

# Einfluss geburtsbezogener posttraumatischer Belastungsstörung auf die kindliche Entwicklung

**Etwa ein Drittel der Mütter schätzt ihre Geburt als traumatisch ein, unabhängig davon, ob es medizinische Komplikationen gab oder nicht. Ausserdem erleben etwa 60% der Väter die Geburt als belastend. Eine objektiv unkomplizierte Geburt kann von den Eltern somit subjektiv als traumatisch empfunden werden, und beide Eltern können psychische Probleme entwickeln, wie beispielsweise Symptome einer geburtsbedingten posttraumatischen Belastungsstörung (GB-PTBS). Abgesehen von der Belastung für die Mutter, kann eine GB-PTBS nach der Geburt negative Folgen für die ganze Familie haben, inklusive die Entwicklung des Kindes.**

Foto: z/vg



Antje Horsch

von Antje Horsch<sup>1,2</sup>

## Traumatische Geburten

**D**ie Geburt ist ein intensives Ereignis von emotionaler, sozialer und kultureller Bedeutung, das mit erheblichen körperlichen Belastungen verbunden ist. Körperlich müssen Frauen mit akuten Veränderungen und einem hohen Mass an Schmerzen fertig werden. Emotional gesehen, kann die Geburt des Kindes sowohl intensive positive als auch negative Gefühle auslösen. Im kulturellen Kontext sind Geburt und Mutterschaft mit vielen Erwartungen und Normen verbunden, da die Geburt eines Kindes im Allgemeinen als ein rein positives Lebensereignis angesehen wird (1).

Es gibt Hinweise darauf, dass die elterlichen Erwartungen während der Geburt nicht unbedingt und in vollem Umfang erfüllt werden (2). Während der Wehen und der Geburt können negative Gefühle wie Angst, Frustration, Hilflosigkeit oder Schrecken auftreten (3). Infolgedessen schätzt etwa ein Drittel der Mütter ihre Geburt als traumatisch ein, unabhängig davon, ob es medizinische Komplikationen gab oder nicht (4, 5). Ausserdem erleben etwa 60% der Väter die Geburt als belastend (6).

Nach dem Kriterium A der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Auflage (DSM-5), entspricht ein traumatisches Ereignis einer direkten oder indirekten «Exposition gegenüber tatsächlichem oder drohendem

Tod, ... [oder] schwerer Verletzung» (7, S. 271). Da es sich um eine Bedrohung des Lebens oder der körperlichen Unversehrtheit der Mutter und/oder ihres Kindes handeln kann, kann eine Geburt die PTBS-Kriterien A des DSM-5 erfüllen. Ob eine Geburt als traumatisch empfunden wird, hängt in erster Linie von der subjektiven Bewertung des Ereignisses durch die Eltern ab (8). Eine objektiv unkomplizierte Geburt kann von den Eltern subjektiv als traumatisch empfunden werden (9), und beide Eltern können psychische Probleme entwickeln, wie beispielsweise Symptome einer geburtsbedingten PTBS (GB-PTBS) (10, 11).

Eine Geburt unterscheidet sich von anderen traumatischen Ereignissen dadurch, dass sie im Allgemeinen als positives Lebensereignis angesehen wird. Ausserdem finden Geburten in der westlichen Welt normalerweise im Rahmen einer regulären medizinischen Versorgung statt. Überdies ist es möglich, dass das Baby die Mutter stark an die traumatische Geburt erinnert. Das kann für die Mutter, deren Aufgabe darin besteht, für ihr Baby zu sorgen, eine schwierige Herausforderung sein (1).

## Geburtsbezogene PTBS

Die Symptome der PTBS werden in vier Gruppen eingeteilt:

1. Intrusionen (PTBS-Kriterium B), das heisst unwillkürliche traumatische, intrusive Erinnerungen, die sich auf das Ereignis beziehen, wie zum Beispiel Flashbacks oder Alpträume von den Lichtern im Korridor, der zum Operationssaal führt
2. Vermeidung von traumabezogenen Reizen (PTBS-Kriterium C), das heisst anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, beispielsweise Vermeidung des Spitals oder Vermeidung von Gesprächen über die Geburt

<sup>1</sup> Institute of Higher Education and Research in Healthcare (IUFERS), University of Lausanne, 1010 Lausanne, Switzerland

<sup>2</sup> Department Woman-Mother-Child, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, 1011 Lausanne, Switzerland

3. Negative Kognitionen und negative Stimmung (PTBS-Kriterium D), zum Beispiel Selbstvorwürfe, Anhedonie oder Niedergeschlagenheit
4. Hyperarousal (PTBS-Kriterium E), das heisst ausgeprägte Veränderungen der Erregung und der Reaktivität, zum Beispiel erhöhte Schreckreaktion oder übermässige Hypervigilanz gegenüber dem Baby (7).

