

A Theoretische Grundlagen des Therapieprogramms

1 Einleitung

Viele junge Mütter leiden nach der Geburt eines Kindes unter psychischen Beschwerden. Fast die Hälfte aller Mütter entwickelt in den ersten Wochen nach der Geburt eine kurze depressive Verstimmung, den postpartalen Blues oder die postpartale Dysphorie. Diese Verstimmung klingt im Allgemeinen innerhalb weniger Tage spontan ab. Nicht selten geht der postpartale Blues einer postpartalen Depression voraus. Eine länger anhaltende Depression entwickeln 10–15 % der Frauen innerhalb der ersten sechs Monate nach der Geburt eines Kindes. Die Frauen leiden neben typisch depressiven Symptomen, wie gedrückter, trauriger Verstimmung, Freudlosigkeit, Interesseverlust, Antriebsmangel und Konzentrationsstörungen, vor allem unter Erschöpfung, Schlaflosigkeit, Ängsten, Sorgen, Schuld- und Insuffizienzgefühlen, die ihr Kind betreffen. Etwa ein Drittel der depressiven Mütter (20–40 %) ist gequält von Zwangsgedanken, ihr Kind zu schädigen (Wisner et al. 1999). Viele Frauen sind beschämt und verzweifelt darüber, dass sie keine Zuneigung zu ihrem Kind empfinden können. Bei manchen Frauen entwickelt sich in der Depression eine Bindungsstörung zu ihrem Kind, das sie zunehmend ablehnen und nicht ertragen können (Kumar 1997). Angst- und Zwangsstörungen sowie Anpassungsstörungen manifestieren sich auch unabhängig von Depressionen in der Peripartalzeit. Psychotische Störungen entwickeln zwar nur ein bis zwei von 1000 Frauen nach der Geburt. Diese gehen jedoch oft mit Erregung und hoher affektiver Beteiligung einher und sind daher besonders dramatisch für die jungen Mütter, deren inadäquates Verhalten dem Baby gegenüber für Angehörige erschreckend und belastend ist. Auch diese Mütter beziehen ihre Kinder fast immer in ihre unrealistischen Gedanken und ihre gestörte Wahrnehmung ein (Übersicht z. B. bei Brockington und Kumar 1996, O'Hara 1996, Riecher-Rössler 1997).

Für Frauen mit einer erhöhten Vulnerabilität für psychische Störungen ist die Geburt eines Kindes ein Risikofaktor, der die psychische Störung auslösen kann. Die biologischen und hormonellen Umstellungen, die mit der Geburt verbunden sind, ebenso wie die psychischen Belastungen der frühen Mutterschaft sind bei prädisponierten Frauen für den Ausbruch der Erkrankungen verantwortlich.

Die Auseinandersetzung mit dem neugeborenen Kind und mit den Anforderungen der frühen Mutterschaft prägt das Erscheinungsbild der postpartalen Störungen und findet sich in den Symptomen in unterschiedlicher Weise wieder. Im Übrigen unterscheiden sich die postpartalen Störungen nicht von psychischen Erkrankungen, die zu einem anderen Zeitpunkt auftreten. Spezifische pathogenetische Mechanismen lassen sich nicht identifizieren. Rezidivrisiko und Chronifizierungsgefahr bei unzureichender Behandlung kennzeichnen häufig den Verlauf und sind wichtige Parameter der Behandlung. Daher gehört auch in der Postpartalzeit

die krankheitsspezifische, psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zum Therapiestandard. Bei schweren psychischen Erkrankungen ist die Psychopharmakotherapie meist unverzichtbar und hat sich bewährt, weil sie den häufig verzweifelten jungen Müttern am schnellsten eine Erleichterung bringt und ihnen wieder einen Zugang zu ihrem Kind ermöglicht. Da einer medikamentösen Behandlung oft unbegründete Aversionen und Befürchtungen der Mütter entgegenstehen, sind Aufklärung und Gespräch mit Mutter und Vater in der Postpartalzeit unerlässlich.

