

Wenn der frühe Eltern-Kind-Dialog scheitert – Sozialpädagogische Interventionsmöglichkeiten am Beispiel postpartaler Depression

Michelle Schaffner

veröffentlicht unter den socialnet Materialien

Publikationsdatum: 07.10.2015

URL: <http://www.socialnet.de/materialien/26411.php>

**Wenn der frühe Eltern-Kind-Dialog scheitert –
Sozialpädagogische Interventionsmöglichkeiten
am Beispiel postpartaler Depression**

Masterarbeit zur Abschlussprüfung an der Hochschule Darmstadt,
Fachbereich Gesellschaftswissenschaften und Soziale Arbeit
vorgelegt von: Michelle Schaffner
Matrikel-Nr.: 723495
Erstreferent: Prof. Dr. phil. Thilo Maria Naumann
Zweitreferentin: Prof. Dr. med. Cornelia Krause-Girth

Note: 1,0

Datum der Abgabe: 29.06.2015

Inhaltsverzeichnis

I	Einleitung	S. 1
II	Postpartale psychische Störungen – ein Überblick	S. 3
1	Postpartaler Blues („Baby Blues“)	S. 4
2	Postpartale Psychose.....	S. 6
III	Postpartale Depression	S. 8
1	Wahrnehmung im wissenschaftlichen Fachdiskurs.....	S. 8
2	Definition.....	S. 8
3	Prävalenz.....	S. 11
4	Symptomatik.....	S. 14
5	Dauer und Verlauf.....	S. 18
6	Risikofaktoren.....	S. 18
7	Väterliche postpartale Depression.....	S. 20
IV	Elternschaft	S. 21
V	Der frühe Eltern-Kind-Dialog	S. 26
1	Der frühe Eltern-Kind-Dialog unter gelingenden Bedingungen.....	S. 27
1.1	Der Säugling als (aktiver) Dialogpartner.....	S. 27
1.2	Affektregulierung	S. 27

2	Der frühe Eltern-Kind-Dialog unter erschwerten Bedingungen.....	S. 32
2.1	Besonderheiten des Interaktionsverhaltens postpartal depressiver Mütter mit ihrem Säugling.....	S. 33
2.1.1	Zurückgezogenes Interaktionsverhalten.....	S. 34
2.1.2	Überstimulierendes Interaktionsverhalten.....	S. 35
2.2	Frühkindliche Reaktionsweisen bzw. Anpassungsstrategien des Säuglings auf das depressive Interaktionsverhalten der Mutter.....	S. 37
2.3	Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung.....	S. 40
VI	Präventions- und Interventionsmöglichkeiten.....	S. 43
1	Der Willkommensbesuch für Neugeborene.....	S. 43
2	Stationäre Behandlung nach dem ‚Heppenheimer Modell der Mutter-Kind-Behandlung®‘.....	S. 48
3	Zwischen Prävention und Intervention – Das STEEP™-Programm.....	S. 59
VII	Fazit.....	S. 71
VIII	Literatur.....	S. 75

I Einleitung

„**Während ihrer Schwangerschaft** [...] **freut sich [Rebecca] auf ihr Baby**; liebevoll streichelt sie über ihren Bauch, scherzt mit dem Ungeborenen, baut mit ihrem Mann die große Altbauwohnung zu einem gemütlichen Nest um.

[Doch nach der Geburt ist] alle Fröhlichkeit [...] **von ihr abgefallen**. Unsicher und befremdet beäugt sie ihr Kind, das gesund ist und entzückend und bei allen anderen Menschen in ihrer Umgebung begeisterte ‚Duziduzi‘-Anfälle hervorruft. Nur bei ihr nicht. Statt der bedingungslosen Liebe, die sie wie selbstverständlich erwartet hat, empfindet sie nur Hilflosigkeit und Verzweiflung. Ihr Sohn bleibt ihr fremd. Von Schuldgefühlen überwältigt, erstickt Rebecca beinahe an ihrer Traurigkeit und dem Gedanken daran, eine schlechte Mutter zu sein. Versagt zu haben bei einem Prozess, der doch das natürlichste der Welt sein müsste“ (Stuck/Benda 2008).

Die Geschichte von Rebecca aus dem deutschen Spielfilm „Das Fremde in mir“ von Emily Atef aus dem Jahr 2008 stellt kein Einzelfall dar. Der Zeitpunkt der Geburt führt bei vielen Frauen zur Entstehung psychischer Beschwerden. Jedoch werden diese in der fachlichen und öffentlichen Wahrnehmung in ihrer Häufigkeit sowie ihrer Tragweite bisweilen unterschätzt und gehen mit einer hohen Stigmatisierung der Betroffenen einher (vgl. Hornstein/Trautmann-Villalba 2010, S. 63).

Der Beweggrund, eine Arbeit über die Thematik: *„Wenn der frühe Eltern-Kind-Dialog scheitert – Sozialpädagogische Interventionsmöglichkeiten am Beispiel postpartaler Depression“* zu verfassen, ist in meinem Studium begründet.

Während meines Studiums der Sozialen Arbeit galt mein Interesse stets Veranstaltungen im frühkindlichen Bereich; hierbei insbesondere Veranstaltungen, welche die frühen affektiven Abstimmungsprozesse zwischen den Eltern und ihrem Säugling thematisierten sowie sich mit der Frage auseinandersetzten, welche Auswirkungen es auf die kindliche Entwicklung hat, wenn die Fähigkeit der Eltern, passgenau auf die Signale und Bedürfnisse des Säuglings einzugehen, aufgrund unterschiedlichster Ursachen (bspw. aufgrund einer psychischen Erkrankung), beeinträchtigt ist.

In meiner Arbeit stelle ich mir die Frage, welche sozialpädagogischen Interventionen sich als geeignet erweisen, wenn der frühe Eltern-Kind-Dialog, aufgrund einer postpartalen Depression seitens einer Bezugsperson des Kindes, beeinträchtigt ist.

An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, dass ich in dieser Arbeit die Perspektive postpartal depressiver Mütter einnehme, da diese bisher besser erforscht ist (vgl. Hofecker Fallahpour u.a. 2005, S. 143). Es sei jedoch angemerkt, dass auch Väter von einer postpartalen Depression betroffen sein können.

Um die postpartale Depression von anderen psychischen Störungen in der Postpartalzeit abzugrenzen, widme ich mich zu Beginn meiner Arbeit postpartalen psychischen Störungen im Allgemeinen, um mich im dritten Kapitel im Speziellen mit der postpartalen Depression zu befassen. Im Anschluss daran gehe auf die Thematik der Elternschaft ein, um mich im fünften Kapitel dem Eltern-Kind-Dialog, sowohl unter gelingenden als auch unter erschwerten Bedingungen, zu widmen. Schließlich zeige ich im sechsten Kapitel dieser Arbeit Präventions- und Interventionsmöglichkeiten auf. Hierbei erfolgt eine kritische Diskussion der vorgestellten Präventionen sowie Interventionen. Die Arbeit wird mit einem Fazit abgeschlossen.

II Postpartale psychische Störungen – ein Überblick

Die Geburt eines Kindes wird in unserer Gesellschaft mit einem Bild von Glück und Freude in Verbindung gebracht. Wenn sich Mutterglück jedoch nicht selbstverständlich einstellt und es zum Versiegen der Freude über die Mutterschaft unter den Anforderungen des Alltags mit dem Säugling kommt und eine Relativierung mancher hochgesteckten Erwartungen an die Mutterrolle von Nöten ist, setzen sich viele Mütter unter Druck. Damit geht häufig eine Überforderung der Anpassungsfähigkeit an die Mutterschaft einher. Aus Scham und Schuldgefühlen kommt es bei den betroffenen Müttern zum Rückzug. Sogar vor den nächsten Angehörigen bringen sie ihre Empfindungen nicht zum Ausdruck.

Die Geburt führt bei vielen Frauen zur Auslösung psychischer Beschwerden. Besonders für Frauen mit einer erhöhten Vulnerabilität stellt die Geburt ein Risikofaktor dar, welcher als Auslöser für eine psychische Störung fungieren kann. Die biologischen und hormonellen Umstellungen, die mit der Geburt einhergehen, ebenso wie die psychischen und sozialen Belastungen der Mutterschaft, können bei prädisponierten Frauen psychische Beschwerden bzw. psychische Störungen hervorbringen. Diese bleiben jedoch häufig unerkannt und werden nicht behandelt (vgl. Hornstein/Trautmann-Villalba 2010, S. 63).

Postpartale psychische Störungen sind durch eine große Heterogenität gekennzeichnet. Sie können das gesamte Spektrum psychiatrischer Erkrankungen zum Inhalt haben (vgl. ebd., S. 63).

„Postpartale Depressionen müssen differenzialdiagnostisch vom sogenannten Baby Blues [...] und der postpartalen Psychose unterschieden werden“ (Reck u.a. zit. in: Reck 2014a, S. 303).

Um die postpartale Depression von anderen psychischen Störungen in der Postpartalzeit abgrenzen zu können, erfolgt zunächst eine Darstellung der häufigsten postpartalen psychischen Störungen, bevor in Kapitel III explizit auf die postpartale Depression eingegangen wird (vgl. Kumar/Brockington; Hamilton/Harberger zit. in: Pedrina 2006, S. 31).

1 Postpartaler Blues („Baby Blues“)¹

Meine Ausführungen zur Darstellung der psychischen Störungen in der Postpartalzeit beginne ich mit dem sogenannten Baby Blues, da es sich hierbei um die „leichteste“ Form der psychischen Störungen handelt und vorerst keinerlei Behandlung von Nöten ist (vgl. Rohde 2014, S. 16).

Bei dem sogenannten „Baby Blues“ handelt es sich um eine vorübergehende, kurz andauernde psychische Störung, welche eine leichte depressive Symptomatik aufweist, die häufig in Form von Erschöpfung, Traurigkeit, Stimmungslabilität, Ängstlichkeit und Irritierbarkeit zum Ausdruck kommt (vgl. Reck 2014a, S. 303).

Diese Stimmungslabilität ist durch einen schnellen Wechsel zwischen Glücklichein und Weinen gekennzeichnet. Die Symptomatik der Irritierbarkeit zeigt sich in Form einer erhöhten Empfindlichkeit (vgl. Rohde 2014, S. 19).

Bei den Angaben zur Häufigkeit, zum Zeitpunkt des Auftretens und zur Dauer des Baby Blues sind in der Fachliteratur große Schwankungen zu finden.

Die Prävalenzraten variieren zwischen 25 bis 40% (Riecher-Rössler 2006, S. 12), 40 bis 85% (O’Hara; Riecher-Rössler; Gotlib/Hammen zit. in: Hartmann 2011a, S. 65) und etwa 50% (Reck 2014a). Nach Salis ist diese große Spannbreite in den Prävalenzraten auf methodische Unterschiede der verschiedenen Studien und der subjektiven Beurteilung der Symptome zurückzuführen (vgl. Salis 2007, S. 4). Sind für manche Wissenschaftler bspw. Müdigkeit und Schlafstörungen typische Symptome, welche sie als zugehörig zu der Form des Baby Blues zählen, stellen diese für andere Experten ganz gewöhnliche Reaktionsmuster der Frau auf ihre aktuelle Situation dar. Hier werden Symptome von Müdigkeit und Schlafstörungen mit der körperlichen und seelischen Anstrengung durch die Geburt begründet (vgl. ebd., S. 4).

Betrachtet man die Angaben bezüglich des Zeitpunktes des Auftretens des Baby Blues lassen sich Angaben zwischen dem zweiten und fünften Tag (Reck 2014a), dem dritten und siebten Tag postpartum (vgl. O’Hara u.a. zit. in: Oddo u.a. 2008, S. 11), sowie

¹ Bei dem Begriff ‚Baby Blues‘ handelt es sich um einen umgangssprachlichen Begriff, welcher aus dem englischen Sprachgebrauch stammt (vgl. Rohde 2014, S. 19). Neben der Bezeichnung „Baby Blues“ existieren im Fachdiskurs weitere Termini (vgl. Salis 2007, S. 4). So ist auch von dem postpartalen Blues oder der postpartalen Dysphorie (so z.B. bei Wortmann-Fleischer/Downing/Hornstein 2006, S. 15) die Rede. Bei Rhode findet sich neben der Bezeichnung Baby Blues auch noch die umgangssprachliche deutsche Bezeichnung der Heultage (vgl. Rohde 2004, S. 28).

Aufgrund der Tatsache, dass bei den meisten Autoren (z.B. Oddo u.a. 2008, Reck 2014a, Salis 2007, Hartmann 2011a) der Begriff des Baby Blues Verwendung findet, habe ich mich dazu entschieden in meiner Arbeit ebenfalls diesen Begriff zu gebrauchen.

Angaben innerhalb der ersten zwei Wochen nach der Entbindung finden (Kumar/Brockington; Hamilton/Harberger zit. in: Pedrina 2006, S. 31).

Nach Reck kann der Baby Blues von wenigen Stunden bis zu wenigen Tagen andauern (vgl. Reck 2014a, S. 303). Nach Kumar/Brockington; Hamilton/Harberger kann er sogar über wenige Wochen fortbestehen (vgl. Kumar/Brockington; Hamilton/Harberger zit. in: Pedrina 2006, S. 31).

Oddo u.a. gehen davon aus, dass die leichte depressive Reaktion, welche mit dem postpartalen Blues einhergeht, als eine körperliche und psychische Anpassungsreaktion an die postpartale Situation zu verstehen ist (vgl. Oddo u.a. 2008, S. 11).

Nach Rohde handelt es sich bei dem Baby Blues um eine ganz gewöhnliche Folge der sehr raschen Hormonumstellung nach der Geburt, die mit dem Abfall der Hormonspiegel, um den dritten bis fünften Tag nach der Entbindung, in Zusammenhang steht. Wie alle ausgeprägten hormonellen Veränderungen, können auch diese Hormonschwankungen eine psychische Labilität zur Folge haben (vgl. Rohde 2014, S. 19).

Führt Rohde das Auftreten des postpartalen Blues auf die hormonelle Umstellung nach der Entbindung zurück, so schreibt Salis, dass „Wissenschaftler bis heute keine eindeutige Ursache des Babyblues ausmachen [konnten]: Weder ist die hormonelle Umstellung verantwortlich, noch sind es psychosoziale Faktoren oder die Dauer des Klinikaufenthaltes postpartum und auch nicht die Frage, ob die Frau stillt oder nicht“ (Salis 2007, S. 5).

Auch wenn es sich bei dem Baby Blues lediglich um eine leichte depressive Symptomatik handelt, welche vorerst nicht behandlungsbedürftig ist (vgl. Rohde 2014, S. 16), erachte ich es als unbedingt notwendig, die Mutter sowie den Vater und/oder weitere Familienangehörige in dieser Phase einfühlsam zu begleiten (vgl. Salis 2007, S. 5). Hierfür müssen die Fachkräfte über Fähigkeiten des ‚Holding‘ (Winnicott) und ‚Containing‘ (Bion) verfügen (vgl. Naumann 2011, S. 28). Eine Voraussetzung für eine einfühlsame Begleitung ist jedoch, dass die Frauen ihre Beschwerden äußern.

Dauern die Symptome des Baby Blues über einen längeren Zeitraum an, laut Hartmann länger als zwei Wochen, muss an den Beginn einer postpartalen Depression gedacht werden, welche einer Behandlung bedarf (vgl. Hartmann 2011a, S. 65).

2 Postpartale Psychose²

Bei der postpartalen Psychose handelt es sich um eine schwere psychische Störung, bei der häufig eine stationäre Behandlung erforderlich ist (vgl. Kumar/Brockington; Hamilton/Harberger zit. in: Pedrina 2006, S. 32). Es handelt sich um die schwerste Form der psychischen Störungen in der Postpartalzeit (vgl. Dohmen 2007, S. 54).

Nach Salis kann sich die postpartale Psychose in Form von manischen, depressiven oder schizophrenen Zuständen äußern.

Typische Symptome der manischen Form postpartaler Psychosen sind Wahnvorstellungen oder auch eine gesteigerte Antriebsfähigkeit verbunden mit einem Bedürfnis nach geringerem Schlaf.

Die depressive Form der postpartalen Psychose zeigt sich in einer verstärkten Intensität typischer Symptome einer Depression. Sie ist u.a. durch Schuld- und Unzulänglichkeitsgefühle und Bewegungs- und Teilnahmslosigkeit gekennzeichnet. Darüber hinaus leiden die Betroffenen gehäuft unter dem Verlust der Realität (vgl. Salis 2007, S. 9 f.).

Frauen mit der schizophrenen Variante der Psychose in der Postpartalzeit berichten häufig von Halluzinationen, Wahnvorstellungen oder sie verhalten sich bizarr (vgl. Salis 2007, S. 10; vgl. Kumar/Brockington; Hamilton/Harberger zit. in: Pedrina 2006, S. 32). Häufig kommt es bei der Psychose im Postpartalzeitraum auch zu Mischformen der drei unterschiedlichen Typen (vgl. Salis 2007, S. 10). Auf Seiten der Mütter erfolgt meist ein Einbeziehen ihrer Säuglinge in ihre unrealistischen Gedanken und ihre veränderte Wahrnehmung (vgl. Wortmann-Fleischer/Downing/Hornstein 2006, S. 15).

Auch wenn die Prävalenzrate lediglich 0,1 bis 0,2% beträgt und es sich somit um ein bis zwei Fälle pro tausend Geburten handelt (vgl. Brockington zit. in: Reck 2014a, S. 303), weist die postpartale Psychose aufgrund der hohen Erregung sowie der hohen affektiven Beteiligung, welche mit der Störung korreliert, eine besonders hohe Dramatik auf (vgl. Wortmann-Fleischer/Downing/Hornstein 2006, S. 15). Der schizo-depressive Mischtyp verlangt besondere Aufmerksamkeit, da bei dieser Variante die Gefahr des Suizids am größten ist (vgl. Nispel zit. in: Salis 2007, S. 10).

Die postpartale Psychose tritt kurze Zeit nach der Entbindung (vgl. Kumar/Brockington; Hamilton/Harberger zit. in: Pedrina 2006, S. 32), meist innerhalb der ersten beiden

² Neben der Bezeichnung der postpartalen Psychose ist in der Literatur auch der Begriff der Wochenbettpsychose zu finden. So bspw. bei Rohde (vgl. Rohde 2014, S. 22). In dieser Arbeit findet jedoch ausschließlich der Begriff der postpartalen Psychose Verwendung.

Wochen nach der Geburt des Kindes, in Erscheinung (vgl. Hübner-Liebermann/Hausner/Wittmann 2012, S. 420). Die Dauer variiert in Abhängigkeit von dem Schweregrad und dem klinischen Erscheinungsbild. Sie kann von einigen Tagen bis zu Monaten andauern (vgl. Rohde 2004, S. 28).

In dem internationalen Klassifikationsmanual psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) erfolgt die Einordnung der postpartalen Psychose unter F53.1 „schwere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, andernorts nicht klassifiziert“ als „nicht näher bezeichnete Puerperalpsychose“ (Dilling/Mombour/Schmidt 2005, S. 219).

Exkurs: Weitere psychische Störungen in der Postpartalzeit

Bevor ich mich im nächsten Kapitel der postpartalen Depression widme, möchte ich es nicht unerwähnt lassen, dass einige Autoren neben der Abgrenzung des Baby Blues sowie der postpartalen Psychose von der postpartalen Depression, noch weitere psychische Störungen von dieser unterscheiden. So geht Rohde auf die postpartale depressive Reaktion nach Todgeburt/Frühgeburt oder die Geburt eines kranken oder behinderten Kindes ein (vgl. Rohde 2004, S. 33), Rohde (2004), Salis (2007) und Dohmen (2007) auf die postpartale posttraumatische Belastungsstörung (vgl. Rohde 2004, S. 33; Salis 2007, S. 12; Dohmen 2007, S. 65). Hieran wird deutlich, dass neben den in Kapitel II dargestellten psychischen Störungen in der Postpartalzeit noch weitere wichtige Störungen postpartum existieren, so bspw. auch Panikstörungen oder andere Angststörungen, die in der Postpartalzeit in Erscheinung treten (vgl. Brockington zit. in: Pedrina 2006, S. 32). Es kann also nicht gesagt werden, dass es sich bei der postpartalen Psychopathologie um eine abgrenzbare Symptomatik handelt, welche einfach zu untergliedern ist (vgl. Pedrina 2006, S. 32). Da mir in dieser Arbeit umfangslogisch Grenzen gesetzt sind, kann jedoch nicht näher auf die benannten psychischen Störungen in der Postpartalzeit eingegangen werden.

III Postpartale Depression

1 Wahrnehmung im wissenschaftlichen Fachdiskurs

Bei der postpartalen Depression handelt es sich um die häufigste psychische Störung in der Postpartalzeit (vgl. Oddo u.a. 2008, S. 11). Jedoch hat sie erst Mitte des letzten Jahrhunderts Anerkennung als verbreitete psychische Störung erhalten, im Gegensatz zur postpartalen Psychose, deren Etablierung in der Geburtsmedizin bereits früh erfolgt ist. Doch auch nachdem die Anerkennung der postpartalen Depression als verbreitete psychische Störung erfolgt war, blieb ihre Erforschung zunächst aus.

Dies hängt mit der Zugehörigkeit der von der postpartalen Depression aufgeworfenen Fragestellungen zu zwei unterschiedlichen Fachgebieten zusammen: Der Psychiatrie und der Geburtshilfe.

Der Kampf gegen die Vernachlässigung der Thematik sowie gegen die herrschende Unwissenheit lag lange Zeit in der Verantwortung einzelner Ärzte und Ärztinnen, welche auf klinische Erfahrungen auf diesem Gebiet zurückgreifen konnten. Zu nennen sind hierbei James A. Hamilton aus San Francisco (Hamilton, 1962) und Katharina Dalton in London (Dalton 1980).

Im Jahr 1980 wurde in Manchester schließlich ein interdisziplinärer Kongress organisiert, auf dem ein Austausch zwischen Experten aus der Psychiatrie, der Gynäkologie, der Endokrinologie sowie Fachkräften aus pflegerischen und sozialarbeiterischen Berufen über die Erkenntnisse und Entwicklungen in den unterschiedlichen Bereichen erfolgte. Hieran schloss sich die Gründung einer Fachgesellschaft von einer Gruppe von Psychiatern an. Der Namensträger der Fachgesellschaft war der französische Pionier Marcé (vgl. Pedrina 2006, S. 31 f.).

2 Definition

„Von einer [postpartalen Depression] wird dann gesprochen, wenn die normale depressive Symptomatik des Babyblues [...] länger als 2 Wochen anhält“ (Hartmann 2011a, S. 65). Diese Definition von Hartmann knüpft an die Einordnung der „depressiven Episode (F32)“ in das „internationale Klassifikationsmanual psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F)“ an (Dilling/Mombour/Schmidt 2005, S. 139 f.).

Hierbei muss jedoch angemerkt werden, dass die postpartale Depression weder in dem „internationalen Klassifikationsmanual psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F)“

noch in dem „diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen DSM-IV³ (Saß/Wittchen/Zaudig 1998) in einer eigenständigen Diagnosekategorie aufgeführt ist (vgl. Hartmann 2011a, S. 65).

Im ICD-10 ist die postpartale Depression unter der Störungsgruppe F53 „Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert“, genauer unter F53.0 „leichte psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert“ zu finden (ICD-10-GM-2015a). In dieser Störungsgruppe erfolgt lediglich eine Klassifikation psychischer Störungen, die in Zusammenhang mit dem Wochenbett stehen, innerhalb von sechs Wochen nach der Geburt beginnen und nicht die Kriterien für anderenorts im Kapitel V (F) klassifizierte Störungen erfüllen (vgl. ebd.).

Darüber hinaus kann eine Spezifizierung des Zeitpunktes des Auftretens unter 0.99- „Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren“ genauer unter 099.3 „Psychische Krankheiten sowie Krankheiten des Nervensystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren“ (ICD-10-GM-2015b) vorgenommen werden (vgl. Hübner-Liebermann/Hausner/Wittmann 2012, S. 420). Diese Kategorie beinhaltet Zustände, die für ein Komplizieren der Schwangerschaft sorgen, aufgrund der Schwangerschaft eine Verschlechterung erfahren oder den Hauptgrund für eine geburtshilfliche Betreuung bilden (vgl. ICD-10-GM-2015b).

In dem „diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen DSM-IV“ ist die postpartale Depression unter den affektiven Störungen mit der Zusatzcodierung „mit postpartalem Beginn“ klassifiziert⁴. So heißt es hier: „Die Zusatzcodierung Mit postpartalem Beginn kann verwendet werden, wenn die aktuelle (oder letzte) Depressive, Manische oder Gemischte Episode bei Major Depression, Bipolar I oder Bipolar II Störung oder Kurze Psychotische Störung [...] innerhalb von vier Wochen nach einer Entbindung aufgetreten ist“ (Saß/Wittchen/Zaudig 1998, S. 447). Man kann also sagen,

³ Es existiert bereits das „Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen DSM-5®“ (Falkai/Wittchen 2015). Die deutsche Ausgabe ist im Jahr 2015 erschienen. Aufgrund der Tatsache, dass bei der Klassifikation der postpartalen Depression kaum Änderungen vorgenommen wurden, behalte ich es mir vor in meiner Arbeit das DSM-IV zu verwenden. Auf bestehende Änderungen, die sich von den Klassifikationsmerkmalen des DSM-IV unterscheiden, wird an entsprechender Stelle in Form einer Fußnote hingewiesen.

⁴ Im DSM-5 ist die postpartale Depression unter den depressiven Störungen mit der Zusatzcodierung „mit peripartalem Beginn“ klassifiziert. Indem der „postpartale Beginn“ durch den „peripartalen Beginn“ ersetzt wurde, schließt die Zusatzcodierung im DSM-5 auch den Beginn des Auftretens in der Schwangerschaft mit ein (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 251).

⁵ Die Zusatzcodierung „mit peripartalem Beginn“ des DSM-5 beinhaltet nicht mehr die Bipolar I und Bipolar II Störung (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 251-252). Im Unterschied zum DSM-IV erfolgt nämlich

dass die postpartale Depression nach DSM-IV entsprechend der Major Depression mit der Zusatzcodierung „mit postpartalem Beginn“ zu klassifizieren ist.

Im wissenschaftlichen Fachdiskurs wird der Zeitpunkt des Auftretens/der Beginn der postpartalen Depression gemäß den Klassifikationsmanualen DSM-IV und ICD-10 innerhalb eines Zeitraums von vier (DSM-IV) bzw. bis zu sechs Wochen postpartum (ICD-10) kritisch diskutiert. So kommt es nicht bei allen Betroffenen zur Entwicklung einer postpartalen Depression innerhalb der angegebenen Zeitspanne (vgl. Bitzer/Alder 2006, S. 65). Vielmehr handelt es sich eher um ein schleichendes Auftreten depressiver Symptome (Rohde 2014, S. 16). Neben den Angaben zum Zeitpunkt des Auftretens gemäß den Klassifikationsmanualen, existieren in der Literatur weitere unterschiedliche Angaben. So liegen die Zeitpunkte des Auftretens bei drei Wochen bis zu einigen Monaten nach der Geburt (Kumar/Brockington; Hamilton/Harberger zit. in: Pedrina 2006, S. 31), innerhalb der ersten sechs Monate nach der Entbindung (Wortmann-Fleischer/Downing/Hornstein 2006, S. 15) oder auch bis zu einem Jahr postpartum (Dohmen 2007, S. 39). Aufgrund dieser Tatsache sind in der Literatur gehäuft Definitionen postpartaler Depressionen zu finden, die ein Auftreten innerhalb des ersten Jahres postpartal einschließen. So schreibt Riecher-Rössler: „Als ‚postpartale Depressionen‘ werden alle behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen bezeichnet, die im ersten Jahr nach der Entbindung auftreten oder bestehen“ (Riecher-Rössler 2012, S. 52).

Aus klinischer Sicht weisen die genannten Zeiträume bis zu einem Jahr nach der Entbindung eine hohe Plausibilität auf, da eine postpartale Depression oftmals erst einige Monate nach der Entbindung diagnostiziert wird. Eine der Hauptursachen liegt in dem vermeidenden Umgang der betroffenen Mütter mit ihren Bedürfnissen. Diese Mütter sind meist bemüht ihr Gefühl mütterlicher Unzulänglichkeit zu verstecken, das Fragen nach Unterstützung bleibt aus. Es handelt sich häufig um Frauen, deren bisheriges Leben durch eine ausgezeichnete Organisation gekennzeichnet war, die Erfolg in ihrem Beruf hatten und denen die Integration all ihrer Interessen und Verpflichtungen in ihren Tagesablauf bisher problemlos gelang. Diesem hohem Maß an Selbstbestimmung wird durch die Geburt des Säuglings nun ein Ende bereitet, da die Bestimmung des Tagesablaufes nun durch den Säugling und nicht mehr die Mutter erfolgt (vgl. Hartmann 2011a, S. 67).

eine getrennte Darstellung des Kapitels „Depressive Störungen“ und des Kapitels „Bipolare und Verwandte Störungen“ (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 209).

3 Prävalenz

Bei der Literaturdurchsicht hinsichtlich der Angaben der Prävalenzraten hat sich gezeigt, dass die Angaben durch eine große Spannbreite gekennzeichnet sind (vgl. Hofecker Fallahpour u.a. 2005, S. 110). Das vorliegende Zahlenmaterial besitzt daher nur eine begrenzte Aussagekraft (vgl. Hartmann 2011a, S. 66). Die Ursache hierfür liegt in der Unterschiedlichkeit hinsichtlich der Art der Stichprobe, den Erhebungsmethoden, dem Zeitpunkt des Erfassens, dem Zeitraum und dem Erhebungsland (vgl. Ludwig-Körner 2014, S. 51; vgl. Hornstein/Trautmann-Villalba 2010, S. 64). So sind bspw. in Dänemark oder auf Malta „fast keine Fälle registriert“, wohingegen die Prävalenzrate in Taiwan, Costa Rica oder Portugal 35 bis 60% beträgt (vgl. Hornstein/Trautmann-Villalba 2010, S. 64).

Darüber hinaus unterscheiden sich die Prävalenzraten in Abhängigkeit zu den diagnostischen Kriterien, die angewendet werden (vgl. Riecher-Rössler 2006, S. 12).

Nach O’Hara und Swain „stellt die uneinheitliche Definition der Postpartalzeit, die von vier Wochen bis zu einem Jahr reichen kann, das relevanteste Hindernis zur Vergleichbarkeit der Daten dar“ (O’Hara/Swain zit. in: Hofecker Fallahpour u.a. 2005, S. 110).