Die PTBS kann 1 Monat nach der traumatischen Belastung diagnostiziert werden (PTBS-Kriterium F), auch wenn in der Zwischenzeit eine akute posttraumatische Belastungsreaktion auftreten kann (12). Darüber hinaus muss eine erhebliche Belastung oder Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit im Alltag vorliegen (PTBS-Kriterium G). Nach DSM-5 ist die geburtsbezogene PTBS (GB-PTBS) keine spezifische Diagnose, obwohl sie kürzlich als neuer Subtyp der PTBS vorgeschlagen wurde (13).

Die klinischen Merkmale von GB-PTBS und PTBS unterscheiden sich geringfügig, wobei eine neuere Studie zu dem Schluss kam, dass Mütter mit GB-PTBS mehr Intrusionssymptome aufwiesen als Mütter mit PTBS im Zusammenhang mit anderen Stressoren (14). In psychometrischen Studien, die die latente Struktur der GB-PTBS untersuchten, wurden 2 Symptomgruppen identifiziert: geburtsbezogene Symptome (z. B. Flashbacks, Vermeidungsverhalten) und allgemeine Symptome (z. B. schlechte Stimmung, Anhedonie) (15, 16). Aufgrund bestimmter allgemeiner postpartaler Faktoren wie Müdigkeit oder Hypervigilanz gegenüber dem Baby kann die GB-PTBS-Symptomatik überschätzt werden (15). In der allgemeinen Bevölkerung erfüllen 3 bis 4% der Frauen die diagnostischen Kriterien der GB-PTBS (17, 18). In Hochrisikostichproben steigen die GB-PTBS-Prävalenzraten sogar auf 16 bis 19%, beispielsweise nach einem Notkaiserschnitt, der zu den traumatischsten Entbindungsarten gehört (17, 18). Es gibt Hinweise darauf, dass sich Mütter mit GB-PTBS nicht systematisch spontan erholen (19).

Auch Partner, die der Geburt beiwohnen, können GB-PTBS-Symptome entwickeln. Da die Anwesenheit der Väter während der Geburt in den letzten Jahrzehnten erheblich zugenommen hat (20), besteht für sie ein zunehmendes Risiko, GB-PTBS-Symptome zu entwickeln. Bislang gibt es nur wenige Untersuchungen zur väterlichen GB-PTBS, die Prävalenzraten zwischen 0 und 7% in der allgemeinen Bevölkerung während des ersten Jahres nach der Geburt ermittelten (10, 11, 21–23). In Hochrisikostichproben, wie auf der neonatalen Intensivstation, wurden bei Vätern GB-PTBS-Prävalenzraten von 1 bis 67% festgestellt (21, 24–29).

### Folgen der GB-PTBS

Nach einer traumatischen Geburt entscheiden sich viele Frauen, keine weiteren Kinder zu bekommen (30). Traumatisierte Frauen, die dennoch eine neue Schwangerschaft beginnen, machen mit grösserer Wahrscheinlichkeit negative Erfahrungen mit nachfolgenden Schwangerschaften (31). Das kann mit einem erhöhten Risiko für mütterlichen Stress und den damit verbundenen Risiken für negative Schwangerschaftsfolgen, wie intrauterine Wachstumsverzögerung, geringes Geburtsgewicht und Frühgeburt, einhergehen (32, 33). Eine GB-PTBS nach der Geburt steht auch im Zusammenhang

mit einer extremen Angst vor einer weiteren Schwangerschaft und Geburt (Tokophobie), mit sexuellen Problemen und der Vermeidung von medizinischer Versorgung (34). Interessanterweise zeigte eine Studie vor Kurzem, dass schwangere Mütter, die bereits eine frühere traumatische Geburt und GB-PTBS erlebt hatten, über eine stärkere pränatale Bindung zu ihrem nächsten Kind berichteten als schwangere Frauen mit niedrigen Belastungswerten (35). Möglicherweise verhielten sich Mütter, die bei einer vorangegangenen Geburt Angst um das Leben ihres Kindes gehabt hatten, sich nun besonders beschützend gegenüber ihrem nächsten ungeborenen Kind. Das könnte auch die Gelegenheit bieten, das traumatische Erlebnis der vorherigen Geburt zu heilen (35).