Die Psychotherapie postpartaler psychischer Erkrankungen muss ebenfalls die spezifischen Anforderungen und Belastungen eines Lebensabschnittes einbeziehen, in dem fast alle Lebensbereiche neu organisiert und viele lieb gewordenen Gewohnheiten und Rollen aufgegeben oder neu definiert werden müssen. Dem entspricht eine tief greifende psychische Umorganisation, die nach Daniel Stern (1995) als Mutterschaftskonstellation bezeichnet wird. Er beschreibt drei innere Diskurse, die eine junge Mutter beschäftigen: den Diskurs mit der eigenen Mutter, den Diskurs mit sich selbst als Mutter und den Diskurs mit dem Baby.

Stern geht von psychobiologischen, insbesondere hormonellen Einflüssen aus, die die Sensibilität und die Strebungen junger Mütter so vorbereiten, dass sie irgendeine Form der Mutterschaftskonstellation entwickeln, während soziokulturelle Bedingungen, z. B. gesellschaftliche Erwartungen, entscheidend dafür seien, wie und ob die psychobiologischen Einflüsse zum Tragen kommen.

Die Konzeption der Mutterschaftskonstellation ist in einem biopsychosozialen Bezugssystem verankert, das auch den Krankheitsmodellen psychischer Störungen zugrunde liegt. Dies erlaubt die Annahme, dass krankheitsbedingte Veränderungen in biopsychosozialen Systemen auch auf die Mutterschaftskonstellation einwirken bzw. eine Störung der psychischen Organisation einer Mutter und ihrer Beziehung zum Kind Rückwirkungen auf die psychische Erkrankung hat. Das Konzept der Mutterschaftskonstellation bietet somit den geeigneten Rahmen für die Psychotherapie postpartaler Störungen.

Das vorliegende Gruppentherapieprogramm wurde für Mütter konzipiert, die im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und Geburt eines Kindes psychisch erkrankt sind. Wir gehen davon aus, dass für die Frauen der Übergang in die Mutterschaft mit den typischen Anforderungen und Belastungen der spezifische Stressor war, der die Erkrankung auslöste. Daher haben wir die Mutterschaft ins Zentrum des Therapieprogramms gestellt mit dem Ziel, bei den Müttern Ressourcen zu fördern und ihnen Verhaltensstrategien zu vermitteln, die ihnen helfen, ihre Mutterschaft positiv zu erleben. Im Sinne einer Rückkopplung und Generalisierung werden die positiven Gefühle und Erfahrungen, die die Mütter z. B. in der Beziehung zu ihrem Kind erleben, zu einer Verbesserung ihres psychischen Befindens beitragen können.

Das Therapieprogramm integriert therapeutische Verfahren, die sich im Kontext der Behandlung unterschiedlicher psychischer Störungen, z. B. von Depressionen und Psychosen, bewährt haben, wie die kognitive Verhaltenstherapie, die interpersonelle

Psychotherapie und die Psychoedukation. Die kognitiv-behaviorale und die interpersonelle Therapie wurden bereits auf die Behandlung postpartaler Depres-

sionen adaptiert. Ihre Wirksamkeit ist inzwischen bestens belegt (Übersicht z. B. bei Stuart et al. 2003). Beide Verfahren sind auch im Gruppensetting angewandt worden und wurden erfolgreich bei der Behandlung depressiver Mütter eingesetzt (Milgrom et al. 1999, Klier et al. 2001) sowie bei Müttern, die in der frühen Mutterschaft neben Depressionen auch unter Angst und Anpassungsstörungen litten (Hofecker et al. 2003). Unklar ist jedoch, inwiefern sich die Psychotherapie über die Depressionsbehandlung hinaus auch auf die Mutter-Kind-Beziehung positiv auswirkt. Bei der kognitiv-behavioralen Gruppentherapie von Meager und Milgrom (1996) war dies nicht der Fall: Weder konnten die Mütter ihre Kinder besser wahrnehmen, noch war der Erziehungsstress für sie geringer geworden.

