

Wenn die Glücksgefühle nach der Geburt ausbleiben

Postpartale Depression – Herausforderungen für die
Mutter-Kind-Beziehung und mögliche Handlungsansätze der
Sozialen Arbeit

Sophie Reisewitz

Bachelorarbeit der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit

Vertiefungsrichtung Sozialpädagogik

Begleit- und Beurteilungsperson: Elisa Fiala

25. Dezember 2025

Bachelor-Arbeit

Ausbildungsgang Sozialpädagogik

Kurs VZ 22-2

Sophie Reisewitz

Wenn die Glücksgefühle nach der Geburt ausbleiben

Postpartale Depression – Herausforderungen für die Mutter-Kind-Beziehung und mögliche Handlungsansätze der Sozialen Arbeit

Diese Arbeit wurde am **25. Dezember 2025** an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repositorium veröffentlicht und sind frei zugänglich.

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive
der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Urheberrechtlicher Hinweis:

Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz (CC BY-NC-ND 3.0 CH) Lizenzvertrag lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten.

Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

Keine weiteren Einschränkungen — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technische Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Studiengangleitung Bachelor

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von mehreren Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme und Entwicklungspotenziale als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Denken und Handeln in Sozialer Arbeit ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es liegt nahe, dass die Diplomand_innen ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Fachleute der Sozialen Arbeit mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachkreisen aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2026

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit

Studiengangleitung Bachelor Soziale Arbeit

Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel «Wenn die Glücksgefühle ausbleiben – Postpartale Depression: Herausforderungen für die Mutter-Kind-Beziehung und mögliche Handlungsansätze der Sozialen Arbeit» wurde von Sophie Reisewitz verfasst. Die Arbeit befasst sich mit der Fragestellung, welche Handlungsansätze der Sozialen Arbeit erforderlich sind, um Mütter mit einer postpartalen Depression und ihr Umfeld mit Blick auf die Mutter-Kind-Beziehung sowie die frühkindliche Entwicklung zu unterstützen.

Postpartale Depressionen stellen eine häufig unterschätzte psychische Belastung dar, die nicht nur das Wohlbefinden der betroffenen Mütter, sondern auch Partnerschaften und familiäre Beziehungen beeinträchtigen kann. Diese Belastungen können sich wiederum negativ auf die emotionale und soziale Entwicklung des Kindes auswirken.

Im Zentrum der Arbeit stehen die Wechselwirkungen zwischen einer postpartalen Depression, der Mutter-Kind-Beziehung sowie frühkindlichen Bindungs- und Entwicklungsprozessen. Es wird aufgezeigt, inwiefern die psychische Erkrankung der Mutter die Beziehungsqualität und die Entwicklung des Kindes beeinflussen kann.

Abschliessend werden zentrale Handlungsansätze der Sozialen Arbeit dargestellt, darunter die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen im Kontext von Mutterschaft, die interdisziplinäre Vernetzung verschiedener Professionen sowie die sozialpädagogische Familienbegleitung als niedrigschwellige Interventionsform. Ziel der Arbeit ist es, die Relevanz frühzeitiger Erkennung und ganzheitlicher Unterstützung hervorzuheben und die Rolle der Sozialen Arbeit in diesem Handlungsfeld zu stärken.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei allen bedanken, die mich während meiner Bachelorarbeit unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt meiner Begleitperson Elisa Fiala für ihre wertvolle Unterstützung und die konstruktiven Anmerkungen, die mir einen differenzierten Blick auf meine Arbeit ermöglicht haben. Ebenso danke ich der Dozentin Anna Wildrich-Sanchez, die mir im Rahmen des Fachpoolgesprächs hilfreiche Handlungsansätze und Literaturvorschläge mit auf den Weg gegeben hat.

Zudem danke ich einer ehemals betroffenen Person, die bereit war, ihre Erfahrungen offen mit mir zu teilen. Aus Datenschutzgründen wird sie nicht namentlich genannt. Von Sebastian Zollinger und Corinna Reck habe ich Literaturvorschläge erhalten, die ich für meine Arbeit nutzen konnte. Herzlichen Dank dafür. Ebenfalls danke ich Vera Erni und Tina Gut, Mitarbeiterinnen im Tageszentrum Inselhof, für die wertvollen Hinweise, die sie mir gegeben haben.

Abschliessend danke ich herzlich meiner Mutter sowie Milena, Isabel und Jasmin für das sorgfältige Gegenlesen, die Unterstützung und das Mitdenken.

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	I
Danksagung	II
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage und Problemstellung	1
1.2 Motivation	2
1.3 Fragestellungen, Zielsetzung und methodisches Vorgehen	2
1.4 Abgrenzung.....	3
1.5 Aufbau der Arbeit	4
1.6 Definition zentraler Begriffe	5
2 Peripartale psychische Störungen	6
2.1 Postpartaler Blues.....	7
2.2 Postpartale Depression.....	7
2.2.1 Definition	7
2.2.2 Symptomatik.....	8
2.2.3 Ursachen und Krankheitsentstehung	9
2.2.4 Diagnosestellung und Behandlung	15
2.3 Postpartale Psychose	17
2.4 Tabuisierung und Stigmatisierung	18
2.5 Exkurs: Paternale Postpartale Depression	19
3 Bindungstheorie	20
3.1 Grundlagen der Bindungstheorie	20
3.2 Die Entwicklung der frühen Bindungsorganisation	21
3.3 Konzept der kindlichen Bindungsqualität.....	23
3.4 Bindungsstörungen	25
4 Auswirkungen einer postpartalen Depression	27
4.1 Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung.....	27
4.1.1 Konzept der Feinfühligkeit	27
4.1.2 Interaktionsverhalten postpartal depressiver Mütter.....	29
4.2 Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes.....	30

5 Versorgung peripartaler psychischer Störungen	32
5.1 Versorgungssituation in der Schweiz.....	34
5.2 Mutter-Kind-Einrichtungen	36
6 Bezug zur Sozialen Arbeit	37
6.1 Theoretische Grundlagen.....	37
6.1.1 Ökologische Entwicklungstheorie nach Bronfenbrenner	37
6.1.2 Person-in-Environment-System	38
6.1.3 Lebensweltorientierung nach Thiersch	38
6.2 Handlungsansätze der Sozialen Arbeit.....	39
6.2.1 Enttabuisierung und Entstigmatisierung.....	41
6.2.2 Interdisziplinäre Vernetzung	42
6.2.3 Ressourcenorientierte Unterstützung.....	44
6.2.4 Sozialpädagogische Familienbegleitung	45
7 Fazit	47
8 Ausblick	49
9 Literaturverzeichnis	50
10 Anhang	60
A Relevante Links und Anlaufstellen	60
B Verwendung von KI-gestützten Tools.....	61

1 Einleitung

Das erste Kapitel dieser Bachelorarbeit bietet einen Einstieg in die Thematik. Es beginnt mit der Darstellung der Ausgangslage und der Problemstellung und erläutert daraufhin die persönliche Motivation für die Wahl des Themas. Danach werden die Fragestellungen, die Zielsetzung der Arbeit sowie das methodische Vorgehen vorgestellt. Anschliessend erfolgt eine thematische Abgrenzung, bevor der Aufbau der gesamten Arbeit skizziert wird. Den Abschluss bildet ein Unterkapitel, in dem die wichtigsten Begriffe definiert werden.

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Wie Wolkenstein (2023) ausführt, sind etwa 10 bis 15 von 100 Frauen nach der Entbindung von einer postpartalen Depression betroffen (S. 3). Brisch (2022) geht sogar von 15 bis 20 Prozent aus (S. 190). In der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-11) sowie im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-5) wird die Postpartumphase als Zeitraum von vier bis sechs Wochen nach der Entbindung definiert. In dieser Phase ist das Risiko für eine depressive Episode bis zu doppelt so hoch wie in anderen Lebensphasen einer Frau. In der klinischen Praxis und verschiedenen wissenschaftlichen Untersuchungen werden jedoch deutlich längere Zeitfenster von bis zu einem Jahr als Postpartumperiode betrachtet. Zudem ist in dieser Zeitspanne das Risiko für eine psychiatrische Hospitalisierung im Vergleich zu allen anderen Lebensphasen signifikant erhöht (Wolkenstein, 2023, S. 3, 7).

Rohde und Dorn (2023) legen dar, dass es sich bei einer Schwangerschaft, der Entbindung eines Kindes und den damit verbundenen Lebensveränderungen um erhebliche körperliche und psychologische Prozesse handelt (S. 25). Aufgrund dessen werden oft erstmals die Verhaltensänderungen und Auffälligkeiten einer Mutter als natürliche Reaktion auf die veränderten Lebensumstände interpretiert. Besonders bei leicht ausgeprägten Störungen ist es nicht einfach einzuschätzen, ob es sich um eine psychische Erkrankung handelt oder ob das veränderte Verhalten in diesem Kontext situativ erklärbar ist. Dies führt dazu, dass psychische Störungen in der Schwangerschaft oder nach einer Geburt oft zu spät oder gar nicht erkannt werden. Viele Veränderungen lassen sich zunächst durch die äusseren Umstände erklären, etwa wenn die Mutter kaum Erholung findet, weil ihr Säugling sehr viel Aufmerksamkeit benötigt. Wenn jedoch über einen längeren Zeitraum alles normalisiert wird, kann dies zu einem andauernden Leidensweg der betroffenen Frauen und ihren Familien führen. In Einzelfällen kommt es sogar zum Suizidversuch oder zu schweren und dauerhaften Störungen in der Mutter-Kind-Beziehung (Rohde & Dorn, 2023, S. 25).

In der Schweiz sind peripartale psychische Erkrankungen ein bedeutendes, aber weiterhin unterversorgtes Gesundheitsproblem (Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe [SGGG], o. J.). Im Verlauf der Arbeit wird auf die Versorgungssituation in der Schweiz und auf mögliche Handlungsansätze der Sozialen Arbeit eingegangen.

1.2 Motivation

Das Thema wurde aufgrund des besonderen Interesses an frühkindlicher Entwicklung und Bindung ausgewählt. Im Rahmen des Studiums wurde im Modul «Sozialpädagogik der frühen Kindheit» das Thema postpartale Depression kurz behandelt, was das Interesse an dieser Problematik sofort weckte. Daraufhin wurde beschlossen, die Bachelorarbeit zu diesem Thema zu verfassen, um die Bereiche frühkindliche Entwicklung und Bindung miteinander zu verknüpfen. Ein Gespräch mit einer ehemals betroffenen Person zu Beginn der Arbeit lieferte wertvolle Einblicke und praxisnahe Anregungen, die die Relevanz und Aktualität des Themas unterstrichen.

1.3 Fragestellungen, Zielsetzung und methodisches Vorgehen

Anhand der beschriebenen Ausgangslage lässt sich folgende *übergeordnete Fragestellung* für die Bachelorarbeit ableiten:

- Welche Möglichkeiten hat die Soziale Arbeit, um Mütter mit postpartaler Depression sowie deren soziales Umfeld angemessen zu begleiten und zu unterstützen?

Zur Beantwortung dieser übergeordneten Fragestellung werden die folgenden Fragestellungen vertieft behandelt:

- *Theoriefrage 1:* Was ist eine postpartale Depression?
- *Theoriefrage 2:* Welche Zusammenhänge bestehen zwischen einer postpartalen Depression, der Mutter-Kind-Beziehung und der frühkindlichen Entwicklung?

Aufbauend auf diesen Theoriefragen wird die folgende *Praxisfrage* beantwortet:

- Welche Handlungsansätze der Sozialen Arbeit sind erforderlich, um Mütter mit postpartaler Depression und ihr soziales Umfeld wirksam zu unterstützen?

Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist es, theoretische Grundlagen zur postpartalen Depression mit deren Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung, die Bindung und die frühkindliche Entwicklung in Beziehung zu setzen. Darauf aufbauend wird untersucht, wie die Soziale Arbeit Mütter mit einer postpartalen Depression und ihr soziales Umfeld gezielt unterstützen und begleiten kann. Darüber hinaus soll diese Arbeit einen Beitrag zur Enttabuisierung und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen im Kontext von Mutterschaft leisten.

Methodisches Vorgehen

Für die Erstellung dieser Literaturlarbeit wurden unterschiedliche Suchstrategien angewendet, um eine fundierte und breite Quellenbasis sicherzustellen. In den Datenbanken Swiscovery, Google Scholar und PubMed erfolgte eine gezielte Recherche unter Verwendung von Begriffen wie «Postpartale Depression», «peripartale psychische Gesundheit», «Bindung», «kindliche Entwicklung» sowie weiteren relevanten Schlagwörtern. Neben der Recherche nach Suchbegriffen wurde in der bereits bestehenden Literatur nach weiteren relevanten Quellen gesucht. Darüber hinaus flossen Unterrichtsunterlagen von Anna Wildrich-Sanchez aus dem Modul «Sozialpädagogik der frühen Kindheit» in die Arbeit mit ein. Für zusätzliche Literaturempfehlungen wurden Expert*innen kontaktiert, darunter Sebastian Zollinger (Psychotherapeut und Dozent zu Bindung und Trauma) sowie Corinna Reck (Professorin in Deutschland zu Klinischer Psychologie des Kindes- und Jugendalters), welche an vielen Forschungsprojekten rund um das Thema Geburt beteiligt war. Zu Beginn der Arbeit wurde ein Gespräch mit einer ehemals betroffenen Person geführt, welches wertvolle Einblicke lieferte. Ergänzend wurde der Erfahrungsbericht von Ulrike Schrimpf herangezogen. Zudem konnten Vera Erni und Tina Gut, Mitarbeiterinnen des Tageszentrums Inselhof, hilfreiche Hinweise geben. Im Kapitel 5.2 wird auf das Tageszentrum Inselhof eingegangen.

1.4 Abgrenzung

Diese Bachelorarbeit legt den Fokus primär auf postpartale Depressionen bei Müttern und beleuchtet psychische Belastungen von Vätern nach der Geburt ihres Kindes nur am Rande. Der postpartale Blues sowie die postpartale Psychose werden lediglich überblicksartig dargestellt, während weitere peripartale psychische Erkrankungen, wie posttraumatische Belastungsstörungen oder Angststörungen, unberücksichtigt bleiben. Darüber hinaus wird nicht zwischen Erst- und Folgegeburten unterschieden, da dies in der Literatur meist nicht unterschieden wird.

Die Analyse konzentriert sich auf mögliche Auswirkungen im frühen Kindesalter, während langfristige Folgen bis ins Erwachsenenalter nur kurz angeschnitten werden. Ausserdem wird die Versorgungssituation peripartaler psychischer Störungen in der Schweiz untersucht, Vergleichsbeispiele aus Deutschland und Grossbritannien finden nur kurze Erwähnung.

1.5 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Bachelorarbeit ist in fünf Hauptkapitel gegliedert. Der Aufbau der Arbeit folgt chronologisch und aufeinander aufbauend anhand der im Kapitel 1.3 dargestellten Fragestellungen.

Kapitel 2 widmet sich der postpartalen Depression und ihren Auswirkungen auf die betroffene Mutter sowie ihr Umfeld. Damit wird die erste Fragestellung *«Was ist eine postpartale Depression?»* beantwortet. Zur Abgrenzung von anderen psychischen Störungen in der Postpartalzeit werden die häufigsten Störungsbilder dieser Phase vorgestellt. Ausserdem werden Definition, Symptomatik, Risiko- und Schutzfaktoren, Entstehung, Diagnosestellung sowie Behandlungsmöglichkeiten erläutert. Anschliessend folgt ein Unterkapitel zur Tabuisierung und Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen sowie ein kurzer Exkurs zur paternalen postpartalen Depression.

In den Kapiteln 3 und 4 wird die zweite Theoriefrage beantwortet: *«Welche Zusammenhänge bestehen zwischen einer postpartalen Depression, der Mutter-Kind-Beziehung und der frühkindlichen Entwicklung?»*. Kapitel 3 führt zunächst in die Grundlagen der Bindungstheorie nach John Bowlby ein, anschliessend werden die Entwicklung früher Bindungsorganisationen und deren Bedeutung für die psychische Entwicklung von Kindern dargestellt. Den Abschluss bildet die Betrachtung von Bindungsstörungen und deren Zusammenhang mit postpartaler Depression.

Kapitel 4 baut auf diesen theoretischen Grundlagen auf und untersucht die Folgen postpartaler Depression für die Mutter-Kind-Beziehung und die frühkindliche Entwicklung. Hierbei werden das Konzept der Feinfühligkeit sowie das Interaktionsverhalten betroffener Mütter erläutert und mögliche Folgen für die kindliche Entwicklung dargestellt.

Kapitel 5 behandelt die Versorgungslage peripartaler psychischer Störungen in der Schweiz und geht auf Mutter-Kind-Einrichtungen ein. Es wird dargestellt, welche psychiatrischen Kliniken und Institutionen stationäre Betreuungsplätze für betroffene Frauen anbieten, ergänzt durch kurze Vergleichsbeispiele aus Deutschland und Grossbritannien.

Kapitel 6 beantwortet die Praxisfrage: *«Welche Handlungsansätze der Sozialen Arbeit sind erforderlich, um Mütter mit postpartaler Depression und ihr soziales Umfeld wirksam zu unterstützen?»*. Auf Basis der ökologischen Entwicklungstheorie, des Person-in-Environment-Systems und der Lebensweltorientierung werden praxisrelevante Handlungsempfehlungen abgeleitet.

Kapitel 7 fasst die wichtigsten Erkenntnisse für die Praxis zusammen und beantwortet so die übergeordnete Fragestellung: *«Welche Möglichkeiten hat die Soziale Arbeit, um Mütter mit postpartaler Depression sowie deren soziales Umfeld angemessen zu begleiten und zu unterstützen?»*. Kapitel 8 gibt einen Ausblick auf mögliche weitere Auseinandersetzungen mit der Thematik.

1.6 Definition zentraler Begriffe

Für die Zielgruppe der vorliegenden Bachelorarbeit werden gängige Begriffe der Sozialen Arbeit vorausgesetzt und von der Autorin nicht weiter erläutert. Spezifische Fachbegriffe, welche für diese Arbeit von Bedeutung sind, werden in den jeweiligen Kapiteln definiert.

Postpartale Depression

In dieser Arbeit wird der deutsche medizinisch korrekte Begriff «postpartale Depression» verwendet, obwohl im Alltag häufig von einer «postnatalen Depression» gesprochen wird. Der Begriff «postpartal» bezieht sich auf die Zeit nach der Entbindung und damit auf die Mutter, während «postnatal» die Zeit nach der Geburt aus Sicht des Kindes beschreibt. In der englischen Fach- und Umgangssprache wird hingegen oft der Begriff postnatal verwendet (Rohde & Dorn, 2023, S. 20).

Antepartale Depression

Treten depressive Episoden bereits während der Schwangerschaft auf, spricht man von einer «antepartalen Depression». Solche Episoden kommen mindestens ebenso häufig vor wie depressive Erkrankungen in den Wochen oder Monaten nach der Geburt eines Kindes (Wolkenstein, 2023, S. 6).

Peripartal

Der Begriff «Peripartal» umfasst die Zeit vor und nach der Entbindung. In diese Kategorie gehört beispielsweise eine Depression, welche vor oder nach der Entbindung beginnen kann (Rohde & Dorn, 2023, S. 20).

Dieser Begriff wird immer häufiger verwendet aufgrund der Erkenntnis, dass sich der Beginn psychischer Probleme im Zusammenhang mit Schwangerschaften und Geburten gar nicht genau zeitlich einordnen lässt. Erste Anzeichen einer Depression können bereits vor der Entbindung auftreten und sich danach verstärken (Rohde & Dorn, 2023, S. 20). Somit eignet sich der Begriff peripartal, um ante- und postpartale depressive Episoden zusammenzufassen (Wolkenstein, 2023, S. 6).

2 Peripartale psychische Störungen

In diesem Kapitel wird die erste Theoriefrage «*Was ist eine postpartale Depression?*» beantwortet. Zunächst wird ein allgemeiner Überblick über peripartale psychische Störungen gegeben. Anschliessend erfolgt eine kurze Erläuterung des sogenannten postpartalen Blues. Daraufhin rückt die postpartale Depression als häufigste peripartale psychische Störung in den Mittelpunkt und wird ausführlich beschrieben. Im Anschluss wird die postpartale Psychose kurz dargestellt. Ein weiteres Unterkapitel widmet sich der Tabuisierung und Stigmatisierung psychischer Erkrankungen. Zum Abschluss enthält das Kapitel einen Exkurs zur paternalen postpartalen Depression.

Allgemeiner Überblick

In der Schweiz wird etwa jede sechste Frau während der Schwangerschaft oder im ersten Jahr nach einer Geburt wegen psychischer Probleme behandelt. Dies entspricht einer Prävalenzrate von etwa 17 % pro Jahr für eine peripartale psychische Störung. Wenn unbehandelte Frauen miteingeschlossen würden, ergäbe sich vermutlich eine deutlich höhere Prävalenz von peripartalen psychischen Störungen (Berger, 2019, S. 17).