Abgesehen von der Belastung für die Mutter, kann eine PTBS nach der Geburt negative Folgen für die ganze Familie haben. Nach einer traumatischen Geburt machen die Frauen möglicherweise ihre Partner für die negativen Geburtsergebnisse mitverantwortlich. Eine kürzlich durchgeführte prospektive Studie zeigte, dass mütterliche PTBS-Symptome nach der Geburt prospektiv mit einer geringen Zufriedenheit in der Partnerschaft 2 Jahre nach der Geburt zusammenhingen, was durch Symptome einer postpartalen Depression vermittelt wurde (36).

### Intergenerationelle Übertragung von stress- und traumabedingten Folgen

Nach dem Modell der intergenerationellen Übertragung von Stress und Trauma können die Entwicklungs- und biologischen Ergebnisse der Nachkommen durch biologische Veränderungen der Eltern nach einer traumatischen Stressbelastung moduliert werden (37). Es wurde postuliert, dass diese epigenetischen Veränderungen über 3 Wege erfolgen: 1. während der Empfängnis, wo Stress die Keimzellen verändert; 2. während der Schwangerschaft durch die Auswirkungen von Stress auf das uterine Umfeld; 3. durch die frühe postnatale Betreuung, wo durch Stress ausgelöste elterliche biologische Veränderungen angemessene Eltern-Kind-Interaktionen behindern können. Der dritte Weg ist geeignet, um Veränderungen im biologischen System und in der Entwicklung der Nachkommen zu untersuchen, die auf eine elterliche GB-PTBS nach einer traumatischen Geburt zurückzuführen sind (38).

Die Rolle der Väter sollte bei dieser intergenerationellen Übertragung nicht unterschätzt werden, insbesondere über den dritten Weg (38). Die Mechanismen, die an dieser möglichen väterlichen Übertragung von stress- und traumabedingten Folgen auf ihre Nachkommen beteiligt sind, sind noch nicht bekannt. Es wurde vorgeschlagen, dass beide Elternteile den psychologischen, physischen und biologischen Zustand des jeweils anderen beeinflussen und sich in der Folge auf die Entwicklung des Kindes auswirken könnten (38). Da ausserdem postuliert wurde, dass die intergenerationelle Übertragung von stress- und traumabedingten Folgen auch über die frühe postnatale Betreuung erfolgt, sollte die Forschung, die sich mit der Entwicklung von Kindern nach traumatischen Geburten befasst, auch nicht biologische Eltern einbeziehen.

### Auswirkungen einer traumatischen Geburt auf die Entwicklung des Kindes

Traumatische Geburten wirken sich nicht nur auf die Eltern, sondern auch auf deren Kinder aus. Eine prospektive Studie zeigte kürzlich, dass eine GB-PTBS die Beziehung zwischen Mutter und Säugling negativ beeinflussen kann (39). Allerdings ergab diese Studie auch, dass das für die Väter nicht der Fall war (39). Wie bereits erwähnt, ist für manche Frauen die Betreuung ihres Babys eine ständige Erinnerung an traumatische Erlebnisse, was es ihnen wiederum erschweren kann, starke Bindungen und sichere Beziehungen zu ihrem Baby aufzubauen. Eines der Symptome der PTBS ist die emotionale Betäubung, und einige Mütter sind daher möglicherweise nicht in der Lage, ihrem Baby gegenüber Zuneigung zu empfinden und zu zeigen. So beschrieb eine Mutter: «Ich habe mechanisch alles getan, um eine gute Mutter zu sein. Innerlich habe ich nichts gefühlt» (40). Es hat sich gezeigt, dass einige traumatisierte Mütter im Umgang mit ihrem frühgeborenen Kind eher stärker kontrollierend und weniger einfühlsam sind. Sie berichten auch, dass sie ihren Kindern gegenüber überfürsorglich sind (41). Das kann eine Folge der Hypervigilanz sein, eines der Symptome der PTBS. Allerdings wurde das durch eine Metaanalyse infrage gestellt (42). Die GB-PTBS steht auch mit anderen negativen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung in Zusammenhang. In einer prospektiven Studie wurde festgestellt, dass mütterliche PTBS-Symptome 8 Wochen nach der Geburt mit einer schlechten sozial-emotionalen Entwicklung im Alter von 2 Jahren verbunden waren, insbesondere bei Knaben und Kindern mit schwierigerem Temperament (43). Darüber hinaus gibt es Hinweise darauf, dass Kleinkinder von Müttern mit GB-PTBS im Vergleich zu Kindern von Müttern ohne GB-PTBS mehr Schlafprobleme aufweisen (44). Obwohl eine kürzlich durchgeführte systematische Übersichtsarbeit feststellte, dass die Beweise für einen Zusammenhang zwischen mütterlicher GB-PTBS und der Mutter-Kind-Interaktion, der Mutter-Kind-Beziehung oder der kindlichen Entwicklung nicht eindeutig waren, kam sie zu dem Schluss, dass es genügend Beweise für einen Zusammenhang zwischen mütterlicher PTBS nach der Geburt und niedrigerem Geburtsgewicht und geringeren Stillraten gibt (41). Kürzlich wurde in einer grossen Kohorte ein prospektiver Zusammenhang zwischen PTBS nach der Geburt und dem Beginn des Stillens sowie der Fortsetzung des Stillens bestätigt (45). Das ist möglicherweise auf dysfunktionale Bewältigungsmechanismen zur Vermeidung traumatischer Eindrücke zurückzuführen, die häufig durch den engen Kontakt der Mutter mit ihrem Baby ausgelöst werden.