Einen positiven Einfluss auf die Mutter-Kind-Interaktion hatten dagegen solche Interventionen, die im Allgemeinen primär zur Therapie von Verhaltensregulationsstörungen im Säuglingsalter wie exzessivem Schreien, chronischer Unruhe, Schlafstörungen, Ess- und Gedeihstörungen (Zero to Three) eingesetzt werden. Bei einem Vergleich einer psychodynamischen Mutter-Säuglings-Therapie (Cramer 1995) und einer modifizierten Form kognitiver Verhaltenstherapie mit psychoedukativen Elementen, »Interactional Guidance« (McDonough 1993), zeigte sich kein Unterschied in ihrer Wirksamkeit (Robert-Tissot et al. 1996). Beide Interventionen führten nicht nur zu einer signifikanten Symptomverbesserung bei den Kindern, sondern es besserten sich auch die Beziehung der Mütter zu ihren Kindern und das Befinden der Mütter. Die mütterliche Sensitivität gegenüber den Kindern nahm zu, ihr intrusives Kontrollverhalten nahm ab, vor allem aber erlebten sich die Mütter positiver, glücklicher, aktiver und selbstbewusster, und dieser Therapieeffekt blieb am stabilsten. Die beiden interaktionszentrierten Interventionen wurden auch bei Müttern mit postpartalen Depressionen eingesetzt und mit einem nondirektiven Counseling und einer Kontrollgruppe verglichen (Cooper und Murray 1997). Auch bei depressiven Müttern zeigten sich zweierlei Therapieeffekte, im Vergleich zur Kontrolle war die Rückbildung der Depression rascher, und es veränderte sich die Einstellung der Mütter zu ihren Kindern positiv. Darüber hinaus zeigten die Kinder, deren Mütter rasch remittiert waren, häufiger eine sichere Bindungsbeziehung zu ihren Bezugspersonen.

Auch wenn die langfristigen Therapieeffekte in der Fünf-Jahres-Katamnese begrenzt waren (Cooper et al. 2003, Murray et al. 2003), gibt uns diese Studie doch einen Hinweis darauf, dass sich durch eine Mutter-Kind-zentrierte Intervention bei Müttern mit postpartalen Depressionen sowohl die Mutter-Kind-Beziehung bessern kann als auch die Depressivität der Mutter. Aus diesem Grund haben wir unser Therapieprogramm in eine interaktionszentrierte Intervention integriert. Wir gehen davon aus, dass auch Mütter mit anderen psychischen Erkrankungen als Depressionen von diesem Ansatz des Therapieprogramms profitieren. Für Mütter mit psychotischen Störungen liegen außer kasuistischen Mitteilungen (Hornstein 2003a) bisher keine Untersuchungen zu spezifischen psychotherapeutischen Interventionen vor.

Die verhaltenstherapeutische psychoedukative Müttergruppe wurde von den Autoren am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden entwickelt. Sie ist ein Teil eines Mutter-Kind-spezifischen Behandlungsprogramms für postpartal erkrankte Frauen, die gemeinsam mit ihrem Kind stationär aufgenommen werden. In die Kon-

zeption eingegangen ist unsere Erfahrung bei der Behandlung von über 150 stationär und ambulant behandelten Patientinnen über einen Zeitraum von vier Jahren, wovon ein Drittel an psychotischen Störungen erkrankt war. Im Rahmen eines Drittmittelprojektes führen wir derzeit eine umfassende Evaluation durch, einschließlich einer Halbjahreskatamnese.

Wir haben das Therapieprogramm in Aufbau und Inhalten den klinischen Behandlungsbedingungen angepasst. Diese unterscheiden sich von einem ambulanten Setting dadurch, dass vorwiegend schwer erkrankte oder bisher therapieresistente Patientinnen mit unterschiedlichen Diagnosen zur Behandlung kommen, vorwiegend mit depressiven oder psychotischen Störungen, für die ein niederschwelliges Angebot erforderlich ist. Es wird additiv zu der psychiatrisch-psychotherapeutischen Standardbehandlung angewandt. Bei der Konzeption von Dauer und Frequenz des Therapieprogramms – zehn Sitzungen in fünf Wochen – wurden gesundheitsökonomische Gesichtspunkte berücksichtigt. Ob dieser Kompromiss gelungen ist, wird eine künftige Effizienzuntersuchung zeigen können.