Die langfristigen Folgen unbehandelter peripartaler psychischer Störungen verursachen rund 25-mal höhere Kosten als der Aufbau und die Aufrechterhaltung einer wirksamen Versorgungsstruktur für betroffene Frauen. Diese erheblichen gesellschaftlichen und ökonomischen Belastungen unterstreichen die Notwendigkeit einer adäquaten Versorgung peripartal psychisch erkrankter Frauen (Berger, 2019, S. 18).

Psychische Störungen bei Eltern haben weitreichende Folgen für Betroffene, deren Partner*innen sowie deren Kinder (Mulder et al., 2002; zit. in Forster, 2023, S. 12). Die Betroffenen stehen unter einem erhöhten Risiko für körperliche Erkrankungen, Ausgrenzung, soziale Konflikte, finanzielle Probleme und Paarprobleme. Für Partner*innen von Betroffenen besteht ebenfalls ein erhöhtes Risiko, psychische Probleme zu entwickeln. Bei Vätern gilt eine psychische Erkrankung ihrer Partnerin als Hauptrisikofaktor für die Entwicklung einer eigenen psychischen Erkrankung (Ansari et al., 2021, S. 1187).

Bettina Salis (2025) teilt die psychischen Störungen nach der Geburt in folgende drei Bereiche ein:

- Postpartaler Blues
- Postpartale Depression
- Postpartale Psychose (S. 2).

2.1 Postpartaler Blues

Für diesen Begriff werden auch die Synonyme «postpartale Dysphorie» oder «Babyblues» verwendet. Der Begriff Babyblues ersetzt das abwertende deutsche Wort «Heultage» (Salis, 2025, S. 4). Der postpartale Blues ist ein gewöhnliches Phänomen und tritt etwa bei 50 % aller Mütter auf. Die Betroffenen entwickeln in den ersten Tagen nach der Entbindung eine depressiv-labile Stimmungslage, welche auf die Lebensumstellung und die hormonellen Veränderungen zurückzuführen sind (Reiner-Lawugger, 2016, S. 150-151). Der postpartale Blues zeigt sich durch einen sehr schnellen Wechsel zwischen Glücklichkeit, Weinen oder Reizbarkeit (Rohde & Dorn, 2023, S. 27).

Chechko et al. (2024) weisen darauf hin, dass die Symptome des Babyblues in der Regel spätestens nach zwei Wochen abklingen. Bei einigen Frauen bestehen die Symptome jedoch länger und können in klinisch relevante Stimmungsstörungen übergehen. Im klinischen Kontext sollte der Babyblues daher als wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung einer postpartalen Depression betrachtet werden (S. 1).

2.2 Postpartale Depression

Die postpartale Depression ist die häufigste psychische Erkrankung in der peripartalen Zeit (Reiner-Lawugger, 2016, S. 151). Im Folgenden werden Definition, Symptomatik, Ursachen und Entstehung sowie Diagnostik und Behandlung einer postpartalen Depression dargestellt.

2.2.1 Definition

Für diesen Begriff werden auch die Synonyme «Wochenbettdepression» und «Postnatale Depression» verwendet (Rohde & Dorn, 2023, S. 27). Als postpartale Depression werden alle schweren, länger dauernden und behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen im ersten Jahr nach einer Entbindung definiert (Reiner-Lawugger, 2016, S. 151). Eine postpartale Depression kann in den ersten Tagen oder Wochen nach der Entbindung auftreten, manchmal aber auch erst Monate später. Ihre Dauer hängt vom Schweregrad ab und kann von einigen Wochen bis zu mehreren Monaten oder länger dauern (Rohde & Dorn, 2023, S. 27).

Laut Salis (2025) entwickeln sich jedoch die meisten postpartalen Depressionen in den ersten Wochen bis spätestens drei Monate nach der Geburt (S. 7). Da der Postpartalzeitraum nicht einheitlich definiert ist, variieren auch die Untersuchungszeiträume in Studien zur Häufigkeit postpartaler Depressionen und reichen je nach Autor*innen von etwa sechs Wochen bis zu einem Jahr nach der Geburt (Riecher-Rössler & Hofecker Fallahpour, 2003, S. 107).

Wie im Kapitel zur Ausgangslage bereits ausgeführt, sind laut Wolkenstein (2023) etwa 10 bis 15 von 100 Frauen nach der Entbindung von einer postpartalen Depression betroffen (S. 3). Brisch (2022) spricht sogar von 15 bis 20 Prozent (S. 190). Die postpartale Depression wird als schwere psychische Störung eingestuft, welche die Bindung zwischen Mutter und Kind stark beeinträchtigen kann und möglichst frühzeitig behandelt werden sollte (Brisch, 2022, S. 190).

2.2.2 Symptomatik

Das klinische Bild einer postpartalen Depression unterscheidet sich grundsätzlich nicht von depressiven Episoden, welche unabhängig von einer Schwangerschaft auftreten. Zu den allgemeinen depressiven Symptomen gehören beispielsweise Niedergeschlagenheit, häufiges Weinen, deutlich gereizte Stimmung, ausgeprägte Energielosigkeit sowie ein Gefühl der inneren Leere. Bei Frauen mit einer postpartalen Depression zeigen sich zusätzlich Symptome, welche inhaltlich einen Bezug zur Auseinandersetzung mit dem Säugling und dem Thema Mutterschaft aufweisen. Zu diesen kindbezogenen Symptomen gehören beispielsweise ambivalente und/oder negative Gefühle gegenüber dem Kind oder das Gefühl, mit dem Kind nichts anfangen zu können. Wenn die Mütter sich nur eingeschränkt oder gar nicht in der Lage fühlen, eine emotionale Bindung zu ihrem Kind aufzubauen, führt dies zu massiven Insuffizienz- und Schuldgefühlen (Wolkenstein, 2023, S. 3-4). Unter Insuffizienzgefühlen wird ein Gefühl von vermindertem Selbstwert, (Leistungs-)Fähigkeit und Nicht-Genügen verstanden. Insuffizienzgefühle sind ein typisches Symptom einer Depression (Pschyrembel Online, o. J.).

Im Rahmen einer postpartalen Depression kann es auch zu ungewollten, sich aufdrängenden Gedanken kommen, dem Kind etwas anzutun. Dies verschärft die Schuldgefühle noch mehr (Wolkenstein, 2023, S. 3). Laut den Erkenntnissen aus einer Studie von Batra und Hohagen (2016) haben etwa 20 – 40 % der depressiven Mütter Zwangsgedanken, ihrem Kind etwas anzutun. Diese Gedanken werden aber sehr selten in die Tat umgesetzt (S. 17).

Es ist zu beachten, dass die Symptomatik postpartaler Depressionen stark variieren kann und individuell unterschiedlich ausgeprägt ist. Betroffene Frauen können beispielsweise eine positive Bindung zu ihrem Kind verspüren, gleichzeitig jedoch von anhaltenden Ängsten begleitet werden, den Ansprüchen an eine «gute Mutter» oder den gesellschaftlichen Erwartungen nicht gerecht zu werden (Schrimpf, 2013, S. 30).

2.2.3 Ursachen und Krankheitsentstehung

Das multifaktorielle Vulnerabilitäts-Stress-Modell kann aus heutiger Sicht die Ursache und die auslösenden Faktoren einer postpartalen Depression am besten erklären. Nach diesem Modell wird davon ausgegangen, dass Frauen bereits vor der Schwangerschaft beziehungsweise der Postpartumphase physiologische und psychologische Vulnerabilitäten aufweisen. Die mit der Geburt verbundenen Stressoren können dann die Entwicklung einer depressiven Symptomatik begünstigen (Volkenstein, 2023, S. 25).

Nachfolgend wird das Vulnerabilitäts-Stress-Modell erklärt und auf eine postpartale Depression bezogen.

Vulnerabilitäts-Stress-Modell - Fallbeispiel postpartale Depression

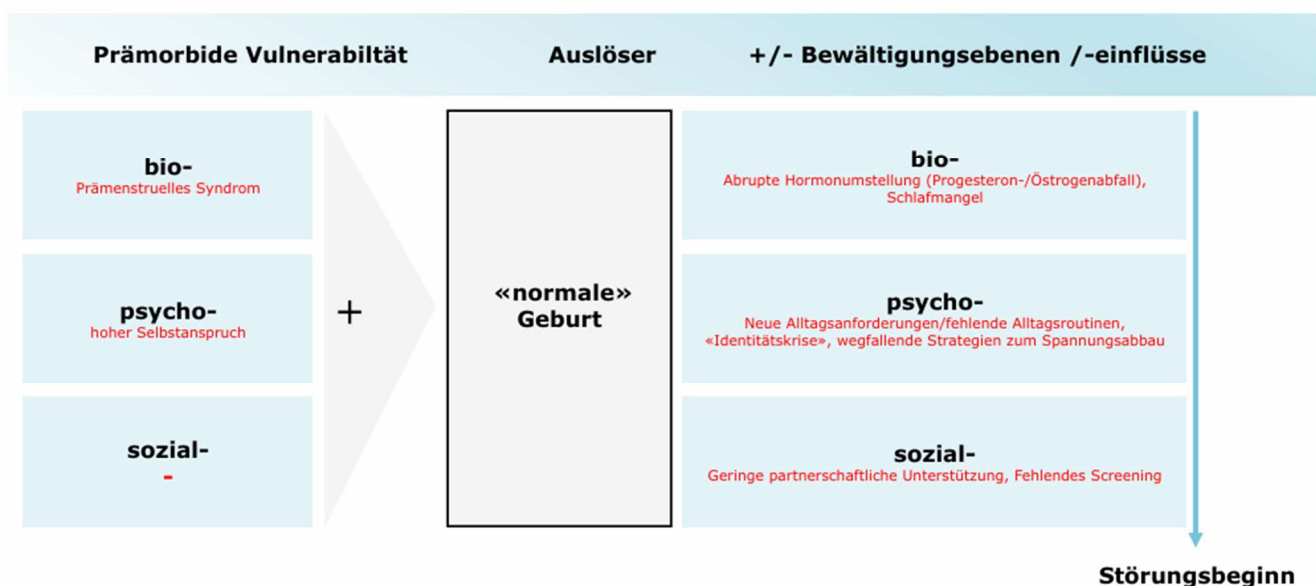


Abbildung 1: Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Berking, 2012; zit. in und leicht modifiziert nach Wildrich-Sanchez, 2025)

Die Vulnerabilität beschreibt die Anfälligkeit einer Person für eine psychische Erkrankung und setzt sich aus biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren zusammen. Zu den biologischen Faktoren gehören beispielsweise das Alter, die genetische Veranlagung oder das Geschlecht. Zu den psychologischen Faktoren gehören das Temperament, das Bindungsverhalten oder die persönlichen Ziele. Und zu den sozialen Faktoren gehören das elterliche Erziehungsverhalten, der sozioökonomische Status oder Peer-Einflüsse (Berking, 2012, S. 21).

Angelehnt an die Grafik (siehe Abbildung 1) kann dies bezogen auf eine postpartale Depression folgendermassen aussehen:

- **Biologisch:** Das prämenstruelles Syndrom kann ein Risikofaktor für die Entstehung einer postpartalen Depression sein.
- **Psychologisch:** Ein hoher Selbstanspruch kann zu einer erhöhten Vulnerabilität führen.
- **Sozial:** Eine unzureichende partnerschaftliche Unterstützung kann ein sozialer Risikofaktor sein.

Als Auslöser gelten akute oder kumulative Belastungen. Dazu zählen beispielsweise kritische Lebensereignisse, Verluste und Konflikte oder Verletzung von Grundbedürfnissen (Berking, 2012, S. 21).

Der Auslöser kann ein Geburtsverlauf ohne Komplikationen sein. Es muss nicht zwingend eine traumatische Geburt gewesen sein, um eine postpartale Depression zu entwickeln (siehe Abbildung 1).

Die Bewältigungsebenen beziehungsweise -einflüsse werden ebenfalls in biologisch, psychologisch und sozial unterteilt. Bei der **biologischen Bewältigungsebene** kommt es darauf an, wie die Frau die Geburt körperlich verkraftet. Wie stark ist der Babyblues, wie steht es um den Schlafmangel und inwiefern spürt sie die abrupte Hormonumstellung. Auch ein unauffälliger Geburtsverlauf bringt zahlreiche biologische Folgen mit sich, deren Bewältigung individuell erfolgt (siehe Abbildung 1).

Auf der **psychologischen Bewältigungsebene** erleben einige Frauen nach der Geburt eine Identitätskrise. Das Einfinden in neue Alltagsstrukturen braucht Zeit und bringt Herausforderungen mit sich. Zudem fallen Strategien zum Spannungsabbau weg. Beispielsweise war Joggen eine Strategie, welche aber nach der Entbindung noch nicht möglich ist (siehe Abbildung 1).

Und zuletzt wird die **soziale Bewältigungsebene** betrachtet. Dabei geht es unter anderem darum, wie der Partner oder die Partnerin auf die neue Situation reagiert, wie das Unterstützungsnetzwerk von Eltern in den ersten Monaten nach der Geburt gestaltet ist und welche Lebensumstände sie haben. Zudem ist auf der Abbildung das fehlende Screening aufgeführt. Wenn Erkrankte zu wenig vernetzt sind, die Scham oder der Druck der Gesellschaft zu hoch ist und sie zum Beispiel medizinische Untersuchungen nicht wahrnehmen, kann eine postpartale Depression zu spät oder gar nicht erkannt werden (siehe Abbildung 1).

Risikofaktoren für eine postpartale Depression

Je nach Quelle werden unterschiedliche Risikofaktoren für eine postpartale Depression genannt.

Laut Wolkenstein (2023) lassen sich die psychosozialen Risikofaktoren für eine postpartale Depression, die in der Regel bereits vor der Schwangerschaft und Geburt des Kindes bestehen, in vier Bereiche einteilen (S. 26):

1. Risikofaktoren im Zusammenhang mit der physischen und psychischen Gesundheit der Mutter

Frühere depressive Episoden, vorbestehende Angststörung, prämenstruelle dysphorische Störung (postpartaler Blues), Substanzmissbrauch, familiäre Belastung mit Depression, allgemein psychische Störungen in der Vorgeschichte, chronische körperliche Erkrankung (Wolkenstein, 2023, S. 27).

In verschiedenen Untersuchungen konnte aufgezeigt werden, dass insbesondere Angststörungen und vorbestehende Depressionen das Risiko für eine postpartale Depression deutlich erhöhen (Wolkenstein, 2023, S. 26).

2. Umweltbezogene Risikofaktoren

Konfliktreiche Paarbeziehung, Migration, geringe soziale Unterstützung, Missbrauchserfahrungen, ungünstige Wohnverhältnisse, Probleme in der frühen Kindheit der Mutter, häusliche Gewalt, belastende/stressreiche Lebensereignisse (unter Umständen mit der Schwangerschaft assoziiert oder auch kindbezogen), allgemein gestörte Sozialbeziehungen (Wolkenstein, 2023, S. 27).

Das Risiko für eine postpartale Depression ist dann besonders erhöht, wenn die Frau nur geringe Unterstützung von ihrem Umfeld erhält und die Qualität einer bestehenden Paarbeziehung schlecht ist. Zudem erhöhen belastende Lebensereignisse das Risiko für die Entstehung einer postpartalen Depression (Wolkenstein, 2023, S. 26-27).

3. Risikofaktoren im Zusammenhang mit der Persönlichkeit und den Einstellungen der Mutter

Persönlichkeit mit hohem Selbstanspruch, geringes Selbstwertgefühl, unsicheres Bindungsmuster der Mutter, negative Einstellung gegenüber der Schwangerschaft (Wolkenstein, 2023, S. 27).

4. Soziodemografische Risikofaktoren

Höheres Lebensalter der Mutter (bei Frauen mit Depression in der Vorgeschichte), junges Lebensalter, Singlestatus (Wolkenstein, 2023, S. 27).

In den vergangenen Jahren konnte aufgezeigt werden, dass soziodemografische Faktoren, wie etwa das Alter einer Frau, weit weniger aussagen als noch vor einigen Jahren angenommen (Wolkenstein, 2023, S. 27).

Weitere Risikofaktoren

Schwangere mit einer Fehlgeburt in der Vorgeschichte erleben häufiger psychische Symptome in einer Folgeschwangerschaft, haben einen höheren Bedarf an gynäkologischen Untersuchungen und ein grösseres Risiko für Komplikationen vor, während und nach der Geburt. Deshalb ist eine zeitnahe Behandlung zentral (Devlin et al., 2016, S. 30).

Nehls et al. (2024) untersuchten in der Studie «Risk for Postpartum Depression» spezifische Risikofaktoren und Prädiktoren für postpartale psychische Anpassungsprozesse (S. 176). Hormonelle Risikofaktoren, wie der postpartale Blues und das prämenstruelle Syndrom, gehören zu den relevantesten Einflussgrössen (Chechko et al., 2024, S. 1). Frauen mit einem schweren postpartalen Blues sowie Frauen mit einem schweren prämenstruellen Syndrom (PMS) haben jeweils ein 8- bis 10-fach erhöhtes Risiko, im Laufe des Wochenbettes eine postpartale Depression zu entwickeln (Chechko et al., 2024, S. 2). Die Kombination von schwerem postpartalen Blues und schwerem PMS führt zu einem fast 13-fach erhöhten Risiko für eine postpartale Depression. Basierend auf den Screenings zu PMS-Symptomen in Kombination mit einem Screening zu Babybluessymptomen konnten die Forschenden das basierende Risiko an einer postpartalen Depression zu erkranken, mit einer Sensitivität von 83 % in der ersten Woche nach der Geburt vorhersagen (Steiner et al., 1980; zit. in Nehls et al., 2024, S. 180).

Wolkenstein (2023) führt aus, dass neben den beschriebenen Vulnerabilitätsfaktoren zudem verschiedene Stressoren einen Einfluss auf die Entstehung einer postpartalen Depression haben können. Viele Mütter müssen in der Zeit nach der Entbindung mit wenig Schlaf auskommen. Zudem kommt es zu einer Veränderung der bisherigen Selbstbestimmung, da die Neugeborenen sehr viel Aufmerksamkeit und Zuwendung der Eltern erfordern. Weiter führt die Geburt eines Kindes in der Regel zu einer Neuorientierung in der Partnerschaft sowie auch zu beruflichen und finanziellen Veränderungen. Die Mutter ist gefordert, sich an all diese Umstände anzupassen (S. 31).

Zusätzliche Faktoren können den Übergang in die Elternschaft erschweren. Eine ungeplante oder ungewollte Schwangerschaft kann die bereits erwähnten Stressoren erhöhen. Darüber hinaus können medizinische Komplikationen während der Schwangerschaft und Geburt für die betroffenen Frauen zu einer physischen und psychischen Belastung führen (Wolkenstein, 2023, S. 31-32). Auch ein herausforderndes kindliches Temperament, wenn das Neugeborene beispielsweise viel weint, Krankheiten des Kindes oder eine mangelnde Mutter-Kind-Passung können einen Einfluss auf die psychische Gesundheit der Mutter haben (Wolkenstein, 2023, S. 31-32).

Wenn die kindlichen Bedürfnisse mit den Anforderungen und Unterstützungsangeboten der Umwelt übereinstimmen, kann von einer «Passung» oder einem «Fit» zwischen beidem gesprochen werden. Der Begriff «Goodness of fit» wurde durch die Forschungsarbeiten von Chess und Thomas (1984) geprägt (Chess & Thomas, 1984; zit. in Benz & Scholtes, 2014, S. 163). Laut dem Goodness-of-fit-Modell treten Störungen stets dann auf, wenn das Kind und seine Umwelt nicht zueinander passen, also wenn die Umweltanforderungen nicht auf die Besonderheiten des Kindes zugeschnitten sind (Chess & Thomas, 1977; zit. in Asisi, 2015, S. 87). Um ein Beispiel zu nennen: Ein Säugling mit einem besonderen Bedürfnis nach Ruhe wird bei Eltern, die selbst eher ruhig sind, vermutlich keine Passungsschwierigkeiten haben, während ein solches Kind mit unternehmenslustigen Eltern sein Bedürfnis stärker einfordern muss. Eine optimale Passung ist nie langfristig gegeben. Die Eltern sind ständig gefordert, sich neu auf ihr Kind einzustellen (Benz & Scholtes, 2014, S. 163). Andere akute oder chronische Stressoren, welche unabhängig von der Elternschaft auftreten, können die Entwicklung einer postpartalen Depression begünstigen. Dies können beispielsweise der Arbeitsplatzverlust, soziale Konflikte oder eingeschränkte finanzielle Ressourcen sein (Wolkenstein, 2023, S. 31–32).

Es ist empfehlenswert, die Eltern nach dem Vorliegen wichtiger Risikofaktoren zu fragen und sie in besonderen Risikophasen enger zu begleiten. Ärzt*innen sollten während der Schwangerschaft erheben, ob die schwangere Person oder ihr Partner beziehungsweise ihre Partnerin eine psychiatrische Erkrankung in der Vorgeschichte erlebte oder deren biologische Verwandten betroffen waren. Weiter sollte erhoben werden, ob es traumatische Erlebnisse, wie sexuelle Übergriffe, Vernachlässigung oder Gewalt in der Vergangenheit gegeben hat (Sylvén et al., 2013, S. 179).