Jedoch führen auch Mängel in der Methodik zu einem Erschweren der Vergleichbarkeit der vorliegenden Studien. Dies ist bspw. dann der Fall, wenn ausschließlich Selbstbeurteilungsverfahren verwendet werden oder keine Kontrollgruppen vorhanden sind (vgl. Hofecker Fallahpour u.a. 2005, S. 110). (Näheres zu einem Selbstbeurteilungsverfahren für betroffene Mütter und Väter siehe Exkurs: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) S. 12 in dieser Arbeit).

Die meisten Erhebungen hinsichtlich der Prävalenzrate wurden im angelsächsischen Sprachraum durchgeführt (vgl. Oddo u.a. 2008, S. 12).

„In einer sehr sorgfältigen Metaanalyse fanden *O’Hara* und *Swain* 1996 auf der Basis von 59 methodisch zuverlässigen Studien eine mittlere Prävalenzrate von 13 Prozent“ (Riecher-Rössler 2006, S. 12). Diese Angabe deckt sich mit den Angaben einiger anderer Autoren. So gehen z.B. Rhode (2004), Kumar/Brockington; Hamilton/Harberger (1992) oder auch Wortmann-Fleischer/Downing/Hornstein (2006) von einer Prävalenzrate von 10 bis 15% aus (vgl. Rhode 2004, S. 32; Kumar/Brockington; Hamilton/Harberger zit. in: Pedrina 2006, S. 31; Wortmann-Fleischer/Downing/Hornstein 2006, S. 15). Darüber hinaus lassen sich jedoch auch höhere Angaben bis 25% (Ludwig-Körner 2014, S. 51) sowie niedrigere Angaben finden: „Unter Anwendung strenger diagnostischer Kriterien

in Form von Fremdbeurteilung mittels standardisierter Interviews fanden sich in einigen Studien [...] für klinisch relevante depressive Episoden [Prävalenzraten von 2 bis 3,3%]“ (Kurstjens/Wolke/Ballestrem u.a. zit. in: Hofecker Fallahpour u.a. 2005, S. 110).

In Deutschland ließ sich eine Prävalenzrate von 6% für postpartale Depressionen nach DSM-IV Kriterien ausmachen (vgl. Reck u.a. zit. in Reck 2014a, S. 302). Dies konnte in einer Prävalenzstudie von Reck u.a. herausgefunden werden, in welcher die Befragung von Müttern innerhalb der ersten zwölf Wochen nach der Geburt erfolgte (vgl. Reck u.a. zit. in Reck 2014a, S. 302).

Bevor der Abschnitt über die Prävalenz postpartaler Depression abgeschlossen wird, bedarf es noch einer letzten Anmerkung.

Nach O’Hara u.a. und Dietz u.a. erleiden Frauen in der Postpartalzeit mit einer großen Wahrscheinlichkeit keineswegs häufiger eine schwere, krankheitswertige Depression, als dies bei gleichaltrigen Frauen ohne vorausgegangene Geburt der Fall ist (vgl. O’Hara u.a.; Dietz u.a. zit. in: Riecher-Rössler 2012, S. 55).

Lediglich in den ersten drei Monaten postpartum sei eine leichte Erhöhung der Rate der krankheitswertigen Depression feststellbar. Danach fände jedoch wieder eine Angleichung des Erkrankungsrisikos an das gleichaltriger Frauen ohne Entbindung statt (vgl. Riecher-Rössler 2012, S. 55). Diese leichte Erhöhung in den ersten drei Monaten postpartum wird von vielen Studien „als psychische Verschlechterung“ und „als Ausdruck von ‚Distress‘“, d.h. als Ausdruck von Erschöpfung und Sorge“ interpretiert und somit nicht zur Rate der „krankheitswertigen Depression“ hinzugezählt (vgl. Gröhe; Riecher-Rössler zit. in: Dohmen 2007, S. 41).

Unabhängig davon, ob die Rate einer „krankheitswertigen Depression“ nun bei Frauen in der Postpartalzeit im Vergleich zu Frauen ohne vorausgegangene Geburt erhöht ist oder nicht, handelt es sich bei der postpartalen Depression um eine ernst zu nehmende psychische Störung, welche „ein [...] Risiko für die Gesundheit der Frau, für die Entwicklung einer intakten Mutter-Kind-Beziehung sowie für die emotionale und kognitive Entwicklung des Kindes [darstellt]“ (Reck 2014a, S. 302). (siehe Kapitel III/4 und V/2 in dieser Arbeit).

Exkurs: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Bei der EPDS handelt es sich um einen Selbstbeurteilungsfragebogen, welcher von der betroffenen Frau bzw. dem betroffenen Mann (postpartale Depression bei den Vätern siehe Kapitel III/7) ausgefüllt wird und eine erste Hilfe für das Erkennen einer möglichen

vorhandenen depressiven Symptomatik, die einer Behandlung bedarf, darstellt (vgl. Rohde 2014, S. 23). Die Einführung der EPDS erfolgte im Jahr 1987 von Cox u.a. Es handelt sich um das meist verwendete Screening-Instrument für postpartale Depressionen, da sie einfach anzuwenden und in zahlreiche Sprachen validiert ist. Die Betroffenen benötigen lediglich fünf Minuten, um den Bogen auszufüllen sowie weitere fünf Minuten um diesen auszuwerten (vgl. Hofecker Fallahpour u.a. 2005, S. 126). Die Anwendung der EPDS erfolgt sowohl in wissenschaftlichen Studien als auch in der täglichen ärztlichen Praxis (vgl. Rohde 2014, S. 23). Aufgrund ihrer einfachen Anwendbarkeit „eignet sie sich als Screening-Instrument nicht nur für medizinische Einrichtungen [...], sondern auch für Familienberatungsstellen [und] Sozialdienste“ (Hofecker Fallahpour u.a. 2005, S. 126). Eine „Bestätigung der Diagnose [muss] jedoch mit Hilfe des klinischen Interviews erfolgen“ (ebd., S. 128).

Die EPDS setzt sich aus insgesamt zehn Fragen zu den Bereichen Stimmung, Schuldgefühle, Angstsymptome, Unzulänglichkeitsgefühle, Schlaf, Affektinkontinenz sowie Suizidalität zusammen. Die Beantwortung jeder Frage kann dabei mit einem Grad der Ausprägung von null bis drei erfolgen. Handelt es sich um eine stark ausgeprägte Symptomatik, ist das Erreichen eines maximalen Wertes von 30 Punkten möglich. Der Bewertungszeitraum bezieht sich auf die letzten sieben Tage (vgl. ebd., S. 126). Die Angaben bezüglich der Cut-Off-Werte für das Vorliegen einer aktuellen depressiven Episode unterscheiden sich je nach englisch- oder deutschsprachigen Publikationen, (von Cut-Off-Werten von 12/13 im englischsprachigem Raum und Cut-Off-Werten von 9/10 im deutschsprachigem Raum) (vgl. z.B. Cox u.a. zit. in: ebd., S. 127; vgl. Bergant u.a. zit. in: ebd., S. 128) und zwischen Angehörigen verschiedener Kulturen, was durch das unterschiedliche emotionale Ausdrucksverhalten erklärbar ist (vgl. Matthey u.a. zit. in: ebd., S. 127). Hinzu kommen unterschiedliche emotionale Ausdrucksverhalten zwischen den Geschlechtern innerhalb einer Kultur (vgl. Hofecker Fallahpour u.a. 2005, S. 127). So zeigten Matthey u.a. anhand ihrer Validierung der EPDS an Vätern sechs Wochen postpartum, dass die bisherige Verwendung von Cut-Off-Werten von 12/13 mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu einer systematischen Unterschätzung des Ausmaßes der postpartalen Depression bei Vätern führt. Bei ihrer australischen Stichprobe kamen sie zur Ermittlung von Cut-Off-Werten von 8/9 um das Vorliegen einer Depression bei Vätern verlässlich feststellen zu können (vgl. Matthey u.a. zit. in: ebd., S. 127).

4 Symptomatik

Die Symptomatik der postpartalen Depression stimmt in vielen Punkten mit der Symptomatik einer „depressiven Episode“ gemäß ICD-10: F32 überein (vgl. Oddo u.a. 2008, S. 12). Auch im DSM-IV steht geschrieben: „Im allgemeinen unterscheidet sich die Symptomatik von Depressiven, Manischen oder Gemischten Episoden mit Postpartalem Beginn nicht von den affektiven Episoden ohne vorausgegangene Entbindung“ (Saß/Wittchen/Zaudig 1998, S. 447).

Daher werde ich mich im Folgenden zunächst der „depressiven Episode“ mit ihren typischen Symptomen und Erscheinungsformen widmen, um in einem nächsten Schritt auf die besondere Symptomatik der postpartalen Depression einzugehen.

Im ICD-10 erfolgt die Erfassung der Depression, der „depressiven Episode“ im Abschnitt F3 der „affektiven Störungen“.

Die Gruppe der „affektiven Störungen“ „enthält Störungen deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität entweder zur Depression – mit oder ohne begleitende(r) Angst – oder zur gehobenen Stimmung bestehen. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Symptome beruhen hierauf oder sind im Zusammenhang mit dem Stimmungs- und Aktivitätswechsel leicht zu verstehen. Die meisten dieser Störungen neigen zu Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen (ICD-10-GM-2015c).

Die Symptomatik einer „depressiven Episode“ zeigt sich häufig in Form von einer gedrückten Stimmung. Außerdem sind Antrieb und Aktivität vermindert. Es mangelt an der Fähigkeit zur Empfindung von Freude. Des Weiteren ist eine Verminderung von Interesse und Konzentration vorzufinden. Neben einem gestörten Schlaf und einer Verminderung des Appetits ist bei der „depressiven Episode“ meist eine Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls und Selbstvertrauens in die eigenen Fähigkeiten vorzufinden. Damit gehen Schuldgefühle oder Gedanken über die eigene Wertlosigkeit einher (vgl. ebd.). „Die gedrückte Stimmung [...] kann von so genannten ‚somatischen‘ Symptomen begleitet werden, wie Interessensverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust“ (ebd.).

Im ICD-10 wird eine Unterteilung der „depressiven Episode“ in leicht (F32.0), mittelgradig (F32.1) oder schwer (F32.2 und F32.3: dies bedeutet ohne oder mit psychotischen Symptomen) vorgenommen. Diese Unterteilung steht in Abhängigkeit zu der Anzahl und der Schwere der Symptome.

Bei der „schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome“ gehen neben den o.g. Symptomen häufig Suizidgedanken und –handlungen mit der „depressiven Episode“ einher. Bei der „schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen“ treten zusätzlich noch Halluzinationen und Wahnideen auf (vgl. ICD-10-GM-2015c).

Vergleicht man die Klassifikation und Symptomatik der „depressiven Episode“ der ICD-10 mit der „Episode einer Major Depression“ gemäß DSM-IV so lässt sich feststellen, dass diese fast identisch sind (siehe: Saß/Wittchen/Zaudig 1998, S. 380-388). So kann auch die Depression in der Postpartalzeit leichtere bis sehr schwere Formen annehmen (vgl. Kumar/Brockington; Hamilton/Harberger zit. in: Pedrina 2006, S. 31).

Trotz der Ähnlichkeit zur depressiven Episode gehen mit der postpartalen Depression einige symptomatischen Besonderheiten einher, auf die ich im Folgenden eingehen möchte (vgl. Riecher-Rössler 2006, S. 11).

Bei der postpartalen Depression erfährt das Spektrum der auf den Seiten 14-15 dargestellten depressiven Symptome vor allem durch eine kindbezogene Symptomatik eine Erweiterung (vgl. Oddo u.a. 2008, S. 12). So hat die postpartale depressive Symptomatik die gedankliche Auseinandersetzung mit dem Kind und die Anforderungen an die Mutterschaft zum Inhalt (vgl. Hübner-Liebermann/Hausner/Wittmann 2012, S. 420).

Besonders viele Frauen (etwa 2/3 der Fälle) (vgl. Rohde 2014, S. 21) leiden unter Versagensängsten und Gefühlen der Unzulänglichkeit. Sie erleben sich als ‚schlechte‘ Mutter, welche die Bedürfnisbefriedigung ihres Säuglings nicht erfüllen kann (vgl. Hübner-Liebermann/Hausner/Wittmann 2012, S. 420). Damit gehen große Ängste bezüglich der Gesundheit des Kindes einher (vgl. Dalton; Gröhe; Nispel; Schmid-Siegel; Klier zit. in: Dohmen 2007, S. 39). Das eigene Kind wird als ‚schwierig und fordernd‘ empfunden. Existieren Stillprobleme oder weicht das Kind in seinem Verhalten aus, wird dies als Bestätigung für das eigene Versagen interpretiert und führt zur Verstärkung des Teufelskreises sowie der zunehmenden Erschöpfung (vgl. Hübner-Liebermann/Hausner/Wittmann 2012, S. 420).

Darüber hinaus sind die Gefühle vieler postpartal depressiver Mütter gegenüber ihrem Säugling durch eine große Ambivalenz gekennzeichnet. Häufig fehlen die Gefühle für das eigene Kind gänzlich (vgl. Dalton; Gröhe; Nispel; Schmid-Siegel; Klier zit. in: Dohmen 2007, S. 39). Dies hat bei den Frauen die Verursachung zusätzlicher Schuldgefühle zur Folge, da sie dem eigenen wie dem gesellschaftlichen

Erwartungsdruck an eine Zeit voller Freude und Mütterglück, welche mit der Geburt eines Kindes in Verbindung gebracht wird, nicht gerecht werden können. Aufgrund der Tatsache, dass ablehnende Gefühle gegenüber dem eigenen Kind eine hohe Tabuisierung in unserer Gesellschaft erfahren, haben die betroffenen Mütter oftmals große Ängste und Befürchtungen ihre ambivalenten Gefühle zu äußern (vgl. Hübner-Liebermann/Hausner/Wittmann 2012, S. 420).

Des Weiteren ist für eine Depression, welche in der Postpartalzeit auftritt eine starke Reizbarkeit der Mutter typisch, welche seitens der Mutter einen Kontrollverlust zur Folge hat. Die starke Gereiztheit äußert sich häufig in Form von Ungeduld, Streitsüchtigkeit sowie heftigen, teilweise gewalttätigen Ausbrüchen. Hieran schließt sich meist ein Zusammenbruch mit heftigem Weinen und großen Scham- und Schuldgefühlen an. Diese Aggressionen richten sich auch gegen das Kind. Dies ist bspw. dann der Fall, wenn es weint und der Mutter die Beruhigung ihres Kindes nicht gelingt (vgl. Nispel; Sauter zit. in: Dohmen 2007, S. 40). „In [der] Untersuchung [von Mammen u.a.] gaben 60% der befragten Mütter solche unbeabsichtigten, jedoch in der jeweiligen Situation kaum kontrollierbaren Attacken von Ärger und Wut gegenüber Kind oder Partner an“ (Mammen u.a. zit. in: Hofecker Fallahpour u.a. 2005, S. 116).

„Diese Ausbrüche sind insofern von Bedeutung, weil sie mit der Gefahr von gravierenden Mutter-Kind-Interaktionsstörungen und tätlichen Übergriffen auf das Kind verbunden sind“ (ebd., S. 116).

20-40% (Riecher-Rössler 2012, S. 53) der postpartal depressiven Mütter leiden unter Zwangsgedanken bzw. Zwangsimpulsen, dem Säugling etwas anzutun. Dies stellt für die Betroffenen eine besonders hohe Belastung dar (vgl. Hübner-Liebermann/Hausner/Wittmann 2012, S. 420). Solche Zwangsimpulse treten meist bei den schwereren Formen der postpartalen Depression in Erscheinung (vgl. Kumar/Brockington; Hamilton/Harberger zit. in: Pedrina 2006, S. 31).

„In einer standardisierten Befragung bejahten 41% der depressiven Mütter und 7% der Kontrollmütter solche Gedanken, jedoch nur die depressiven Mütter hatten Angst, mit ihrem Kind allein zu sein oder waren unfähig, ihr Kind alleine zu versorgen“ (Jennings u.a. zit. in: Hornstein/Trautmann-Villalba 2010, S. 64). „Ähnlich hohe Raten (43%) wurden bei stationär behandelten schwer depressiven oder psychotischen Frauen für infantizidale Vorstellungen, das Kind schwer zu verletzen oder zu töten, ermittelt. Ein entsprechendes Verhalten hatten 36% der Frauen gezeigt (Chandra u.a. zit. in: ebd., S. 64).

Neben diesen Zwangsgedanken, können im Rahmen einer schweren postpartalen Depression auch wahnhaftige Symptome zum Vorschein kommen, welche die unkorrigierbare Überzeugung der Mutter zum Inhalt haben, als Mutter zu versagen und die Versorgung ihres Kindes nicht gewährleisten zu können. In besonders schweren Fällen kann es vorkommen, dass die Mutter überzeugt davon ist, dass es für das Kind und sie besser sei, tot zu sein (vgl. Reck 2014a, S. 303). Zwar tritt solch ein ‚erweiterter Suizid‘, bei dem die Mutter sich selbst und vorher ihr Kind tötet, extrem selten auf, die Häufigkeit liegt bei insgesamt 1:50.000 Geburten, jedoch braucht es eine besondere Aufmerksamkeit, um dies rechtzeitig verhindern zu können (vgl. ebd.; Rohde 2014, S. 21). Neben dem „erweiterten Suizid“ kann es bei postpartal depressiven Müttern auch zu einem Infantizid kommen. Nach Trautmann-Villalba und Hornstein sind Säuglinge im ersten Lebensjahr besonders gefährdet, Opfer eines Infantizids zu werden (vgl. Hornstein/Trautmann-Villalba zit. in: Hübner-Liebermann/Hausner/Wittmann 2012, S. 421).

Neben dem „erweiterten Suizid“ sowie dem Infantizid kann es auch zu einem Suizid auf Seiten der postpartal depressiven Mutter kommen. Besonders gefährdet sind vor allem Frauen, welche sich im ersten Jahr nach der Geburt des Kindes einer psychiatrischen stationären Behandlung unterziehen müssen. Dies veranschaulichten Studienergebnisse von Appleby u.a. aus dem Jahr 1998. So hatten diese Mütter ein 70-fach erhöhtes Suizidrisiko gegenüber den Frauen, bei denen keine stationäre Therapie von Nöten war (vgl. Appleby u.a. zit. in: Hofecker Fallahpour u.a. 2005, S. 117).

Bei dem Suizid, dem Infantizid und dem „erweiterten Suizid“ handelt es sich um die tragischsten Verläufe einer Depression in der Postpartalzeit (vgl. Hornstein/Trautmann-Villalba zit. in: Oddo u.a. 2008, S. 12).

In der aktuellen psychiatrischen Fachliteratur (wie bspw. bei Jones und Cantwell 2010) wird der postpartalen Depression ihre Berechtigung als eigenständige psychische Störung in der Postpartalzeit abgesprochen. Vielmehr wird die Auffassung vertreten, dass es sich lediglich um eine spezifische depressive Störung handle, welche zu einem definierten Zeitpunkt in Erscheinung trete und ihre Klassifikation dementsprechend zu erfolgen habe (vgl. Hartmann 2011a, S. 67).

Was hierbei jedoch in Vergessenheit gerät sind die speziellen Randbedingungen, welche mit dieser Erkrankung einhergehen. So hat die postpartale Depression nicht nur Auswirkungen auf die Mutter des Kindes, sondern auch auf den Säugling und dessen

Entwicklung (vgl. Hartmann 2011a, S. 67) Wird die postpartale Depression nicht wahrgenommen oder zu spät behandelt, hat dies enorme Folgen für die Mutter und ihr Kind (vgl. Riecher-Rössler 2012, S. 52).

Mit den obigen Ausführungen wurde gezeigt, dass bei einer postpartalen Depression aufgrund der besonderen Lebenssituation von Mutter und Kind eine besondere Beachtung und Betrachtung von Nöten ist (vgl. Riecher-Rössler; Rohde zit. in Salis 2007, S. 7).

5 Dauer und Verlauf

Die Dauer der postpartalen Depression steht in Abhängigkeit zu dem Schweregrad (vgl. Rohde 2004, S. 28). So kann die Dauer eine Zeitspanne von zwei bis drei Wochen, mehreren Monaten, ein Jahr oder länger betragen (vgl. Ballestrem; Dalton; Sauter zit. in: Dohmen 2007, S. 41).

Betrachtet man die Angaben zum Verlauf einer postpartalen Depression, so kann gesagt werden, dass bei der Hälfte der betroffenen Mütter nach circa drei Monaten ein Rückgang der Symptome festzustellen ist. In 25% der Fälle ist ein Rückgang der Symptome nach sechs Monaten auszumachen. Doch auch wenn die depressiven Symptome zurückgehen sind bei 40% der Mütter auch noch nach einem Zeitraum von zwölf Monaten einzelne depressive Symptome nachweisbar (vgl. O'Hara zit. in: Hartmann 2011a, S. 69).

Besonders problematisch sind daher insbesondere sogenannte milde Depressionen, da die betroffenen Frauen aufgrund der schwachen Ausprägung der Symptome nur eine geringe äußerliche Auffälligkeit zeigen, sie ihre Beschwerden nicht äußern, aber das Gelingen einer emotionalen Beziehung zu ihrem Kind ausbleibt. Wenn die Symptome der postpartalen Depression über drei bis fünf Monate oder darüber hinaus fortbestehen, wirkt sich dies erheblich auf die Kinder aus (vgl. Hartmann 2011a, S. 69).

6 Risikofaktoren

Grundsätzlich kann jede Frau nach der Geburt ihres Säuglings an einer postpartalen Depression erkranken. Es gibt jedoch einige Risikofaktoren, die das Auftreten einer Depression in der Postpartalzeit begünstigen können (vgl. Rohde 2004, S. 33 f.).

„Als Risikofaktoren für eine postpartale Depression werden in der Literatur depressive Episoden in der Vorgeschichte, traumatische Erlebnisse/Vernachlässigung in der eigenen Kindheit, der so genannte Baby Blues, Stressbelastung in der Schwangerschaft, Ungewolltheit der Schwangerschaft, traumatisches Erleben der Geburt, biologische Auslöser, sozioökonomische Faktoren, geringe oder gänzlich fehlende soziale Unterstützung und geringe Partnerschaftszufriedenheit diskutiert“ (z.B. Reck u.a. zit. in: Reck 2014a, S. 302).

Des Weiteren stellen psychiatrische Erkrankungen im familiären Umfeld und eine frühe Mutterschaft weitere Faktoren dar, die das Auftreten einer postpartalen Depression begünstigen können (vgl. Pedrina 2006, S. 34).

Diese Auflistung allgemeiner Risikofaktoren, soll nun durch psychoanalytische Zugänge erweitert werden.

Nach Lorenz-Franzen besteht bei denjenigen Müttern eine besondere Gefahr postpartal an einer Depression zu erkranken, welche den Trauerprozess in Bezug auf den realen Säugling nicht durcharbeiten können (vgl. Lorenz-Franzen 2008, S. 473). (Nähere Erläuterungen zu dem Trauerprozess, den alle Eltern in Bezug auf den realen Säugling durchlaufen müssen, siehe Kapitel IV über Elternschaft).

So schreibt Lorenz-Franzen: *„Die normale Entwicklungskrise wird dann zur pathologischen Störung, wenn die Trauerarbeit nicht geleistet werden kann, weil an Idealisierungen festgehalten werden muss“* (ebd., S. 473).

Nach Pedrina ist das Auftreten einer Depression in der Postpartalzeit, u.a. auf eine fehlende Erfahrung eigener „Bemutterung“ zurückzuführen. So zitiert Gerspach Pedrina folgendermaßen: *„Untersuchungen zur postpartalen Depression von Müttern legen den Schluss nahe, dass diese vor allem dann auftritt, wenn die neue Mutter auf keine eigene analoge, ganz frühe Erfahrung zurückgreifen kann, wie es ist, zu diesem Zeitpunkt bemuttert zu werden“* (Pedrina zit. in: Gerspach 2011, S. 110). Dieser Aspekt wird durch die Ausführungen von Hartmann bekräftigt, welcher schreibt, dass *„viele Mütter mit [postpartaler Depression] [...] problematische Beziehungen mit ihrer eigenen Mutter [beschreiben]“* (Blum zit. in: Hartmann 2011a, S. 74).

Eine andere Auffassung zu diesem Aspekt vertritt Lorenz-Franzen, welche schreibt: *„Es trifft nicht den Kern, wenn Mills davon spricht, dass in der [postpartalen Depression] betrauert werde, was in der eigenen Geschichte an Bemutterung gefehlt hat, vielmehr liegt das Problem darin, dass die Verluste nicht betrauert werden können“* (Lorenz-Franzen 2008, S. 492).

Ein weiterer Aspekt, welcher sich in einem von Pedrina u.a. geleiteten Forschungsprojekt mit postpartal depressiven Müttern und ihren Säuglingen zeigte, die an einer therapeutisch geleiteten Gruppe teilnahmen, knüpft an dem Aspekt der fehlenden Erfahrung eigener Bemutterung an. So werden in den Studienergebnissen *„Abhängigkeit-Autonomie-Konflikte“* der Mütter beschrieben, welche unterschiedliche Formen annehmen können (vgl. Pedrina 2007, S. 228; vgl. Pedrina 2006, S. 153).

Die Existenz des Säuglings führt bei jeder Mutter zur Konfrontation mit der Erfahrung weitgehender Abhängigkeit des Säuglings, sowohl in physischer als auch in psychischer Hinsicht (vgl. Pedrina 2006, S. 153). „Alle Mütter der Gruppe empfanden, dass die Aufgabe mit dem Kind ihnen viel abverlangte, was in Klagen über Anforderungen, die ihnen Schwierigkeiten bereiteten, zum Ausdruck kam“ (ebd., S. 150).

„Bei den Frauen des Projektes lag [darüber hinaus] eine Reaktivierung des Autonomie-Abhängigkeit-Konfliktes vor, wenn Erinnerungen an massive Auseinandersetzungen bezüglich der Autonomieproblematik während der ganzen Kindheit oder in der Adoleszenz vorhanden waren, zum Beispiel in den [...] Fällen, in denen die eigene Mutter sehr krank war und das Verantwortungsverhältnis früh umgekehrt wurde“ (ebd., S. 154).

In dem Kapitel über Präventions- und Interventionsmöglichkeiten (Kapitel VI) werde ich von den hier dargestellten Risikofaktoren, ausgewählte nochmals aufgreifen.

7 Väterliche postpartale Depressionen

Bevor das Kapitel abgeschlossen wird möchte ich schließlich noch auf die väterliche postpartale Depression eingehen. Auch wenn ich in dieser Arbeit die Perspektive postpartal depressiver Mütter einnehme, erachte ich es dennoch als notwendig, die väterliche postpartale Depression im Rahmen dieser Arbeit kurz aufzugreifen.

In den letzten Jahren ist es zur Durchführung mehrerer Untersuchungen über postpartale Depression auf Seiten der Väter gekommen. (vgl. Hartmann 2011a, S. 66). Jedoch handelt es sich bei der väterlichen postpartalen Depression immer noch um eine Thematik, welche im wissenschaftlichen Fachdiskurs bisher wenig Beachtung gefunden hat und eher eine randständige Behandlung erfahren hat (vgl. Hofecker Fallahpour u.a. 2005, S. 143).

Laut einer aktuellen Metaanalyse von Paulson und Bazemore aus dem Jahr 2010 beträgt die Prävalenzrate bei Vätern in den ersten drei bis sechs Monaten postpartal an einer Depression zu erkranken zehn Prozent (vgl. Paulson/Bazemore zit. in: Hartmann 2011a, S. 66).

Das Auftreten einer postpartalen Depression auf Seiten des Vaters kann durch ähnliche Risikofaktoren begünstigt werden wie das der mütterlichen postpartalen Depression (vgl. Hofecker Fallahpour u.a. 2005, S. 143). An dieser Stelle sei daher auf die obige Darstellung der Risikofaktoren (s. S. 18) verwiesen, die auch für die väterliche postpartale Depression ihre Gültigkeit behalten und auf diese übertragen werden können.

IV Elternschaft

Der Übergang zur Elternschaft geht nach Stern mit einer innerpsychischen Neuorganisation auf Seiten der Mutter und des Vaters einher⁶ (vgl. Stern zit. in: Cierpka u.a. 2014, S. 116).

Stern hat die bei der Mutter von statten gehende Neuorganisation auf innerpsychischer Ebene als „Mutterschaftskonstellation“ bezeichnet (vgl. Stern 1998, S. 209). „Diese neue Organisation trägt vorübergehenden Charakter“ (ebd., S. 209). Sie führt zur Entstehung neuer Handlungstendenzen, Sensibilitäten, Phantasien, Ängsten und Wünschen (vgl. ebd., S. 209).

Mit dem Eintritt der Mutter in die Phase der Mutterschaftskonstellation setzt sie sich innerlich mit unterschiedlichen Themen und Diskursen auseinander.

So setzt sich die Mutter innerlich mit der Mutter ihrer eigenen Kindheit, mit sich selbst als Mutter sowie mit ihrem Baby auseinander. Stern hat diese Auseinandersetzung der Mutter als „Mutterschaftstriologie“ bezeichnet.

Darüber hinaus befasst sich die Mutter mit vier unterschiedlichen Themen und Fragestellungen, welche miteinander in Zusammenhang stehen: Dem „*Thema des Lebens und Wachstums*“ (Thema 1), dem „*Thema der primären Bezogenheit*“ (Thema 2), dem „*Thema der unterstützenden Matrix*“ (Thema 3) sowie dem „*Thema der Reorganisation der Identität*“ (Thema 4).

Bei dem Thema des Lebens und Wachstums stellt sich die Mutter die Frage, ob sie sicherstellen kann, dass das Baby überlebt und gedeiht.

Die zentrale Fragestellung bei dem Thema der primären Bezogenheit handelt davon, ob die Mutter eine authentische emotionale Bindung und Beziehung zu ihrem Säugling herstellen kann (vgl. ebd., S. 209 ff.).

Bei dem Thema der unterstützenden Matrix befasst sich die Mutter mit der Frage, ob ihr die Schaffung eines Unterstützungssystems gelingt, welches für sie eine Entlastung bei der Versorgung des Säuglings darstellt (vgl. Stern 1998, S. 211; vgl. Naumann 2011, S. 60).

Das Thema der Reorganisation der Identität beinhaltet schließlich die zentrale Frage, ob der Mutter die Integration ihrer Rolle als Mutter in ihre bestehende Identität gelingt, so

⁶ An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, dass es neben dieser „klassischen“ Familienform, bspw. auch Regenbogenfamilien gibt, bei denen die Familie z.B. aus zwei Müttern besteht. Die Ausführungen in dieser Arbeit behalten für diese ebenfalls ihre Gültigkeit.

dass sie die anderen Aufgaben erfüllen kann (vgl. Stern 1998, S. 211; vgl. Stern zit. in: Naumann 2011, S. 60).

