei Personen erwähnten eine niedrige Schwelle mit raschen Aufnahmemöglichkeiten. Ein Angebot, bei welchem die betroffenen Frauen wissen, dass es etwas gibt, wo man einfach hinkommen kann, ohne Konsequenzen dafür tragen zu müssen. Das Miteinbeziehen der ganzen Familie sowie die Gruppentherapie wurde von vier Personen erwähnt.

ZASS: „[...] zur Unterstützung der Mutter-Kind-Interaktion braucht es auch ein Familienintegratives-Angebot [...] vielleicht auch ein Gruppenangebot und eine Vatersprechstunde.“

Frauenklinik: „Es müsste ja auch ein Austausch unter der Familie geschützt und gefördert werden. Grundsätzlich sind ja auch Gruppenangebote gut.“

Ein weiterer Aspekt, der von drei Personen genannt wurde, ist die Förderung und Unterstützung der Mutter-Kind-Interaktion.

ZASS: „Das heisst, die Vorteile einer Depressionsabteilung zu kombinieren mit zusätzlicher kinderpsychiatrischer Unterstützung und zur Förderung der Mutter-Kind-Interaktion.“

7.5.2 Hilfestellung für Fachleute (D2)

Alle Interviewpartner gaben Auskunft, dass es notwendig sei, etwas für Fachleute bereitzustellen. Vier Personen nannten als Bedürfnis detaillierte Empfehlungen sowie eine Zusammenstellung aller Angebote. Zwei Personen erachten eine Checkliste als sinnvoll. Eine Person machte keine Angabe, da sie sich zu wenig vernetzt fühlte, um Auskunft zu geben.

Klinik Sonnenhalde: „Eine Checkliste, also zuerst auf die Depression ansprechen und dann eine Checkliste durchgehen, damit man sofort intervenieren kann, das kann bald gefährlich werden, auch für das Kind.“

Ita Wegman: „Oft kommen Frauen mit einer Depression und waren einen Tag zuvor beim Gynäkologen und der hat nichts bemerkt. Das ist einfach schwierig, es sollte besser informiert werden.“

8 Darstellung der Ergebnisse der quantitativen Befragung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der schriftlichen Befragung der zuweisenden Fachgruppen der Gynäkologen, Hebammen, Hausärzten sowie Mütter- und Väterberaterinnen zur Situations- und Bedarfs-evaluation bezüglich der Angebote und Nachfrage sowie der Vernetzung der Mutter-Kind-Hospitalisation in der Region Nordwestschweiz dargestellt. Aus Platzgründen werden nicht alle Resultate im laufenden Text mittels Tabellen und Grafiken dargestellt.

Die Reihenfolge der Ergebnisse richtet sich nach dem Aufbau des Fragebogens. Die Fragen wurden in drei Unterkapitel aufgeteilt: Nachfrage, Vernetzung sowie themenbezogene Wünsche und Visionen. Die einzelnen Fragen werden gesondert aufgeführt und die Resultate sowohl in Tabellen als auch zum Teil in Diagrammen dargestellt. Für die Auswertung wird die deskriptive Statistik angewendet.

In der Auswertungsdarstellung werden folgende Abkürzungen benutzt:

Tabelle 6: Abkürzungen

HEB	Hebammen
MÜBE	Mütter und Väterberaterinnen
GYN	Gynäkologen
HA	Hausärzte
KIS	Kriseninterventionsstelle, Universitäre psychiatrische Klinik Basel
Ita Wegman	Mutter-Kind-Haus, Ita Wegman Stiftung, Gempen
ZAS	Zentrum für Affektive-, Stress, und Schlafstörungen, Universitäre psychiatrische Klinik Basel
Beratungsstelle EPD	Beratungsstelle des Externen psychiatrischen Dienstes, Psychiatrie Baselland

8.1 Nachfrage

Frage 1: Wie viele Mütter mit Verdacht auf eine postpartale psychische Erkrankung sehen Sie pro Jahr?

Tabelle 7: Frage 1, Anzahl Nennungen pro Berufsgruppe (gesamte Stichprobe, Angaben total Nennungen, keine Mehrfachnennungen möglich)

	HEB n = 40	MÜBE n = 30	GYN n = 39	HA n = 41	Total n = 149
Keine	1	0	2	21	24
1 – 5	30	19	29	19	97
6 – 10	6	7	5	1	19
11 – 20	2	4	2	0	8
21 – 30	0	0	1	0	1
Total	39	30	39	41	149
Keine Angabe	1	0	0	0	1

Wichtige Erkenntnisse:

- Die meisten Nennungen (97 = 65 Prozent) liegen bei 1 bis 5 betroffenen Frauen pro Jahr.
- Falls keine Frau doppelt erscheint und die angegebenen Zahlen pro Jahr hochgerechnet werden, lässt sich ein Total von 591 betroffenen Frauen pro Jahr ableiten.
- Jede Mütter- und Väterberatungsstelle (30) in der untersuchten Region Nordwestschweiz sieht laut Hochrechnung 5,8 betroffene Frauen pro Jahr. Somit ist die Berufsgruppe der Mütter- und Väterberaterinnen diejenige, welche am meisten betroffenen Frauen pro Jahr sieht.
- Hausärzte haben die kleinste Patientinnengruppe.
- Alle regionalen Mütterberatungsstellen haben betroffene Frauen.
- Es fällt auf, dass 16 Prozent (24 Nennungen) aller Befragten keine betroffenen Mütter sehen. Davon sind 21 Nennungen von Hausärzten.

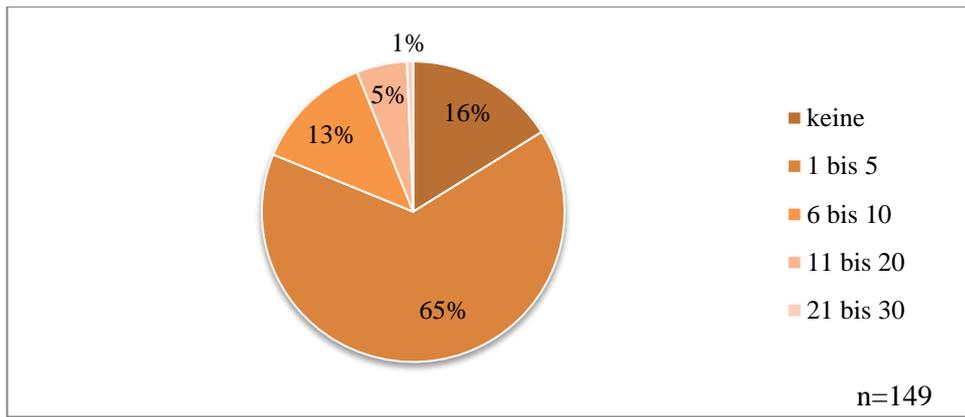


Abbildung 11: Frage 1, betroffene Frauen pro Jahr (gesamte Stichprobe, Angabe in Prozent)

8.2 Vernetzung

Frage 2: An wen verweisen Sie die betroffenen Mütter weiter?