Neben den Risikofaktoren gibt es Schutzfaktoren, welche risikomindernd wirken:

Individuelle Schutzfaktoren

Elternsein erfordert neue Fähigkeiten, welche Zeit, Energie und Lernbereitschaft bedingen. Zur Bewältigung von Herausforderungen helfen individuelle Schutzfaktoren wie beispielsweise Optimismus, Offenheit für Neues, Flexibilität, Kommunikation und aktive Problembewältigung. Besonders in stressreichen Zeiten ist es wichtig, den Blick auf positive Aspekte zu richten und Aktivitäten einzuplanen, die guttun (Meier, 2021, S. 8-9).

Positive Erlebnisse fördern die Anpassung an die Elternrolle. Zudem tragen körperliche Aktivitäten wie Bewegung, Yoga oder Atemübungen zur Verbesserung von Stimmung, Wohlbefinden und Gesundheit bei. Es konnte nachgewiesen werden, dass bereits in der Schwangerschaft physische Aktivitäten einen positiven Einfluss auf die Gesundheit der Mutter und auf den Fötus haben (Meier, 2021, S. 8-9).

Soziale Schutzfaktoren

Soziale Unterstützung und stabile Beziehungen sind eine zentrale Ressource für die psychische Gesundheit. Eine unterstützende Partnerschaft, Familie, Freundschaften oder auch Online-Communitys können das Wohlbefinden fördern. Die Forschung zeigt, dass für die psychische Gesundheit von Menschen wohlwollende, stabile und einfühlsame Beziehungen zentral sind (Meier, 2021, S. 9–10). Diese bilden die beste Grundlage für eine gesunde Entwicklung eines Kindes. Es können jedoch nicht alle Menschen auf gleich viele soziale Ressourcen zurückgreifen. Menschen mit geringem Einkommen, Alleinerziehende oder Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen verfügen oft über weniger soziale Ressourcen. Daher sind Gemeinschaftsangebote wie Gemeindezentren, Unterstützungsprogramme oder Online-Communitys wichtige Möglichkeiten zur Vernetzung und gegenseitigen Hilfe (Meier, 2021, S. 9–10).

Umweltbezogene Schutzfaktoren

Finanzielle Sicherheit und eine erfüllende, familienkompatible Berufstätigkeit fördern die psychische Gesundheit. Gute Arbeitsbedingungen wirken sich positiv auf Eltern und Kinder aus, zudem können Arbeitgebende durch Unterstützungsprogramme einen wichtigen Beitrag leisten. Kindertagesstätten und Spielgruppen unterstützen berufstätige Eltern und ermöglichen sichere Bindungen auch zu Betreuungspersonen ausserhalb der Familie. Entscheidend sind dabei die individuellen Bedürfnisse des Kindes. Die Gesundheit und das Wohlbefinden der Eltern sowie eine vertrauensvolle Begleitung durch Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialsystem sind zentrale Grundlagen für psychische Stabilität (Meier, 2021, S. 10–11).

Resilienz

Damit verknüpft ist auch der Begriff der Resilienz, der im Vulnerabilitäts-Stress-Modell eine zentrale Rolle spielt. Resilienz bezeichnet die Fähigkeit eines Individuums, erfolgreich mit belastenden Lebensumständen und Stressfolgen umzugehen (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2018, S. 4).

Schutzfaktoren wirken daher nicht isoliert, sondern stärken die psychische Widerstandskraft und beeinflussen, wie eine Frau Belastungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett bewältigt. Resilienz entsteht nicht als angeborene Eigenschaft, sondern entwickelt sich im Verlauf des Lebens durch positive Bindungs- und Beziehungserfahrungen sowie durch das Erleben eigener Bewältigungskompetenz. Besonders bedeutend sind dabei die ersten Lebensjahre (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2018, S. 4). In Bezug auf die postpartale Depression kann daraus abgeleitet werden, dass Frauen mit einer höheren Resilienz trotz bestehender Risiken weniger anfällig für eine postpartale Depression sind oder schneller in die Stabilität zurückfinden.

2.2.4 Diagnosestellung und Behandlung

Für die postpartale Depression gibt es weder im ICD-10/11 noch im DSM-5 eine eigenständige diagnostische Kategorie, da sie dem Bild einer depressiven Episode in anderen Lebensphasen ähnelt (Wolkenstein, 2023, S. 6). Für die Diagnosestellung müssen depressive Kernsymptome und der Schweregrad bestimmt werden (Dorn & Rohde, 2021, S. 128). Das DSM-5 und ICD-11 definieren die ersten vier bis sechs Wochen nach der Geburt als kritisches Zeitfenster für den Beginn einer postpartalen Depression (Meltzer-Brody, 2018; zit. in Nehls et al., 2024, S. 176). Obwohl dieses Zeitfenster bekannt ist, bestehen gravierende Lücken in der Identifizierung und Behandlung einer postpartalen Depression (Payne & Maguire, 2019, S. 165).

Da Sorgen und Ängste in der Zeit rund um die Geburt normal sind, ist es nicht immer einfach zu erkennen, wann diese ein klinisch relevantes Ausmass erreichen. Dabei ist die Einordnung psychischer Belastungen in der Primärversorgung zentral, damit Betroffene erkannt und adäquat betreut werden (Reilly et al., 2020, S. 53). Ein verbreitetes Screening-Instrument ist die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Wenn ein Wert über 12 oder 14 erreicht wird, sollte eine genauere diagnostisch psychiatrische Abklärung erfolgen, um herauszufinden, ob eine postpartale Depression vorliegt (Reiner-Lawugger, 2016, S. 151). Der EPDS-Fragebogen ist auf der Webseite «Periparto» in mehreren Sprachen verfügbar, ersetzt aber keine klinische Diagnose (Periparto, o. J.). Wenn die Messungen über zwei Wochen über dem kritischen Wert liegen, sollte zeitnah professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden. Die Studienlage zeigt auf, dass die Verwendung standardisierter Screenings bei allen Eltern dazu führt, dass Betroffene nicht nur rascher erkannt werden, sondern auch besser dazu motiviert werden können, Unterstützungsangebote anzunehmen (Reilly et al., 2020, S. 52).

Die Hälfte aller Betroffenen erfüllt bereits im Verlauf der Schwangerschaft die Kriterien für eine depressive Episode (Bennett, 2004; zit. in Forster, 2023, S. 13). Deshalb ist es zentral, schon in der Schwangerschaft auf psychische Symptome zu achten. Es wird empfohlen, dass die Screening-Fragebögen von allen Eltern (schwangere Person und Partner*in) bereits während der Schwangerschaft, wöchentlich in den ersten vier Wochen nach der Geburt und dann monatlich bis ein Jahr nach der Geburt ausgefüllt werden (Forster, 2023, S. 13). Unzureichendes Wissen sowie Schuld- und Schamgefühle führen oft dazu, dass Betroffene zu lange zögern, bevor sie Hilfe in Anspruch nehmen (Schipper-Kochems et al., 2019, S. 376).

Eine frühzeitige Identifizierung gefährdeter Frauen, idealerweise schon im Krankenhaus oder durch die Nachsorgehebamme, ist zentral. Um das Screening von Frauen mit erhöhtem Depressionsrisiko zu optimieren, soll bereits in den ersten Tagen nach der Geburt sowohl die Vorgeschichte als auch der Schweregrad des postpartalen Blues und des PMS erfasst werden. Dadurch kann die Dunkelziffer von nicht erkannten Fällen gesenkt und eine frühe Anbindung der betroffenen Frauen an ein klinisch-therapeutisches Setting deutlich erleichtert werden (Hahn et al., 2021, S. 1-2). Als weiterführende Empfehlung wird durch die Autorin vorgeschlagen, das Screening verpflichtend durch die Mütter- und Väterberatung einzuführen, um eine systematische Erfassung aller gefährdeten Personen sicherzustellen.

Bei Verdacht auf psychische Symptome in der Schwangerschaft sollte frühzeitig Unterstützung organisiert werden, um eine Verschlechterung nach der Geburt zu vermeiden. Eine medikamentöse Behandlung kann ab dem zweiten Trimester der Schwangerschaft erwogen werden, da die Effekte auf die kindliche Entwicklung nur noch gering und im Vergleich dazu für die psychische Gesundheit der Mutter besonders günstig sind (Briggs et al., 2022; zit. in Forster, 2023, S. 13).

Die Entscheidung über eine Medikation müssen jedoch stets im Einzelfall abgewogen werden (Briggs et al., 2022; zit. in Forster, 2023, S. 13). Für die Behandlung einer postpartalen Depression eignen sich psychotherapeutische Verfahren wie die interpersonelle Therapie (IPT) und die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) neben einer medikamentösen Behandlung besonders gut (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN], 2019, S. 246). Niederschwellige Angebote wie Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen können zusätzlich entlasten (Dorsch & Rohde, 2016, S. 361). Behandlungsprogramme sollten neben der Symptomreduktion auch die Mutter-Kind-Beziehung fördern. Bewährt haben sich videogestützte Interventionen, bei denen Interaktionen analysiert und positive Verhaltensmuster gestärkt werden (Thiel-Bonney, 2012, S. 417).

Im Falle einer Diagnose stehen in entwickelten Ländern psychische Versorgungsangebote zur Verfügung. Frauen mit einer schweren psychischen Erkrankung werden jedoch inadäquat betreut. Zudem gibt es erhebliche Koordinationsprobleme zwischen den verschiedenen Leistungserbringern. Dies wirkt sich nachteilig auf betroffene Frauen und ihre Familien aus (Cignacco et al, 2017, S. 26). Auf die Versorgungslage wird in Kapitel 5 und auf Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit in Kapitel 6.2 genauer eingegangen.

2.3 Postpartale Psychose

Für diesen Begriff werden auch die Synonyme «Wochenbettpsychose» oder «postnatale Psychose» verwendet (Rohde & Dorn, 2023, S. 27). Eine postpartale Psychose stellt die schwerste psychische Störung nach der Geburt dar. Zu einer postpartalen Psychose kommt es in einem bis drei Fällen auf 1000 Geburten (Salis, 2025, S. 9).

Eine postpartale Psychose kann in den ersten Tagen bis Wochen nach der Entbindung auftreten. Bei etwa 75 % der Betroffenen tritt diese innerhalb der ersten zwei Wochen auf. Die Dauer ist abhängig vom Schweregrad und klinischem Bild. Eine postpartale Psychose kann somit von einigen Tagen bis zu mehreren Monaten andauern. Zu den ersten Symptomen zählen Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, irrationale Ängste, Konzentrationsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten und weitere. Manchmal treten auch produktiv-psychotische Symptome wie Wahn oder Halluzinationen auf (Rohde & Dorn, 2023, S. 27).

2.4 Tabuisierung und Stigmatisierung

Die Geburt eines Kindes wird gesellschaftlich häufig mit Glück und der Erfüllung eines Lebensstraums verknüpft. In der Realität sind Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft jedoch oft mit erheblichen Herausforderungen, Stress und Konflikten verbunden und gehen mit einem erhöhten Risiko für psychische Belastungen einher. Die gesellschaftliche Idealvorstellung von Mutterschaft führt dazu, dass viele Frauen die unerwarteten Schwierigkeiten als besonders belastend und tabuisiert erleben (Mierau, 2019; zit. in Forster, 2023, S. 12). Hormonelle Veränderungen während der Schwangerschaft und nach der Geburt können die Unsicherheiten zusätzlich verstärken (Hofecker Fallahpour et al., 2005, S. 59). Daher profitieren Schwangere davon, wenn auch negative Veränderungen direkt angesprochen und normalisiert werden. Je stärker sich Betroffene für das Vorhandensein psychischer Symptome verurteilen oder als verurteilt erleben, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich die psychischen Symptome verstärken (Pollock et al., 2021; zit. in Forster, 2023, S. 13).

Besonders Menschen mit einer psychiatrischen Vorgeschichte erleben oft stigmatisierende Bewertungen durch ihr Umfeld, was wiederum den Selbstwert, die soziale Unterstützung und die individuelle Anpassung an die soziale Umwelt negativ beeinflusst (Monk et al., 2022, S. 4). Gesellschaftliche Erwartungen verstärken diese Belastungen zusätzlich. Obwohl viele Paare eine gleichberechtigte Aufteilung der Kinderbetreuung anstreben, übernehmen Mütter in den ersten Lebensjahren meist den Hauptanteil. Viele Frauen stellen zudem hohe Ansprüche an sich selbst und fühlen sich unter Druck gesetzt, bereits kurz nach der Geburt funktionieren zu müssen (Hofecker Fallahpour et al., 2005, S. 21). Kulturelle Normen und Rollenbilder beeinflussen, wie stark sich auch der Partner an Betreuung und Haushalt beteiligt (Schrimpf, 2013, S. 49–50). Hinzu kommt, dass viele Familien heute nicht mehr auf ein unterstützendes Umfeld zurückgreifen können. Grosseltern und Freunde wohnen oft weit entfernt oder sind selbst ausgelastet. So bleiben besonders Mütter nach der Geburt häufig allein mit den Herausforderungen und Sorgen, die das Elternsein mit sich bringt (Fink, 2024).

Psychische Erkrankungen treten in der Peripartalzeit häufiger auf als körperliche Erkrankungen. Schätzungsweise 25 % der Eltern sind in dieser Zeit davon betroffen (Schofield, 2022; zit. in Forster, 2023, S. 12). Dennoch wird in der Geburtsvorbereitung selten über psychische Schwierigkeiten gesprochen, was dazu führt, dass Erkrankungen oft lange unentdeckt und unbehandelt bleiben und die frühzeitige Inanspruchnahme professioneller Hilfe verhindert wird (Corrigan & Nieweglowski, 2019, S. 40). Die Angst vor Stigmatisierung spielt dabei eine zentrale Rolle. Viele Frauen fürchten, als «schlechte Mutter» wahrgenommen zu werden oder dass das Kind ihnen entzogen wird (Boots-Family-Trust-Alliance, 2013; zit. in Berger, 2019, S. 18).

Diese Ängste halten viele Betroffene davon ab, ihre Symptome offen zuzugeben, anzusprechen und sich therapeutisch behandeln zu lassen (Clement et al., 2015; zit in. Berger, 2019, S. 18). Eltern mit psychischen Problemen erleben sowohl im professionellen als auch im persönlichen Umfeld Stigmatisierung (Jeffery et al., 2013, S. 4). Mütter mit psychischen Erkrankungen werden im Vergleich zu Müttern mit körperlichen Erkrankungen stärker stigmatisiert (Hasson-Ohayon et al., 2018, S. 612). Durch die Wahrnehmung von Stigmata kann die Ablehnung von Hilfe begünstigt werden (Jeffery et al., 2013, S. 2).

Auch Medien tragen zur Tabuisierung und zu unrealistischen Erwartungen bei, indem sie ein idealisiertes Bild von glücklichen, leistungsfähigen Müttern vermitteln. Frauen, die nach der Geburt Traurigkeit, Überforderung oder andere negative Gefühle erleben, werten diese häufig als persönliches Versagen und fürchten gesellschaftliche Diskriminierung (Rohde & Dorn, 2023, S. 30).

2.5 Exkurs: Paternale Postpartale Depression

Dieser Begriff bezeichnet den Umstand, wenn Väter im Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes depressive Symptome entwickeln. Etwa 5 - 10 % der Väter erkranken in dieser Zeit an einer Depression. In den ersten drei bis sechs Monaten nach der Geburt eines Kindes ist die Depressionsrate bei Vätern besonders hoch. Neben den typischen Symptomen einer Depression zeigen die betroffenen Väter oft Wut, Reizbarkeit und erhöhten Alkoholkonsum. Zudem haben sie Mühe, sich mit der neuen Rolle als Vater abzufinden (Wolkenstein, 2023, S. 6).

Risikofaktoren für die Entwicklung einer paternalen postpartalen Depression sind besonders depressive Episoden in der Vorgeschichte, Partnerschaftsprobleme, ein Mangel an sozialer Unterstützung oder auch eine erhöhte Depressivität oder Ängstlichkeit während der Schwangerschaft der Partnerin (Wolkenstein, 2023, S. 6).

3 Bindungstheorie

In den Kapiteln 3 und 4 wird die zweite Theoriefrage beantwortet: *«Welche Zusammenhänge bestehen zwischen einer postpartalen Depression, der Mutter-Kind-Beziehung und der frühkindlichen Entwicklung?»*

Da eine postpartale Depression der Mutter das Bindungsverhalten des Kindes beeinflussen kann, befasst sich dieses Kapitel mit dem Thema Bindung. Zur Verdeutlichung der Zusammenhänge zwischen einer postpartalen Depression, der Mutter-Kind-Beziehung und der frühkindlichen Entwicklung wird zunächst die Bindungstheorie vorgestellt, wobei die Grundannahmen von John Bowlby skizziert werden. Anschliessend folgt eine Darstellung der Entwicklung früher Bindungsorganisationen sowie der Bedeutung von Bindung für die psychische Entwicklung von Kindern. Um dieses Kapitel abzurunden, wird zum Schluss auf Bindungsstörungen eingegangen.

3.1 Grundlagen der Bindungstheorie

Die Bindungstheorie wurde in den 1950er-Jahren vom britischen Kinderarzt und Psychoanalytiker John Bowlby begründet (Brisch, 2022, S. 37). Säuglinge und Kleinkinder haben ein besonders starkes Bedürfnis nach Bindung, da sie dadurch Schutz, Sicherheit und Geborgenheit erhalten, was für ihr Überleben grundlegend ist. Bereits Säuglinge suchen durch einen angeborenen Mechanismus automatisch Nähe und Schutz bei ihren Bezugspersonen, wodurch ihre innere Anspannung reduziert wird und sie Fähigkeiten zur Gefühls- und Impulsregulation entwickeln können (Guttmann-Steinmetz & Crowell, 2006, S. 442).

Bindung kann dabei als Regulationssystem verstanden werden, welches insbesondere in Situationen von Verunsicherung und Belastung wirksam wird. Die Bindungsperson übernimmt in diesem Sinne die Funktion einer externen Regulationshilfe und vermittelt psychologische Sicherheit. Ihre emotionale Verfügbarkeit verringert Ängste, besonders in unbekannten oder neuen Situationen (Ziegenhain, 2023, S. 79). Säuglinge sind in ihrer Affektregulation stark auf Co-Regulation durch Bezugspersonen angewiesen (Wolkenstein, 2023, S. 3). Das kindliche Bindungsverhaltenssystem ist biologisch verankert und steht in enger Wechselwirkung mit dem Pflegeverhalten der Erwachsenen. Diese gegenseitige Abstimmung sichert das Überleben des Säuglings und führt im Laufe des ersten Lebensjahres durch die ständige Interaktion und Affektregulierung zwischen dem Säugling und seinen primären Bezugspersonen zum Aufbau stabiler Bindungsbeziehungen (Hédervári-Heller, 2014, S. 58).

Besonders in den ersten Lebensjahren sind Kinder auf die emotionale Verfügbarkeit vertrauter Bezugspersonen angewiesen. Sie entwickeln ein Gefühl von Sicherheit, wenn ihre Signale, Wünsche und Bedürfnisse wahrgenommen, ernst genommen und zuverlässig befriedigt werden. Störungen in der frühkindlichen Verhaltensregulation können die Eltern-Kind-Beziehung erheblich belasten und dadurch die Bindungsorganisation des Kindes negativ beeinflussen. Gleichzeitig können Beeinträchtigungen der Bindungssicherheit selbst zur Aufrechterhaltung von Regulationsstörungen beitragen (Hédervári-Heller, 2014, S. 58).

Das Bindungsmotiv dient somit nicht nur dem körperlichen Überleben des Kindes, etwa durch Wärmeregulation oder Nahrungsaufnahme, sondern auch der Entwicklung vertrauensvoller und sicherer Beziehungen. In der Bindungstheorie verweist der Begriff Bindung sowohl auf die Aktivierung des kindlichen Bindungsverhaltenssystems als auch die spezifische Qualität einer Bezugsperson (Huber, 2024, S. 19). Bezugnehmend auf Bowlby führt Huber (2024) aus, dass das Bindungssystem kein Trieb, sondern ein zielkorrigierendes Verhaltenssystem ist, das primär durch Defiziterfahrungen aktiviert wird (S. 19). Zum Bindungsverhalten gehören alle Ausdrucksformen, die Nähe zur Bindungsperson herstellen oder sichern, wie etwa durch Anlächeln, Nachlaufen oder Weinen. Dieses Bindungsverhalten wird durch kindliche Erfahrungen von Unsicherheit ausgelöst, beispielsweise durch Trennungen, akute Bedrohungen oder Müdigkeit. Die Bindungsperson ist dabei nicht biologisch vorgegeben, sondern ergibt sich aus der emotionalen Bedeutung, die eine Bezugsperson für das Kind hat (Huber, 2024, S. 19–20).

