

# „Es war Winter in meiner Seele“

**Dr. Luc Turmes** Nach der Geburt ihres Kindes stellen sich bei Müttern nicht immer die erwarteten Glücksgefühle ein, sondern häufig eine maßlose Traurigkeit oder sogar schwere Depressionen. Der Autor, Leiter einer Mutter-Kind-Einheit, berichtet über Hintergründe und Behandlungsindikationen der erkrankten Mütter und weist dabei auch den Hebammen eine wichtige Rolle zu

**M**it ihrem Buch „Muttermilch und Tränen“ gelang es der Autorin Petra Nispel, Mitbegründerin der Selbsthilfegruppe „Schatten und Licht - Krise nach der Geburt e.V.“, eine größere Öffentlichkeit zu erreichen. Vor allem konnte sie die betroffenen Mütter für ein bis dahin tabuisiertes Thema sensibilisieren. Die sehr häufigen postpartalen psychischen Erkrankungen stehen im großen Widerspruch zu dem von unserer Gesellschaft geforderten Mythos der „guten Mutter“, der Mamis der Pampers-Werbung, die sich bedingungslos den Bedürfnissen ihres Babys unterordnet und ihre Selbstverwirklichung ausschließlich in der Kindererziehung finden.

## Mehr als der Baby-Blues?

Ca. 50 bis 85% aller Mütter entwickeln zwischen dem 3. bis 6. Tag nach der Entbindung den Baby-Blues, in Deutschland etwas entwertend auch „Heultage“ genannt. In symptomatischer Hinsicht erleben die betroffenen Mütter häufig Wechselbäder der Gefühle. Kleinigkeiten können sie sehr verletzen und sehr anrühren. Die Stimmungsinstabilität ist oft begleitet von einer unerklärlichen Traurigkeit, Konzentrationsstörungen, Erschöpfung und Ängstlichkeit, besonders im Umgang mit dem Neugeborenen. Diese milden postpartalen Verstimmungen sind in der Regel nicht fachärztlich behandlungsbedürftig und klingen innerhalb von Stunden bis Tagen von selbst wieder ab. Halten sie jedoch über einen Zeitraum von zwei Wochen an, sind sie ein ernstzunehmender Hinweis auf den Beginn einer postpartalen Depression. In Anbetracht der Häufigkeit des Baby-Blues und seiner Manifestation zu einem Zeitpunkt, wo alle - und vor allem die junge Mutter selbst - erwarten, dass sie nun besonders glücklich ist, ist es wichtig, dass Hebammen in ihren Geburtsvorbereitungskursen die werdenden Mütter auf das Risiko

einer solchen Störung hinweisen. Wissenschaftliche Studien gehen davon aus, dass 10 bis 20% aller Mütter an einer postpartalen Depression erkranken. Ein Kernproblem liegt in dem verzögerten Erkrankungsbeginn, Wochen bis Monate nach der Entbindung. Ein erster Häufigkeitsgipfel stellt der 3.

Monat postpartum dar. Diese nachgeburtlichen Depressionen können sich aber bis zu einem Jahr später erst manifestieren, einem Zeitpunkt, wo die Hebamme und der Geburtshelfer in aller Regel nicht mehr im Kontakt zu den betroffenen Müttern stehen. In symptomatischer Hinsicht sehen wir eine mehr oder weniger ausgeprägte depressive Verstimmung mit fehlendem Antrieb, Energie- und Freudlosigkeit, Interessesverlust, Müdigkeit, Schlaf- und Appetitstörungen. Die Mütter erleben sich wie innerlich gelähmt, sie sind zunehmend handlungsunfähig, aus Krankheitsgründen nicht mehr in der Lage, ihren häuslichen Alltag, ganz zu schweigen die Versorgung ihres Babys, zu gewährleisten. Häufig begleiten körperliche Symptome wie Kopf- und Herzschmer-

zen, ein Enge- und Reifengefühl in der Brust, ein Kloßgefühl im Hals die depressive Erkrankung. Eine Mutter beschrieb ihren Zustand mit „es war Winter in meiner Seele“, sie litt sehr unter quälenden Unzulänglichkeitsgefühlen, Panikattacken und Ängsten, insbesondere hinsichtlich der Versorgung

**Das therapeutische Team in der Mutter-Kind-Einheit**



Foto: Förderverein „Bei aller Liebe“

ihres Neugeborenen. Als sehr belastend werden auch Zwangsimpulse und Zwangsgedanken, beispielsweise das Baby fallen zu lassen oder ihm etwas anzutun, erlebt. Dabei sind Zwangsgedanken und Zwangsimpulse immer Ich-dyston, das heißt sie werden von der depressiv erkrankten Mutter als wesensfremd erlebt und drängen sich ihr im Rahmen ihrer Depression auf. Schuld- und Schamgefühle in Verbindung mit dem depressiven Rückzug und dem erkrankungsbedingten Unvermögen der Mutter, sich dem Kind zuzuwenden, führen zu

### Der Autor

Dr. med. Luc Turmes, ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin und Psychoanalyse. Er leitet die Abteilung Allgemeine Psychiatrie III am Westfälischen Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Dortmund und eröffnete dort im Februar 2000 eine Mutter-Kind-Einheit.