Tabelle 8: Frage 2, Anzahl Nennungen pro Berufsgruppe/Weiterverweisung (gesamte Stichprobe, Angabe Nennungen total, Mehrfachnennungen möglich)

	HEB n = 40	MÜBE n = 30	GYN n = 39	HA n = 41	Total n = 150
Psychiater/Psychologe	21	15	14	11	61
KIS	16	10	7	2	35
Frauenklinik, Basel	13	2	18	1	34
Gynäkologe	9	12	0	3	24
Hausarzt	5	13	3	0	21
Ita Wegman, Gempen	9	2	4	2	17
ZASS, UPK Basel	3	8	4	0	15
Klinik Sonnenhalde	1	1	5	0	7
Beratungsstelle, EPD	0	0	3	4	7
Behandelt selbst	0	0	0	5	5
Psychiatrie Baselland	0	2	2	0	4
Institution	2	1	1	0	4
Spital Bruderholz	0	1	1	0	2
Pfarrer	1	0	0	0	1
Total	80	67	62	28	237
Ohne Angabe	3	2	6	22	33

Frage 3: Welche Institutionen für die Mutter-Kind-Hospitalisation im psychiatrischen/psychotherapeutischen Kontext kennen Sie? (Nordwestschweiz)

Tabelle 9: Frage 3, Anzahl Nennungen/Institutionen (gesamte Stichprobe, Angabe Nennungen total, Mehrfachnennungen möglich)

	HEB n = 40	MÜBE n = 30	GYN n = 39	HA n = 41	Total n = 150
Ita Wegman, Mutter-Kind-Haus, Gempen	40	28	21	6	95
Heim auf Berg, Mutter-Kind-Haus, Basel	13	17	8	3	41
Frauenklinik, Universitätsspital Basel	38	24	36	22	120
Klinik Sonnenhalde AG, Riehen	15	19	24	21	79
ZASS (Zentrum für Affektive-Stress-, und Schlafstörungen), UPK Basel	15	11	6	6	38
KIS (Kriseninterventionsstation, UPK Basel)	34	24	33	26	117
Sonstige	0	3	1	2	6
Total	155	126	129	86	496
Keine Angaben	0	0	0	10	10

Unter den sechs sonstigen Nennungen befinden sich entweder ausserregionale Angebote oder regionale Angebote, die aber keine Mutter-Kind-Hospitalisation im psychiatrischen/psychotherapeutischen Kontext anbieten. Deshalb wird auf die weitere Ausführung verzichtet.

Wichtige Erkenntnisse:

- Alle Hebammen kennen das Mutter-Kind-Haus der Ita Wegman Stiftung.
- Am bekanntesten in der betreffenden Thematik ist die Frauenklinik des Universitätsspitals Basel. Diese hat jedoch kein eigentliches Angebot für die Mutter-Kind-Hospitalisation.
- Im thematischen Zusammenhang kennen je 120 der 150 der Befragten (80 Prozent) die Frauenklinik Basel und die Kriseninterventionsstelle.
- Lediglich 41 der befragten 150 Personen kennen das ZASS, das entspricht rund 27 Prozent.
- Die Klinik Sonnenhalde, die zwei Mutter-Kind-Plätze anbietet, kennen 79 der 150 Befragten (53 Prozent).

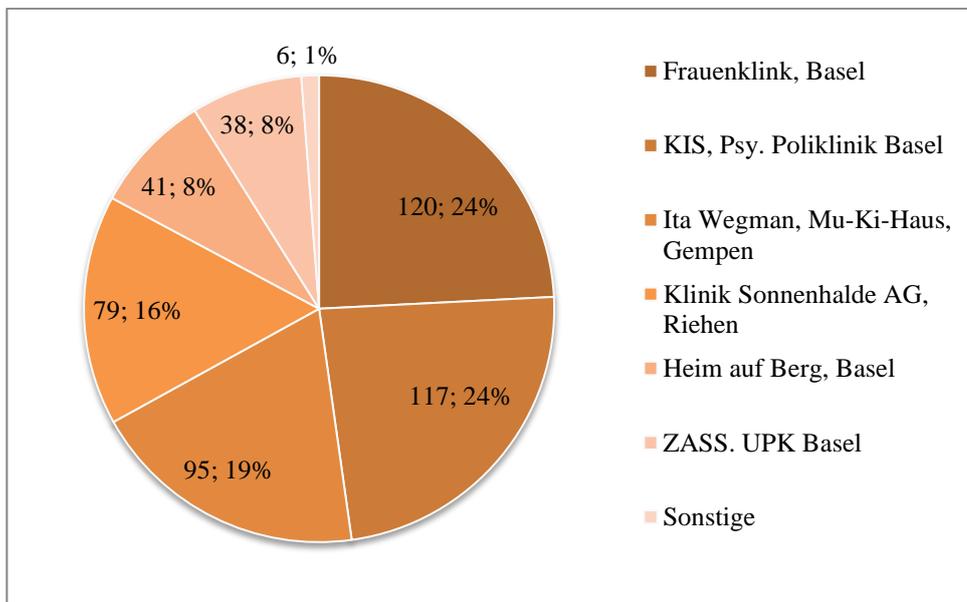


Abbildung 13: Frage 3, Diagramm Institutionen (gesamte Stichprobe, Angabe total Nennungen, Mehrfachnennungen möglich)

8.3 Themenbezogene Wünsche und Visionen

Frage 4: Welche Art eines zusätzlichen, themenbezogenen Angebots wäre wünschenswert?

Tabelle 10: Frage 4, Wünsche und Visionen (gesamte Stichprobe, Angabe Nennungen total, Mehrfachnennungen möglich)

	HEB n = 40	MÜBE n = 30	GYN n = 39	HA n = 41	Total n = 150
Weiterbildung zum Thema	10	18	13	10	51
Vernetzung	28	21	14	11	74
Kompetente Ansprechpartner	24	18	27	19	88
Sonstiges	14	7	7	6	34
Total	76	64	61	46	247
Keine Angaben	2	3	4	15	24

Unter den sonstigen Nennungen (34) wurden einerseits die erweiterte Hospitalisation (Mutter und mehrere Kinder) und mehr Mutter-Kind-Plätze gewünscht (sieben Nennungen) sowie Soforthilfe (keine Wartezeiten, keine Weiterverweisungen, Mithilfe bei der Lösungssuche) neuen Nennungen und mehr brauchbares Informationsmaterial zum Thema (zehn Nennungen) genannt. Drei Mal wurde eine Hotline/Fachstelle gewünscht, die die Triage und die Koordination der freien Plätze verwaltet. Fünf Personen wünschen sich eine konkrete Weiterbildung zum Beispiel zum Thema EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale).

Wichtige Erkenntnisse:

- 126 der 150 Befragten haben einen themenbezogenen Wunsch. Das entspricht 84 Prozent.
- 28 der 40 befragten Hebammen (70 Prozent) wünschen sich eine bessere Vernetzung.
- Ebenfalls 70 Prozent der Mütter- und Väterberaterinnen wünschen sich als Erstes eine bessere Vernetzung.

- Den Gynäkologen und Hausärzten scheint ein kompetenter Ansprechpartner am wichtigsten (58 Prozent).
- Alle Berufsgruppen äusserten den Wunsch nach einem kompetenten Ansprechpartner. Die 88 Nennungen entsprechen rund 59 Prozent.

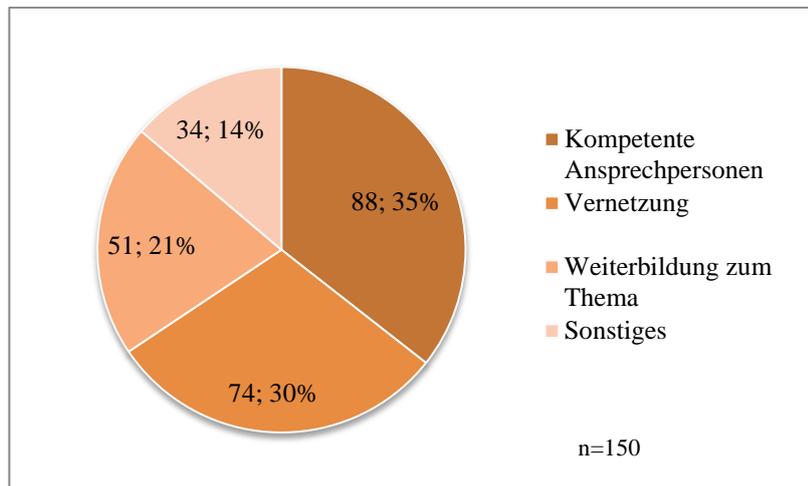


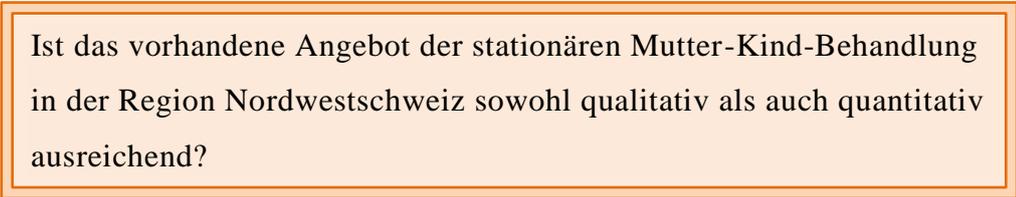
Abbildung 14: Frage 4, Wünsche und Visionen (gesamte Stichprobe, Angabe Nennungen total, Mehrfachnennungen möglich)