Ebenso ist die Durchführung des Gruppentherapie-Programms im ambulanten Setting bei leicht erkrankten Müttern möglich bzw. bei solchen mit Anpassungsstörungen an die Mutterschaft. Eine Modifikation des Settings hinsichtlich Anzahl und Frequenz der Therapiestunden ist dann zu empfehlen.

Die im Therapieprogramm vermittelten Therapiebausteine (► **Kap. 2.4**) sowie die therapeutischen Techniken (► **Kap. 4.4**) sind auf die Einzel- und Paartherapie übertragbar. Dies hat unsere Erfahrung gezeigt. Die im Gruppentherapieprogramm abgehandelten Themen wurden von uns im stationären Setting auch in der Einzeltherapie der Mütter, in der Paartherapie und in der Angehörigengruppe mit gutem Erfolg bearbeitet, wie die bisherigen Evaluationsergebnisse und die Akzeptanzbefragung gezeigt haben (Hornstein et al., Publikation in Vorbereitung).

Wir hoffen, dass wir mit dem vorliegenden Manual Kliniker und ambulant tätige Psychiater und Psychotherapeuten anregen und unterstützen können, bei postpartal erkrankten Frauen die spezifische Konstellation der frühen Mutterschaft in die Behandlung zu integrieren.

2 Konzeptioneller Hintergrund des Therapieprogramms

2.1 Inhalte des Therapieprogramms

Die Geburt eines Kindes gilt als die Situation im Leben einer Frau, die mit der größten Umstellung verbunden ist. Sie zwingt die Mutter zu einer tief greifenden Neuanpassung ihrer psychischen Organisation sowie aller Handlungsebenen. Die Mutterschaft ist somit die individuelle Problemsituation, auf die sich die therapeutischen Interventionen beziehen (Roder et al. 2002).

Das Therapieprogramm für Mütter mit psychischen Störungen hat zwei Schwerpunkte:

- die intraindividuelle Auseinandersetzung mit den Anforderungen, Rollenbildern und Stressoren der Mutterschaft,
- die interaktionale Unterstützung der Mutter-Kind-Beziehung.

In zehn Gruppenstunden werden die folgenden Themen durchgearbeitet:

- Rollenbilder,
- Wahrnehmung positiver Gefühle,
- Stressfaktoren,
- Stressbewältigungsstrategien,
- Krisenmanagement,
- Neugierde an der Beobachtung des Kindes wecken,
- Bedeutung der beschreibenden Sprache,
- kindlichen Signalen ein Echo geben,
- Beruhigungstechniken,
- Führen und Folgen.

2.2 Zielgruppe

Das Therapieprogramm ist für Patientinnen mit unterschiedlichen psychischen Störungen geeignet, die sich jedoch bei allen Teilnehmerinnen subjektiv und/oder objektiv auf die Beziehung zum Kind auswirken. Die Störung der mütterlichen

Kompetenzen und der Mutter-Kind-Beziehung in der frühen Mutterschaft ist die gemeinsame Indikation für alle Teilnehmerinnen zur Aufnahme in die Gruppe. Somit können Patientinnen mit affektiven, psychotischen, Angst-, Zwangs- und Anpassungsstörungen einbezogen werden.

2.3 Gruppenziele

Ziele des Therapieprogrammes sind die emotionale Entlastung der Mutter, die Auseinandersetzung mit ihrer Rolle als Mutter, die Vermittlung von Stressbewältigungsstrategien und konkreten Hilfen sowie die Förderung mütterlicher Kompetenzen. Durch die Sensibilisierung für kindliche Signale und Bedürfnisse und durch die Vermittlung entwicklungspsychologischer Kenntnisse sollen die Patientinnen zu Expertinnen ihrer Mutterschaft werden. Krankheitsauslösende und -aufrechterhaltende Belastungen sollen reduziert und die auf die Mutterschaft bezogene Symptomatik gebessert werden. Die Mütter sollen Ressourcen und Kompetenzen für das Krankheitsmanagement entwickeln, die zur Gesundung und Rückfallvorbeugung beitragen.

