



Psychisch kranke Mütter

Behandlungsmöglichkeiten in Deutschland im Vergleich zu Großbritannien

09.05.2012

5. SSPT im ZSP Salzwedel

Dr. Ulrike Buck

Psychiatrische Klinik Uelzen gemeinnützige GmbH • Geschäftsführer: Kurt Spannig
An den Zehn Eichen 50 • 29525 Uelzen • Telefon: 0581 3895-0 • Fax: 0581 3895-319 • E-Mail: info@pk-uelzen.de • Internet: www.pk-uelzen.de
Bankverbindung: Sparkasse Lüneburg • Konto-Nr.: 50 027 028 • BLZ: 240 501 10 • St.-Nr.: 47/219/06713 • HRB 200877 • Amtsgericht Lüneburg
BIC/SWIFT: NOLADE21LBG • IBAN: DE08 2405 0110 0050 0270 28



Agenda

- Einleitung
- Historische Entwicklung von Mutter-Kind-Einheiten in Europa unter besonderer Berücksichtigung von GB
- Mutter-Kind-Behandlung in Deutschland
- Psychische Erkrankungen und Elternschaft
- Psychische Störungen in der Postpartalzeit
- Behandlungsmöglichkeiten im stationären, teilstationären und ambulanten Rahmen
- Marcé-Gesellschaft



Einleitung I

- Entwicklung zur Gründung von Mutter-Kind-Einheiten in den europäischen Staaten und international sehr unterschiedlich
- Vorstellung, dass Mutter und Kind zur Gefahrenabwehrung für das Kind getrennt werden müssten
- Haltung hat sich durch Erfahrungen in unterschiedlichen medizinischen Bereichen in den letzten Jahren grundsätzlich geändert



Einleitung II

- Beziehung zwischen Kind und primären Bezugspersonen ist von entscheidender Bedeutung für die emotionale und kognitive Entwicklung des Kindes (Winnicott 1956 und Bion 1962)
- Eine optimale Behandlung der Mutter ist undenkbar ohne Anwesenheit des Kindes
- Gemeinsame Behandlung Voraussetzung für die Mutter ihre Rolle zu erlernen und Beziehung zum Kind aufzubauen



Historische Entwicklung I

- GB hat unzweifelhaft aufgrund der eigenen historischen Entwicklung eine Vorreiterrolle in der Gründung von Mutter-Kind-Einheiten
- Durch die Evakuierung vieler Kinder aus London und damit Trennung von ihren Eltern während des 2. Weltkrieges erkannte man früh die schädlichen Auswirkungen
- John Bowlby untersuchte langdauernde Trennungen von Mutter und Kind in den ersten Lebensmonaten



Historische Entwicklung II

- 1948 erste gemeinsame Behandlung einer depressiv erkrankten Mutter mit ihrem Kind durch Dr. Main am psych. KH Cassels
- Ausweitung auf alle postnatalen psychiatrischen Störungen und Aufbau eigener Behandlungseinheiten (Main 1958, Baker 1961)
- Unterscheidung zwischen Mutter-Kind-Behandlung auf einer psychiatrischen Allgemeinstation, „Rooming in“ in der Psychiatrie (Mother-Baby facilities) und Mutter-Kind-(Spezial-)Stationen (Mother-Baby Units)



Historische Entwicklung III

- Frankreich folgte 1960 mit Mutter-Kind-Behandlungen in einer psychiatrischen Klinik bei Paris und gründete 1979 in Créteil die erste Mother-Baby Unit
- In Frankreich Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie und in Abteilungen der Kinderpsychiatrie (z. Z. 14 Behandlungseinheiten)
- Belgien bis 1990 ebenfalls 3 Mutter-Kind-Einheiten
- International gründete Australien 1983 relativ früh MBU's
- Vorreiterrolle von GB bis heute mit 12 MBU's und 14 MB facilities sowie in wissenschaftlicher Evaluation



Mutter- Kind- Behandlung in GB heute

- Mehrzahl der Gesundheitsamtsbezirke haben stationäre Behandlungsmöglichkeiten
- MBUs bieten bis zu 8 Müttern mit ihren Kindern Platz, z.T. auch den Vätern im Familienzimmer
- Multiprofessionelle Teams, Pädiater zur Betreuung der Säuglinge
- Entwicklung von Tageskliniken bei postpartaler Depression
- Aufbau spezialisierter gemeindenaher Versorgungsteams
- Wegbereiter für die klinische Forschung