Jedes dieser unterschiedlichen Themen geht mit bestimmten Sorgen und Ängsten auf Seiten der Mutter einher, die an sie gestellten Herausforderungen nicht „genügend gut“ zu erfüllen (vgl. Stern zit. in: Frey/Nakhla 2014, S. 128). Hieran zeigt sich, dass der Übergang zur Mutterschaft auch unter „normalen Bedingungen“ bereits eine krisenhafte Phase darstellt (vgl. Ludwig-Körner 2014, S. 43). Diese Ängste und Sorgen sind umso größer je weniger die Mutter auf eigene gute Erfahrungen des „Bemuttwerdens“ zurückgreifen kann (vgl. Pedrina zit. in: Gerspach 2011, S. 110).

Mit Hilfe der Mutterschaftskonstellation lassen sich meiner Ansicht nach einige Risikofaktoren der postpartalen Depression, welche bereits in Kapitel III/6 dargestellt wurden, erklären. Wurde die werdende Mutter bspw. in ihrer eigenen Kindheit vernachlässigt, weil ihre eigene Mutter an einer Depression litt, so verspürt die werdende Mutter große Ängste in Bezug auf die Gewährleistung des Überlebens und Gedeihens des Säuglings sowie in Bezug auf einen authentischen emotionalen Bindungsaufbau zu ihrem Kind, da sie auf keine eignen guten Erfahrungen hinsichtlich dieser Themen zurückgreifen kann (Thema 1 und 2).

Lebt die Mutter zum Zeitpunkt der Schwangerschaft oder Geburt getrennt von ihrem Partner und besitzt sie darüber hinaus wenige soziale Kontakte, so können bei ihr große Befürchtungen hinsichtlich des Gelingens des Aufbaus eines sozialen Unterstützungssystems entstehen (Thema 3). Verspürt die Mutter des Weiteren eine so hohe Zerrissenheit zwischen ihrer neuen Rolle als Mutter und ihrer vorherigen Berufstätigkeit, erschwert dies die Integration der Mutterrolle in ihre bestehende Identität als erfolgreiche „Karrierefrau“ (Thema 4). Die genannten Faktoren können meiner Meinung nach als ein Erklärungsansatz für das Auftreten einer Depression in der Postpartalzeit herangezogen werden.

Exkurs: Die Rolle des Vaters in Sterns Konzept

Auch wenn Stern die Auffassung vertritt, dass sich dieses Phänomen der Mutterschaftskonstellation fast ausschließlich bei den Müttern wiederfindet, was seiner Ansicht nach auf die westlich postindustrielle Gesellschaftsstruktur zurückzuführen ist (vgl. Stern 1998, S. 211), schreibt Stern in seinem Werk dass „auch Männer unter geeigneten Bedingungen eine Mutterschaftskonstellation entwickeln [können]“ (ebd., S.

211). Es ist folglich davon auszugehen, dass auch der Vater eine besondere innerpsychische Struktur, welche in Äquivalenz zu der, der Mutterschaftskonstellation steht, für die Zeit des Übergangs zur Elternschaft sowie darüber hinaus ausbildet. Zwar ist der Vater von keinen körperlichen Veränderungen betroffen, so wie dies bei der Mutter der Fall ist, jedoch kommt es auch bei ihm zur Bildung einer neuen psychischen Struktur, nämlich die der Rolle des Vaters (vgl. Cierpka u.a. 2014, S. 117).

Laut Osten „[ist] die Vaterschaftskonstellation eine für den Vater angenommene psychische Organisation, die sich in der Phase rund um Schwangerschaft und Geburt ausbildet, in der sich der Vater mit Themen und Fragen beschäftigt, die die Beziehung zu seiner Partnerin und seinem Kind betreffen“ (Osten zit. in: Frey/Nakhla 2014, S. 130).

Man kann sagen, dass die verschiedenen Themen der Vaterschaftskonstellation mit denen der Mutterschaftskonstellation übereinstimmen (vgl. Frey/Nakhla 2014, S. 130).

Der Vater muss bspw. auch seine Identität reorganisieren. Auch er muss in seine neue Rolle als Vater hineinwachsen (vgl. King zit. in: ebd., S. 130). Von zentraler Bedeutung ist hierbei auch die Repräsentation des eigenen Vaters sowie die der eigenen Mutter, versucht der werdende Vater seine Vaterrolle in seine bestehende Identität zu integrieren (vgl. Eickhorst zit. in: ebd., S. 130).

Da jedoch nicht nur der Vater und die Mutter seiner- bzw. ihrerseits eine Anpassungsleistung hinsichtlich der Geburt des Kindes vollziehen muss und eine innere Auseinandersetzung mit den Themen der „Mutterschaftskonstellation“ von Nöten ist, sondern auch das Elternpaar einer neuen Organisation bedarf, von der dyadischen Beziehung zu einer triadischen Beziehung aus Vater, Mutter und Kind, die nach King lediglich durch eine gemeinsame Leistung der Eltern vollzogen werden kann, erachte ich es als sinnvoll, anstelle des Begriffs der Mutter- bzw. Vaterschaftskonstellation, den Begriff der „Elternschaftskonstellation“ zu verwenden, welcher von Vera King (2010) eingeführt wurde (vgl. King zit. in: ebd., S. 131; vgl. auch Naumann 2011, S. 60).

Man kann sagen, dass die Bewältigung dieser Themen der „Elternschaftskonstellation“ in Abhängigkeit zu den eigenen verinnerlichten Erfahrungen mit der eigenen Mutter bzw. dem eigenen Vater stehen. Denn diese erfahren durch die Schwangerschaft und Geburt bzw. die Vaterschaft eine Wiederbelebung (vgl. Ludwig-Körner 2014, S. 45).

„Über ihr Kind geraten die Eltern einerseits in Kontakt mit den guten Anteilen ihrer eigenen Kindheit und der eigenen Eltern, mit dem Gefühl des Gehaltenwerdens oder der lustvollen Exploration der Welt. Andererseits kommen sie aber auch in Kontakt mit den schmerzhaften Erfahrungen und ungelösten Konflikte ihrer frühen Lebensgeschichte“ (vgl. Metzger zit. in: Naumann 2011, S. 60).

Es kommt folglich zur Reaktualisierung eigener erlebter Beziehungserfahrungen mit den Bindungspersonen. Bowlby (1982) spricht von inneren mentalen Repräsentanzen bzw. inneren Arbeitsmodellen, welche Auswirkungen auf das Denken, Fühlen und Handeln der Eltern mit ihrem eigenen Kind haben⁷ (vgl. Cierpka u.a. 2014, S. 118).

Darüber hinaus kommt es bereits mit dem Bekanntwerden der Schwangerschaft und in deren Verlauf in der Fantasie der Eltern zum Beziehungsaufbau zum Ungeborenen und zur Gestaltung des Lebens zu dritt (vgl. z.B. Carneiro u.a. zit. in: ebd., S. 116). Man kann also sagen, dass die Eltern schon weit vor der Geburt mehr oder minder bewusst innerlich mit ihrem Kind und ihrer Elternschaft befasst sind und Fantasien von einem „imaginären“ Kind sowie idealisierte Bilder eigener Elternschaft kreieren (vgl. Gerspach zit. Naumann 2011, S. 59). Wichtig ist jedoch, dass im Laufe der Schwangerschaft eine Anpassung der idealisierten Fantasien über das „imaginäre Kind“ im Hinblick auf das reale Kind erfolgt (vgl. Gerspach 2011, S. 109). Die Zeit nach der Geburt ist von der Integration der Phantasien und der realen Situation der Mutter und der Eltern mit dem Säugling bestimmt (vgl. Lorenz-Franzen 2008, S. 482). „Es geht darum, das reale Kind mit dem ‚Kind im Kopf‘, das reale Muttersein mit dem Bild des Mutterseins, die Phantasie des Paares mit der realen Elternschaft in Einklang zu bringen“ (ebd., S. 482). „Was hierbei geleistet werden muss, ist ein innerer Umbau, eine Trauerarbeit, bei der sich jede Spur des Phantasmas, der unbewussten Phantasie an der Realität reiben und als Kompromissbildung eine neue Gestalt finden muss“ (ebd., S. 483). Hierfür benötigen die Eltern die Fähigkeit zu einer Art Trauerarbeit (vgl. Garstick 2001, S. 35). Bei einem Nichtgelingen dieses Anpassungsprozesses „[kann] das imaginäre Kind dem realen Kind zum Verhängnis werden“ (ebd., S. 35). Dies kann bspw. dann der Fall sein, wenn der geborene Säugling die hohen narzisstischen Erwartungen der Eltern nicht erfüllt und die

⁷ Die Reaktivierung bzw. Reaktualisierung schmerzhafter Erfahrungen der Eltern in der Interaktion mit ihrem Säugling hat Fraiberg u.a. (1975) als „Gespenster im Kinderzimmer“ bezeichnet.

Man kann sagen, dass es sich bei den „Gespenstern im Kinderzimmer“ um innerpsychische Übertragungen aus der frühen Kindheit der Eltern handelt. Sind die Erfahrungen an die eigene Kindheit der Eltern mit hohen Belastungen verbunden, die eine Verarbeitung unmöglich gemacht haben, so dass die dazugehörigen Affekte abgespalten werden mussten, kann es passieren, dass diese Erfahrungen/Erinnerungen aus der eigenen Kindheit „gleichsam wie ungeladene Besucher“ in der Beziehung zum eigenen Kind wieder in Erscheinung treten. Solche „Gespenster der Vergangenheit“ tauchen bei allen Eltern auf. Es ist jedoch notwendig sich diesen bewusst zu werden und diese durchzuarbeiten, um eine transgenerationale Weitergabe negativer Erfahrungen zu verhindern (vgl. Steinhardt 2005, S. 153).

Eine Erweiterung dieses Begriffs von Fraiberg u.a. entwickelte Liebermann u.a. (2005), in dem sie die Reaktualisierung der guten Anteile in der Interaktion mit dem Säugling als ‚Engel im Kinderzimmer‘ betitelte (vgl. Cierpka u.a. 2014, S. 118).

Eltern zum Durchlauf des Trauerprozesses nicht in der Lage sind (vgl. Gerspach 2011, S. 109).

V Der frühe Eltern-Kind-Dialog

„Mit der Geburt verlässt jedes Kind das mütterliche Kontinuum und muss von nun an die inneren und äußeren Diskontinuitäten meistern und Anderen mitteilen: einatmen – ausatmen –; hungrig sein – saugen – satt sein; alleine sein – beisammen sein; Wärme – Kälte usw.“ (Israel/Reißmann 2008, S. 15). Man kann also sagen, dass die Geburt den ersten tiefgreifenden Erlebniseinschnitt im bisherigen Kontinuum für den Säugling bildet (vgl. Israel 2007, S. 19). „Das Kontinuum zerfällt plötzlich in *Diskontinuitäten*, nichts kommt mehr von selbst, alles muss seitens des [Säuglings] aktiv erworben werden“ (ebd., S. 19). Die Geburt geht mit intensiven psychobiologischen und somatischen Prozessen wie Körperstress, Druckveränderungen, Schmerzen sowie körperlichen Umstellungen bzw. Anpassungsprozessen an das Leben außerhalb des Mutterleibs in den Funktionen des Herzens, der Lungen und des Kreislaufes einher (vgl. Rass 2011, S. 65 f.). Auch wenn sogenannte angeborene Auslösemechanismen, reflexähnliche, intrauterin erworbene Fähigkeiten wie z.B. selbstständig zu atmen, zu saugen oder sich an die Bezugsperson zu klammern, dem Säugling die Bewältigung der Fülle dieser Umstellungsaufgaben ermöglichen, ist er dennoch auf ein lebendiges Gegenüber angewiesen (vgl. Israel 2007, S. 20; vgl. Rass 2011, S. 65 f.).

Der Säugling befindet sich zu Beginn seines Lebens in einer völligen Abhängigkeit zu seinen Eltern. So ist er nicht nur von der körperlichen Versorgung durch seine Bezugspersonen abhängig, sondern auch von deren emotionalen Zuwendung und Bezogenheit, welche einen nachhaltigen Einfluss auf seine mentale und emotionale Entwicklung hat (vgl. Joyce 2011, S. 24). Die angemessene Beantwortung seiner emotionalen, sozialen und körperlichen Bedürfnisse in diesem Zustand totaler Abhängigkeit bildet das Fundament von der aus der Säugling im Laufe seiner Entwicklung auf der Basis überwiegend liebevoller und verlässlicher Beziehungen, seine Umwelt explorieren kann und sich zu einer eigenständigen Persönlichkeit entwickeln kann (vgl. Winnicott zit. in: ebd., S. 24 f.).

Hierbei spielt auch das Holding/ die holding-function (Winnicott) durch die Eltern eine entscheidende Rolle. Unter Holding ist das physische Halten des Säuglings zu verstehen. Indem bspw. die Mutter ihren Säugling auf ihrem Arm hält, kommt es zur Vermittlung von Sicherheit, Geborgenheit, Zärtlichkeit, Schutz und Trost. Durch dieses Halten des Säuglings stellt die Mutter das physische und psychische Überleben des Säuglings sicher (vgl. z.B. Winnicott zit. in: Gerspach 2009, S. 69).

Nach Leber stellt der frühe Dialog zwischen den Eltern und ihrem Säugling die basale Voraussetzung für ein erfülltes Miteinander dar (vgl. Leber zit. in: Gerspach 2009, S. 17). Warum dies so ist, wird anhand der folgenden Ausführungen verdeutlicht.

1 Der frühe Eltern-Kind-Dialog unter gelingenden Bedingungen

1.1 Der Säugling als (aktiver) Dialogpartner

Bei dem Säugling handelt es sich von Beginn seines extrauterinen Lebens um ein wahrnehmendes, fühlendes und interagierendes Wesen (vgl. Israel 2007, S. 17). Er möchte in Beziehung zum Anderen treten und eine entsprechende Reaktion des Anderen empfangen (vgl. Joyce 2011, S. 25). Säuglinge besitzen ein emotionales und neurobiologisches Grundbedürfnis nach frühen Spiegelungsprozessen (vgl. Bauer 2006, S. 61). Dies zeigt sich bspw. darin, dass der Säugling nach der Anpassungsphase der ersten Wochen das Mienenspiel seiner Eltern verfolgt und um die Herstellung einer aktiven Verbindung und gegenseitigem Blickkontakt bemüht ist (vgl. Joyce 2011, S. 25). Wenige Stunden bis Tage nach der Geburt ist der Säugling zur spontanen Imitation bestimmter Gesichtsausdrücke, die er sieht, in der Lage, vorausgesetzt er befindet sich in dem richtigen Abstand zu den jeweiligen Gesichtsausdrücken. Aufgrund dieser Fähigkeit, welche durch die angeborene, genetisch angelegte Grundausstattung von Spielnervenzellen möglich ist, besitzt der Säugling folglich die Fähigkeit sich auf ein wechselseitiges Spiel einzulassen, welches zur Entwicklung zwischenmenschlicher Bindungen führt. Die angeborenen Spiegelsysteme des Säuglings können jedoch nur dann zur Entfaltung kommen, wenn es für den Säugling zu einem geeigneten, passenden Beziehungsangebot zwischen ihm und seinen Bezugspersonen kommt (vgl. Bauer 2006, S. 57 ff.).

1.2 Affektregulierung

Die Orientierung des Säuglings zu Beginn seines Lebens verläuft vor allem über affektive Wahrnehmungskanäle. Dies konnte die moderne Säuglingsforschung belegen (vgl. Gerspach zit. in: Gerspach 2009, S. 65). Eine zentrale Entwicklungsaufgabe in den ersten Lebensmonaten seitens der Eltern besteht folglich darin, den Säugling in der Regulation seiner Affektzustände zu unterstützen (vgl. Reck 2014b, S. 112). Hierbei ist der Säugling „sehr stark auf eine gelingende Regulation seiner Affekte durch seine primären [Bezugspersonen] [...] angewiesen“ (Gerspach zit. in: Gerspach 2009, S. 65). Dies

bedeutet, dass die affektiven Zustände des Säuglings seitens der Eltern eine adäquate Wahrnehmung und eine angemessene Reaktion benötigen (vgl. Joyce 2011, S. 28).

„Affekte sind die grundlegende und universale Ausdrucksform menschlicher Bedürfnisse, sie umfassen im wesentlichen Freude, Ekel, Wut, Angst und Trauer“ (Krause zit. in: Naumann 2011, S. 21). Sie bilden die primäre Sinnesmodalität zur Erkundung der inneren und äußeren Wirklichkeit (vgl. z.B. Laplanche/Pontalis zit. in: Gerspach 2009, S. 65) und stellen die Grundlage der Entwicklung von Objektbeziehungen eines Kindes mit seinen Eltern dar (vgl. Gerspach 2009, S. 65).

„Affekte [sind] zunächst durch ihren körpernahen und unbewussten Charakter gekennzeichnet“ (Zepf zit. in: Dirkopf zit. in: Naumann 2011, S. 21). Erst durch die Symbolisierung des Affektes durch seine sprachliche Bezeichnung im konkreten Beziehungskontext kommt es zur Verwandlung des Affektes zu einer bewusst verfügbaren Emotion (vgl. ebd., S. 21 f.). Der Säugling besitzt noch keine solch symbolische Repräsentation (vgl. Potthoff zit. in: Naumann 2011, S. 22). In jener ganz frühen Phase existenzieller Abhängigkeit ist der Säugling folglich auf seine Eltern angewiesen, welche sich als Hilfs-Ich zur Verfügung stellen und dem Säugling helfen seine Affektzustände zu regulieren (vgl. Gergely zit. in: Rass 2011, S. 28).

Befindet sich der Säugling in affektiven Erregungszuständen, nimmt die Mutter (oder der Vater⁸) unter gelingenden Bedingungen den Affekt des Säuglings wahr und spiegelt diesen dem Säugling (vgl. Potthoff zit. in: Naumann 2011, S. 22). „Das heißt, die Mutter repräsentiert dem Kind durch ihre mimischen und vokalen Äußerungen die Gefühle, die es ihrer Meinung nach empfindet“ (Fonagy u.a. 2011, S. 15). Jedoch umfasst diese Spiegelung mehr als eine eins-zu-eins-Antwort, vielmehr erfährt sie durch die intuitive Mutter eine Erweiterung, indem die Mutter den kindlichen Affekt in einer markierten, übertrieben Art und Weise an den Säugling zurückspiegelt (vgl. Bauer zit. in: Ahlheim/Israel 2013, S. 336; vgl. Potthoff zit. in: Naumann 2011, S. 22). Sozusagen „in einer weiteren, um zusätzliche Elemente angereicherten Form“⁹ (Bauer 2006, S. 61).

⁸ Wird in diesem Abschnitt der Begriff der Mutter verwendet, so schließt dies auch den Vater oder andere primäre Bezugspersonen des Kindes mit ein.

⁹ Neben der Theorie der markierten Affektspiegelung, existiert bspw. noch das Container-contained-Modell von Bion, welches dem Modell der markierten Affektspiegelung entspricht. So heißt es bei Bion: „Neugeborene sind auf einen verstehenden Anderen (Container) angewiesen, der bereit ist, ihre rohen Körperzustände [...] aufzunehmen und zu übersetzen, mit Sinn zu verstehen und sie bearbeitet zurückzugeben (contained)“ (Bion zit. in: Israel/Reißmann 2008, S. 16). Wie bei dem Konzept der markierten Affektspiegelung geht es bei dem Container-contained-Modell von Bion darum, dass die Bezugsperson die rohen Körperzustände, d.h. die Affekte des Säuglings nicht nur aufnimmt und übersetzt, d.h. spiegelt, sondern sie in einer bearbeiteten, ‚verdauten‘, symbolisierten Art und Weise „gleichsam als

Durch die markierte, modulierte Spiegelung des emotionalen Erlebens des Säuglings durch seine Eltern kann sich dieser ‚im Auge des Betrachters‘ „gesehen und erkannt [...] fühlen“ (vgl. Joyce 2011, S. 38 f.). Der Säugling „macht die Erfahrung, dass [er] seine Bedürfnisse [...] mitteilen kann und dass sie ohne Zurückweisung angemessen und prompt erfüllt werden“ (Papoušek 2002, S. 221). Hierbei macht er unschätzbare Erfahrungen eigener Selbstwirksamkeit, da es aufgrund seiner Handlungen offenbar zur Auslösung befriedigender Reaktionen kommt (vgl. Potthoff; Dornes zit. in: Naumann 2011, S. 22). Dies führt wiederum zur Stärkung seiner inneren Motivation zu eigener Initiative und selbst initiiertem Lernen sowie zur Explorationsbereitschaft seiner Umwelt (vgl. Papoušek 2002, S. 221). Regulierte affektive Interaktionen mit kontinuierlich anwesenden Eltern geben dem Säugling nicht nur Sicherheit, sondern bewirken bei ihm auch eine positiv aufgeladene Neugier, welche dem Säugling die Erforschung seiner Umwelt ermöglicht (vgl. Schore zit. in: Rass 2011, S. 30). Des Weiteren entwickelt der Säugling aufgrund der spielerischen modulierten Antwort seiner Bezugsperson ein Gefühl dafür, dass der von der Bezugsperson dargestellte Affekt, nicht vollständig ihrem inneren Erleben entspricht bzw. es sich nicht um ihren Affekt handelt (Referentielle Entkopplung) (vgl. Potthoff zit. in: Naumann 2011, S. 22; vgl. Potthoff 2008, S. 90). „Nur so kann das Kind erkennen, dass es sich bei dem markierten Affekt um den eigenen handelt. Es kann den elterlichen Affekt von dem eigenen entkoppeln und als Ausdruck seines eigenen Erlebens wahrnehmen“ (A. Ornstein/P. Ornstein zit. in: Rass 2011, S. 76) und ihn „als zu sich gehörig erkennen“ (Potthoff zit. in: Naumann 2011, S. 22). Hierdurch ist es dem Säugling möglich komplexere innere Bilder über sich selbst und seine Umwelt auszubilden (vgl. Stern zit. in: Rass 2011, S. 88). Darüber hinaus macht der Säugling anhand der markierten Affektspiegelung der Eltern die Erfahrung, dass die Affekte bewältigt werden können (vgl. Potthoff; Dornes zit. in: Naumann 2011, S. 22). Des Weiteren erwirbt der Säugling durch die markierte Affektspiegelung mit der Zeit die Fähigkeit der Selbstregulation seiner affektiven Zustände (vgl. Rass 2011, S. 76). Bei diesem affektiven Dialog zwischen der Mutter und ihrem Säugling ist dabei von besonderer Relevanz, dass der Säugling spürt, dass die Reaktionen der Mutter, d.h. die markierte Spiegelung der Affektzustände des Säuglings, auch seinen innerlichen Empfindungen entsprechen (vgl. Joyce 2011, S. 38). „Nur dadurch ist es möglich, daß die Spiegelung seiner Erfahrung durch die Bezugsperson zu einer Repräsentation

markierte Spiegelung“ (Steinhardt zit. in: Naumann 2011, S. 28) an den Säugling zurückgibt (inspiriert durch: Bion zit. in: Israel/Reißmann 2008, S. 16; vgl. Steinhardt zit. in: Naumann 2011, S. 49).

(Vorstellung) der kindlichen inneren Gefühlserfahrung auf einer höheren Ebene werden kann“ (Fonagy 2003, S. 38). Nur dann kann es zur Entwicklung eines Kernselbstgefühls seitens des Säuglings kommen, welches sich für ihn real anfühlt. Die markierte „unverzerrte“ Spiegelung seiner Affektzustände bildet die Grundlage für die Wahrnehmung seiner inneren Impulse als zu sich gehörig und verhindert, dass der Säugling seine Empfindungen als etwas Äußerliches, Willkürliches und Unerklärliches erleben muss (vgl. Winnicott zit. in: Joyce 2011, S. 29). Dadurch ist es ihm möglich, seine eigene individuelle Persönlichkeit auszubilden (vgl. Bollas zit. in: ebd., S. 29).

Außerdem kann es auf Seiten des Säuglings zur Entwicklung einer Reflexion über sich selbst und den Anderen als voneinander getrennte Personen mit eigenen Gedanken, Gefühlen und Absichten (Mentalisierung) kommen (vgl. von Lüpke 2006).

Unter „genügend guten“ Bedingungen eines gelingenden Eltern-Kind-Dialogs bei dem die Affekte des Säuglings auf eine angemessene Art und Weise reguliert werden, kann er im Laufe seiner Entwicklung folglich mentale Fähigkeiten entwickeln. Auf Seiten des Säuglings kommt es dann zum Erlernen der non-verbale Kommunikation mit anderen Menschen, welche ihm ein intuitives Erkennen affektiver Zustände anderer Menschen sowie das Empfinden von Empathie ermöglicht (vgl. Rass 2011, S. 77).

Damit die Eltern den Säugling in der Regulation seiner Affektzustände unterstützen können und ihm diese in einer markierten Art und Weise spiegeln können, müssen bestimmte elterliche Voraussetzungen erfüllt sein.

So müssen „die Eltern eine mentalisierende Haltung einnehmen können“ (Potthoff zit. in: Naumann 2011, S. 25). Denn „die Funktion der Mutter/des Vaters als beruhigendes, regulatorisches Gegenüber ist mit der Fähigkeit zur Mentalisierung verknüpft“ (Joyce 2011, S. 28). Dies setzt bei den Eltern die Fähigkeit der Betrachtung ihres Säuglings als Person mit eigenen Gedanken und Gefühlen voraus. Des Weiteren müssen die Eltern die Verhaltensweisen des Säuglings als zielgerichtete Versuche verstehen können, welche der Mitteilung seiner Gefühlszustände dienen (vgl. ebd., S. 28). Indem die Eltern ihrem Kind Eigenständigkeit zuschreiben und es als denkendes Wesen denken, besitzen sie die Fähigkeit eine klare Unterscheidung zwischen den eigenen, elterlichen Affekten und denen des Säuglings vorzunehmen (vgl. Potthoff zit. in: Naumann 2011, S. 25). Nur wenn die Eltern eine solch mentalisierende Haltung einnehmen können, sind diese in der Lage die Affekte des Säuglings auf eine unverzerrte Art und Weise an diesen zurückzuspiegeln.

Befindet sich die Mutter darüber hinaus in dem Zustand der „primären Mütterlichkeit“¹⁰ (Winnicott), ist sie auch eher zu einer markierten Affektspiegelung bezüglich der affektiven Zustände des Säuglings in der Lage. Gleiches gilt für den Vater.

Jedoch kommt es auch bei hinreichend guten Eltern immer wieder zu Verfehlungen innerhalb des Dialoges zwischen den Eltern und ihrem Säugling. Etwa bei der Hälfte aller Eltern und ihren Säuglingen kommt es zu Fehlschlägen innerhalb des wechselseitigen Dialogs (Tronick/Cohn zit. in: Joyce 2011, S. 40). Der frühe Eltern-Kind-Dialog zielt jedoch auch nicht auf permanente Übereinstimmung. Vielmehr braucht es im wechselseitigen Dialog auch immer wieder Momente von Dissonanzen (vgl. Schore zit. in: Rass 2011, S. 77). Die Antworten der Eltern bezüglich der Signale des Säuglings müssen nicht stetig mit den Bedürfnissen des Säuglings übereinstimmen (vgl. Wiegand 2012, S. 47), d.h. die Eltern müssen nicht permanent völlig empathisch mit den Bedürfnissen des Säuglings mitschwingen. Vielmehr bedarf es laut den Studien von Beebe und Lachmann (2002) in dem gemeinsamen Dialog auch Momente von „interruption and interactive repair“ (Unterbrechung und interaktiver Wiederherstellung), damit dieser für die Entwicklung des Säuglings förderlich ist (vgl. ebd., S. 47; vgl. Schore zit. in: Rass 2011, S. 77). Indem die Antwort auf die Initiative des Säuglings nicht völlig miteinander übereinstimmt, erhält der Säugling einen neuen Vorschlag, welcher zur Auslösung einer im Voraus nicht kalkulierbaren Erwidern führt (vgl. Von Lüpke 2006). „Nicht die vorbehaltlose Zustimmung fördert Entwicklung, sondern gerade die Diskrepanz zur Initiative des Anderen – auf der Grundlage des Respekts vor dieser Diskrepanz“ (ebd.). In Übereinkunft mit den neueren neurowissenschaftlichen Erkenntnissen benötigen Säuglinge die Herausforderung, der Bewältigung dieser „Dissonanzen“ im Eltern-Kind-Dialog (vgl. Wiegand 2012, S. 47). Diese Verfehlungen in der gegenseitigen Verständigung mit den damit einhergehenden Verzerrungen und Missverständnissen gehören notwendigerweise zur Entwicklung und diese Momente erfordern von dem Säugling sich an diese Situationen anzupassen, welches zu einer

¹⁰ Donald W. Winnicott hat diesen Zustand der erhöhten Sensibilität für die Bedürfnisse des Säuglings mit dem Begriff der „primären Mütterlichkeit“ bezeichnet (vgl. Joyce 2011, S. 37). Der Begriff der „primären Mütterlichkeit“ „beschreibt den spezifischen seelischen Zustand der Zugewandtheit und Sensibilität einer Mutter gegenüber ihrem Neugeborenen“ (Auchter/Strauss 2003, S. 108). Befinden sich Mütter in diesem spezifischen seelischen Zustand „primärer Mütterlichkeit, ist auch ihre Sprechweise mit dem Säugling verändert (vgl. Marwick/Murray zit. in: Murray 2011, S. 54). „Mit ihren kleinen Kindern sprechen Mütter in einer höheren Stimmlage [...], ihre Sprechweise ist [...] langsamer und eher repetitiv, und ihre präzise Intonation ist durch übertriebene Konturen gekennzeichnet“ (ebd., S. 54). Indem die Mutter mit ihrem Säugling in dem sogenannten „Baby Talk“ spricht, nimmt sie eine Anpassung an die Verfassung und Aufnahmebereitschaft des Säuglings vor (vgl. ebd., S. 54).

Erweiterung seines eigenen Handlungsspielraums führt (vgl. Rass 2011, S. 77 f.). Sie „aktivieren bei ihm ein Gefühl für die sich abzeichnende Differenzierung und Separation, so dass Grenzen zwischen dem Selbst und dem Anderen entwickelt werden können [sowie] das Gefühl, dass Frustrationen erträglich sind und sich als konstruktiv lösbar erweisen werden“ (Joyce 2011, S. 45 f.). Erst dadurch kann der Säugling wachsen (vgl. Wiegand 2012, S. 47). Denn er verfügt dann über ein breites Repertoire an Möglichkeiten zur Nutzung unerwarteter Variationen oder um ‚Rückfragen‘ zu stellen (vgl. Von Lüpke 2006).