C. Diskussionsteil

9 Diskussion

Die vorliegende Arbeit wurde als qualitative Untersuchung angelegt, wobei die Darstellung eines quantitativen Teiles für die regionale Situations- und Bedarfsanalyse, hinzukommt. Ziel war es, praxisrelevante Hinweise für die bedarfsgerechte Optimierung des stationären Mutter-Kind-Angebots in der Region Nordwestschweiz zu erarbeiten sowie die Frage der themenbezogenen Vernetzung unter Zuweisenden und Anbietenden abzuklären. Es wurden halb strukturierte Interviews mit sechs Experten zur aktuellen regionalen Situation geführt. Weiter wurden 150 Zuweisende mittels Fragebogen zur aktuellen Situation, der Vernetzung und dem Bedarf befragt. Die Interviews wurden transkribiert und mit einer strukturierenden Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Fragebogen wurden mit Hilfe von Excel ausgewertet und die Ergebnisse in Tabellen, Diagrammen und in Textform präsentiert.

9.1 Beantwortung der Fragestellungen



Ist das vorhandene Angebot der stationären Mutter-Kind-Behandlung in der Region Nordwestschweiz sowohl qualitativ als auch quantitativ ausreichend?

Abbildung 15: Fragestellung 1

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die drei vorhandenen stationären Behandlungsplätze für Mütter mit ihren Babys im psychiatrischen/psychotherapeutischen Kontext in der Region Nordwestschweiz laut der Studie von Fricke et al. (2006) nicht ausreichen. Es bräuchte mindestens vier bis acht stationäre Behandlungsplätze.

Der zweite Aspekt dieser Frage nach dem qualitativen Inhalt des stationären Mutter-Kind-Angebots im psychiatrischen/psychotherapeutischen Kontext in der Region Nordwestschweiz zeigt ebenfalls einen Handlungsbedarf auf. Hierzu werden im Kapitel 9.4 Vorschläge und Möglichkeiten der Optimierung dargestellt.

Besteht der Bedarf auf Vernetzung der Zuweisenden und den anbietenden Institutionen?

Abbildung 16: Fragestellung 2

Laut der Ergebnisse der Experteninterviews und der Befragung unter Zuweisenden, lässt sich klar erkennen, dass eine Vernetzung im thematischen Schwerpunkt erwünscht ist. Zudem zeigte es sich, dass die Vernetzung sowohl unter den Institutionen selber, als auch unter den Institutionen und den Zuweisenden verbessert oder sogar erst aufgebaut werden sollte.

9.2 Interpretation der Ergebnisse

In diesem Kapitel wird eine Interpretation und Analyse der in Kapitel 7 und 8 dargelegten Ergebnisse vorgenommen. Damit ein gewisses Mass an Übersichtlichkeit gewährleistet ist, wird dieses Kapitel in 5 Unterkapitel unterteilt.

9.2.1 Angebot quantitative Betrachtung

Bereits mit der Suche nach stationären Mutter-Kind-Behandlungsplätzen im psychiatrischen/psychotherapeutischen Kontext fiel auf, dass einige Vertreter der angefragten Institutionen und Kliniken keine genauen Kenntnisse zum vorhandenen Angebot hatten. Bei den sechs interviewten Experten, die telefonisch zugesichert hatten, ein Angebot für Mutter und Kind im psychiatrischen/psychotherapeutischen Kontext zu haben, stellte sich heraus, dass in der Realität lediglich zwei von den genannten sechs Institutionen stationäre Mutter-Kind-Plätze mit vollumfänglicher psychiatrischer/psychotherapeutischer Betreuung und Behandlung anbieten. Das bedeutet, dass für die Region Nordwestschweiz zurzeit drei stationäre Mutter-Kind-Behandlungsplätze in der Psychiatrie zur Verfügung stehen. Einen Behandlungsplatz bietet die KIS (Kriseninterventionsstation der psychiatrischen Poliklinik Basel) und zwei weitere Plätze sind in der Klinik Sonnenhalde AG in Riehen vorhanden. Zum eigentli-

chen Angebot zählen für diese Studie nur die Behandlungsplätze, deren Therapieangebot eine psychiatrische Betreuung und/oder psychotherapeutische Behandlung umfasst. Die weiteren vier Interviewten berichteten über angrenzende Angebote. Das ZASS (Zentrum für Affektive-, Stress- und Schlafstörungen der Psychiatrischen Uniklinik Basel) bietet eine ambulante Sprechstunde und Gruppentherapie für betroffenen Mütter an. Die Frauenklinik des Universitätsspitals Basel verfügt bei Bedarf über ein verlängertes Wochenbett und hilft bei der Suche nach Anschlusslösungen. Das Mutter-Kind-Haus der Heime auf Berg AG, kümmert sich vorwiegend um die Abklärung der Erziehungsfähigkeit von Müttern. Das Mutter-Kind-Haus der Ita Wegman Stiftung zählt ebenfalls zu den angrenzenden Angeboten, da die psychiatrische/psychotherapeutische Komponente fehlt. Es wird deutlich, dass schon die Formulierung „Behandlungsangebot für Mutter und Kind im psychiatrischen/psychotherapeutischen Kontext“ einen grossen Interpretationsspielraum offen lässt. Dies möglicherweise zum einen, weil die Begriffe "psychiatrisch" und "psychotherapeutisch" sehr unterschiedlich definiert werden und jeder Befragte etwas anderes darunter versteht, zum anderen wurde vielleicht in erster Linie „das Behandlungsangebot von Mutter und Kind“ verstanden und nicht auf den weiteren Kontext der Fragestellung geachtet. Die vier angrenzenden Angebote, die im engeren theoretischen Sinn nicht zum eigentlichen stationären psychiatrischen/psychotherapeutischen Angebot gehören, sind dennoch unverzichtbar wichtige Angebote für betroffene Mütter und tragen einen wichtigen Beitrag für die Versorgung in der Region Nordwestschweiz bei. Es darf angenommen werden, dass es aus Sicht der betroffenen Mütter, primär wichtig ist, überhaupt eine Anlaufstelle zu haben.

Ausgehend von Erfahrungen, die in England gemacht wurden, entstand 1997 eine Hochrechnung für Deutschland, wonach ein Bedarf von 750 stationären Mutter-Kind-Behandlungsplätzen für die gesamte Bundesrepublik errechnet wurde (Lanczik et al., 1997). Dieser Bedarf ist laut einer Erhebung von Turmes et al. (2007) nur zu 21 Prozent gedeckt. Andere Bedarfsanalysen empfehlen im Vergleich für Deutschland ein stationäres Angebot von Mutter-Kind-Behandlungsplätzen mit vier bis sechs Betten für ein Einzugsgebiet von einer Million Einwohnern (Fricke et al., 2006). Das heisst übertragen auf die Schweiz, bei einer Einwohnerzahl von 8 000 000 Menschen ein Bedarf für 32 bis 48 stationäre Mutter-Kind-Behandlungsplätze besteht. Laut Bundesamt für Statistik leben in der Region Nordwestschweiz rund 1 075 000 Ein-

wohner. Somit sind laut der Studie von Fricke et al. (2006) die 3 Betten für diese Region nicht ausreichend, es besteht ein errechneter Bedarf von 4 bis 8 Betten.