3.2 Die Entwicklung der frühen Bindungsorganisation

Die nachgeburtliche Bindungsentwicklung kann in vier Phasen eingeteilt werden (Bowlby, 1969; zit. in Huber, 2024, S. 23-27):

1. Vorphase der Bindung (Geburt bis ca. 6. Woche)

Diese Phase wird als Vorphase der Bindung (pre-attachment) bezeichnet, da es sich noch nicht um die Bindung im eigentlichen Sinne handelt. Angeborene Signale wie Greifen, Weinen, Lächeln oder der Blick in die Augen der erwachsenen Person helfen dem Säugling in einen engen Kontakt mit anderen Menschen zu treten. In dieser frühen Entwicklungsphase spielt besonders eine feinfühlige Kooperation und Fürsorge zur Unterstützung der kindlichen Regulationsfähigkeiten eine wichtige Rolle (Bowlby, 1969, zit. in Huber, 2024, S. 23-24). Damit sich das Kind gesund entwickeln und eine sichere Bindung entstehen kann, ist zudem der Körper- und Hautkontakt zwischen Bindungsperson und Kind von grosser Bedeutung. In diesem Alter erkennen die Säuglinge ihre Mutter bereits an ihrer Stimme und ihrem Geruch (Bowlby, 1969, zit. in Huber, 2024, S. 23-24).

Säuglinge zeigen in dieser Entwicklungsphase aber noch keine Präferenz für eine bestimmte Bindungsperson. Dies zeigt sich dadurch, dass sie in der Regel nicht irritiert sind, wenn sie bei einer ihnen unbekannten Person bleiben (Bowlby, 1969, zit. in Huber, 2024, S. 23-24).

2. Phase des Bindungsaufbaus (ca. 6. Woche bis ca. 6. - 8. Monat)

In dieser Phase beginnt der Säugling in seinen Verhaltensreaktionen Unterschiede zwischen vertrauten und unbekannten Menschen zu machen. Im Alter von etwa zwei Monaten zeigt das Kind ein intentionales soziales Lächeln, welches sich vom vorherigen eher reflexhaften Lächeln unterscheidet. In dieser Altersspanne beginnt sich das Kind zunehmend an seiner ihm bekannten Bezugsperson zu orientieren. Dadurch lässt sich das Kind von seiner vertrauten Bezugsperson auch schneller beruhigen als von fremden Personen. Wenn das Kind mehrmals die Erfahrung macht, dass seine Bezugspersonen unmittelbar auf seine Signale reagieren, lernt es seiner Bezugsperson zu vertrauen und entwickelt ein Gefühl von Zuverlässigkeit. Wenn sich die primäre Bindungsperson vom Kind entfernt, zeigen Kinder in diesem Alter jedoch noch keine Anzeichen von Trennungsprotest und Trennungsangst (Bowlby, 1969; zit. in Huber, 2024, S. 24-25).

3. Phase der ausgeprägten Bindung (ca. 6. - 8. Monat bis ca. 18. Monat)

In diesem Entwicklungsstadium lassen sich beim Kind verschiedene Verhaltensmuster beobachten, die seine Bindung an eine bestimmte Person, zum Beispiel die Mutter, ausdrücken. Das Kind versucht durch Signale und Bewegungen, Nähe zur Bindungsperson herzustellen. Dazu gehört das differenzierende Weinen: Das Baby weint, wenn es von einer fremden Person gehalten wird, und beruhigt sich sofort wieder, sobald die Hauptbezugsperson es zu sich nimmt. Ausserdem zeigt das Kind in der Interaktion mit der Hauptbezugsperson deutlich mehr Signale als im Kontakt mit anderen Personen. Verlässt die Hauptbezugsperson (oft die Mutter) den Raum, reagiert das Kind mit Weinen oder Protestverhalten. Kehrt sie zurück, lächelt das Kind die Mutter an, hebt die Arme oder klatscht freudig in die Hände. Diese Beobachtungen verdeutlichen, dass das Kind aktiv Kontakt zu seiner vertrauten Bezugsperson sucht und deutliches Unbehagen zeigt, wenn diese abwesend ist (Bowlby, 1969; zit. in Huber, 2024, S. 25).

In der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres beginnt das Kind zu fremdeln, was den Aufbau weiterer Bindungen zu unbekannten Personen erschwert. Ainsworth und Bowlby legten dar, dass die Bindungsperson in dieser Phase als sichere Basis fungiert (Bowlby, 2024, S. 9).

Das Kind nutzt diese sichere Basis, um die Umgebung zu erkunden und Kummererlebnisse, wie die Anwesenheit fremder Personen, zu bewältigen. Nach der Exploration kehrt das Kind zur Bindungsperson zurück, um erneut Sicherheit zu gewinnen (Bowlby, 1969; zit. in Huber, 2024, S. 26).

4. Bindungsdifferenzierung und Aufbau reziproker Beziehungen (ca. 18. - 24. Monat und darüber hinaus)

In dieser Altersspanne sind beim Kind besonders im Bereich der kognitiven und sprachlichen Entwicklung enorme Fortschritte zu beobachten. Gegen Ende des zweiten Lebensjahres kann das Kind einige der Gründe verstehen, weshalb seine Eltern kommen und gehen. Das Kind lernt die Gefühle, Ziele und Motive der Eltern besser zu begreifen. Dieses Verständnis nutzt das Kind, indem es sich anstrengt, in der Nähe der Eltern zu bleiben und diese von Trennungssituationen abzuhalten. Mithilfe von Wörtern lernt das Kind vorübergehende Trennungen von der Bindungsperson zu tolerieren. Ab diesem Entwicklungszeitraum geht der sichtbare Trennungsstress insgesamt zurück. Das Fremdeln kann etwa bis zum 30. Lebensmonat des Kindes andauern, nach dem dritten Lebensjahr nimmt es in der Regel ab (Bowlby, 1969; zit. in Huber, 2024, S. 26-27).

Im Zeitraum dieser vier Phasen entwickelt das Kind eine emotionale Bindung zu seinen zentralen Bezugspersonen. Das Kind kann mehrere Bindungen zu verschiedenen Personen aufbauen, welche sich in ihrer Bindungsqualität unterscheiden können. So kann ein Kind aufgrund positiver Erfahrungen eine sichere Bindungsbeziehung zum Vater aufbauen, während hingegen die Bindungsqualität zur Mutter weniger vertrauensvoll und damit unsicher sein kann (oder umgekehrt). Diejenige Bezugsperson, welche im Alltag am feinfühligsten auf die Gefühle und Bedürfnisse des Kindes eingeht, wird zur Hauptbindungsperson. Wenn die Hauptbindungsperson nicht verfügbar ist, sucht das Kind weitere Bindungspersonen auf (Huber, 2024, S. 27).

3.3 Konzept der kindlichen Bindungsqualität

Das Bindungs- und das Explorationsverhalten beeinflussen sich gegenseitig. Wenn die Kinder unsicher sind oder sich unwohl fühlen, suchen sie Nähe bei ihrer Bezugsperson. Wenn sie sich hingegen sicher fühlen, explorieren sie ihre Umgebung. Jedoch konnte beobachtet werden, dass nicht alle Kinder gleich auf die Trennung der Bezugsperson reagieren (Equit & Bolten, 2018, S. 21). Mary Ainsworth baute auf Bowlbys Erkenntnissen auf und entwickelte den Fremde-Situation-Test. Die fremde Situation ist eine festgelegte Abfolge von Episoden, in deren Verlauf sich die Mutter von ihrem Kind zweimal trennt und nach einigen Minuten wieder zurückkommt (Ainsworth, 2015b, S. 321).

Durch diese Trennungssituation soll das Bindungssystem des Kindes aktiviert werden, sodass aus der Beobachtung des Verhaltens zwischen Mutter und Kind die Bindungsqualität ausgewertet werden kann. Die Untersuchung der fremden Situation wird zwischen dem 12. und 19. Lebensmonat in einem eingerichteten Spielzimmer durchgeführt, das weder Mutter noch Kind zuvor gesehen haben. Der gesamte Ablauf dauert etwa 20 Minuten und wird zur späteren Auswertung aufgezeichnet (Ainsworth, 2015b, S. 321).

Wenn man Kinder in der fremden Situation beobachtet, lassen sich unterschiedliche Reaktions- und Verhaltensweisen erkennen, welche in drei unterschiedliche Klassifikationen der Bindungsqualität sowie in eine vierte Zusatzklassifikation unterteilt werden (Ainsworth, 2015b, S. 321-322).

Sicher gebundene Kinder

Kinder, welche dieser Klassifikation zugeordnet werden, zeigen nach der ersten oder manche auch erst nach der zweiten Trennung von der Mutter deutliches Bindungsverhalten. Dies zeigt sich, indem sie nach der Mutter rufen und sie suchen. Wenn sie die Mutter nicht finden, weinen sie und sind deutlich gestresst. Auf die Rückkehr der Mutter reagieren sie mit Freude, wollen getröstet werden und suchen Körperkontakt. Sie können sich nach kurzer Zeit wieder beruhigen und sich erneut dem Spiel zuwenden (Ainsworth, 2015b, S. 322).

Unsicher-vermeidend gebundene Kinder

Diese Kinder reagieren nur wenig auf die Trennung der Mutter und zeigen kein deutliches Bindungsverhalten. In der Regel bleiben sie an ihrem Platz und spielen weiter, wenn auch mit weniger Neugier oder Ausdauer. Manchmal kann beobachtet werden, dass sie der Mutter mit den Augen folgen, wenn diese den Raum verlässt. Auf die Wiederkehr der Mutter reagieren sie eher mit Ablehnung und wollen nicht auf den Arm genommen werden (Ainsworth, 2015b, S. 322).

Unsicher-ambivalent gebundene Kinder

Diese Kinder sind nach der Trennung sehr gestresst und weinen heftig. Nach der Rückkehr der Mutter können sie von dieser kaum beruhigt werden. Oft braucht es länger, bis diese Kinder wieder einen emotional stabilen Zustand erreicht haben. Zum Teil haben sie auch nach mehreren Minuten noch Mühe zum Spiel zurückzukehren. Sie drücken einerseits den Wunsch nach Körperkontakt und Nähe aus und andererseits verhalten sie sich gegenüber der Mutter aggressiv, indem sie beispielsweise schlagen, stossen oder mit den Beinen strampeln (Ainsworth, 2015b, S. 322).

Unsicher-desorganisiertes/desorientiertes Bindungsmuster

Diese Zusatzkategorie entstand dadurch, da sich in Studien immer mehr Kinder fanden, die keiner der oben beschriebenen Kategorien zugeordnet werden konnten. Bei diesen Kindern konnten Verhaltensweisen identifiziert werden, die als unsicher-desorganisiert beziehungsweise desorientiert beschrieben werden (Main & Solomon, 1986; zit. in Brisch, 2022, S. 61). Unsicher-desorganisierte Verhaltensweisen charakterisieren sich dadurch, dass die Kinder zwar zur Mutter hinlaufen, auf halbem Weg jedoch innehalten, sich abwenden und dann wieder von ihr weggehen. Manche Kinder erstarren zudem mitten im Bewegungsablauf. Häufig treten auch stereotype motorische Verhaltens- und Bewegungsmuster auf. Forschende gehen davon aus, dass zwar das Bindungssystem dieser Kinder aktiviert ist, sich ihr Bindungsverhalten jedoch nicht in ausreichend konstanten und eindeutigen Verhaltensstrategien ausdrückt (Spangler & Grossmann, 1993; zit. in Brisch, 2022, S. 61-62).

Die beobachteten Bindungsmuster sind keine vererbten Merkmale, sondern werden durch die Erfahrungen mit den Bindungspersonen gebildet. Dabei spielt besonders die Feinfühligkeit der Bindungsperson eine zentrale Rolle (Equit & Bolten, 2018, S. 22). Darauf wird in Kapitel 4.1.1 eingegangen.

Zemp und Bodenmann (2017) legen dar, dass die Kinder zur Überzeugung gelangen, dass die Welt ein sicherer Ort ist, wenn eine sichere Eltern-Kind-Bindung aufgebaut werden konnte. Sie erfahren dadurch, dass sich jemand um sie kümmert und dass sie es wert sind, dass sie Liebe und Fürsorge von ihren Eltern erfahren. In Zeiten von Stress und Belastung kann das Kind später auf dieses verinnerlichte Wissen zurückgreifen. Damit sich ein Kind gesund und resilient entwickeln kann, ist die frühkindliche Erfahrung von Geborgenheit und Nähe von grosser Bedeutung (S. 12). Auf das Urvertrauen, welches im 1. Lebensjahr gebildet wird, wird im Kapitel 4.2 eingegangen.

3.4 Bindungsstörungen

Bindungsstörungen sind klar von unsicheren und desorganisierten Bindungsmustern abzugrenzen. Unsichere und desorganisierte Bindungen gelten als Bindungsmuster innerhalb der normalen Bandbreite von Bindungsqualitäten, während Bindungsstörungen klinische Diagnosen darstellen. Eine Bindungsstörung liegt vor, wenn ein Kind beispielsweise aufgrund schwerer Traumatisierung oder häufigem Bezugspersonenwechsel im Laufe der ersten Lebensjahre keine tragfähige Bindungsbeziehung aufbauen konnte (Hédervári-Heller, 2014, S. 62). Die Diagnose sollte nicht vor der Vollendung des ersten Lebensjahres gestellt werden und die Symptome müssen vor dem sechsten Lebensjahr beobachtet worden sein (Brisch, 2022, S. 117).

Bereits früh können Kinder hochunsichere oder desorganisierte Bindungsmuster entwickeln, insbesondere wenn ihre Eltern psychisch erkrankt sind (Ziegenhain, 2023, S. 84). Laut der Metaanalyse von Madigan et al. (2006) stehen hochunsichere beziehungsweise desorganisierte Bindungsmuster in empirischem Zusammenhang mit dysfunktionalen Verhaltensweisen von Eltern. Kleinkinder, deren Eltern sich dysfunktional verhielten, waren 3,7-mal häufiger hochunsicher desorganisiert gebunden als andere Kleinkinder (S. 104).

Allerdings bedeutet eine psychische Erkrankung der Eltern nicht automatisch, dass sie ihre Verantwortung und Sorge für ihr Kind nicht wahrnehmen können. Viele psychisch erkrankte Eltern gehen angemessen mit ihren Kindern um. Je nach Krankheitsphase können unterschiedliche Ausprägungen elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen beobachtet werden (Ziegenhain, 2023, S. 85).

Kinder, die in der Beziehungssituation Angst erleben, befinden sich in einem emotionalen Konflikt. Das kindliche Bindungssystem sucht die Nähe zur Bindungsperson, die jedoch gleichzeitig Quelle der Angst ist. Dies kann zu einem Zusammenbruch von Aufmerksamkeit und Verhaltensstrategien führen, wodurch Bewältigungs- und Emotionsregulationsfähigkeiten beeinträchtigt werden. Solche Situationen beschreiben hochunsicher-desorganisierte Bindungen oder Bindungsstörungen. Besonders kleine Kinder zeigen oft überangepasstes und auf den ersten Blick unauffälliges Verhalten. Zudem können sie bizarres Konfliktverhalten gegenüber der Bindungsperson zeigen, was sich durch Verhaltensweisen wie körperliches Erstarren über mehrere Sekunden, starke Gehemmtheit oder Furchtreaktionen äußern können. Die ICD-11 interpretiert diese angstassoziierten Verhaltensweisen erstmals als Symptome traumatisierter Kinder (Ziegenhain, 2023, S. 80).

Nach Ulrike Schimpf (2013) weisen knapp 30 % der Frauen mit einer postpartalen Depression ein erhöhtes Risiko dafür auf, dass sich bei ihrem Kind eine Bindungsstörung ausbildet. Bei nicht depressiven Müttern liegt dieser Anteil bei etwa 1 %. Zudem gilt als gesichert, dass Mütter mit einer postpartalen Depression ihren Kindern gegenüber nicht gewalttätig werden, selbst dann nicht, wenn die depressive Symptomatik mit einer Beeinträchtigung der Mutter-Kind-Interaktion einhergeht (S. 30–31).

Traumatisierte Eltern

Bei traumatisierten Eltern können die Bindungseffekte ihrer Kinder, welche sie durch Angst, Trostbedürfnis oder Ärger ausdrücken, zu einer Aktualisierung der eigenen belasteten Bindungserfahrungen führen. Daher reagieren die Eltern entweder ärgerlich abwehrend, panisch und hilflos oder erstarrt. Dadurch wird das Kind statt an das Fürsorge-Bindungs-System an das Stress-Bedrohungs-System der Eltern angepasst (Hipp, 2023, S. 74).

Ohne angemessene Regulation kann das Kind nur schwer ein kohärentes Selbstbild entwickeln und identifiziert sich teilweise mit den Traumaanteilen der Hauptbindungsperson, die in die eigene Identitätsstruktur integriert werden (Fonagy et al., 2012; zit. in Hipp, 2023, S. 75).

4 Auswirkungen einer postpartalen Depression

Aufbauend auf den theoretischen Grundlagen der Bindung wird im Folgenden dargestellt, welche Auswirkungen eine postpartale Depression auf die Mutter-Kind-Beziehung und die frühkindliche Entwicklung haben kann. Zunächst wird das Konzept der Feinfühligkeit erläutert und das Interaktionsverhalten postpartal depressiver Mütter beleuchtet. Anschliessend wird beschrieben, welche möglichen Folgen eine postpartale Depression für die Entwicklung des Kindes haben kann.

4.1 Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung

In Kapitel 3 wurde aufgezeigt, welche Aspekte wichtig sind, um eine sichere Bindung zwischen Mutter und Kind herzustellen, und dass eine sichere Basis die Ausgangslage für die kindliche Entwicklung darstellt. Anknüpfend an die vorherigen Erkenntnisse werden nun in einem weiteren Schritt die Auswirkungen der postpartalen Depression auf die Mutter-Kind-Beziehung ausgeführt. Bevor konkret auf die Auswirkungen eingegangen wird, wird die Wichtigkeit der Feinfühligkeit der Bezugspersonen erläutert.

4.1.1 Konzept der Feinfühligkeit

Ainsworth (2015b) beschrieb vier charakteristische Merkmale eines feinfühligten Pflegeverhaltens seitens der Bezugsperson:

1. Aufmerksame Wahrnehmung der kindlichen Signale, ohne durch eigene Bedürfnisse abgelenkt zu sein.
2. Richtige Deutung dieser Signale aus der Perspektive des Kindes.
3. Angemessene Reaktion, ohne Über- oder Unterstimulation.
4. Prompte Reaktion, insbesondere in den ersten Wochen, in denen das Toleranzfenster beispielsweise beim Stillen noch sehr klein ist (S. 415-416).

Die Fähigkeit zur Feinfühligkeit hängt eng mit Empathie und Mentalisierung zusammen. Mentalisierung bezeichnet die Fähigkeit, eigenes und fremdes Verhalten auf der Basis innerer Zustände wie Wünsche, Bedürfnisse und Überzeugungen zu verstehen und zwischen eigenen und fremden Perspektiven zu unterscheiden (Decety & Jackson, 2004, S. 73; Staats, 2021, S. 13). Neurobiologisch basiert Feinfühligkeit auf der Aktivität von Spiegelneuronen, die es ermöglichen, Emotionen oder Handlungen anderer nachzuvollziehen. Diese Neuronen werden aktiviert, wenn Handlungen, Emotionen oder Schmerzen anderer Personen beobachtet werden, und lösen entsprechende Reaktionen im eigenen Gehirn aus (Ferrari & Coudé, 2018; zit. in Brisch, 2022, S. 52). Dadurch entsteht die Fähigkeit zu empathischem Verhalten, etwa durch Trösten oder das Anbieten von Schutz. Ohne die Existenz von Spiegelneuronen wären Empathie, Mitgefühl und feinfühliges Handeln nicht in gleicher Weise möglich (Ferrari & Coudé, 2018; zit. in Brisch, 2022, S. 52).

Feinfühliges Reagieren, hängt von inneren emotionalen Zuständen als auch von äusseren Faktoren ab und kann zeitweise beeinträchtigt sein (Staats, 2021, S. 14). Besonders im Kontext psychischer Störungen können elterliche, kindliche und situative Einflüsse die Umsetzung erschweren. So können kindliche Bedürfnisse fehlinterpretiert werden oder eigene negative Bindungserfahrungen die empathische Reaktion beeinträchtigen. Überforderung in der neuen Elternschaft, Alleinerziehung oder ein herausforderndes kindliches Temperament können die Fähigkeit zur Feinfühligkeit weiter erschweren (Wildrich-Sanchez, 2025). Daneben können auch psychosoziale Stressfaktoren, wie beispielsweise Armut oder Partnerschaftskonflikte feinfühliges Verhalten einschränken (Equit & Bolten, 2018, S. 24-25). Schreibabys können ebenfalls dazu führen, dass die Feinfühligkeit der Eltern für eine gewisse Zeit beeinträchtigt wird (In-Albon, 2023, S. 111).

Besonders in den ersten Lebensjahren ist die Sensitivität der Bezugspersonen entscheidend, da das Kind stark auf externe Regulation seiner Bedürfnisse angewiesen ist und sich überwiegend im familiären Umfeld befindet (Wildrich-Sanchez, 2025). Eine hohe Feinfühligkeit der Bezugspersonen fördert beim Kind emotionale Sicherheit und bildet die Grundlage für eine stabile Bindungsentwicklung (Hédervári-Heller, 2014, S. 60). Schützende Faktoren zeigen sich, wenn Mütter einfühlsam, aufmerksam und sprachlich anregend mit ihrem Kind interagieren. Kinder, deren Mütter auf ihre Signale sensibel reagieren, zeigen höhere kognitive Fähigkeiten und zeigen seltener psychische Auffälligkeiten (Hohm et al., 2017, S. 215–217).