Jedoch dürfen diese „Dissonanzen“ den Säugling nicht überfordern und nicht von zu langer Dauer sein (vgl. Wiegand 2012, S. 47; vgl. Schore zit. in: Rass 2011, S. 77). Der Säugling muss aus der Dissonanz wieder herausgeführt werden, es bedarf der Wiederherstellung gegenseitigen Einklangs (vgl. Schore zit. in: Rass 2011, S. 77). Die sich verfehlenden wechselseitigen Interaktionen müssen durch spontane Anpassungen, welche die Eltern und der Säugling vornehmen, eine schnelle und befriedigende Korrektur erfahren. Wird eine Fehlanpassung wiedergutmacht führt dies seitens des Säuglings zur Vermittlung des Gefühls eigener Wirkmächtigkeit als Interaktionspartner, er lernt in die Verlässlichkeit seiner Eltern zu vertrauen und erlebt Freude aufgrund der erreichten Abstimmung (vgl. Beebe zit. in: Joyce 2011, S. 40).

Unter gelingenden Bedingungen kommt es aufgrund der feinfühligsten Bedürfnisbefriedigung durch die Eltern schließlich zur Entwicklung einer sicheren Bindung auf Seiten des Säuglings (vgl. Rass 2011, S. 36). Nach Erikson kommt es beim Säugling zur Entwicklung eines Urvertrauens in die befriedigende Einrichtung der Welt (vgl. Mentzos zit. in: Naumann 2011, S. 28).

2 Der frühe Eltern-Kind-Dialog unter erschwerten Bedingungen

Wie in dem Kapitel über Elternschaft (IV) aufgezeigt wurde, fällt die postpartale Depression seitens der Mutter in eine Lebensphase, die durch psychophysiologische Anpassungs- und Reorganisationsprozesse auf der Ebene der Rollenidentität, der Paarbeziehung und der innerpsychischen Konstellation (Stern 1995) gekennzeichnet ist (vgl. Campbell/Cohn zit. in: Papoušek 2002, S. 203).

Jedoch müssen nicht nur die Mutter bzw. die Eltern bestimmte Anpassungsprozesse vollziehen, sondern auch ihr Säugling. So fällt die mütterliche postpartale Depression seitens des Säuglings in eine Phase, in der dieser die Anpassung an das extrauterine Leben meistern muss und dabei existentiell von einfühlsamen Bezugspersonen abhängig ist, die

ihn hierbei unterstützen (vgl. Papoušek/von Hofacker zit. in: Papoušek 2002, S. 203). (siehe Kapitel V über den frühen Eltern-Kind-Dialog).

Wie in dem vorausgegangenen Kapitel über den gelingenden Eltern-Kind-Dialog herausgearbeitet wurde, ist der Säugling über die alltägliche Pflege und Befriedigung seiner physiologischen Bedürfnisse hinaus in jener frühen Phase von seinen primären Bezugspersonen existenziell abhängig. Der Säugling ist darauf angewiesen, dass seine Eltern mit ihm in einen Dialog einsteigen, mit ihm in Beziehung treten, auf seine Signale und Bedürfnisse passgenau eingehen und seine affektiven Zustände regulieren (vgl. Papoušek 2002, S. 203 f.).

Die depressive Hemmung des emotionalen Erlebens und der emotionalen Ausdrucks- und Reaktionsfähigkeit, welche die Mutter unter gelingenden Bedingungen zu emotionaler Verfügbarkeit, Ansprechbarkeit, Empathie, Einfühlungsvermögen sowie Schwingungsfähigkeit verhilft, wirkt sich im Falle der postpartalen Depression ausgerechnet auf die nonverbalen Verhaltensweisen aus, bei denen unter gelingenden Bedingungen seitens der Mutter eine intuitive Anpassung an die frühkindlichen Bedürfnisse erfolgt (vgl. z.B. Papoušek zit. in: ebd., S. 213).

Im Folgenden möchte ich nun aufzeigen, durch welche Besonderheiten der Dialog einer postpartal depressiven Mutter mit ihrem Säugling gekennzeichnet ist.

2.1 Besonderheiten des Interaktionsverhaltens postpartal depressiver Mütter mit ihrem Säugling

Das frühe Interaktionsverhalten postpartal depressiver Mütter mit ihrem Säugling ist durch unterschiedliche Auffälligkeiten gekennzeichnet (vgl. Lier-Schehl 2008, S. 54). Dies konnte durch Beobachtungsstudien bspw. von Campell u.a. 1995 belegt werden (Campell u.a. zit. in: Lier-Schehl 2008, S. 54). Mütter, die an einer Depression in der Postpartalzeit leiden, bilden folglich keine homogene Gruppe (vgl. Sidor u.a. 2010, S. 58). Ihr Interaktionsverhalten in Bezug auf den Säugling weist große Unterschiede auf, die in Abhängigkeit zu der Ausprägung der Erkrankung stehen (vgl. Dohmen 2007, S. 68). „Es überwiegen Veränderungen der Interaktion, die sich als ein ‚Zuwenig‘ (nicht responsiver Umgang, emotionale Zurückgezogenheit) oder ein ‚Zuviel‘ (offen oder verdeckt aggressiver, intrusiv kontrollierender Umgang) beschreiben lassen“ (Deneke 2001, S. 156). Dies bedeutet das Interaktionsverhalten zwischen der Mutter und ihrem Säugling ist einerseits von emotionaler Unerreichbarkeit und andererseits von

Überstimulation geprägt (vgl. Dohmen 2007, S. 68). Darüber hinaus kann das Interaktionsverhalten der Mutter durch einen Wechsel aus den beiden Verhaltensweisen bestimmt sein (vgl. z.B. Gunning u.a. zit. in: Hornstein/Trautmann-Villalba 2010, S. 65). Des Weiteren ist das Interaktionsverhalten postpartal depressiver Mütter mit ihrem Säugling von weniger positiven Affekt und mehr negativen Affekt geprägt (vgl. z.B. Beck zit. in: Reck 2014b, S. 114).

2.1.1 Zurückgezogenes Interaktionsverhalten

Im Folgenden soll nun genauer auf das Interaktionsverhalten zwischen der postpartal depressiven Mutter und ihrem Säugling eingegangen werden, welches sich durch emotionale Zurückgezogenheit bzw. emotionaler Unerreichbarkeit auszeichnet.

„Bei der emotionalen Unerreichbarkeit ist die Interaktion von Passivität und verzögerter oder ganz ausbleibender Reaktion der Mutter auf die Signale des Kindes geprägt“ (Dohmen 2007, S. 68). „Die für die intuitive Steuerung der elterlichen Kompetenz kennzeichnenden kurzen Reaktionslatenzen von weniger als 600 Millisekunden werden auf mehr als 1 Sekunde verlängert“ (Papoušek 2002, S. 214). „Die Mütter vokalisieren eher wenig, sprechen keine Ammensprache, blicken die Kinder eher selten an“ (Hartmann 2011a, S. 71).

Im Zwiegespräch mit dem Säugling sind die prototypischen Verhaltensanpassungen der Ammensprache und der Mimik und Gestik lediglich noch in Ansätzen erkennbar. Häufig fehlen sie gänzlich, wenn es zum totalen Verstummen der Mutter kommt. Die Stimme ist leise sowie klanglos und die Sprechweise der Mutter mit ihrem Säugling ist durch Ausdruckslosigkeit und Monotonie gekennzeichnet (vgl. Papoušek zit. in: Papoušek 2002, S. 214). Dies bedeutet, dass die melodischen Konturen in der Stimme wenig Variationen aufweisen (vgl. Bettés zit. in: ebd., S. 214). Die sprachliche Ausdrucksweise der Mutter ist an die des Säuglings weniger angeglichen (vgl. Bettés zit. in: Pedrina 2006, S. 35). Des Weiteren finden die Kommunikations- und Interaktionsversuche des Säuglings lediglich in seltenen Fällen eine stimmliche Antwort. Geht die Mutter auf die Dialogversuche des Säuglings ein, so erfolgt die Reaktion der Mutter auf den Dialogversuch erst mit einer erheblichen Verzögerung (vgl. Bettés zit. in: Papoušek 2002, S. 214). Man kann also sagen, dass die Säuglinge emotional zurückgezogener depressiver Mütter zu wenig Anregung erhalten, d.h. unterstimuliert sind (vgl. Papoušek; Cohn/Tronick zit. in: ebd., S. 215). „Es fehlen die phasentypischen Anregungen und Modelle zum Vokalisieren und Nachahmen, die kommunikativen Rahmenbedingungen

zum Einüben sprachrelevanter Fertigkeiten und Anbahnen des Spracherwerbs“ (Papoušek 2002, S. 215).

2.1.2 Überstimulierendes Interaktionsverhalten

Nun wird sich dem Interaktionsverhalten der postpartal depressiven Mutter mit ihrem Säugling gewidmet, welches sich durch Überstimulation auszeichnet.

Ist das Interaktionsverhalten der Mutter mit ihrem Säugling durch Überstimulation gekennzeichnet, erfolgt eine zu starke Anregung des Säuglings zu Reaktion (vgl. Dohmen 2007, S. 68).

Unter oft verzweifelterm innerem Druck und Bemühen um Kontakt mit dem Säugling kommt es zum Entgleisen des Mutter-Kind-Dialogs, was sich in Form von bloßem Agieren seitens der Mutter zeigt (vgl. Papoušek 2002, S. 215). „Die Verhaltensmuster [der Mutter] folgen wie getrieben in raschem Tempo, ohne Pause und in bunter Folge“ (ebd., S. 215). Die Interaktionsversuche der Mutter mit ihrem Säugling werden in Form einer mechanischen Ausübung erbracht, ohne diese auf die momentanen Bedürfnisse und auf die momentane Aufnahmebereitschaft des Säuglings abzustimmen (vgl. z.B. Papoušek zit. in: ebd., S. 214). Sie erfolgen „oft in raschem unmotivierten Wechsel als bloßes Unterhaltsprogramm“ (ebd., S. 214). Hierbei kann die Interaktion zwischen der Mutter und ihrem Säugling auch harsche und feindselige Tendenzen annehmen (Campell u.a. zit. in: Dohmen 2007, S. 69). Diese ärgerlich-aggressiven Tendenzen auf Seiten der Mutter lassen sich in der verbalen und mimischen Kommunikation mit dem Säugling oder bei Berührungen wiederfinden (vgl. z.B. Gunning u.a. zit. in: Hornstein/Trautmann-Villalba 2010, S. 65). Dies bedeutet, auch bei dieser Variante kommt es zum Versagen der intuitiven kontingenten Abstimmungsprozesse zwischen Mutter und Kind (vgl. z.B. Cohn/Tronick zit. in: Papoušek 2002, S. 214 f.).

Anhand dieser Ausführungen lässt sich zeigen, dass es Müttern, welche an einer postpartalen Depression leiden, schwer fällt, die affektiven Signale und Äußerungen ihres Säuglings „richtig“ zu lesen (vgl. Tronick/Reck zit. in: Sidor u.a. 2010, S. 57). „Depressive Mütter übersehen oft die Signale ihres Säuglings oder interpretieren sie falsch“ (Hornstein/Trautmann-Villalba 2010, S. 65), da die Mütter die Signale häufig auf eine verzerrte Art und Weise wahrnehmen (vgl. Deneke 2001, S. 156). So nimmt eine depressive Mutter bspw. den aufmerksamen Blick des Säuglings, welcher auf die Mutter gerichtet ist und seine Reaktion auf die Berührung der Mutter mit einem Lächeln, nicht

wahr. Stattdessen interpretiert sie seine Blickabwendung – eine physiologische Erholungsreaktion des Säuglings – als ein Zeichen dafür, dass ihr Kind sie nicht mag, sie langweilig für ihren Säugling sei und sie ihm nichts bieten kann. Aufgrund dieser verzerrten Wahrnehmung kommt es zur Erstarrung des Gesichtsausdrucks auf Seiten der Mutter und einer Abwendung der Mutter von ihrem Säugling (vgl. Hornstein/Trautmann-Villalba 2010, S. 65).

Aufgrund dieser Schwierigkeiten ist die Reaktion depressiver Mütter auf die Signale des Säuglings durch weniger Feinfühligkeit gekennzeichnet, d.h. ihre Fähigkeit in Bezug auf die Wahrnehmung der Signale des Säuglings, der richtigen Interpretation sowie der angemessenen Beantwortung dieser ist im Vergleich zu nicht depressiven Müttern deutlich herabgesetzt (vgl. Murray zit. in: Sidor u.a. 2010, S. 58). Dies hat zur Folge, dass die Fähigkeit einer markierten Affektspiegelung und damit die Fähigkeit zur Affektregulation bei postpartal depressiven Müttern lediglich in eingeschränkter Form vorhanden ist. Dies hat Beeinträchtigungen in den interaktionalen Abstimmungsprozessen sowie der kindlichen Entwicklung zur Folge (vgl. Cohn u.a. zit. in: ebd., S. 57).

Postpartal depressiven Müttern fehlt es an spielerischen Elementen im Dialog mit ihrem Säugling. Dies führt zu Blockaden bezüglich der Spontanität im gemeinsamen Dialog (vgl. Papoušek 2002, S. 213 f.). Außerdem zeigen sie in ihrem mimischen Ausdrucksverhalten weniger Ausdrucksstärke (vgl. z.B. Beck zit. in: Reck 2014b, S. 114). Des Weiteren kommt es zu Veränderungen bzw. Beeinträchtigungen in der rhythmischen Dialogstruktur zwischen der Mutter und ihrem Säugling. So kommt es bei den Sprechpausen der Mutter entweder zu extremen Verkürzungen (überstimulierendes Interaktionsverhalten) oder zu extremen Verlängerungen (zurückgezogenes Interaktionsverhalten) (vgl. Papoušek 2002, S. 214).

Die geschilderten Beeinträchtigungen in den wechselseitigen Abstimmungsprozessen wirken sich auch auf die physiologische Ebene der Mutter und ihres Säuglings aus. So sind auf physiologischer Ebene bei postpartal depressiven Müttern und ihren Säuglingen während des gemeinsamen Dialogs erhöhte Stressparameter wie erhöhte Cortisolwerte, ein erniedrigter Vagotonus und eine erhöhte Herzrate nachweisbar (vgl. z.B. Diego u.a. zit. in: Reck 2014b, S. 115).

Darüber hinaus entstehen zwischen postpartal depressiven Müttern und ihren Säuglingen seltener körperliche Berührungskontakte (vgl. Lier-Schehl 2008, S. 54). Und selbst wenn körperliche Berührungen zustande kommen sind diese oftmals durch eine große

Uneindeutigkeit charakterisiert. So wird der Säugling lediglich mit den Fingerspitzen berührt oder gestreichelt oder aber die Mutter „nestelt“ unständig an dem Körper oder der Kleidung des Säuglings herum (vgl. Papoušek 2002, S. 214). Dies hat zur Folge, dass „die Mutter [...] für das Kind im konkreten und im übertragenen Sinn wenig spürbar [ist]“ (ebd., S. 214) und ihm dadurch wenig Sicherheit, Geborgenheit, Schutz und Trost spendet (vgl. z.B. Winnicott zit. in: Gerspach 2009, S. 69).

Bevor ich in Kapitel V/2.3 auf die Auswirkungen dieses beeinträchtigten Dialogs bezüglich der gesamten Entwicklung des Kindes eingehe, möchte ich mich im folgenden zunächst den Reaktionsweisen bzw. Anpassungsstrategien des Säuglings auf das depressive Interaktionsverhalten mit seiner Mutter widmen.

2.2 Frühkindliche Reaktionsweisen bzw. Anpassungsstrategien des Säuglings auf das depressive Interaktionsverhalten der Mutter

Das Interaktionsverhalten von Säuglingen mit ihren zurückgezogenen depressiven Müttern ist auch ihrerseits durch ein vermehrtes Rückzugs- und Vermeidungsverhalten und durch geringere positive Affektausdrücke gekennzeichnet (vgl. z.B. Cohn u.a. zit. in: Reck 2014b, S. 115). Die Stimmungslage der Säuglinge ist gedrückt und freudlos, ihre emotionale Reaktion ist häufig durch Ernst, Misshmut, Angst oder Traurigkeit gekennzeichnet (vgl. Cohn u.a. zit. in: Papoušek 2002, S. 205). „Die Kinder zurückgezogener, nicht responsiver Mütter stellen in der Interaktion zunehmend weniger Anforderungen, sie werden passiv, im affektiven Ausdruck ernst, depressiv“ (Martinez u.a. zit. in: Deneke 2001, S. 157).

„Sie lächeln und lautieren weniger, sind schwer zugänglich, nehmen seltener Blickkontakt auf, zeigen häufiger Blickabwendung, z.B. in Form abrupter Abbrüche von Aufmerksamkeit und Interaktionsbereitschaft“ (Murray zit. in: Papoušek 2002, S. 205). Nach Tronick und Gianino (1986) kann die häufige Blickabwendung und das damit verbundene Wegdrehen des Kopfes, die Vermeidung des Blickkontaktes und vermehrte Selbstregulationsversuche, indem die Säuglinge bspw. den Finger in den Mund nehmen, als Schutzversuch vor den negativen Effekten des nicht-responsiven Verhaltens der Mutter gedeutet werden (vgl. Tronick/Gianino zit. in: Sidor u.a. 2010, S. 58). Darüber hinaus stellen die Selbstregulationsversuche des Säuglings vermutlich eine Methode dar, um die ungenügende fremdregulatorische Unterstützung durch die Mutter zu kompensieren (vgl. Tronick/Gianino zit. in: Hartmann 2011a, S. 72).

Zu Beginn des depressiven zurückgezogenen Interaktionsverhaltens der Mutter versuchen die Säuglinge noch verstärkt durch positive Signale wie bspw. Lächeln um die Aufmerksamkeit ihrer Mutter zu werben (vgl. Dohmen 2007, S. 68). „Der Säugling [versucht] [sozusagen] unweigerlich die Mutter ins Leben zurückzulocken“ (Stern 1998, S. 129). Durch Zuwenden seines Gesichts, versucht er die Herstellung eines gegenseitigen Blickkontaktes zu erreichen (vgl. ebd., S. 129). „Er hebt die Augenbrauen, öffnet Augen und Mund weit und lädt sie zur Interaktion ein. Er vokalisiert, lächelt, gestikuliert und beweist, was seinen Humor und seine Erfindungsgabe angeht, häufig große Kreativität“ (ebd., S.129). Die Säuglinge geben dies jedoch bald auf und benutzen die positiven Signale nicht mehr, erfolgt von der Mutter keine ebenfalls positive Beantwortung ihrer Dialogversuche. Die positiven Signale des Säuglings werden in der Folge durch negative Signale ersetzt, in der Hoffnung durch unruhiges oder aggressives Verhalten oder durch Weinen die Aufmerksamkeit der Mutter zu erwerben. Finden jedoch auch die negativen Signale des Kindes keine Beachtung durch die Mutter, führt dies zur Resignation und zum Rückzug auf Seiten des Säuglings (vgl. Dohmen 2007, S. 68). Oder aber zu vermehrtem Protest (vgl. Cohn u.a. zit. in: Papoušek 2002, S. 205).

Stern hat dieses Verhalten des Säuglings als „Mikrodepression“ bezeichnet (vgl. Stern 1998, S. 126). „Was diesen Momenten ihren spezifischen Charakter verleiht, ist die Tatsache, daß sie durch ein Bedürfnis nach Gemeinsamkeit mit der Mutter ausgelöst werden“ (ebd., S. 126 f.). Nachdem die Animationsversuche des Säuglings zu größerer Lebendigkeit, größerer emotionaler Verfügbarkeit oder zum gemeinsamen Spiel der Mutter gescheitert sind, versucht der Säugling offenbar die Herstellung von Gemeinsamkeit durch Identifizierung und Nachahmung der depressiven interaktionalen Verhaltensweisen der Mutter (vgl. ebd., S. 127).

Die Kombination dieser beiden Phänomene – „Versuch, Gemeinsamkeit durch Identifizierung und Nachahmung herzustellen, und das Erleben der Depression“ – stellt eine wiederkehrende Form-des-Zusammenseins-mit-der-Mutter dar (vgl. ebd., S. 127).

Im Folgenden wird sich den Reaktionsweisen des Säuglings auf das überstimulierende mütterliche Interaktionsverhalten gewidmet.

Das überstimulierende Interaktionsverhalten der Mutter führt auf Seiten des Säuglings zu heftigen Irritationen (vgl. Dohmen 2007, S. 68). Aufgrund der noch eingeschränkten Wahrnehmungs- und Lernfähigkeit bewirkt die permanente Überstimulation eine

schnelle Überforderung, worauf der Säugling nur noch mit Rückzug reagieren kann (vgl. Papoušek 2002, S. 215).

Anhand dieser Schilderungen zeigt sich, dass auch das überstimulierende Verhalten durch die Mutter bei ihrem Säugling ein vermehrtes Rückzugsverhalten aus der Interaktion bewirkt, was eine Vermeidung des Blickkontaktes, eine Abwendung von der Mutter sowie ein passives Verhalten des Säuglings zur Folge hat. Darüber hinaus ist das Verhalten des Säuglings zum Teil auch durch negative Signale gekennzeichnet (vgl. Dohmen 2007, S. 68).

Hieran wird deutlich, dass die Reaktionsweisen der Säuglinge, bei denen das Interaktionsverhalten mit der Mutter durch emotionale Unerreichbarkeit oder durch Überstimulation gekennzeichnet ist, große Ähnlichkeiten aufweisen.

Ist das Interaktionsverhalten der depressiven Mutter mit ihrem Säugling durch starke Unberechenbarkeit aufgrund eines stetig wechselnden interaktionalen Verhaltens zwischen Unterstimulation und Überstimulation geprägt, sind die Säuglinge meist angespannt und beobachten früh ihre Mütter, um ihr Verhalten an deren Zustand anzugleichen (vgl. Deneke zit. in: Dohmen 2007, S. 69; vgl. Papoušek 2002, S. 215). „Säuglinge sind dabei ruhig oder besonders unruhig im Sinne erzwungener Unterwerfung oder aber Erstarrung vor Angst“ (Deneke zit. in: Dohmen 2007, S. 68 f.).

Das auffällige Interaktionsverhalten der Säuglinge begrenzt sich nicht nur auf die Interaktion bzw. den Dialog mit der Mutter. Vielmehr lassen sich frühe Generalisierungstendenzen bei den Säuglingen feststellen (vgl. z.B. Field zit. in: Papoušek 2002, S. 205). Während sie bei nicht depressiven Interaktionspartnern zu Beginn noch völlig unauffällige, lebendige und kooperative Reaktionsweisen zeigen, scheint es schon bei drei Monate alten Säuglingen nicht responsiver Mütter zur Ausbildung bestimmter Erwartungshaltungen gekommen zu sein. So reagieren die Säuglinge auch bei responsiven Erwachsenen nur in Form eines passiven, zurückgezogenen Interaktionsverhaltens (vgl. Martinez u.a. zit. in: Deneke 2001, S. 157). Anhand dieser Ausführungen wird deutlich, wie wichtig und notwendig die Kompensation durch andere Bezugspersonen (wie bspw. den Vater) für den Säugling ist, wenn die mütterliche Kommunikations- bzw. Dialogfähigkeit über einen längeren Zeitraum aufgrund der postpartalen Depression eine Beeinträchtigung erfährt (vgl. Deneke 2001, S. 157).

2.3 Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung

Bei Müttern, bei welchen sich die postpartale Depression in Form einer emotionalen Unerreichbarkeit äußert kommt, es zur Ignoranz der Affektzustände ihres Säuglings. Die Mütter vermeiden dadurch die Spiegelung der Affekte ihres Säuglings, da sie hierzu aufgrund ihrer depressiven Symptomatik nicht in der Lage sind. Dies führt auf Seiten des Säuglings zu einem Verlust des Kontaktes zu seinen Bedürfnissen. Die Affekte des Säuglings bleiben unbewältigt (vgl. Fonagy/Target zit. in: Naumann 2011, S. 26).

Ähnlich ergeht es Säuglingen von Müttern deren Depression durch ein überstimulierendes Verhalten gekennzeichnet ist. Was dem Säugling in diesem Fall fehlt, ist ein eindeutiges Gefühl für die Echtheit seiner Affekte (vgl. Potthoff zit. in: ebd., S. 26). „Affektausdrücke, der Mutter, die nicht mit dem Affekt des Säuglings kongruent sind, erschweren es dem Kind, innere Zustände angemessen zu benennen; sie werden dann unter Umständen als verwirrend, unsymbolisiert und kaum regulierbar erlebt“ (Fonagy u.a. 2011, S. 16). Indem die Mutter die Affekte ihres Säuglings in einer markierten, inkongruenten Art und Weise an diesen zurückspiegelt, weil sie diese nicht versteht, kommt es auf Seiten des Säuglings zur Entwicklung eines „falschen Selbst“ (Winnicott) (vgl. Potthoff zit. in: Naumann 2011, S. 26; vgl. Seiffge-Krenke zit. in: Gerspach 2009, S. 69).

Darüber hinaus fehlt es den Säuglingen von postpartal depressiven Müttern an Selbstwirksamkeitserfahrungen. In der Interaktion mit der depressiven Mutter, kann der Säugling kaum die Erfahrung machen, dass er durch sein eigenes Verhalten wie bspw. Blickzuwendung, Lächeln oder Lautieren eine Wirkung seitens der Mutter erzielen kann, welche auch seinen realen inneren Empfindungen entspricht (vgl. Papoušek 2002, S. 221).

In der Konsequenz kann geschlussfolgert werden, dass die mütterliche Depression in der Postpartalzeit die Bindungsqualität des Säuglings negativ beeinflusst, indem sie die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer unsicheren Bindung seitens des Säuglings verstärkt (vgl. Golberg zit. in: Sidor u.a. 2010, S. 58). Diese Vermutung wird durch Studienergebnisse bekräftigt. So „[zeigten] „Martins und Gaffan [...] anhand ihrer Metaanalyse, in welche sie sechs Studien aus dem angloamerikanischen Raum einschlossen, dass Kinder depressiver Frauen im Vergleich zu den Kontrollgruppen ein erhöhtes Risiko für ein unsicher-vermeidendes oder desorganisiertes Bindungsmuster aufwiesen“ (Martins/Gaffan zit. in: Reck 2014a, S. 306).

Neben den vermehrt unsicheren Bindungsmustern weisen die Kinder zudem Auffälligkeiten im sozialen und emotionalen Bereich auf. So zeigen die Kinder postpartal depressiver Mütter im sozialen und emotionalen Bereich ein ständiges Streben nach Beachtung, sie sind sehr leicht kränkbar, grundlos aggressiv oder sie verhalten sich trotzig (vgl. Seiffke-Krenke zit. in: Lier-Schehl 2008, S. 53). „Sie fordern permanente Aufmerksamkeit und physische Präsenz und Unterhaltung der Bezugsperson und können sich kaum allein beschäftigen“ (Papoušek 2002, S. 205). Außerdem zeigen die Säuglinge weniger Eigeninitiative und verhalten sich passiver. Ihre Bereitschaft ihre Umwelt zu explorieren, ihre Ausdauer und selbstinitiiertes Lernen beim Spiel sind bereits im ersten Lebensjahr verringert. Auch im zweiten Lebensjahr sind die Kinder nicht so ausdauernd im Spiel. Sie geben schnell auf sobald ihnen etwas nicht gelingen mag. Des Weiteren kommt es auf Seiten der Säuglinge zur Vermeidung von Herausforderungen. Ihre Frustrationstoleranz ist deutlich herabgesetzt (vgl. z.B. Redding u.a. zit. in: ebd., S. 204). Darüber hinaus lassen sich bei Kindern postpartal depressiver Mütter bis zum Schulalter Verzögerungen in der kognitiven Entwicklung und Einschränkungen im Problemlöseverhalten sowie einer verminderten Aufmerksamkeit feststellen (z.B. Pawlby u.a. zit. in: Hartmann 2011a, S. 69 f.). Die Kinder haben Schwierigkeiten ihre Aufmerksamkeit zu regulieren (vgl. Hay zit. in: Papoušek 2002, S. 205). Sie „sind ablenkbar, suchen ständig nach neuen Reizen, wirken rasch gelangweilt, die Aufmerksamkeit fluktuiert“ (Papoušek 2002, S. 205).

Diese Auffälligkeiten bezüglich der kognitiven Entwicklung der Kinder konnten anhand der Mannheimer Risikokinderstudie belegt werden. Im Rahmen dieser Studie wurde der Entwicklungsverlauf von 22 Kindern postpartal depressiver Mütter mit 116 Kindern gesunder Mütter vom Säuglingsalter bis zum Alter von acht Jahren miteinander verglichen. Im Rahmen dieser Untersuchung zeigte sich, dass die postpartale depressive Symptomatik der Mutter die kindliche kognitive Entwicklung der Kinder sehr ungünstig beeinflusst (vgl. Laucht u.a. zit. in: Reck 2014a, S. 306).

„Ab dem Alter von zwei Jahren wiesen die Kinder der klinischen Gruppe im Verhältnis zum Bildungsniveau ihrer Eltern einen signifikant niedrigeren Gesamt-IQ auf, der bis zum Alter von ca. acht Jahren ca. 10 IQ-Punkte hinter dem der Vergleichsgruppe zurücklag“ (ebd., S. 306).

Mit Hartmann gesprochen kann man sagen, dass „der Kummer der Kinder [...] mit den kognitiven Funktionen und dem Gedächtnis [interferiert], die sich abschwächen bzw. nicht in gleichem Ausmaß verfügbar sind“ (Hartmann 2011a, S. 70).

Laut Studienergebnissen von Brennan u.a. (2000) stehen die Auffälligkeiten, welche die Kinder in ihrem sozial-emotionalen Verhalten sowie in ihrer kognitiven Entwicklung zeigen, jedoch immer in Abhängigkeit zu dem Schweregrad und der Chronizität der postpartalen Depression der Mutter (vgl. Brennan u.a. zit. in: Reck 2014a, S. 306). Des Weiteren sind meiner Ansicht nach die Auffälligkeiten der Kinder auch immer davon abhängig, ob dem Kind kompensatorische Bezugspersonen wie bspw. der Vater des Kindes zur Verfügung stehen.

Es stellt sich folglich die Frage, welche Interventionen sich als geeignet erweisen, um den geschilderten Beeinträchtigungen im frühen Eltern-Kind-Dialog frühzeitig entgegenwirken zu können, damit der Säugling eine gute Entwicklung vollziehen kann.

