

Postpartale Störungen im Kontext von Migration unter Berücksichtigung der Mutter-Kind-Interaktion

**Jahrestagung der Bundesarbeitsgemeinschaft
Kinder psychisch erkrankter Eltern**

Düsseldorf, 06. Mai 2022

**Dr. Luc Turmes
Ärztlicher Direktor**

**LWL - Klinik Herten
Psychiatrie - Psychotherapie
Psychosomatische Medizin**





DOSSIER

Häufigkeit Infantizide / erweiterte Suizide

In Deutschland (Rohde, 2007):

1 erweiterter Suizid auf 40 000 Geburten

In Finnland und Österreich (Putkonen, 2009):

5 Infantizide auf 100 000 Geburten

Plötzlicher Kindstod (Emery, 1985):

10% gehen auf Infantizid zurück !

„Da hauste ein Monster in mir“

Spektakuläre Kindesmorde erschüttern seit Monaten die Republik. Warum bringen Mütter im Fürsorgestaat Deutschland ihre Kinder um? Obduktion eines mystifizierten Verbrechens / VON MERLE HILBK

Wie er heftig ins Leben drängte, wie er die winzigen Gliedmaßen bewegte, wie er die Luft in die Lungen einsog – alles deutete darauf hin, dass der Säugling Dominik Westermann* ein gesundes, ein vitales Kind gewesen sein muss. Das bestätigte auch der Gerichtsmediziner, der die Leiche später obduzierte. „Tod durch Erdröseln“, ist in seinem Bericht zu lesen. Ein grausamer Tod, herbeigeführt von Dominiks eigener Mutter.

Es war an einem Nachmittag im Juli 1996, als die Mutter ein heftiger Schmerz überfiel. Eine Nierenkolik, vermutete Nicole Westermann, damals 21. „Mir geht's nicht gut“, sagte sie zu ihrem Freund, der sie mitgenommen hatte zu diesem Campingwochenende am Nürburgring. Von den Rängen wehten die ersten Jubelrufe herüber, und ein paar Minuten später verließ der Mann mit seinen Freunden den Campingplatz, um den Start nicht zu verpassen. Nicole Westermann blieb allein zurück.

Die Krämpfe wurden schlimmer. Sie lehnte sich zurück

forderte, endlich härter gegen „Mördermütter“ durchzugreifen. Reaktionen, die bei Kindstötungsprozessen keine Seltenheit sind. So wurde Monika Weimar, die ihre beiden Kinder umgebracht haben soll, von Prozessbeobachtern ebenso der Tod gewünscht wie Ulrike Rössler, die im Frühjahr in Stuttgart vor Gericht stand, weil sie ihr Pflegekind verhungern ließ.

Kaum eine Straftat schürt den Zorn der Bürger mehr als das Verbrechen, das im Volksmund „Kindesmord“ genannt wird, und nach jedem spektakulären Fall wird der Ruf nach Vergeltung lauter. Das Meinungsforschungsinstitut Emnid ermittelte, dass 55 Prozent der Deutschen für Kindesmörder die Todesstrafe wieder einführen wollen.

Manche Bürger wähnen sich „von mordenden Müttern umzingelt“, wie es jüngst auf einem Gerichtsfloor in Stuttgart hieß. Im Mai berichtete der Spiegel von „ewigem Weinen und Jammern“ des verhungerten Pflegekindes der Ulrike Rössler. Im Juni entdeckte Bild im sächsischen Mühltröfz „die Mutter, die ihre Babys einfror“. Im Juli fragte die Neue

Prävalenz

Depressive Symptome
während der Schwangerschaft

25 - 35 %

Postpartale Dysphorie
(Baby Blues) („Heultage“)

50 - 85 %

Postpartale Depression

10 - 20 %

Postpartale Angststörung

8 - 18 %

Postpartale PTBS

16-4 %

Postpartale Psychose

0,1 – 0,2 %

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung,
Borderline - Störung

??? %

Bindungsstörungen, stat.
Patientinnen MBU Herten

50 – 60 % ???

Bindungsstörungen,
Bonding Disorders

7,1 % ???

Psychische Störungen und Erkrankungen in der Postpartalzeit

<i>Art der Störung</i>	<i>Charakteristik</i>	<i>Häufigkeit</i>
postpartaler Blues	Leichte depressive Verstimmung mit häufigem Weinen und erhöhter Stimmungslabilität - tritt in der 1. Woche postpartal auf - klingt innerhalb von Stunden/Tagen von selbst wieder ab - bei 14täg. Persistenz: <u>CAVE PPD !</u>	50 - 85 %

Riecher-Rössler 1997; Kühner 2016

Psychische Störungen und Erkrankungen in der Postpartalzeit

<i>Art der Störung</i>	<i>Charakteristik</i>	<i>Häufigkeit</i>
Postpartale Depression	- depressive Erkrankung - tritt in den ersten Monaten (-1 Jahr) postpartal auf - erster Häufigkeitsgipfel 3. Monat postpartal ! - hält Wochen - Monate und länger an - ist dringend (bei Suizidalität: Stationär !) behandlungsbedürftig	10 - 20 %

Übersicht bei Kühner, 2016

Symptomatik einer perinatalen depressiven Störung

- ***Ein- und Durchschlafstörungen, frühmorgendliches Erwachen***
- ***Essstörungen, Hyper- und Hypophagie***
- ***Depressive Verstimmung / Reizbarkeit***
- ***Energielosigkeit / Handlungsunfähigkeit***
- ***Gesellschaftliche Abkapselung / Isolation***
- ***Beschwerden über mangelnde soziale Unterstützung***
- ***Missdeutung des kindlichen Verhaltens***
- ***Probleme mit Gedächtnis, Konzentration, kohärentem Denken***
- ***Desorientierung, Verwirrtheit, Angst***
- ***Körpernahe Symptomatik i.S. einer sog. larvierten Depression***
- ***Cave Suizid (immer nachfragen !!!) und Infantizid !***