### Klinische Implikationen

Da eine traumatische Geburtserfahrung ein wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung einer GB-PTBS ist, sollten Frauen und ihre Partner in den Tagen nach der Geburt darauf untersucht werden. Auch wenn die Forschung zur Prävention und Intervention noch nicht weit gediehen ist, sollte eine frühzeitige Behandlung von PTBS nach der Geburt vorgesehen werden, um nicht nur die Eltern, sondern auch die Entwicklung des Kindes zu unterstützen. Bislang gibt es keine evidenzbasierten Interventionen für Frauen nach traumatischen Gebur-

### Merkmale:

- **Beide Eltern, die an der Geburt teilnehmen, können eine traumatische Geburtserfahrung haben und GB-PTBS entwickeln.**
- **Frauen und ihre Partner sollten in den Tagen nach der Geburt bezüglich ihrer Geburtserfahrung befragt werden, denn das stellt einen wichtigen Risikofaktor für GB-PTBS dar.**
- **GB-PTBS wirkt sich unweigerlich auf das gesamte Familiensystem aus, mit potenziell negativen Auswirkungen auf die Paarbeziehung und die Entwicklung des Kindes.**
- **Eine frühzeitige Entdeckung und Behandlung von GB-PTBS sollte vorgesehen werden, um nicht nur die Eltern, sondern auch die Entwicklung des Kindes zu unterstützen.**

ten, insbesondere keine frühzeitigen Interventionen, die die längerfristigen Ergebnisse sowohl für die Mutter als auch für das Kind verbessern könnten (46, 47). Eine kürzlich durchgeführte Metaanalyse von traumafokussierten psychologischen Therapien (TFPT) zur Behandlung von PTBS nach der Geburt ergab Hinweise auf die Wirksamkeit von TFPT zur kurzfristigen (bis 3 Monate nach der Geburt) und mittelfristigen (3–6 Monate nach der Geburt) Verringerung von GB-PTBS-Symptomen. Die Autoren kamen jedoch zu dem Schluss, dass es an belastbaren Belegen für die Wirksamkeit von TFPT bei der Verbesserung der Erholung der Frauen von klinisch signifikanten GB-PTBS-Symptomen mangelt (48). In den internationalen Leitlinien zur Behandlung der allgemeinen PTBS werden die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (CBT) und das Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) als Interventionen der Wahl empfohlen (49). Darüber hinaus wurden transtherapeutische Elemente wie Psychoedukation, Emotionsregulierung, Bewältigungsfähigkeiten, Exposition und kognitive Ansätze angewandt (50). Erste Ergebnisse von Studien, die die Wirkung bei Frauen untersuchten, die die Entbindung als traumatisch erlebt haben, sind vielversprechend, umfassen aber überwiegend Fallstudien. Daher sind randomisierte, kontrollierte Studien erforderlich, um die Wirksamkeit auch in dieser speziellen Bevölkerungsgruppe zu belegen. ●

