

Psychische Störungen bei Frauen im Kontext der Elternschaft

Die meisten Menschen in der Schweiz werden Eltern (1, 2). Für viele gehört Elternwerden zur Erfüllung eines grossen Lebensstraums, und sie verbinden die Geburt eines Kindes mit Glück und Erfüllung. Die Realität widerspricht diesem Ideal allerdings. Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft sind auch mit unerwartet grossen Herausforderungen, Konflikten, Stress und einem erhöhten Risiko für psychische Störungen verbunden. Aufgrund der idealisierten Vorstellung der Mutterschaft leiden viele Mütter besonders unter den häufig unerwarteten und tabuisierten Herausforderungen (3). In diesem Artikel werden psychische Belastungen im Kontext der Mutterschaft dargestellt sowie deren Folgen und Möglichkeiten, wie Ärzte und Ärztinnen betroffene Frauen unterstützen können.

Foto: zVg



Fabienne Forster

von **Fabienne Forster**

Psychische Störungen gehören zu den häufigsten Geburtskomplikationen

Psychische Erkrankungen kommen im Peripartum insgesamt häufiger vor als physische Erkrankungen. Schätzungen gehen davon aus, dass 25% der Eltern in der Peripartalzeit von psychischen Erkrankungen betroffen sind (4). Zum Vergleich: Präeklampsie tritt etwa bei 5% der Schwangeren auf, Schwangerschaftsdiabetes bei 5 bis 10% und plötzlicher Kindstod bei 0,08% (5). Über psychische Schwierigkeiten wird mit Eltern in der Geburtsvorbereitung allerdings selten gesprochen. Das führt mitunter dazu, dass psychische Erkrankungen lange unentdeckt und unbehandelt bleiben. Die Tabuisierung psychischer Störungen verhindert ausserdem, dass Betroffene rechtzeitig professionelle Hilfe suchen (6, 7).

Die häufigsten psychischen Erkrankungen in der Peripartalzeit sind Angststörungen und affektive Störungen wie depressive Episoden oder bipolare Störungen (5). Dabei erlebt jede sechste Schwangere vor oder nach der Geburt eine depressive Episode und etwa jede fünfte Mutter entwickelt eine klinisch relevante Angststörung, besonders häufig Zwangsgedanken. Am dritthäufigsten treten Suchterkrankungen auf. Darüber hinaus können sich vorbestehende Erkrankungen wie zum Beispiel eine Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) oder eine Persönlichkeitsstörung in dieser Zeit akzentuieren. Wir können davon ausgehen, dass bei zirka 10 bis 16% der Frauen eine psychische Störung vor der Geburt besteht (8).

Folgen psychischer Störungen im Kontext der Elternschaft

Psychische Störungen bei Eltern haben weitreichende Folgen für Betroffene, deren Partner oder Partnerinnen

und Kinder. Bei Schwangeren mit psychischen Störungen besteht ein erhöhtes Risiko für körperliche Komplikationen wie Präeklampsie, Frühgeburten und traumatisch erlebte Geburten (9,10). Darüber hinaus stehen Betroffene unter einem erhöhten Risiko für körperliche Erkrankungen (immunologische Einschränkungen), soziale Konflikte, Ausgrenzung, finanzielle Probleme und Paarprobleme. Für Partner oder Partnerinnen von Betroffenen besteht ebenfalls ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung psychischer Probleme. Bei Vätern gilt eine psychische Erkrankung der schwangeren Person als Hauptrisikofaktor für die Entwicklung einer eigenen psychischen Erkrankung (11).

Wenn Mütter depressiv erkrankt sind, erleben Kinder bereits in den ersten Monaten weniger positive Interaktionen mit der Mutter. Sie erhalten sowohl verbal als auch nonverbal weniger Feedback oder positive Verstärkung durch die Mutter. Sie entwickeln in der Folge häufig Regulationsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten (12). Darüber hinaus erleben Kinder von Eltern mit psychischen Störungen im Durchschnitt weniger Feinfühligkeit, weniger stabile Bindungserfahrungen, mehr Konflikte und häufiger Trennungen von den Eltern (13). Langzeitstudien zeigen noch 25 Jahre nach der Geburt Unterschiede zwischen Kindern, die mit psychisch erkranktem Elternteil aufgewachsen sind, im Vergleich zu Kindern mit psychisch nicht erkrankten Elternteilen (14). Erstere zeigen im Durchschnitt schlechtere Karrierechancen und eine schlechtere eigene psychische sowie physische Gesundheit (15). Solche Unterschiede lassen sich teilweise durch die genetische Vorbelastung erklären, aber auch durch Unterschiede, die bereits während der Schwangerschaft auftreten. So haben psychische Erkrankungen während der Schwangerschaft Effekte auf das Stressregulationssystem des Ungeborenen (16,17). Vor dem Hintergrund der hohen Prävalenz und den weitreichenden Folgen psychischer Störungen bei