Psychosoziales Erkrankungsmodell depressiver Störungen bei Frauen

Aktuelle, negative und belastende „Life-events“ führen bei Frauen zu einer depressiven Erkrankung, wenn zumindest 1 von 4 Vulnerabilitätsfaktoren vorliegt:

- ***Drei oder mehr junge Kinder zu Hause***
- ***Keine außerhäusliche Tätigkeit***
- ***Verlust der eigenen Mutter vor dem 11 Lebensjahr***
- ***Mangel an vertrauensvollen Beziehungen***

Brown et al., 1978

Psychosoziale Risikofaktoren für eine postpartale Depression

Die Geburt eines Kindes ist im Leben einer jeden Frau ein hochsignifikantes „Life - event“ :

- ***Über Schwangerschaft, Geburt und Stillen verändert sich ihr Körper und ihr Körperbild (Abschied vom Ideal der Jugendlichkeit)***
- ***Sie muss ihre neue Rolle als Mutter lernen (Mutterglück fällt nicht vom Himmel !), diese in ihre früheren Rollen als Partnerin, Berufstätige, Haushälterin etc. integrieren und ihr ureigenstes Mutterschaftskonzept entwickeln***
- ***Sie muss sich hohen gesellschaftlichen Anforderungen stellen:***
 - ***sie darf keine Rabenmutter sein***
 - ***sie muss dem heutigen Erziehungsideal von „Freiheit und Einfühlsamkeit“ der Mami's der Pamperswerbung gerecht werden***
 - ***sie hat sich den kindlichen Bedürfnissen unterzuordnen und nun ihre Selbstverwirklichung in der Kindererziehung zu finden***

Psychosoziale Risikofaktoren für eine postpartale Depression

- *Jugendliches (<16 Jahre) oder fortgeschrittenes (>40 Jahre) Alter als Primapara*
- *Instabile, unbefriedigende oder fehlende Partnerschaft (Hochsignifikant !)*
- *Fehlende soziale Unterstützung (Hochsignifikant !)*
- *In der eigenen Kindheit: Fehlende Mütterlichkeit, Deprivation oder sexueller Missbrauch (PPD kann PTBS kaschieren)*

Boyce, 2003

„Biologische“ Risikofaktoren für eine postpartale Depression

- *Eine Geburt, die subjektiv als traumatisch erlebt wurde (unabhängig ob Sectio, PDA etc)*
- *Positive Anamnese für Depression oder Angsterkrankung(Hochsignifikant !)*
- *Positive Familienanamnese für Depression oder Angsterkrankung (Hochsignifikant !)*
- *Schilddrüsendysfunktion, „Östrogensensitivität“ (Substitution ?!),*
- *PMDS in der Anamnese*

Boyce, 2003

Diagnostisches Screening zur postpartalen Depressionen:

Die Edinburgh Postnatal Depression Rating Scale (EPDS)

Befindlichkeitsbogen (EPDS) (Cox / Holden / Sagovsky)

Postpartale Depression

So fühlte ich mich während der letzten Woche:
(Scores in Klammer)

- 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
- 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
- Ich habe mich unberechtigt Weise schuldig gefühlt, wenn etwas daneben ging:
Ja, sehr oft ☐ 3
Ja, manchmal ☐ 2
Nicht sehr oft ☐ 1
Nein, nie ☐ 0
- Ich war ängstlich und machte mir unnötige Sorgen:
Nein, nie ☐ 0
Ganz selten ☐ 1
Ja, manchmal ☐ 2
Ja, sehr oft ☐ 3
- Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:
Ja, ziemlich oft ☐ 3
Ja, manchmal ☐ 2
Nein, fast nie ☐ 1
Nein, überhaupt nie ☐ 0
- Mir ist alles zu viel geworden:
Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen ☐ 3
Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht mehr zu helfen ☐ 2
Nein, ich wusste mir meistens zu helfen ☐ 1
Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen ☐ 0
- Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:
Ja, fast immer ☐ 3
Ja, manchmal ☐ 2
Nein, nicht sehr oft ☐ 1
Nein, nie ☐ 0
- Ich war traurig und fühlte mich elend:
Ja, sehr oft ☐ 3
Ja, ziemlich oft ☐ 2
Nein, nicht sehr oft ☐ 1
Nein, nie ☐ 0
- Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:
Ja, sehr oft ☐ 3
Ja, ziemlich oft ☐ 2
Nur manchmal ☐ 1
Nein, nie ☐ 0
- Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun:
Ja, oft ☐ 3
Manchmal ☐ 2
Selten ☐ 1
Nein, nie ☐ 0

Gesamtscore

Edinburgh Postnatal Depression Scale UEL Cox, JM Holden, B Sagovsky, 1987.
Deutsche Version als „Befindlichkeitsbogen“ (Herrn et al. 1996, Munk et al. 1997).

Jede Frage bekommt 0-3 Punkte, was zu einem Wert zwischen 0-30 führt. **Wichtig:** Bei manchen Fragen werden die Punkte in der anderen Reihenfolge vergeben. Der gesamte Wert ergibt sich durch Addition der Einzelwerte. Wenn die Frau folgenden Score hat:

0-9	dann ist die Wahrscheinlichkeit für eine Depression gering
10-12	dann ist die Wahrscheinlichkeit für eine Depression mäßig vorhanden
>=13	dann ist die Wahrscheinlichkeit für eine Depression hoch

Der Vorteil der EPDS ist auch, dass man sehr schnell Frauen identifiziert, die Selbstmordgedanken haben. Wenn die Frau bei Frage 10 Punkte aufweist, muss man in jedem Fall genau nachfragen, ob es sich um Selbstverletzung, Lebensüberdruß oder richtige Selbstmordgedanken handelt.