2.4 Therapiebausteine

Es werden Elemente aus der kognitiven Verhaltenstherapie, der Psychoedukation und der interpersonellen Psychotherapie übernommen, die sich bei der Behandlung affektiver und psychotischer Störungen als wirksame Therapieverfahren erwiesen haben (Übersicht z. B. bei Grawe et al. 1994, Hautzinger 1997, Schramm 1996, Wunderlich et al. 1996, Mojtabai et al. 1998, Hahlweg 2002). Diese Therapieelemente wurden auf die Behandlung postpartaler Störungen übertragen und an die spezifische Problemsituation der Patientinnen angepasst. Zusätzlich sind Elemente der Eltern-Kleinkind-Beratung und -Therapie integriert (Übersicht z. B. bei Dornes 1999). Diese interaktionszentrierte Therapieform basiert auf dem Grundlagenwissen über die frühkindliche psychische Entwicklung und wird zur Behandlung von Verhaltensproblemen und Regulationsstörungen in der frühen Kindheit (0–3 Jahre) eingesetzt (Übersicht z. B. bei Papoušek et al. 2004).

Die folgenden Therapiebausteine kommen zur Anwendung:

2.4.1 Stressmanagement

Entsprechend dem biopsychosozialen Entstehungsmodell affektiver Störungen bzw. dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell schizophrener Störungen hängen Krank-

heitsausbruch und Krankheitsverlauf sowohl von der Interaktion biologischer, peristatischer und Verhaltensfaktoren als auch von individuellen Bewältigungskompetenzen ab.

Angelehnt an das Verhaltenstraining zur Stressbewältigung (Wagner-Link 1995) werden individuelle Stressfaktoren, die im Übergang zur Mutterschaft und in der Beziehung zum Kind aufgetreten sind, identifiziert und ein adäquates Stressmanagement vermittelt, um die Bewältigungskompetenzen der Patientinnen im Alltag mit dem Kind zu stärken.

Zusätzlich können achtsamkeitsbasierte Übungen in Stunden des Stressmanagements integriert werden, die Patientinnen eine Haltung von Präsenz im Hier und Jetzt sowie Akzeptanz und Annehmen mit allen Sinnen (visuell, auditiv, kinästhetisch, olfaktorisch, gustatorisch) im Alltag und insbesondere im Kontakt mit ihrem Baby vermitteln. Ein Übungsfeld hierfür ist z. B. auch die Babymassage (Anderssen-Reuster 2013). Es eignen sich Übungen wie z. B. Stehen, Nasser Sack oder Innere Achtsamkeit (Huppertz 2011).

2.4.2 Psychoedukation

Die Psychoedukation wird als eine Behandlungsform der Sekundärprävention in der Medizin und Psychiatrie genutzt, um ergänzend zur Standardbehandlung das Verhalten der Patientinnen in einem gesundheitsfördernden Sinn zu beeinflussen. Zentrale Bestandteile der Psychoedukation sind die strukturierte Vermittlung präventiv relevanter Informationen durch den Therapeuten und der Einsatz behavioraler Elemente (Verhaltensmodelle) zur Umsetzung der vermittelten Inhalte in praktische Fertigkeiten. Die Erfahrung der »Edukationsteilnehmer« wird in den Lernprozess einbezogen und zielt auf eine pragmatische Problembewältigung (Buttner 1996).

In unserem Therapieprogramm werden die Mütter über die biopsychosozialen Entstehungsmodelle psychischer Störungen informiert, wobei der Zusammenhang zwischen der frühen Mutterschaft und dem Ausbruch der Erkrankung im Mittelpunkt steht. Wir klären auch über die Auswirkungen der Erkrankung auf die Alltagsbewältigung mit dem Kind auf (z. B. körperliche Erschöpfung, Schlafstörungen, Medikamenteneffekte) und entwickeln mit den Patientinnen einen individuellen Krisenplan zur Rezidivprophylaxe.

2.4.3 Unterstützung mütterlicher Kompetenzen

Für die Stunden mit entwicklungspsychologischen Themen haben wir uns am Modell der kommunikationsorientierten Eltern-Säuglings-Beratung und -Psychotherapie von Papoušek (1998) orientiert, dessen theoretische Grundlage von der entwicklungsfördernden Bedeutung der ungestörten Kommunikation/Interaktion zwischen Mutter und Kind ausgeht.