9.2.2 Angebot qualitative Betrachtung

Laut Hornstein und Trautmann (2010) soll die Psychotherapie der postpartalen psychischen Erkrankungen, Bezug auf den bestimmten Lebensabschnitt nehmen, welcher durch die Geburt des Babys und die damit verbundenen psychischen, biologischen und sozialen Umstellungen gekennzeichnet ist. Es werden unter dem Gesichtspunkt des biopsychosozialen Krankheitsmodells vier verschiedene therapeutische Schwerpunkte relevant:

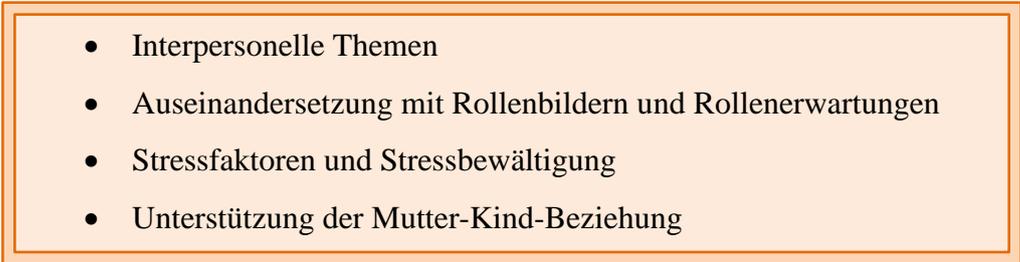
- 
- Interpersonelle Themen
 - Auseinandersetzung mit Rollenbildern und Rollenerwartungen
 - Stressfaktoren und Stressbewältigung
 - Unterstützung der Mutter-Kind-Beziehung

Abbildung 17: Therapeutische Schwerpunkte (nach Hornstein & Trautmann, 2010)

Daraus abgeleitet entwickelten Hornstein und Trautmann (2010) ein interaktionales Therapieprogramm, das für Frauen konzipiert wurde, die im Zeitraum der Schwangerschaft und/oder der Geburt psychisch erkrankten. Die Mutterschaft soll im Zentrum dieses Therapieprogrammes stehen. Durch die Förderung von Ressourcen und die Vermittlung von Verhaltensstrategien sollen die betroffenen Frauen die Mutterschaft wieder positiver erleben können. Das Therapieprogramm weist zwei Schwerpunkte auf: einerseits die Auseinandersetzung mit den Anforderungen, Rollenbildern und Stressoren in der Mutterschaft, andererseits die Unterstützung der Mutter-Kind-Beziehung.

Auf die beiden regional vorhandenen Angebote blickend lässt sich sagen, dass zwar beide Anbieter, die Klinik Sonnenhalde und die Kriseninterventionsstation (KIS) ein gutes psychiatrisches/psychotherapeutisches Grundangebot aufweisen, jedoch beide keine spezifische Mutter-Kind-Therapie anbieten.

Hornstein und Trautmann (2010) gehen noch weiter und beschreiben, dass Störungen der Mutter-Kind-Interaktion als Transmissionsweg für spätere Entwicklungsdefizite der Kinder verantwortlich sein können. Um die Nachhaltigkeit der Behandlung von postpartal erkrankten Frauen und ihren Babys zu erhöhen, ist eine interaktionsfördernde Intervention in der Therapie zu integrieren. Die beschriebenen Rahmenbedingungen decken sich mit der Aussage von Forman et al. (2007). Dieser verdeutlicht, dass eine alleinige Behandlung der mütterlichen depressiven Symptomatik ohne eine spezifische Mutter-Kind-Therapie, keine positive Auswirkung auf die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung hat. Ein weiterer Indikator für die dringende Behandlung von postpartal depressiven Müttern zeigt sich im Rahmen der Mannheimer Risikokinder-Studie. Laucht et al. (2002) haben nachgewiesen, dass sich Kinder von postpartal depressiven Frauen deutlich ungünstiger entwickeln als Kinder postpartal unauffälliger Mütter.

9.2.3 Auslastung und Klientel

Die Leitende Ärztin der Kriseninterventionsstation der psychiatrischen Poliklinik Basel gibt an, dass sie sechs bis acht Frauen pro Jahr betreut. Die Klinik Sonnenhalde AG nimmt zehn betroffene Frauen pro Jahr auf. Geht man laut Riecher-Rössler (2005) von einer Prävalenz von zehn bis 15 Prozent, bei postpartalen Depressionen aus, so ergibt sich bei 5 300 Geburten für die Region Nordwestschweiz (2011) eine Zahl von rund 530 bis 795 betroffenen Frauen pro Jahr. Diese Zahl umfasst alle behandlungsbedürftigen postpartalen Depressionen. Sicherlich müssen nicht alle betroffenen Frauen stationär behandelt werden, leichtere Depressionen lassen sich gut ambulant behandeln. Wenn aber das Risiko eines Suizids besteht, ist eine stationäre Aufnahme meist unumgänglich (Riecher-Rössler, 2012). Es bleibt jedoch die Frage, was mit den Frauen und ihren Babys geschieht, welche nicht stationär behandelt werden? Wenn schon die ausgesuchten Experten die einzelnen Angebote nur wenig oder gar nicht kennen – an wen wenden sich dann die Frauen? Und werden sie dort, wo sie sich hinwenden, auch ausreichend betreut oder gleich weiterverwiesen? Auf diese Fragen wird in Kapitel 9.2.4 weiter eingegangen.

Die drei Behandlungsplätze in der untersuchten Region haben klare Vorgaben. So dürfen die Babys der Frauen nicht älter als ein Jahr alt sein. Diese Vorgabe ergibt

sich aus Gründen der Sicherheit und des betreuenden Mehraufwands. Die meisten Babys werden um ihren ersten Geburtstag herum zunehmend mobiler. Sie beginnen mit dem Laufen. Diese Tatsache erfordert grössere Vorsichtsmassnahmen, wie zum Beispiel Treppengitter und Umzäunungen im Gartenbereich, sowie mehr und intensivere Betreuungsleistungen der Pflegenden. Eine weitere Vorgabe für die Frauen, die einen stationären Aufenthalt mit Baby in Erwägung ziehen, ist die alleinige Sorge ums Kind. Die Babys können nur zu Therapiezeiten dem Pflgeteam auf der Station anvertraut werden. Ebenso müssen die Frauen die Betreuung in der Nacht allein bewältigen. Diese beiden Vorgaben sind sehr limitierend, zum einen scheiden betroffene Frauen mit älteren Kindern oder Geschwisterkindern, die nur durch die Mutter betreut werden sofort aus, zum anderen stellt die Betreuung der Säuglinge schon für gesunde Mütter eine hohe Anforderung dar. Oft sind postpartale Erkrankungen an einen Schlafmangel und Erschöpfungszustände gekoppelt, weshalb die Erholungszeit für betroffene Mütter umso wichtiger wäre.

Auf die Frage der Auslastung zurückkommend lässt sich in Bezug auf die Klinik Sonnenhalde AG in Riehen sagen, dass in den letzten Jahren keine Frau, die beiden Voraussetzungen für die stationäre Aufnahme erfüllte, abgewiesen werden musste. Somit ergibt sich die Vermutung, dass bei den rund 650 betroffenen Frauen (pro Jahr) für die untersuchte Region 17 einen stationären Aufenthalt machen. Davon waren sieben in der Kriseninterventionsstation der psychiatrischen Poliklinik hospitalisiert und weitere zehn in der Klinik Sonnenhalde AG in Riehen. Das bedeutet, dass gerade einmal 2,6 Prozent der betroffenen Frauen im stationären Setting wiederzufinden sind. Die Mehrheit lässt sich noch weiter aufteilen. Sicherlich benötigen alle eine ambulante psychiatrische/psychotherapeutische Therapie. Die Frage stellt sich nun, warum sich lediglich 2,6 Prozent im stationären Setting psychiatrischen/psychotherapeutisch betreuen lassen. Eine Möglichkeit könnte sein, dass die beiden Voraussetzungen der Institutionen nicht erfüllt werden, also die Kinder älter als ein Jahr sind oder die Mütter die volle Betreuung nicht allein übernehmen können. Ein weiterer Grund für das Nichterscheinen im stationären Umfeld könnte auch an der hohen Stigmatisierung der Erkrankung liegen, wie es die Interviewpartner beschrieben haben. Die Leitende Ärztin der Kriseninterventionsstation beschreibt

dies so: „Zum einen am Stigma, das hier noch besteht, an den hohen Erwartungen und am hohen Druck, welchem junge Mütter unterliegen.“