Wenn die Symptome weniger schwer sind, oder während einer Zeitdauer kürzer als 2 Wochen vorhanden sind, kann es sich um andere Diagnosen handeln, wie zum Beispiel Anpassungsstörungen, Minor Depression und/oder eine gleichzeitig auftretende Angststörung.

Andere Ursachen für Symptome wie Anämie, Schlafentzug, Schilddrüsenfunktionsstörung oder Trauerreaktion sollten bedacht werden, bevor eine Depression diagnostiziert wird. Diese Zustände können aber auch zusammen mit einer Depression vorliegen. Eine Gesamtwert von „0“ sollte noch genauer abgeklärt werden, denn dies kann auf eine „sozial erwünschte“ Beantwortung der Fragen hinweisen.

www.marce-gesellschaft.de

Diagnostisches Screening zur postpartaler Depressionen:

Die Edinburgh Postnatal Depression Rating Scale (EPDS)

- ***EPDS (Cox et al., 1987) weltweit erprobt mit hoher Validität und Reliabilität***
- ***Einfacher 10 - Fragen - Selbstbewertungsbogen mit Punktwert von 0 - 30 Punkten, der innerhalb von 2 Minuten ausgewertet werden kann***
- ***Gute Ergebnisse auf den Subskalen Depressivität, Angst und Suizidalität***
- ***Bei einem Score von 10 - 12 Punkten: mäßige Wahrscheinlichkeit für PPD***
- ***Bei einem Score von 13 oder mehr Punkten: Hohe Wahrscheinlichkeit für eine postpartale Depression, es sollte ein direkter Kontakt zum Arzt und Überweisung zum Facharzt erfolgen***
- ***Sollte 6 Wochen vor der Entbindung und 6 - 12 Wochen nach der Entbindung durchgeführt werden***

Nervenarzt

<https://doi.org/10.1007/s00115-019-00828-5>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
Springer Nature 2019



Shirin Dlop¹ · Luc Turmes² · Georg Juckel¹ · Paraskevi Mavroglorgou¹

¹Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin, LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland

²Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, LWL-Klinik Herten, Herten, Deutschland

Postpartale Depression und Migration

➤ Hintergrund

- Laut Statistischem Bundesamt weisen > 20 % der deutschen Bevölkerung einen Migrationshintergrund auf.
- Menschen mit Migrationshintergrund weisen eine um 8,3 % höhere Lebenszeitprävalenz für psychische Erkrankungen auf.

➤ Migration und psychische Gesundheit

- Migration ist ein ausschlaggebender Vulnerabilitätsfaktor für die Entwicklung psychischer Störungen: Depressionen > Angststörungen > somatoforme Störungen
- Unterschiede im klinischen Erscheinungsbild:
Ausgeprägte somatische Symptome und Mangel an affektiven Hauptsymptomen i.S. eines dysfunktionalen Anpassungsversuches

➤ Migration und Mutterschaft

- In Großstädten (Berlin, Mannheim, Frankfurt) haben fast 50 % der Patientinnen in gynäkologischer Behandlung einen Migrationshintergrund, bundesweit: 10 – 50 %
- Hauptschwierigkeit in der Versorgung (seitens des Fachpersonals) ist die mangelhafte sprachliche Verständigung
- Bei den Migrantinnen: Hoher psychosozialer Stress (Aufenthaltsstatus), fehlendes Wissen über das medizinisch-gynäkologische Hilfesystem ~ Kontakt erst bei fortgeschrittener Schwangerschaft
- Ausgeprägte Scham, gynäkologische Belange mit männlichem Fachpersonal zu klären