Eltern ist es besonders wichtig, dass Betroffene früh erkannt und unterstützt werden (18). Dabei spielen Ärzte und Ärztinnen eine grosse Rolle. In der Folge werden einige Möglichkeiten beschrieben, wie Frauen mit psychischen Krisen von ärztlicher Seite unterstützt werden können oder psychische Krisen verhindert werden können (19).

Offen über mögliche Belastungen informieren

Menschen, die sich schon lange ein Kind gewünscht haben, erschrecken häufig über die schwierigen Gefühle und Gedanken, die mit Beginn der Schwangerschaft aufkommen (20). Diese Unsicherheiten können durch hormonelle Veränderungen in der Schwangerschaft verstärkt werden (21). Schwangere profitieren daher 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 (22). Leider erleben gerade Menschen mit einer psychiatrischen Vorgeschichte oft eine starke Verurteilung durch das Umfeld, was wiederum den Selbstwert, die soziale Unterstützung und die individuelle Adaptation negativ beeinflusst. Betroffenen sollte vermittelt werden, dass auch negative Reaktionen normal sind und schwierige Gefühle dazugehören. Deren Auftreten sollten wir offen annehmen, ohne die Gefühle direkt verändern zu wollen.

Eine umfassendere pränatale Aufklärung von Eltern bietet immense Chancen (23). Durch Gespräche, die auch psychosoziale Aspekte von Geburt und Elternschaft einbeziehen, werden nicht nur Bedürfnisse und Unterstützungsmöglichkeiten besser erkannt, sondern auch die psychische Gesundheit von Eltern und damit die Entwicklungsbedingungen von ihren Kindern verbessert.

Psychische Belastungen einordnen

Gerade weil Sorgen und Ängste im Peripartum normal sind, ist es nicht immer einfach zu erkennen, wenn diese ein klinisch relevantes Ausmass erreichen. Dabei ist die Einordnung psychischer Belastungen in der Primärversorgung zentral, damit Betroffene erkannt und adäquat betreut werden (24, 25). Hierzu bieten sich standardisierte Screenings mit validierten Fragebögen an. Damit können Eltern selbst feststellen, wie es um ihre psychische Gesundheit steht, und bei Verschlechterungen reagieren. Unauffällige Werte im Fragebogen können helfen, um hilfreiche Strategien zu identifizieren und zu fördern. Die Eltern können jeweils selbstständig einen Screening-Fragebogen ausfüllen (z. B. EPDS, auch als App verfügbar) und den Verlauf beobachten. Halten sich die Werte über 2 Wochen hinweg über dem kritischen Wert (EPDS > 10 Punkte), sollte zeitnah professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden. Die Studienlage zeigt klar, 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 (24, 25).

Bei der Hälfte aller Betroffenen sind schon während der Schwangerschaft die Kriterien für eine depressive Episode erfüllt. Entgegen der geläufigen Bezeichnung

«postpartale Depression» ist die Prävalenz depressiver Symptome vor der Geburt vergleichbar mit jener nach der Geburt (26, 27). Es ist darum zentral, bereits während der Schwangerschaft auf psychische Symptome zu achten. Das Ausfüllen solcher Screening-Fragebögen empfiehlt sich für alle Eltern (schwängere Person und Partner oder Partnerin) bereits während der Schwangerschaft, wöchentlich in den ersten 4 Monaten nach Geburt (Hochrisikophase für die Entwicklung psychischer Störungen bei schwangeren Personen) und dann monatlich bis ein Jahr postpartum (Hochrisikophase für die Entwicklung psychischer Störungen bei zweitem Elternteil).