Der Druck besteht darin, eine perfekte Mutter sein zu wollen, es allein zu schaffen, ohne fremde Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen. Oft schämen sich die betroffenen Frauen und haben das Gefühl, versagt zu haben. Ein weiterer Grund zeichnet sich beim Blick auf die Evaluation unter den Zuweisenden ab. Die hohe Weiterverweisungsrates macht hier deutlich, dass die Frauen auf jeden Fall einmal weiterverwiesen werden, zum Teil sogar zwei oder noch mehrere Male. Zudem werden Frauen an Stellen weiterverwiesen, die selber keine Abklärungen und Therapieangebote im eigentlichen Sinn anbieten, wie zum Beispiel die Frauenklinik des Universitätsspitals Basel oder ihren behandelnden Gynäkologen. Aus Sicht der betroffenen Frauen ergibt sich ein längerer Weg mit verschiedenen Umwegen. Geht man davon aus, dass diese Frauen nicht nur unter ihrer eigentlichen Symptomatik, der postpartalen Depression leiden, sondern sie auch noch von Scham und Schuldgefühlen belastet werden, kann angenommen werden, dass viele der Frauen diese Weiterverweisungen entweder abbrechen oder sich nur teilweise fachgerecht behandeln lassen.

9.2.4 Vernetzung

Bei den Experteninterviews hat sich gezeigt, dass eine Vernetzung untereinander kaum stattfindet. Viele der Interviewpartner kennen das stationäre Angebot der Region Nordwestschweiz nicht oder nur zum Teil. Weiter fiel auf, dass die Experten sonstige stationäre Angebote bei anderen Institutionen vermuteten, welche jedoch in Wirklichkeit nicht vorhanden sind. Die Experten äusserten ihren Wunsch nach mehr Vernetzung und waren sehr daran interessiert, weitere Informationen zum Thema, sowie die Ergebnisse dieser Arbeit zu erhalten. Sie sprachen die Vernetzung als Schwachpunkt an und verwiesen auf die laufende Aufklärungskampagne des Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt zur Erfassung und Screening der Depression in der Schwangerschaft und Stillzeit. Es ergab sich aus den Interviews das Gefühl, dass sich niemand wirklich zuständig fühlt und dass man erwartet, dass die anderen Institutionen dies schon abdecken beziehungsweise dafür verantwortlich sind.

Aus den Fragebogen der Zuweisenden wurde ersichtlich, dass sie die betroffenen Frauen zwar erkennen – eine zielgenaue Weiterverweisung jedoch schwierig erscheint. Viele der Frauen (26 Prozent) werden direkt an einen Psychologen oder Psychiater verwiesen, weitere 15 Prozent direkt an die Kriseninterventionsstation der universitären psychiatrischen Poliklinik Basel. 14 Prozent der Frauen werden entweder an die Sonnenhalde AG in Riehen, an das Zentrum für Affektive-, Stress- und Schlafstörungen der Universitären Psychiatrischen Klinik Basel oder eine Beratungsstelle der Externen psychiatrischen Dienste Baselland verwiesen. Die restlichen betroffenen Frauen (45 Prozent) werden an Stellen oder Institutionen verwiesen, die weder ein ambulantes noch ein stationäres Angebot für postpartal psychisch erkrankte Frauen haben. Diese 45 Prozent entsprechen circa 248 betroffenen Frauen für die untersuchte Region, die mehr als einmal weiterverwiesen wurden.

Weiter gaben 74 der befragten 150 Zuweisenden an, dass sie sich eine bessere oder überhaupt eine Vernetzung bei der untersuchten Thematik wünschen. Hier zeichnet sich ein klares Bedürfnis ab, das für die möglichst rasche und fachgerechte Beratung und Behandlung (Triagierung) von betroffenen Frauen absolut wichtig erscheint.

9.2.5 Vision und Ausblick

Das Idealbild der Mutter-Kind-Hospitalisation im psychiatrischen/psychotherapeutischen Kontext wurde von allen Experten ähnlich beschrieben. Es wird grosser Wert auf die Atmosphäre und das Behandlungskonzept gelegt. Weiter erscheint den Experten die möglichst rasche Aufnahme der betroffenen Frauen wichtig zu sein und die niedrige Schwelle dazu. Ein besonderer Fokus sollte nach Aussage der Experten zudem auf der Förderung und Unterstützung der Mutter-Kind-Interaktion liegen – dies in Zusammenarbeit mit Kinderpsychiatern und Kinderpsychologen. Der Oberarzt des Zentrums für Affektive-, Stress- und Schlafstörungen (ZASS) beschreibt dies wie folgt: „Das heisst die Vorteile einer Depressionsabteilung zu kombinieren mit zusätzlicher kinderpsychiatrischer Unterstützung zur Förderung der Mutter-Kind-Interaktion.“

Die meisten Experten betonten, dass es unbedingt notwendig sei, Informationsmaterial oder eine Checkliste für Fachleute und mögliche Zuweisende bereitzustellen. Vielleicht ist dies durch die Aufklärungskampagne der Gesundheitsförderung Basel-

Stadt bereits passiert, die ungefähr zur gleichen Zeit, zu der diese Arbeit erstellt wurde, Informationsmaterial an Fachstellen verteilt hat.

Die Evaluation unter den Zuweisenden ergab vor allem den Wunsch nach kompetenten Ansprechpartnern (59 Prozent) und der themenbezogenen Vernetzung (50 Prozent). Weiter wünschte sich ein Drittel der befragten Zuweisenden eine Weiterbildung zum Thema und 23 Prozent gaben einen sonstigen Wunsch an. Die sonstigen Nennungen setzten sich wie folgt zusammen:

- Erweiterte Hospitalisation: Aufnahme der Mutter mit mehreren Kindern, oder älteren Kindern (zehn Nennungen)
- Mehr Mutter-Kind-Behandlungsplätze (Sieben Nennungen)
- Soforthilfe: keine Wartezeiten, keine Weiterverweisungen (neuen Nennungen)
- Gutes und brauchbares Infomaterial (zehn Nennungen)
- Hotline oder Fachstelle (drei Nennungen)

Abbildung 18: Angaben zu Frage 4/ Fragebogen

9.3 Methodenkritik

Zur Vervollständigung des Blicks auf die beschriebene Fragestellung und zur weiteren Gewinnung von relevanten Informationen wäre es wichtig, die Perspektive der betroffenen Frauen miteinzubeziehen. Die Arbeit zeigt sich ohne diese Sichtweise lediglich aus der Perspektive von Experten und Zuweisenden. Ein weiterer kritischer Aspekt ist die Auswahl der Expertengruppe für den qualitativen Teil dieser Arbeit, die zudem ein kleineres Gewicht erhält als der quantitative Teil. Es hätte im Vorfeld genauer abgeklärt werden müssen, was das genaue Angebot der jeweiligen Institution beinhaltet und ob ein eigentliches stationäres Angebot im psychiatrischen/psychotherapeutischen Sinn überhaupt vorliegt. Ein weiterer Kritikpunkt ist, die unvollständige Darstellung der „angrenzenden Angebote“. Hier wäre es wichtig, weitere Angebote zu beschreiben, die sich ebenfalls um betroffene Frauen kümmern, ohne psychiatrischen/psychotherapeutisch zu arbeiten.

Bei der Umfrage hat sich gezeigt, dass die dritte Frage “Welche Institutionen für die Mutter-Kind-Hospitalisation im psychiatrischen/psychotherapeutischen Kontext kennen Sie? (Nordwestschweiz)“, einige Aspekte offenlässt. Die Befragten fanden alle Institutionen aufgelistet, das heisst, sie konnten lediglich Kreuze setzen. Viel spannender und aussagekräftiger wäre die Frage gewesen, wenn sie offen gestellt worden wäre. Ein weiterer kritischer Punkt bei dieser Umfrage zeigt sich darin, dass die betroffenen Frauen doppelt vorkommen können. Es könnte folglich sein, dass unterschiedliche Zuweisergruppen über ein und dieselbe Frau Auskunft gegeben haben.