➤ Kulturelle Unterschiede im Umgang mit der Mutterschaft

Tab. 1 Kulturelle, postpartal spezifische Überzeugungen und Praktiken im asiatischen Kulturraum. (Nach [38])		
Land	Kulturelle Überzeugung und postpartal spezifische Praktik	Dauer
China, Hong Kong, Taiwan, Vietnam, Singapur	„Zuo Yue“/„Tso-yueh-tzu“: Ziel ist es, die Balance zwischen Ying und Yang im Körper der Mutter wieder herzustellen. Alle in diesem Haushalt lebenden Frauen sorgen sich um das Wohlergehen der jungen Mutter und des Säuglings und übernehmen Haushaltsaufgaben. Die junge Mutter ruht sich aus und vermeidet körperliche Betätigung (z. B. sexuelle Aktivität, Baden, Haare waschen, lesen, direkte Sonneneinstrahlung und Weinen). Eine spezielle Diät in Form roher, kalter Nahrung und des Verzichts von Hühnerfleisch wird eingehalten	4 Wochen
China	„Peiyue“ meint „Bemuttern der Mutter“: Die junge Mutter erholt sich von der Geburt, während ihre Mutter und/oder Schwiegermutter den Säugling versorgen und den Haushalt übernehmen	4 Wochen
Vietnam	Die Geburt eines männlichen Nachkommens erhöht den sozialen Status der Familie. Der Ausdruck negativer Emotionen im Umfeld der Mutter ist verboten und der jungen Mutter ist es nicht erlaubt, an Hochzeiten und/oder Beerdigungen teilzunehmen	4 Wochen
Japan	„Satogaen Bunben“: Die werdende Mutter zieht noch während der Schwangerschaft (32. bis 33. Woche) zu ihren Eltern. Ihre Familie (Mutter und Großmutter) bietet physische und psychische Unterstützung an. Tipps und Ratschläge rund um den Umgang und die Versorgung eines Säuglings werden traditionell von der Großmutter an die werdende Mutter weitergegeben. Gewöhnlich hören Frauen ab der Hochzeit oder Schwangerschaft auf, zu arbeiten	–
Korea	„Sam Chil III“: Bis maximal 2 Monate nach der Geburt wird eine traditionelle Diät eingehalten bestehend aus Seetangsuppe (mi-yuk-gook), ausschließlich warmen Speisen und Flüssigkeiten. Die Mutter zieht ausschließlich wärmende Kleidung an und meidet kaltes Wasser oder kühle Orte. Die Mutter wird dazu animiert, die Kopfform des Kindes mit den Händen zu „formen“, damit dieser eine rundere Form bekommt	21 Tage bis 2 Monate
Thailand	„Yu Duan“: Nahrung mit intensivem Geruch wird vermieden. Es wird ausschließlich wärmende Kleidung getragen und kaltes Wasser gemieden. Die Frau hält sich vor Heizquellen auf, was positive Auswirkungen auf die Nachblutungen und die physiologische Rückbildung haben soll. Unterstützung wird von der gesamten Familie und insbesondere von den Schwestern und der Mutter geleistet. Nichteinhaltung dieser ritualisierten Postpartalphase bringt negative Folgen für das weitere Leben der jungen Mutter mit sich	27–29 Tage bei männlichem Säugling, 31–32 Tage bei weiblichem Säugling
Malaysia	„Pantang Period“: Nach der Geburt brennt 40 Tage und 40 Nächte eine Kerze. Die junge Mutter bekommt ausschließlich warme Nahrung, trägt wärmende Kleidung und hält sich in warmen Räumen auf mit dem Ziel, die Körperbalance wieder herzustellen und böse Geister zu vertreiben	40 Tage
Hmong*	Die Familie ist auf das Wohlergehen der Mutter und des Neugeborenen fokussiert. Das Essen von Hühnersuppe mit einer speziellen pflanzlichen Zutat („ntiv“) soll die Mutter von „bösem Blut“ befreien. Eine traditionelle Zeremonie bei der jungen Mutter zuhause mit einem „Schamanen“ soll die Seele der Mutter ansprechen und Depression vermeiden	–
Indien	Die Familie und Freunde sorgen sich um die junge Mutter. Weibliche Geburten werden mit Ressentiments, Sexismus und Feindlichkeit begegnet	40 Tage
Tibet	Es finden traditionell Hausgeburten statt, da ein großes Misstrauen und Ängste bezüglich klinisch-stationärer Versorgung besteht sowie aufgrund der Befürchtung, böse Geister und Dämonen könnten während des Transports in die Klinik die Mutter und das Kind attackieren	–
Arabische Länder	Die Familie unterstützt die junge Mutter und der Stellenwert der Familie wird nach regionaler islamischer Tradition betont	40 Tage
Vereinigte Arabische Emirate	Die Unterstützung erfolgt verstärkt über die Familie des Ehemannes. Je mehr Kinder in der Familie geboren werden, desto größer ist der gesellschaftliche Respekt für die Mutter/Frau	–
Jordanien	Die Hauptverantwortung und Aufgabe einer Frau ist die Bildung und Versorgung einer Familie. Die Reputation der Frau steigt nach der Geburt eines männlichen Säuglings	–
Türkei	Die junge Mutter wird 40 Tage und Nächte nicht allein gelassen. Die Mutter und/oder die Schwiegermutter, weibliche Familienangehörige begleiten und unterstützen die junge Mutter und sind eine längere Zeit dauerhaft anwesend, um sie unter anderem auch vor bösen Geistern („Jinni“) zu schützen	40 Tage
Pakistan	„Chila“: Die junge Mutter lebt 40 Tage nach der Geburt vom Alltag abgeschieden, um zu regenerieren. Die Frau gilt als „dreckig“ und darf am gesellschaftlichen Tagesgeschäft nicht teilnehmen. Die Geburt eines männlichen Säuglings wird positiver bewertet und Entscheidungen über das Kind werden von der gesamten Familie getroffen	40 Tage

*Eine in den Bergen von China, Laos, Vietnam, Thailand und südostasiatischen Ländern lebende ethnische Minderheit

➤ Kulturelle Unterschiede im Umgang mit der Mutterschaft

Tab. 2 Kulturelle, postpartal spezifische Überzeugungen und Praktiken im afrikanischen Kulturraum. (Nach [38])		
Land	Postpartal spezifische Überzeugungen und Praktiken	Dauer
Ägypten	40 Tage nach der Geburt wird die junge Mutter zur Erholung geschont und von den alltäglichen Aufgaben befreit. Frauen aus der Verwandtschaft übernehmen den Haushalt und die Versorgung der Kinder und/oder des Neugeborenen. Die junge Mutter vermeidet kalte Speisen und isst vermehrt warme Speisen. Die Geburt eines weiblichen Säuglings ist familiar und gesellschaftlich unerwünschter als die Geburt eines männlichen Säuglings	40 Tage
Ghana	Hausgeburten sind üblich. Die Entscheidung, wo die Geburt stattfinden soll, entscheidet die im Haushalt lebende älteste weibliche Person	–
Mosambik	Aus Furcht vor bösen Geistern, verbringt die Schwangere den Großteil der Schwangerschaft im Schutz der Familie. Es besteht selten medizinische Betreuung	–
Nigeria	Die Schwangerschaft wird intensiv von der eigenen Mutter und der Schwiegermutter begleitet. Die Geburt eines Jungen wird ausgiebig gefeiert. Die Mutter und das Neugeborene leben 2 bis 3 Monate isoliert vom Alltagsgeschehen. Die Hauptaufgabe der Mutter wird darin gesehen, dass sie sich reichhaltig ernährt und an Gewicht zu nimmt und sich der Fürsorge des Säuglings widmet. Der jungen Mutter wird vom sozialen Umfeld die qualitativ hochwertigste Nahrung bereitgestellt. In ländlichen Gebieten wird klinische Vor- und Nachsorge gemieden	2–3 Monate
Somalia	Nach der Geburt trägt die Mutter Ohringe aus Knoblauch als Schutz vor dem „bösen Blick“. 40 Tagen nach der Geburt folgt ein großes Festessen zur Feier des Neugeborenen	40 Tage
Uganda	Der Ehemann und die restliche Verwandtschaft entscheiden über den Geburtsort. Eine Geburt wird als natürliches und allgegenwärtiges Ereignis beschrieben und bedarf daher keiner gesonderten medizinischen Intervention. Wenige Mütter präferieren eine medizinische prä- und postpartale Begleitung, der Großteil der Frauen bevorzugt traditionelle Hausgeburten	3 Monate