Blick in ein Zimmer der „Mutter-Kind-Einheit“

Foto: K. Meiss

einem fatalen Teufelskreislauf, der zu guter Letzt zu Selbstmordgedanken bis hin zum Suizid und Infantizid führen kann. Hier ist es wichtig, den betroffenen Frauen zu verdeutlichen, dass sie sich selbst, ihre Beziehung zu ihrem Kind und ihre Umwelt nur durch den Schleier der Depression wahrnehmen: ihre depressiven Gefühle spiegeln nicht ihre wahren Gefühle wider, natürlich wollen sie ihrem

Baby kein Leid antun und sie sind - wenn die Depression adäquat behandelt und abgeklungen ist - liebende Mütter wie jede andere Mutter auch. Die Dauer einer postpartalen Depression beträgt allerdings - unbehandelt - Monate bis zu einem Jahr. Im Kontrast dazu ist die Prognose nach entsprechender Therapie sehr gut.

### Verlust der eigenen Realität

Etwa zwei von tausend Müttern erkranken an einer postpartalen Psychose. Diese beginnt in der Regel in der Zeit von zwei Wochen bis hin zu drei Monaten nach der Entbindung. Das größte Risiko birgt der erste Monat postpartal. Die Diagnose ist vergleichsweise leicht, da oft eine nicht zu übersiehende und laute Symptomatik, begleitet von Verwirrtheit und Desorientiertheit und einer ungewöhnlichen Stimmungslabi-

lität sowie extremer Ängstlichkeit im Vordergrund stehen. In symptomatischer Hinsicht entwickeln sich nach der Entbindung am häufigsten affektive Psychosen, sowohl solche mit einem manischen als auch solche mit einem depressiven und vor allem mit einem schizoaffektiven Bild. Rein schizophrene Psychosen sind seltener. Kernsymptom ist der zunehmende Realitätsverlust der Mutter. Sie entwickelt Halluzinationen, Wahnvorstellungen, kann imperative Stimmen hören, die sie auffordern, sich und das Kind zu töten. Im Unterschied zu den Zwangsgedanken depressiver Mütter halten psychotisch erkrankte Frauen ihre Gedanken und Wahrnehmungen für wahr und können danach handeln. In diesen Fällen ist das Leben von Mutter und Baby ernsthaft in Gefahr.

### Wo liegen die Ursachen?

Die Trennung von Leib und Seele, Körper und Geist ist eine abendländische Eigenart mit langer Tradition in der Medizin. Gerade bei psychischen Störungen gilt jedoch die bio-psycho-soziale Einheit des Menschen, da wir selten exakt wissen, zu welchem Anteil biologische und zu welchem Anteil psychosoziale Faktoren ursächlich für eine psychische Erkrankung sind.

Die Biologie interessierte sich schon immer für die ausgeprägten Veränderungen, die in den Tagen nach der Entbindung im Körper der Frau vor sich gehen. Die Vermutung lag nahe, dass die extremen hormonellen Veränderungen, nachdem die Plazenta als großes Spenderorgan fehlt, auch eine bedeutende Rolle bei postpartalen psychischen Erkrankungen spielen. Oestrogen und Progesteron - letzteres oft als beruhigendes Seelenbalsam, als natürliches Antidepressivum, das für Gelassenheit sorgt, beschrieben - stürzen ab. Perinatal kommt es auch zu deutlichen Veränderungen der körpereigenen Endorphine, bei der Schilddrüse kann sich sowohl eine Überwie auch eine Unterfunktion einstellen. Zusammenfassend gilt, dass die unterschiedlichsten Hypothesen, die Hormonspiegel betreffend, aufgestellt und überprüft wurden. Die unterschiedlichsten pathologischen Befunde wurden erhoben, bisher konnte aber noch keiner konsistent bestätigt werden. Der wichtigste genetische Risikofaktor für eine postpartale psychische Störung ist eine offensichtlich vorher bereits bestehende Vulnerabilität der betroffenen Frauen. So

haben etwa ein Drittel aller Frauen mit postpartaler Depression schon vor der Schwangerschaft mindestens einmal an einer psychiatrischen Erkrankung gelitten, etwa 15 % aller Frauen mit einer Postpartalpsychose erkrankten vorher schon einmal an einer psychotischen Episode. Gleichzeitig zeigte sich, dass Frauen mit Postpartal-Psychosen eine höhere familiäre Belastung mit endogenen Psychosen aufweisen.

### Der neuen Rolle stellen

Neben den beschriebenen biologischen Faktoren stellt die Geburt für den Körper einer jeden Frau eine sehr hohe Belastung dar, unter anderem durch einen eventuell notwendigen Dammschnitt, den Milcheinschuss, die oft vorhandene Obstipation, Rückenschmerzen oder Anämie durch Blutverlust. Auch in psychosozialer Hinsicht führt die Geburt eines Kindes zu vielfältigen, oft nicht bedachten Änderungen. Angefangen bei einer anderen Zeiteinteilung mit wenig Schlaf, muss Frau sich der Endgültigkeit ihrer neuen Rolle (einmal Mutter, immer Mutter) stellen sowie körperliche Veränderungen (Jugendlichkeit, „Festigkeit“) und Änderungen ihres Selbstbildes akzeptieren und integrieren. Oft erwartet das Elternpaar, dass durch die Geburt des gemeinsamen Kindes das Beziehungsband fester wird und bedenkt nicht, dass dieses Band in der ersten Zeit erheblichen Belastungen ausgesetzt ist. Amerikanische Studien (z.B. Steiner et al., 1998) weisen auf spezielle psychosoziale Risikofaktoren für postpartale Depressionen hin: eine ungeplante oder unerwünschte Schwangerschaft, eine gestörte Ehe, die Unerfahrenheit mit Kindern, die gestörte Beziehung zwischen der Patientin und ihrer Mutter sowie eine geringe oder fehlende soziale Unterstützung begünstigen eine nachgeburtliche Depression.

### Die Mutter-Kind-Einheit

Im Februar 2000 nahm die Mutter-Kind-Einheit des Westfälischen Zentrums für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Dortmund ihre Arbeit auf. Im Vordergrund des Therapiekonzeptes steht die Leitlinie „ambulant vor stationär“. Die Mutter-Kind-Einheit strukturiert sich einerseits in eine Spezialambulanz für postpartale psychische Erkrankungen, die sowohl einen Konsiliardienst für die geburthilflich-gynäko-

### Ziele einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in einer Mutter-Kind-Einheit

1. Die Behandlung und Wiederherstellung von Müttern, die eine akute und schwere Wochenbett-Depression oder eine Wochenbett-Psychose entwickeln.
2. Die Behandlung und Rehabilitation von Frauen, die kürzlich ein Kind entbunden haben und anamnestisch an einer vorbestehenden chronischen psychischen Erkrankung (aus dem schizophrenen Formenkreis) leiden.
3. Die Beurteilung des aktuellen oder potentiellen Risikos für die Kinder im Kontext mit der mütterlichen psychischen Erkrankung, die Förderung oder Herstellung einer positiven und tragfähigen Mutter-Kind-Beziehung sowie die primäre Prävention des Säuglings hinsichtlich einer eigenen psychischen Erkrankung in der Zukunft.

### Als Behandlungsangebote kommen in Frage

- Einzelfall-bezogene psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik und Therapie
- ambulante tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie
- ambulante beziehungsorientierte Mutter-Baby-Bewegungstherapie
- ambulante Soziotherapie

logischen Abteilungen der Region anbietet, als auch die Überweisungen der niedergelassenen Kassenärzte und Hebammen bedient. Andererseits existiert eine vollstationäre Behandlungseinheit mit drei Rooming-in-Zimmern sowie einem tagesklinischen Behandlungsplatz, integriert in eine allgemein-psychiatrische Aufnahmestation der Abteilung.

So können wir vor Ort und zeitnah entscheiden, ob eine Integration der postpartal psychisch erkrankten Frau in das psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsangebot der Ambulanz ausreichend ist. Bei Bedarf kann die Indikation für eine tagesklinische Behandlung gestellt werden und wenn unumgänglich, eine zeitnahe, vollstationäre Behandlung erfolgen. Die Spezialambulanz bietet auch die Möglichkeit einer adäquaten Weiterbehandlung der Patientin nach der Entlassung aus der voll- oder teilstationären Behandlung. Nach den bisher vorliegenden Erfahrungen hat sich hier insbesondere eine Fortführung der ambulanten Gruppenpsychotherapie sowie der ambulanten beziehungsorientierten Mutter-Kind-Bewegungstherapie bewährt.

Die Indikation für eine vollstationäre Behandlung auf der Mutter-Kind-Einheit stellt sich in aller Regel bei einer postpartalen Psychose. Insbesondere beim Vorliegen eines schweren schizomanischen Zustandsbildes macht es gelegentlich Sinn, die Patientin in der ersten Woche allein zu behandeln und im Zusammenhang mit ihrer beginnenden Genesung das Baby vollstationär mit aufzunehmen. Eine schwere postpartale Depression, vor allem wenn sich eine Gefährdung von Mutter und Kind im Rahmen eines erweiterten Suizids durch Suizidphantasien andeutet, verpflichtet zu einer vollstationären Aufnahme von Mutter und Kind. Der depressive Rückzug und das erkrankungsbedingte Unvermögen der Mutter, sich ihrem Kind zuzuwenden, also eine nachhaltige Störung der Mutter-Kind-Beziehung, stellen eine weitere vollstationäre Behandlungsindikation dar.

### Multiprofessionelles Team

Die stationäre Behandlung beruht auf einem integrativen Konzept, in dem die unterschiedlichen Beziehungserfahrungen eines multiprofessionellen Teams mit Müttern und Babys zusammengefügt werden. Das Therapieangebot umfasst psychodynamisch orientierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Entspannungs- und Kreativtherapie, psychopharmako-

logische Therapie nach Bedarf, sowie eine beziehungsanalytisch orientierte Bewegungstherapie für Mutter und Kind mit Körperwahrnehmungsübungen und Babymassage. Bezogen auf die Mutter-Kind-Beziehung ist es die Aufgabe des Teams, der Mutter die kindliche Perspektive zu vermitteln, ihr zu ermöglichen, sich dem Säugling gegenüber wieder annehmend zu verhalten, seine Signale und Bedürfnisse zu verstehen und richtig zu deuten.

Das therapeutische Team hat die Aufgabe, die Sicherheit der Mutter im Umgang mit ihrem Kind zu fördern, und die Mutter zur Versorgung ihres Kindes anzuleiten, die Versorgung des Kindes selbst aber nur in Notfällen zu übernehmen. Eine freiberuflich tätige Hebamme wird insbesondere bei Neugeborenen regelmäßig einbezogen. Von großem Vorteil ist dabei, dass die Hebamme als externe Fachfrau sowohl die Mutter bei der Pflege des Säuglings, der Nabelpflege, Probleme des Stillens und Abstillens berät und unterstützt, als auch den Mitarbeitern des Pflegeteams Sicherheit vermittelt. Außerdem stellt die Hebamme eine äußere, kompetente, Klinik unabhängige Instanz dar, die es den psychisch kranken Müttern manchmal leichter macht, einen Rat anzunehmen. So besteht die Arbeit der Hebamme einerseits in einer sehr praktischen, handfesten Anleitung der Mutter in kleinsten Schritten vom Zubereiten der Flaschenmahlzeit bis hin zum Baden des Kindes. Andererseits ermöglicht sie oft durch ihre rein entlastende und unterstützende Arbeit den Müttern einen ersten psychotherapeutischen Zugang; das „Plaudern“ bei der gemeinsamen Säuglingspflege erlaubt der Mutter vielfach erste Einblicke in ihre eigene seelische Problematik. Leider ist die gemeinsame teil- und vollstationäre Behandlung von postpartal psychisch erkrankten Müttern mit ihren Säuglingen in Deutschland noch die Ausnahme. Während von den Fachleuten meist der Schweregrad der Erkrankung unterschätzt wird, hindern Scham- und Schuldgefühle die erkrankten Frauen Hilfe zu suchen. Zu guter Letzt führt der gesellschaftlich geforderte Mythos „der guten Mutter“ zu einer weiteren Stigmatisierung der Betroffenen. Dabei gilt, dass eine Mutter eine Frau mit Kindern ist, nicht mehr und nicht weniger, und dass eine jede Frau ihr ureigenes Mutterschaftskonzept braucht, das beiden Seiten - Kind und Mutter - gleichermaßen gerecht wird. ●

- das Original seit 1972 -

**DIDYMOS®**

Erika Hoffmann  
Das Babytragetuch.



DIDYMOS-Kreuztrage®

- in der speziellen Webart für rundum sicheren Halt
- empfohlen von Hebammen und Ärzten
- ohne drückende Gurte, Schnallen oder Ringe
- aus 100 % naturbelassenen Garnen
- Lieferung in 1 bis 2 Tagen
- viele genaue Bindeanleitungen
- Längen von 260 bis 520 cm - ab DM 79,-
- Leihtücher zum Ausprobieren



DIDYMOS-„Wiege“

### Sonderkonditionen für Hebammen

DIDYMOS Erika Hoffmann  
Alleenstr. 8H • 71638 Ludwigsburg  
Tel. 07141/ 92 10 24 • Fax /92 10 26  
www.didymos.de