

PERINATALE PSYCHIATRIE: UMSETZUNG DER PERINATALEN PSYCHIATRISCHEN BETREUUNG AUF DER GEBURTSABTEILUNG DES CHUV BEI ELTERLICHER PSYCHOPATHOLOGIE: ROLLE DES SPITALPSYCHIATERS FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Mathilde Morisod Harari, Carlo Delli Noci, Jean-Jacques Cheseaux, Hélène Legardeur, Aline Yersin, Kerstin Jessica Plessen,

Daniel S. Schechter

Übersetzer: Rudolf Schläpfer

Zusammenfassung

Dieser Artikel beschreibt die Rolle des Liaison-Kinderpsychiater in der Geburtsabteilung des CHUV. Er konzentriert sich hauptsächlich auf Eltern in vulnerablen Situationen, wie mütterliche Psychopathologien. Dabei wird die kontinuierliche prä- und postpartale Betreuung durch den Kinderpsychiater beschrieben hinsichtlich Evaluation der perinatalen Situation als auch der Behandlung. Dieser Artikel unterstreicht die grundlegende Bedeutung einer multidisziplinären und koordinierten Betreuung, insbesondere mit den Kollegen der Erwachsenen-Liaison-Psychiatrie, aber auch mit den Gynäkologen, den Kinderärzten und dem Pflegeteam der Geburtsabteilung. Schliesslich wird die Notwendigkeit hervorgehoben, eine Zusammenarbeit mit dem Betreuungsnetz ausserhalb der Geburtsabteilung herzustellen, um die Kontinuität der Betreuung zu gewährleisten und einen für die Patienten und ihre Familien möglichst reibungslosen Übergang zu garantieren.

Einführung

Schwangerschaft und Wochenbett sind bekanntlich psychisch und neurobiologisch besonders gefährdete Lebensabschnitte mit vermehrten Psychopathologien. Depressionen, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen sowie Psychosen gehören zu den meist beobachteten Pathologien¹⁾.

Der Zusammenhang zwischen der psychischen Gesundheit der Mutter und der emotionalen Entwicklung des Kindes ist seit vielen Jahren belegt²⁻⁴⁾. Bereits während der Schwangerschaft kann die Qualität der Bindung zum ungeborenen Kind durch das Vorhandensein einer mütterlichen Psychopathologie, insbesondere bei posttraumatischem Stress, gestört werden und sich auf die Entwicklung des Kindes auswirken⁵⁾. Es ist bekannt, dass Mütter und auch Väter mit psychischen Störungen grössere Schwierigkeiten haben, mit ihrem Kind eine hochwertige Interaktion herzustellen^{6,7)}. Man weiss ebenfalls, dass die Qualität der Eltern-Kind-Bindung eine Schlüsselrolle für die emotionale Entwicklung und die psychische Gesundheit des Kindes spielt^{8,9)}. Die Bedeutung von Massnah-

men, die schon in der Perinatalperiode eingeleitet werden, um dem Kind eine möglichst günstige Entwicklung zu ermöglichen, auch im Hinblick auf die Volksgesundheit und Wirtschaftlichkeit, muss nicht mehr bewiesen werden^{10,11)}.

Die Intervention auf der Geburtsabteilung stellt daher eine grosse Chance dar, präventiv zu handeln und Frauen in einer Situation psychosozialer Vulnerabilität zu erkennen, um die Gesundheit der Mutter, ihres erwarteten Kindes, ihres Partners und eventueller Geschwister zu fördern. Die zukünftige Mutter wird auf der Entbindungsstation geburtshilflich betreut, in den letzten Jahren wurden zusätzlich Präventionsprogramme zugunsten der psychischen Gesundheit, insbesondere in Form von perinatalen Screening-Gesprächen eingeführt¹²⁾. In ähnlicher Weise wurden in der Schweiz und im Ausland mehrere Betreuungsmodelle für die Geburtsabteilung entwickelt¹³⁾.

In den letzten Jahren haben wir eine Zunahme an Patientinnen mit schweren psychischen Störungen beobachtet, die zum Gebären in die Geburtsabteilung des CHUV in Lausanne kommen (+97% Fälle von 2012 bis 2018). Dies Feststellung steht im Einklang mit neuern internationalen Studien¹⁴⁾. Diese Tatsache kann durch mehrere Faktoren erklärt werden, wie zunehmende psychosoziale Unsicherheit, traumatische Ereignisse im Zusammenhang mit Migration und mangelnde Unterstützung durch die Familie und dem sozialen Umfeld. Erwähnt werden muss ebenfalls die bessere Versorgung von Patientinnen mit chronischen psychischen Krankheiten, insbesondere aus dem Spektrum der Psychosen, die angesichts dessen eine eher günstige Entwicklung haben und dadurch die Möglichkeit, eine Schwangerschaft in Betracht zu ziehen.

Betreuungsmodell und spezifische Rolle des Kinder- und Jugendpsychiater

Die Liaison-Psychiatrie für Kinder und Jugendliche des Service Universitaire de la Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA) schaltet sich bei hospitalisierten Patienten in den verschiedenen Einheiten des Dépar-



Mathilde Morisod Harari

[https://doi.org/
10.35190/d2021.2.4](https://doi.org/10.35190/d2021.2.4)

tement Femme-Mère-Enfant am CHUV Lausanne ein. Das Konzept der Liaison-Kinderpsychiatrie besteht einerseits in der Beratung der Patienten und deren Familien, aber auch in der Zusammenarbeit mit den somatischen Fachgebieten. Sie nimmt an den wöchentlichen Sitzungen des Ärzte- und Pflegeteams teil, im Sinne einer multidisziplinären Zusammenarbeit und Herangehensweise, die auf eine ganzheitliche Betreuung des Patienten und seiner Familie abzielt.

Innerhalb der Geburtsabteilung des CHUV arbeitet das kinderpsychiatrische Team mit hospitalisierten Patientinnen pränatal und postnatal, sowie mit Eltern, deren Kinder in die Neonatologie verlegt wurden. Die Spezialisten bieten Unterstützung in allen Situationen, in welchen die Eltern-Kind-Beziehung gefährdet ist: Bei Hospitalisationen aufgrund einer Risikoschwangerschaft oder fetalen Pathologien, bei traumatischen Geburten, Frühgeburten und frühen Störungen der Interaktion zwischen der Mutter und dem Neugeborenen. Ebenfalls wird in Situationen eines perinatalen Todesfalls Unterstützung gewährleistet.

Der Kinder- und Jugendpsychiater wird ebenfalls in allen Situationen beigezogen, in welchen eine psychosoziale Gefährdung vorliegt oder die Mutter oder ihr Partner eine schwere psychiatrische Störung aufweisen. Die Psychopathologie kann bekannt sein oder neu diagnostiziert werden während der Perinatalperiode. Für diese besonderen Situationen existiert innerhalb des CHUV ein Präventionssystem, das eine frühestmögliche Erkennung erlaubt. Es handelt sich um eine multidisziplinäre Plattform, das Child Abuse and Neglect Team (CAN Team) unter pädiatrischer Leitung, an welcher alle Fachpersonen (Kinderärzte, Gynäkologen, Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater, Hebammen, Sozialarbeiterinnen) intern und extern (Mütterberaterinnen, Vertreter des Kinderschutz) teilnehmen. Spitalinterne oder -externe Partner können auch Patientinnen vorstellen, die im CHUV gebären werden, dort aber noch nicht bekannt sind. Die vorgestellten Fälle werden multidisziplinär besprochen und es wird ein Betreuungsplan fallbezogen festgelegt.

In besonderen Fällen elterlicher Psychopathologien wird die perinatale psychiatrische Betreuung gemeinsam durch Psychiater und Liaison-Kinderpsychiatrie übernommen. Es handelt sich vor allem um eine psychiatrische und kinderpsychiatrische Beratung, die wenn möglich schon vorgeburtlich (ambulant oder stationär) beginnt und während der ganzen Schwangerschaft sowie unmittelbar nach der Geburt des Kindes in der Geburtsabteilung stattfindet. Der Psychiater wird vor allem den psychischen Zustand der Mutter, die Ressourcen der Familie und die Notwendigkeit beurteilen, eine psychiatrische und psychotherapeutische Nachbetreuung zu veranlassen. Der Kinder- und Jugendpsychiater seinerseits wird in erster Linie die Kompetenzen der Eltern, ihre Beziehung zum Kind, die Qualität des elterlichen Rückhaltes, die mentalen Bedürfnisse des Kindes sowie die Eltern-Kind-Interaktion untersuchen. Über die Beurteilung hinaus wird der Kinder- und Jugendpsychiater psychotherapeutische Massnahmen vorschlagen, mit

dem Ziel die Vorstellungen der Eltern zu analysieren, die Begegnung mit dem Kind zu unterstützen und das Herstellen der ersten Bande zwischen Eltern und Kind zu fördern.

Psychiater und Kinder- und Jugendpsychiater arbeiten eng zusammen, tauschen ihre Sichtweisen aus und berücksichtigen die Dyade Mutter-Kind oder noch besser die Triade Mutter-Vater-Kind, wobei sie darauf achten, Spaltungen zu vermeiden. In der Tat besteht manchmal die Gefahr, dass jede der beteiligten Fachpersonen nur den Gesichtspunkt seines Patienten, d.h. die Mutter für den Psychiater bzw. das Kind für den Kinder- und Jugendpsychiater, betrachtet. Häufige und formalisierte Kommunikation in Form gemeinsamer Kolloquien ist deshalb wichtig: Diese Art Zusammenkünfte der beiden Teams aus Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie finden in der Geburtsabteilung des CHUV monatlich statt.

Ergänzend werden oft spezialisierte Pflegefachkräfte eingeschaltet, deren Rolle hauptsächlich darin besteht, die bei der Geburtshilfe und Neonatologie in vorderster Linie stehenden Pflegeteams zu unterstützen. Dies ermöglicht es, den Patientinnen und Kindern eine kohärente und nachhaltige Betreuung zu gewähren¹⁵⁾. Diese Fachperson kann alleine bei den Patientinnen oder in Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendpsychiater intervenieren, was eine Ko-Therapie ermöglicht, ein Modell das der Dyade/Triade Eltern-Kind zwei Ansprechpartner bietet¹⁶⁾.

Multidisziplinärer Ansatz: Interne und externe Umsetzung

Das für die perinatale psychische Betreuung verantwortliche Team arbeitet mit den übrigen Fachleuten zusammen, die im CHUV an der perinatalen Versorgung beteiligt sind. Es handelt sich um die Kollegen der Geburtshilfe und Pädiatrie sowie Pflegefachkräfte und Sozialdienst, mit dem Ziel, der Mutter, ihrem Partner und dem Kind die bestmögliche Betreuung zu bieten. Ansprechpartner für die geburtshilfliche Betreuung dieser Patientinnen und ihrer Partner während der ganzen Schwangerschaft ist am CHUV idealerweise ein mit Risikogeburten vertrauter Geburtshelfer. Dies erlaubt es der Schwangeren, sich mit den Örtlichkeiten und den verschiedenen Fachpersonen vertraut zu machen, und sich in Sicherheit zu fühlen. Das CAN-Team kann die zukünftigen Eltern während der Schwangerschaft und auch danach betreuen, um eine bestmögliche therapeutische Allianz zu schaffen. Bei schweren Störungen der frühen Bindung oder wenn die Mutter psychisch dekompenziert und sich nicht gänzlich um ihr Neugeborenes kümmern kann, besteht die Möglichkeit, den Aufenthalt der Mutter in der Geburtsabteilung zu verlängern oder das Neugeborene in die Neonatologie aufzunehmen. Dies lässt dem Kinder- und Jugendpsychiater und dem Psychiater mehr Zeit, die Situation zu beurteilen, sowie die Behandlung und je nach Situation das weitere Vorgehen zu planen.

Eine wichtige Aufgabe des Kinder- und Jugendpsychiater ist es denn auch, der Dyade oder Triade nach

Fortbildung

dem Verlassen des Spitals eine angemessene Betreuung zu gewährleisten. Das Ziel ist es, sich zu vergewissern, dass die elterlichen Kompetenzen dem Kind ein für seine emotionale Entwicklung günstiges Umfeld bieten. Für die weitere Betreuung bestehen zahlreiche Möglichkeiten, von ambulanter Psychotherapie bis hin zur Platzierung des Kindes bei extrem pathologischen Verhältnissen. Auch hier muss der Liaison-Kinderpsychiater mit den verschiedenen Fachpersonen Verbindung aufnehmen und zusammenarbeiten, unter anderen mit dem Kinderarzt, Kinder- und Jugendpsychiater, der frei-beruflich tätigen Hebamme, der Mütterberaterin, der Kinderschutzbehörde, usw. Es muss hier unterstrichen werden, wie wichtig ein nahtloses Weiterführen der spezialisierten ambulanten Betreuung für 0-5-jährige Kinder und ihre Familien ist, um eine möglichst effiziente Behandlungskette anzustreben¹⁵⁾.

Fazit

Die Schwangerschaft und Geburt eines Kindes nehmen im Leben einer Frau und ihres Partners eine Schlüsselstellung ein. Dieser Lebensabschnitt führt unweigerlich zu einer physiologischen, in einem besonderen Kontext notwendigen medizinischen Betreuung. Es ist auch eine Gelegenheit für die perinatologisch tätigen Fachkräfte, um mit psychosozial gefährdeten Personen Kontakt aufzunehmen. Die zukünftige Mutterschaft stellt oft ein wahres Sprungbrett für die Betreuung von Personen dar, die bis dahin unempfänglich oder unerreichbar waren. Als Fachperson für psychische Gesundheit des Kindes auf der Geburtsstation intervenieren zu können, stellt deshalb eine einmalige gesundheitspolitische und präventive Gelegenheit dar. Für den entsprechend ausgebildeten Kinderpsychiater handelt es sich um den idealen Ort, seine Kenntnisse der perinatalen Problematik in komplexen Situationen zum Wohl des noch ungeborenen oder neugeborenen Kindes, seiner Eltern sowie zur Qualität der Eltern-Kind-Beziehung einzubringen. Es soll auch daran erinnert werden, dass die Geburt eines Kindes fragile Eltern oft dazu bewegen kann, eine psychische Unterstützung für sich selbst zu suchen, was eine gute therapeutische Allianz, unbedingte Voraussetzung für eine erfolgreiche Psychotherapie, schaffen kann. Die Betreuung zukünftiger Eltern ist deshalb eine einmalige Gelegenheit, psychiatrischen Problemen bei Kind und Eltern vorzubeugen und der Familie eine bessere Zukunft zu gewähren.