*Korrespondenzadresse:*

*Prof. Dr. Antje Horsch*

*Institute of Higher Education and Research in Healthcare (IUFRS)*

*University of Lausanne*

*1010 Lausanne*

*E-mail: antje.horsch@chuv.ch*

### Referenzen:

1. Horsch A et al.: Posttraumatic stress disorder following childbirth. In: Herring CPJ, editor. Childbirth, Vulnerability and Law: Exploring Issues of Violence and Control. 1st ed. London: Routledge, 2019. p. 49-66.
2. Soet JE et al.: Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth. *Birth*. 2003;30(1):36-46. doi:10.1046/j.1523-536x.2003.00215.x
3. Roisch-Medina A et al.: Paternal experiences of pregnancy and labour. *British Journal of Midwifery*. 2007;15(2):66-74.
4. Ayers S.: Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clin Obstet Gynecol*. 2004;47(3):552-567. doi:10.1097/01.grf.0000129919.00756.9c

5. Creedy DK et al.: Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*. 2000;27(2):104-111. doi:10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x
6. Johnson MP: The implications of unfulfilled expectations and perceived pressure to attend the birth on men's stress levels following birth attendance: a longitudinal study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2002;23(3):173-182. doi:10.3109/01674820209074670
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5 ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
8. Dekel S et al.: Beyond postpartum depression: posttraumatic stress-depressive response following childbirth. *Arch Womens Ment Health*. 2020;23(4):557-564. doi:10.1007/s00737-019-01006-x
9. Andersen LB et al.: Risk factors for developing posttraumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91(11):1261-1272. doi:10.1111/j.1600-0412.2012.01476.x
10. Schobinger E et al.: Acute and post-traumatic stress disorder symptoms in mothers and fathers following childbirth: a prospective cohort study. *Front Psychiatry*. 2020;11:562054. doi:10.3389/fpsy.2020.562054
11. Kress V et al.: Differential predictors of birth-related posttraumatic stress disorder symptoms in mothers and fathers – a longitudinal cohort study. *J Affect Disord*. 2021;292:121-130. doi:10.1016/j.jad.2021.05.058
12. Horsch A et al.: Reducing intrusive traumatic memories after emergency caesarean section: a proof-of-principle randomized controlled study. *Behav Res Ther*. 2017;94:36-47. doi:10.1016/j.brat.2017.03.018
13. Horesh D et al.: Childbirth-related PTSD: is it a unique post-traumatic disorder? *J Reprod Infant Psychol*. 2021;39(3):221-224. doi:10.1080/02646838.2021.1930739
14. Harrison SE et al.: Prevalence and factors associated with postpartum posttraumatic stress in a population-based maternity survey in England. *J Affect Disord*. 2021;279:749-756. doi:10.1016/j.jad.2020.11.102
15. Ayers S et al.: Development of a measure of postpartum PTSD: the City Birth Trauma Scale. *Front Psychiatry*. 2018;9:409. doi:10.3389/fpsy.2018.00409
16. Sandoz V et al.: Measurement and conceptualization of maternal PTSD following childbirth: Psychometric properties of the City Birth Trauma Scale – French Version (City BiTS-F). *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2021.
17. Grekin R et al.: Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2014;34(5):389-401. doi:10.1016/j.cpr.2014.05.003
18. Dikmen-Yildiz P et al.: The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017;208:634-645. doi:10.1016/j.jad.2016.10.009
19. Dikmen-Yildiz P et al.: Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder (PTSD) after birth and associated risk factors. *Affect Disord*. 2018;229:377-385. doi:10.1016/j.jad.2017.12.074
20. World Health Organization. *Fatherhood and Health Outcomes in Europe*. 2007.
21. Helle N et al.: Postpartum posttraumatic and acute stress in mothers and fathers of infants with very low birth weight: cross-sectional results from a controlled multicenter cohort study. *J Affect Disord*. 2018;235:467-473. doi:10.1016/j.jad.2018.04.013
22. Zerach G et al.: Anxiety sensitivity among first-time fathers moderates the relationship between exposure to stress during birth and posttraumatic stress symptoms. *J Nerv Ment Dis*. 2016;204(5):381-387. doi:10.1097/NMD.0000000000000482
23. Leach LS et al.: Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period: a systematic review. *J Affect Disord*. 2016;190:675-686. doi:10.1016/j.jad.2015.09.063
24. Aftyka A et al.: Risk factors for the development of post-traumatic stress disorder and coping strategies in mothers and fathers following infant hospitalisation in the neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs*. 2017;26(23-24):4436-4445. doi:10.1111/jocn.13773