VI Präventions- und Interventionsmöglichkeiten

1 Der Willkommensbesuch für Neugeborene

Wie in den vorausgegangenen Kapiteln (V/2.2 und V/2.3) aufgezeigt wurde, hat es fatale Auswirkungen auf den frühen Mutter-Kind-Dialog sowie auf die gesamte Entwicklung des Säuglings, wenn die postpartale Depression seitens der Mutter lange Zeit unentdeckt und damit unbehandelt bleibt.

Im Rahmen des Ausbaus präventiver Angebote zur Etablierung von Netzwerken Früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme sowie zur Verbesserung des Kinderschutzes, kam es in den letzten Jahren in vielen Kommunen zur Einführung von Willkommensbesuchen zur Begrüßung von Neugeborenen (vgl. Frese/Günther 2013, S. 11).

Im Folgenden soll geklärt werden, ob sich diese eignen, um die Depression bei der Mutter frühzeitig festzustellen und entsprechende Hilfen in der Familie initiieren zu können.

Da die Willkommensbesuche zur Begrüßung von Neugeborenen im Rahmen des Ausbaus präventiver Angebote zur Etablierung von Netzwerken Früher Hilfen hervorgegangen sind (vgl. ebd., S. 11) und damit „konzeptionell und programmatisch [...] zu den [...] ‚Frühen Hilfen‘ [gehören]“ (Stork 2008, S. 2), soll zunächst auf die Entstehungsgeschichte der Frühen Hilfen eingegangen werden, bevor sich dem Willkommensbesuch gewidmet wird.

Die Frage nach den richtigen Ansätzen und Maßnahmen bei der geeigneten Unterstützung von Familien bezüglich der Wahrnehmung ihrer Erziehungsaufgaben, gewann nicht zuletzt durch die dramatischen Fälle von Kindeswohlgefährdungen Ende der 1990er und Anfang der 2000er Jahre an Brisanz. Insbesondere die Todesfälle von Kindern, bei welchen bereits eine Betreuung durch das Jugendamt stattgefunden hatte, bewirkten eine öffentliche Debatte um ein Systemversagen der Jugendhilfe. Ihre Leistungsfähigkeit wurde stark in Frage gestellt (vgl. Frese/Günther 2013, S. 14). Berichte in den Medien von Todesfällen nach schwerer Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern haben die regierungsbildenden Parteien auf Bundesebene im Jahr 2005 dazu veranlasst, eine Initiative zu gründen, um den Kinderschutz nachhaltig zu verbessern und das Wohl von Kindern stärker in den Fokus der gesellschaftlichen Verantwortung zu rücken (vgl. Paul 2011, S. 252). Ein Ergebnis dieser kritischen Auseinandersetzung bestand in dem Auftrag der frühzeitigeren Wahrnehmung möglicher Risiken im Aufwachsen der Kinder seitens aller Hilfesysteme sowie der Etablierung von Angeboten/Programmen, um dies zukünftig vermeiden zu können (vgl. Frese/Günther 2013, S. 14). „Ziel sollte sein, den Schutz vor

Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern aus besonders belasteten Familien durch Prävention zu verbessern, indem die Erziehungskompetenz der Eltern möglichst frühzeitig gestärkt und verbessert wird“ (Paul 2011, S. 252). Dies sollte u.a. durch eine intensivere Zusammenarbeit der Systeme des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe erreicht werden (vgl. ebd., S. 252). Im Jahr 2006 wurde von dem Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) schließlich das Aktionsprogramm ‚Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme‘ ins Leben gerufen (siehe Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) a).

Anknüpfend an dem Aktionsprogramm erfolgte 2007 die Gründung des Nationalen Zentrums Früher Hilfen (NZFH), um die vielfältigen Aktivitäten zu Frühen Hilfen in den Ländern und Kommunen zu bündeln und für eine Sicherstellung des wechselseitigen Austausches zu sorgen. Durch die Wissensgenerierung und dessen Transfer in die Praxis und die Öffentlichkeit soll das NZFH einen Beitrag dazu leisten, den wissenschaftlichen Diskurs zu Frühen Hilfen anzuregen, Frühe Hilfen systematisch zu verankern und für die nachhaltige Etablierung eines wirksamen, präventiven sowie dauerhaften Unterstützungsangebots für (werdende) Eltern und ihre Kinder zu sorgen (vgl. Paul 2011, S. 252).

Um eine bessere Verortung und qualitätsgesicherte Entwicklung der Frühen Hilfen gewährleisten zu können, war eine Begriffsbestimmung für die Wissenschaft und Fachpraxis als Orientierungsrahmen von Nöten. In Zusammenarbeit mit dem wissenschaftlichen Beirat des NZFH kam es zur Verabschiedung folgender Begriffsdefinition Früher Hilfen:

„**Frühe Hilfen** bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten **für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0-3-Jährigen**. Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe.

Frühe Hilfen umfassen vielfältige sowohl allgemeine als auch spezifische, aufeinander bezogene und einander ergänzende Angebote und Maßnahmen. **Grundlegend sind Angebote, die sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung richten** (universelle/primäre Prävention). Darüber hinaus wenden sich Frühe Hilfen insbesondere an Familien in Problemlagen (selektive/sekundäre Prävention). Frühe Hilfen tragen in der Arbeit mit den Familien dazu bei, dass Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrgenommen und reduziert

werden. **Wenn die Hilfen nicht ausreichen, eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden, sorgen Frühe Hilfen dafür, dass weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes ergriffen werden.**

Frühe Hilfen **basieren** vor allem **auf multiprofessioneller Kooperation** [...]“ (Hervorhebungen durch die Autorin) (Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) b).

Anhand dieser Begriffsdefinition zeigt sich, dass Frühe Hilfen sowohl primärpräventive Hilfen, welche alle Familien einschließen, als auch sekundärpräventive Hilfen, welche sich im Speziellen an belastete Familien richten, umfassen. (vgl. Paul 2011, S. 254).

Des Weiteren handelt es sich bei den Frühen Hilfen um keinen bestimmten Hilfetyp. Vielmehr bestehen die Frühen Hilfen aus einem System von aufeinander bezogenen Unterstützungsangeboten im Rahmen eines Netzwerkes Früher Hilfen (vgl. Paul 2012, S. 6). So setzt sich dieses Netzwerk der Frühen Hilfen aus dem Gesundheitswesen (SGB V § 24, § 26), der Schwangerschaftsberatung (SchKG), der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) sowie der Frühförderung (SGB IX §30, § 56) zusammen (vgl. Thyen 2012, S. 21). Mit dem Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes im Jahr 2012 hat nun auch eine gesetzliche Verankerung der Frühen Hilfen stattgefunden.

Gemäß §1 Absatz 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KGG) sind unter Frühen Hilfen demnach „die Vorhaltung eines möglichst frühzeitigen, koordinierten und multiprofessionellen Angebots im Hinblick auf die Entwicklung von Kindern vor allem in den ersten Lebensjahren für Mütter und Väter sowie schwangere Frauen und werdende Väter“ zu verstehen (§ 1 Abs. 4 KGG).

Im Rahmen der Entwicklung Früher Hilfen ist es in den letzten Jahren zur Entstehung zahlreicher neuer Angebotsformen gekommen. Hierzu zählen z.B. verschiedenste Leistungen ‚aufsuchender Elternunterstützung‘ (Helming) wie bspw. das STEEPTM-Programm (siehe Kapitel VI/3 in dieser Arbeit) oder auch die Etablierung einer Schreibabysprechstunde. Gemeinsam ist diesen Angeboten, dass sie die ‚Komm-Struktur‘ der Hilfesysteme (Eltern gehen aktiv auf das Hilfesystem zu) durch eine ‚Gehstruktur‘ (das Hilfesystem geht aktiv auf die Familien zu) ersetzen möchten, um dadurch für eine Erleichterung des Zugangs zu den Hilfesystemen zu sorgen. Die wesentliche Grundidee dieser Angebote zielt darauf, insbesondere jene Eltern zu erreichen, welche einen Unterstützungsbedarf haben, jedoch von sich aus keine Hilfe suchen (vgl. Frese/Günther 2013, S. 18).

Ein Angebot der Frühen Hilfen, das diesem Gedanken Rechnung trägt und von vielen Kommunen in den letzten Jahren veranlasst wurde, ist der Willkommensbesuch für Familien mit Neugeborenen (vgl. Frese/Günther 2013, S. 19). Es handelt sich hierbei um den frühesten Leistungsbaustein der Frühen Hilfen nach der Geburt eines Säuglings (vgl. Stork 2008, S. 2).

Der Willkommensbesuch ist im Kinderschutzgesetz in § 2 („Information der Eltern über Unterstützungsangebote in Fragen der Kindesentwicklung“) gesetzlich verankert.

„Hierbei handelt es sich um ein Informationsangebot, das von Jugendämtern, freien Trägern der Jugendhilfe oder Fachkräften des Gesundheitswesens (Hebammen, Familienhebammen, Kinderkrankenschwestern) durchgeführt wird und in dessen Mittelpunkt die Übergabe eines Begrüßungspaketes mit Informationen für die Familie und Geschenken für das Kind steht“ (Frese/Günther 2013, S. 19). Auf der Grundlage eines gemeinsamen Gesprächs zwischen der Familie und der Fachkraft, geht es u.a. um das Erkennen eines weitergehenden Unterstützungsbedarfs (vgl. Stork 2008, S. 1).

Die Willkommensbesuche sind durch eine Vielzahl unterschiedlichster Varianten gekennzeichnet. So weisen sie große Unterschiede in Bezug auf ihre Zielschwerpunkte, der Beteiligung von Professionen und Institutionen auf. Auch gesetzlich sind keine inhaltlichen Vorgaben für bestimmte konzeptionelle Umsetzungen verankert¹¹ (vgl. Frese/Günther 2013, S. 11).

Der Besuch erfolgt zeitnah nach der Geburt des Säuglings (meist in den ersten sechs bis acht Wochen postpartum) und charakteristischerweise im häuslichen Umfeld der Eltern (vgl. Günther/Frese 2014, S. 46; vgl. Stork 2008, S. 2). Auch wenn die Willkommensbesuche Unterschiede aufweisen, so basieren alle Konzepte des Besuchs auf dem Grundgedanken und dem Ziel der Vermittlung von Informationen zu Angeboten für junge Familien in ihrer Umgebung (vgl. Stork 2008, S. 3). „Eines der Kernziele dieser Besuche ist es, Familien mit kleinen Kindern so früh wie möglich über das örtliche Angebots- und Hilfesystem zu informieren und diese bei eigeninitiativ formuliertem

¹¹ Beispielhaft sei an dieser Stelle der Willkommensbesuch der Stadt Darmstadt genannt. Das Darmstädter Modell des Begrüßungsservice trägt den Namen: „Kinder schützen – Familien fördern“ und besteht seit 2009 (vgl. Netzwerkkoordination Frühe Hilfen Wissenschaftsstadt Darmstadt). Der Begrüßungsservice wird von drei sozialpädagogischen Fachkräften erbracht. Das Ziel besteht darin mittels präventiver Angebote Eltern eine unterstützende Begleitung anzubieten, um dadurch für eine Reduzierung eventueller familiärer Belastungen zu sorgen (vgl. Das Darmstädter Modell). „Die Eltern darin zu unterstützen, mögliche Störungen in der frühen Eltern-Kind-Beziehung frühzeitig zu erkennen und diesen von Anfang an wirksam zu begegnen, um ihren Kindern bestmögliche Entwicklungsbedingungen zu bieten, ist das Anliegen dieses Modells“ (ebd.). Es geht folglich darum den Familien die präventiven Angebote in ihrer nahen Umgebung „näher zu bringen“. Indem die Fachkräfte mit vielen Netzwerkpartnern aus dem Gesundheitswesen und der Jugendhilfe konstruktiv sowie kreativ zusammenarbeiten, kann den Familien ein breites Spektrum unterschiedlicher Hilfen als Dienstleistungen angeboten werden (vgl. ebd.).

Bedarf und/oder aus fachlicher Gebotenheit, [bspw. bei erkannten Belastungen in der Familie, weil die Mutter bspw. Symptome einer postpartalen Depression zeigt und diese von der sozialpädagogischen Fachkraft wahrgenommen wurden] in entsprechende Hilfen zu vermitteln“ und damit den Zugang in das Hilfesystem anzubahnen bzw. zu öffnen (Günther/Frese 2014, S. 46; vgl. Stork 2008, S. 4). Der Besuch soll folglich dazu dienen, einen vertrauensvollen Kontakt zwischen den Eltern und der sozialpädagogischen Fachkraft, welche den Besuch durchführt, entstehen zu lassen, um für den Abbau von vorhandenen Hemmschwellen gegenüber dem Hilfesystem zu sorgen (vgl. Frese/Günther 2013, S. 192). In Abhängigkeit zu der konzeptionellen Ausrichtung des Willkommensbesuchs kann die Fachkraft seitens der Mutter darüber hinaus „als konstante[r] Ansprechpartner [...] [verstanden werden], der in Bedarfslagen kontaktiert werden und die [Mutter] als Lotse [...] in geeignete Angebote oder Hilfen vermitteln kann“ (ebd., S. 192). „Ein wesentliches Potential der Willkommensbesuche stellt somit die Möglichkeit dar, Familien von der Information über die Beratung bis hin zur Vermittlung in Hilfen zu begleiten“ (ebd., S. 192).

Ein weiteres Kernziel der Willkommensbesuche besteht darin, einen Zugang zu allen Eltern zu erlangen. Indem die Fachkräfte des Willkommensbesuchs die Eltern mit einem Begrüßungsbrief anschreiben und einen Termin für ihren Besuch vorschlagen, sodass für eine Absage des Termins die Eltern aktiv werden müssen, soll gewährleistet werden, gerade auch jene Eltern mittels des Willkommensbesuchs zu erfassen, welche hohe Belastungen aufweisen, jedoch von sich aus vermeintlich keine Angebote aufsuchen würden (vgl. Günther/Frese 2014, S. 49).

Außerdem sollen die Willkommensbesuche zu einer positiveren Außenwirkung der öffentlichen Jugendhilfe beitragen, welche durch die Serviceorientierung und die Geh-Struktur des Angebotes erzielt werden soll (vgl. ebd., S. 47 f.). Damit soll ein Imagewandel der öffentlichen Jugendhilfe erreicht werden (vgl. ebd., S. 50).

Meiner Ansicht nach ist es durchaus möglich, bei dem Willkommensbesuch eine postpartale Depression seitens der Mutter wahrnehmen und erkennen zu können und mit der Mutter die Vermittlung in weiterführende Hilfen zu besprechen. Dies steht meiner Meinung nach jedoch in starker Abhängigkeit zu der Qualität der Besuche sowie der konzeptionellen Ausrichtung.

Ist der Willkommensbesuch bspw. konzeptionell so ausgerichtet, dass dieser als einmaliger Informationsservice gedacht ist und keine Möglichkeit weitergehender

Besuchstermine und Beratung und Begleitung existiert (vgl. Günther/Frese 2014, S. 47), scheint es mir unwahrscheinlicher, dass dieser einen Beitrag dazu leisten kann, die Mutter davon zu überzeugen weiterführende Hilfsangebote anzunehmen, da das Thema der Depression in unserer Gesellschaft sehr schambelastet ist und zunächst eine Vertrauensbasis geschaffen werden muss, bevor die postpartal depressive Mutter mit der Fachkraft über ihre psychischen Belastungen spricht. Darüber hinaus benötigt die Fachkraft, welche die Willkommensbesuche durchführt (z.B. die sozialpädagogische Fachkraft) zum einen Fachkenntnisse über die Symptome einer postpartalen Depression, um diese überhaupt bei der Mutter erkennen zu können. Zum Anderen benötigt sie ein breites Wissen über die Unterstützungsangebote in der Kommune.

Des Weiteren sind dem Angebot des Willkommensbesuchs auch immer konzeptionelle und rechtliche Grenzen gesetzt. So handelt es sich bei dem Angebot, unabhängig von deren organisatorischer Anbindung und Umsetzung, stets um ein freiwilliges Angebot (vgl. Frese/Günther 2013, S. 195).

„Erreicht werden kann nur, wer dem Besuch zustimmt bzw. nicht aktiv absagt. Wo Menschen nach wie vor Vorbehalte gegenüber dem Jugendamt oder dem Hilfesystem generell haben und die Hemmschwelle zur Annahme von Unterstützungsleistungen zu groß oder auch zu schambelastet ist, wird der Willkommensbesuch nicht zielführend sein bzw. von vornherein scheitern“ (ebd., S. 195).

Trotz der eben genannten Grenzen erachte ich die Einrichtung des Willkommensbesuchs dennoch als ein sinnvolles und wertvolles präventives Angebot. Ist dieser bspw. als ein längerfristiges Unterstützungsformat angelegt (vgl. ebd., S. 192), so scheint es meiner Meinung nach möglich, im Austausch mit der Mutter auf der Grundlage einer haltenden und containenden Beziehung, die Vermittlung in bspw. eine stationäre Mutter-Kind-Therapie (bei einer schweren Form der Depression) anbahnen zu können oder auch den Kontakt zu einer Mutter-Kind-Gruppe in der näheren Umgebung zu vermitteln.

2 Stationäre Behandlung nach dem ‚Heppenheimer Modell der Mutter-Kind-Behandlung®‘

Wie in dieser Arbeit bereits thematisiert (s. Kapitel III/4), unterscheidet sich die postpartale Depression in ihren Schweregraden voneinander. Sie kann in einer leichten, aber auch in einer sehr schweren Form in Erscheinung treten. (vgl. Kumar/Brockington; Hamilton/Harberger zit. in: Pedrina 2006, S. 31). Leidet die Mutter in der Postpartalzeit an einer sehr schweren Depression, ist eine stationäre Behandlung von Mutter und Säugling meiner Ansicht nach unabdingbar. Hierbei geht es u.a. darum, das

Gefährdungsrisiko für die Mutter, aber vor allem auch für den Säugling im Falle aggressiver Neigungen oder zwang- oder wahnhafter Impulse seitens der Mutter ihrem Säugling und/oder sich selbst etwas anzutun, (vgl. Nispel; Sauer zit. in: Dohmen 2007, S. 40; vgl. Liebermann/Hauser/Wittmann 2012, S. 420; vgl. Reck 2014a, S. 303) zu reduzieren und das Auftreten gefährlicher Situation zu verhindern (vgl. Masten zit. in: Hartmann 2011b, S. 78).

Im Folgenden möchte ich daher beispielhaft für eine stationäre Behandlung postpartal depressiver Mütter und ihren Kindern das ‚Heppenheimer Modell der Mutter-Kind-Behandlung®‘ von Hartmann u.a. vorstellen.

Bereits 1991 hat Hartmann begonnen, Mütter mit ihren Kindern stationär psychiatrisch-psychotherapeutisch zu behandeln, um möglichst früh und damit präventiv für eine Verminderung der Auswirkungen auf die Kinder zu sorgen und eine gesündere Entwicklung für diese zu ermöglichen. Hat die Behandlung damals in einer psychiatrischen Station stattgefunden, in welcher die Mutter-Kind-Einheiten in die bereits bestehende Station integriert wurden, findet die Realisierung dieses Angebots seit 2003 in der ‚Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Zentrums für Soziale Psychiatrie Bergstraße‘ in Heppenheim auf einer elf Betten umfassenden eigenständigen Mutter-Kind-Station statt. Dies ist bundesweit einmalig. Die Behandlung und stationäre Aufnahme schließt Mütter mit Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern bis zum Alter von sechs Jahren ein, welche sich (postpartal) in einer Krise befinden¹² (vgl. Hartmann/Grande 2007, S. 259). Die Behandlungsdauer erstreckt sich über einen Zeitraum von 90 bis 100 Tagen (vgl. Hartmann 2011b, S. 79).

Die stationäre Behandlung nach dem „Heppenheimer-Modell“ beruht auf einem fokusorientierten Vorgehen auf der Grundlage psychoanalytischer/tiefenpsychologischer und bindungstheoretischer Konzepte (vgl. Hartmann/Grande zit. in: Hartmann 2011a, S. 75). „Mittels eines fokusorientierten psychodynamischen Behandlungsangebots versuchen [die Fachkräfte], die Störungen der Mütter und die zugehörigen Interaktionsstörungen mit ihren Kindern unter Nutzung von Videofeedback [in Form einer Video-Interaktionstherapie¹³], [psychotherapeutischen Gesprächen – einzeln

¹² Neben der Behandlung von peri- und postpartalen depressiven Störungen, werden darüber hinaus auch „depressive und psychotische Störungen [...], Persönlichkeitsstörungen einschließlich Traumatisierung sowie Suchterkrankungen, wenn sie nicht allein im Vordergrund stehen, sondern als Komorbidität auftreten“ auf dieser Station behandelt (Hartmann 2011b, S. 73). Meine Ausführungen zu dem stationären Behandlungskonzeptes beschränken sich jedoch ausschließlich auf das Beispiel der postpartalen Depression.

¹³ Der Beginn der Video-Interaktionstherapie steht in Abhängigkeit zu der psychischen Stabilität der Mutter. Kann diese Methode bei manchen Müttern bereits zu Beginn der Therapie eingesetzt werden, ist

und/oder in Gruppen -] und nonverbalen Therapien [wie Tanz- und Kunsttherapie] zu verstehen und zu verändern“ (Hartmann 2011b, S. 73; vgl. Hartmann/Grande 2007, S. 264).

So wird neben psychotherapeutischen Einzelgesprächen mit den postpartal depressiven Müttern zweimal wöchentlich eine Gruppentherapie durchgeführt. Sind die Einzelgespräche der Ort, an dem u.a. ein Nachdenken über die Szenen der Gruppe, ein Ziehen der Parallelen zur Lebensgeschichte oder der Analyse von Widerständen erfolgt, bietet die Gruppentherapie die Möglichkeit in dem geschützten Rahmen des stationären Gruppensettings erste konkrete Veränderungsversuche in Bezug auf den Umgang mit dem Säugling zu wagen (vgl. Hartmann/Grande 2007, S. 264).

Darüber hinaus existiert das Angebot einer Gruppe nach dem ‚Prager Eltern-Kind-Programm‘ (PEKiP)¹⁴, welches von den Müttern besucht werden kann. Die eben genannten Angebote finden jeweils mit der Mutter und ihrem Säugling in einer speziellen Gruppe und bei Bedarf und Indikation auch als Einzeltherapie statt (vgl. Hartmann/Grande 2007, S. 264). Des Weiteren besteht vierzehntätig für die Väter das Angebot des Besuchs einer ambulanten Vätergruppe, welcher auch nach dem Ende der Behandlung von Mutter und Kind noch weiter besucht werden kann (vgl.

dies bei Anderen erst beim Erreichen einer stabileren psychischen Verfassung möglich. Die Videosequenzen, welche eine Dauer von fünf bis 15 Minuten haben (vgl. Hartmann/Grande 2007, S. 264), beinhalten unterschiedliche Sequenzen von Mutter-Kind-Interaktionen (bspw. in einer Spiel- oder Fütterungssituation, beim Baden oder Wickeln), welche nach vorheriger Durchsicht auf positive und/oder negative Interaktionssequenzen, gemeinsam mit der Mutter betrachtet werden. Das Vorgehen stützt sich dabei auf die Erfahrungen und Beschreibungen von Papoušek (2000) und Beebe (2003) sowie die Vorgaben des STEEP-Programms (Erickson/Egeland 2009) (vgl. Hartmann 2011a, S. 76) (siehe Kapitel VI/3 in dieser Arbeit). Mittels dieser Objektivierung versuchen die therapeutischen Fachkräfte für eine Anregung und Verbesserung der Wahrnehmung der Mütter hinsichtlich ihrer selbst, ihrer Kinder sowie der ablaufenden Interaktion zu sorgen (vgl. Hartmann/Grande 2007, S. 264). Aufgrund der Möglichkeit, gelingende Sequenzen des Mutter-Kind-Dialoges in Zeitlupe oder in Bild-zu-Bild-Analysen wiedergeben zu können, ist es möglich, den Müttern gelingende Veränderungsprozesse in dem Mutter-Kind-Dialog zu verdeutlichen und für sie glaubwürdig zu machen (vgl. Papoušek zit. in: Papoušek 2000, S. 617; Tiel zit. in: Papoušek 2000, S. 613). Denn eine besonders überzeugende Wirkkraft geht für die Mütter von der Sichtbarkeit der ablaufenden Interaktionen aus (‚seeing is believing‘), welche objektiv betrachtet und somit nicht mehr übersehen werden kann (vgl. Hartmann 2011a, S. 76).

¹⁴ Bei dem Prager-Eltern-Kind-Programm (PEKiP®) handelt es sich um ein gruppenpädagogisches Konzept für Eltern und ihre Säuglinge im ersten Lebensjahr (vgl. PEKiP®-Fachinformation). Das sozialpädagogische Gruppenprogramm wurde von der Diplom-Psychologin Christa Ruppelt und dem Sozialwissenschaftler Hans Ruppelt u.a. entworfen. Ihr Konzept basiert auf den Erkenntnissen, welche der Prager Psychologe Jaroslav Koch im Rahmen seiner Forschungstätigkeit zur Begleitung von Säuglingen in der häuslichen und außerhäuslichen Betreuung gewann. Auf der Basis seiner Forschungsergebnisse kam es bei Koch zur Entwicklung von Bewegungs- und Spielanregungen für Säuglinge (vgl. ebd.). PEKiP® zielt darauf Eltern und ihre Säuglinge im sensiblen Prozess des Zueinanderfindens unterstützend zu begleiten, um die Eltern für die momentanen Bedürfnisse des Säuglings zu sensibilisieren sowie die Bindung zwischen den Eltern und ihrem Säugling zu stärken. Schwerpunkte in dem Gruppenangebot bilden die PEKiP®- Spiel-, Bewegungs- und Sinnesanregungen für die Eltern und ihre Säuglinge (vgl. PEKiP®-Konzept).

Hartmann/Grande 2007, S. 264). „Die Vätergruppe stellt eine nicht unwesentliche Ergänzung [des] Behandlungsangebotes dar, denn sie ermöglicht nicht nur die Vermittlung von Wissen über die Situation der behandelten Mutter mit ihrem Kind, sondern schafft auch, wo ein solches Verstehen nicht gegeben ist, die Voraussetzung für ein einführendes Verstehen in der Partnerschaft“ (ebd., S. 264 f.).

Die Aufnahme der Mütter mit ihren Kindern erfolgt nach einem zuvor geführten Vorgespräch durch die später zuständige Therapeutin sowie eines weiteren Teammitglieds¹⁵. Hierbei wird der Fokus der Behandlung erstmals eingeschätzt. Dabei werden sowohl die verbalen Äußerungen der Mutter, als auch das Beziehungsverhalten der Mutter gegenüber ihrem Kind berücksichtigt (vgl. ebd., S. 262).

Die therapeutische Arbeit orientiert sich folglich an einem Fokus, welcher ein dysfunktionales Beziehungsmuster zwischen der Mutter und ihrem Säugling zum Inhalt hat (vgl. Hartmann 2011b, S. 79). Dies bedeutet, die Fachkräfte der Mutter-Kind-Station „[sehen] den Behandlungsfokus [...] in der jeweils individuell und diagnoseunabhängig vorhandenen Beziehungsproblematik zwischen Mutter und Kind“ (Hartmann/Grande 2007, S. 262). Hierbei müssen jedoch stets die kognitiv-affektiven Fähigkeiten der Mutter bezüglich ihrer Fähigkeiten neue Sichtweisen in die Mutter-Kind-Beziehung zu integrieren, das Bindungsverhalten der Mutter und des Kindes sowie der Entwicklungsstand des Kindes eine Beachtung finden (vgl. ebd., S. 261 f.).

Die Orientierung dieser Fokusformulierung erfolgt nach der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD 2006)¹⁶ und dort im Wesentlichen an der Struktur- aber auch an der Konflikt- und Beziehungsachse „unter Berücksichtigung der strukturellen Fähigkeiten“ (vgl. Hartmann 2011b, S. 79; vgl. Hartmann 2011a, S. 76). Gerade die Einschätzung der strukturellen Fähigkeiten, wie z.B. die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung, -zur Kommunikation oder auch die Fähigkeit zur Bindung

¹⁵ Das Team der Mutter-Kind-Station setzt sich aus einer Diplom-Psychologin (Psychoanalytikerin), einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, 9,1 Vollzeitkräften im Pflegedienst (Stationsleitung mit gruppenanalytischer Ausbildung) und dem zuständigen ärztlichen Abteilungsleiter zusammen. Außerdem wird regelmäßig eine Hebamme sowie ein Kinderarzt und ein Gynäkologe in die Arbeit mit einbezogen. Darüber hinaus besteht eine Kooperation mit dem örtlich vorhandenen Kinder- und Jugendpsychiater. Die Mitarbeiter der Station besitzen eine psychoanalytische, psychotherapeutische, gruppenanalytische oder neurologisch-psychiatrische Qualifikation (vgl. Hartmann/Grande 2007, S. 265).

¹⁶ Bei der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) handelt es sich um ein multiaxiales Diagnosesystem (vgl. Cierpka/Arbeitskreis OPD zit. in: Hörz u.a. 2011, S. 42). „Die OPD-2 erfasst die wesentlichen psychischen Prozesse, die an der Entstehung der Symptome und an deren Aufrechterhaltung beteiligt sind“ (ebd., S. 42). Mittels operationalisierter Kategorien können Einschätzungen auf fünf verschiedenen Achsen erfolgen (vgl. Hörz u.a. 2011, S. 42): „Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen (Achse 1); Beziehung [...] (Achse 2); Konflikt [...] (Achse 3); Struktur (psychisch-strukturelle Fähigkeiten) (Achse 4); Psychische und psychosomatische Störungen (Symptomatologie gemäß ICD-10 bzw. DSM-IV) (Achse 5)“ (Dahlbender/Tritt 2011, S. 29).

(Hartmann 2011b, S. 80), ist für das weitere therapeutische Vorgehen besonders bedeutsam, indem bspw. mehr kohärenzfördernde Interventionen bei fragiler Selbststruktur bzw. konfrontative Interventionen bei relativ stabiler Selbststruktur geeignet sind. Neben der Einschätzung des Behandlungsfokus durch die Therapeuten, ist auch die Mutter zu einer Zielformulierung, hinsichtlich ihrer Wünsche, welche Veränderungen durch die Behandlung eintreten sollen, aufgefordert (vgl. Hartmann/Grande 2007, S. 262). „Eine Fokusformulierung (Hartman und Grande 2007) beruht auf der Frage: Welcher Problembereich ist für die Patientin zentral, löst die Störung aus bzw. erhält sie aufrecht?“ (Hartmann 2011b, S. 80). Bei den jeweiligen Problembereichen handelt es sich meist um die kritischen Formen des Miteinanders, bei denen die grundlegenden affektiven Abstimmungen zwischen der Mutter und ihrem Säugling von statten gehen (vgl. ebd., S. 80).