Mutter-Kind-Behandlung in Deutschland I

- Erste Erfahrungen gemeinsamer Behandlungen in den 80er und 90er Jahren auf offenen allgemeinpsychiatrischen Stationen in der Erwachsenenpsychiatrie
- Ab Mitte der 90er Erweiterung des Angebotes durch Einrichtung erster Mutter-Kind-Einheiten
- In der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKEs gibt es seit ca. Mitte der 90er Jahre eine Tagesklinik für psychisch kranke Mütter



Mutter-Kind-Behandlung in Deutschland II

- Gesundheitsversorgung sieht eine gemeinsame Behandlung in der Psychiatrie nicht grundsätzlich vor
- Bundespflegesatzverordnung sieht nur Mütter als Patienten, keine Vergütung von Kindern
- Die Kosten für gemeinsame Behandlung belaufen sich auf das 1,5-2fache des normalen Pflegesatzes
- Informationen zu psychiatrischen Kliniken, die eine Mutter-Kind-Behandlung durchführen

www.schatten-und-licht.de





■ bis Anfang 2000

■ bis heute

■ geplant



Psychische Erkrankungen und Elternschaft I

■ <u>Klinische Studien</u>	Patienten mit Kindern unter 18	davon Frauen	davon Männer
■ <u>Stat.Behandlung</u>			
Schmid 2008	16%	69%	31%
Lenz 2005	27%	71%	29%
Sommer 2001	16,5%	54,5%	45,5%
Bohus 1998	18%	65%	35%
■ <u>Amb. Behandlung</u>			
Lexow 2008	29%	66%	34%



Psychische Erkrankungen und Elternschaft II

- Ca. 1/3 der deutschen Bevölkerung leiden unter psychischen Störungen
- Gut 1/3 psychisch Kranker wird Eltern
- Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis werden seltener Eltern als es in der Allgemeinbevölkerung der Fall ist
- sie sind seltener in fester Partnerschaft als Patienten mit affektiven und schizoaffektiven Psychosen
- abhängig vom Erstmanifestationsalter, das bei schizophrenen Erkrankungen niedrig ist



Psychische Erkrankungen und Elternschaft III

- Erstkontakt häufig wenn es um Kinderwunsch oder ungeplante Schwangerschaft geht
- Auswirkungen der Medikation / der Erkrankung auf die Fortpflanzung
- heute differenziertere Psychopharmakotherapie mit geringem NW-Risiko und Verbesserung der Lebensqualität
- Aspekte der Sexualität und der Fertilität von Betroffenen gewinnen an Bedeutung



Wie viele Kinder sind betroffen?

- 3 Mio. Kinder haben psychisch kranke Eltern (Mattejat 2008)
- 500.000 Kinder haben schwer psychisch kranke Eltern (Lenz 2007)
- 250.000 Eltern sind in psychiatrischer, psychosozialer Behandlung (Gurny 2007)
- 175.000 Eltern sind in stationärer Behandlung (Mattejat 2008)



Psychische Störungen und perinatale Komplikationen I

- Patientinnen mit psychischen Störungen nehmen seltener eine Schwangerschaftsvorsorge in Anspruch
- Frauen mit schizophrenen Psychosen haben eine erhöhte Komplikationsrate
- geringer sozioökonomischer Status, wird mit erhöhten Komplikationsraten in Verbindung gebracht
- erhöhte Prävalenz von Nikotin-, Alkohol- und Drogenkonsum



Psychische Störungen und perinatale Komplikationen II

- australische Studie zeigte ein erhöhtes Risiko bei affektiv Erkrankten für perinatale Komplikationen
- Risikoerhöhung für geringeres Geburtsgewicht von in der Schwangerschaft depressiv erkrankten Frauen
- endokrine Ursache versus mütterlicher Affekt und Verhalten
- mehr als 50% der Frauen sind Erstgebärende, 87% bekommen kein weiteres Kind
- postpartale psychische Erkrankungen war sehr einschneidend mit großer Angst vor weiterer Schwangerschaft



Psychische Störungen als Folge perinataler Komplikationen

- prä- und perinatale Komplikationen (Plazentainsuffizienz, Hypoxie, geringes Geburtsgewicht u. a.) sind Risikofaktoren für spätere psychische, insbesondere auch schizophrene Erkrankungen des Kindes
- Zusammenwirken von genetischer Disposition und Umweltfaktoren
- pränataler psychischer Stress der Mutter soll über endokrinologische Veränderungen eine erhöhte Vulnerabilität des Kindes für psychische Erkrankungen bewirken