Unter den verschiedenen Formen der interaktionszentrierten Eltern-Kleinkind-Beratung/-Therapie haben wir uns auf diejenigen gestützt, die vorwiegend im Hier und Jetzt arbeiten und im Unterschied zu psychoanalytischen Verfahren am Ver-

halten der Mütter ansetzen und nicht an den intrapsychischen Konflikten und den daraus resultierenden interpersonalen Problemen in der Mutter-Kind-Interaktion. Hierzu zählt das Therapieprogramm von Cohen et al. (1999) unter dem Titel »Watch, wait and wonder«, in dem Eltern angeleitet werden, die von ihrem Kind initiierten Aktivitäten zu beobachten und zu akzeptieren, um ein Verständnis für die kindlichen Bedürfnisse zu gewinnen. Ebenso haben wir uns den verhaltenstherapeutischen Ansatz von McDonough (1993) zu Nutze gemacht, die in ihrer »interaction guidance« genannten Therapie videographierte Interaktionen von Mutter und Kind verwendet, um Mütter in ihrer Fähigkeit zu unterstützen, auf kindliche Signale adäquat zu reagieren. Zudem setzen wir videomikroanalytische Techniken ein (Übersicht z. B. Downing 2003), die in unterschiedlichen therapeutischen Situationen der Eltern-Kleinkind-Therapie erfolgreich angewandt werden (Papoušek 2000, Ziegenhain et al. 1999, Thiel-Bonney et al. 2002, Beebe 2003, Downing 2004). Hierbei werden videographierte Mutter-Kind-Interaktionen in kleinste Frequenzen im Sekundenbereich aufgeschlüsselt, die paradigmatisch für die ständigen Anpassungs- und Regulierungsprozesse sind, die im Alltag das Verhalten zwischen Mutter und Kind prägen. Nach Downing (2015) können darüber hinaus mit Hilfe videographierter Interaktionen die Mentalisierungsfähigkeiten eines Patienten, eines Elternteils verbessert werden. In der Video-Interventions-Therapie (VIT) kommen unterschiedliche Mentalisierungstechniken wie z. B. die einfache Reflektion (Therapeut führt), einfache Reflektion (Patient führt) oder dem Baby eine Stimme geben zur Anwendung. Das Konzept der Mentalisierung wurde in 1990er Jahren von Peter Fonagy, Howard Steele, Miriam Steele und Mary Target entwickelt (Fonagy et al 1991, Fonagy 2008). Mentalisierung beinhaltet zwei Aspekte: Ein Aspekt ist die Fähigkeit, die eigenen subjektiven Zustände (Gedanken, Gefühle, Intentionen, Körperempfindungen, Verbindungen untereinander und das Handeln) zu unterscheiden und für sie eine Sprache zu finden (»self-mentalization«). Der andere Aspekt ist die Fähigkeit, geeignete Hypothesen über die subjektiven Zustände eines anderen zu bilden, die seine Gedanken, Gefühle etc. betreffen, sowie die Verbindungen und das Verhalten innerhalb der Umwelt (»other mentalization«) (Downing 2015).

Wir greifen den verhaltenstherapeutischen Ansatz der interaktionszentrierten Eltern-Kleinkind-Beratung/-Therapie auf und nutzen die videomikroanalytische Technik, um am Beispiel gelungener Mutter-Kind-Interaktionen durch Modelllernen, Bewusstmachen und Identifikation die mütterlichen Kompetenzen und sozialen Fertigkeiten in der frühen Interaktion mit dem Kind zu fördern, die Mentalisierungsfähigkeit zu unterstützen und den Müttern dadurch Selbstsicherheit und Selbstwertgefühl zu vermitteln.

2.4.4 Rollenwechsel und Übergang in die Mutterschaft

Der Übergang in die Mutterschaft ist mit einem umfassenden Rollenwechsel und häufig auch mit Rollenverlusten verbunden. Da in dieser Lebensphase die psychische Erkrankung aufgetreten ist, ist es ein Ziel der Gruppentherapie, die Bewältigung des Rollenwechsels zu unterstützen. Daher haben wir aus der interpersonellen