Im Verlauf der Behandlung findet eine stetige Überprüfung und Einschätzung des Behandlungsfokus hinsichtlich des Ausmaßes der Wahrnehmung des jeweiligen Beziehungsproblems sowie Veränderungen im Umgang mit diesem statt (vgl. Rudolf et al.; Grande; Rudolf et al. zit. in: Hartmann 2011b, S. 80). Dies erfolgt anhand der Heidelberger Umstrukturierungsskala¹⁷ (HSCS; Rudolf et al. 2000; Grande 2005) (vgl. Hartmann/Grande 2007, S. 263). Die Erfassung der Fortschritte im therapeutischen Prozess erfolgt über Veränderungen der inneren Haltung und aus dem Umgang mit dem für die psychische Störung respektive das dysfunktionale Beziehungsmuster relevanten Problembereichen (vgl. ebd., S. 261).

Die therapeutische Arbeit der Mutter-Kind-Station in Heppenheim zielt auf zwei verschiedene Ebenen: die *repräsentationale* sowie die *interaktionelle Ebene* (vgl. Hartmann/Grande 2007, S. 260).

¹⁷ Die Heidelberger Umstrukturierungsskala basiert auf einer sieben-stufigen Skala, mittels derer Veränderungen im Umgang mit dem Fokusproblem festgehalten werden können (vgl. Hörz u.a. 2011, S. 42). „Die sieben Stufen [bilden] eine Veränderung im Sinne einer zunehmenden Integration des Fokusproblems ab, die von einer ‚Nichtwahrnehmung des Fokusproblems‘ (Stufe 1) bis zur ‚Auflösung des Fokus‘ (Stufe 7) eine schrittweise Bearbeitung und Veränderung beschreibt“ (ebd., S. 42). „Neben der Einschätzung des Ausmaßes des selbstreflexiven Umgangs mit zentralen Problembereichen erfassen [Hartmann u.a.] zusätzlich, wie eine Patientin hinsichtlich der Bewältigung realer Lebensanforderungen mit ihren therapeutisch geförderten selbstreflexiven Möglichkeiten praktisch umgeht, etwa in Gruppensituationen“ (Rudolf u.a. zit. in: Hartmann/Grande 2007, S. 264). Dadurch kommt es zur Entstehung einer Umstrukturierungs-Einlösungsmatrix, in der nicht nur die intrapsychische Progression im Rahmen des therapeutischen Prozesses, sondern auch die dadurch ermöglichten Bewältigungsleistungen im äußeren Leben sichtbar werden (vgl. ebd., S. 264).

In der von Hartmann u.a. verwandten weiteren Modifikation der Umstrukturierungsskala kommen nur die Stufen eins bis vier zur Anwendung. Die vier Stufen seien laut unterschiedlicher Arbeiten zur HSCS von Grande u.a. ausreichend, um im stationären Bereich damit Veränderungen aufzeigen zu können (vgl. Hartmann/Grande 2007, S. 263 f.).

Bedenkt man, das durch die Mutter- bzw. Elternschaft die eigenen erlebten Beziehungserfahrungen mit den eigenen Bezugspersonen wiederbelebt und reaktualisiert werden (vgl. Ludwig-Körner 2014, S. 45; vgl. Cierpka u.a. 2014, S. 118), erachte ich das Ansetzen auf der repräsentationalen Ebene als Grundvoraussetzung dafür, dass auf interaktioneller Ebene eine wirkliche innere Verhaltensänderung seitens der postpartal depressiven Mutter und damit ein gelingender Dialog zwischen der Mutter und ihrem Säugling überhaupt erst möglich wird. Mit Fraiberg gesprochen „geht es u.a. darum, projektive Verzerrungen in der [mütterlichen] Wahrnehmung zu identifizieren, zu bearbeiten und aufzulösen, ‚Gespenster im Kinderzimmer‘ zu erkennen und zu vertreiben, die als ‚Besucher aus der nicht erinnerten Vergangenheit der‘ [Mütter], als ‚nicht geladene Gäste auf der Taufe‘, ihr Unwesen treiben und die Beziehung zum Kind stören“ (Fraiberg; Barth; Lieberman/Pawl zit. in: Papoušek 2000, S. 623 f.). Dadurch kann verhindert werden, dass „das Gespenst [...] anstelle des Babys zum Gegenüber in der Kommunikation [wird], als Repräsentant eines abgewehrten Teils des [mütterlichen] Unbewussten oder als Repräsentant einer bedeutsamen Person aus der Vergangenheit“ (Brazelton/Cramer zit. in: Wollwerth de Chuquisengo/Papoušek 2004, S. 295). In Anlehnung an die analytische Eltern-Säuglings-Psychotherapie zielt die therapeutische Arbeit auf der repräsentationalen Ebene darauf ab, die aus der Vergangenheit stammenden Projektionen aufzudecken und diese bewusst zu machen, um auf diese Art und Weise den Weg zu einem unbeschwerten gelingenden gegenwärtigen Mutter-Kind-Dialog anbahnen zu können (vgl. Wollwerth de Chuquisengo/Papoušek 2004, S. 295). „Durch unsere Arbeit [werden] die ‚Gespenster‘ aus den Kinderzimmern der Mütter und manchmal auch jenen der Väter (Fraiberg et al. 1975), die aus der eigenen Lebensgeschichte der Eltern in die Beziehung zum Kind in bisher unverständener Weise hineinwirkten, ‚enttarnt‘ und damit ihrer Macht beraubt“ (Hartmann 2011b, S. 80).

Die Therapeutische Arbeit auf der interaktionellen Ebene zielt auf eine Sensibilisierung der Mutter bezüglich der affektiven Zustände und Signale ihres Kindes (vgl. Wollwerth de Chuquisengo/Papoušek 2004, S. 296). Hierbei stellt sich die therapeutische Fachkraft sozusagen als „Hilfs-Ich“ zur Verfügung, damit die Mutter die aktuellen Bedürfnisse, Signale oder Interessen ihres Säuglings angemessener zu verstehen lernt (vgl. Papoušek 2000, S. 298). (siehe auch Kapitel VI/3 in dieser Arbeit). Dadurch wird es für die Mutter möglich, Mentalisierungsfähigkeit zu entwickeln. Indem die Mutter lernt die Signale ihres Säuglings richtig zu interpretieren und zu einer angemessenen Beantwortung dieser fähig ist, kann sich ein feinfühlig, gelingender Dialog zwischen der Mutter und ihrem

Säugling anbahnen (vgl. Wollwerth de Chuquisengo/Papoušek 2004, S. 296). Dies findet in einem geschützten ‚Spielraum‘, einem sogenannten „Übergangsraum“ (Winnicott) statt (vgl. ebd., S. 298).

Im Rahmen der therapeutischen Arbeit kommt es dabei immer wieder zu Verschränkungen innerhalb der repräsentationalen sowie der interaktionellen Ebene (vgl. Hartmann 2011b, S. 81). So werden gerade auf der interaktionellen Ebene häufig Verbindungen zwischen erkannten inneren Überzeugungen aus der eigenen Geschichte und der aktuellen Interaktion zwischen Mutter und Säugling sichtbar. Auf diese Art und Weise können sich bisher nicht zugängliche implizite und explizite Erinnerungen zeigen (vgl. Hartmann/Grande 2007, S. 260 f.).

Damit es seitens der Mutter jedoch zur Einrichtung und Entwicklung eines Denk- und Fühlraumes für die innerpsychischen Zustände ihres Säuglings kommen kann und sie damit die Fähigkeit zur Mentalisierung entwickeln kann, muss sich diese zunächst selbst genügend gut gehalten fühlen (vgl. Israel/Reißmann 2008, S. 120). Diese Auffassung wird auch auf der Eltern-Kind-Station in Heppenheim vertreten. So schreibt Hartmann:

„Wir verstehen unsere Station als sichere Basis im Sinne einer die individuellen Probleme verstehenden, stützenden und auffangenden Großfamilie, in der die Mütter für eine gewisse Zeit begleitet, gehalten und von den Anforderungen der Außenwelt so lange geschützt sind, bis sie in der Lage sind, diese besser zu bewältigen“ (Hartmann 2011b, 81).

Es geht folglich um die Schaffung eines schützenden, ‚bemutternden‘ Umfelds (vgl. Papoušek/von Hofacker zit. in: Papoušek 2000, S. 116). Gerade für Mütter, welche aufgrund fehlender Erfahrung einer eigenen „Bemutterung“ in der Postpartalzeit eine Depression erlitten haben (vgl. Pedrina zit. in: Gerspach 2011, S. 110) (siehe Kapitel III/6), ist dieser Aspekt besonders bedeutsam.

„Eine Mutter, die all die Arbeit mit dem Säugling und die darin enthaltenen Entsagungen für das Wohl des Neugeborenen auf sich nimmt, benötigt selbst Versorgung. Sie muss schließlich auch mit ihren eigenen emotionalen Reaktionen auf die Bedürfnisse des Säuglings zurechtkommen“ (Hartmann 2011a, S. 73).

Die Grundvoraussetzung für eine wirksame, gelingende therapeutische Arbeit sowohl auf repräsentationaler als auch interaktioneller Ebene basiert meiner Ansicht nach folglich in der „holding“- (Winnicott) und „Container-Funktion“ (Bion) durch den Therapeuten. Auf der Grundlage einer verlässlichen therapeutischen Beziehung kann es unter gelingenden Bedingungen seitens der Mutter zur Entwicklung des Empfindens des Therapeuten als sichere Basis kommen (vgl. Marvin et al. zit. in: Hartmann 2011a, S. 74). Häufig waren die betroffenen Mütter in ihrer frühen Kindheit alleine mit ihrer Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit (vgl. Hartmann 2011a, S. 74). Infolge eigener unerfüllter

Bindungsbedürfnisse ist oftmals auch die Beziehung zu ihrem Kind durch eine große Unsicherheit gekennzeichnet. Die Sicherheit wird bei dem eigenen Säugling gesucht (vgl. Hartmann 2011b, S. 79). Fühlt sich die postpartal depressive Mutter von dem Therapeuten genügend gut gehalten, können im Rahmen der Behandlung abgewehrte Konflikte, wie bspw. Abhängigkeit-Autonomie-Konflikte (siehe Kapitel III/6), schmerzliche Gefühle oder auch eigene unbewusste Abhängigkeitswünsche, welche durch den Säugling eine Wiederbelebung erfahren, zur Sprache kommen (vgl. Hartmann 2011a, S. 73 f.). Indem der Affektzustand seitens der Mutter verbalisiert wird, kann sich seitens der Mutter die Fähigkeit zur Symbolisierung entwickeln, welches die Voraussetzung für die Fähigkeit zur Mentalisierung darstellt (vgl. Staufenberg zit. in: Gerspach 2012, S. 13). Es ist folglich eine symbolische Verarbeitung des Affektes als sekundäre Repräsentation möglich, wodurch auf symbolischer Ebene Affektregulation möglich wird (vgl. Fonagy et al. zit. in: Hartmann 2011a, S. 74). Hierfür ist eine affektive Begleitung der Mütter durch den Therapeuten wesentlich, ohne selbst von den Affekten der postpartal depressiven Mütter überwältigt zu werden (vgl. Hartmann 2011a, S. 74). Vielmehr muss sich dieser als Leih-Container zur Verfügung stellen und die affektiven Äußerungen der Mütter in sich aufnehmen und in einer ‚verdauten‘ symbolisierten Form an diese zurückzugeben (vgl. Steinhardt zit. in: Naumann 2011, S. 49). „Mit Leih-Container ist eine Leistung gemeint, die ein verstehender Anderer aufbringt, indem er sich, offen für alles, was ihm entgegengebracht wird, einführend zur Verfügung stellt und Worte für Zustände findet, die unaussprechbar schrecklich erscheinen“ (Israel/Reißmann 2008, S. 118 ff.).

„Die therapeutische Beziehung kann empathisch und unterstützend eine korrigierende und emotionale Beziehungserfahrung ermöglichen [und] gelegentlich zum Schauplatz einer Reinszenierung eines Beziehungsmusters werden, die durch Bearbeitung der Übertragungs-/Gegenübertragungsbeziehung aufgelöst werden kann“ (Wollwerth de Chuquisengo/Papoušek 2004, S. 283). Auf dieser Grundlage ist es der Mutter möglich, eine Stärkung ihres Selbstvertrauens in die eigenen intuitiven Kompetenzen zu erleben und sich dadurch auch im Umgang mit ihrem Säugling „sicherer“ zu fühlen (vgl. Papoušek/von Hofacker zit. in: Papoušek 2000, S. 116). Nur dann kann sich eine sichere Bindung zwischen der Mutter und ihrem Säugling entwickeln.

Indem die Mütter im Rahmen der stationären Therapie korrigierende und damit heilende Erfahrungen machen können, kann im Rahmen der Behandlung eine „Normalisierung“ des entgleisten Mutter-Kind-Dialogs erreicht werden und dadurch die negativen

Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung aufgrund länger andauernder depressiver Zustände der Mütter vermindert werden (vgl. Hartmann 2011a, S. 77; vgl. Hartmann 2011b, S. 80).

Meiner Ansicht nach handelt es sich bei dem ‚Heppenheimer Modell der Mutter-Kind-Behandlung®‘ um ein geeignetes Modell der Behandlung postpartal depressiver Mütter. Besonders gelungen scheint mir, dass die Therapie nicht ausschließlich auf der interaktionellen Ebene ansetzt, sondern mit der Mutter auch auf repräsentationaler Ebene gearbeitet wird. Denn nur wenn auch in den inneren Vorstellungen der Mütter ein anderer Umgang, eine Versöhnung mit schmerzhaften erlebten frühen Beziehungserfahrungen möglich wird, kann sich auch der aktuelle Dialog mit ihrem Säugling verändern. Dann können auch Veränderungen auf interaktioneller Ebene erfolgen (vgl. Hartmann 2011b, S. 81). Des Weiteren spricht für das Heppenheimer Modell der Mutter-Kind-Behandlung, dass auch nach der Entlassung für jede Mutter-Kind-Dyade das Angebot von drei ambulanten Gesprächen mit der Möglichkeit der Überleitung in eine andernorts fortgeführte Psychotherapie bzw. Mutter-Säuglings-Therapie sowie einer ambulanten Müttergruppe einmal wöchentlich besteht (vgl. Hartmann/Grande 2007, S. 265). Meiner Auffassung nach sollte jedoch auch für die Väter nach der stationären Behandlung der Mütter der weitere Besuch der Väter-Gruppe möglich sein.

Eine kritische Anmerkung bezüglich des vorgestellten Behandlungskonzeptes bezieht sich meinerseits auf die Zusammensetzung des Personals der Station. So fehlen meiner Ansicht nach sozialpädagogische Fachkräfte auf der Mutter-Kind-Station.

Die sozialpädagogischen Fachkräfte könnten schon vor der Entlassung der Mutter zur Etablierung eines besseren sozialen Netzwerks im privaten Umfeld der Mutter bzw. der Eltern beitragen (vgl. Hartmann 2011a, S. 73) sowie weitere Unterstützungs- und Hilfsangebote vermitteln und/oder anbahnen.

Ein Behandlungskonzept, bei welchem auch sozialpädagogische Fachkräfte zu dem Behandlungs-Team gehören, findet sich in der Hamburger Mutter-Baby-Tagesklinik. Die Behandlung der postpartal depressiven Mütter erfolgt dort, wie auch bei Hartmann, auf der Basis eines multimodalen, aber grundsätzlich psychoanalytisch orientierten Konzepts (vgl. Deneke 2001, S. 152 f.). Daher soll dieses im Rahmen meiner Arbeit nicht im Detail ausgeführt werden. Die Besonderheit des Behandlungskonzeptes besteht darin, dass parallel zu dem tagesklinischen Setting eng mit der Jugendhilfe zusammengearbeitet wird (vgl. Lüders/Deneke 2001, S. 556) Die sozialpädagogische Fachkraft erarbeitet mit der

Mutter ein differenziertes Hilfsangebot, um bspw. schon überlappend und längerfristig Hilfen zur Erziehung gemäß § 27 ff. SGB VIII in der Familie anzubahnen (bspw. in Form einer sozialpädagogischen Familienhilfe gem. § 31 SGB VIII), damit die Mutter ihren Alltag mit ihrem Kind besser bewältigen kann (vgl. Lüders/Deneke 2001, S. 556; vgl. ebd., S. 558).

Exkurs: Hilfen zur Erziehung – Die Sozialpädagogische Familienhilfe

Auch wenn im Rahmen der stationären Therapie ein Rückgang der depressiven Symptome auf Seiten der Mutter erreicht werden konnte und diese die affektiven Zustände ihres Säuglings nun „unverzerrter“ wahrnehmen und folglich passgenauer darauf eingehen kann, da es auf Seiten der Mutter zur Entwicklung von Mentalisierungsfähigkeit gekommen ist und folglich der Dialog zwischen der Mutter und ihrem Säugling immer öfter gelingt, erachte ich es dennoch für notwendig und erforderlich über die bestehenden Unterstützungsangebote der Mutter-Kind-Station hinaus, weitere Unterstützungsangebote bspw. im Rahmen der Hilfen zur Erziehung (gem. § 27 SGB VIII) im häuslichen Umfeld der Eltern zu initiieren. Denn meiner Ansicht nach benötigt eine Mutter, welche unter einer sehr schweren Form der postpartalen Depression gelitten hat, auch nach der Entlassung aus der Klinik noch Unterstützung und Entlastung bei der Versorgung und Affektregulation ihres Säuglings.

Hilfen zur Erziehung (HzE) umfassen intensivere Beratungs-, Betreuungs- und Hilfe-Arrangements für Kinder, Jugendliche und ihre Familien. Ihre gesetzliche Verankerung findet sich in den Paragraphen 27 bis 35 des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII) (vgl. Trede 2009, S. 15). Der Rechtsanspruch auf HzE ergibt sich aus dem § 27 Absatz 1 SGB VIII: Demnach

„[hat] ein Personenberechtigter [...] bei der Erziehung eines Kindes oder eines Jugendlichen Anspruch auf Hilfe (Hilfe zur Erziehung), wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist“ (§ 27 Abs. 1 SGB VIII).

Bei den HzE handelt es sich folglich um Sozialleistungen für Personenberechtigte (in der Regel Eltern), welche sich in Situationen befinden, in denen sie ohne eine ausreichende Unterstützung und Hilfe nicht mehr für die Gewährleistung einer angemessenen Versorgung und Erziehung ihrer Kinder sorgen können (vgl. Schrapper/Pies 2006, S. 9). Eine Hilfeform, welche mir in diesem Kontext als sinnvoll erscheint, stellt die Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) gemäß § 31 SGB VIII dar.

Bei der SPFH handelt sich um eine aufsuchende Hilfeleistung, welche die gesamte Familie einbezieht (vgl. Trede 2009, S. 20).

„Zum Adressatenkreis gehören Familien, die sich aufgrund äußerer und innerer Belastungsfaktoren in einer schwierigen Lebenssituation befinden“ (Ritzmann/Wachtler 2008, S. 30). Dies trifft auf eine Mutter, welche noch Restsymptome einer Depression aufweist und die Familie womöglich unter schwierigen sozioökonomischen Bedingungen lebt, zu.

Die SPFH zeichnet sich durch eine intensive, alltagsnahe Begleitung und Unterstützung der Familie aus. Es handelt sich folglich um eine alltagspraktische Lebenshilfe (vgl. ebd., S. 30 f.).

Das Aufgabenspektrum der Familienhelfer/innen ist vielfältig. In Abhängigkeit zu dem aktuellen Bedarf der Familie liegt der Schwerpunkt der Arbeit der sozialpädagogischen Fachkraft auf der Unterstützung bei den Erziehungsaufgaben, auf der Bewältigung von Alltagsproblemen wie bspw. der Haushaltsführung oder auch der finanziellen Situation, auf der Lösung von Konflikten und Krisen oder auch auf der Unterstützung im Kontakt mit Ämtern und Institutionen (vgl. §31, SGB VIII; vgl. Ritzmann/Wachtler 2008, S. 31).

„Die Unterstützung findet in Form von beratenden Gesprächen, praktischer Anleitung und gemeinsamen Unternehmungen statt. Auch Gruppenangebote für Eltern und Kinder sind üblich“ (Ritzmann/Wachtler 2008, S. 31).

Die Interventionen der SPFH zielen auf eine Stärkung der Familien, um diese zu einer eigenständigen und für sich zufrieden stellenden Bewältigung ihres Alltags sowie einem besseren Umgang mit möglichen Krisen und Problemen zu befähigen. Um dies zu erreichen gilt es die Ressourcen in und außerhalb der Familie auszuweiten und dadurch eine Stärkung des Selbsthilfepotentials der Familie zu bewirken (vgl. Ritzmann/Wachtler 2008, S. 31), indem die sozialpädagogische Fachkraft die Familie über einen längeren Zeitraum (meist für ein bis zwei Jahre) (vgl. ebd., S. 31) in ihrem Alltag begleitet und ihnen ‚Unterstützung und Anregung zur Selbsthilfe gewährt‘ (Rabeneck 2002). Eine Grundvoraussetzung damit dies gelingt, besteht in einer vertrauensvollen und verlässlichen Beziehung zwischen der Familie und der sozialpädagogischen Fachkraft (vgl. Ritzmann/ Wachtler 2008, S. 31). Die Familie muss sich von dem Familienhelfer/ der Familienhelferin genügend gut gehalten fühlen.

Indem die sozialpädagogische Fachkraft die Eltern und ihren Säugling mehrmals in der Woche in ihrem häuslichen Umfeld besucht und diesen bei der Bewältigung ihres Alltags zur Seite steht, kann diese die Mutter und den Vater bspw. darin unterstützen, die Signale

des Säuglings noch besser wahrnehmen zu lernen, so dass sich dadurch die Mentalisierungsfähigkeit der Eltern weiter ausbaut und der Eltern-Kind-Dialog immer besser gelingt. (Wie die Fachkraft die Eltern darin unterstützen kann, siehe Kapitel VII/3). Darüber hinaus kann sie die Eltern bei der Bewältigung der Haushaltsführung unterstützen. Durch diese intensive Begleitung der Eltern kann die Gefahr eines Rückfalls bzw. einer Verschlechterung des Zustandes der Mutter verhindert werden. Darüber hinaus kann die sozialpädagogische Fachkraft zu einem „Leih-Container“ für den Vater des Säuglings werden, damit für diesen ein verstehender Umgang mit dem Zustand seiner Frau möglich werden kann.

Denn erst dann ist der Vater fähig, die Signale und Bedürfnisse seines Säuglings auf eine adäquate Weise wahrzunehmen und mit ihm in einen gelingenden Dialog einzusteigen.

3 Zwischen Prävention und Intervention – Das STEEP™-Programm

Für Mütter, welche in ihrer Vorgeschichte bereits des Öfteren unter Depressionen gelitten haben sowie unter widrigen sozioökonomischen Umständen leben und lediglich eine geringe soziale Unterstützung erfahren und somit ein besonders hohes Risiko tragen, in der Postpartalzeit an einer Depression zu erkranken (vgl. z.B. Reck u.a. zit. in: Reck 2014a, S. 302) (siehe auch Kapitel III/6 über Risikofaktoren), bedarf es Programme, welche bereits in der Schwangerschaft beginnen und somit präventiv wirksam werden können, um dadurch das Auftreten einer postpartalen Depression zu verhindern. Ein solches Programm stellt STEEP™ dar, welches im Folgenden vorgestellt wird.

„Das STEEP™-Programm (*Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting* – Schritte zu einer effektiven, Freude bereitenden Elternschaft“ wurde 1987 von Martha Farrell Erickson und Byron Egeland konzipiert (vgl. Suess/Hantel-Quitmann/Ludwig-Körner 2006, S. 26; vgl. z.B. Egeland/Erickson zit. in: Suess 2010, S. 197).

Es basiert auf den Erkenntnissen der Minnesota-Längsschnittstudie (vgl. z.B. Egeland zit. in: Suess 2010, S. 197).

„Im Jahr 1975 begannen die Professoren Byron Egeland und Amos Deinard (später unterstützt von Prof. Alan Sroufe) an der Universität von Minnesota eine innovative Studie über die Entwicklung von Kindern aus Hoch-Risiko-Familien“ (Erickson/Egeland 2006, S. 27). Die zentrale Fragestellung des Minnesota Eltern-Kind-Projekts, die es zu untersuchen galt, lautete: „Woran liegt es, dass sich einige Kinder zu psychisch stabilen, kompetenten Erwachsenen entwickeln, obwohl sie unter besonders schwierigen

Bedingungen aufwachsen?“ (Erickson/Egeland 2006, S. 27). Um dies herausfinden zu können erfolgte eine intensive Zusammenarbeit mit den Geburtskliniken von Minneapolis. Dadurch konnten 267 Frauen, die 1975 zum ersten Mal schwanger waren, für die Teilnahme an der Studie gewonnen werden. Eine weitere Gemeinsamkeit der Frauen bestand darin, dass alle von Armut betroffen waren. Viele Frauen lebten ohne einen Partner, als ihre Kinder geboren wurden, waren minderjährig und hatten lediglich eine geringere schulische Bildung (vgl. ebd., S. 27). „Bei einem relativ hohen Prozentsatz gab es Erfahrungen mit Suchtproblemen, häuslicher Gewalt und Missbrauch oder Vernachlässigung in der eigenen Kindheit“ (ebd., S. 27). Um ein tieferes Verständnis für die Entwicklung dieser Familien und Kinder zu erhalten und um herauszufinden, welche Kinder trotz Armut und weiterer psychosozialer Belastung eine gute Entwicklung vollziehen, hat eine wissenschaftliche Begleitung der Familien vom zweiten Drittel der Schwangerschaft bis zum heutigen Zeitpunkt stattgefunden. Während der Schwangerschaft der Frauen erfolgte eine Untersuchung bezüglich ihrer Einstellungen und ihrer Erwartungen hinsichtlich der bevorstehenden Elternschaft, ihrer Kenntnisse von der kindlichen Entwicklung, ihrer Erfahrungsgeschichten und derzeitigen Lebensumstände, einschließlich bedeutender Lebensereignisse sowie der vorhandenen psychosozialen Unterstützung. Nach der Geburt der Kinder lag der Interessenschwerpunkt der Forschergruppe auf der emotionalen und verhaltensbezogenen Entwicklung des Kindes, der sich allmählich entwickelnden Qualität der Eltern-Kind-Beziehung, den schulischen Leistungen des Kindes und seinen Beziehungen zu Gleichaltrigen. Bei der Analyse der Daten (bspw. durch Vergleiche zwischen Eltern, welche keine genügend gute Beziehung zu ihrem Kind aufbauen konnten und Eltern, bei denen die Beziehung zu ihrem Kind gelungen war) zeigte sich, dass eine gelingende Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung in Abhängigkeit zu mehreren wichtigen Faktoren steht.

Bei der Konzeption von Präventions- und Interventionsstrategien, wurden schließlich diejenigen Faktoren, die zu positiven Ergebnissen in Risikoumwelten führten, in die allgemeinen Zielsetzungen von STEEPTM übertragen (vgl. ebd., S. 27 ff.).

„Unter der Leitung der Professoren Byron Egeland und Martha Farrell Erickson startete 1987 [schließlich] das erste STEEPTM-Programm, das vom National Institute of Mental Health als Teil einer umfassenden Evaluationsstudie an der Universität von Minnesota

finanziell gefördert wurde“¹⁸ (Erickson/Egeland 2006, S. 29). Damit sollte überprüft werden, wie wirksam das Programm ist (vgl. z.B. Egeland/Erickson zit. in: Suess 2010, S. 202). Auf der Grundlage der im Eltern-Kind-Projekt gewonnenen Informationen übertrugen Erickson und Egeland ihre Vorstellungen von einer wirksamen Praxis in ein Präventionsprogramm, bei welchem die Ausrichtung auf schwangeren Frauen in psychosozialen Risikosituationen lag. Hiermit wollte man Mütter noch vor der Geburt ihres Kindes erreichen, um eine Stärkung ihrer elterlichen Fähigkeiten zu erzielen sowie die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung zu fördern. Konnten an dem ersten STEEPTM-Programm lediglich Mütter teilnehmen, die zum ersten Mal schwanger waren, eine geringe schulische Bildung hatten und aus sozialschwachen Verhältnissen stammten (vgl. Erickson/Egeland 2006, S. 29), haben sich die Teilnahmekriterien mittlerweile verändert. So gibt es bspw. auch STEEPTM-Programme, an denen nicht nur Erstgebärende teilnehmen dürfen oder aber die Teilnahme an dem Programm vor allem auf eine bestimmte Risikogruppe, wie bspw. in erster Linie depressive Mütter, begrenzt ist. Darüber hinaus versucht man auch die Väter auf vielfältige Weise in die Arbeit miteinzubeziehen, so bspw. bei den Hausbesuchen oder der Videointervention Seeing Is BelievingTM (vgl. ebd., S. 30 f.). „Einige STEEPTM-Programme bieten auch Vater-Kind-Gruppen an“ (ebd., S. 31).

Das STEEPTM-Programm basiert auf den Erkenntnissen der Bindungstheorie sowie der Bindungsforschung (vgl. ebd., S. 36). Für das Programm ist das Konzept der elterlichen Feinfühligkeit (Ainsworth) von zentraler Bedeutung (vgl. ebd., S. 33). So schreiben Erickson/Egeland: „Wir betrachten die elterliche Feinfühligkeit als einen entscheidenden Faktor für eine sichere Bindung und arbeiten mit der Mutter zusammen, damit sie die einzigartigen Hinweise und Signale des Säuglings besser verstehen und beantworten kann“ (ebd., S. 36).

¹⁸Die Vorstellung des STEEPTM-Programms im deutschsprachigen Raum erfolgte erstmals im Jahr 2000 durch Erickson und Egeland bei einer sehr gut besuchten Bindungs-Fachtagung in München. Durch die Bewilligung der Fördermittel für das drei-jährige Forschungsprojekt ‚Frühe Hilfen für Kinder und ihre Familien‘ durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung an den Standorten Hamburg und Potsdam im Jahr 2004, gelang die Vorbereitung der Praxiseinführung und Evaluation von STEEPTM an den genannten Standorten in enger Kooperation mit der Universität von Minnesota und dem Jugendhilfeträger St. David’s in Minneapolis (vgl. Suess/Hantel-Quitmann/Ludwig-Körner 2006, S. 21 f.). (Näheres zu „Frühe Hilfen“ in Kapitel VI/1)

„Seit 2001 wird im deutschsprachigen Raum Fortbildung und seit 2004 Weiterbildung in STEEPTM angeboten (Hamburg, Frankfurt, Offenburg, München, Köln, Herzogtum Lauenburg) und an den Standorten Hamburg, Frankfurt und Offenburg längsschnittlich evaluiert“ (Suess 2010, S. 202 f.).