Auswirkungen einer traumatisch erlebten Geburt I

- traumatisch im Zusammenhang mit einer Geburt kann die Todgeburt sein, eine Frühgeburt, aber auch ein zeitgerecht geborenes gesundes Kind mit Geburtskomplikationen (z. B. Zangengeburt, Sectio u. a.)
- Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung möglich
- Schwierigkeiten eine liebevolle Beziehung zum Kind aufzubauen



Auswirkungen einer traumatisch erlebten Geburt II

- Studie an ca. 300 Frauen (Ayers und Pecherius 2001) erfüllten 2,8% der Patientinnen 6 Wochen nach der Geburt die Kriterien einer akuten Belastungsreaktion
- nach 6 Monaten noch 1,5% mit der Gefahr eine PTSD zu entwickeln
- Auswirkungen auf Kindesentwicklung, Familie, Folgeschwangerschaft, Sexualität, Wunsch nach Sterilisation



Risikofaktoren für eine traumatisch erlebte Geburt

- frühe negative Erfahrungen im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen
- ablehnende Haltung des Personals gegenüber Patienten
- konflikthafte Partnerschaft
- unerwünschte Schwangerschaft
- Schwangerschaftsabbruch in der Vergangenheit
- Überlastung durch vielfältige Anforderung



Traumatisches Erleben nach der Geburt eines Frühgeborenen

- innere Anpassung an die frühe Elternschaft, Entstehung einer Bindung an das Kind unterbrochen
- Sorge um Überleben und Zukunft
- Trauer um das erwünschte gesunde Baby
- Verunsicherung durch Trennung vom Kind
- Gefühl der Hilflosigkeit und Ohnmacht
- Schuldgefühle wegen evtl. Versäumnisse



Risikofaktoren für postpartale Störungen I

- geringe soziale Unterstützung
- Partnerschaftskonflikte
- depressive Erkrankungen in der Vorgeschichte
- Depression und Angst in der Schwangerschaft
- 1/3 aller Frauen hat bereits vor der Schwangerschaft einmal an einer psychiatrischen Erkrankung gelitten
- bei 70% der Frauen ist mindestens ein Familienangehöriger psychisch erkrankt



Risikofaktoren für postpartale Störungen II

- biologische / hormonelle Umstellung (Östrogenabfall)
- psychische Belastung durch Mutterwerden
- Rückfallrisiko bei Frauen mit Depression 30 – 60%
- Rückfallrisiko für Psychoseerkrankte 25 – 50%
- als Persönlichkeitsmerkmale werden Perfektionismus, Selbstunsicherheit, Ängstlichkeit als prädisponierend genannt



Psychische Störungen und Erkrankungen in der Postpartalzeit

Erkrankung	Charakteristika	Zeitpunkt des Auftretens	Häufigkeit in %
postpartaler Blues	depressive Verstimmung, Stimmungs-labilität	erste Woche postpartal	25 – 40 (bis 80)
postpartale Depression	depressive Erkrankung	erste Monate bis zu einem Jahr postpartal	10 – 15
postpartale Psychose	depressives, manisches, schizoaffektives, schizophrenes oder atypisches Bild	erste Monate postpartal	0,1 – 0,2



Postpartaler Blues

- Beginn oft 3 bis 5 Tage nach Entbindung
- subdepressive Stimmungslage bzw. Stimmungslabilität, häufiges Weinen
- Ängstlichkeit mit übermäßiger Sorge ums Kind
- Schlaf- und Appetitstörungen
- Entlastung der Mütter / Väter von Schuldgefühlen nicht so überglücklich zu sein, wie man es erwartet
- Aufklärung über Häufigkeit der Störung (25 – 50%), aber auch über Risiko einer postpartalen Depression



Postpartale Depression I

- schwere, länger andauernde, behandlungsbedürftige Depression im ersten Jahr nach der Entbindung
- Beginn oft 4 – 6 Wochen nach Entbindung
(auch Frauen ohne Geburt leiden an depressiven Störungen, spezifische Ätiologie oft in Frage gestellt)
- Symptome der postpartalen Depression unterscheiden sich nicht prinzipiell von den anderen Depressionen



Postpartale Depression II

- Antriebsmangel, Energielosigkeit
- häufiger aber ausgeprägte emotionale Labilität
- depressive Verstimmung
- Freudlosigkeit, Interessenverlust
- Schlaf-, Appetit- und Konzentrationsstörungen, Müdigkeit
- Ängste, Sorgen
- Suizidgedanken, Suizidhandlungen