4.1.2 Interaktionsverhalten postpartal depressiver Mütter

Wie Wolkenstein (2023) ausführt, kann eine postpartale Depression die Fähigkeit zur Feinfühligkeit und Empathie deutlich beeinträchtigen und die Mutter-Kind-Interaktion erheblich stören. Betroffene Mütter zeigen häufig Passivität, reagieren weniger auf die Bedürfnisse ihrer Kinder und weisen mitunter emotionale Distanz oder Vernachlässigung auf. Die eingeschränkte Empathie und Sensitivität reduziert die emotionale Verfügbarkeit der Mutter, was sich negativ auf die Bindungsentwicklung auswirkt (S. 3-4).

Laut Equit und Bolten (2018) lassen sich Symptome des kindlichen Interaktionsverhaltens beobachten, welche auf eine gestörte Eltern-Kind-Interaktion hinweisen. Dazu gehören beispielsweise:

- Auffallende Passivität und Interesselosigkeit
- Ausgeprägte motorische Unruhe
- Gehemmte Explorations- und Spielbereitschaft im Beisein der Bezugspersonen (S. 24).

Dysfunktionale Interaktionsmuster der Eltern können sich zudem zeigen durch:

- Mangelnde Bezogenheit, zum Beispiel durch Vermeiden von Körperkontakt
- Teufelskreis negativer Reaktionen beim Schlafengehen, Beruhigen oder Füttern, bei dem sich Kind und Eltern gegenseitig verstärken
- Konflikthafte Bezogenheit, erkennbar an wiederholter, getriebener Stimulation, die die kindliche Aufnahmebereitschaft ausser Acht lässt, sowie abrupten Wechseln zwischen aufgesetzter Freundlichkeit und zurückweisender Strenge
- Weitere dysfunktionale Muster (Equit & Bolten, 2018, S. 25).

Neben den Interaktionsschwierigkeiten kann eine postpartale Depression auch das Fürsorgeverhalten langfristig beeinträchtigen. Dies kann dazu führen, dass depressive Mütter Vorsorgeuntersuchungen seltener wahrnehmen, Impfungen vernachlässigen oder Sicherheitsmassnahmen für das Kind weniger konsequent umsetzen (Wolkenstein, 2023, S. 4). Darüber hinaus leiden Betroffene oftmals unter einem eingeschränkten Kompetenz- und Beziehungserleben. Dies äussert sich in Versagensängsten, übertriebenen Sorgen um die Gesundheit des Kindes, Überforderung, Angst vor dem Alleinsein mit dem Kind oder Zwangsgedanken, dem Kind etwas anzutun (Reck, 2007, S. 238).

Studien zeigen zudem, dass depressive Mütter das Verhalten ihrer Kinder negativer wahrnehmen als objektive Beobachtende. Dies wirkt sich wiederum ungünstig auf die mütterliche Selbstwirksamkeit und die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion aus (Diego et al., 2002, S. 15). Die reduzierten elterlichen Kompetenzen können zu generalisierten negativen Beziehungserfahrungen und einer Schwächung des elterlichen Selbstvertrauens führen (Reck et al., 2022, S. 18-19).

Die Auswirkungen auf das Kind stehen in direktem Zusammenhang mit dysfunktionalen Interaktionsmustern zwischen Mutter und Kind. Postpartal depressive Mütter zeigen im Vergleich zu psychisch gesunden Müttern eine geringe Sensitivität und Responsivität, mehr negative als positive Affekte und häufig ein passives Verhalten gegenüber ihrem Kind (Field, 2010, S. 2). Diese Beeinträchtigungen spiegeln sich auch in der Erziehungshaltung wider, die oft durch Unsicherheit, Inkonsequenz und Hilflosigkeit gekennzeichnet ist (Kötter et al., 2010; zit. in Hohm et al., 2017, S. 211).

4.2 Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes

Nach der Darstellung des mütterlichen Interaktionsverhaltens werden nun die Folgen einer postpartalen Depression für die kindliche Entwicklung betrachtet. Zunächst werden die allgemeinen Entwicklungsrisiken bei Kindern psychisch erkrankter Eltern skizziert, anschliessend die Bedeutung der frühen Bindung hervorgehoben und darauf aufbauend die spezifischen Auswirkungen einer postpartalen Depression für die kindliche Entwicklung erläutert.

Entwicklungsrisiken bei Kindern psychisch erkrankter Eltern

Psychische Erkrankungen der Eltern stellen einen bedeutsamen Risikofaktor für die kindliche Entwicklung dar. Kinder psychisch erkrankter Mütter und Väter haben ein deutlich erhöhtes Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln. Neben genetischen Faktoren spielen vor allem Umweltbedingungen sowie die Qualität der frühen Eltern-Kind-Interaktion eine entscheidende Rolle. Eine rein genetische Determination kann ausgeschlossen werden, vielmehr wirken Risiko- und Schutzfaktoren in komplexen Wechselwirkungen zusammen (Ziegenhain & Deneke, 2014, S. 14-15). Das Gehirn des Neugeborenen entwickelt sich in Abhängigkeit von den frühen Interaktionserfahrungen mit der Umwelt. Bereits während der Schwangerschaft können extreme Stresserfahrungen der Mutter die Entwicklung der fetalen Gehirnstrukturen negativ beeinflussen (Schultz-Venrath, 2015, S. 138-139).

Ob Kinder Verhaltensauffälligkeiten entwickeln, hängt wesentlich vom Schweregrad und der Chronizität der elterlichen Erkrankung, der Resilienz des Kindes und den familiären Ressourcen ab (Ziegenhain, 2023, S. 85–86). Zwischen den betroffenen Kindern bestehen daher grosse individuelle Unterschiede. Weitere Einflussfaktoren sind Erziehungsstil, Temperament, Persönlichkeit und soziokulturelle Rahmenbedingungen. Werden zentrale Entwicklungsaufgaben nicht erreicht, kann dies auf eine entwicklungspsychopathologische Dynamik hinweisen (Ziegenhain, 2023, S. 85–86).

Bedeutung der frühen Bindung

Wie in Kapitel 3 ausführlich dargestellt, bildet die sichere Bindung die Grundlage für eine stabile emotionale, soziale und kognitive Entwicklung. Säuglinge und Kleinkinder psychisch erkrankter Eltern haben ein erhöhtes Risiko für unsichere Bindungen und emotionale Dysregulation (Pawils et al., 2022, S. 658; Ziegenhain & Deneke, 2014, S. 14). Dieses Risiko entsteht häufig dadurch, dass die Empathie, Fürsorge und Beziehungsfähigkeit der Mutter eingeschränkt sind. In schweren Fällen kann dies bis zu Vernachlässigung oder Misshandlung führen (Ziegenhain & Deneke, 2014, S. 14; Pawils et al., 2022, S. 658).

Diese Erkenntnisse lassen sich eng mit der psychosozialen Entwicklungstheorie von Erikson verknüpfen. Die erste Entwicklungsphase «Urvertrauen vs. Urmisstrauen» umfasst das erste Lebensjahr und bildet die Basis für alle späteren Entwicklungsaufgaben. Urvertrauen entsteht, wenn Bezugspersonen zuverlässig, feinfühlig und vorhersehbar auf die Bedürfnisse des Säuglings reagieren. Erikson zufolge führt ein Scheitern dieser frühen Entwicklungsaufgabe dazu, dass Kinder ein grundlegendes Urmisstrauen entwickeln, welches sich später in Entfremdung, chronischer Trauer, Hospitalismus oder depressiven Symptomen äussern kann (Flammer, 2017, S. 96).

Spezifische Auswirkungen einer postpartalen Depression für die kindliche Entwicklung

Eine postpartale Depression tritt in einer hochsensiblen Phase der kindlichen Entwicklung auf und kann die frühe Mutter-Kind-Beziehung stark belasten. Beeinträchtigungen der elterlichen psychischen Gesundheit in der Schwangerschaft und nach der Geburt können negative Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung sowie auf die ganze Familie haben (Meier, 2021, S. 5). Kinder postpartal depressiver Mütter zeigen häufiger Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung und haben im Kleinkindalter durchschnittlich eher niedrigere IQ-Werte (Laucht et al., 2002; zit. in Hohm et al., 2017, S. 211). Säuglinge depressiver Mütter meiden oft den Blickkontakt und weisen eine eingeschränkte Selbstregulation sowie geringe Responsivität auf (Wolkenstein, 2023, S. 5).

Zudem ist bei den betroffenen Kindern bereits in der frühen Kindheit bis zur Adoleszenz eine erhöhte Rate von internalisierender und externalisierender Psychopathologie zu beobachten (Wolkenstein, 2023, S. 5). Externalisierende Verhaltensweisen umfassen nach aussen gerichtete Aggressionen oder Sachbeschädigungen, internalisierende Symptome zeigen sich unter anderem in sozialem Rückzug oder Antriebslosigkeit (Büschi & Calabrese, 2021). Zudem treten Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) sowie aggressive und dissoziale Störungen ebenfalls vermehrt von der frühen Kindheit bis ins Jugendalter auf (Galéra et al., 2011; zit. in Hohm et al., 2017, S. 211).

Die Mannheimer Risikokinderstudie von Hohm et al. (2017) belegt, dass Kinder postpartal depressiver Mütter bis ins Erwachsenenalter Beeinträchtigungen der kognitiven, psychischen und sozial-emotionalen Entwicklung aufweisen können (S. 210). Sie zeigen häufiger unsichere Bindungen, eine verzögerte kognitive Entwicklung und geringe selbstregulatorische Fähigkeiten (Murray & Cooper, 1997, S. 254-255). Insgesamt haben sie ein 2,6-fach erhöhtes Risiko, im Laufe ihres Lebens eine psychische Störung zu entwickeln (Hohm et al., 2017, S. 214). Eine frühzeitige Erkennung und Behandlung ist daher zentral, um die transgenerationale Weitergabe depressiver Affekte zu verhindern (Tronick, 2009; zit. in Reck et al., 2022, S. 19).

5 Versorgung peripartaler psychischer Störungen

In diesem Kapitel wird zunächst allgemein auf die Versorgung peripartaler psychischer Störungen eingegangen. Anschliessend wird die Versorgungssituation in der Schweiz dargestellt und abschliessend anhand der Mutter-Kind-Einrichtungen konkretisiert.

Obwohl eine hohe Relevanz der psychischen Gesundheit der Eltern nachgewiesen werden kann, wird diese im Kontakt mit Eltern noch immer selten angesprochen. Besonders Fachpersonen ohne psychologische Ausbildung vermeiden häufig das Gespräch über das psychische Wohlbefinden. Gründe dafür sind unter anderem die Sorge, den Eltern zu nahe zu treten, Unsicherheiten im Umgang mit psychischen Themen oder die Haltung, dass dieses Aufgabenfeld nicht zu ihrem Verantwortungsbereich gehöre (Meier, 2021, S. 5-6). Forschungsergebnisse zeigen jedoch klar, dass sich Eltern wünschen, aktiv auf ihre psychische Gesundheit angesprochen zu werden. Gleichzeitig konnte nachgewiesen werden, dass Gespräche über psychisches Wohlbefinden durch Hebammen, medizinisches Personal oder Beratende das psychische Wohl der Eltern stärken und die Versorgungssituation verbessern können (Meier, 2021, S. 5-6).

Eine bereits bestehende, vertrauensvolle Beziehung zwischen Eltern und Fachpersonen erhöht zusätzlich die Chance, psychische Belastungen frühzeitig und niederschwellig zu thematisieren. Wenn Fachpersonen Mütter und Väter in ihrem psychischen Wohlbefinden unterstützen, profitiert letztlich die gesamte Familie, sowohl psychisch als auch physisch (Meier, 2021, S. 5–6).

Psychische Krisen während der Schwangerschaft und nach der Geburt können zu schweren psychischen Störungen führen, weshalb Betroffene zeitnah professionelle Unterstützung benötigen. Fachpersonen und Angehörige sollten daher Verhaltensänderungen ernst nehmen und die Symptome nicht auf hormonelle Stimmungsschwankungen reduzieren, sondern rechtzeitig adäquate Hilfe suchen und vermitteln (Reiner-Lawugger, 2016, S. 157).

Die psychiatrische oder psychologische Standardversorgung stösst in der peripartalen Phase häufig an Grenzen, da geburtsspezifische Aspekte wie die hohen physischen Anforderungen an die Betreuung eines Neugeborenen, Stillprobleme, die Gesundheit des Kindes sowie die Anforderungen an die Partnerschaft berücksichtigt werden müssen. Dabei ist es zentral, dass die Eltern im Bindungsaufbau zu ihrem Kind unterstützt werden (Stein et al., 2014, S. 1814). Genau diese Bedürfnisse lassen sich im Rahmen der herkömmlichen psychiatrischen Versorgung jedoch nur begrenzt abdecken (Berger, 2019, S. 18). Für Betroffene kann es insbesondere in stationären psychiatrischen Angeboten hilfreich sein, sich mit anderen Menschen in ähnlichen Situationen austauschen zu können. Im ambulanten Bereich wiederum spielen niedrigschwellige sozialdienstliche Angebote eine zentrale Rolle in der Betreuung von Frauen mit postpartaler Depression (Patel et al., 2018, zit. in Berger, 2019, S. 18). Spezifische Versorgungsangebote, die sowohl die Bedürfnisse der Frauen als auch ihrer Kinder umfassend berücksichtigen, sind jedoch weiterhin kaum vorhanden (Amiel Castro et al., 2015; zit. in Berger, 2019, S. 18-19).

Dabei gilt die Peripartalzeit als besonders wirkungsvolle Interventionsphase, da frühzeitige Massnahmen für die psychische Gesundheit von Eltern und Kindern langfristig besonders wirksam sind. Um generationenübergreifende Übertragung psychischer Krankheiten zu verhindern, sind die Unterstützung der Elternschaft und Interventionen für das Wohl von Kindern wichtige Schlüsselinterventionen. Trotz ihrer Relevanz werden frauenspezifische psychische Erkrankungen in der Peripartalzeit in den globalen gesundheitspolitischen Agenden kaum berücksichtigt (Berger, 2019, S. 19; Patel et al., 2018, S. 1553).

5.1 Versorgungssituation in der Schweiz

In der Schweiz sind peripartale psychische Erkrankungen ein bedeutendes, aber weiterhin unterversorgtes Gesundheitsproblem. Laut der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG, o. J.) waren im Jahr 2022 von rund 82'000 Geburten etwa 11'250 Frauen (15 %) von einer psychischen Erkrankung während der Schwangerschaft oder nach der Geburt betroffen (Abschnitt 2). Gleichzeitig nehmen in der Schweiz 16,7 % der Frauen aufgrund allgemeiner psychischer Probleme Hilfe in Anspruch (Berger et al., 2017, S. 1).

Ein zentraler Grund für die niedrige Diagnoserate und Unterversorgung sind ungenügende Versorgungsangebote. In der geburtshilflichen Standardversorgung wird die psychische Gesundheit kaum konsequent angesprochen, und ein systematisches Screening findet in der Regel nicht statt (NICE, 2014; zit. in Berger, 2019, S. 18). Dadurch werden Symptome und Risiken häufig nicht erkannt, sodass weder frühzeitige präventive Interventionen noch therapeutische Massnahmen zur Entlastung der Mutter initiiert werden können. In der Schweiz werden in geburtshilflichen Abteilungen beispielsweise nur bei etwa 1 % der Frauen behandlungsrelevante psychische Erkrankungen erfasst (Berger et al., 2017; zit. in Berger, 2019, S. 18). Fachpersonen berichten zudem Unsicherheiten im Umgang mit psychischen Belastungen, da sie sich bezüglich Diagnostik und Weitervermittlung unzureichend ausgebildet fühlen (Berger, 2019, S. 18). Betroffene Frauen nennen als Ursache für die Unterversorgung die mangelnde Fach- und Handlungskompetenz ihrer Gesundheitsversorger*innen in Bezug auf psychische Erkrankungen (Boots-Family-Trust-Alliance, 2013, zit. in Berger, 2019, S. 18). Daraus lässt sich schliessen, dass Ausbildungsdefizite demnach wesentlich dazu beitragen, dass Risikofaktoren und frühere und vorliegende psychische Erkrankungen im Rahmen der geburtshilflichen Versorgung nicht systematisch identifiziert werden (Berger, 2019, S. 18).

In den ersten Wochen nach der Geburt können psychische Krisen durch die Familie, medizinisches Personal, Kinderärzt*innen oder besonders durch die ambulante Hebamme erkannt werden, welche in der Schweiz die Wochenbettbetreuung übernimmt. Da postpartale Depressionen jedoch häufig erst nach dieser achtwöchigen Phase auftreten, kommt den Mütter-Väter-Berater*innen eine zentrale Rolle bei der frühen Identifikation zu (SGGG, o. J., Abschnitt 15). Auf die Mütter- und Väterberatung wird im Kapitel 6.2 eingegangen.

In der Schweiz bestehen weder nationale Leitlinien noch ein institutionalisiertes Betreuungsangebot für Mütter oder Väter mit ihren Kindern in einer peripartalen psychischen Krise. Zudem liegen auch keine Daten zu den Gesundheitskosten von peripartalen psychischen Erkrankungen vor. Dies führt zu einer erheblichen Wissenslücke in der Schweiz (Berger et al., 2017, S. 1).

In Grossbritannien werden die langfristigen Kosten einer mangelhaften Behandlung von peripartalen psychischen Erkrankungen auf etwa 10'000 britische Pfund pro Geburt geschätzt, wobei sich der grösste Teil der Gesundheitskosten auf das Kind bezieht (Berger et al., 2017, S. 1). International werden verschiedene Modelle der Gesundheitsversorgung in der Peripartalzeit angewendet. In Deutschland gibt es das bundesweit verbreitete Präventionsprogramm «Babylotse». Die meisten Babylots*innen verfügen über einen Abschluss als Sozialpädagog*in oder Sozialarbeiter*in. Sie sprechen Eltern auf der Geburtsstation persönlich an und erkennen Belastungen und Krisensituationen in Familien und vermitteln bei Bedarf ein konkretes und wohnortnahes Hilfsangebot (Caritas, o. J.).

Auch in der Schweiz werden patientenzentrierte, vernetzte Versorgungsmodelle gefordert, welche die Erfahrungen und Perspektiven von betroffenen Frauen und Gesundheitsfachpersonen berücksichtigen. Die qualitative Studie MADRE der Berner Fachhochschule untersuchte die Zugangsbarrieren zur Versorgung, Stigmatisierung, Akzeptanz des systematischen Screenings und des Betreuungsverlaufes nach einer Diagnose (Berger, 2019, S. 20). Die Ergebnisse zeigen, dass gesellschaftlicher Druck und Stigmatisierung häufig dazu führen, dass Frauen Symptome verschweigen. Zudem wurden Kompetenzmängel in der primären Versorgung sowie ein Mangel an Ressourcen festgestellt, um Betroffene angemessen zu unterstützen. Fachpersonen wünschen sich deshalb eine koordinierte Versorgung, niederschwellige Angebote und eine verbesserte Nachbetreuung (Berger et al., 2019, S. 1).

Das aktuelle Forschungsprojekt der Berner Fachhochschule (BFH) Care@home untersucht, wie betroffene Frauen nach der Spitalentlassung individuell zu Hause behandelt werden können (BFH, 2025). Angesichts nur weniger verfügbarer Mutter-Kind-Plätze in psychiatrischen Kliniken und teils restriktiver Aufnahmekriterien sieht Eva Cignacco Müller eine deutliche Versorgungslücke. Die Behandlung zu Hause bietet Chancen: Sie fördert Bindung, Alltagssicherheit und reduziert die Stigmatisierung, die mit einem Klinikaufenthalt einhergehen kann. Gleichzeitig stellt sie hohe Anforderungen an Angehörige und kann durch den fehlenden Austausch mit anderen Betroffenen zur Isolation beitragen. Daher ist eine sorgfältige Gestaltung solcher Modelle zentral, um Betroffene nicht zusätzlich zu belasten (BFH, 2025).

Vor diesem Hintergrund werden im folgenden Abschnitt die Mutter-Kind-Einrichtungen in der Schweiz betrachtet.

5.2 Mutter-Kind-Einrichtungen

Im Rahmen einer Projektarbeit am Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule wurde 2024 untersucht, welche psychiatrischen Kliniken und Mutter-Kind-Institutionen in der Schweiz stationäre Betreuungsplätze für peripartal psychisch erkrankte Frauen anbieten (Koller et al., 2024, S. 1). Die Erhebung von Koller et al. (2024) zeigt, dass es, Stand März 2023, in der Schweiz lediglich 98 Mutter-Kind-Plätze gibt, die sich auf sieben Kantone verteilen. Davon befinden sich 81 % in den Kantonen Basel-Stadt, Bern und Zürich. Die restlichen Plätze sind auf die Kantone Graubünden, Luzern, Solothurn und Thurgau verteilt (Koller et al., 2024, S. 4).