25. Koliouli F et al.: Stress, Coping, and Post-traumatic Stress Disorder of French Fathers of Premature Infants. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 2016;16(3):110-114.
26. Yaman S et al.: Posttraumatic stress and experiences of parents with a newborn in the neonatal intensive care unit. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2015;33(2):140-52. doi:10.1080/02646838.2014.990872
27. Winter L et al.: Depression, posttraumatic stress and relationship distress in parents of very preterm infants. *Arch Womens Ment Health*. 2018;21(4):445-451. doi:10.1007/s00737-018-0821-6
28. Pace CC et al.: Posttraumatic stress symptoms in mothers and fathers of very preterm infants over the first 2 years. *J Dev Behav Pediatr*. 2020;41(8):612-618. doi:10.1097/DBP.0000000000000828
29. Horsch A et al.: Impact of perinatal asphyxia on parental mental health and bonding with the infant: a questionnaire survey of Swiss parents. *BMJ Paediatr Open*. 2017;1(1):e000059. doi:10.1136/bmjpo-2017-000059
30. Gottvall K et al.: Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG*. 2002;109(3):254-260. doi:10.1111/j.1471-0528.2002.01200.x
31. Beck CT et al.: Subsequent childbirth after a previous traumatic birth. *Nurs Res*. 2010;59(4):241-249. doi:10.1097/NNR.0b013e3181e501fd
32. Rogal SS et al.: Effects of posttraumatic stress disorder on pregnancy outcomes. *J Affect Disord*. 2007;102(1-3):137-143. doi:10.1016/j.jad.2007.01.003
33. Seng JS et al.: Posttraumatic stress disorder and pregnancy complications. *Obstet Gynecol*. 2001;97(1):17-22. doi:10.1016/s0029-7844(00)1097-8
34. Morland L et al.: Posttraumatic stress disorder and pregnancy health: preliminary update and implications. *Psychosomatics*. 2007;48(4):304-308. doi:10.1176/appi.psy.48.4.304
35. Garthus-Niegel S et al.: Posttraumatic stress symptoms following childbirth: associations with prenatal attachment in subsequent pregnancies. *Arch Womens Ment Health*. 2020;23(4):547-555. doi:10.1007/s00737-019-01011-0
36. Garthus-Niegel S et al.: The impact of postpartum posttraumatic stress and depression symptoms on couples' relationship satisfaction: a population-based prospective study. *Front Psychol*. 2018;9:1728. doi:10.3389/fpsyg.2018.01728
37. Bowers ME et al.: Intergenerational Transmission of Stress in Humans. 2016;41(1):232-244. doi:10.1038/npp.2015.247
38. Horsch A et al.: Intergenerational transfer of perinatal trauma-related consequences. *J Reprod Infant Psychol*. 2019;37(3):221-223. doi:10.1080/02646838.2019.1629190
39. Stuijzand S et al.: Parental birth-related PTSD symptoms and bonding in the early postpartum period: a prospective population-based cohort study. *Front Psychiatry*. 2020;11:570727. doi:10.3389/fpsy.2020.570727
40. Beck CT: Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nurs Res*. 2004;53(4):216-224. doi:10.1097/00006199-200407000-00004
41. Cook N et al.: Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *J Affect Disord*. 2018;225:18-31. doi:10.1016/j.jad.2017.07.045
42. Bilgin A et al.: Maternal sensitivity in parenting preterm children: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2015;136(1):e177-e193. doi:10.1542/peds.2014-3570
43. Garthus-Niegel S et al.: The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: a population-based, 2-year follow-up study. *Psychol Med*. 2017;47(1):161-170. doi:10.1017/S003329171600235X
44. Garthus-Niegel S et al.: The prospective relationship between postpartum PTSD and child sleep: A 2-year follow-up study. *J Affect Disord*. 2018;241:71-79. doi:10.1016/j.jad.2018.07.067
45. Garthus-Niegel S et al.: The influence of postpartum PTSD on breastfeeding: a longitudinal population-based study. *Birth*. 2018;45(2):193-201. doi:10.1111/birt.12328
46. Bastos MH et al.: Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(4):CD007194. doi:10.1002/14651858.CD007194.pub2
47. de Graaff LF et al.: Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018;97(6):648-656. doi:10.1111/aogs.13291
48. Furuta M et al.: Effectiveness of trauma-focused psychological therapies for treating post-traumatic stress disorder symptoms in women following childbirth: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2018;9:591. doi:10.3389/fpsy.2018.00591
49. National Collaborating Centre for Mental Health. *National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Post-Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care*. Leicester (UK): Gaskell The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society. 2005.
50. Schnyder U et al.: Psychotherapies for PTSD: what do they have in common? *Eur J Psychothermatol*. 2015;6:28186. doi:10.3402/ejpt.v6.28186