Postpartale Depression III

- 20 – 40% der Mütter leiden unter Zwangsgedanken, häufig mit dem Inhalt, dem Kind zu schaden
- depressives Grübeln und Schuldgefühle beziehen sich auf das Kind und die Mutterschaft
- Gefühl der Gefühllosigkeit dem eigenen Kind gegenüber, was sie besonders beschämt
- Screening mit „Edinburgh Postnatal Depression Scale“
EPDS



Therapie der postpartalen Depression

- Aufklärung über die Erkrankung (kein Versagen der Mutter, Entlastung von Schuldgefühlen)
- Ruhe und Erholung für die Mutter bei ausreichendem Nachtschlaf (Einbeziehung der ganzen Familie, insbesondere des Vaters oder auch andere Hilfsangebote)
- PT: Umgang mit Erkrankung und der Mutterrolle, Rollenwechsel von berufstätiger Frau zu alten Rollenidealen als Mutter, entsprechen nicht den neuen Ich-Idealen der emanzipierten Frau
- Etablierung einer guten Mutter-Kind-Beziehung
Vermeidung einer Trennung von Mutter und Kind zum Zwecke einer stationären / teilstationären Behandlung
- Traumatisierung des Kindes durch Trennung verhindern



Postpartale Psychose

- 1 – 2 von 1000 Wöchnerinnen mit erhöhtem Risiko im ersten Monat postpartal
- Beginn oft 1 – 2 Wochen nach Entbindung
- Verlauf entspricht weitgehend dem Verlauf einer „normalen Psychose“
- Stillen / Abstillen muss diskutiert werden
- Häufig stationäre Behandlung erforderlich bei Kindesgefährdung durch Wahn oder Vernachlässigung des Kindes
- fehlende Unterstützung der Mutter bei vorbestehender Psychose, oft keine stabile Partnerschaft



Auswirkungen der psychischen Erkrankung I

- mütterliche psychiatrische Erkrankungen haben eine transgenerationale Bedeutung
- Mütter haben eine eingeschränkte Wahrnehmung oder auch Fehldeutung kindlicher Signale (Feinfühligkeit)
- Innerer Rückzug mit Überforderung zu handeln
- Verlust der Muttergefühle mit Ablehnung des Kindes
- dadurch bedingt oft Schuldgefühle der Mütter mit negative Kaskade in der Mutter-Kind-Interaktion



Auswirkungen der psychischen Erkrankung II

- mangelnde Nähe-Distanz-Regulierung mit insuffizientem Halten des Kindes
- Über- und Unterstimulation sind die Folge mit Gefahr der Regulationsstörung beim Kind (Schreikind)
- Ignorieren des Kindes mit Feindseligkeit und Konkurrenz erleben
- pathologische Wut (Misshandlung, Schütteltrauma)
- erhöhtes Risiko eines Suizids mit der Gefahr des erweiterten Suizids oder des Infantizids (1:50.000 Geburten), besonders bei psychotischer Depression



Auswirkungen der psychischen Erkrankung III

- Wunsch nach Diebstahl, Adoption, Kindstod
- Übertragen der Kindesversorgung auf andere Familienmitglieder
- Mütter haben Schwierigkeiten eine Beziehung zum Säugling aufzubauen
- frühzeitige Behandlung der Mutter kann Mutter-Kind-Beziehung nachhaltig bessern
- Behandlung mütterlicher Störung oft nicht ausreichend, da Bindungsstörung bestehen bleibt (Brockington 2010)



Auswirkungen auf das Kind I

- körperliche Instabilität, Muskeltonusabweichung
- pathologische Entwicklung der physiologischen Parameter (Herzschlag, Atemfrequenz)
- Mangel an differenzierter Sinneswahrnehmung
- fehlendes Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit
- Einschränkungen bei Erfahrungen zur eigenen Wirksamkeit



Auswirkungen auf das Kind II

- rudimentäre Empathieentwicklung
- neuropsychologische Einschränkung der Hirnentwicklung
- Störung bei Mentalisierungsentwicklung
- Kinder entwickeln emotionale und Verhaltensauffälligkeiten
- Entwicklungsverzögerungen im Bereich der intellektuellen Leistungsfähigkeit



Späte Kindheit und Jugend

- Hoch unsichere Emotionalität
- Diffuse Generationsgrenzen und –hierarchien
- Fehlende Vorbildfunktion der Eltern
- Fehlende Unterstützung bei Entwicklungsaufgaben
- Schuld
- Scham
- Sprachlosigkeit



Probleme bei Krankenhausaufnahme eines Elternteils

- Alleingelassensein, da nur selten verfügbare Ersatz-Bezugspersonen
- Ungnügende Informationen und Gesprächsmöglichkeit
- Nur selten werden Kinder in die Gespräche im Krankenhaus eingeladen
- Gewährwerden der elterlichen Symptomatik mit Ambivalenz und Scham, sozialer Rückzug
- Angst durch Trennung und vor der unheimlichen krankhaften Veränderung
- Angst um die Zukunft der kranken Person, der eigenen Person



Behandlung in Mutter-Kind-Einheiten I

- Behandlung mütterlicher Störungen alleine oft nicht ausreichend
- Haltung „es gibt keine ideale Mutter nur ideale Vorstellungen von Mutterschaft“ (Winicott)
- Supervision der mütterlichen Fähigkeiten, Training der Elternfunktionen
- Videodiagnostik von Mutter- Kind-Interaktion mit bindungsorientierter Beratung
- Anleitung zur Babypflege und Umgang mit dem Säugling



Behandlung in Mutter-Kind-Einheiten II

- Babymassage, Mutter- Kind-Spieltherapie
- Selbstwirksamkeit fördern
- Einzeltherapie und Einbeziehung biographischer Bezüge, Schwangerschafts- und Geburtserlebnissen
- Einbindung der gesamten Familie durch Paar- und Familiengespräche
- Verbesserung der Helfersysteme



Welche Möglichkeiten gibt es bisher?

- stationäre Mutter-Kind-Einrichtungen
- Mutter-Kind-Behandlung auf einer normalen psychiatrischen Station
- teilstationäre Mutter-Kind-Einrichtung
- psychisch kranke Kinder (Indexpatienten) in Familientherapie
- ambulante Betreuung von psychisch kranken Müttern



Vorteile der ambulanten Betreuung psychisch kranker Mütter

- Selbstständigkeit und Eigenverantwortung wird gefördert
- Interaktion in der Familie kann beobachtet werden
- Therapeuten sind Besucher (Heimvorteil)
- direkte Einblicke in die Lebenssituation
- neue Gestaltung der Lebenssituation mit Einbezug der Partner / Familie
- Schwelle zur Behandlung ist niedriger
- keine Stigmatisierung
- vorhandene Ressourcen nutzen
- Kinder können besser in die Behandlung einbezogen werden (entlastet werden)



Marcé-Gesellschaft

- 1858 Louis Victor Marcé (1828-1864), ein französischer Psychiater, publizierte ein Buch über postpartale Psychosen mit dem Titel „Die Behandlung der Verrücktheit der Schwangeren, frisch Entbundenen und der Stillenden und medizinische Überlegungen“.
- 1980 Gründung der englischen Marcé-Gesellschaft
- 1995 Australien
- 1998 Frankreich
- 2000 deutschsprachige Gesellschaft (assoziiert DGPPN) durch Mario Lanczik



Aufgaben der Marcé-Gesellschaft

- Aufklärung der Öffentlichkeit und Entstigmatisierung der schwangerschaftsassozierten psychischen Erkrankungen sowie Vertretung betroffener Mütter
- Verbesserung von Prävention und Entwicklung von stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungskonzepten
- Förderung der Forschung und der Lehre schwangerschaftsassoziierter psychischer Erkrankungen
- Deutschsprachige Marcé –Gesellschaft:
Jährliche Fachtagung
14.6.-16.6. in Wiesloch bei Heidelberg





Danke für Ihre
Aufmerksamkeit

Picasso
Maternité



Quellenangaben

- Psychopharmakologie in Schwangerschaft und Stillzeit, Anke Rohde, Christof Schaefer, Thieme 2010
- Frauengesundheit, Hrsg. Anita Riecher- Rössler, Johannes Bitzer, Elsevier Urban & Fischer 2005
- 10.Kongress der deutschsprachigen Gesellschaft für die psychische Gesundheit von Frauen und Genderfragen in Ffm. (gpgf), 2011
- Fricke, J., Fuchs, T., Weiss, R., Mundt, Ch, Reck, C. Mutter-Kind-Behandlung bei postpartalen Störungen im internationalen Vergleich, geplante Herausgabe in Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie 2012
- Main, T. F., Mothers with children in a psychiatric hospital, Lancet 1958; 2: 845 – 847
- Cazas, O., et al The History of Mother-Baby units in France and Belgium and the French Version of the Marcé checklist. Arch Womens Ment Health 2004; 7: 53 - 58