Viele psychiatrische Kliniken können nur die Mütter, nicht aber die Kinder aufnehmen, während Mutter-Kind-Einrichtungen meist keine akut psychisch erkrankten Frauen betreuen (Koller et al. 2024, S. 3). Infolgedessen bleibt die gemeinsame Behandlung von Mutter und Kind weiterhin die Ausnahme, obwohl diese für die Behandlung nicht getrennt werden sollten. Vielmehr gilt es, die Mutter-Kind-Bindung gezielt zu fördern (Stein et al., 2014, S. 1814).

Ein aktuelles Beispiel für ein innovatives Versorgungsangebot stellt die im September 2025 erfolgte Eröffnung eines Tageszentrums für Mütter mit postpartaler Depression und ihre Kleinkinder im Zürcher Inselhof dar. Dabei handelt es sich um das erste Angebot dieser Art in der Schweiz. Vorerst stehen sechs Plätze zur Verfügung; eine schrittweise Erweiterung ist nach einem Jahr vorgesehen. Das Angebot umfasst psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche sowie Mutter-Kind-Interaktionsprogramme, beispielsweise in Form von Babymassagen. Ergänzend werden Abende und Wochenenden unter Einbezug der Partner oder anderer Familienmitglieder gestaltet. Ein weiterer Bestandteil ist die Peer-Beratung, bei der ehemals betroffene Frauen ihre Erfahrungen in Einzel- und Gruppengesprächen mit den Müttern teilen (Tagesanzeiger, 2025).

6 Bezug zur Sozialen Arbeit

Angesichts der in Kapitel 5 beschriebenen Versorgungslücken kommt der Sozialen Arbeit in diesem Handlungsfeld eine zentrale Rolle zu. Bisher lag der Fokus in der Literatur vor allem auf Hebammen und anderen Gesundheitsfachpersonen, während die Soziale Arbeit selten explizit thematisiert wird. Die Pilotprojekte stammen oft aus der Psychiatrie, welche eine andere Sichtweise einnimmt. Das Handlungsfeld rund um Schwangerschaft, Geburt und frühe Mutterschaft befindet sich innerhalb der Sozialen Arbeit daher noch im Aufbau (A. Wildrich-Sanchez, persönliches Gespräch, 2025, 05. August).

Dennoch verfügt die Soziale Arbeit über zentrale Kompetenzen, die im Kontext postpartaler Depression wesentlich sind: Sie kann zur Enttabuisierung psychischer Erkrankungen beitragen, Familien im Alltag entlasten, Risikopersonen frühzeitig erkennen und sich interdisziplinär mit anderen Professionen vernetzen. Erste Ansprechpersonen nach der Geburt sind meist Hebammen, die in der Schweiz niedrigschwellig erreichbar sind. Die Soziale Arbeit kommt oft erst ins Spiel, wenn sie aktiv vermittelt wird oder wenn die betroffene Person unter einer Beistandschaft steht. Besonders die Sozialhilfe und Beistandspersonen sind gefragt, um Risikopersonen frühzeitig zu erkennen (A. Wildrich-Sanchez, persönliches Gespräch, 2025, 05. August).

Nachfolgend werden die Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit rund um die postpartale psychische Gesundheit beschrieben. Dabei wird die folgende Praxisfrage beantwortet: *«Welche Handlungsansätze der Sozialen Arbeit sind erforderlich, um Mütter mit postpartaler Depression und ihr soziales Umfeld wirksam zu unterstützen?»*

6.1 Theoretische Grundlagen

Um praxisrelevante Handlungsansätze zu begründen, werden zuerst zentrale theoretische Modelle der Sozialen Arbeit dargestellt, die als wissenschaftliche Grundlage dienen.

6.1.1 Ökologische Entwicklungstheorie nach Bronfenbrenner

Bronfenbrenner beschreibt die Beziehungen eines Menschen zu verschiedenen Lebensbereichen mithilfe verschachtelter Systeme: Mikrosystem, Mesosystem, Exosystem, Makrosystem und Chronosystem (Flammer, 2017, S. 248-249). Das Mikrosystem umfasst Aktivitäten, Rollen und Beziehungen, die eine sich entwickelnde Person in ihrem direkten Lebensumfeld erlebt, zum Beispiel Familie oder Partner*in. Das Mesosystem umfasst die Wechselbeziehungen zwischen den Lebensbereichen, an denen die sich entwickelnde Person aktiv beteiligt ist (Bronfenbrenner, 1981, S. 38-39).

Für eine erwachsene Person sind dies etwa die Beziehungen zwischen Familie, Arbeit und Bekanntenkreis. Das Exosystem umfasst Lebensbereiche, an denen die Person selbst nicht direkt beteiligt ist, die aber indirekt Einfluss auf sie haben. Ein Beispiel dazu sind die Arbeitsbedingungen des Partners beziehungsweise der Partnerin. Das Makrosystem beschreibt die gesellschaftlichen und kulturellen Rahmenbedingungen, in die alle anderen Systeme (Mikro-, Meso- und Exosystem) eingebettet sind (Bronfenbrenner, 1981, S. 39-42). Das Chronosystem wurde in späteren Arbeiten ergänzt. Dazu gehören markante biografische Übergänge (Flammer, 2017, S. 255).

Die Ökologie der menschlichen Entwicklung beschäftigt sich damit, wie sich der Mensch und seine Umgebung gegenseitig beeinflussen und aneinander anpassen. Dabei verändert sich sowohl der Mensch als auch seine Lebensumwelt ständig. Dieser Prozess wird auch von den Beziehungen zwischen den verschiedenen Lebensbereichen und von grösseren gesellschaftlichen Zusammenhängen beeinflusst, in welche diese eingebettet sind (Bronfenbrenner, 1981, S. 37).

In Kapitel 6.2 werden aus der ökologischen Entwicklungstheorie Handlungsansätze für die Soziale Arbeit abgeleitet.

6.1.2 Person-in-Environment-System

Das Person-in-Environment-System (PIE) ist ein ganzheitliches System zur Situationsanalyse, welches soziale, körperliche und psychische Faktoren umfasst. In der Sozialen Arbeit wird es vorwiegend als Instrument der Beschreibung, Klassifizierung und Aufzeichnung sozialer Funktionen genutzt, um ein Gesamtbild der Lebenswelt der Klient*innen zu erhalten. Die Beschreibung der Klient*innen erleichtert es den Fachpersonen zu entscheiden, auf welcher Ebene eine Intervention sinnvoll ist (Stimmer, 2020, S. 78).

Dieser theoretische Ansatz wird in Kapitel 6.2.3 mit der ressourcenorientierten Unterstützung verknüpft.

6.1.3 Lebensweltorientierung nach Thiersch

Lebensweltorientierung verbindet die Analyse gegenwärtiger Lebensverhältnisse mit daraus abgeleiteten pädagogischen Handlungsperspektiven. Im Zentrum steht nicht eine defizitorientierte oder individualisierende Betrachtung sozialer Problemlagen, sondern das Zusammenspiel von Ressourcen und Belastungen innerhalb des sozialen Umfeldes. Daraus ergibt sich ein professionelles Handlungsrepertoire, das auf Vertrauen, Niedrigschwelligkeit, vielfältigen Zugangswegen sowie der kooperativen Entwicklung von Hilfeentwürfen basiert (Thiersch et al., 2012, S. 175).

Dieses Repertoire bewegt sich zwischen der Anerkennung bestehender Lebensentwürfe und dem gezielten Einsatz professioneller Expertise, um neue Handlungsmöglichkeiten zu gestalten. Lebensweltorientierung stellt somit ein Konzept dar, das eine spezifische Perspektive auf Lebenslagen einnimmt und daraus institutionelle sowie methodische Konsequenzen ableitet (Thiersch et al., 2012, S. 175). Auf dieser Grundlage richtet sich die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit darauf aus, Menschen in ihrer Eigenverantwortung zu stärken und sie zu Hilfe zur Selbsthilfe, Identitätsarbeit und Empowerment zu befähigen. Hilfe zur Selbsthilfe soll Menschen dazu befähigen, ihr Leben in eigener Verantwortung zu gestalten (Thiersch, 2015, S. 74). Identitätsarbeit ermöglicht es ihnen, trotz belastender Lebensverhältnisse ein stabiles Selbstkonzept zu entwickeln, das als Schutzfaktor für zukünftige Herausforderungen dienen kann (Thiersch et al., 2012, S. 187-188). Und unter Empowerment wird die Selbstbemächtigung von Menschen verstanden, indem sie ihre eigenen Stärken erkennen und ihre eigene Situation selbstbestimmt verbessern (Herriger, 2022).

Das Konzept der Lebensweltorientierung wird in Kapitel 6.2.2 mit der interdisziplinären Vernetzung und in Kapitel 6.2.4 mit der sozialpädagogischen Familienbegleitung in Verbindung gebracht.

6.2 Handlungsansätze der Sozialen Arbeit

Auf Grundlage der dargestellten theoretischen Konzepte sowie der erläuterten Auswirkungen einer postpartalen Depression lassen sich fundierte Handlungsansätze der Sozialen Arbeit im Kontext postpartaler psychischer Störungen ableiten. In Kapitel 3.3 wurde aufgezeigt, dass frühkindliche Erfahrungen von Nähe und Geborgenheit eine wesentliche Voraussetzung für eine gesunde und resiliente Entwicklung des Kindes darstellen. In Kapitel 4.1.2 wurde dargelegt, dass eine postpartale Depression die mütterliche Feinfühligkeit und Empathiefähigkeit erheblich beeinträchtigen und dadurch die Mutter-Kind-Interaktion negativ beeinflussen kann. Vor diesem Hintergrund kann eine sozialpädagogische Familienbegleitung eine geeignete Unterstützungsform darstellen, um betroffene Familien angemessen zu begleiten. Dieser Handlungsansatz wird in Kapitel 6.2.4 vertieft behandelt.

Darüber hinaus wurde in Kapitel 4.2 ausgeführt, dass Kinder von Müttern mit einer postpartalen Depression ein erhöhtes Risiko aufweisen, im Laufe ihres Lebens selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Um einer transgenerationalen Weitergabe depressiver Belastungen entgegenzuwirken, ist eine ressourcenorientierte Unterstützung der betroffenen Familien von zentraler Bedeutung. Darauf wird in Kapitel 6.2.3 näher eingegangen.

Diese Handlungsansätze sind erforderlich, um trotz der psychischen Erkrankung der primären Bezugsperson eine gesunde kindliche Entwicklung zu fördern und der Entstehung einer beeinträchtigten Mutter-Kind-Interaktion vorzubeugen.

Die ökologische Entwicklungstheorie nach Bronfenbrenner zeigt auf, dass soziale Probleme nicht isoliert betrachtet werden können, sondern stets in der Wechselwirkung mit der Umwelt stehen (Bronfenbrenner, 1981, S. 37). Für die Soziale Arbeit lässt sich dieses Modell als theoretische Grundlage nutzen, um professionelles Handeln auf unterschiedlichen Systemebenen zu verorten: Auf der Mikroebene erfolgt die direkte Interaktion mit Klient*innen, auf der Mesoebene die Vernetzung relevanter sozialer Systeme und auf der Makroebene die Mitgestaltung struktureller und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen (A. Wildrich-Sanchez, persönliches Gespräch, 2025, 05. August).

A. Wildrich-Sanchez hat konkrete Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit auf der Mikro-, Meso- und Makroebene abgeleitet (persönliches Gespräch, 2025, 05. August):

Mikroebene:

- Netzwerkerschließung
- Klientel an die richtigen Stellen verweisen, begleiten
- Alltagsentlastung
- Sozialpädagogische Familienbegleitung
- Vermittlung eines Therapieangebots

Mesoebene:

- Zusammenarbeit und Vernetzung mit anderen Fachpersonen (zum Beispiel Hebammen, Gynäkolog*innen und Kinderärzt*innen)
- Stigmatisierung abbauen
- Postpartale Depression als Erkrankung manifestieren
- Folgen für die ganze Familie berücksichtigen

Makroebene:

- Auf gesellschaftlicher Ebene Veränderungen anstossen
- Öffentlichkeitsarbeit

Die Soziale Arbeit wirkt auf mehreren Ebenen gleichzeitig – individuell, systemisch und gesellschaftlich. Daraus lässt sich folgern, dass Mütter mit postpartaler Depression mithilfe dieses mehrdimensionalen Ansatzes umfassend unterstützt und bestehende Versorgungslücken reduziert werden können.

Wildrich-Sanchez (2025) beschreibt darüber hinaus konkrete Handlungsansätze der Sozialen Arbeit zur Reduktion von Risiken und zur Förderung von Schutzfaktoren:

- Familienorientierte Interventionen wie Home Treatment (siehe Kapitel 6.2.4)
- Psychoedukation der Eltern und altersgerechte Aufklärung der Kinder
- Erstellung von Krisenplänen
- Förderung der Eltern-Kind-Interaktion (zum Beispiel Babymassage, Video-Feedback)
- Alltagspraktische Entlastung und Aufbau unterstützender Beziehungen (zum Beispiel durch Patenschaften)
- Enttabuisierung psychischer Erkrankungen (zum Beispiel durch Medien oder Betroffene selbst)

Die subjektiven Bedürfnisse der betroffenen Familien können stark von den wahrgenommenen Bedarfslagen von Fachpersonen abweichen. Home Treatment sowie aufsuchende Unterstützungs- und Beratungsangebote können den Bedürfnissen betroffener Familien entgegenkommen. Nicht für jede Familie sind dieselben Unterstützungs- und Hilfsangebote passend. Die Hilfsangebote sollen auf die Familien zugeschnitten werden (Albermann & Müller, 2016, S. 5-6).

Nachfolgend wird vertieft auf die Enttabuisierung und Entstigmatisierung, die interdisziplinäre Vernetzung, die ressourcenorientierte Unterstützung und die sozialpädagogische Familienbegleitung eingegangen.

6.2.1 Enttabuisierung und Entstigmatisierung

Wie bereits in Kapitel 2.4 dargelegt wurde, ist die psychische Gesundheit rund um die Elternschaft weiterhin häufig tabuisiert, insbesondere Frauen mit einer postpartalen Depression sind noch immer mit Stigmatisierungen konfrontiert. Um eine postpartale Depression frühzeitig zu erkennen, ist eine endgültige Enttabuisierung von grosser Bedeutung. Eine Broschüre über die Erkrankung sollte zur Standardlektüre einer schwangeren Frau und am besten auch ihres Partners beziehungsweise ihrer Partnerin werden. Dadurch wird deutlich, dass die Erkrankung viele Mütter nach der Geburt betrifft und sowohl sie wie auch ihre Familie beeinflussen könnte. Zugleich muss deutlich gemacht werden, dass die Erkrankung gut behandelbar ist (Schrumpf, 2013, S. 37). Der Berufskodex der Sozialen Arbeit verpflichtet Fachpersonen zudem dazu, Stigmatisierungen aktiv entgegenzuwirken, wodurch die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen als zentrale Aufgabe der Profession hervorgehoben wird (AvenirSocial, 2010, S. 11).

Um die Enttabuisierung postpartaler psychischer Störungen voranzutreiben, hilft es, wenn Fachpersonen die Grundhaltung vertreten, dass die Eltern das Beste für ihr Kind wollen und sich entsprechend bemühen. Zudem stecken hinter dem Schweigen oft Scham und Schuldgefühle, nicht den sozialen Erwartungen zu entsprechen. Auch Vernetzung unter Betroffenen trägt zur Entstigmatisierung bei. Dazu eignen sich Begegnungsräume für betroffene Familien oder Selbsthilfegruppen. Auf gesellschaftlicher Ebene sollte die Zeit des Wochenbetts entromantisiert und als anspruchsvolle Leistung anerkannt werden (Wildrich-Sanchez, 2025).

6.2.2 Interdisziplinäre Vernetzung

Die interdisziplinäre Vernetzung lässt sich gut mit der Lebensweltorientierung nach Thiersch verbinden. Thiersch versteht Lebenswelt als Sozialraum, in dem verschiedene Institutionen zusammenwirken und die professionellen Angebote aufeinander abgestimmt werden müssen (Thiersch et al., 2012, S. 193). Entsprechend verpflichtet der Berufskodex der Sozialen Arbeit Fachpersonen dazu, transparent über ihre Kompetenzen, Grenzen und Zuständigkeiten zu informieren und aufzuzeigen, wann andere Professionen einbezogen werden sollten (AvenirSocial, 2010, S. 12).

Besondere Bedeutung gewinnt dieser Grundsatz in der Zeit rund um Schwangerschaft und Geburt. In dieser sensiblen Lebensphase ist eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich, da psychische Belastungen früh erkannt und angemessen aufgefangen werden müssen. Fachkräfte können Betroffene behutsam unterstützen, über Symptome aufklären und eine Normalisierung psychischer Belastungen fördern, wodurch eine frühe Intervention erleichtert wird (Wildrich-Sanchez, 2025). Entsprechend erfordert die peripartale Phase eine koordinierte Zusammenarbeit zwischen Gynäkologie, Geburtshilfe, Psychiatrie, Primärversorgung und weiteren involvierten Professionen. Bei bereits bestehenden psychischen Problemen sollte spätestens im dritten Trimester der Schwangerschaft ein Behandlungsteam bestehen, das über die jeweiligen Rollen und Zuständigkeiten informiert ist (Forster, 2023, S. 14). Studien zeigen zudem, dass eine mitfühlende Kommunikation durch medizinisches Personal psychische Symptome nach der Geburt reduzieren kann, selbst bei potenziell traumatisierenden Geburtserfahrungen (Sachdeva et al., 2022, S. 488).

Vor diesem Hintergrund erweist sich eine gut funktionierende interdisziplinäre Vernetzung als wesentlicher Bestandteil einer umfassenden Versorgung. Da sich psychische Belastungen der Eltern rasch auf das Kind und das familiäre Umfeld auswirken können, ist ein früher, koordinierter Einsatz aller beteiligten Berufsgruppen notwendig (Junge-Hoffmeister et al., 2016, S. 156).

Gleichzeitig zeigt sich, dass Familien mit psychisch erkrankten Eltern auf Unterstützungssysteme angewiesen sind, die über den medizinisch-therapeutischen Bereich hinausreichen. Eine ergänzende Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Mütter-Väter-Beratung, sozialpädagogischer Familienbegleitung, Suchthilfe und weiteren Akteur*innen kann nachweislich zusätzliche Belastungen im Lebensverlauf reduzieren (Seckinger, 2023, S. 134).

In diesem erweiterten Unterstützungsnetz nimmt die Mütter- und Väterberatung eine besonders zentrale Rolle ein. Am Beispiel der Mütter- und Väterberatung der Stadt Luzern zeigt sich, wie ein niedrigschwelliges Angebot im Frühbereich als wesentliches Element interdisziplinärer Vernetzung wirken kann. Sie unterstützt Eltern mit Kindern von der Geburt bis zum fünften Lebensjahr kostenlos und nimmt durch den frühen Kontakt nach der Geburt eine wichtige Schnittstellenfunktion zwischen Familien und verschiedenen Fach- und Unterstützungssystemen ein. Insbesondere bei der frühzeitigen Erkennung psychischer Belastungen oder Erkrankungen der Eltern sowie von Entwicklungsverzögerungen bei Kindern kommt ihr eine bedeutende Rolle zu (Stadt Luzern, o. J.).

Darüber hinaus ist die Unterstützung betroffener Familien in ein weit verzweigtes Netzwerk unterschiedlicher Kooperationspartner*innen eingebettet. Dazu zählen unter anderem die Psychiatrie, die Kinder- und Jugendhilfe, die Suchthilfe, Angebote der frühen Förderung, Schulen sowie Kostenträger wie Krankenkassen oder Arbeitslosenversicherung. Defizite in der Versorgung resultieren häufig aus fehlender oder unzureichender Kooperation zwischen diesen Bereichen (Seckinger, 2023, S. 135). Ein Beispiel für gelungene sozialraumorientierte Vernetzung in der Schweiz ist der Psychotherapieverband in Basel (VPB), der sich auf pränatale und postpartale psychische Erkrankungen spezialisiert hat. Hier können sich Fachpersonen leichter austauschen, und die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Hebammen, Gynäkologinnen und weiteren Fachbereichen wird gezielt koordiniert und ausgebaut (VPB, o. J.).

Neben der akuten Unterstützung zeigt sich interdisziplinäre Vernetzung auch als zentrale Voraussetzung wirksamer Prävention. Empirisch belegt ist, dass eine frühzeitige Unterstützung von Kindern psychisch erkrankter Eltern das Risiko einer eigenen psychischen Erkrankung deutlich senken kann. Besonders wirkungsvoll sind bindungsbasierte Präventionsprogramme, die elterliche Beziehungs- und Erziehungskompetenzen stärken. Deren erfolgreiche Umsetzung setzt jedoch voraus, dass Fachpersonen aus Psychiatrie, Frühen Hilfen, Kinder- und Jugendhilfe sowie weiteren Bereichen koordiniert zusammenarbeiten und Familien gemeinsam begleiten (Ziegenhain, 2023, S. 88).