Früh mit Psychotherapie oder Psychopharmakotherapie starten

Gibt es Hinweise für psychische Symptome, sollte nicht zugewartet werden, sondern rasch eine passende professionelle Unterstützung organisiert werden. Die Chancen für eine rasche Symptomreduktion und Prävention potenzieller Verschlechterungen sind während der Schwangerschaft besonders gut (28). Umgekehrt besteht bei psychischen Belastungen während der Schwangerschaft ein hohes Risiko für eine Exazerbation nach der Geburt (29). Ausserdem bietet das zweite Trimester eine gute Gelegenheit für den Einsatz von Psychopharmaka. Effekte auf die kindliche Entwicklung sind jetzt (je nach Medikament) nur noch geringfügig und im Vergleich dazu für die psychische Gesundheit der Mutter besonders günstig (30).

Die Effektivität etablierter Psychotherapieverfahren ist auch im Kontext der Elternschaft nachgewiesen (31). Bei Störungen, in denen eine Kombinationstherapie mit Psychopharmaka empfohlen wird (wie z. B. bei bipolaren und psychotischen Störungen sowie bei schweren depressiven Episoden), können wir uns nicht auf pharmakologische Studien berufen, da diese bei schwangeren und stillenden Personen aus ethischen Gründen nicht erlaubt sind. Es existiert in diesem Kontext aber ein grosser Erfahrungsschatz über die Wirksamkeit spezifischer Psychopharmaka. Diverse Medikamente sind in Schwangerschaft und Stillzeit wirksam und können ohne oder mit nur geringem Risiko angewandt werden. Unter Einbezug der Teratogenität spezifischer Substanzen muss im Einzelfall abgewogen werden, welche potenziellen Effekte einer Medikation auf das Kind bestehen im Verhältnis zu den Auswirkungen einer psychischen Erkrankung auf das Kind, auf die Eltern mit psychischen Erkrankungen und ihr Umfeld (30). Über die aktuellsten Erkenntnisse zur Psychopharmakotherapie bei Schwangeren und Stillenden informiert die Webseite www.embryotox.de.

Wenn der Unterstützungsbedarf erkannt wurde, ist es häufig eine Herausforderung, Betroffene zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten zu motivieren. Hilfreich können Strategien der motivierenden Gesprächsführung sein (32). Fachpersonen können mit Betroffenen Vor- und Nachteile der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten im Vergleich zum Verzicht darauf thematisieren. Schliesslich bleibt es aber in der Verantwortung der Betroffenen, sich für oder gegen Hilfsangebote zu entscheiden. Häufig braucht es mehrere Personen, die entsprechende Ratschläge geben. Schliesslich sind Veränderungen für alle Menschen

herausfordernd und bei vielen psychischen Erkrankungen sind Vermeidung, Antriebslosigkeit und Ablenkung Bestandteile der Symptomatik. Zusätzlich gibt es auch gute Peer- und Selbsthilfeangebote, die Betroffene zusätzlich motivieren (Empfehlungen von Betroffenen unter www.postpartale-depression.ch).

Risikofaktoren identifizieren

Grundsätzlich kann jede Person jederzeit an einer psychischen Störung erkranken. Dennoch gibt es Risikofaktoren, welche die Entwicklung psychischer Störungen im Peripartum begünstigen (18). Zu den wichtigsten Risikofaktoren für psychische Erkrankungen gehören psychiatrische Vorerkrankungen in der eigenen oder familiären Vorgeschichte, psychiatrische und/oder körperliche Erkrankungen bei Partnerinnen und Partnern sowie Paarkonflikte und soziale Isolation (33). Darüber hinaus erleben Schwangere mit einer Fehl- oder Totgeburt in der Vorgeschichte häufiger psychische Symptome in einer Folgeschwangerschaft (34). Bei einer Totgeburt ist das Risiko, innerhalb von 4 Monaten nach der Geburt psychisch zu erkranken, 2,5-mal höher als bei einer Lebendgeburt (35). Weitere Risikofaktoren sind Schwere und Anzahl der depressiven Symptome während des sogenannten Babyblues, den 40 bis 80% der Gebärenden in den ersten zwei Wochen nach Geburt erleben (36).