➤ **Kulturelle Unterschiede im Umgang mit der Mutterschaft**

- **„Ethnokinship cultures“** (Postmontier et al, 2004):
Osteuropa, Naher Osten, Afrika, ost- und südostasiatischen Länder:
 1. Geburt und nachgeburtliche Zeit werden durch Riten und Traditionen begleitet und strukturiert
 2. Mütter erfahren über ca. 30 – 40 Tagen einen besonderen familiären Schutzraum, der Ruhe und Unterstützung ermöglicht
 3. Erfahrene Frauen und Verwandte geben Hilfestellung im Umgang mit dem Neugeborenen und dessen Versorgung

- **„Technocentric cultures“**: USA, Kanada, Westeuropa, Australien
 1. Das Fürsorgeverhalten ist primär auf den Neugeborenen fokussiert
 2. Die Mutter wird nach 24 – 48 Stunden aus dem Krankenhaus entlassen und ist mit der vollen Verantwortung für sich und das Neugeborene konfrontiert

➤ Migration und postpartale Depression

- Metaanalysen (Collins et al, 2011) zeigen bei Frauen mit Migrationshintergrund ein Erkrankungsrisiko für PPD von 42 % versus 10 – 15 % für einheimische Frauen
- Die entscheidende Ursache sind psychosoziale Aspekte:
 - ❖ Schlechtere sozioökonomische Rahmenbedingungen
 - ❖ Migrationsstress und ungeklärter Aufenthaltsstatus
 - ❖ Die gewohnte und nun fehlende soziale Unterstützung
 - ❖ Fehlendes Verständnis für die westlichen Vorstellungen von Mutterglück
 - ❖ Mangelhafter Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem



Wichtigster protektiver Faktor: SOCIAL SUPPORT

~ Gute Ergebnisse durch hocheffektive „peer-supportgroups“ (McLeish et al, 2017)

Mutter-Kind-Behandlungseinheit der LWL - Klinik Herten

Behandlungsziele unter dem Aspekt der Kosten-Nutzen-Effektivität:

1. Die stationäre Behandlungsdauer von psychisch kranken Wöchnerinnen mit ihren Säuglingen ist kürzer als die stationäre Behandlung von psychisch kranken Wöchnerinnen ohne ihre Säuglinge.
2. Die gemeinsame Mutter-Kind-Behandlung wirkt protektiv hinsichtlich der Mutter-Kind-Beziehung. Entsprechende Folgekosten, die durch die Unterbringung des Säuglings in einer Pflegefamilie oder einem Kinderheim entstehen, entfallen.
3. Es gibt Hinweise, dass die gemeinsame Behandlung von psychisch kranken Wöchnerinnen mit ihren Säuglingen präventiv hinsichtlich einer späteren psychischen Erkrankung des Kindes wirkt.

Turmes, 2000



PsychPV – Pflege: 145 %
PsychPV – Ärzte/Psychologen 200 %

Spiegelneurone und Therapie der Bindungsstörung im Postpartum

- **Konzept der Bindungsstörung**
 - **Bonding – Disorders -**
- **Therapie der Bindungsstörung**

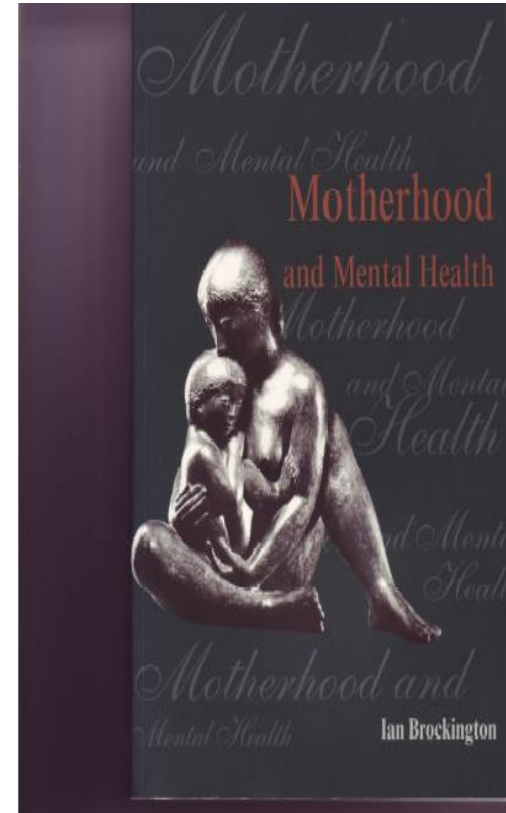








Marcé Gesellschaft
Sektion der
International Marcé Society
for Psychiatric Disorders of Childbearing
in den deutschsprachigen Ländern



Diagnostische Konzeptualisierung der *Bindungsstörungen im Postpartum*

1. *Leichte Störung*
2. *Auf den Säugling fokussierte Ängste (leicht, schwer)*
3. *Pathologischer Ärger (leicht, mittelschwer, schwer)*
4. *Drohende Ablehnung*
5. *Erfolgte Ablehnung*

Brockington, 1996, 2006

Diagnoseinstrument zur Bindungsstörung

Parental Bonding Questionnaire (PBQ)

PBQ: Eltern-Kind-Beziehungsfragebogen (Brockington)

Postpartale Depression

Name _____ Datum _____

Bitte denken Sie an die Zeit mit Ihrem Baby, die am schwierigsten für Sie war. Kreuzen Sie bitte an, wie oft folgende Aussagen für Sie zutreffend waren. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.