Referenzen

- 1) O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28:3-12.
- 2) Pires AJ, de Matos MB, Scholl CC, et al. Prevalence of mental health problems in preschoolers and the impact of maternal depression. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29:605-616.
- 3) Lewis AJ, Austin E, Knapp R, Vaiano T, Galbally M. Perinatal Maternal Mental Health, Fetal Programming and Child Development. *Healthcare (Basel)*. 2015;3:1212-1227.
- 4) Tough SC, Siever JE, Leew S, Johnston DW, Benzies K, Clark D. Maternal mental health predicts risk of developmental problems at 3 years of age: follow up of a community based trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008;8:16.
- 5) Sancho-Rossignol A, Schilliger Z, Cordero MI, et al. The Association of Maternal Exposure to Domestic Violence During Childhood With Prenatal Attachment, Maternal-Fetal Heart Rate, and Infant Behavioral Regulation. *Front Psychiatry*. 2018;9:358.
- 6) Giallo R, Cooklin A, Wade C, DiEsposito F, Nicholson JM. Maternal postnatal mental health and later emotional-behavioural development of children: the mediating role of parenting behaviour. *Child Care Health Dev*. 2014;40:327-336.
- 7) Schechter DS, Willheim E, Hinojosa C, et al. Subjective and objective measures of parent-child relationship dysfunction, child separation distress, and joint attention. *Psychiatry*. 2010;73:130-144.
- 8) Dollberg D, Feldman R, Keren M. Maternal representations, infant psychiatric status, and mother-child relationship in clinic-referred and non-referred infants. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19:25-36.
- 9) Easterbrooks MA, Bureau JF, Lyons-Ruth K. Developmental correlates and predictors of emotional availability in mother-child interaction: a longitudinal study from infancy to middle childhood. *Dev Psychopathol*. 2012;24:65-78.
- 10) Reynolds AJ, Temple JA, White BA, Ou SR, Robertson DL. Age 26 cost-benefit analysis of the child-parent center early education program. *Child Dev*. 2011;82:379-404.
- 11) Foster EM, Jones D. Can a costly intervention be cost-effective?: An analysis of violence prevention. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:1284-1291.
- 12) Capgras-Baberon D. L'entretien prénatal précoce: mode d'entrée dans le réseau. *Spirale*. 2012;61:47-53.
- 13) Bailleau B, Pirc H. Interventions du psychologue en prévention périnatale. *Le Journal des psychologues*. 2008;262:32-36.
- 14) Nelson CA, Scott RD, Bhutta ZA, Harris NB, Danese A, Samara M. Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. *Bmj*. 2020;371:m3048.
- 15) Morisod Harari M SD, Despars J, Yersin A, Sidiropoulou O, Villard E, Plessen K. Réorganisation d'un service de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Le domaine «Périnatalité et petite enfance». *Rev Med Suisse*. 2020;16:1737-1740.
- 16) Wendland J, Couëtoux-Jungman F, Khun-Franck L, et al. La cothérapie: un setting privilégié pour le suivi thérapeutique parents-bébé/jeune enfant. *La psychiatrie de l'enfant*. 2015;58:53-84.

Autoren

Dr. med. Mathilde Morisod Harari, Service universitaire de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Département de Psychiatrie, CHUV, Lausanne
Dr. med. Carlo Delli Noci, Service de la psychiatrie de liaison, Département de Psychiatrie, CHUV, Lausanne
Dr. med. Jean-Jacques Cheseaux, CAN Team, groupe hospitalier de protection de l'enfance, Service de pédiatrie, Département Femme-Mère-Enfant, CHUV, Lausanne
Dr. med. Hélène Legardeur, Service de gynécologie-obstétrique, Département Femme-Mère-Enfant, CHUV, Lausanne
Aline Yersin, Service universitaire de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Département de Psychiatrie, CHUV, Lausanne
Dr. med. Kerstin Jessica Plessen, Service universitaire de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Département de Psychiatrie, CHUV, Lausanne
Dr. med. Daniel S. Schechter, Service universitaire de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Département de Psychiatrie, CHUV, Lausanne

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.