9.4 Implikationen für die Praxis

Es hat sich gezeigt, dass die Anzahl stationärer Behandlungsplätze für das Einzugsgebiet der Nordwestschweiz ausgebaut werden sollte. Das heisst, die aktuelle Bettenzahl von drei Behandlungsplätzen müsste mindestens verdoppelt werden. Eine weitere Empfehlung aufgrund der erhobenen Daten ist die Optimierung des bereits bestehenden Angebots. Einerseits sollte die Qualität hinsichtlich der Therapieformen ausgebaut werden, andererseits müsste das Angebot unbedingt erweitert werden. Zur Qualitätssteigerung lässt sich sagen, dass die beiden vorhandenen Konzepte eine gute therapeutische Basis aufweisen, jedoch müsste aus bindungstheoretischer Sicht das Angebot erweitert und spezifiziert werden. Forman et al. (2006) konnten mit einer Studie belegen, dass die alleinige Behandlung der mütterlichen depressiven Symptomatik ohne spezifische Mutter-Kind-Therapie keine positive Auswirkungen auf die Entwicklung der Mutter-Kind Beziehung hat.

Durch die limitierenden Vorgaben der beiden anbietenden Institutionen, der Kriseninterventionsstation der psychiatrischen Poliklinik Basel und der Klinik Sonnenhalde AG in Riehen, können betroffene Frauen, die erst später erkranken oder noch weitere Kinder zu betreuen haben, durch das vorhandene stationäre Behandlungsangebot nicht aufgefangen werden. Hier scheint es wichtig, überhaupt ein Angebot zu schaffen, um diese Patientinnengruppe zu bedienen. Vielleicht wäre es hier sinnvoll, ein ambulantes, tagesklinisches Setting aufzubauen, um anhand der Nachfrage das weitere Vorgehen und den möglichen Ausbau von zusätzlichen stationären Einheiten zu eruieren. Dieses Angebot sollte möglichst niederschwellig sein, da betroffene Frauen

meist an starken Schuld- und Schamgefühlen leiden und der Zugang zu therapeutischer Hilfe, wie die Ergebnisse der Evaluation zeigen, durch etliche Weiterverweisungen gekennzeichnet sind. Dies impliziert eine weitläufige und breit gestreute Informationskampagne, um alle primären Anlaufstellen von betroffenen Frauen und zuweisenden Fachschaften zu erreichen.

Die Erhebung und die Interviews haben gezeigt, dass die Vernetzung sowohl unter den Institutionen als auch unter den primären Anlaufstellen/Zuweisenden und Institutionen kaum vorhanden, aber klar gewünscht ist. Hier empfiehlt es sich, eine Abklärungs- und Vernetzungsplattform zu schaffen, die hinsichtlich Früherkennung und spezifischem Behandlungsangebot postpartaler Erkrankungen sowie der Prävention Informationsmaterial und Beratungen anbietet.

10 Literaturverzeichnis

- Abelovsky, M. (2008). *Psychische Erkrankung und Mutterschaft*. Synapse Forum für die Psychiatrieregion Winterthur 3: 2-3
- Ainsworth, M. & Witting, B. (1969). *Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in strange situation*. In: Foss, B. (Hrsg.) *Determinants of infant behaviour*. Bd. 4. London: Methuen
- Beck, C.T. (1996). *Metaanalysis of predictors of postpartum depression*. Nurs Res; 45: 297-303
- Bloch, M., Schmidt, P.J., Danaceau, M., Murphy, J., Nieman, L., Rubinow, D. R. (2000). *Effects of gonadal steroids in woman with a history of postpartum depression*. Am J Psychiatry 157: 924-930
- Bowlby, J. (1976). *Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind*. München: Kindler
- Bowlby, J. (2005). *Frühe Bindung und kindliche Entwicklung*. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Boyce, P.M. (2003). *Risk factors for postnatal depression*. Archives of Women's Mental Health 6, 43-50
- Buist, A. (1998). *Childhood abuse, parenting and postpartum depression*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 32, 479-487
- Brisch, K.H. & Hellbrügge, T. (Hrsg.) (2007). *Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Bretherton, I. (2002). *Konstrukt des inneren Arbeitsmodells. Bindungsbeziehungen und Bindungsrepräsentationen in der frühen Kindheit und im Vorschulalter*. In Brisch, K.H.: *Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlage, Prävention und klinische Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Brockington, I. (1996). *Motherhood and Mental Health*. Oxford: Oxford University Press
- Brockington, I., Oates, J., George, S. (2001). *A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders*. Arch Womens Ment Health 3 : 133-140

- Brockington, I., Fraser, C., Wilson, D. (2006). *The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation*. Arch Womens Ment Health 9 : 233-242
- Cassidy, J. & Shaver, P.R. (1999). *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press
- Cooper, P.J. & Murray, L. (1997). *Postpartum depression and child development. The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and infant development*. New York & London : The Guilford Press
- Cox, J.L. (1986). *Postnatal Depression. A Guide for Health Professionals*. New York
- Dalton, K. (2003). *Wochenbettdepression. Erkennen- Behandeln- Vorbeugen*. Bern: Hans-Huber
- Dietz, P.M., Williams, S.B., Callaghan, W.M., Bachman, D.J., Whitlock, E.P., Hornbrock, M.C. (2007). *Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births*. Am JPsychiatry 164: 1515-1520
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Klinisch diagnostische Leitlinien*. Bern: Hans Huber
- Farell Erickson, M. & Egeland, B. (2006). *Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Faust, V. (2004). *Frau und Seelische Störung*. Psychiatrie Heute. Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln. www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/frau7.html
- Felder, W. & Herzka, H.S. (2000). *Kinderpsychopathologie*. Basel: Schwabe & Co. AG
- Field, T. (1998). *Maternal depression effectson infants and early interventions*. Prev Med 27: 200-203
- Flick, U. (2008). *Triangulation- Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Forman. (2007)

- Fricke, J., Fuchs, T., Weiss, R., Mundt, C., Reck, C. (2006). *Mutter-Kind-Behandlung bei postpartalen Störungen im internationalen Vergleich*. Fortschr Neurol Psychiat; 74: 503-510
- Gebaucker, K. & Hüther, G. (2011). *Kinder brauchen Wurzeln: neue Perspektiven für eine gelingende Entwicklung*. Düsseldorf: Walter
- Gröhe, F. (2003). *Nehmt es weg von mir. Depressionen nach der Geburt eines Kindes*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Grossmann, K. & Grossmann, K.E. (2005). *Bindung. Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Häcker, H. O. & Stapf, K.H. (Hrsg.) (2004). *Dorsch: Psychologisches Wörterbuch*. Bern: Hans Huber
- Hänggi, Y., Schweinberger, K., Perez, M. (2011). *Feinfühligkeitstraining für Eltern*. Bern: Verlag Hans Huber
- Hartung, A.C. & Hartung, C. (1997). *Postpartum Blues, psychosomatische Aspekte des frühen Wochenbetts*. Dissertation an der Medizinischen Fakultät Charité. Humboldt-Universität Berlin
- Hofecker Fallahpour, M., Zinkernagel, C., Frisch, U., Neuhofer, C., Stieglitz, RD./Riecher-Rössler, A. (2005). *Was Mütter depressiv macht ...und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen*. Bern: Huber
- Hornstein, C. & Trautmann-Villalba, P. (2010). *Psychotherapie von mütterlichen Erkrankungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt*. In Arolt, V. /Kersting, A. (Hrsg.) *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Berlin: Springer
- Hornstein, C. & Trautmann-Villalba, P. (2010). *Postpartale psychische Erkrankungen und die Folgen für das Kindeswohl*. In Leyendecker, Ch. (Hrsg.), *Gefährdete Kindheit. Risiken früh erkennen, Ressourcen früh fördern*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Kühnel, S. & Koller, L. (2012). *Prävention für Kinder psychisch kranker Eltern*. In: Psych. Pflege Heute (2012). S. 152-155. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Kumar, C. (1997). *Anybody's child: severe disorders of mother-to-infant bonding*. Br J Psychiatry 171:175-181