Skala		Immer	Sehr oft	Oft	Manchmal	Selten	Nie
1	Ich fühle mich meinem Baby nahe						
1	Ich wünsche mir die Zeit zurück, als ich noch kein Baby hatte						
2	Ich fühle mich meinem Baby gegenüber distanziert						
2	Ich kuschle gerne mit meinem Baby						
2	Ich bereue es, dieses Baby zu haben						
1	Das Baby scheint nicht mir zu gehören						
1	Mein Baby regt mich auf						
1	Ich liebe mein Baby über alles						
1	Ich fühle mich glücklich wenn mein Baby lächelt/lacht						
1	Mein Baby irritiert mich						
2	Ich liebe es, mit meinem Baby zu spielen						
1	Mein Baby weint zuviel						
1	Ich fühle mich als Mutter gefangen						
2	Ich bin auf mein Baby böse						
1	Mein Baby ist mir lästig						
1	Mein Baby ist das Schönste auf der ganzen Welt						
1	Ich wünschte, mein Baby würde verschwinden						
4	Ich habe meinem Baby Schaden zugefügt						
3	Mein Baby macht mich ängstlich						
3	Ich fürchte mich vor meinem Baby						
2	Mein Baby macht mich ärgerlich						
3	Ich fühle mich sicher, wenn ich mein Baby wickle						
2	Ich denke die einzige Lösung ist, wenn jemand anders mein Baby betreut						
4	Ich möchte mein Baby verletzen						
3	Mein Baby ist leicht zu beruhigen						

Scale 1.....(12 = high)  

Scale 2.....(17 = high)  

Scale 3.....(10 = high)  

Scale 4.....(3 = high)  

© Brockington
Brockington J, Oates J, George S, Turner D, Vostanis P, Sullivan M, Leck C, Murdoch C. A screening questionnaire for mother infant bonding disorders. Archives of Women's Mental Health, 2001; 3: 133-140.

www.marce-gesellschaft.de

Brockington 1996, Klier 2006

Häufigkeit der postpartalen Bindungsstörung

(Prävalenz bei stationären MBU-Patientinnen)

1. 22 % (n=163) der Patientinnen der MBU Birmingham zeigten eine Ablehnung des Kindes (**Brockington, 1996**)
2. 104 Patientinnen der MBU Birmingham und 101 Patientinnen der MBU Christchurch (**Brockington et al, 2006**)

Drohende Ablehnung

30 (**14 %**)

(Aversion und Wunsch einer zeitlich begrenzten Fremdplazierung)

Erfolgte Ablehnung

21 (**10 %**)

(Haß, Wunsch das Kind sich selbst zu überlassen, herbeigesehnter Kindsbettod)

Häufigkeit der postpartalen Bindungsstörung

(Prävalenz in der Normalpopulation)

1. Hochrechnung basierend auf dem Versorgungsgebiet der MBU Birmingham: (Brockington et al, 2006)

Erfolgte Ablehnung 0,5%

Drohende Ablehnung 1 %

2. Heidelberger Postpartum Studie (Reck et al, 2006)

Longitudinale prospektive Studie, n = 862

Gestörte Bindung 7,1 %

Drohende Ablehnung 0,3 %

Von n=862 → 54 Mütter mit postpart. Depression:

Gestörte Bindung 17 %

Spiegelneurone und Therapie der Bindungsstörung im Postpartum

- **Konzept der Bindungsstörung**
-- Bonding – Disorders --
- **Therapie der Bindungsstörung**

Prävention – Beratung - Therapie

Die Natur rechnet nicht mit
perfekten Eltern.

Sie hat die Kinder mit einer
gewissen Anpassungsfähigkeit und
Krisenfestigkeit ausgestattet.

Bindungsverhalten

Bindung: Ein beständiges Band der Zuneigung, Nähe zu einer bestimmten Person aufrechtzuerhalten und dies besonders in kritischen Situationen

- A: unsicher vermeidend gebunden
- B: sicher gebunden
- C: unsicher ambivalent
- D: irregulär bindungsgestört

Feinfühligkeit

Die Fähigkeit, sich von den kindlichen Signalen leiten zu lassen und prompt und angemessen zu reagieren

- Die Wahrnehmung der Verhaltensweise des Säuglings
- Die zutreffende Interpretation seiner Äußerungen
- Die prompte Reaktion darauf
- Die Angemessenheit der Reaktion