„STEEP™ will neuen Mutter-Kind-Paaren (und ihren Familien) Unterstützung gewähren und Kenntnisse vermitteln sowie die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung fördern“ (Erickson/Egeland 2006, S. 39). „Vorrangig ist es auf die Förderung der Eltern-Kind-Bindung sowie auf die Fähigkeiten, soziale Unterstützungssysteme zu nutzen, ausgerichtet“ (Suess 2010, S. 197). Neben diesem allgemeinen Grundsatz, auf welchem STEEP™ beruht, setzt sich das Programm aus insgesamt acht Zielen zusammen, auf die im Folgenden kurz eingegangen wird.

So besteht ein Ziel von STEEP™ in der Förderung gesunder, realistischer Einstellungen und Erwartungen hinsichtlich Schwangerschaft, Geburt und Kindererziehung (Ziel 1). Außerdem soll ein besseres Verständnis von der kindlichen Entwicklung seitens der Mutter bzw. den Eltern erreicht werden (Ziel 2). Des Weiteren möchte STEEP™ eine feinfühligere, vorhersehbare Reaktion auf die Signale des Säuglings seitens der Eltern bewirken (Ziel 3). Um feinfühlig auf die Bedürfnisse des Säuglings eingehen zu können, benötigen die Eltern die Fähigkeit, die Welt mit den Augen des Säuglings zu betrachten (Ziel 4). Die Stärkung dieser Fähigkeit ist ein weiteres Ziel von STEEP™. Darüber hinaus zielt STEEP™ auf die Förderung einer sicheren häuslichen Umgebung, welche dem Kind optimale Entwicklungsmöglichkeiten bietet (Ziel 5). Weitere Anliegen von STEEP™ bestehen darin, Eltern zu befähigen soziale Unterstützungssysteme für sich selbst und ihre Kinder zu erkennen und davon Gebrauch zu machen (Ziel 6), Eltern zu befähigen ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen und verfügbare Ressourcen erfolgreich zu nutzen (Ziel 7) sowie Eltern dazu zu befähigen, Optionen für sich und ihre Kinder zu erkennen, Machtansprüche zu stellen und tragfähige Entscheidungen zu treffen (Ziel 8) (vgl. Erickson/Egeland 2006, S. 40-44).

Bei der Umsetzung dieser Ziele müssen stets die individuellen Besonderheiten und Gegebenheiten jedes Mutter-bzw. Eltern-Kind-Paares eine Berücksichtigung finden (vgl. ebd., S. 39).

Das STEEP™-Programm beginnt ab dem siebten Schwangerschaftsmonat und endet mit dem zweiten Geburtstag des Kindes (vgl. ebd., S. 29 ff.). „Während des Programms finden wöchentliche Kontakte mit den Eltern abwechselnd im Rahmen von Hausbesuchen (Einzeltermine) und Gruppenterminen statt. Das ‚Herzstück‘ der Hausbesuche ist die Videointervention *Seeing is Believing* (SIB™)“ (Suess 2010, S. 197).

Im Rahmen des Hausbesuchs kann die frühe Phase der Mutterschaft für eine behutsame Erkundung der Vergangenheit der Mutter sowie einer Reflexion bezüglich des Einflusses dieser früher Erfahrungen auf die Persönlichkeit der werdenden Mutter genutzt werden. Die Hausbesuche in der pränatalen Zeit der Mutter können folglich bspw. als ehrliche Auseinandersetzung mit den eigenen frühen Beziehungserfahrungen mit den primären Bezugspersonen der Mutter dienen, um im Anschluss daran konstruktive Lösungen für frühere Beziehungsprobleme zu finden, damit sich die Mutter davon befreien und sich auf bestmögliche Weise auf ihr eigenes Kind einlassen kann (vgl. Erickson/Egeland 2006, S. 45).

Neben der Thematisierung und Bearbeitung eigener früher Beziehungserfahrungen der werdenden Mutter, besteht die Aufgabe der STEEPTM-Beraterin¹⁹, unter Zusammenarbeit mit der Mutter, in der Erarbeitung realistischer Vorstellungen bezüglich der Schwangerschaft, der Geburt des Kindes sowie der kindlichen Entwicklung seitens der Mutter. Dies stellt einen wichtigen ersten Schritt dar, damit eine gelingende Mutter-Kind-Bindung und folglich ein gelingender Dialog entstehen kann. Die Mutter zu befähigen eine reale Vorstellung von den Höhen und Tiefen der Mutter- bzw. Elternschaft zu entwickeln ist demnach ein zentrales Anliegen der STEEPTM-Beraterin (vgl. ebd., S. 40). Darüber hinaus kann die Aufgabe der STEEPTM-Beraterin auch darin bestehen, die werdende Mutter bei der Wohnungssuche, bei der Beschaffung von Schwangerschaftskleidung oder der Einrichtung des Kinderzimmers, zu unterstützen. Nach der Geburt des Säuglings werden die Themen und der Ablauf des Hausbesuchs von den Bedürfnissen des Säuglings bestimmt (vgl. ebd., S. 70 f.). Hierbei geht es zum einen um eine Vermittlung von Informationen bezüglich der kindlichen Entwicklung. (vgl. ebd., S. 50). So benötigt die Mutter bzw. die Eltern bestimmte Grundkenntnisse über die kindliche Entwicklung und ein Verständnis dafür, welche entwicklungsbezogene Bedeutung bestimmte Schlüsselverhaltensweisen des Kindes haben (vgl. ebd., S. 40). Zum anderen geht es um die Förderung des Verständnisses für die Signale und Bedürfnisse des Säuglings (vgl. ebd., S. 50). Um die Mutter zu befähigen, die Welt mit den Augen ihres Kindes zu sehen (vgl. ebd., S. 50), kommen seitens der STEEPTM-Beraterin verschiedenste Methoden und Strategien zum Einsatz. Eine Strategie besteht bspw. in der Videointervention Seeing Is BelievingTM.

¹⁹ Die Weiterbildung zur STEEPTM-Beraterin können neben bspw. psychologischen oder heilpädagogischen Fachkräften auch sozialpädagogische Fachkräfte absolvieren (vgl. STEEPTM).

„Im Rahmen der unterstützenden, fürsorglichen Beziehung zwischen einer STEEPTM-Beraterin und der Familie [werden] Videoaufzeichnungen gemacht [...]. Seeing is BelievingTM ist auf die Eltern-Kind-Beziehung ausgerichtet, hebt die Stärken der Eltern hervor und bietet ihnen die Möglichkeit, Situationen aus einem anderen Blickwinkel – dem der Videokamera – zu betrachten“ (Erickson/Egeland 2006, S. 42).

Es handelt sich hierbei um eine der wirkungsvollsten Strategien. Die angeleitete Betrachtung der aufgenommenen Eltern-Kind-Interaktionen (vgl. ebd., S. 99) (bspw. bei der Versorgung des Kindes oder bei Lieblingsaktivitäten des Kindes, z.B. gemeinsam einen Ball zu rollen) (vgl. ebd., S. 101) hat die Förderung einer unterschiedlichen Perspektiveinnahme seitens der Eltern zum Ziel: Beide Elternteile können – aus dem Blickwinkel der Kamera – beobachten, was zwischen ihnen und ihrem Säugling passiert. Mittels der Videointervention kann eine Sensibilisierung und ein Gewinn neuer Erkenntnisse bezüglich der Verhaltensweisen des Säuglings seitens der Eltern erreicht werden. Des Weiteren kann die Videoaufzeichnung eine Förderung der Fähigkeit der Selbstbeobachtung seitens der Eltern und eine Verstärkung der elterlichen Feinfühligkeit bewirken. Bei der Betrachtung der Videoaufnahmen werden die Eltern dazu angehalten, sich auf ihre eigenen Stärken sowie die ihres Kindes zu fokussieren. Außerdem werden sie dazu angeregt die Perspektive ihres Kindes einzunehmen (vgl. ebd., S. 99 f.). Bei dem gemeinsamen Betrachten der Videoaufzeichnung mit den Eltern besteht die Aufgabe der Beraterin folglich darin, die Aufmerksamkeit der Eltern auf die Signale des Säuglings zu lenken sowie offene Fragen zu stellen, durch welche die Eltern ihre eigenen Stärken erkennen und welche ein besseres Verständnis der Beziehung zu ihrem Säugling zur Folge hat (vgl. ebd., S. 103). So stellt die STEEPTM-Beraterin der Mutter bspw. Fragen wie: ‚Was glauben Sie, fühlt Ihr Kind da?‘, ‚Wie teilt Ihr Kind Ihnen mit, dass es hungrig ist?‘, usw. (Suess 2010, S. 197).

Darüber hinaus kann die Videointervention und die Betrachtung von Sequenzen gelingender Interaktionen zwischen der Mutter und ihrem Säugling dazu dienen, eine Verbindung zwischen den neuen, „guten“ Erfahrungen, welche die Mutter mit ihrem Säugling macht und ihren eigenen frühen Beziehungserfahrungen herzustellen (vgl. Erickson/Egeland 2006, S. 47). Durch die Betrachtung gelungener Interaktionen der Mutter mit ihrem Säugling auf Video, sieht die Mutter ihre eigene positive Leistung, welche sie sich zum Vorbild nehmen kann (vgl. Suess 2010, S. 197). Dadurch kann die Mutter lernen zu verstehen, dass sie Fähigkeiten besitzt, die negativen frühen Beziehungserfahrungen mit ihren eigenen Bezugspersonen „über Bord zu werfen“ und die Beziehung zu ihrem Säugling im Hier und Jetzt anders und neu zu gestalten (vgl.

Erickson/Egeland 2006, S. 44). Die Aufgabe der STEEPTM-Beraterin besteht hierbei darin, die Mutter bei der Umsetzung dieser neuen Beziehungsgestaltung zu ihrem Säugling zu unterstützen und zu bestärken (vgl. Suess 2010, S. 198; vgl. Erickson/Egeland 2006, S. 55).

Neben der Videointervention im Rahmen der Hausbesuche, stellt darüber hinaus die Gruppenerfahrung einen besonders lohnenswerten Aspekt von STEEPTM dar (vgl. ebd., S. 80). Das Gruppenangebot setzt sich aus zwei verschiedenen Phasen zusammen: Eine bestimmte Zeitspanne in der Gruppe verbringen die Eltern mit ihren Kindern und die andere Hälfte der Gruppenzeit verbringen sie ohne ihre Kinder. Die Zeitspanne, welche die Eltern gemeinsam mit ihren Kindern in der Gruppe verbringen, zielt auf die Förderung und Stärkung der Mutter-Kind-Bindung, das durch das gemeinsame Spiel zwischen den Eltern und ihren Kindern erreicht werden soll. Hierbei besteht die Aufgabe der STEEPTM-Beraterin darin, die Mütter darin zu unterstützen, passgenau auf die Signale ihres Kindes einzugehen. Des Weiteren besteht in dieser Zeit die Möglichkeit des Austausches der Eltern über Entwicklungsfortschritte der Kinder sowie der Diskussion unterschiedlicher Aspekte der kindlichen Entwicklung. Die Zeitspanne, in welcher die Kinder der Mütter nicht anwesend sind, kann dazu genutzt werden, diejenigen Faktoren zu thematisieren, die zu einer Beeinträchtigung ihrer Fähigkeiten, angemessen auf die Signale und Bedürfnisse des Säuglings einzugehen, geführt haben (vgl. ebd., S. 86 f.). So eignet sich diese Zeitspanne der Gruppensitzung bspw. für die Erforschung der Erinnerungen eigener früher Beziehungserfahrungen der Mütter. Dadurch, dass die Mütter entdecken, dass andere von ganz ähnlichen Erfahrungen und Gefühlen berichten, fällt es den Müttern leichter ihre Gefühle zur Sprache zu bringen. Indem die Mütter einen Zugang zu ihren Trauer-, Wut- und Verlustgefühlen ihrer eigenen frühen Beziehungserfahrungen finden, sind sie auch eher fähig, die Bedürfnisse und Signale ihres Kindes in einer angemessenen Art und Weise wahrzunehmen (vgl. ebd., S. 46). Eine Grundvoraussetzung hierfür besteht in der Schaffung einer vertrauensfördernden, sicheren Umgebung durch die STEEPTM-Beraterin, in der die Mütter bzw. die Eltern gefahrlos ihre Gedanken, Sorgen und Erfolge äußern können, ohne Ablehnung oder Spott fürchten zu müssen (vgl. ebd., S. 81).

Des Weiteren kann durch die Teilnahme an dem Gruppenangebot eine Verringerung von Isolationsgefühlen seitens der Mütter erreicht werden. Außerdem wird es für die Eltern leichter, sich an die neuen Aufgaben und Lebensgewohnheiten anzupassen, die mit der Elternrolle einhergehen. Der Erfahrungsaustausch unter Gleichgesinnten hat für die

Mütter eine unterstützende Wirkung (vgl. ebd., S. 80). Studien belegen, dass die soziale Unterstützung ein Hauptfaktor darstellt, welcher einen entscheidenden Beitrag zu einer gelingenden Eltern-Kind-Beziehung sowie zu einer langfristigen positiven Entwicklung des Kindes leistet (vgl. Erickson/Egeland 2006, S. 43; vgl. Suess 2010, S. 201). Zwischen den Müttern, welche an der STEEP™-Gruppe teilnehmen, kommt es darüber hinaus häufig zur Entwicklung von Freundschaften, welche auch nach der Beendigung des Programms fortbestehen (vgl. Suess 2010, S. 201).

Neben der Förderung und Stärkung der Mutter-Kind-Bindung und der Entdeckung, Thematisierung und schrittweisen Auflösung derjenigen Faktoren, welche die Fähigkeiten der Mutter beeinträchtigen angemessen auf die Signale und Bedürfnisse ihres Säuglings einzugehen, besteht ein Ziel der STEEP™-Gruppe folglich darin das Beziehungsnetz für die Mütter bzw. die Eltern und ihre Kinder auszuweiten und die Eltern dadurch zu befähigen soziale Netzwerke zu nutzen und davon Gebrauch zu machen (vgl. Suess 2010, S. 201). Denn

„auch wenn die STEEP™-Beraterin den Familien in vielerlei Hinsicht hilfreich zur Seite steht, ist es noch wichtiger, dass die Eltern [dazu befähigt werden] die natürlichen Unterstützungsangebote [zu] nutzen, die auch noch lange nach der Beendigung des STEEP™-Programms da sein werden“ (Erickson/Egeland 2006, S. 43).

Meiner Meinung nach eignet sich das STEEP™-Programm für Mütter, welche in ihrer Vorgeschichte bereits unter depressiven Phasen gelitten haben, um dadurch das Auftreten einer Depression in der Postpartalzeit zu verhindern bzw. das Erkrankungsrisiko aufgrund der Teilnahme an STEEP™ zumindest vermindern zu können. Aufgrund der Tatsache, dass die Mütter durch das STEEP™-Programm über den Zeitraum der Geburt des Kindes hinaus bis zu dessen zweitem Lebensjahr von der STEEP™-Beraterin betreut werden, ist es für diese außerdem möglich, bei ersten Anzeichen auftauchender Symptome, welche auf eine postpartale Depression der Mutter hinweisen, (die, wie in Kapitel III/5 dieser Arbeit beschrieben, auch noch bis zu einem Jahr nach der Entbindung in Erscheinung treten können (vgl. Ballestrem; Dalton; Sauter zit. in: Dohmen 2007, S. 41)) schnell handeln zu können und weitere sozialpädagogische und/oder therapeutische Hilfsangebote zu initiieren.

Das STEEP™-Programm, welches ausschließlich auf bindungstheoretische Konzepte Bezug nimmt, bedarf meiner Ansicht nach jedoch einer Erweiterung um psychoanalytische Zugänge. Hierdurch wäre ein tieferes Verständnis für die

Voraussetzungen, welche seitens der Mütter bzw. Eltern gegeben sein müssen (wie bspw. die Fähigkeit der Mentalisierung (siehe auch Kapitel V/1.2 in dieser Arbeit)), damit es zur Entwicklung eines gelingenden frühen Eltern-Kind-Dialogs kommen kann, möglich.

Ein Programm welches auf psychoanalytischen Zugängen, insbesondere auf der Theorie der Mentalisierung (Fonagy/Target) basiert und ebenfalls pränatal ansetzt, heißt ‚Minding the Baby‘ (MTB), welches nun vorgestellt werden soll²⁰.

Exkurs: Minding the Baby (MTB)

MTB basiert wie auch STEEPTM auf bindungstheoretischen Grundlagen. Es basiert darüber hinaus jedoch auf der sozial-ökologischen Theorie sowie schwerpunktmäßig auf der Theorie der Mentalisierung (vgl. Fonagy u.a. zit. in: Sadler/Slade/Mayes 2013, S. 379).

Das kommunale Projekt MTB zielt auf eine Verbesserung der körperlichen und seelischen Gesundheit der Säuglinge und ihrer Mütter, einer Förderung ihrer Entwicklung sowie auf die Schaffung von Voraussetzungen für tragfähige und gesunde Bindungen zwischen den Müttern, ihren Kindern und der erweiterten Familie (vgl. z.B. Slade zit. in: Sadler/Slade/Mayes 2013, S. 375). Das primäre Ziel besteht darin den Müttern „dabei zu helfen, sich den körperlichen und emotionalen Zustand ihres Babys und seine Entwicklung zu vergegenwärtigen (Slade 2002), kurz: das Baby zu mentalisieren“ (Sadler/Slade/Mayes 2013, S. 375).

„Das MTB-Programm basiert auf der Annahme, dass die Entwicklung der Reflexionsfähigkeiten es der Mutter ermöglicht, eine fördernde und sichere Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen. Eines [der] vorrangigen Ziele besteht deshalb darin, den Müttern [...] dabei zu helfen, eine *reflexive Haltung* zu entwickeln, das heißt, sich eine Vorstellung von ihren eigenen mentalen Zuständen und den Zuständen ihres Kindes zu machen und darüber nachzudenken“ (ebd., S. 382).

Der Fokus bei MTB liegt folglich auf der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit der Mütter (vgl. ebd., S. 380).

Zunächst geht es um eine Identifizierung grundlegender mentaler Zustände wie Gedanken, Gefühle, Wünsche, Intentionen und Überzeugungen des Selbst und Anderer. Auf dieser Grundlage kann es laut MTB folglich auch zur Entwicklung der Fähigkeit des

²⁰ Da die Rahmenbedingungen von MTB eine große Ähnlichkeit zu dem STEEPTM-Programm aufweisen (Betreuung von „Hochrisiko-Müttern“ vor und nach der Geburt bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes, regelmäßige Hausbesuche inklusive Videointerventionen (vgl. Sadler/Slade/Mayes 2013, S. 375-391), wird auf die Rahmenbedingungen im Folgenden nicht mehr gesondert eingegangen.

Nachdenkens sowie zur Fähigkeit des Vorstellens solcher mentaler Zustände kommen, kurz es kann sich die Mentalisierungsfähigkeit entwickeln (vgl. ebd., S. 382). Damit sich seitens der Mutter eine solche mentalisierende Haltung entwickeln kann, muss eine tragfähige Beziehung zwischen der Mutter und der Hausbesucherin²¹ bestehen (vgl. Sadler/Slade/Mayes 2013, S. 382). So geht es um „eine wohlwollende, akzeptierende und unterstützende Präsenz“ seitens der Hausbesucherin (ebd., S. 382). Denn erst nach einer sicheren Verankerung der Beziehung zwischen der Mutter und der Hausbesucherin, wenn die Mutter Vertrauen in die Zuverlässigkeit und Beständigkeit der Beziehung gefasst hat, ist die Arbeit an einem nächsten Schritt möglich (vgl. ebd., S. 382).

Indem die Mutter seitens der Hausbesucherin Akzeptanz ihrer eigenen Person erfährt und von ihr als eigenständiges, bedeutsames Wesen mit eigenen Gedanken und Gefühlen anerkannt wird und die Hausbesucherin dem Befinden der Mutter (z.B. dem depressiven Befinden) und ihren Verhaltensweisen auf eine verstehende Art und Weise begegnet, indem sie diesem einen subjektiven Sinn zuschreibt, ist es der Mutter eher möglich, sich selbst und ihrem Säugling auf die gleiche Art und Weise zu begegnen und wahrnehmen zu lernen (vgl. ebd., S. 384 f.).

Eine erste elementare Aufgabe der Hausbesucherin besteht darin der Mutter bei der Wahrnehmung ihrer elementarsten Gefühle unterstützend zur Seite zu stehen (vgl. ebd., S. 387). Dies geschieht seitens der Hausbesucherin durch eine kontinuierliche Benennung der Gefühle der Mutter (vgl. Fonagy/Target zit. in: ebd., S. 387). Indem die Hausbesucherin der Mutter verschiedenste Hilfen zur Verfügung stellt und konkrete Unterstützungsarbeit leistet, um dadurch die Bedürfnisse der Mutter zu befriedigen, für welche die Mutter selbst häufig gar kein Bewusstsein hat, leistet sie einen ersten Beitrag, um die Mutter bei der Identifizierung ihres eigenen inneren Erlebens zu unterstützen. Im Grunde stellen die konkreten Bedürfnisse der Mutter das Mittel dar, über das die Mutter komplexere Wünsche und Ängste zu benennen beginnt. Sobald diese Gefühle ausgesprochen (oder mitunter agiert werden), ist es der Hausbesucherin in Zusammenarbeit mit der Mutter möglich, nach Bewältigungsmöglichkeiten für die entsprechenden Wünsche oder Ängste der Mutter zu suchen. Auch wenn MTB vorrangig darauf abzielt, die Mutter dazu zu befähigen ihren Säugling zu mentalisieren, muss sie zunächst Worte für ihr eigenes inneres Erleben und ihre eigene Lebensgeschichte finden,

²¹ Bei den Fachkräften, welche die Hausbesuche durchführen handelt es sich um erfahrene Kinderkrankenschwestern sowie um klinische Sozialarbeiter (vgl. Sadler/Slade/Mayes 2013, S. 379), welche die Mütter abwechselnd wöchentlich besuchen (vgl. ebd., S. 377).

um zur Regulation der affektiven Zustände des Säuglings in der Lage zu sein (vgl. ebd., S. 387 f.). Um in einem nächsten Schritt den Säugling für die Mutter real werden zu lassen, besteht die Aufgabe der Hausbesucherin in der pränatalen Zeit des Weiteren bspw. in der gemeinsamen Einrichtung des Schlafbereichs für den Säugling der Mutter oder aber darin, eine Decke oder ein Bild für das Baby anzufertigen. Hierbei handelt es sich um kleine Formen der konkreten Vorbereitung auf den realen Säugling.

Nach der Geburt des Säuglings kommen seitens der Hausbesucherin andere Techniken zur Anwendung, damit sich bei der Mutter die Fähigkeit zur Mentalisierung entwickeln kann. Zunächst gilt es die Mutter bezüglich der affektiven Zustände ihres Säuglings zu sensibilisieren und ihre Aufmerksamkeit hierauf zu lenken. So spricht die Hausbesucherin bspw. stellvertretend für den Säugling und vermittelt der Mutter dadurch, dass ihr Säugling nicht anders als sie selbst Gefühle, Erwartungen, Bedürfnisse und Wünsche hat, die man mittels einer aufmerksamen Beachtung seiner Signale verstehen und schließlich auch befriedigen kann (vgl. Sadler/Slade/Mayes 2013, S. 388 f.). Durch den Versuch der Hausbesucherin, unablässig den inneren Zustand der Mutter und ihres Säuglings sowie die dem Verhalten zugrundeliegende Bedeutung und Intention herauszufinden und ihre Überlegungen folglich auch auszudrücken, führt dies dazu, dass sie dem inneren Erleben der Mutter und anderer Personen eine Stimme gibt. Indem die Hausbesucherin die Mutter des Weiteren stetig dazu auffordert, sich zu fragen, welche Empfindungen sie gerade verspürt und welche Empfindungen ihr Säugling gerade verspüren könnte, wird die Mutter zum Nachdenken über sich selbst sowie zur Mentalisierung angeregt. Diese reflexive Haltung der Hausbesucherin soll für die Mutter als Modell dienen, sich diese Haltung ebenfalls zu eigen zu machen und somit eine mentalisierende Haltung zu entwickeln (vgl. ebd., S. 391).

Meiner Ansicht nach handelt es sich bei MTB um ein sehr geeignetes Programm, um Mütter bzw. Eltern dazu zu befähigen, eine mentalisierende Haltung zu entwickeln, so dass die Voraussetzungen, welche von Nöten sind, damit sich ein gelingender Eltern-Kind-Dialog entwickeln kann, seitens der Eltern geschaffen werden.

Was bei MTB meiner Meinung nach jedoch fehlt, ist das Element der Gruppe. Wie in der Arbeit bereits dargestellt, kann sich die Gruppe gerade für Mütter, welche ohnehin nur eine geringe soziale Unterstützung erfahren zu einem positiven Kontaktnetz entwickeln (vgl. Erickson/Egeland 2006, S. 80). Indem es über die gemeinsamen Sitzungen hinaus, zur Entwicklung von Freundschaften und privaten Treffen der Mütter untereinander

kommt, kann die Gruppe über das STEEP™-Programm hinaus, als eine ‚unterstützende Matrix‘ wirksam werden (vgl. Ahlheim zit. in: Naumann 2011, S. 131 f.).

Darüber hinaus werden bei MTB meiner Meinung nach die Väter der Kinder zu wenig in die Arbeit miteinbezogen. Zumindest werden die Väter in der Literatur nicht erwähnt.

Was meiner Ansicht nach für das STEEP™-Programm spricht, ist, dass der Fokus neben der Arbeit an der Förderung der Bindung zwischen der Mutter und ihrem Säugling, auch auf der Arbeit an der repräsentationalen Ebene der Mutter liegt (vgl. Erickson/Egeland 2006, S. 45). Denn erst wenn die Mutter ihre eigenen frühen Beziehungserfahrungen aufgearbeitet hat, kann sie sich völlig „leer“ und offen auf die aktuelle Beziehung zu ihrem Säugling einlassen. Des Weiteren erachte ich es als sehr gelungen, dass die Ausrichtung des STEEP™-Programms darüber hinaus auf der Befähigung der Eltern liegt, soziale Unterstützungssysteme zu nutzen (vgl. Suess 2010, S. 197).

Aus den eben genannten Gründen plädiere ich daher dafür das STEEP™-Programm, um psychoanalytische Zugänge, insbesondere um die Theorie der Mentalisierung, zu erweitern. Hierfür müssten sich die STEEP™-Beraterinnen psychoanalytische Kenntnisse, vorrangig Kenntnisse über die Mentalisierungstheorie von Fonagy/Target aneignen. Des Weiteren müsste der theoretische Rahmen des STEEP™-Programms überarbeitet werden. Die bindungstheoretischen Erkenntnisse müssten um bereits oben genannte Aspekte vertieft werden. So könnte das vierte Ziel von STEEP™, welches darauf zielt, die Eltern zu befähigen, die Welt mit den Augen des Kindes zu sehen, wie folgt umgeschrieben werden: „Das vierte Ziel von STEEP™ soll die Eltern dazu befähigen eine mentalisierende Haltung einzunehmen und die Mentalisierungsfähigkeit der Eltern zu stärken“ (angelehnt an Erickson/Egeland 2006, S. 41).

VII Fazit

Ausgangspunkt dieser Arbeit war die Fragestellung, welche sozialpädagogischen Interventionen sich als geeignet erweisen, wenn der frühe Eltern-Kind-Dialog aufgrund einer postpartalen Depression seitens einer Bezugsperson des Kindes (im Rahmen meiner Arbeit seitens der Mutter) beeinträchtigt ist.

Um die postpartale Depression von anderen postpartalen psychischen Störungen abgrenzen zu können, habe ich mich zunächst postpartalen psychischen Störungen im Allgemeinen, insbesondere dem postpartalen Blues sowie der postpartalen Psychose, gewidmet, da sich diese differenzialdiagnostisch von der postpartalen Depression unterscheiden (vgl. Reck u.a. zit. in: Reck 2014a, S. 303). Denn um die Symptome einer postpartalen Depression richtig einordnen zu können sowie diese frühzeitig erkennen zu können, benötigt man Wissen über (weitere) psychische Störungen in der Postpartalzeit (vgl. Hartmann 2011a, S. 65).

In Kapitel III bin ich im Speziellen auf die postpartale Depression eingegangen. Hierbei hat sich gezeigt, dass obwohl die postpartale Depression die häufigste psychische Störung in der postpartalen Zeit darstellt (vgl. Oddo u.a. 2008, S. 11), diese als eigenständige psychische Störung nicht anerkannt ist (vgl. Hartmann 2011a, S. 67). Dies wurde in dieser Arbeit u.a. daran deutlich, dass weder in der ICD-10 noch in dem DSM-IV die postpartale Depression als eigenständige Diagnosekategorie zu finden ist (vgl. Hartmann 2011a, S. 65).

In Kapitel IV habe ich die Thematik der Elternschaft aufgegriffen. Hierbei habe ich herauszuarbeiten versucht, dass der Übergang zur Elternschaft nicht nur mit einer innerpsychischen Neuorganisation seitens der Mutter und des Vaters verbunden ist (vgl. Stern zit. in: Cierpka u.a. 2014, S. 116), sondern die Eltern auch als Paar einen gemeinsamen Transformationsprozess vollziehen müssen (vgl. King zit. in: Frey/Nakhla 2014, S. 131). Des Weiteren hat sich gezeigt, dass es sich bei dem Übergang zur Elternschaft stets um eine krisenhafte Phase handelt (vgl. Ludwig-Körner 2014, S. 43), welche sich umso krisenhafter gestaltet, je weniger die Eltern auf eigene gute verinnerlichte Erfahrungen mit ihren Eltern zurückgreifen können, die durch die Schwangerschaft und Geburt bzw. die Vaterschaft wiederbelebt werden (vgl. Ludwig-Körner 2014, S. 45).

In Kapitel V habe ich mich dem frühen Eltern-Kind-Dialog, sowohl unter gelingenden, als auch unter erschwerten Bedingungen, gewidmet. Hierbei ist deutlich geworden, dass der Säugling ein interagierendes Wesen ist (vgl. Israel 2007, S. 17), der das dringende

Bedürfnis hat, in einen wechselseitigen Dialog mit Anderen einzusteigen (vgl. Joyce 2011, S. 25). Ich habe außerdem herauszuarbeiten versucht, dass dieser wechselseitige Dialog zwischen dem Säugling und seinen Eltern nicht durch eine permanente Übereinstimmung gekennzeichnet sein muss, sondern vielmehr auch immer wieder Momente von „interruption and interactive repair“ von Nöten sind, damit der Säugling sich auf eine förderliche Art und Weise entwickeln kann (vgl. Schore zit. in: Rass 2011, S. 77; vgl. Wiegand 2012, S. 47). Des Weiteren hat sich gezeigt, dass der Säugling in den ersten Monaten seines Lebens von einer gelingenden Affektregulierung durch seine primären Bezugspersonen abhängig ist (vgl. Gerspach zit. in: Gerspach 2009, S. 65), die auf Seiten der Eltern die Fähigkeit zur Mentalisierung voraussetzt (vgl. Potthoff zit. in: Naumann 2011, S. 25). Darüber hinaus hat sich herausgestellt, dass es für die Entwicklung eines Kernselbstgefühls seitens des Säuglings von zentraler Bedeutung ist, dass die markierte Affektspiegelung der Eltern auch mit seinen innerlichen Empfindungen übereinstimmt (vgl. Winnicott zit. in: Joyce 2011, S. 29; vgl. Joyce 2011, S. 38).

Im zweiten Abschnitt des Kapitels wurde der Eltern-Kind-Dialog unter erschwerten Bedingungen aufgrund einer postpartalen Depression seitens der Mutter dargestellt. Hierbei ist deutlich geworden, dass die Mutter aufgrund ihrer Depression Schwierigkeiten hat, die affektiven Äußerungen ihres Säuglings auf eine adäquate Art und Weise wahrzunehmen (vgl. Tronick/Reck zit. in: Sidor u.a. 2010, S. 58) und dadurch kaum zu einer markierten Affektspiegelung, welche den tatsächlichen Bedürfnissen ihres Säuglings entspricht, fähig ist (vgl. Cohn u.a. zit. in: Sidor u.a. 2010, S. 58). Dies hat zur Folge, dass der wechselseitige Dialog zwischen der Mutter und ihrem Säugling verschiedene Auffälligkeiten/Besonderheiten, wie emotionale Unerreichbarkeit, Überstimulation (vgl. Dohmen 2007, S. 68) oder einen Wechsel aus beiden Verhaltensweisen in der Interaktion aufweist (vgl. z.B. Gunning u.a. zit. in: Hornstein/Trautmann-Villalba 2010, S. 65).

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass die Säuglinge auf das depressive Interaktionsverhalten ihrer Mütter mit vermehrtem Rückzug aus der Interaktion reagieren (vgl. z.B. Cohn u.a. zit. in: Reck 2014b, S. 115; Papoušek 2002, S. 215). Außerdem ist deutlich geworden, dass sich bezüglich der Reaktionsweisen des Säuglings auf das depressive Interaktionsverhalten mit seiner Mutter eine frühe Generalisierungstendenz auch gegenüber responsiven Erwachsenen ausmachen lässt (vgl. Martinez u.a. zit. in: Deneke 2001, S. 157).

In Kapitel VI dieser Arbeit bin ich schließlich auf Präventions- und Interventionsmöglichkeiten eingegangen, um die Ausgangsfrage dieser Arbeit, welche sozialpädagogischen Interventionen sich als geeignet erweisen, wenn der frühe Eltern-Kind-Dialog aufgrund einer postpartalen Depression seitens einer Bezugsperson des Kindes beeinträchtigt ist, beantworten zu können.

Zu Beginn des sechsten Kapitels wurde der Willkommensbesuch für Neugeborene vorgestellt, dessen Einführung im Rahmen des Ausbaus präventiver Angebote zur Etablierung von Netzwerken Früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme sowie zur Verbesserung des Kinderschutzes erfolgte (vgl. Frese/Günther 2013, S. 11). Hierbei hat sich gezeigt, dass trotz konzeptioneller Unterschiede alle Willkommensbesuche darauf zielen, Familien mit kleinen Kindern frühzeitig Informationen zu dem örtlichen Angebots- und Hilfesystem zu kommen zulassen sowie bei eigeninitiativ formuliertem Bedarf der Familie und/oder bei Bedarf aus der Sicht der Fachkraft, die Vermittlung in geeignete Hilfen anzubahnen (vgl. Günther/Frese 2014, S. 46). Außerdem zielt der Willkommensbesuch auf die Schaffung eines Zugangs zu allen Eltern (vgl. Günther/Frese 2014, S. 49). Darüber hinaus habe ich aufgezeigt, dass es sich bei dem Willkommensbesuch, unter den Voraussetzungen eines qualitativ hochwertigen sowie längerfristig angelegten Unterstützungsformats (vgl. Frese/Günther 2013, S. 192), um ein geeignetes Angebot handelt, bei welchem das Wahrnehmen und Erkennen einer mütterlichen postpartalen Depression durch die Fachkraft sowie die Besprechung und Anbahnung in weiterführende Hilfen möglich ist.

Im Anschluss an die Vorstellung des Willkommensbesuchs wurde im nachfolgenden Kapitel als eine weitere Interventionsmöglichkeit auf die stationäre Behandlung nach dem „Heppenheimer Modell der Mutter-Kind-Behandlung®“ eingegangen. Hierbei ist deutlich geworden, dass eine stationäre Behandlung von Mutter und Kind im Falle einer schweren mütterlichen postpartalen Depression zwingend erforderlich ist. Des Weiteren hat sich herausgestellt, dass lediglich durch das Ansetzen auf der repräsentationalen Ebene, indem im Rahmen des therapeutischen Prozesses eine Enttarnung und eine Beraubung der Macht der ‚Gespenster‘ aus den Kinderzimmern der Eltern möglich wird (vgl. Hartmann 2011b, S. 80), eine innere Verhaltensänderung seitens der postpartal depressiven Mutter und damit die Anbahnung eines gelingenden Eltern-Kind-Dialogs auf interaktioneller Ebene erst möglich ist (vgl. Wollwerth de Chuquisengo/Papoušek 2004, S. 295). Darüber hinaus habe ich zu verdeutlichen versucht, dass die Grundvoraussetzung für eine wirksame therapeutische Arbeit in der Holding- und Container-Funktion durch

den Therapeuten besteht, damit die Mutter überhaupt erst einen Denk- und Fühlraum für die innerpsychischen Zustände ihres Säuglings einrichten und entwickeln kann (vgl. Israel/Reißmann 2008, S. 120). Es hat sich gezeigt, dass die stationäre Behandlung nach dem „Heppenheimer Modell der Mutter-Kind-Behandlung®“ eine geeignete Interventionsform für postpartal depressive Mütter darstellt, um eine „Normalisierung“ des entgleisten Mutter-Kind-Dialogs zu erzielen (vgl. Hartmann 2011b, S. 80). Kritisch wurde jedoch das Fehlen sozialpädagogischer Fachkräfte auf der Mutter-Kind-Station angemerkt, welche bereits vor der Entlassung der Mutter für die Initiierung weiterer Unterstützungsangebote im häuslichen Umfeld der Eltern sorgen könnten.

Schließlich wurde als eine bereits pränatal ansetzende Interventionsform das STEEP™-Programm vorgestellt. Es wurde herausgearbeitet, dass STEEP™ auf die Gewährung von Unterstützung für neue Mutter-Kind-Paare und ihre Familien zielt sowie die Eltern-Kind-Bindung fördern möchte (vgl. Erickson/Egeland 2006, S. 39; vgl. Suess 2010, S. 197). Es geht u.a. darum, die Eltern für die Signale und Bedürfnisse ihres Säuglings zu sensibilisieren, so dass diese die Fähigkeit erwerben, die Welt mit den Augen ihres Kindes zu sehen (vgl. Erickson/Egeland 2006, S. 50). Hierbei hat sich gezeigt, dass es sich bei STEEP™ um ein geeignetes Programm für Mütter handelt, die in ihrer Vorgeschichte bereits häufiger depressiv waren, um so das Erkrankungsrisiko an einer Depression in der Postpartalzeit minimieren zu können, sodass sich ein gelingender Dialog zwischen der Mutter und ihrem Säugling anbahnen kann. Es hat sich jedoch herausgestellt, dass STEEP™, welches lediglich einen bindungstheoretischen Bezugsrahmen aufweist, um psychoanalytische Zugänge, insbesondere um die Theorie der Mentalisierung, erweitert werden müsste, damit ein tieferes Verständnis für die Voraussetzungen, welche seitens der Eltern gegeben sein müssen, damit sich ein gelingender früher Eltern-Kind-Dialog entwickeln kann, möglich wird.

VIII Literatur

Ahlheim, Rose; Israel, Agathe (2013): Leben nach dem Trauma. Wie kann eine Prävention für Frühgeborene aussehen? In: Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Zeitschrift für Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Präventionsprojekte. Heft 159, XLIV. (2013-3). S. 331-358.

Auchter, Thomas; Strauss, Laura Viviana (2003): Kleines Wörterbuch der Psychoanalyse. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.

Bauer, Joachim (2006): Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. 22. Auflage. Taschenbucherstausgabe. München. Heyne.

Bitzer, Johannes; Alder, Judith (2006): Postpartale Depression – Darauf sollten GynäkologInnen achten. In: Wimmer-Puchinger, Beate; Riecher-Rössler, Anita (Hrsg.). Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis. Wien, New York. Springer. S. 65-77. In: http://download.springer.com.proxy.ub.uni-frankfurt.de/static/pdf/278/bok%253A978-3-211-29956-2.pdf?auth66=1426200923_e67ac3ebbd44db6bb51cba48048a9&ext=.pdf (letzter Zugriff am 12.03.15).

Cierpka, Manfred u.a. (2014): Von der Partnerschaft zur Elternschaft. In: Cierpka, Manfred (Hrsg.). Frühe Kindheit 0-3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. 2., korrigierte Auflage. Berlin, Heidelberg. Springer. S. 115-125.

Dahlbender, Reiner W.; Tritt, Karin (2011): Einführung in die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). In: Psychotherapie 16 (2011-1), S. 28-39. In: http://cip-medien.com/media/download_gallery/11-01/03.Dahlbender.pdf (letzter Zugriff am 22.05.15).

Das Darmstädter Modell: “Kinder schützen – Familien fördern“. In: <http://www.schuetzenundfoerdern.de/wai1/showcontent.asp?ThemaID=32> (letzter Zugriff am 08.06.15).

Deneke, Christiane (2001): Mutter-Kind-Behandlung bei postpartalen psychischen Erkrankungen. Anpassungsleistung und Behandlungsbedürfnisse der Babys. In: Pedrina, Fernanda (Hrsg.). Beziehung und Entwicklung in der frühen Kindheit. Psychoanalytische Interventionen in interdisziplinären Kontexten. Tübingen. Edition diskord. S. 149-165.

Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (Hrsg.). (2005): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5., durchgesehene und ergänzte Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2004/2005. Bern u.a. Huber.

Dohmen, Ute (2007): Postpartale psychische Erkrankungen. Therapeutische Möglichkeiten unter dem besonderen Aspekt der Mutter-Kind-Beziehung. Saarbrücken. VDM, Müller.

Erickson, Martha Farrell; Egeland, Byron (2006): Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung. Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEPTM-Programm. Stuttgart. Klett-Cotta.

Falkai, Peter; Wittchen, Hans-Ulrich (Hrsg.). (2015): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®. Göttingen u.a. Hogrefe.

Fonagy, Peter (2003): Das Verständnis für geistige Prozesse, die Mutter-Kind-Interaktion und die Entwicklung des Selbst. In: Fonagy, Peter; Target, Mary (Hrsg.). Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung. Gießen. Psychosozial-Verlag. S. 31-48.

Fonagy, Peter u.a. (2011): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. 4. Auflage. Stuttgart. Klett-Cotta.

Frese, Désirée; Günther, Christina (2013): Willkommensbesuche für Neugeborene. Konzepte, Erfahrungen und Nutzen. Münster. Waxmann.

Frey, Britta; Nakhla, Daniel (2014): Mutterschafts- und Vaterschaftskonstellation. In: Cierpka, Manfred (Hrsg.). Frühe Kindheit 0-3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. 2., korrigierte Auflage. Berlin, Heidelberg. Springer. S. 127-135.

Garstick, Egon (2001): Erster Erfahrungsbericht aus dem Projekt „Elternschaftstherapie“. In: Pedrina, Fernanda (Hrsg.). Beziehung und Entwicklung in der frühen Kindheit. Psychoanalytische Interventionen in interdisziplinären Kontexten. Tübingen. Edition diskord. S. 31-51.

Gerspach, Manfred (2009): Psychoanalytische Heilpädagogik. Ein systematischer Überblick. Stuttgart. Kohlhammer.

Gerspach, Manfred (2011): Zur Beschädigung der elterlichen Mentalisierungsfunktion. In: Eggert-Schmid Noerr, Annelinde; Heilmann, Joachim; Krebs, Heinz (Hrsg.). Elternarbeit. Ein Grundpfeiler der professionellen Pädagogik. Gießen. Psychosozial-Verlag. S. 107-127.

Gerspach, Manfred (2012): Das Verstehen von Kindern mit ADHS-Diagnose. In: <http://www.ads-kritik.de/Gerspach%20Kinder%20mit%20ADHS-Diagnose.pdf> (letzter Zugriff am 22.05.15).

Günther, Christina; Frese, Désirée (2014): Willkommensbesuche für Neugeborene zwischen Anspruch und Realität. Große Erwartungen – großer Nutzen?! In: Sozialmagazin. Die Zeitschrift für Soziale Arbeit. Frühe Hilfen. 39 (2014-7-8), S. 44-51.

Hartmann, Hans-Peter; Grande, Bettina (2007): Stationäre Behandlung von Müttern mit postpartalen psychiatrischen Erkrankungen und ihren Kindern nach dem „Heppenheimer Modell der Mutter-Kind-Behandlung®“. In: Brisch, Karl Heinz; Hellbrügge, Theodor (Hrsg.). Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart. Klett-Cotta. S. 259-270.

Hartmann, Hans-Peter (2011a): Ursachen, Behandlung und Verlauf postpartaler Depression. In: Kißgen, Rüdiger; Heinen, Norbert (Hrsg.). Familiäre Belastungen in früher Kindheit. Früherkennung, Verlauf, Begleitung, Intervention. Stuttgart. Klett-Cotta. S. 65-81.

Hartmann, Hans-Peter (2011b): Mutter-Kind-Behandlung unter bindungstheoretischer und psychoanalytischer Perspektive. In: Wortmann-Fleischer, Susanne; Einsiedel, Regina Gräfin von; Downing, George (Hrsg.). Stationäre Eltern-Kind-Behandlung. Ein interdisziplinärer Leitfaden. 1. Auflage. Stuttgart. Kohlhammer. S. 73-85.

Hofecker Fallahpour, Maria u.a. (2005): Was Mütter depressiv macht... und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen. Ein Therapiehandbuch. 1. Auflage. Bern. Huber.

Hornstein, Christiane; Trautmann-Villalba, Patricia (2010): Postpartale psychische Erkrankungen und die Folgen für das Kindeswohl. In: Leyendecker, Christoph (Hrsg.). Gefährdete Kindheit. Risiken früh erkennen. Ressourcen früh fördern. Stuttgart. Kohlhammer. S. 63-71.

Hörz, Susanne u.a. (2011): Einsatz der OPD in der Psychotherapieforschung. In: Psychotherapie 16 (2011-1), S. 41-54. In: http://cip-medien.com/media/download_gallery/11-01/04.Hoerz.pdf (letzter Zugriff am 22.05.15).

Hübner-Liebermann, Bettina; Hausner, Helmut; Wittmann, Markus (2012): Peripartale Depression erkennen und behandeln. In: Deutsches Ärzteblatt. 109 (2012-24), S. 419-424. In: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/126598/Peripartale-Depressionen-erkennen-und-behandeln> (letzter Zugriff am 13.03.15).

ICD-10-GM-2015a: F-53.- Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert. In: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.). ICD-10-GM Version 2015. Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification. In: <http://www.icd-code.de/icd/code/F53.-.html> (letzter Zugriff am 12.03.15).

ICD-10-GM-2015b: 0.99.- Sonstige Krankheiten der Mutter, die andernorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren. In: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.). ICD-10-GM Version 2015. Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification. In: <http://www.icd-code.de/icd/code/O99.4.html> (letzter Zugriff am 11.03.15).

ICD-10-GM-2015c: F-32.- Depressive Episode. In: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.). ICD-10-GM Version 2015. Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification. In: <http://www.icd-code.de/icd/code/F32.1.html> (letzter Zugriff am 12.03.15).

Israel, Agathe (2007): Psychoanalytische Behandlungs- und Entwicklungstheorie. In: Israel, Agathe (Hrsg.). Der Säugling und seine Eltern. Die psychoanalytische Behandlung frühester Entwicklungsstörungen. 1. Auflage. Frankfurt am Main. Brandes & Apsel. S. 11-59.

Israel, Agathe; Reißmann, Björn (2008): Früh in der Welt. Das Erleben des Frühgeborenen und seiner Eltern auf der neonatologischen Intensivstation. 1. Auflage. Frankfurt am Main. Brandes & Apsel.

Joyce, Angela (2011): Die Eltern-Säuglings-Beziehung und die seelische Gesundheit des Babys. In: Baradon, Tessa u.a. Psychoanalytische Psychotherapie mit Eltern und Säuglingen. Grundlagen und Praxis früher therapeutischer Hilfen. Stuttgart. Klett-Cotta. S. 23-47.

KGG (2011): Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz. In: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/kkg/gesamt.pdf> (letzter Zugriff am 08.06.15).

Lier-Schehl, Hannelore (2008): Bewegungsdialoge bei Mutter und Kind. Bewegungsmuster bei Beziehungsstörungen postpartal erkrankter Frauen und ihrer Säuglinge in einer stationären psychiatrischen Mutter-Kind-Station. Hamburg. Dr. Kovač.

Lorenz-Franzen (2008): Schwere Geburt. Zur Psychodynamik der postpartalen Depression. In: Analytische Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapie. Zeitschrift für Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Übergänge in die Elternschaft. Heft 140, XXXIX. (2008-4). S. 473-497.

Ludwig-Körner, Christiane (2014): Frühe Hilfen und Frühförderung. Eine Einführung aus psychoanalytischer Sicht. 1. Auflage. Stuttgart. Kohlhammer.

Lüders, Bettina; Deneke, Christiane (2001): Präventive Arbeit mit Müttern und ihren Babys im tagesklinischen Setting. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Ergebnisse aus Psychotherapie, Beratung und Psychiatrie. 50 (2001-7), S. 252-559. In: http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2013/4319/pdf/50.20017_6_43194.pdf_new.pdf (letzter Zugriff am 07.06.15).

Lüpke, Hans von (2006): "Ein Zeichen sind wir, deutungslos..." – Kinder, die nicht stören können. In: Zeitschrift für Inklusion. (2006-2). In: <http://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/187/187> (letzter Zugriff am 04.05.15).

Murray, Lynne (2011): Die Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter: Befunde der Cambridge-Längsschnittstudie. In: Brisch, Karl Heinz (Hrsg.). Bindung und frühe Störungen der Entwicklung. Stuttgart. Klett-Cotta. S. 51-71.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) a: Bekanntmachung des BMFSFJ zu Frühe Hilfen. In: <http://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/rechtliche-grundlagen/sonstige-beschluesse-und-hintergruende/bekanntmachung-des-bmfsfj-zu-fruehen-hilfen/> (letzter Zugriff am 08.06.15).

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) b: Was sind Frühe Hilfen? In: <http://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/> (letzter Zugriff am 07.06.15).

Netzwerkkoordination Frühe Hilfen Wissenschaftsstadt Darmstadt. In: <http://www.darmstadt.de/leben-in-darmstadt/soziales-und-gesellschaft/familien/familienzentrum/netzwerkkoordination-fruehe-hilfen/index.htm> (letzter Zugriff am 08.06.15).

Naumann, Thilo Maria (2011): Eltern heute – Bedürfnisse und Konflikte. Psychoanalytisch-pädagogische Elternarbeit in der Kita. Gießen. Psychosozial-Verlag.

Oddo, S. u.a. (2008): Postpartale Depression: Ein interdisziplinärer Therapie- und Forschungsansatz. In: Journal für Gynäkologische Endokrinologie. 18 (3), S. 11-18. In: <http://www.kup.at/kup/pdf/7356.pdf> (letzter Zugriff am 13.03.15).

Papoušek, Mechthild (2000): Einsatz von Video in der Eltern-Säuglings-Beratung und – Psychotherapie. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Ergebnisse aus Psychotherapie, Beratung und Psychiatrie 49 (2000-8), S. 611-627. In: http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2013/4255/pdf/49.20008_7_42554.pdf_new.pdf (letzter Zugriff am 22.05.15).

Papoušek, M. (2002): Wochenbettdepression und ihre Auswirkung auf die kindliche Entwicklung. In: Braun-Scharm, Helmuth (Hrsg.). Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH. S. 201-229.

Paul, Mechthild (2011): Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Aufgaben, Bilanz, Perspektiven. In: Kißgen, Rüdiger; Heinen, Norbert (Hrsg.). Familiäre Belastungen in früher Kindheit. Früherkennung, Verlauf, Begleitung, Intervention. Stuttgart. Klett-Cotta. S. 251-265.

Paul, Mechthild (2012): Was sind Frühe Hilfen? In: Frühe Kindheit. Die ersten sechs Jahre. Zeitschrift der Deutschen Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft e.V. Sonderausgabe 2012. Frühe Hilfen. Gesundes Aufwachsen ermöglichen. 14 (2012-Sonderausgabe), S. 6-7. In: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Fruehe_Kindheit_2012_2_Auflage.pdf (letzter Zugriff am 22.06.15).

Pedrina, Fernanda (2006): Mütter und Babys in psychischen Krisen. Forschungsstudie zu einer therapeutisch geleiteten Mutter-Säugling-Gruppe am Beispiel postpartaler Depression. 1. Auflage. Frankfurt am Main. Brandes & Apsel.

Pedrina, Fernanda (2007): Verarbeitung postpartaler Krisen in der Gruppenpsychotherapie. In: Brisch, Karl Heinz; Hellbrügge, Theodor (Hrsg.). Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart. Klett-Cotta. S. 228-236.

PEKiP®-Fachinformation. In: <http://www.pekip.de/system/assets/assets/55/Fachinfo.pdf> (letzter Zugriff am 22.06.15).

PEKiP®-Konzept. In: <http://www.pekip.de/konzept/42.html> (letzter Zugriff am 22.06.15).

Potthoff, Peter (2008): Mentalisierung und gruppenanalytische Behandlungstechnik. In: Hirsch, Mathias (Hrsg.). Die Gruppe als Container. Mentalisierung und Symbolisierung in der analytischen Gruppenpsychotherapie. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht. S. 86-116.

Rabeneck, Jörn (2002): Die Hilfen zur Erziehung nach § 27 SGB VIII. In: Becker-Textor, Ingeborg; Textor, Martin R. (Hrsg.). SGB VIII – Online –Handbuch. In: <http://www.sgbviii.de/S58.html> (letzter Zugriff am 12.06.15).

Rass, Eva (2011): Bindung und Sicherheit im Lebenslauf. Psychodynamische Entwicklungspsychologie. Stuttgart. Klett-Cotta.

Reck, Corinna (2014a): Depression und Angststörung im Postpartalzeitraum: Prävalenz, Mutter-Kind-Beziehung und kindliche Entwicklung. In: Cierpka, Manfred (Hrsg.). Frühe Kindheit 0-3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. 2., korrigierte Auflage. Berlin, Heidelberg. Springer. S. 301-309.

Reck, Corinna (2014b): Depressionen und Angststörungen im Postpartalzeitraum: Mutter-Kind-Interaktion im Blickpunkt. In: Evertz, Klaus; Janus, Ludwig; Linder, Rupert (Hrsg.). Lehrbuch der Pränatalen Psychologie. Heidelberg. Mattes. S. 111-119.

Riecher-Rössler, Anita (2006): Was ist postpartale Depression? In: Wimmer-Puchinger, Beate; Riecher-Rössler, Anita (Hrsg.). Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis. Wien, New York. Springer. S. 11-20. In: http://download.springer.com.proxy.uni-frankfurt.de/static/pdf/278/bok%253A978-3-211-29956-2.pdf?auth66=1426200923_e67ac3ebbd444db6bb51c48048a9&ext=.pdf (letzter Zugriff am 12.03.15).

Riecher-Rössler, Anita (2012): Depressionen in der Postpartalzeit. In: Riecher-Rössler, Anita (Hrsg.). Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Freiburg, Basel. Karger. S. 52-60.

Ritzmann, Jan; Wachtler, Katrin (2008): Die Hilfen zur Erziehung. Anforderungen, Trends und Perspektiven. Marburg. Tectum.

Rohde, Anke (2004): Rund um die Geburt eines Kindes: Depressionen, Ängste und andere psychische Probleme. Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und ihr soziales Umfeld. 1. Auflage. Stuttgart. Kohlhammer.

Rohde, Anke (2014): Postnatale Depressionen und andere psychische Probleme. Ein Ratgeber für betroffene Frauen und Angehörige. 1. Auflage. Stuttgart. Kohlhammer.

Schrappner, Christian; Pies, Silke (2006): Empirische, theoretische und rechtliche Dimensionen in der Hilfeplanung. In: Neuberger, Christa (Hrsg.). Dialog der Konzepte. Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII und in angrenzenden Hilfen. Dokumentation eines ExpertInnengesprächs vom 17. bis 18. Oktober 2005. München. DJI. S. 7-37. In: http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/3.1_1.pdf (letzter Zugriff am 22.06.15).

Sadler, Lois S.; Slade, Arietta; Mayes, Linda C. (2013): Das Baby bedenken: mentalisierungsgestützte Erziehungsberatung. In: Allen, Jon G.; Fonagy, Peter (Hrsg.). Mentalisierungsgestützte Therapie. Das MBT-Handbuch – Konzepte und Praxis. 2. Auflage. Stuttgart. Klett-Cotta. S. 375-398.

Salis, Bettina (2007): Psychische Störungen im Wochenbett. Möglichkeiten der Hebammenkunst. 1. Auflage. München, Jena. Elsevier, Urban & Fischer.

Saß, Henning; Wittchen, Hans-Ulrich, Zaudig, Michael (1998): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV. 2., verbesserte Auflage. Göttingen u.a. Hogrefe.

Sidor, Anna u.a. (2010): Zusammenhänge zwischen mütterlicher postpartaler depressiver Symptomatik und Feinfühligkeit. In: Renner, Ilona; Sann, Alexandra; Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.). Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Köln. S. 56-66. In: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/NZFH_Forschungsreader_low.pdf (letzter Zugriff am 06.04.15).

Sozialgesetzbuch (SGB). Achtes Buch (VIII). Kinder- und Jugendhilfe. § 27 SGB VIII. Hilfe zur Erziehung. In: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/_27.html (letzter Zugriff am 12.06.15).

Sozialgesetzbuch (SGB). Achtes Buch (VIII). Kinder- und Jugendhilfe. § 31 SGB VIII. Sozialpädagogische Familienhilfe. In: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/_31.html (letzter Zugriff am 12.06.15).

STEEP™. Teilnahmebedingungen für STEEP™-Kurse. In: <http://www.steep-weiterbildung.de/steepm-kurse/teilnahmebedingungen/> (letzter Zugriff am 02.06.15).

Steinhardt, Kornelia (2005): Fraiberg, Selma. In: Stumm, Gerhard u.a. (Hrsg.). Personenlexikon der Psychotherapie. Wien. Springer. S. 152-153.

Stern, Daniel N. (1998): Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie. Stuttgart. Klett-Cotta.

Stork, Remi (2008): Kommunale Babybegrüßungsdienste – die frühesten „Frühen Hilfen“ nach der Geburt. In: http://www.diakoniewrl.de/cms/media/pdf/publikationen/20080930_Dr._Remi_Stork.pdf (letzter Zugriff am 08.06.15).

Stuck, Silke; Benda, Andrea (2008): Postpartale Depression. Das Baby kommt, das Glück nicht. In: <http://www.brigitte.de/liebe/persoenschlichkeit/postpartale-depression-572132/> (letzter Zugriff am 13.06.15).

Suess, Gerhard J.; Hantel-Quitmann, Wolfgang; Ludwig-Körner, Christiane (2006): Vorwort. In: Erickson, Martha Farrell; Egeland, Byron. Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung. Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEPTM-Programm. Stuttgart. Klett-Cotta. S. 21-23.

Suess, Gerhard J. (2010): Schritte zu einer effektiven, Freude bereitenden Elternschaft – das STEEPTM-Programm. In: Kißgen, Rüdiger; Heinen, Norbert (Hrsg.). Frühe Risiken und Frühe Hilfen. Grundlagen, Diagnostik, Prävention. Stuttgart. Klett-Cotta. S. 194-208.

Thyen, Ute (2012): Der Beitrag Früher Hilfen zu früher Förderung und Bildung von Kindern. In: Frühe Kindheit. Die ersten sechs Jahre. Zeitschrift der Deutschen Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft e.V. Sonderausgabe 2012. Frühe Hilfen. Gesundes Aufwachsen ermöglichen. 14 (2012-Sonderausgabe), S. 16-23. In: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Fruehe_Kindheit_2012_2_Auflage.pdf (letzter Zugriff am 22.06.15).

Trede, Wolfgang (2009): Was sind erzieherische Hilfen? In: Krause, Hans-Ullrich; Peters, Friedhelm (Hrsg.). Grundwissen Erzieherische Hilfen. Ausgangsfragen, Schlüsselthemen, Herausforderungen. 3., aktualisierte Auflage. Weinheim, München. Juventa. S. 15-34.

Wiegand, Gisela (2012): Frühe Gefühlsverhältnisse. Lehrbuch der psychoanalytischen Entwicklungstheorie der Unter-3-Jährigen. 1. Auflage. Frankfurt am Main. Brandes & Apsel.

Wollwerth de Chuquisengo, Ruth; Papoušek, Mechthild (2004): Das Münchner Konzept einer kommunikationszentrierten Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung und – Psychotherapie. In: Papoušek, Mechthild; Schieche, Michael; Wurmser, Harald (Hrsg.). Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. 1. Auflage. Bern. Huber S. 281-309.

Wortmann-Fleischer, Susanne; Downing, George; Hornstein, Christiane (2006):
Postpartale psychische Störungen. Ein interaktionszentrierter Therapieleitfaden. 1.
Auflage. Stuttgart. Kohlhammer.