- Lanczik, M.H., Brockington, I., Fraser, J. (1997) *Postpartal auftretende psychische Erkrankungen: Stationäre psychiatrische Behandlung von Mutter und Kleinkind*. In: Deutsches Ärzteblatt, 1997
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M.H. (2002). *Heterogene Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter*. Z Klin Psychol Psychother 31: 127-134
- Mahler, M.S. (1992). *Studien über die drei ersten Lebensjahre*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuchverlag
- Mattejat, F. & Lisofsky, B. (2008). *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch kranker Eltern*. Balance-Verlag: Bonn
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim & Basel: Beltz
- Mayring, P. & Gläser-Zikuda, M. (2008). *Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse*. Basel: Beltz
- Mey, G. & Mruck, K. (2010). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialforschung
- Mikoteit, T. & Riecher-Rössler, A. (2008). *Mutter-Kind-Behandlungsangebote in der Psychiatrie*. In: Nervenheilkunde 06; 513-519
- Minde, K. (2002). *Bindung und emotionale Probleme bei Kleinkindern. Diagnose und Therapie*. In: Spangler, G.; Zimmermann, P.(Hrsg.): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta
- Möhler, E. & Resch, F. (2012). Die Bedeutung der Eltern-Kind-Behandlung aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht. In Wortmann-Fleischer, S., von Einsiedeln & Downing, G. (2012). *Stationäre Eltern-Kind-Behandlung*. Stuttgart: Kohlhammer
- Murray, L. & Cooper, P. (1997). *Postpartum depression and child development*. In: Psychol Med 27; 253-260
- Nispel, P. (2001). *Mutterglück und Tränen. Das seelische Tief nach der Geburt überwinden*. Freiburg: Herder
- Nohl, A.M. (2008). *Interview und dokumentarische Methode*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

- Oerter, R. & Montada, L. (2008). *Entwicklungspsychologie*. Basel: Beltz Verlag
- O'Hara, M.W. (1987). *Postpartum „Blues“, depression and psychosis: a review*. JPsychosom Obstet Gynaecol 7 : 205-227
- O'Hara, M.W. & Swain, A. M. (1996). *Rates and risk of postpartum depression- a metaanalysis*. Int Rev Psychiatry 8: 37-54
- O'Hara, M.W., Zeloski, E.M., Phillipps, L.H. & Wright, E.J. (1990). *A controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing woman*. Journal of Abnormal Psychology 99, 3 – 15
- Papousek, M. (2002). *Wochenbettdepression und ihre Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung*. In: Braun-Scharm, H. Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Stuttgart
- Paykel, E.S. (2008). *Partial remission, residual symptoms, and relapse in depression*. Dialogues in Clinical Neuroscience 32, 112-116
- Pedrina, F. (2006). *Mütter und Babys in psychischen Krisen*. Frankfurt am Main: Brandels & Apsel Verlag GmbH
- Rhode, A. (2004). *Rund um die Geburt eines Kindes. Depressionen, Ängste und andere psychische Probleme. Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und ihr soziales Umfeld*. Stuttgart: Kohlhammer
- Riecher-Rössler, A. (1997). *Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung*. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 65: 97-107
- Riecher-Rössler, A. (2012). *Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit*. Freiburg/Basel: Karger
- Riecher-Rössler, A. & Rhode, A. (2001). *Psychische Erkrankungen bei Frauen*. Freiburg/Basel: Karger
- Riordan, D., Appleby, L. & Faragher, B. (1999). *Mother-infant interaction in post-partum women with schizophrenia and affective disorders*. Psychol Med 29: 991-995
- Sass, H., Wittchen, H.-U., Zauding, M., Houbon, I. (2003). *Diagnostische Kriterien DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe

- Snellen, M., Mack, K. & Trauer, T. (1999). *Schizophrenia, mental state and mother-infant interaction: examining the relationship*. Aust N Z J Psychiatry 33 : 902-911
- Strauss, B., Buchheim, A. & Kächle, H. (2002). *Klinische Bindungsforschung*. Stuttgart: Schattauer
- Stern, D. N. (1998). *Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern, N., Freeland, A. (2003). *Geburt einer Mutter. Die Erfahrung, die das Leben einer Frau für immer verändert*. München: Piper
- Toddlers (Hrsg.). (1999). *Zero to three: Diagnostische Klassifikation 0-3*. Wien: Springer
- Turmes, L. & Hornstein, C. (2007). *Stationäre Mutter-Kind-Behandlungseinheit in Deutschland. Ein Bericht zum Status quo*. Nervenarzt; 78: 773-779
- Wendt, A. & Rhode, A. (2004). *Rechtzeitige Erkennung postpartaler Depressionen in der gynäkologischen Praxis*. In: Wollmann-Wohlleben. Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Giessen: Psychosozial-Verlag
- Wiegand-Grefe, S., Matteja, F. & Lanz, A. (Hrsg.), (2010). *Kinder mit psychisch kranken Eltern*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Wilson, L.M., Reid, A.J., Mider, D.K., Biringer, A., Carroll, J.C. & Steward, D. E. (1996). *Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes*. CMAJ 154 : 785- 799
- Wimmer-Puchinger, B. & Riecher-Rössler, A. (2006). *Postpartale Depression*. Wien: Springer Verlag
- Wortmann-Fleischer, S., Downing, G. & Hornstein, C. (2006). *Postpartale psychische Störungen*. Stuttgart: Kohlhammer
- Wortmann-Fleischer, S., von Einsiedeln & Downing, G. (2012). *Stationäre Eltern-Kind-Behandlung*. Stuttgart: Kohlhammer

11 Anhang

Anhang A Interviewleitfaden Experteninterview

Anhang B Einverständniserklärung

Anhang C Begleitbrief zu Fragebogen

Anhang D Fragebogen

Anhang E Edinburgh Postpartal Depression Scale (EPDS)

Anhang A

Interview Leitfaden: Experten-Interviews

Interview-Nummer:	Datum der Durchführung:
Teilnehmer/in:	Ort der Durchführung:
Interviewende Person:	Dauer des Gespräches: min.

Begrüssung und Einführung in das Interview

- Dank: Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie, Offenheit und Vertrauen
- Vorstellen der eigenen Person: Name, Wohnort, Ausbildung, Tätigkeit
- Masterarbeit: Themenwahl, Fragestellung und Absicht
- Einverständniserklärung: Erläuterung der einzelnen Punkte und Unterzeichnung, expliziter Hinweis auf anonymisierte Verwendung und Vertraulichkeit der Daten.
- Resultate: Angenommene Masterarbeit auf Wunsch als Pfd erhältlich Mitte 2013
- Zeitdauer des Interviews: ca. 35 Minuten
- Form des Interviews: Leitfaden gestütztes Interview, halbstrukturiert
- Fragen/Unklarheiten?

Notizen zur Beobachtung

Beobachtetes Verhalten :
Bemerkungen:

Der Leitfaden dient der Orientierung und soll sicherstellen, dass die für die Untersuchung relevanten Themenbereiche im Interview angesprochen werden. Die Reihenfolge, in welcher die Fragen der ersten Kolonne gestellt werden, kann jedoch dem Gesprächsverlauf und Gesprächsfluss angepasst werden. Die in der zweiten Kolonne aufgeführten Stichworte dienen der inhaltlichen Vertiefung und können nach Ermessen herbeigezogen werden.