STATIONSPLAN 1F

Mutter-Kind-Einheit

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8:00	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde
8:00	Blutentnahme/ Frühstück/ Medikamentenausgabe	Frühstück/ Medikamentenausgabe	Frühstück/ Medikamentenausgabe	Blutentnahme/ Frühstück/ Medikamentenausgabe	Frühstück/ Medikamentenausgabe
8:30	8:30 – 9:00 Vollversammlung				9:00 – 9:45 Sport
9:00	9:00 – 10:30 Mutter – Kind – Therapie (I) nach Absprache	9:00 – 10:00 Ergotherapie	Küchenreinigung	9:00 – 10:30 Mutter – Kind – Therapie (I) nach Absprache	9:45 – 10:45 Mutter – Kind - Therapie (I) nach Absprache
9:30	9:30 – 10:30 Spieltherapie (III)		9:30 – 10:15 Konzentrationstraining		
10:30	Stationsvisite		RR /Plus / Gewicht	10:30 Chefarztvisite	10:45 – 12:00 Ergotherapie
11:00		10:30 – 11:30 Entspannungstraining	11:00 Babymassage (IV)	11:30 – 12:00 Konzentrationstraining	
12:00	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
14:00	Medikamentenausgabe	13:00 – 15:00 Mutter – Kind – Therapie (I) nach Absprache	Medikamentenausgabe Mutter – Kind Therapie (I) nach Absprache 13:00 – 15:00	Medikamentenausgabe 14:00 Ergotherapie	Medikamentenausgabe
14:30	14:00 – 15:30 Ergotherapie	15:00 – 16:00 Müttergesprächsgruppe (II)			14:15 – 15:00 Müttergesprächsgruppe (II)
15:30 17:00	15:30 – 17:00 Mutter-Kind-Therapie (I) nach Absprache		15:30 – 17:00 Körpertherapie ohne Kind (V)		
17:00					
18:00	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen
18:30	Abendrunde		Abendrunde		Abendrunde
20:00	Medikamentenausgabe	Medikamentenausgabe	Medikamentenausgabe	Medikamentenausgabe	Medikamentenausgabe
			Vätergruppe (VI) alle 2 wochen 18:00 – 20:00 Uhr		



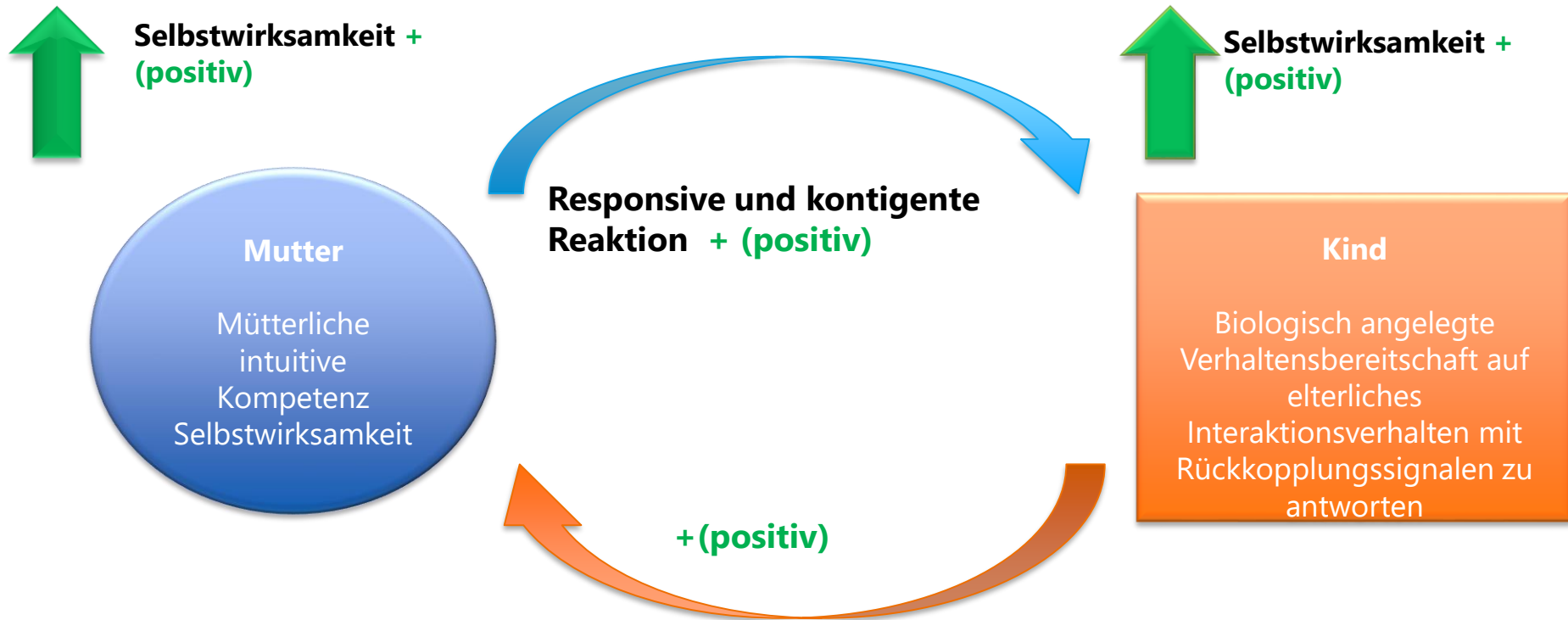
Die stationäre MuKI-Einheit Herten

- 8 vollstationäre Behandlungsplätze (0-1 J.)
- 2 tagesklinische Behandlungsplätze
- Mutter-Kind-Ambulanz einschließlich Spezialambulanz (0-3 J.)
- fest strukturierter Wochenplan
- Multiprofessionelles Team (22 P.)
- Ziel: PPD der Mutter behandeln, Förderung der MuKi Interaktion, **primärpräventive Intervention: eventuell vorhandene Beziehungsstörungen des Säuglings behandeln um psychische Störungen des Kindes zu verhindern**
- Aufnahmemodalitäten:
 - ambulantes Vorstellungsgespräch
 - Aufnahme der Mutter
 - 3 Tage zeitversetzt Aufnahme des Kindes (außer bei Stillkindern)

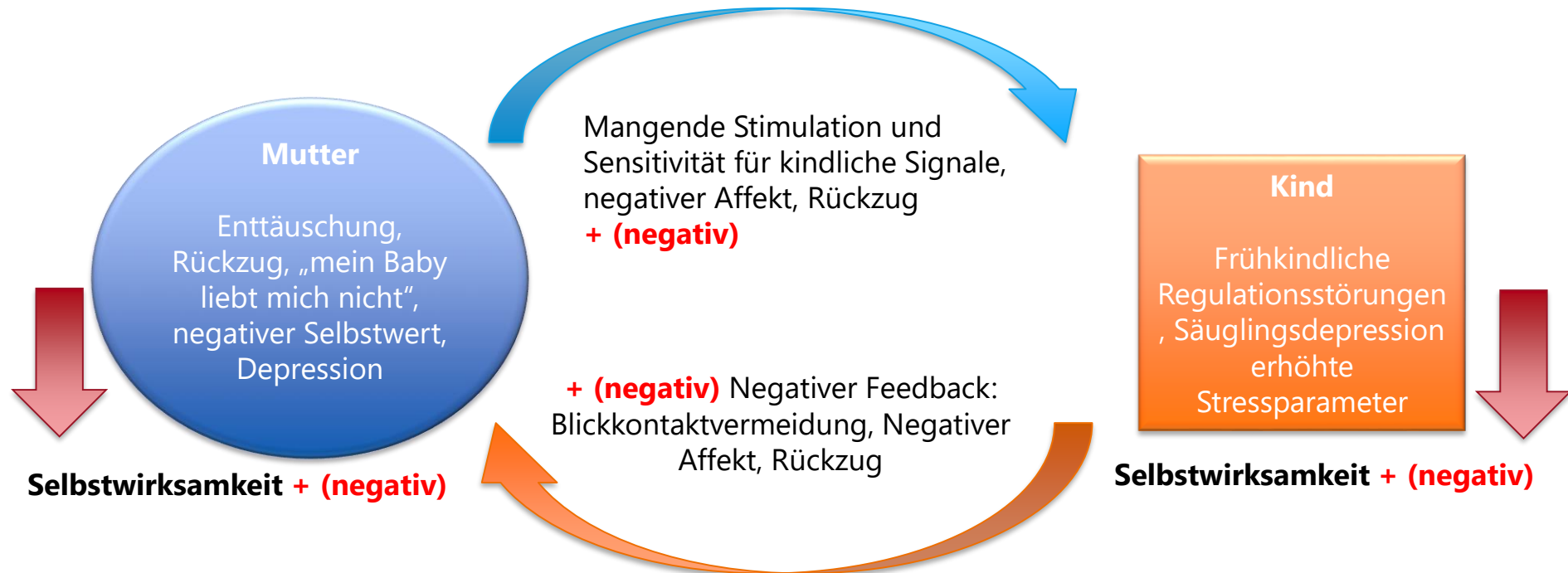


MuKi-Interaktion als potenzieller Übertragungsraum psychischer Störungen

Konzept der positiven Gegenseitigkeit – „Engelskreis“ der MuKi-Interaktion (Papousek, 2002)



Teufelskreismodell MuKi-Interaktion depressiver Mütter (Papousek, 2002)



Siehe auch: Reck, C., Weiss, R., Fuchs, T., Möhler, E., Downing, G., & Mundt, C. (2004). Psychotherapie der postpartalen Depression. *Der Nervenarzt*, 75(11), 1068-1073

Prospektive Studie

(Diop S, Turmes L, Mavrogiorgou-Juckel P)

Störung von Affektivität und sozialer Kognition bei Patientinnen mit postpartaler Depression

Hauptfragestellung der Zwischenergebnisse:

- **Sind soziale Kognition und Affektregulationsstörungen (Alexithymie) mögliche Faktoren einer gestörten Mutter-Kind-Interaktion bei Patientinnen mit einer postpartalen Depression?**

Methodik

Mikro-Interaktionsanalyse der MuKi-Interaktion

- Die Mangold INTERACT Software zur inhaltlichen Codierung MuKi-Video-Dateien, um quantitative Verhaltensdaten zu erhalten
- 5 minütige Videosequenzen im „standardisierten“ Spielsetting
- Aufgabe: „treten Sie mit Ihrem Kind in Kontakt, so wie Sie es zuhause auch machen würden“



INTERACT Verhaltensdimensionen zur Mikro-Interaktionsanalyse

Mutter

Qualitäten der Verhaltensdimensionen

Kind

Affekt

Positiv
Negativ
neutral

Positiv
Negativ
neutral

Affekt

Blickkontakt

Zum Kind
Sonstiges

Zur Mutter
Angebotsobjekt
Sonstiges

Blickkontakt

**Sprachlicher
Ausdruck**

Verbalisierung: positiv, negativ, neutral
Lautierung: positiv, negativ neutral

Positiv
Negativ
neutral

Lautäußerung

Körperkontakt

Positiv, negativ, inadäquat, sonstiges

Körpersprache

Positiv, negativ, neutral

Spielangebot

Adäquat, inadäquat, Spiel-
Überangebot, Spiel-Unterangebot,
Spielangebot Sonstiges

Videosequenz Beispiel der
Mikro-Interaktionsanalyse
(MuKI) mittels INTERACT

Positiver Affekt



Videsequenz Beispiel der Mikro-Interaktionsanalyse (MuKI) mittels INTERACT Negativer Affekt

CTRL CAM 1



Videsequenz Beispiel der Mikro-Interaktionsanalyse (MuKI) mittels INTERACT Negativer Affekt



Videosequenz Beispiel der Mikro-Interaktionsanalyse (MuKI) mittels INTERACT

Neutraler Affekt



Videosequenz Beispiel der Mikro-Interaktionsanalyse (MuKI) mittels INTERACT Adäquates Spiel-

CTRL CAM 1



CTRL CAM 1



Videosequenz Beispiel der
Mikro-Interaktionsanalyse
(MuKI) mittels INTERACT

Spiel-
Unterangebot





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !



Luc Turmes
luc.turmes@lwl.org

LWL - Klinik Herten
www.lwl-klinik-herten.de