Nur ein interdisziplinäres Vorgehen kann den umfassenden Unterstützungsbedarf angemessen abdecken. Ein qualifiziertes Casemanagement bündelt dabei Hilfsangebote aus verschiedenen Sozialleistungssystemen und stimmt diese individuell aufeinander ab (Ziegenhain, 2023, S. 88). Psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder bilden damit eine gemeinsame Zielgruppe verschiedener Versorgungsbereiche, darunter die psychiatrische Gesundheitsversorgung, die Kinder- und Jugendhilfe sowie materielle Sicherungssysteme. Zahlreiche Studien belegen, dass lokal abgestimmte und miteinander vernetzte Unterstützungsstrategien notwendig sind, um einerseits die Genesungschancen der Eltern zu verbessern und andererseits die Entwicklungschancen der Kinder zu sichern (Schone, 2023, S. 108). Erfolgreiche Zusammenarbeit erfordert dabei eine kontinuierliche Abstimmung sowohl in der Problemdefinition, etwa zwischen sozialpädagogischer und psychiatrischer Diagnostik, als auch in der Gestaltung gemeinsam tragfähiger Unterstützungsansätze. Dies betrifft insbesondere die Schnittstellen zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe, aber ebenso die Kooperation mit weiteren Bereichen wie der Behindertenhilfe oder regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) (Schone, 2023, S. 108). Ergänzend zeigt die Vorstudie von Hafen und Meier Magistretti (2021), dass eine systematische Vernetzung von Institutionen und Fachpersonen im Frühbereich eine wirkungsvolle Methode zur Früherkennung von Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf darstellt (S. 4).

6.2.3 Ressourcenorientierte Unterstützung

Eltern, denen es aufgrund belastender Lebenslagen nicht möglich ist, ihrem Kind ausreichend emotionale Zuwendung, Sicherheit und entwicklungsfördernde Anregung zu bieten, benötigen möglichst früh eine ressourcenorientierte Unterstützung. Wird die Notlage betroffener Familien rechtzeitig erkannt, können negative Auswirkungen familiärer Belastungen auf die Entwicklung der Kinder reduziert werden. Ziel früher Unterstützung ist es dabei auch, einschneidende Massnahmen im Bereich des Kindesschutzes, wie etwa eine Fremdplatzierung, möglichst zu vermeiden. Rund um die Geburt nehmen die meisten Familien zunächst die Unterstützung von Hebammen sowie Fachpersonen der Gynäkologie und Pädiatrie in Anspruch. Es zeigt sich jedoch, dass insbesondere sozial benachteiligte Familien und immigrierte Familien weiterführende Angebote im Frühbereich wie die Mütter-/Väterberatung nach dem ersten Lebensjahr des Kindes deutlich seltener in Anspruch nehmen im Vergleich zu anderen Familien (Meier Magistretti et al., 2019, S. 22). In der Folge kommen viele Kinder erst mit dem Eintritt in den Kindergarten wieder regelmässig in Kontakt mit Fachpersonen. Entwicklungsverzögerungen und psychosoziale Belastungen werden dadurch häufig erst spät erkannt, was den Zugang zu wirksamen Förder- und Unterstützungsangeboten erschwert. Damit geht wertvolle Zeit verloren, in der präventive Massnahmen besonders wirksam wären (Hafen & Meier Magistretti, 2022, S. 9-10).

Die Vorstudie zur familienzentrierten Vernetzung in der Schweiz von Hafen und Meier Magistretti (2021) belegt in diesem Zusammenhang, dass die familiären Bedingungen rund um die Geburt sowie in den ersten Lebensjahren eines Kindes von zentraler Bedeutung für dessen körperliche, psychische und soziale Entwicklung sind. Erfahrungen emotionaler Vernachlässigung oder das Fehlen einer anregenden Umgebung in dieser frühen Phase können langfristige Auswirkungen auf den weiteren Lebensverlauf haben (S. 4).

Vor diesem Hintergrund gewinnt eine ressourcenorientierte Perspektive besondere Bedeutung. Anstatt Defizite isoliert zu betrachten, soll der Fokus auf die vorhandenen individuellen, familiären und sozialen Ressourcen gerichtet werden, die zur Stabilisierung der Situation beitragen können (Paulick, 2019). Das systematische Erfassen des sozialen Umfelds der betroffenen Person, insbesondere bei postpartalen Depressionen, ermöglicht es, vorhandene Ressourcen gezielt zu identifizieren und zu aktivieren. Methoden wie das Person-in-Environment-System unterstützen Fachpersonen dabei, Unterstützungsangebote passgenau an die Lebenssituation der Familie anzupassen und vorhandene Bewältigungspotenziale zu stärken (Stimmer, 2020, S. 78).

6.2.4 Sozialpädagogische Familienbegleitung

Die sozialpädagogische Familienbegleitung (SPF) ist die einzige Hilfeform, welche die gesamte Familie als Bezugssystem berücksichtigt. Sie ist eine aufsuchende Hilfe und findet in den Lebenswelten der Familien statt (Gut, 2016, S. 408). Die SPF geht in der Regel von einem erzieherischen Bedarf aus, bezieht jedoch auch andere Lebensbereiche wie Arbeit, Wohnung, Gesundheit, Bildung und Finanzen mit ein. Schliesslich setzt sie ein gewisses Mass an Freiwilligkeit und eine aktive Mitarbeit der Familienmitglieder voraus (Wagenblass, 2020, S. 23). Gleichzeitig berücksichtigt sie die Lebenssituation der Kinder, deren Entwicklungspotenziale sowie die Realisierung ihrer Bedürfnisse und Rechte innerhalb und ausserhalb der Familien (Rätz et al., 2021, S.16). Dabei vermittelt sie zwischen den Interessen von Kindern und Eltern und unterstützt die Eltern dabei, das Wohl ihrer Kinder zu sichern und mögliche Kindeswohlgefährdungen zu vermeiden. Die Förderung sozialer Interaktionen innerhalb der Familie trägt zudem dazu bei, dass ein breiteres Unterstützungsnetzwerk aufgebaut werden kann (Rätz et al., 2021, S. 17).

Der aufsuchende Ansatz entspricht den Prinzipien der Lebensweltorientierung, die den Alltag als zentralen Ort menschlicher Bewältigungs- und Entwicklungsprozesse begreift (Grunwald & Thiersch, 2016, S. 24). Hilfe wird direkt dort angesetzt, wo Familien von konkreten Belastungen betroffen sind, um Handlungsspielräume zu ermöglichen und einen gelingenden Alltag zu fördern (Thiersch, 2016, S. 22).

Ziel der sozialpädagogischen Familienbegleitung ist dabei nicht eine dauerhafte Unterstützung sicherzustellen, sondern die Familien in ihrer Handlungsfähigkeit so zu stärken, dass sie ihren Alltag und ihre Erziehungsaufgaben mittelfristig wieder selbstständig bewältigen können (Thiersch, 2016, S. 22).

In der sozialpädagogischen Familienbegleitung spielt die Beziehungsgestaltung eine zentrale Rolle, da die Arbeit direkt im familiären Umfeld stattfindet. Dabei ist es entscheidend, die professionelle Rolle konsequent zu wahren, um die Kooperation der Familien zu fördern und gemeinsam tragfähige Lösungen zu entwickeln. Fachwissen über psychische Erkrankungen ist notwendig, um ein krankheitsbedingtes Nichtkönnen von einem bewussten Nichtwollen der Eltern unterscheiden zu können (Wagenblass, 2020, S. 23). Darüber hinaus ist für den Beziehungsaufbau erschwerend, dass die Fachkräfte immer im Spannungsverhältnis zwischen der Unterstützung der Eltern zur Wahrnehmung ihrer Erziehungsaufgaben und der Gewährleistung des Schutzes der Kinder stehen (Wagenblass, 2020, S. 23).

Psychische Erkrankungen verlaufen häufig phasenhaft, wodurch die Mitarbeit und der Unterstützungsbedarf schwanken. Ein flexibles, an die Situation angepasstes Hilfemodell wäre nötig, ist jedoch derzeit finanziell schwer umsetzbar (Frindt, 2010; zit. in Wagenblass, 2020, S. 24). Oft wird der SPF eine Allzuständigkeit übertragen, was zu struktureller Überforderung führt. Zur Erweiterung einer sozialpädagogischen Familienbegleitung sollten ergänzende Hilfen für einzelne Familienmitglieder vermittelt werden. Für die Kinder eignen sich beispielsweise soziale Gruppenarbeit oder Erziehungsbeistandschaft. Für die Erwachsenen können betreutes Wohnen oder ambulante Soziotherapie initiiert werden. Die Soziotherapie ist eine langfristige psychosoziale Unterstützung für Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Soziotherapeut*innen begleiten die Betroffenen im Alltag und unterstützen sie dabei, krankheitsbedingte Belastungsfaktoren zu erkennen und angemessen damit umzugehen (Wagenblass, 2020, S. 24). Daraus lässt sich ableiten, dass der familienbezogene Ansatz der SPF eine grosse Chance in der Unterstützung psychisch belasteter Familien bietet. Es sind aber Veränderungen notwendig, um dieses Potenzial umfassend nutzen zu können.

Von zentraler Bedeutung ist, das Leistungsspektrum der Kinder- und Jugendhilfe auch jenseits der SPF zu berücksichtigen, um die jeweils passende Hilfeform für Familien zu identifizieren. Dabei sind Flexibilität, koordinierte Betreuung und spezifische Fachkompetenz erforderlich, um den unterschiedlichen Bedürfnissen gerecht zu werden. Für betroffene Familien und ihr Umfeld sind zudem Weiterbildungen zu postpartaler Depression und deren Auswirkungen sinnvoll, um die elterliche Erziehungskompetenz fundiert einschätzen zu können (Wagenblass, 2020, S. 24).

Ergänzend kann Home Treatment, die stationsadäquate Akutbehandlung zu Hause, eine weitere familienzentrierte Unterstützung darstellen. Durch ein multiprofessionelles Team aus Sozialarbeit, Medizin und Pflege werden Elternrollen sowie kindliche und familiäre Bedarfe berücksichtigt (DGPPN, 2018, S. 104).

Die vielfältigen Bedürfnisse und Dynamiken in den Familien erfordern ein abgestimmtes Zusammenspiel von therapeutischen, pädagogischen, medizinischen und sozialen Hilfen über einen längeren Zeitraum. Neben strukturellen Rahmenbedingungen wie Zeitressourcen, finanzielle Regelungen, Arbeitsteilung und gesetzlichen Änderungen erfordert dies ein Umdenken und Veränderungen in der Praxis von einer individuumszentrierten hin zu einer systemischen Perspektive (Wagenblass, 2023, S. 26-27).

7 Fazit

Abschliessend werden die zentralen Erkenntnisse dieser Bachelorarbeit für die Soziale Arbeit zusammengefasst. Dabei wird die übergeordnete Fragestellung beantwortet: *«Welche Möglichkeiten hat die Soziale Arbeit, um Mütter mit postpartaler Depression sowie deren soziales Umfeld angemessen zu begleiten und zu unterstützen?»*

Für eine effektive Unterstützung betroffener Frauen und ihres Umfelds ist zunächst die Enttabuisierung und Entstigmatisierung peripartaler psychischer Erkrankungen von entscheidender Bedeutung. Fachkräfte der Sozialen Arbeit und des Gesundheitswesens müssen für das Thema sensibilisiert werden und über die möglichen Auswirkungen einer postpartalen Depression auf die Mutter-Kind-Beziehung sowie die frühkindliche Entwicklung informiert sein. Eine frühzeitige Erkennung ist sowohl für die betroffene Frau als auch für die Entwicklung des Kindes essenziell. Aufgrund von Scham und unzureichendem Wissen werden viele postpartale Depressionen jedoch zu spät oder gar nicht diagnostiziert.

Postpartale Depressionen können die Feinfühligkeit und Empathiefähigkeit der Mutter beeinträchtigen, was die Mutter-Kind-Interaktion erheblich stört und negative Folgen für die Bindungsentwicklung des Kindes haben kann. Säuglinge und Kleinkinder psychisch erkrankter Eltern zeigen häufiger unsichere Bindungen, emotionale Dysregulation, eine verzögerte kognitive Entwicklung und gering ausgeprägte selbstregulatorische Fähigkeiten. Darüber hinaus steigt das Risiko für Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) sowie aggressive und dissoziale Störungen von der frühen Kindheit bis ins Jugendalter. Die Mannheimer Risikokinderstudie verdeutlicht, dass Kinder postpartal depressiver Mütter ein 2,6-fach erhöhtes Risiko haben, im Laufe ihres Lebens eine psychische Störung zu entwickeln. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass elterliche psychische Erkrankungen auf mehreren Ebenen Risiken für die kindliche Entwicklung darstellen.

Besonders relevant sind hierbei die frühe Interaktion, die emotionale Verfügbarkeit und die Qualität der Bindung, da die postpartale Depression unmittelbar in einer hochsensiblen Entwicklungsphase auftritt.

Diese potenziellen Auswirkungen verdeutlichen den klaren Handlungsbedarf für die Soziale Arbeit. Fachkräfte können durch Enttabuisierung psychischer Erkrankungen, Unterstützung der Familien im Alltag, frühzeitige Identifikation von Risikopersonen und interdisziplinäre Vernetzung einen wichtigen Beitrag leisten. Familienorientierte Interventionen wie Sozialpädagogische Familienbegleitung, Home Treatment, Psychoedukation für Eltern, altersgerechte Aufklärung der Kinder sowie Massnahmen zur Förderung der Eltern-Kind-Interaktion, beispielsweise anhand von Video-Feedback, eignen sich besonders zur Reduktion von Risiken und Stärkung von Schutzfaktoren.

Die Zeit vor und nach der Geburt erfordert eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Gynäkologie, Geburtshilfe, Psychiatrie, Primärversorgung und weiteren involvierten Professionen. Da elterliche Belastungen unmittelbare Auswirkungen auf das Kind und das familiäre Umfeld haben können, ist ein rasches und koordiniertes Handeln aller beteiligten Berufsgruppen notwendig. Sozialpädagogische Familienbegleitung kann hierbei einen zentralen Beitrag leisten, indem sie Familien im Alltag entlastet und in verschiedenen Lebensbereichen unterstützt.

In der Schweiz bestehen nach wie vor erhebliche Versorgungslücken im Bereich peripartaler psychischer Gesundheit. Funktionierende Angebote, wie der Psychotherapieverband in Basel (VPB) oder das Tageszentrum für Mütter mit postpartaler Depression und ihre Kleinkinder im Zürcher Inselhof, sollten flächendeckend in der ganzen Schweiz ausgebaut werden, um betroffene Familien besser zu unterstützen. Dabei ist wichtig, dass die Angebote niederschwellig und kostenlos zugänglich sind, damit auch Familien mit geringem Einkommen davon profitieren können. Zusätzlich sollten Screenings durch die Mütter- und Väterberatung verpflichtend durchgeführt werden, um eine frühzeitige Identifikation von Risikopersonen zu gewährleisten.

8 Ausblick

Die Soziale Arbeit befindet sich im Bereich der Geburtshilfe und der postpartalen psychischen Gesundheit noch in einem frühen Entwicklungsstadium. Dementsprechend ist die wissenschaftliche Literatur zur spezifischen Rolle der Sozialen Arbeit in diesem Handlungsfeld bisher begrenzt, was einen klaren Forschungsbedarf aufzeigt. Besonders wertvoll wäre es, sowohl ehemals betroffene Mütter als auch Fachpersonen aus verschiedenen Professionen zu befragen, um deren Einschätzungen zu relevanten Handlungsansätzen der Sozialen Arbeit sowie deren praktische Umsetzungsmöglichkeiten zu gewinnen. Darüber hinaus wäre es interessant, genauer zu untersuchen, welche Rolle andere Bezugspersonen für die kindliche Entwicklung übernehmen können, wenn die Mutter postpartal psychisch erkrankt ist.

Wie in dieser Arbeit aufgezeigt wurde, bestehen in der Schweiz nach wie vor Versorgungslücken im Bereich der peripartalen psychischen Gesundheit. Um die Betreuung und Unterstützung betroffener Mütter und ihres Umfelds nachhaltig zu verbessern, sind weitere empirische Studien notwendig, die den Nutzen interdisziplinärer, gemeinsamer Begleitung von Mutter und Kind fundiert belegen.

Zukünftig sollte die Unterstützung werdender Eltern stärker in den Fokus der Sozialen Arbeit rücken. Dabei ist es zentral, dass Fachkräfte für dieses Themenfeld sensibilisiert sind und über praxisnahe Handlungskompetenzen verfügen. Eine intensive Auseinandersetzung mit der Thematik ermöglicht ein vertieftes Verständnis für die Herausforderungen und Bedarfe betroffener Familien und kann dazu beitragen, die Versorgung und Begleitung von Müttern, Kindern und Familien nachhaltig zu verbessern.

9 Literaturverzeichnis

- Ainsworth, M. D. S. (2015a). Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber den Mitteilungen des Babys. In K.E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (4.Aufl., S. 414-421). Klett-Cotta.
- Ainsworth, M. D. S. (2015b). Mutter-Kind-Bindungsmuster: Vorausgegangene Ereignisse und ihre Auswirkungen auf die Entwicklung. In K.E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (4.Aufl., S. 317-340). Klett-Cotta.
- Albermann, K. & Müller, B. (2016). Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern: Information und Vernetzung tragen erheblich zum Gelingen bei. *Pädiatrie*, 16(3), 4-9. <https://www.rosenfluh.ch/media/2016/03/Unterstuetzung-fuer-Kinder-psychisch-kranker-Eltern-Information-und-Vernetzung-tragen-erheblich-zum-Gelingen-bei.pdf>
- Ansari, N.S., Shah J., Dennis C.-L. & Shah, P.S. (2021). Risk factors for postpartum depressive symptoms among fathers: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 100(7), 1186-1199. <https://doi.org/10.1111/aogs.14109>
- Asisi, V. (2015). *Entwicklungsbedingungen im Kontext der Eltern-Kind-Beziehung: Chancen und Risiken in der Interaktion mit Mutter und Vater*. Springer VS.
- AvenirSocial (Hrsg.). (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz: Ein Argumentarium für die Praxis* [Broschüre].
- Batra, A. & Hohagen, F. (2016). *Postpartale psychische Störungen: Ein interaktionszentrierter Therapieleitfaden* (2., überarb. u. erw. Aufl.). Kohlhammer.
- Benz, M. & Scholtes, K. (2014). Von der normalen Entwicklungskrise zur Regulationsstörung. In M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0-3 Jahre: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (2., korr. Aufl., S. 159-170). Springer.
- Berger, A. (2019). Perinatale psychische Erkrankungen: Ein vernachlässigtes Thema der Gesundheitsversorgung von Frauen. *Psychiatrische Pflege*, 4(1), 17–20. <https://doi.org/10.1024/2297-6965/a000224>
- Berger, A., Bachmann N., Signorell, A., Erdin, R., Oelhafen, S., Reich, O. & Cignacco, E. (2017). Perinatal mental disorders in Switzerland: prevalence estimates and use of mental-health services. *Swiss Medical Weekly*, 147, 1-9. <https://doi.org/10.4414/smw.2017.14417>

- Berger, A., Schenk, K. & Ging, A. (2019). Perinatal mental health care in Switzerland: Unraveling the perspectives of affected women and health professionals. BFH Health Professions. https://www.bfh.ch/dam/jcr:7d2b2b5e-8b37-4a8f-bbae-61a68d14078c/MADRE_Abstract.pdf
- Berking, M. (2012). Ursachen psychischer Störungen. In M. Berking & W. Rief (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor. Band 1: Grundlagen und Störungswissen – Lesen, Hören, Lernen im Web* (S. 19-28). Springer.
- Berner Fachhochschule. (2025, 26. Februar). *Story / Lücke für psychisch belastete Mütter nach der Geburt schliessen*. <https://www.bfh.ch/de/aktuell/stories/2025/wochenbettdepressionen-zu-hause-therapieren/>
- Bowlby, J. (2024). *Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie* (6.Aufl.). Ernst Reinhardt Verlag.
- Brisch, K.H. (2022). *Bindungsstörungen: Von der Bindungstheorie zur Beratung und Therapie* (19., erw. u. vollst. überarb. Aufl.). Klett-Cotta.
- Bronfenbrenner, U. (1981). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung: Natürliche und geplante Experimente*. Klett-Cotta.
- Büschi, E. & Calabrese, S. (2021, 15. Februar). *Herausforderndes Verhalten*. Socialnet. <https://www.socialnet.de/lexikon/Herausforderndes-Verhalten>
- Caritas. (o. J.). *Babylotsinnen – präventive Beratung rund um die Geburt*. <https://www.caritas.de/fuerprofis/fachthemen/familie/babylotsinnen>
- Chechko, N., Losse, E., Frodl, T. & Nehls, S. (2024). Baby blues, premenstrual syndrome and postpartum affective disorders: intersection of risk factors and reciprocal influences. *BJPsych Open*, 10(1), 1-9. <https://doi.org/10.1192/bjo.2023.612>
- Cignacco, E., Berger, A. & Büchi, S. (2017). Themenheft psychische Erkrankungen: Gut ausgebildete Hebammen können helfen. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 69(11), 26–30. https://www.bfh.ch/dam/jcr:1312ca02-b215-4784-81c8-003f2add453/Cignacco_et_al_2017_Gut_ausgebildete_Hebammen_koennen_helfen.pdf
- Corrigan, P.W. & Nieweglowski, K. (2019). How does familiarity impact the stigma of mental illness? *Clinical Psychology Review*, 70, 40-50. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.02.001>

- Decety, J. & Jackson, P.L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3, 71-100. https://www.researchgate.net/publication/51369194_The_Functional_Architecture_of_Human_Empathy
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. (2019). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie* (2.Aufl.). Springer.
- Devlin, C.A., Huberty, J. & Downs, D.S. (2016). Influences of prior miscarriage and weight status on perinatal psychological well-being, exercise motivation and behavior. *Midwifery*, 43, 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.10.010>
- Diego, M.A., Field, T., Hart, S., Hernandez-Reif, M., Jones, N., Cullen, C., Schanberg, S. & Kuhn, C. (2002). Facial expressions and EEG in infants of intrusive and withdrawn mothers with depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 15(1), 10-17. <https://doi.org/10.1002/da.1079>
- Dorn, A. & Rohde, A. (2021). *Krisen in der Schwangerschaft: Ein Wegweiser für schwangere Frauen und alle, die sie begleiten*. Kohlhammer.
- Dorsch, M.V. & Rohde, A. (2016). Postpartale psychische Störungen – Update 2016. *Frauenheilkunde Up2date*, 10(4), 355–374. <https://doi.org/10.1055/s-0042-112631>
- Equit, M. & Bolten, M. (2018). Bindungsaufbau im ersten Lebensjahr: Warum eine sichere Basis so wichtig ist. *Pädiatrie*, 18(2), 21-28. <https://www.rosenfluh.ch/35556>
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>
- Fink, Y. (2024, 12. Februar). *Mutterseelenallein – Hilfe bei postpartaler Depression*. <https://allywell.de/blog/postpartale-depression>
- Flammer, A. (2017). *Entwicklungstheorien: Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung* (5., unveränderte Aufl.). Hogrefe.
- Forster, F. (2023). Psychische Störungen bei Frauen im Kontext der Elternschaft. *Schweizerische Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie*, 2023(4), 12-16. <https://www.rosenfluh.ch/psychiatrie-neurologie-2023-04/psychische-stoerungen-bei-frauen-im-kontext-der-elternschaft>

- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (2018). Was ist Resilienz und wie kann sie gefördert werden? *Television*, 1, 4-8. https://izi.br.de/deutsch/publikation/television/31_2018_1/Froehlich-Gildhoff_Roennau-Boese-Resilienz.pdf
- Grunwald, K. & Thiersch, H. (2016). Lebensweltorientierung. In K. Grunwald & H. Thiersch (Hrsg.), *Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit: Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern* (3., überarb. Aufl., S. 24-64). Beltz Juventa.
- Gut, A. (2016). Lebensweltorientierung und familientherapeutische Beratung in der Sozialen Arbeit mit Familien. In K. Grunwald & H. Thiersch (Hrsg.), *Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit: Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern* (3., überarb. Aufl., S. 406-418). Beltz Juventa.
- Guttmann-Steinmetz, S. & Crowell, J. A. (2006). Attachment and externalizing disorders: A developmental psychopathology perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(4), 440–451. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000196422.42599.63>
- Hafen, M. & Meier Magistretti, C. (2021). Familienzentrierte Vernetzung in der Schweiz: Eine Vorstudie vor dem Hintergrund der «Frühe Hilfen»-Strategie in Österreich. Luzern: Hochschule Luzern - Soziale Arbeit. <https://www.hslu.ch/de-ch/hochschule-luzern/forschung/projekte/detail/?pid=4254>
- Hafen, M. & Meier Magistretti, C. (2022). Familienzentrierte Netzwerke in der Schweiz. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 28(10), 9-15. <https://ojs.szh.ch/zeitschrift/article/view/1035>
- Hahn, L., Eickhoff, S.B., Habel, U., Stickeler, E., Schnakenberg, P., Goecke, T.W., Stickel, S., Franz, M., Dukart, J. & Chechko, N. (2021). Early identification of postpartum depression using demographic, clinical, and digital phenotyping. *Translational Psychiatry*, 11(121), 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01245-6>
- Hasson-Ohayon, I., Hason-Shaked, M., Silberg, T., Shpigelman, C.N. & Roe, D. (2018). Attitudes towards motherhood of women with physical versus psychiatric disabilities. *Disability and Health Journal*, 11(4), 612-617. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.05.002>
- Hédervári-Heller, É. (2014). Bindung und Bindungsstörungen. In M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0-3 Jahre: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (2., korr. Aufl., S. 58-64). Springer.

- Herriger, N. (2022). *Empowerment*. socialnet. <https://www.socialnet.de/lexikon/Empowerment>
- Hipp, M. (2023). Traumatisierte Eltern: Störungen von Stressregulation, Beziehungsfähigkeit und Identität. In S. Wagenblass & C. Spatscheck (Hrsg.), *Kinder psychisch erkrankter Eltern: Sehen – Wissen – Handeln* (S.63-77). Psychiatrie Verlag.
- Hofecker Fallahpour, M., Zinkernagel, Ch., Frisch, U., Neuhofer, C., Stieglitz, R.-D. & Riecher-Rössler, A. (2005). *Was Mütter depressiv macht...und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen: Ein Therapiehandbuch*. Hans Huber.
- Hohm, E., Zohsel, K., Schmidt, M.H., Esser, G., Brandeis, D., Banaschewski, T. & Laucht, M. (2017). Beeinträchtigter Start ins Leben: Langfristige Auswirkungen der postpartalen Depression und der Einfluss des mütterlichen Interaktionsverhaltens. *Kindheit und Entwicklung*, 26(4), 210-220. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000234>
- Huber, J. (2024). *Kinder brauchen Bindung: Beziehungsgestaltung in Familie und Kita*. Kohlhammer.
- In-Albon, T. (2023). *Emotionsregulation und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter: Grundlagen, Forschung und Behandlungsansätze* (2., erw. u. aktual. Aufl). Kohlhammer.
- Jeffery, D., Clement, S., Corker, E., Howard, L.M., Murray, J. & Thornicroft, G. (2013). Discrimination in relation to parenthood reported by community psychiatric service users in the UK: a framework analysis. *BMC Psychiatry*, 13(120), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-120>
- Junge-Hoffmeister, J., Bittner, A. & Weidner, K. (2016). Depressive Störungen im Peripartum. In T. Hax-Schoppenhorst & S. Jünger (Hrsg.), *Das Depressions-Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe: Menschen mit Depressionen gekonnt pflegen und behandeln* (S. 148-158). Hogrefe.
- Koller, P., König, G. & Sutter, L. (2024). *Perinatale psychische Gesundheit: Versorgungsangebot in der Schweiz: Evaluationsbericht*. Berner Fachhochschule, Gesundheit, Geburtshilfe. <https://doi.org/10.24451/arbor.21353>
- Madigan, S., Bakermans-Kranenburg, M.J., Van Ijzendoorn, M.H., Moran, G., Pederson, D. R. & Benoit, D. (2006). Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: a review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment & Human Development*, 8(2), 89-111. <https://doi.org/10.1080/14616730600774458>

- Meier, F. (2021). *Die psychische Gesundheit von werdenden Eltern unterstützen: Informationen und Empfehlungen für Fachpersonen*. Gesundheitsförderung Schweiz. <https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/themen-und-publikationen/themen/psychische-gesundheit-foerdern>
- Meier Magistretti, C., Walter-Laager, C., Schraner, M. & Schwarz, J. (2019). *Angebote der Frühen Förderung in Schweizer Städten (AFFiS). Kohortenstudie zur Nutzung und zum Nutzen von Angeboten aus Elternsicht*. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit und Karl-Franzens-Universität Graz. <https://interact-verlag.ch/products/angebote-der-fruehen-foerderung-in-schweizer-staedten-affis>
- Monk, C., Dimidjian, S., Galinsky, E., Gregory, K.D., Hoffman, M.C., Howell, E.A., Miller, E.S., Osborne, C., Rogers, C.E., Saxbe, D.E. & D'Alton, M.E. (2022). The transition to parenthood in obstetrics: enhancing prenatal care for 2-generation impact. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 4(5), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2022.100678>
- Murray, L. & Cooper, P. J. (1997). Postpartum depression and child development. *Psychological Medicine*, 27(2), 253–260. <https://doi.org/10.1017/s0033291796004564>
- Nehls, S., Dukart, J., Enzensberger, C., Stickeler, E., Eickhoff, S.B. & Chechko, N. (2024). Vorhersage und frühzeitige Identifikation einer postpartalen Depression: Ergebnisse der longitudinalen RiPoD-Studie im Kontext der Literatur. *Der Nervenarzt*, 96(2), 176–184. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00115-024-01726-1>
- Paulick, C. (2019). *Ressourcenorientierung*. socialnet. <https://www.social-net.de/lexikon/Ressourcenorientierung>
- Pawils, S., Kochen, E., Weinbrenner, N., Loew, V., Döring, K., Daehn, D., Martens, C., Kaczmarek, P. & Renneberg, B. (2022). Postpartale Depression – wer kümmert sich? Versorgungszugänge über Hebammen, Gynäkologie, Pädiatrie und Allgemeinmedizin. *Bundesgesundheitsblatt*, 65(6), 658-667. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-022-03545-8>
- Payne, J. L. & Maguire, J. (2019). Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 52, 165-180. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.12.001>
- Periparto. (o. J.). *EPDS-Fragebogen*. <https://postpartale-depression.ch/de/selbsttest.html>
- Pschyrembel Online. (o. J.). *Insuffizienzgefühl*. <https://www.pschyrembel.de/Insuffizienzgef%C3%BChl/P0577>

- Rätz, R., Biere, A., Reichmann, U., Krause, H.-U. & Ramin, S. (2021). *Sozialpädagogische Familienhilfe: Ein Lehr- und Praxisbuch*. Kohlhammer.
- Reck, C. (2007). Postpartale Depression: Mögliche Auswirkungen auf die frühe Mutter-Kind-Interaktion und Ansätze zur psychotherapeutischen Behandlung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 56(3), 234-244. <https://doi.org/10.25656/01:3051>
- Reck, C., von Tettenborn, A. & Hagl, M. (2022). Interaktionszentrierte Eltern-Kind-Therapie bei postpartalen Depressionen und Angsterkrankungen. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie*, 01, 18-21. <https://www.rosenfluh.ch/59495>
- Reilly, N., Kingston, D., Loxton, D., Talcevska, K. & Austin, M.P. (2020). A narrative review of studies addressing the clinical effectiveness of perinatal depression screening programs. *Women and Birth*, 33(1), 51-59. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.004>
- Reiner-Lawugger, C. (2016). »So war das aber nicht geplant ...«. In B. Wimmer-Puchinger, K. Gutiérrez-Lobos & A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Irrsinnig weiblich – Psychische Krisen im Frauenleben: Hilfestellung für die Praxis* (S. 145-157). Springer.
- Riecher-Rössler, A. & Hofecker Fallahpour, M. (2003). Die Depression in der Postpartalzeit: eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 154(3), 106-115. https://www.researchgate.net/publication/216415932_Die_Depression_in_der_Postpartalzeit_-_eine_diagnostische_und_therapeutische_Herausforderung
- Rohde, A. & Dorn, A. (2023). *Rund um die Geburt – Depressionen, Ängste und mehr: Hilfe und Selbsthilfe bei peripartalen psychischen Problemen* (2., erw. u. überarb. Aufl.). Kohlhammer.
- Sachdeva, J., Nagle Yang, S., Gopalan, P., Worley, L.L.M., Mittal, L., Shirvani, N., Spada, M., Albertini, E., Shenai, N., Moore Simas, T.A. & Byatt, N. (2022). Trauma Informed Care in the Obstetric Setting and Role of the Perinatal Psychiatrist: A Comprehensive Review of the Literature. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 63(5), 485-496. <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2022.04.005>
- Salis, B. (2025). *Psychische Störungen Im Wochenbett: Möglichkeiten der Hebammenkunst* (2.Aufl.). Mabuse-Verlag.

- Schipper-Kochems, S., Fehm, T., Bizjak, G., Fleitmann, A.K., Balan, P. Hagenbeck, C., Schäfer, R. & Franz, M. (2019). Postpartum Depressive Disorder – Psychosomatic Aspects. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 79(4), 375-381. <https://doi.org/10.1055/a-0759-1981>
- Schone, R. (2023). Grundlagen der Hilfeplanung und des Schutzauftrags. In S. Wagenblass & C. Spatscheck (Hrsg.), *Kinder psychisch erkrankter Eltern* (S. 107-119). utb.
- Schrimpf, U. (2013). *Wie kann ich dich halten, wenn ich selbst zerbreche? Meine postpartale Depression und der Weg zurück ins Leben*. südwest.
- Schultz-Venrath, U. (2015). *Lehrbuch Mentalisieren: Psychotherapien wirksam gestalten* (3., überarb. Aufl.). Klett-Cotta.
- Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. (o. J.). *Positionspapier zur medizinischen und psychosozialen Versorgung von Frauen mit psychiatrischen Erkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett in der Schweiz*. <https://www.sggg.ch/fuer-frauen/informationen-fuer-patientinnen>
- Seckinger, M. (2023). Kooperation – Grundlagen für eine Zusammenarbeit verschiedener Hilfesysteme. In S. Wagenblass & C. Spatscheck (Hrsg.), *Kinder psychisch erkrankter Eltern* (S. 134-143). utb.
- Staats, H. (2021). *Feinfühlig arbeiten mit Kindern: Psychoanalytische Konzepte für die Praxis in Kita und Grundschule* (2., aktual. u. erw. Aufl.). Vandenhoeck&Ruprecht.
- Stadt Luzern. (o. J.). *Mütter- und Väterberatung: Beratung für Eltern mit Kindern ab Geburt bis zum 5. Geburtstag*. <https://www.muettervaeterberatung-luzern.ch/angebot>
- Stein A., Pearson, R.M., Goodman, S.H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L.M. & Pariante, C.M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384(9956), 1800-1819. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0)
- Stimmer, F. (2020). *Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit* (4. aktual. Aufl.). Kohlhammer.
- Sylvén, S.M., Ekselius, L., Sundström-Poromaa, I. & Skalkidou, A. (2013). Premenstrual syndrome and dysphoric disorder as risk factors for postpartum depression. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 92(2), 178-184. <https://doi.org/10.1111/aogs.12041>

- Tagesanzeiger. (2025, 20. August). *Depressionen nach der Geburt: Sie brauchen Hilfe, aber: «Man will dem Bild der glücklichen Mutter entsprechen»*. <https://www.tagesanzeiger.ch/in-zuerich-oeffnet-das-erste-tageszentrum-fuer-muetter-mit-postpartaler-depression-579641953534>
- Thiel-Bonney, C. (2012). Beratung und Therapie mit Video und Videofeedback. In M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0–3 Jahre: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (S. 415-424). Springer.
- Thiersch, H. (2015). *Soziale Arbeit und Lebensweltorientierung: Gesammelte Aufsätze*. Beltz Juventa.
- Thiersch, H. (2016). Lebensweltorientierung in der sozialpädagogischen Familienhilfe: Eine exemplarische Fallgeschichte. In K. Grunwald & H. Thiersch (Hrsg.), *Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit: Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern* (3. überarb. Aufl., S. 13-23). Beltz Juventa.
- Thiersch, H., Grunwald, K. & Köngeter, S. (2012). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit: Ein einführendes Handbuch* (4. Aufl., S. 175-196). VS Verlag.
- Verband der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beider Basel. (o. J.). *Psychische Erkrankungen während der Schwangerschaft und nach der Geburt*. <https://www.psychotherapie-bsbl.ch/postpartale-depression/>
- Wagenblass, S. (2020). Chancen und Grenzen der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH) in der Arbeit mit psychisch erkrankten Eltern. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 50(3), 21–25. <https://psychiatrie-verlag.de/product/wagenblass-s-chancen-und-grenzen-der-sozialpaedagogischen-familienhilfe-spfh-in-der-arbeit-mit-psychisch-erkrankten-eltern-einzelartikel-aus-si-3-2020/>
- Wagenblass, S. (2023). Die Entdeckung der Kinder als betroffene Angehörige. In S. Wagenblass & C. Spatscheck (Hrsg.), *Kinder psychisch erkrankter Eltern: Sehen – Wissen – Handeln* (S. 16-46). Psychiatrie Verlag.
- Wildrich-Sanchez, A. (2025). *Die psychische Erkrankung eines Elternteils in der frühen Kindheit* [Unveröffentlichte Präsentation]. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Wolkenstein, L. (2023). *Postpartale Depression*. Hogrefe.

- Zemp, M. & Bodenmann, G. (2017). Die Bedeutung der Bindung für die psychische Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen. *Akut – Informationsmagazin des Vereins für umfassende Suchttherapie*, 31, 12 – 17. https://www.researchgate.net/publication/320531419_Die_Bedeutung_der_Bindung_fur_die_psychische_Entwicklung_bei_Kindern_und_Jugendlichen
- Ziegenhain, U. (2023). Grundlagen der Entwicklungspsychologie und Bindungsforschung. In S. Wagenblass & C. Spatscheck (Hrsg.), *Kinder psychisch erkrankter Eltern: Sehen – Wissen – Handeln* (S. 78-92). Psychiatrie Verlag.
- Ziegenhain, U. & Deneke, C. (2014). Entwicklungspsychopathologische Voraussetzungen der Erlebens- und Verarbeitungsweisen von Kindern psychisch kranker Eltern. In M. Kölch, U. Ziegenhain & J.M. Fegert (Hrsg.), *Kinder psychisch kranker Eltern: Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung* (S.14-39). Beltz Juventa.

10 Anhang

A Relevante Links und Anlaufstellen

- **Verein Periparto:** <https://postpartale-depression.ch/de/>
- **Mutter-/Vater-Kind-Plätze:** <https://postpartale-depression.ch/de/hilfe/muki-plaetze.html>
- **PPD-Krisen-App** vom Verein postpartale Depression Schweiz: <https://postpartale-depression.ch/de/20-home/285-ppd-krisen-app.html>
- **Stadtspital Affoltern, Mutter-Kind-Abteilung:**
<https://www.spitalaffoltern.ch/fachgebiete/mutter-kind-abteilung>
- **Kostenlose Beratung rund ums Elternsein mit einer psychischen Erkrankung oder einer Suchterkrankung:**
https://www.kinderseele.ch/eltern/beratung?gad_source=1&gad_campaignid=12578091068&gbraid=0AAAAADFF-6lbypHJw9p8i3vKRRbs7xebP&gclid=CjwKCAjwx-zHBhBhEiwA7Kjq66XS3DdFT92XUX6BBIl-yDS3UaZvYTY8TQYFtPqrcLC3-w0pyMa9URoCNAMQAvD_BwE
- **Schweizerischer Fachverband Mütter- und Väterberatung:** www.sf-mvb.ch
- **Beratungstelefon pro juventute:** www.projuventute.ch/de/elternberatung
- **Partnerschafts- und Erziehungsberatung:** www.paarlife.ch oder www.triplep.ch
- **Informationen und Hilfestellungen zur psychischen Gesundheit im Allgemeinen:** www.wie-gehts-dir.ch, www.santepsy.ch/de oder www.promentesana.ch
- **Bei akuten Krisen** rund um die Uhr verfügbar:
Elternnotruf: 0848 35 45 55
Ärztetelefon: 0800 33 66 55

B Verwendung von KI-gestützten Tools

Umfang	KI-Tool und Funktionsart	Prompt
S.6, Zeilen 165-172	Paraphrasiert aus ChatGPT Version 5 (16.11.2025)	Überarbeite diesen Abschnitt sprachlich.
S. 6, Zeilen 179-183	Paraphrasiert aus ChatGPT Version 5 (22.11.2025)	Überarbeite diesen Abschnitt sprachlich und hilf mir verschachtelte Sätze zu vereinfachen.
S. 7-8, Zeilen 218-226	Paraphrasiert aus ChatGPT Version 5 (16.11.2025)	Überprüfe diesen Abschnitt auf Wiederholungen.
S. 14, Zeilen 412-421	Paraphrasiert aus ChatGPT Version 5 (25.09.2025)	Fasse diesen Text kompakt zusammen.
S. 16, Zeilen 472-480	Paraphrasiert aus ChatGPT Version 5 (16.10.2025)	Schreibe den Satz um, damit nicht zweimal Werte steht.
S. 21, Zeilen 634-639	Paraphrasiert aus ChatGPT Version 5 (11.08.2025)	Überarbeite diesen Abschnitt sprachlich.
S. 33, Zeilen 1030-1032	Paraphrasiert aus ChatGPT Version 5 (31.10.2025)	Hilf mir diesen verschachtelten Satz zu vereinfachen.
S. 34, Zeilen 1059-1062	Paraphrasiert aus ChatGPT Version 5 (31.10.2025)	Kürze diesen Abschnitt auf das Wesentliche.
S.35, Zeilen 1112-1120	Paraphrasiert aus ChatGPT Version 5.0 (31.10.2025)	Kürze diesen Abschnitt auf das Wesentliche.
S. 47-48, Zeilen 1503-1552	Paraphrasiert aus ChatGPT Version 5.0 (23.12.2025)	Überarbeite diesen Abschnitt sprachlich und achte auf einen roten Faden.