Beschreiben Sie mir bitte Ihr Angebot zur Mutter-Kind-Hospitalisation.	<ul style="list-style-type: none"> - Therapieformen - Grenzen - durchschnittliche Dauer des Aufenthaltes
Wer kommt zu Ihnen? Beschreiben Sie bitte Ihre Klientel?	<ul style="list-style-type: none"> - Wer kommt nicht? - Warum?
Was scheint Ihnen bei der Hospitalisation von Müttern und Kindern besonders wichtig?	<ul style="list-style-type: none"> - Therapieform - Bindung - Integration - Struktur
Was ist für die Kinder besonders wichtig?	
Was bieten Sie an um die Mutter-Kind-Interaktion & Bindung zu fördern und unterstützen?	
Welche Besonderheiten bietet Ihre Institution im Vergleich zu anderen?	
Welche weiteren Institutionen mit MU-KI-HOSP kennen Sie im Raum Basel?	
Wie sind Sie mit diesen Vernetzt?	<ul style="list-style-type: none"> - Vernetzung erwünscht? - Ansprechpartner erwünscht? - Weiterbildung erwünscht? - Regionale Fachgruppe?

Wer überweist die Mütter zu Ihnen?	<ul style="list-style-type: none"> - HA/Gyno/Hebammen - Selbsteinweisung?
Welche Störungsbilder sehen Sie am häufigsten?	<ul style="list-style-type: none"> - Postpartale am häufigsten?
Ich denke mal laut: Ich vermute, dass es noch weit mehr Mütter mit psychischen Erkrankungen gibt, welche jedoch nie in stationären Umfeld auftauchen. Was glauben Sie, an was das liegen könnte?	
Nach dem Motto: „Die ideale Mutter-Kind-Hospitalisation in der Psychiatrie“- welches sind Ihre Gedanken und Wünsche dazu?	
Was glauben Sie, was wäre für alle Fachleute, welche mit Mütter mit psychischen Störungen in Kontakt treten wichtig? Z.B. Hebammen, Hausärzte, Gynäkologen etc.	<ul style="list-style-type: none"> - Vernetzung - Fachtagung - Hotline - Etc.

Abschluss

Gibt es noch Ergänzungen oder Korrekturen Seitens der interviewten Person?

Offene Fragen?

Möchten Sie die Arbeit im Sommer 2013 als PDF erhalten?

Bedankung

Anhang B

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Departement für Angewandte Psychologie
Minervastrasse 30
8032 Zürich

Einverständniserklärung

Zur Teilnahme an einem Interview zum Thema: “Mutter-Kind-Hospitalisation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Kontext“, der ZHAW, Departement Angewandte Psychologie und der Klinik Sonnenhalde.

Ich bin damit einverstanden, dass das Interview vom.....auf
Tonträger aufgezeichnet wird.

Ich gebe die Einwilligung zur Analyse der Tonaufnahme innerhalb des Studienauftrages des Masterstudienganges der ZHAW, Departement Psychologie.
Ich habe Kenntnis davon, dass die Studierende der Geheimhaltungspflicht unterliegt und dieses Material ausschliesslich für Auswertungen innerhalb des genannten Rahmens verwenden darf.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Anhang C



Riehen, 12. August 2012

„Mutter-Kind-Hospitalisation - Situations- und Bedarfsevaluation“

Sehr geehrte Damen und Herren

Postpartale psychische Erkrankungen betreffen rund 10-15% der jungen Mütter. Eine schwierige Situation für die Mutter, das Kind und das ganze Umfeld. Diese Störungen frühzeitig zu erkennen und angemessen zu behandeln ist unerlässlich für das Wohl der Mutter und die gesunde Entwicklung des Kindes.

Im Rahmen meines Masterstudiums der Psychologie schreibe ich die Masterarbeit zum Thema: „Mutter-Kind-Hospitalisation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Kontext“ eine Bedarfsevaluation für die Kantone Basel-Stadt / Basel-Landschaft.

Mit der Beantwortung der vier beiliegenden Fragen leisten Sie einen wichtigen Beitrag zur Überprüfung des Hospitalisationsangebots für Mütter mit postpartalen psychischen Erkrankungen. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

KLINIK SONNENHALDE AG



Ursula Fringer
Direktorin

Gänshaldeweg 28
CH-4125 Riehen
ursula.fringer@sonnenhalde.ch



Janine Hall-Bieri
Psychologie Praktikantin

Gänshaldenweg 28
CH-4125 Riehen
janine.hall@sonnenhalde.ch

Anhang D



Klinik Sonnenhalde AG

Name: _____ Institution/Funktion: _____

1. Wie viele Mütter mit Verdacht auf eine postpartale psychische Erkrankung sehen Sie pr Jahr?
 - Keine
 - 1 – 5
 - 6 – 10
 - 11 – 20
 - 21 – 30
 - Sonstiges: _____

2. An wen verweisen Sie diese Mütter weiter?

3. Welche Institutionen für Mutter-Kind-Hospitalisation im psychiatrischen/psychotherapeutischen Kontext kennen Sie? (Basel Stadt/Land)
 - Stiftung Ita Wegman: Mutter-Kind-Haus, 4145 Gempen
 - Heim auf Berg: Mutter-Kind-Haus, 4052 Basel
 - Universitätsspital: Frauenklinik, 4031 Basel
 - Klinik Sonnenhalde AG – Psychiatrie & Psychotherapie, 4125 Riehen
 - ZASS: Zentrum für Affektive-, Stress- & Schlafstörungen – UPK, 4012 Basel
 - KIS: Kriseninterventionsstation – UPK, 4012 Basel
 - Sonstige: _____

4. Welche Art eines zusätzlichen, themenbezogenen Angebots wäre wünschenswert?
 - Weiterbildung zum Thema
 - Vernetzung
 - Kompetente Ansprechpartner
 - Sonstiges: _____

Anhang E

Befindlichkeitsfragebogen (EPDS) nach Cox, Holden, Sagovsky

So fühlte ich mich während der letzten Woche:

1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:
Genauso oft wie früher 0
Nicht ganz so oft wie früher 1
Eher weniger als früher 2
Überhaupt nie 3

2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:
So oft wie früher 0
Eher weniger als früher 1
Viel seltener als früher 2
Fast gar nicht 3

3. Ich habe mich unberechtigterweise schuldig gefühlt, wenn etwas daneben ging:
Ja, sehr oft 3
Ja, manchmal 2
Nicht sehr oft 1
Nein, nie 0

4. Ich war ängstlich und machte mir unnötige Sorgen:
Nein, nie 0
Ganz selten 1
Ja, manchmal 2
Ja, sehr oft 3

5. Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:
Ja, ziemlich oft 3
Ja, manchmal 2
Nein, fast nie 1
Nein, überhaupt nicht 0

6. Mir ist alles zu viel geworden:
Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen 3
Ja, ich wusste mir manchmal nicht mehr zu helfen 2
Nein, ich wusste mir meistens zu helfen 1
Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen 0

7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:
Ja, fast immer 3
Ja, ziemlich oft 2
Nein, nicht sehr oft 1
Nein, nie 0

8. Ich war traurig und fühlte mich elend:
- | | |
|----------------------|----------------------------|
| Nein, nie | <input type="checkbox"/> 0 |
| Nein, nicht sehr oft | <input type="checkbox"/> 1 |
| Ja, ziemlich oft | <input type="checkbox"/> 2 |
| Ja, sehr oft | <input type="checkbox"/> 3 |
9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:
- | | |
|------------------|----------------------------|
| Ja, sehr oft | <input type="checkbox"/> 3 |
| Ja, ziemlich oft | <input type="checkbox"/> 2 |
| Nur manchmal | <input type="checkbox"/> 1 |
| Nein, nie | <input type="checkbox"/> 0 |
10. Gelegentlich kam mir der Gedanke mir etwas anzutun:
- | | |
|-----------|----------------------------|
| Nein, nie | <input type="checkbox"/> 0 |
| Selten | <input type="checkbox"/> 1 |
| Manchmal | <input type="checkbox"/> 2 |
| Ja, oft | <input type="checkbox"/> 3 |

Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R., 1987)
Deutsche Version als „Befindlichkeitsfragebogen“ (Herz et al., Muzik et al., 1997)

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: