

Hartmann, Hans-Peter

## **Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50 (2001) 7, S. 537-551*

urn:nbn:de:bsz-psydok-43189

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# INHALT

## Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Bränik, E.: Gefahren und mögliche negative Auswirkungen von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen – Erkennen und Vorbeugen (Risks and possible unwanted effects of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry – recognition and prevention) . . . . .	372
Buchholz-Graf, W.: Wie kommt Beratung zu den Scheidungsfamilien? Neue Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit für das Kindeswohl (How can counseling be brought to families in the process of divorce? New forms of interdisciplinary cooperation for child's benefit) . . . . .	293
Dierks, H.: Präventionsgruppen für Kinder psychisch kranker Eltern im Schulalter („Aurynggruppen“) (Preventive groups for school-age children of mentally ill parents (“Autyn-groups”)) . . . . .	560
Lüders, B.; Deneke, C.: Präventive Arbeit mit Müttern und ihren Babys im tagesklinischen Setting (Preventive work with mothers and their babies in a psychiatric day care unit) . . . . .	552
Pavkovic, G.: Erziehungsberatung mit Migrantenfamilien (Counseling help for immigrant families) . . . . .	252
Pingen-Rainer, G.: Interdisziplinäre Kooperation: Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes“ (Interdisciplinary cooperation: Results of a multisite project “Development of criteria for the counselling of pregnant women expecting a handicapped child at birth”) . . . . .	765
Seckinger, M.: Kooperation – eine voraussetzungsvolle Strategie in der psychosozialen Praxis (Cooperation – A strategy with a lot of requisites for personal social services) . . . .	279
Seus-Seberich, E.: Erziehungsberatung bei sozial benachteiligten Familien (Educational counseling for social discriminated families) . . . . .	265
Staets, S.; Hipp, M.: KIPKEL – ein interdisziplinäres ambulantes Präventionsprojekt für Kinder mit psychisch kranken Eltern (KIPKEL – An interdisciplinary out-patient project of prevention aiming at children of psychiatrically ill patients) . . . . .	569
Wagenblass, S.; Schone, R.: Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe – Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen (Between psychiatry and youth welfare – Help and treatment for children of parents with mental illness in the tension of the disciplines) . . . . .	580

## Originalarbeiten / Original Articles

Böhm, B.; Emslander, C.; Grossmann, K.: Unterschiede in der Beurteilung 10- bis 14jähriger Söhne geschiedener und nicht geschiedener Eltern (Differences in ratings of 9- to 14 years old sons of divorced and non-divorced parents) . . . . .	77
Braun-Scharm, H.: Coping bei schizophrenen Jugendlichen (Schizophrenia in adolescence and coping) . . . . .	104
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.; Schabmann, A.: Wahrnehmung der Schwierigkeiten lese- und rechtschreibschwacher Kinder durch die Eltern: Pygmalion im Wohnzimmer?	

(Perception of the problems of paar readers and spellers by the parents – Pygmalion in the living room?) . . . . .	622
Götze, B.; Kiese-Himmel, C.; Hasselhorn, M.: Haptische Wahrnehmungs- und Sprachentwicklungsleistungen bei Kindergarten- und Vorschulkindern (Haptic perception and developmental language achievements in kindergarten and preschool children) . . . .	640
Hain, C.; Többen, B.; Schulz, W.: Evaluation einer Integrativen Gruppentherapie mit Kindern (Evaluation of integrative group therapy with children) . . . . .	360
Huss, M.; Jenetzky, E.; Lehmkuhl, U.: Tagesklinische Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten in Deutschland: Eine bundesweite Erhebung unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten (Day treatment in German child and adolescent psychiatry: A Germany wide analysis with respect to cost-effectiveness) . . . .	32
Klosinski, G.; Bertsch, S. L.: Jugendliche Brandstifter – Psychodynamik, Familiendynamik und Versuch einer Typologie anhand von 40 Gutachtenanalysen (Adolescent arsonists: Psychodynamics and family dynamics – a typology based on 40 expert opinions) . .	92
Kühle, H.-J.; Hoch, C.; Rautzenberg, P.; Jansen, F.: Kurze videounterstützte Verhaltensbeobachtung von Blickkontakt, Gesichtsausdruck und Motorik zur Diagnostik des Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) (Video assisted observation of visual attention, facial expression, and motor skills for the diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)) . . . . .	607
Meyer, C.; Mattejat, F.; König, U.; Wehmeier, P. M.; Remschmidt, H.: Psychische Erkrankung unter mehrgenerationaler Perspektive: Ergebnisse aus einer Längsschnittstudie mit Kindern und Enkeln von stationär behandelten depressiven Patienten (Psychiatric illness in multigenerational perspective: Results from a longitudinal study with children and grandchildren of formerly depressive inpatients) . . . . .	525
Mildenberger, K.; Noterdaeme, M.; Sitter, S.; Amorosa, H.: Verhaltensstörungen bei Kindern mit spezifischen und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, erfaßt mit dem psychopathologischen Befundbogen (Behavioural problems in children with specific and pervasive developmental disorders, evaluated with the psychopathological documentation (AMBP)) . . . . .	649
Nieder, T.; Seiffge-Krenke, I.: Psychosoziale Determination depressiver Symptome im Jugendalter: Ein Vergleich der Geschlechter (Psychosocial determination of depressive symptoms in adolescence: A gender comparison) . . . . .	342
Pauli-Magnus, C.; Dewald, A.; Cierpka, M.: Typische Beratungsinhalte in der Pränataldiagnostik – eine explorative Studie (Typical consultation issues in prenatal diagnostics – An explorative study) . . . . .	771
Seiffge-Krenke, I.: „Liebe Kitty, du hast mich gefragt ...“: Phantasiegefährten und reale Freundschaftsbeziehungen im Jugendalter (“Dear Kitty, you asked me ...”: Imaginary companions and real friends in adolescence) . . . . .	1
Sommer, R.; Zoller, P.; Felder, W.: Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation (Parenthood and psychiatric hospitalisation) . . . . .	498
Wagenblass, S.: Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern (Lifetime experiences of children of mentally ill parents) . . . . .	513
Wiemer, P.; Bunk, D.; Eggers, C.: Gesprächsmanagement bei gesunden, neurotischen und schizophrenen Jugendlichen (Characteristics of communication of schizophrenic, neurotic, and healthy adolescents) . . . . .	17
Zander, B.; Balck, F.; Rotthaus, W.; Strack, M.: Effektivität eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (The effectiveness of a systemic treatment model in an inpatient department of child psychiatry) . . . . .	325

## Übersichtsarbeiten / Review Articles

Baldus, M.: Von der Diagnose zur Entscheidung – Entscheidungsprozesse von Frauen im Kontext pränataler Diagnostik (From diagnosis to decision – Decision making processes of women in context of prenatal diagnosis) . . . . .	736
Cierpka, M.: Geschwisterbeziehungen aus familientherapeutischer Perspektive – Unterstützung, Bindung, Rivalität und Neid (Sibling relationships from a family therapeutic perspective – Support, attachment, rivalry, and enoy) . . . . .	440
Dahl, M.: Aussonderung und Vernichtung – Der Umgang mit „lebensunwerten“ Kindern während des Dritten Reiches und die Rolle der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Selection and killing – The treatment of children “not worth living” during the period of National Socialism and the role of child and adolescent psychiatry) . . . . .	170
Dewald, A.: Schnittstellenprobleme zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung (Problems concerning the interfaces between the medical and the psychosocial field) . . . . .	753
Geier, H.: Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: psychosoziale Sicht (Counselling regarding prenatal diagnostics and possible disablement: A psychosocial view) . . . . .	723
Hartmann, H.-P.: Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern (Psychiatric inpatient treatment of mothers and children) . . . . .	537
Hirsch, M.: Schuld und Schuldgefühl im Zusammenhang mit Trennung und Scheidung (Guilt and feelings of guilt in the context of separation and divorce) . . . . .	46
Karle, M.; Klosinski, G.: Die Bedeutung von Geschwisterbeziehungen bei einer Trennung der Eltern (The relevance of sibling relationships when parents separate) . . . . .	401
Lehmkuhl, G.: Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ (From the prevention to the annihilation of “unworthy life”) . . . . .	156
Lehmkuhl, U.: Biologische Kinder- und Jugendpsychiatrie und Sozialpsychiatrie: Kontroversen und Ergänzungen (Biological child and adolescent psychiatry and social psychiatry: controversies and remarks) . . . . .	664
Münchmeier, R.: Aufwachsen unter veränderten Bedingungen – Zum Strukturwandel von Kindheit und Jugend (Growing up in a changing world) . . . . .	119
Nedoschill, J.; Castell, R.: „Kindereuthanasie“ während der nationalsozialistischen Diktatur: Die „Kinderfachabteilung“ Ansbach in Mittelfranken (Child euthanasia during National Socialism 1939-1945: the “Specialized Children’s Department” of Ansbach, Germany) . . . . .	192
Nedoschill, J.; Castell, R.: Der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik im Zweiten Weltkrieg (The president of the „Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik“ during the Second World War) . . . . .	228
Rauchfuß, M.: Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: medizinische Sicht (Counselling regarding prenatal diagnostics and possible disablement: A medical view) . . . . .	704
Seiffge-Krenke, I.: Geschwisterbeziehungen zwischen Individuation und Verbundenheit: Versuch einer Konzeptualisierung (Sibling relationship between individuation and connectedness: A conceptualization) . . . . .	421

Sohni, H.: Geschwisterbeziehungen in der Verarbeitung sexueller Traumatisierung: Der Film „Das Fest“ (Silbing relationship in coping with sexual traumatization: The movie „Das Fest“ (“The Celebration”)) . . . . .	454
Walter, B.: Die NS-„Kinder-Euthanasie“-Aktion in der Provinz Westfalen (1940-1945) (The National Socialist “child euthanasia” action in the province Westphalla (1940-1945)) . . . . .	211
Woopen, C.: Ethische Fragestellungen in der Pränataldiagnostik (Ethical problems in prenatal diagnosis) . . . . .	695

### Buchbesprechungen

Altmeyer, M.: Narzißmus und Objekt. Ein intersubjektives Verständnis der Selbstbezogenheit ( <i>W. Schweizer</i> ) . . . . .	386
Armbruster, M. M. (Hg.): Mißhandeltes Kind. Hilfe durch Kooperation ( <i>L. Goldbeck</i> ) . . . . .	480
Bergmann, W.: Die Welt der neuen Kinder. Erziehen im Informationszeitalter ( <i>E. Butzmann</i> ) . . . . .	385
Borchert, J. (Hg.): Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	596
Dahlmann, D. (Hg.): Kinder und Jugendliche in Krieg und Revolution. Vom Dreißigjährigen Krieg bis zu den Kindersoldaten Afrikas ( <i>M. Hartmann</i> ) . . . . .	790
Diederichs, P.: Urologische Psychosomatik ( <i>J. Wiese</i> ) . . . . .	319
Edelmann, W.: Lernpsychologie ( <i>D. Gröschke</i> ) . . . . .	240
Ehrensaft, D.: Wenn Eltern zu sehr ... Warum Kinder alles bekommen, aber nicht das, was sie wirklich brauchen ( <i>G. Fuchs</i> ) . . . . .	70
Eickhoff, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 42 ( <i>M. Hirsch</i> ) . . . . .	312
Endres, M.; Hauser, S. (Hg.): Bindungstheorie in der Psychotherapie ( <i>D. Gröschke</i> ) . . . . .	388
Ettrich, K.U. (2000): Entwicklungsdiagnostik im Vorschulalter. Grundlagen – Verfahren – Neuentwicklungen – Screenings ( <i>D. Gröschke</i> ) . . . . .	68
Fendrich, B.: Sprachauffälligkeiten im Vorschulalter. Kinder mit Sprach- und Sprechstörungen und Möglichkeiten ihrer pädagogischen Therapie ( <i>D. Gröschke</i> ) . . . . .	481
Fuhr, R.; Screckovic, M.; Gremmler-Fuhr, M. (Hg.): Handbuch der Gestalttherapie ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	137
Götze, P.; Richter, M. (Hg.): Aber mein Inneres überlaßt mir selbst. Verstehen von suizidalem Erleben und Verhalten ( <i>W. Schweizer</i> ) . . . . .	141
Gruen, A.: Ein früher Abschied. Objektbeziehungen und psychosomatische Hintergründe beim Plötzlichen Kindstod ( <i>I. Seiffge-Krenke</i> ) . . . . .	238
Guggenbühl, A.: Pubertät – echt ätzend. Gelassen durch die schwierigen Jahre ( <i>H. Liebenow</i> ) . . . . .	69
Heinzel, F. (Hg.): Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive ( <i>D. Gröschke</i> ) . . . . .	315
Julius, H.; Schlosser, R. W.; Goetze, H.: Kontrollierte Einzelfallstudien ( <i>J. Koch</i> ) . . . . .	384
Klaub, T.: Ein besonderes Leben. Was Eltern und Pädagogen von Menschen mit geistiger Behinderung wissen sollten ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	136
Krapp, A.; Weidenmann, B. (Hg.): Pädagogische Psychologie ( <i>K.-H. Arnold</i> ) . . . . .	788
Kronig, W.; Haeblerlin, U.; Eckhart, M.: Immigrantenkinder und schulische Selektion ( <i>C. Irblich</i> ) . . . . .	789
Mohr, A.: Peer-Viktimsierung in der Schule und ihre Bedeutung für die seelische Gesundheit von Jugendlichen ( <i>W. Schweizer</i> ) . . . . .	142

Osten, P.: Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis ( <i>H. Heil</i> )	683
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse, Bd. XV ( <i>P. Dettmering</i> )	136
Palitzsch, D. (Hg.): Jugendmedizin ( <i>O. Bilke</i> )	241
Pervin, L.A.: Persönlichkeitstheorien ( <i>D. Gröschke</i> )	477
Petermann, F. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie ( <i>K. Sarimski</i> )	317
Peters, H.: Psychotherapeutische Zugänge zu Menschen mit geistiger Behinderung ( <i>D. Irblich</i> )	598
Radebold, H.: Abwesende Väter. Folgen der Kriegskindheit in Psychoanalysen ( <i>B. Gussone</i> )	478
Rost, D. H. (Hg.): Hochbegabte und hochleistende Jugendliche ( <i>K.-H. Arnold</i> )	316
Rost, D.H.: Handwörterbuch Pädagogische Psychologie ( <i>K.-H. Arnold</i> )	788
Sauter, S.: Wir sind „Frankfurter Türken“. Adoleszente Ablösungsprozesse in der deutschen Einwanderungsgesellschaft ( <i>G. Nummer</i> )	65
Schneewind, K.A.: Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis ( <i>C. von Bülow-Faerber</i> )	66
Scholz, A.; Rothenberger, A.: Mein Kind hat Tics und Zwänge. Erkennen, verstehen und helfen beim Tourette-Syndrom ( <i>M. Mickley</i> )	482
Schringer, W.: Zeichnen und Malen als Instrumente der psychologischen Diagnostik. Ein Handbuch ( <i>D. Irblich</i> )	139
Sigman, M.; Capps, L.: Autismus bei Kindern. Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlung ( <i>K. Sarimski</i> )	787
Sohns, A.: Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder in Deutschland ( <i>D. Gröschke</i> )	594
Steinhausen, H.-C.: Seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Erkennen und verstehen ( <i>M. Mickley</i> )	680
Sturzbecher, D.; Freytag, R.: Antisemitismus unter Jugendlichen. Fakten, Erklärungen, Unterrichtsbausteine ( <i>W. Schweizer</i> )	314
Thurmair, M.; Naggl, M.: Praxis der Frühförderung. Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld ( <i>D. Gröschke</i> )	682
Warschburger, P.: Chronisch kranke Kinder und Jugendliche ( <i>K. Sarimski</i> )	595
Weiß, R. H.: Gewalt, Medien und Aggressivität bei Schülern ( <i>H. Mackenberg</i> )	483
Westhoff, K.; Terlinden-Arzt, P.; Klüber, A.: Entscheidungsorientierte psychologische Gutachten für das Familiengericht ( <i>E. Bretz</i> )	681
Will, H.; Grabenstedt, Y.; Völkl, G.; Banck, G.: Depression. Psychodynamik und Therapie ( <i>C. von Bülow-Farber</i> )	599
Wirth, G.: Sprachstörungen, Sprechstörungen, kindliche Hörstörungen. Lehrbuch für Ärzte, Logopäden und Sprachheilpädagogen ( <i>D. Gröschke</i> )	680

#### Neuere Testverfahren

Fritz, A.; Hussy, W.: Das Zoo-Spiel ( <i>K. Waligora</i> )	685
Steinsmeier-Pelster, J.; Schürmann, M.; Eckert, C.; Pelster, A.: Attributionsstil-Fragebogen für Kinder und Jugendliche (ASF-KJ) ( <i>K. Waligora</i> )	144
Sturzbecher, D.; Freytag, R.: Familien- und Kindergarten-Interaktionstest (FIT-KIT) ( <i>K. Waligora</i> )	390

Editorial / Editorial .....	153, 249, 399, 491, 693
Autoren und Autorinnen /Authors .....	59, 135, 238, 311, 383, 469, 593, 676, 786
Diskussion / Discussion .....	678
Zeitschriftenübersicht / Current Articles .....	60, 470
Tagungskalender / Calendar of Events .....	72, 147, 242, 321, 393, 485, 602, 688, 792
Mitteilungen / Announcements .....	75, 151, 246, 396, 605, 795

## Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern

Hans-Peter Hartmann

### Summary

Psychiatric inpatient treatment of mothers and children

Proceeding from the increased incidence of postpartum psychiatric disorders the risk factors of postpartum psychosis and postpartum depression including cultural conditions will be described. In the following reasons for an inpatient treatment of mentally ill mothers together with their children are presented under the viewpoint of preventive treatment and illustrated by a clinical example. The psychotherapeutic and pedagogic oriented interventions during treatment will be demonstrated more precise reference to attachment theory. Finally the relevance of early intervention as well as the exchange and necessity of coordination between the involved institutions and occupational groups concerning the treatment of postpartum psychiatric disorders is pointed out.

### Zusammenfassung

Ausgehend von der postpartal deutlich erhöhten Inzidenz psychiatrischer Erkrankungen werden zunächst die Risikofaktoren von Wochenbettdepression und Wochenbettpsychose einschließlich kultureller Mitbedingungen beschrieben. Anschließend werden unter präventivmedizinischen Gesichtspunkten die Gründe für eine gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind dargestellt und durch ein klinisches Beispiel illustriert. Die psychotherapeutisch und pädagogisch orientierten Vorgehensweisen im Rahmen der Durchführung der Behandlung werden unter Bezugnahme u. a. auf bindungstheoretische Überlegungen genauer ausgeführt. Abschließend wird auf die Bedeutung der Frühintervention, sowie auf den Austausch und die Abstimmungsnotwendigkeit der verschiedenen beteiligten Institutionen und Berufsgruppen in der Behandlung postpartaler psychiatrischer Störungen hingewiesen.

### 1 Einleitung

Die Notwendigkeit, sich mit der gemeinsamen Behandlung von Müttern und ihren Kindern in der Psychiatrie zu beschäftigen rührt her aus einer ungewohnten Konstel-



lation, mit der wir uns ungern beschäftigen, weil sie vermeintlich so selbstverständlich ist, aber auch unsere eigenen Ängste anrührt: Es geht um das nicht zeitgleiche Auftreten biologischer und psychologischer Mutterschaft. Mutterschaft und Vaterschaft sind offenbar mit psychischen Leistungen verbunden, die beim Menschen viel störbarer, weil weniger instinktgebunden als bei niederen Säugetieren sind. Tatsächlich steigt die Inzidenz psychiatrischer Erkrankungen postpartal erheblich und ist bezogen auf Psychosen 18fach höher als während der Schwangerschaft (Paffenberger u. McCabe 1966). Schätzungen über die Häufigkeit schwerwiegender postpartaler psychischer Störungen (schwere Wochenbettdepression; Wochenbettpsychose; psychotische Wochenbettdepression) belaufen sich auf 0,1-0,2%. Leicht- bis mittelgradige postnatale Depressionen (häufig in Form postpartaler Panikstörungen) werden in 10-20% gefunden, der „Baby-Blues“ tritt bei 50-85%, nach anderen Schätzungen bei 25-40% der Mütter auf (Cox et al. 1982; Kumar u. Robson 1984; Watson et al. 1984). Nach Kendall et al. (1987) werden Frauen aufgrund seelischer Störungen 35fach öfter stationär in den ersten 30 Tagen postpartal und immerhin noch fast 13fach öfter in den ersten 90 Tagen postpartal behandelt. Immerhin leben in der Bundesrepublik Deutschland 500.000 Kinder mit einem psychotischen Elternteil und ca. 10% unserer stationär behandelten psychiatrischen Patienten haben Kinder unter 18 Jahren.

Für das Auftreten der Postpartum-Psychose und der Wochenbettdepression sind verschiedene Risikofaktoren beschrieben worden. Das Risiko an einer Postpartum-Psychose zu erkranken wird erhöht, wenn nachfolgende Bedingungen erfüllt sind:

- vormals Postpartum-Psychose,
- vormals manisch-depressive Erkrankung,
- familiäre Belastung mit manisch-depressiver Erkrankung,
- Primiparae (erstgebärende Frauen haben ein deutlich erhöhtes Risiko, was für psychische Faktoren spricht, nämlich größere Belastung beim ersten Kind, die gesamte Situation wird eher als Streßereignis erlebt),
- Mutter alleinstehend,
- Sectio caesarea.

Das Risiko für eine Wochenbettdepression steigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

- Schwangerschaft ungeplant,
- Schwangerschaftsängste/-depressionen,
- gestörte Paarbeziehung (z.B. Partner als Kind der Mutter),
- gestörte Sozialbeziehungen,
- ungünstige Wohnverhältnisse,
- fehlende Passung Mutter-Kind,
- „schwieriger“ Säugling,
- life events,
- Ambivalenz gegenüber Schwangerschaft,
- Geburtsstreß,
- Hormondefizit (?),
- vormals Depression (wichtigster Risikofaktor),

- familiäre Belastung mit Depression,
- Probleme in der frühen Kindheit der Mutter.

Darüber hinaus kann sich besonders negativ eine ungelöste Trennungs-/Trauerarbeit der Mutter hinsichtlich aktueller oder reaktualisierter Verlusterlebnisse auswirken. Die Mutter ist dann unterschwellig mit einer unabgeschlossenen Beziehung beschäftigt und kann sich dem Säugling nur partiell zuwenden (der Trauerprozeß hemmt den Bindungsprozeß). Häufig sind solche Konstellationen schwierig zu erkennen, da die Betroffenen gewöhnlich nicht darüber sprechen. Schließlich ist noch erwähnenswert, daß eine Frühentlassung aus der geburtshilflichen Abteilung das Auftreten depressiver Symptome bei der Mutter erheblich fördert. Nach Hickey et al. (1997) war die Inzidenz depressiver Symptome bei Frauen, die länger als 72 Stunden postpartal stationär blieben 7,2% gegenüber 14,4% bei Frauen, die die Klinik innerhalb von 3 Tagen verließen.

Es gibt Hinweise, daß die Häufigkeit postnataler Depressionen nicht größer ist als depressive Erkrankungen in derselben Altersgruppe der Frauen ohne Entbindung (siehe Riecher-Rössler 1997). In diesem Zusammenhang muß auf die kulturell unterschiedliche Häufigkeit des Auftretens von postnatalen Depressionen hingewiesen werden. In Japan leiden nur ca. 3-4% daran. Die jungen Mütter verbringen allerdings die ersten 2-3 Monate nach der Geburt ihrer Kinder bei der eigenen Mutter. In anderen Kulturen treten überhaupt keine postnatalen Depressionen auf.

Die Wochenbettdepressionen remittieren in 80% der Fälle innerhalb von sechs Monaten, 15% sind ein Jahr postpartal noch ausgeprägt depressiv.

Um die intuitive Elternschaft oder die sog. Mutterschaftskonstellation (Stern 1995) in ihrem Auftreten zu begünstigen und zu entwickeln, ist die Anwesenheit des Säuglings unabdingbar. Beziehungsaufbau und Selbstvertrauen im Umgang mit dem Säugling können so gefördert werden, und die Mutter verläßt die Klinik mit dem Säugling in dem Bewußtsein, dies sei ihr Kind. Dabei kann die Entbindung durchaus schwerwiegende Auswirkungen auch auf den Vater haben. Immerhin 2% erstmanifestierter paranoider Psychosen bei Männern standen in einer norwegischen Studie in Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes (Rettersöl 1968). Die Rückfallrate von in der Vorgeschichte an einer bipolaren Störung erkrankten Männern betrug bei Geburt ihres Kindes 50%. Bekannt sind leichte depressive Reaktionen und/oder körperliche Symptombildungen bei gerade Vater gewordenen Männern, ein Umstand, dem die Couvade-Riten (Männerkindbett) anderer Kulturen seit langem Rechnung tragen. Denn biologische und psychologische Vaterschaft sind ebensowenig immer in Übereinstimmung wie bei Müttern. Auch die väterliche Aufgabe, die Beziehung Mutter-Kind zu schützen und zu stützen, muß erlernt werden und kann zu Problemen führen, wenn die Partnerin als Mutter und das Kind als Geschwister wahrgenommen wird (Marks u. Lovestone 1995).

Leider gibt es bei uns nur wenig Angebote, die den Bedürfnissen von Mutter und Kind bei psychischer Erkrankung der Mutter gerecht werden. Dabei ist eine wichtige Ergänzung zur ambulanten Behandlung solcher Erkrankungen die stationäre gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind in psychiatrischen, psychotherapeutischen

und psychosomatischen Kliniken. In England gibt es diese Möglichkeit bereits seit 1948 (Main 1958).<sup>1</sup> Dort werden mittlerweile in der überwiegenden Mehrzahl der Gesundheitsamtsbezirke stationäre Behandlungsmöglichkeiten für Mutter und Kind vorgehalten (Prettyman u. Friedman 1991), entweder in Form spezifischer Mutter-Kind-Einheiten (Lanczik 1997; Lanczik u. Brockington 1997) oder als Aufnahmemöglichkeit auf der psychiatrischen Station. Auch in Frankreich (Racamier et al. 1961; Cazas et al. 1991), in Kanada (Johnson u. Savage 1967) und in Australien (Buist et al. 1990; Lindsay u. Pollard 1978) trifft man häufiger auf dieses Behandlungsangebot, in Deutschland dagegen ist es eher selten und wenn, dann werden unregelmäßig meist unproblematische Fälle aufgenommen.<sup>2</sup> Die Aufnahmen erfolgen in Deutschland ausnahmslos auf die psychiatrische Allgemeinstation, spezielle Mutter-Kind-Einheiten (etwa 4-6 Betten umfassend) gibt es – obwohl wünschenswert – nicht. Dies hat Kostengründe, da die Bundespflegesatzverordnung nur die Mutter als Patientin sieht und der Gesetzgeber bis jetzt noch nicht die gesundheitspolitische und präventivmedizinische Bedeutung der gemeinsamen Aufnahme von Mutter und Kind im Sinne des Erhalts der Beziehung zwischen beiden begriffen hat.<sup>3</sup> Aufgenommen werden neben Frauen mit typischen postpartalen Erkrankungen wie Wochenbettpsychosen und Wochenbettdepressionen auch Frauen mit psychiatrischen Erkrankungen im engeren Sinn (z.B. mit schizophrenen und depressiven Störungen, Suchterkrankungen und schweren Persönlichkeitsstörungen und Neurosen). Prognostisch günstig verlaufen Wochenbettpsychosen (Platz u. Kendell 1988; Rohde u. Marneros 1993), die gerade wegen des relativ kurzen Verlaufs eine gemeinsame Behandlung von Mutter und Säugling sinnvoll erscheinen lassen. Unter diesen Voraussetzungen erlebt die Mutter nach Abklingen der Wochenbettpsychose ihr Kind nicht wie einen Fremdkörper. Dadurch wird vermieden, daß sie in ihrer oft bereits vorhandenen unsicheren Mütterlichkeit vollends bestätigt wird und keine natürliche, den Bindungsbedürfnissen des Kindes entsprechende Beziehung zu entwickeln in der Lage ist. Diese prognostisch positive Einschätzung der Mutter-Kind-Beziehung bei an Wochenbettpsychosen und Wochenbettdepressionen erkrankten Müttern wird im wesentlichen auch von Bardon et al. (1968), Sneddon et al. (1981), Sneddon (1992) und Stewart (1989) geteilt. Sinnvoll ist (auch nach eigenen unten beschriebenen Erfahrungen) ebenso die gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind bei Müttern mit Neurosen und Persönlichkeitsstörungen. Die langfristig größten Probleme bereiten stationäre Behandlungen mit chronisch schizophrenen Müttern und ihren Kindern, bei denen die Be-

<sup>1</sup> Zunächst allerdings nur bei Frauen mit neurotischen Störungen.

<sup>2</sup> Ausnahmen sind die Psychiatrische Universitätsklinik der FU Berlin (Frau Dr. Bolk-Weischedel), die Psychiatrische Universitätsklinik Lübeck (Freyberger et al. 1996), die Rheinische Landesnervenklinik Bonn (Schehlmann u. Raven 1996) sowie die von mir bis 1997 geleitete psychiatrische Abteilung des Krankenhauses Weilmünster (Hartmann 1997a,b,c), die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Zentrums für Soziale Psychiatrie Bergstraße, Heppenheim, wo ich jetzt tätig bin, sowie die psychiatrischen Krankenhäuser Dortmund, Gießen, Lengerich, Viersen und Wiesloch, in Einzelfällen auch noch verschiedene psychiatrische Abteilungen (diese Aufzählung beansprucht keine Vollständigkeit).

<sup>3</sup> Unsere eigenen Kostenschätzungen für eine gemeinsame Behandlung von Mutter und Kind belaufen sich auf das 1,5-2fache des normalen Pflegesatzes (ähnlich Brockington 1992).

ziehung meist keinen Bestand hat (Kumar et al. 1995; Sneddon et al. 1981; Sneddon 1992). Erschwerend tritt bei Frauen mit chronisch-schizophrener Psychose hinzu, daß sie meist über keine feste Partnerschaft verfügen (vgl. Kumar et al. 1995), eine solche prognostisch für den Fortbestand der Beziehung zwischen Mutter und Kind nach Entlassung aber von größter Bedeutung ist.<sup>4</sup> Denn gerade bei chronisch-schizophrenen Müttern ohne Partner ist nach unserer Erfahrung die Häufigkeit der Übernahme ihrer Kinder in Pflegefamilien bzw. des Sorgerechtsentzugs besonders hoch. Die durchschnittliche Behandlungsdauer wird in den meisten Untersuchungen mit 2-3 Monaten angegeben.

## 2 Gründe für eine gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind

Aus der gemeinsamen Aufnahme von Mutter und Kind ergeben sich bei genauerer Betrachtung viele Möglichkeiten der Einflußnahme. Zunächst einmal geht es darum, die Beziehung zwischen Mutter und Kind zu erhalten, denn auch psychisch kranke Mütter/Eltern wollen gute Mütter/Eltern sein. Des weiteren kann unter der Bedingung der gemeinsamen Aufnahme auch geprüft werden, ob die Beziehung erhaltensfähig ist. Diese Erhaltensfähigkeit der Beziehung ist u.a. abhängig von

- der Art und dem Umfang der Krankheitsbewältigung der Mutter (z.B. günstig ist eine weniger chronische Erkrankung, später Erkrankungsbeginn, keine Einbeziehung des Kindes in die psychotischen Produktionen),
- der Quantität und Qualität interpersonaler Beziehungen (z.B. gute Paarbeziehung, stabile Bezugsperson außerhalb der Familie),
- den protektiven Faktoren des Kindes (Temperament, kognitive Fähigkeiten, Selbstwertgefühl, äußere Attraktivität, sichere Bindungsbeziehung).

Die gemeinsame Aufnahme kann auch dazu dienen, Alternativen zur Beziehung Mutter-Kind, z.B. Fremdplazierung des Kindes, zu entwickeln. Sie kann Kind und kranke Mutter vor Überforderung schützen, denn auch Kinder kranker Mütter/Eltern wollen gute Kinder sein. Schließlich können die mütterlichen Pflegefähigkeiten und der emotionale Kontakt zum Kind verbessert werden, die mütterliche Identität wird gefördert. Stewart (1989) beschreibt, daß nach gemeinsamer Aufnahme 87% der Mütter ihre Kinder versorgen können, gegenüber 31% der Mütter, die ohne Kind in psychiatrischen Stationen aufgenommen wurden.

Therapeutisch kann also in diesem Setting auf die Mutter, die Mutter-Kind-Beziehung und das Kind eingewirkt werden, und zwar von Geburt an. Für die Mutter ergeben sich dabei folgende Vorteile:

- Sie lernt schrittweise, die Säuglingspflege üben und Belastung zu steuern,
- die Übernahme mütterlicher Funktionen durch die Mutter wird gefördert (intuitive Elternschaft),
- eine angemessene Verarbeitung vorläufiger und/oder endgültiger ist Trennung möglich,

<sup>4</sup> Dies weist auf die Wichtigkeit der eventuellen Mitaufnahme der Väter hin.

- eine Verweildauerverkürzung,
- eine bessere Vorbereitung für die Entlassung (Entlassungen gegen ärztlichen Rat seltener).

Auch für das Kind ergeben sich Vorteile der gemeinsamen Aufnahme mit der Mutter:

- Vermeidung einer Heimeinweisung,
- Vermeidung wechselnder Bezugspersonen,
- Bindungsförderung und -erhaltung.

Anfangs sind die Widerstände gegen die gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind auf psychiatrischen Stationen erwartungsgemäß erheblich. Es wird im allgemeinen befürchtet, daß das Kind durch den Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik Schaden nehmen könnte. Auch gibt es Ängste, die Mutter könne ihr Kind umbringen (Infantizidgefahr). Das Risiko ermordet zu werden (fast immer durch die Eltern) ist für Kinder im ersten Lebensjahr vierfach höher als in anderen Lebensabschnitten und steigt noch einmal um das Vierfache in den ersten 3 Monaten (Marks u. Kumar 1993). Die mangelhafte Versorgung der Kinder durch psychiatrisch kranke Mütter wird ins Feld geführt und schließlich die Mehrbelastung des Pflegepersonals, welches unter den gegenwärtigen Bedingungen bei Mitaufnahme des Kindes nicht mit personeller Verstärkung rechnen kann.

Dagegen läßt sich feststellen, daß in nahezu allen Publikationen über Mutter-Kind-Behandlungen bei Müttern mit psychischen Störungen das Risiko eines Infantizids als sehr gering eingeschätzt wird. Auch wenn vereinzelt Mütter damit drohen, ihre Kinder umzubringen, ist eine solche Tat aus den Publikationen, die insgesamt mehrere tausend Fälle umfassen, nicht bekannt. Die Mitaufnahme des Kindes hilft wohl eher, einen Infantizid zu verhindern. Auch die Gefahr der Verletzung des Kindes durch Mitpatienten bei Aufnahme auf einer allgemeinpsychiatrischen Station wird als sehr gering eingeschätzt (Hartmann 1981; Lindsay u. Pollard 1978; Stewart 1989). Gefahren können dem Kind eher auf reinen Frauenstationen wegen der dort herrschenden größeren Rivalität und dem größeren (Gebär-)Neid (Sneddon et al. 1981) drohen oder nach Entlassung zu Hause, weshalb dies sorgfältig abgewogen werden muß. Viel problematischer als die sehr seltene Impulshandlung der Kindertötung sind jedoch die häufigen alltäglichen Vernachlässigungen des Kindes durch die Mutter (verursacht z. B. durch Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration, fehlende Einsicht). Nach Parker et al. (1992) ist die fehlende oder mangelnde Pflege dasjenige elterliche Kennzeichen, welches am meisten für spätere psychiatrische Erkrankungen des Kindes verantwortlich gemacht werden kann. Vermittelnd wirkt dabei die niedrige Selbstachtung des Kindes (erhöhte Vulnerabilität). Andererseits wird das Modifikationspotential solcher vulnerablen Kinder als sehr hoch eingeschätzt, weshalb eben auch die gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind sinnvoll ist.

Unter präventivmedizinischen Gesichtspunkten ist die gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind als besonders vorteilhaft anzusehen, denn Interventionen im Vorschul- und Schulalter treffen häufig auf bereits pathologische, verfestigte Interaktionssysteme in Familien, mit erheblichen Auswirkungen auf die Kinder.

Ohne frühzeitige Möglichkeiten der Unterstützung psychisch kranker Mütter bei der Pflege ihrer Neugeborenen/Säuglinge werden diese Mütter oft emotional und körperlich überfordert, finden häufig auch keine familiäre Unterstützung, fürchten die Trennung vom Kind bei stationärer Einweisung in die psychiatrische Klinik und versuchen die Dekompensation solange abzuwenden, bis es überhaupt nicht mehr geht. Verstärkt wird diese Haltung oft durch die Bedrohung des Sorgerechtsentzugs.

### 3 Klinisches Beispiel

Die nachfolgende Fallschilderung habe ich deshalb ausgewählt, weil hier verschiedene Problempunkte einer gemeinsamen Behandlung von Mutter und Kind berührt werden.

Frau L. (32 J., verheiratet) kam 14 Tage nach Entbindung unter der Diagnose schizophrene Episode im Wochenbett (ICD-10 F 23.2; F 0 99.3) in unsere stationäre Behandlung. Die Geburt verlief spontan und ohne Komplikationen, der psychische Zustand war zunächst stabil. Die Entlassung war für den 5. Tag postpartal geplant. Am Entlassungstag mußte die Tochter Eva wegen eines Ikterus in die Kinderklinik verlegt werden, was Frau L. große Angst machte. 2 Tage später erfolgte die Entlassung nach Hause, wo Frau L. zunehmend unter Schlafstörungen litt und durch einen permanenten Rededrang auffiel. Unter anderem behauptete sie, im Jahr 2000 kämen die jungen Mütter an die Macht. Psychopathologisch wurde Frau L. bei Einweisung als mutistisch beschrieben, zeitlich nicht orientiert, angespannt, mit Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen. Anamnestisch erwähnenswert ist eine 7 Jahre zuvor erfolgte erste psychiatrisch-stationäre Behandlung unter der Diagnose paranoide Psychose (ICD-10 F 22.0). Diese Behandlung erfolgte einen Tag nach festgestellter Schwangerschaft. Wie Frau L. berichtete, sei sie von jedermann damals gedrängt worden, die Schwangerschaft abzuberechen, was schließlich 14 Tage später geschehen sei. Die damalige Entlassung erfolgte mit 75 mg Clozapin abends. Die letzten beiden Tage vor der Aufnahme in unsere Klinik erhielt Frau L. täglich 10mg Haloperidol und 1 mg Tavor. Sie sei wegen der Medikamenteneinnahme gedrängt worden abzustillen, obwohl sie gern weitergestillt hätte. Im Aufnahmegespräch wurde vereinbart, daß Frau L. zunächst die Muttermilch abpumpen soll, damit in Kürze entschieden werden könne, wie mit dem Stillen weiter verfahren wird. Dabei wirkte Frau L. sehr entlastet. Wegen ausgeprägter extrapyramidal-motorischer Nebenwirkungen wurde die bedarfsweise Medikation mit bis zu 2x3mg Haloperidol täglich bereits nach einem Tag eingestellt. Frau L. entschied sich, weiter zu stillen. Die abgeklungene psychotische Symptomatik stellte sich ca. 3 Wochen nach Aufnahme im zeitlichen Zusammenhang mit einem in angespannter Atmosphäre abgelaufenen Familiengespräch erneut ein und wurde für ca. 1,5 Wochen neuroleptisch mit Haloperidol bis max. 10 mg/täglich sowie Oxazepam nach Bedarf behandelt. Das Stillen wurde unter dem Gesichtspunkt fortgesetzt, daß der Gewinn an mütterlicher Sicherheit im Umgang mit dem Kind vorrangig vor etwaigen medikamentösen Nebenwirkungen beim Kind zu betrachten sei (in der Fachliteratur finden sich bezüglich Haloperidol auch keine gesicherten positiven und/oder negativen Ergebnisse, lediglich einzelne unauffällige Fallstudien). Der Säugling zeigte dabei keinerlei auffällige Einschränkungen in seinem Verhalten. Frau L. fürchtete, ihr Kind könne ihr weggenommen werden, war sich unsicher, ob es ihr eigenes Kind sei und darüber, ob sie noch ein weiteres Kind im Bauch habe. Zeitweise wirkte sie desorientiert, zurückgezogen, äußerte, vergiftet worden zu sein. Während dieser Zeit konnte das Stillen nur mittels Unterstützung durch Pflegeper-

sonal und Hebamme fortgesetzt werden. Gelegentlich wurde Flaschennahrung verabreicht, weil das Stillen nicht ausreichte. Auch bei vielen alltäglichen Pflegehandlungen mit dem Säugling mußte Frau L. in dieser Zeit stark unterstützt werden. Auch sich selbst vernachlässigte sie und benötigte entsprechende Betreuung. Nach dieser kritischen Zeit war Frau L. jedoch in der Lage, ihre Tochter selbständig zu versorgen und stillte sie noch einige Monate weiter. Die Entlassung erfolgte nach ca. 12 Wochen. Im Rahmen einer Krisenintervention wurde Frau L. 6 Monate später noch einmal für 4 Tage stationär mit Säugling aufgenommen. Sie hatte in der Zwischenzeit alle anfallenden Aufgaben im Haushalt, anfangs mit Unterstützung einer Haushaltshilfe, sowie die Versorgung ihrer Tochter selbständig fortgeführt. Seit Entlassung befand sie sich in ambulanter nervenärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung, die sie auch weiterhin fortsetzen wird.

#### 4 Durchführung der Mutter-Kind-Behandlung

Die Unterbringung von Mutter und Kind erfolgt in unserer Einrichtung auf allen vier alltagspsychiatrischen sowie zwei Drogenentzugs-Stationen (durchschnittliche Belegung ca. 18 – 20 Patienten) jeweils in Einzelzimmern, die in ruhigeren Stationsbereichen gelegen sind. Die Zimmer sind ausgestattet mit einem Bett für die Mutter, Kinderbett, Wickelkommode, Spielteppich und einigen Spielsachen sowie einer Waschgelegenheit. Im allgemeinen werden nicht mehr als zwei Mütter mit Kindern pro Station aufgenommen, was auch wegen der Mehrarbeit sonst schwer realisierbar wäre (Cazas et al. 1991). In seltenen Ausnahmefällen kam es in der Vergangenheit für kurze Zeit zur gleichzeitigen Behandlung von bis zu fünf Müttern mit Kindern auf einer Station, teilweise wurden auch die Väter mit aufgenommen. Zur weiteren Ausstattung gehören mehrere Babyphone zur Überwachung des Kindes, wenn die Mutter nicht im Zimmer ist und/oder das Kind schläft. Da die Mutter-Kind-Behandlung von den Krankenkassen in keiner Weise vergütet wird, ist sie abhängig von der Bereitschaft des Pflegedienstes und der Ärzte, anfallende Mehrarbeit zu leisten. Aus diesen Gründen müssen die Eltern auch Nahrungs- und Pflegemittel mitbringen oder auf eigene Rechnung vom Klinikpersonal besorgen lassen. Bei Neugeborenen bestellen wir häufig in den ersten Wochen eine Hebamme, für deren Bezahlung die Krankenkasse aufkommt. Weitere Vorteile sind dabei, daß eine im Umgang mit Neugeborenen erfahrene Person Sicherheit nicht nur der Mutter, sondern auch den Mitarbeitern des Pflegedienstes vermittelt. Außerdem ist die Hebamme klinikunabhängig, was es den psychisch kranken Müttern manchmal erleichtert, ihren Rat anzunehmen. Die Betreuung von Mutter und Kind wird durch Bezugspflege geregelt, so daß in jeder Schicht eine Schwester oder ein Pfleger zuständig ist. Hierdurch wird versucht, unterschiedliche Umgangsweisen mit Mutter und Kind zu minimieren. Über die individuelle Problematik der Behandlung wird im Rahmen von Supervision durch den leitenden Arzt oder die leitende Ärztin gesprochen, in ihrer Häufigkeit je nach Fall schwankend von einmal täglich bis ein- bis dreimal wöchentlich. Eine anstehende Mutter-Kind-Aufnahme wird den Mitpatienten vorher angekündigt und darauf hingewiesen, daß das Zimmer von Mutter und Kind nur nach Anmeldung betreten werden darf und die Versorgung des Kindes Sache der Mutter oder der Mitarbeiter ist, nicht jedoch der

Patienten.<sup>5</sup> Manche Mutter-Kind-Zimmer sind mittlerweile von innen verschließbar,<sup>6</sup> so daß Mütter und Kinder sich besser zurückziehen können.

## 5 Psychotherapeutische und pädagogische Einwirkungen auf Mutter und Kind

Von Anfang an möchte ich deutlich machen, daß die hier geschilderte Umgangsweise mit psychisch kranken Müttern und ihren Kindern nicht auf der Durchführung eines klar definierten Konzepts, etwa im Sinne eines Therapiemanuals beruht. Ich bin der Meinung, daß manche häufig vorgebrachten Konzeptforderungen eher zur Errichtung Potemkinscher Dörfer führen, als den komplexen Stationsalltag angemessen zu beschreiben. Etwas allgemeiner formuliert kann man sagen, daß der hier vertretene Zugang zur Behandlung von Mutter und Kind auf einem psychodynamisch-psychoanalytischen Hintergrund fußt und Ergebnisse der Bindungstheorie und Entwicklungspsychopathologie einbezieht. Unter diesen Rahmenbedingungen wird ein individueller therapeutischer Umgang herausgefunden und angewandt.

Durch die Mitaufnahme des Kindes bei der psychisch kranken Mutter soll nicht nur Trennung vermieden, sondern auch versucht werden, auf die Mutter-Kind-Dyade einzuwirken. Den Müttern wird zunächst Anleitung bei Ernährung und Pflege des Kindes zuteil, gegebenenfalls unter Mithilfe einer Hebamme bei Neugeborenen. Ziel wäre in diesem Fall die Beherrschung der grundlegenden Versorgung des Kindes durch die Mutter.<sup>7</sup> In der Folgezeit geht es dann darum, der Mutter behilflich zu sein, sich mit dem Kind in altersspezifischer Weise zu beschäftigen. Auch die Beratung in Hinblick auf eine kindgerechte Lebensweise nach der Entlassung kann ein Ziel sein.

Eine ganz wesentliche Bedeutung kommt der Entlastung des Mutter-Kind-Systems von emotionaler Überforderung zu. Dabei wird besonders versucht, darauf zu achten, daß zusätzliche, eventuell traumatisierende Erregungszustände beim Kind vermieden werden. Ebenso wird darauf geachtet, daß es nicht zu Regulationsüberforderungen sowohl im Hinblick auf die intrapsychische Selbstregulation des Kindes und der Mutter (Ängstlichkeit, Unsicherheit, Gefühl des Versagens) als auch im Hinblick auf die Regulation des Mutter-Kind-Systems, also interaktiv, kommt (Sameroff u. Emde 1989). Oft ist entscheidend, ob das Kind den entgleisten Dialog zwischen sich und seiner kranken Mutter wieder in Gang bringen und damit sein Effektanzgefühl steigern kann (Tronick u. Field 1986).<sup>8</sup> Nur wenn die Versuche des Kindes, den Kontakt zur Mutter herzustellen

<sup>5</sup> Die Anwesenheit eines Säuglings oder Kleinkindes auf Station führt bei vielen Patienten eher zu besonderer Rücksichtnahme, manchmal auch zur Demonstration eigener kindlicher Bedürfnisse (z.B. legte sich eine junge affektgestörte Patientin mit manisch-depressiver Symptomatik in den im Tagesraum befindlichen Laufstall). Einzelne Patienten äußern allerdings auch Unmut über als zu intensiv empfundene Beschäftigung des Pflegepersonals mit einem anwesenden Säugling. Auf solche Beschwerden ist besonders zu achten und gegebenenfalls darauf einzugehen.

<sup>6</sup> Selbstverständlich sind die Zimmer jederzeit vom Pflegepersonal von außen zu öffnen.

<sup>7</sup> Im Sinne der Entwicklung einer Grundregulation nach ca. 2-3 Monaten (Sander 1989).

<sup>8</sup> Das dort erwähnte still-face-Experiment kann als Paradigma besonders für die Interaktion depressiver Mütter, aber auch mutistisch reagierender schizophrener Mütter angesehen werden.



len über längere Zeit wirkungslos bleiben,<sup>9</sup> erfährt es sich als hilflos, steigt aus der interaktiven Regulationsbeziehung vorzeitig aus und versucht, sich über Selbstregulation zu stabilisieren (z.B. autistische Schaukelbewegungen, Kopf an die Wand schlagen, Versinken in Trance-Zustände, Daumenlutschen). Auf diese Weise bemüht sich das Kind, innere Spannungen abzubauen oder zu kontrollieren. Bei wiederholter Hilflosigkeitserfahrung entwickelt sich häufig ein Rückzug von Beziehungen als Coping-Mechanismus.<sup>10</sup> Bei Kindern depressiver Mütter verbindet sich dabei nicht selten ein positiver eigener Affekt mit negativen Reaktionen (der Mutter). Kinder schizophrener Mütter passen sich nach unseren Beobachtungen häufig völlig an die Anforderungen der Mutter an, die selbst nicht in der Lage ist, zwei Realitäten gleichzeitig aufrechtzuerhalten. Besonders in solchen Fällen, aber nicht nur da, konzentriert sich unser Hilfsangebot darauf, der Mutter zu vermitteln, sich weniger egozentrisch als altruistisch dem Säugling gegenüber zu verhalten.<sup>11</sup> Als kognitive Orientierungshilfe geben wir den Müttern auch Texte über die Beziehungsentwicklung zwischen dem Neugeborenen und der Mutter an die Hand.<sup>12</sup>

Über die Beobachtung des Umgangs zwischen Mutter und Kind können die regulative Kapazität des Mutter-Kind-Systems versuchsweise beurteilt und angemessene Hilfen angeboten werden, damit die Beziehung zwischen beiden wachsen kann. Diese Hilfen reichen von der momentanen Entlastung der Mutter (Zigarettenpause, psychotherapeutisches Gespräch)<sup>13</sup> bis zu gemeinsamen Spaziergängen mit Mutter und Kind, stützende Anleitung bis hin zu Tagesplänen für die Mutter beim Umgang mit dem Kind (z.B. unberechenbares Verhalten der Mutter korrigieren und vorhersagbar machen) oder sonstigen supportiven Maßnahmen. Die Betonung liegt bei allen diesen Maßnahmen darauf, die Sicherheit der Mutter im Umgang mit dem Kind zu fördern, d.h. es gibt keine Versorgung des Kindes durch das Team, sondern Anleitung für die Mutter, die Versorgung selbst durchzuführen. Erst wenn diese Möglichkeiten ausgeschöpft sind, übernimmt das Pflgeteam weitestgehend die Pflege des Kindes. Nach unserer Erfahrung tritt dieser Fall jedoch sehr selten ein. In der stützenden Atmosphäre der Station werden auch die gesunden Anteile einer psychisch kranken Mutter deutlich. Denn das Vorliegen einer Psychose sagt noch nichts über den Umgang mit dem Kind aus (Baker et al. 1961). In vielen Fällen sind unsere Patientinnen spätestens nach

<sup>9</sup> Auch in der normalen Mutter-Kind-Beziehung gibt es häufig Fehlabbildungen, die zu 34% beim ersten und zu 24% beim zweiten Versuch korrigiert werden (Gianino u. Tronick 1986; Tronick 1989).

<sup>10</sup> Kinder können allerdings auch noch auf andere Weise mit ihren psychotischen Müttern umgehen. Aus meiner Sicht ergeben sich mindestens drei Möglichkeiten: – die psychisch kranke Mutter behandeln (Rollenumkehr bzw. Parentifizierung), – gegen die psychotische Infizierung durch die Mutter gerichtete Kontrolle, entweder kontrollierend bestrafend oder kontrollierend fürsorglich (oft als Manipulation mißverstanden und in der Bindungstheorie als D-Typus bekannt, vgl. Main u. Solomon 1986), – aversiv auf die psychisch kranke Mutter reagieren, als stärkstes Mittel als eigenes Selbst wahrgenommen zu werden bzw. das eigene Selbst zu erhalten.

<sup>11</sup> Wesentlich ist die Fähigkeit der Mutter, dem Kind seine geistige Existenz in ihrem eigenen Denken und Fühlen zeigen zu können. Das Team versucht also der Mutter die kindliche Perspektive zu vermitteln.

<sup>12</sup> Ausgewählte Kapitel aus D.W. Winnicott (1969): Kind, Familie und Umwelt. München: Reinhardt.

<sup>13</sup> Bei diesen Gesprächen wird gewöhnlich die Bedeutung des Kindes für die Mutter thematisiert (Freiberg 1975) und versucht, die Lebensgeschichte der Mutter zusammenhängend zu verstehen.

10-14 Tagen weitgehend in der Lage, ihre Kinder selbst zu versorgen, eher selten ist eine länger dauernde Unterstützung notwendig (meist bei chronisch schizophrenen Frauen).

Mit Hilfe einer stützenden und bemutternden Umgebung (die Mutter bemuttern)<sup>14</sup> kann die psychisch kranke Mutter schrittweise die Säuglingspflege üben und lernt, die Belastung durch den Säugling zu steuern.<sup>15</sup> Dies geschieht durch das Angebot basaler Selbstobjektfunktionen (Wolf 1988) auf der psychiatrischen Station (unter Einbeziehung aller Mitarbeiter), wodurch der Mutter Hilfe bei ihrer Affektregulation zuteil wird und – weil der Affekt die Handlung bahnt – auch angemessenere Reaktionen der Mutter gefördert werden.<sup>16</sup> Psychoanalytisch kann man diese Form der Beziehung zwischen Patientin und Team als Coaching-Übertragung bezeichnen (Tolpin 2000). Es handelt sich dabei um eine Mischung aus Elementen von Spiegelung, Idealisierung und Gleichsein in der Selbst-Selbstobjektbeziehung. Die Mutter wendet sich an die Therapeutin, um zu lernen wie bemuttert wird und wie es ist, sich bemuttern zu lassen. Dabei kommen häufig zwei Übertragungsangebote zum Ausdruck: im repetitiven Übertragungsmodus wird das unterstützende Angebot der Station und der zugehörigen Therapeutin zurückgewiesen und die selbst erfahrene frühe Hilflosigkeit wiederholt. Im Selbstobjektübertragungsmodus kann sich unter Umständen die beschriebene Coaching-Übertragung entwickeln und zur Wiederaufnahme einer (bis dahin) gehemmten Selbstentwicklung führen verbunden mit der Erfahrung von Unterstützung und Halt.

## 6 Bindungstheorie und Mutter-Kind-Behandlung

Ausgehend von der Erfahrung des teilweise sehr problematischen Umgangs psychisch kranker Mütter mit ihren Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern stellt sich die Frage, wie dieser Umgang unter Berücksichtigung der bereits dargelegten Möglichkeiten weiter verbessert werden kann oder was getan werden kann, um an die Bedürfnisse des Kindes einigermaßen angepaßte Umweltreaktionen zu ermöglichen. Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder sind in der genannten Konstellation die gesunden Partner, aber je jünger, um so stärker angewiesen auf angemessen reagierende Bezugspersonen. Aus diesen Gründen haben wir uns zunächst den Müttern zugewandt, um bei ihnen die Voraussetzungen angemessenen mütterlichen Umgangs mit dem Kind zu verbessern. Unter Berücksichtigung der verschiedenen Schutz- und Risikofaktoren für eine gesunde Entwicklung des Kindes haben wir uns entschieden, vor allem die Bindungssicherheit zu fördern. Wenn die psychisch kranke Mutter selbst weniger Angst

<sup>14</sup> Wird die Mutter nur dazu angehalten, auf die Äußerungen des Säuglings zu achten, kann dies zur Selbstschwächung der Mutter führen, da sie den Kontakt mit sich verlieren kann.

<sup>15</sup> Die haltende Umgebung der Station ist besonders postpartal wegen der zu dieser Zeit bei der Mutter ohnehin bestehenden physiologischen Ich(Selbst-)Aufweichung von Bedeutung.

<sup>16</sup> Nach Diethelm (1991) zeigen Kinder, die im Alter von 2 Monaten verstärkt erleben, daß während Pflegehandlungen ihre Verhaltensweisen prompt beantwortet wurden, am Ende des ersten Lebensjahres häufiger explorative Verhaltensweisen.

vor der Überforderung durch ihr Kind hat, kann sie am ehesten auf ihre natürlichen Ressourcen der intuitiven Elternschaft zurückgreifen, die Bedürfnisse des Kindes besser erkennen und entsprechend angemessen darauf eingehen. Ist diese Voraussetzung geschaffen – und dies ist ein Prozeß, der immer wieder in Gang gebracht werden muß – kann weitere Mutter-Kind-Therapie (konkret über gemeinsame Betrachtung von Videomaterial und auf der Repräsentanzenebene über tiefenpsychologisch fundierte/analytische Psychotherapie) Hindernisse in der Co-Evolution von Mutter und Kind beseitigen und die Entwicklung in Gang halten.

Wir hoffen daher, mit der gemeinsamen Behandlung von Mutter und Kind eine stabilere Entwicklung des Kindes und einen besseren Kontakt zwischen Mutter und Kind ermöglichen zu können. Die im besten Fall damit einhergehende Bildung stabiler innerer Arbeitsmodelle (Repräsentationen) bei Mutter und Kind über sich selbst und den anderen harmonisieren die Wir-Erfahrungen des Kindes und reduzieren seine Ängstlichkeit, ermöglichen aber auch der Mutter Kompetenzerleben und die Erfahrung, daß ihr Kind sie emotional unterstützt.<sup>17</sup> Es besteht auch die Möglichkeit in diesem Rahmen eine vorläufige oder endgültige Trennung des Kindes von der Mutter (durch Abgabe in eine Pflegefamilie oder Adoption) angemessen zu bearbeiten (Grubler Gochman 1992).

## 7 Abschließende Überlegungen

Die gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind ist nur ein kleiner Schritt auf dem Weg zur Unterstützung der Beziehung und der Prävention psychischer Störungen beim Kind. Untersuchungen weisen daraufhin, daß diese Behandlungsform zu einer Verbesserung der Bindungsbeziehung zwischen Mutter und Kind führt (Boom 1994; zit. n. Bradley 2000, S. 60). Wünschenswert ist ein möglichst frühzeitiger Kontakt zur psychisch kranken Mutter (am besten schon in der Schwangerschaft), um einen entsprechenden Hilfeplan entwickeln zu können. Dies bedeutet eine Intensivierung des konsiliarischen Austauschs zwischen Psychiatern und Gynäkologen, die Einbeziehung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, verbunden mit dem Wunsch nach umfangreicheren entwicklungspsychologischen und psychotherapeutischen Kenntnissen und Erfahrungen über die ersten vier Lebensjahre. Wünschenswert ist auch die Möglichkeit von Mutter-Säuglings-Therapien. Darüber hinaus ist die Zusammenarbeit mit Jugendamt und Familienhilfe ebenso wie mit ambulanten (Weiter-)Behandlungseinrichtungen bedeutsam. Schließlich stellen auch Angehörigengruppen für Mütter und Väter eine gute Unterstützungsmöglichkeit dar.

Unter diesen Voraussetzungen lassen sich vielleicht am ehesten sonst unabwendbare Interessenkonflikte zwischen den Elternrechten psychisch kranker Mütter und Väter und dem Wohlergehen des Kindes bearbeiten und gegebenenfalls lösen.

---

<sup>17</sup> Gerade Kinder psychotischer Mütter bzw. Väter sind erheblichen Traumatisierungen ausgesetzt. Durch Bedrohung wird Bindungsverhalten aktiviert. Wenn die Bindungsfigur zugleich Gewalt ausübt oder z.B. sexuell mißbraucht, wird ein *circulus vitiosus* in Gang gesetzt, aus dem sich das Kind nur schwer lösen kann. Beides – Trennung und Bedrohung – erzeugen kaum erträgliche Gefühle von Panik und damit die Notwendigkeit, sich um so fester anzuklammern.

Abschließend bleibt festzuhalten, daß viele Fragen hinsichtlich der Mutter-Kind-Behandlung in der Psychiatrie noch ungeklärt sind und viele wünschenswerte Behandlungsangebote in Deutschland nicht bestehen. Ein Baustein auf dem Weg zu einer besseren und angemesseneren Betreuung der psychisch kranken Mutter und ihrem Säugling oder Kleinkind ist die regelhafte Einrichtung von Mutter-Kind-Einheiten, angeschlossen an allgemeinpsychiatrische Stationen, und wo nicht möglich wenigstens die regelmäßige gemeinsame Aufnahmemöglichkeit von Mutter und Kind auf der psychiatrischen Station. Damit diese Möglichkeiten jedoch mehr Verbreitung finden ist dringend eine regelmäßige Finanzierung – nicht nur durch Inanspruchnahme der auf Antrag gewährten Unterstützung durch die Krankenkasse für die mütterliche Entlastung von der Kinderpflege – der zusätzlich erbrachten Leistungen bei der Mutter-Kind-Behandlung erforderlich. Sonst wird es aus Kostengründen in vielen Fällen beim bloßen Rooming-in bleiben. Eine wichtige Präventionsmöglichkeit für psychische Erkrankungen wird damit nicht genutzt.

## Literatur

- Baker, A.A.; Morison, M.; Game; J.A.; Thorpe, J.G. (1961): Admitting schizophrenic mothers with their babies. *Lancet* 2: 237-239.
- Bardon, D.; Glaser, Y.I.M.; Prothero, D.; Weston, D.H. (1968): Mother and baby unit: psychiatric survey of 115 cases. *Brit. Med. J.* 254: 755-758.
- Bradley, S.J. (2000): Affect regulation and the development of psychopathology. New York: Guilford.
- Brockington, I. (1992): The Provision of Services for Postpartum Mental Illness in the United Kingdom. In: Hamilton, J.A.; Harberger, P.N. (Hg.): Postpartum psychiatric illness. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, S. 126-136.
- Buist, A.; Dennerstein, L.; Burrows, G.D. (1990): Review of a mother-baby unit in a psychiatric hospital. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 24: 103-108.
- Cazas, O.; Dhote, A.; Ginestet, D. (1991): L'hospitalisation mère-enfant dans le service de psychiatrie adulte de l'hôpital Paul-Brousse. *Ann. Med.-Psychol.* 149: 214-217.
- Cox, J.L.; Connor, Y.; Kendell, R.E. (1982): Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *Brit. J. Psychiatry* 140: 111-117.
- Diethelm, K. (1991): Die Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Interaktion für den Aufbau von Vertrauen in die Umwelt und sich selbst. *Bull. d. Schweiz. Ges. f. Psychother.* 5: 73-89.
- Fraiberg, S. (1975): Ghosts in the nursery: a psychoanalytical approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *J. Am. Acad. Child and Adolesc. Psychiat.* 14: 387-422.
- Freyberger, H.J.; Schürmann, A.; Drescher, S.; Dilling, H. (1996): Rooming-in in der Psychiatrie – Behandlungsindikationen und –durchführung. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 64: 312-319.
- Gianino, A.; Tronick, E. (1988): The mutual regulation model. In: Field, T.; McCabe, T.P.; Schneiderman, N. (Hg.): Stress and Coping across Development. Hillsdale, N.J.: Erlbaum, S. 47-68.
- Grubler Gochman, E.R. (1992): A note on deep-seated social values and counter-transference in mother-infant dyadic psychotherapy. *Psychoanal. Psychol.* 9: 405-408.
- Hartmann, H.-P. (1997a): Mutter-Kind-Behandlung in der Psychiatrie. Teil I: Übersicht über bisherige Erfahrungen. *Psychiat. Prax.* 24: 56-60.
- Hartmann, H.-P. (1997b): Mutter-Kind-Behandlung in der Psychiatrie. Teil II: Eigene Erfahrungen – Behandlungskonzepte und besondere Probleme. *Psychiat. Prax.* 24: 172-177.
- Hartmann, H.-P. (1997c): Mutter-Kind-Behandlung in der Psychiatrie. Teil III: Eigene Erfahrungen – Praktische Durchführung und Diskussion. *Psychiat. Prax.* 24: 281-285.
- Hartmann, W. (1981): Über die gemeinsame Hospitalisierung von psychisch kranken Müttern mit ihren Kindern. *Psychiat. Prax.* 8: 136-141.

- Hickey, A.R.; Boyce, P.M.; Ellwood, D.; Morris-Yates, A.D. (1997): Early discharge and risk for postnatal depression. *MJA* 167: 244-247.
- Johnson, D.M.,; Savage, M.J. (1967): The admission of mother and child: an approach of family therapy. *Can. Psychiatr. Assoc. J.* 12: 409-411.
- Kendell, R.E.; Chalmers, J.C; Platz, C. (1987): Epidemiology of puerperal psychosis. *Brit. J. Psychiatry* 150: 662-673.
- Kumar, R.; Robson, R.M. (1984): A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Brit. J. Psychiatry* 144: 35-47.
- Kumar, R.; Marks, M.; Platz, C.; Yoshida, K. (1995): Clinical survey of a psychiatric mother and baby unit: characteristics of 100 consecutive admissions. *J. Affect. Dis.* 33: 11-22.
- Lanczik, M. (1997): „Mother and Baby“ Units an psychiatrischen Krankenhäusern in Großbritannien. *Spektrum der Psychiatrie* 26: 38-42.
- Lanczik, M.; Brockington, I.F. (1997): Postpartal auftretende psychische Erkrankungen. *Dt. Ärzteblatt* 94, A-3104-3108.
- Lindsay, J.S.B.; Pollard, D.E. (1978): Mothers and children in hospital. *Aust. N.Z. J. Psychiatry* 12: 245-253.
- Main, M.; Solomon, J. (1986): Discovery of a new, insecure-disorganized/dis-oriented attachment pattern. In: Brazelton, T.B.; Yogman, M. (Hg.): *Affective development in infancy*. Norwood, N.J.: Ablex, S. 95-124.
- Main, T.F. (1958): Mothers with children in a psychiatric hospital. *Lancet* 2: 845-847.
- Marks, M.N.; Kumar, R. (1993): Infanticide in England and Wales. *Medicine Science and the Law* 33: 329-339.
- Marks, M.N.; Lovestone, S. (1995): The role of the father in parental postnatal mental health. *Br. J. Psychiatry* 68: 157-168.
- Paffenberger, R.S.; McCabe, L.J. (1966): The effect of obstetric and perinatal events on risk of mental illness in women in childbearing age. *Am. J. Publ. Health* 56, 400-407.
- Parker, G.B.; Barrett, E.A.; Hickie, I.B. (1992): From nurture to network: examining links between perceptions of parenting received in childhood and social bonds in adulthood. *Am.J.Psychiatry* 149, 877-885.
- Platz, C.; Kendell, R.E. (1988): A. matched-control follow-up and family study of puerperal psychoses. *Brit. J. Psychiatry* 153, 90-94.
- Prettyman, R.J.; Friedman, T. (1991): Care of women with puerperal psychiatric disorders in England and Wales. *Brit. Med. J.* 302, 1345-1346.
- Racamier, P.C.; Sens, C.; Carretier, L. (1961): La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. *Evol. Psychiatr.* 26: 525-570.
- Riecher-Rössler, A. (1997): Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 65: 97-107.
- Rettersöl, N. (1968): Paranoid psychosis associated with impending or newly established fatherhood. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 44: 51-61.
- Rohde, A.; Marneros, A. (1993): Zur Prognose der Wochenbettpsychosen: Verlauf und Ausgang nach durchschnittlich 26 Jahren. *Nervenarzt* 64: 175-180.
- Sameroff, A.J.; Emde, R.N. (Hg.) (1989): *Relationship disturbances in early childhood*. New York: Basic Books.
- Sander, L.W. (1989): Investigation of the infant and its caregiving environment as a biological system. In: Greenspan, S.I.; Pollock, G.H. (Hg.): *The Course of Life, Vol. I*. Madison, Conn.: International Universities Press, S. 359-391.
- Schehlmann, R.; Raven, C. (1996): Mutter-Kind-Station – Was ist das? *Psy. Pflege* 2: 84-88.
- Sneddon, J.; Kerry, R.J.; Bant, W.P. (1981): The psychiatric mother and baby unit. A three-year study. *Practitioner* 225: 1295-1300.
- Sneddon, J. (1992): The mother and baby unit: an important approach to treatment. In: Hamilton, J.A.; Harberger, P.N. (Hg.): *Postpartum psychiatric illness*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, S. 102-114.
- Stewart, D.E. (1989): Psychiatric admission of mentally ill mothers with their infants. *Can. J. Psychiatry* 34: 34-38.
- Tolpin, M. (2000): The role of empathy and interpretation in the therapeutic process. Discussion of case of Laura by Sallee Jenkins, Ph.D. An enlarged theoretical and interpretive framework to treat the self. Paper presented at the 23rd Annual International Conference on the Psychology of the Self, Chicago, November 9-12, 2000.

- Tronick, E. (1989): Emotions and emotional communication in infants. *Am. Psychologist* 44: 112-119.
- Tronick, E.; Field, T. (1986)(Hg.): *Maternal Depression and Infant Disturbance*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Watson, J.P.; Elliott, S.A.; Rugg, A.J.; Brough, D.I. (1984): Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *Brit. J. Psychiatry* 144: 453-462.
- Winnicott, D.W. (1969): *Kind, Familie und Umwelt*. München: Reinhardt.
- Wolf, E.S. (1988): *Treating the self*. New York , London: Guilford.

Anschrift des Verfassers: Dr. Hans-Peter Hartmann, Ludwigstraße 54, 64646 Heppenheim.