Viele Eltern erleben nach der Geburt signifikanten posttraumatischen Stress (ca. 12% der Frauen und 1,2% der Männer) (37). Studien berichten, dass jede dritte Frau die Geburt als traumatisch beschreibt (38). Das gilt in besonderem Mass für Personen, die sexuelle Übergriffe oder anderen Formen von Gewalt in der Vorgeschichte erlebt haben (39). Im deutschsprachigen Raum hat mehr als jede dritte Frau mindestens einmal im Leben Gewalt und jede vierte Frau sexuelle Gewalt erlebt (40). Bei Frauen mit Flucht- oder Kriegserfahrung trifft das fast für alle Frauen zu (ca. 80-90%) (41). Ein Bewusstsein über erlebte Traumata und das hohe Traumatisierungsrisiko im Bereich der Geburtshilfe ist daher zentral. Traumatische Erlebnisse sollten im Rahmen der Geburtsvorbereitung erhoben und das Behandlungsteam informiert werden. Zur Reduktion des Traumatisierungsrisikos können Situationen identifiziert werden, die das Behandlungsteam nach Möglichkeit vermeiden sollte, wie z. B. die Gebärende festzuhalten, niederzudrücken, ohne Einverständnis auszuüben oder vor dem (männlichen) Personal zu entblößen. Da Personen mit Traumavorgeschichte ohnehin mit grösserer Wahrscheinlichkeit Geburtskomplikationen erleben (36), könnte mit solchen Unterlassungen auch das Geburtsgeschehen für die Gebärende und das Behandlungsteam vereinfacht werden.

Insgesamt ist es empfehlenswert, in der Arbeit mit Eltern nach dem Vorliegen wichtiger Risikofaktoren zu fragen und sie in besonderen Risikophasen enger zu begleiten. Konkret sollten Ärzte und Ärztinnen während der Schwangerschaft erheben, ob die schwangere Person oder ihr Partner bzw. ihre Partnerin eine psychiatrische Erkrankung in der Vorgeschichte erlebte oder deren biologische Verwandten betroffen waren. Zweitens sollte erhoben werden, ob es traumatische Erlebnisse (sexuelle Übergriffe, Gewalt, Vernachlässigung usw.) in der Vergangenheit gegeben hat. Drittens stellen

zyklusbedingte Beschwerden wie das prämenstruelle Syndrom einen zentralen Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen dar (42).

Begleitung bei Schicksalsschlägen und schwierigen Geburten

Schicksalsschläge sind im Kontext von Schwangerschaft und Geburt eher die Regel als die Ausnahme. Jedes zehnte Paar bleibt trotz grossem Wunsch und Engagement kinderlos (43). Insgesamt endet jede 6. Schwangerschaft in einer Fehlgeburt (44). Die meisten Betroffenen erleben Trauer, Selbstvorwürfe und Sorgen, die jedoch im Lauf der ersten Monate nach der Fehlgeburt abnehmen (45). Bei etwa 10% der Betroffenen zeigen sich allerdings nach einem Jahr noch klinisch relevante depressive Symptome, besonders wenn sie zur Zeit der Fehlgeburt bereits viel Stress erlebt haben (46). Darüber hinaus erleben Schwangere mit einer Fehlgeburt in der Vorgeschichte 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 (34). Die zeitnahe Behandlung ist zentral, denn meistens tritt innerhalb von etwa einem Jahr nach einer Fehl- oder Totgeburt eine erneute Schwangerschaft auf (47). Eine Metaanalyse basierend auf 17 Studien fand, dass psychosoziale Interventionen nach Totgeburten Depression, Angst und Trauer reduzieren konnten (48), wenn diese rasch, feinfühlig und von in der Thematik geschulten Fachpersonen vermittelt werden (49).

Eine australische Studie zeigte, dass mehr als die Hälfte der betroffenen Eltern keine Informationen über Fehlgeburten und Unterstützungsangebote erhielten, obwohl sie sich dies gewünscht hätten (50). Dabei zeigten schon kurze, psychoedukative Interventionen wie achtsamkeitsbasierte Verfahren eine Reduktion der psychischen Belastungen nach Fehlgeburten (51). Die Zahl der Menschen, die mit Fehlgeburten konfrontiert sind, ist hoch. Trotzdem sprechen nur wenige Betroffene über Fehlgeburten, was wiederum das Gefühl verstärken kann, damit allein zu sein oder sogar etwas falsch gemacht zu haben. Die Kommunikation durch das Gesundheitspersonal spielt hier also eine wichtige Rolle (52). Entsprechend zeigte eine Studie, dass spezifische psychologische Beratungsangebote zu einer schnelleren und stärkeren Reduktion von Sorgen, Selbstvorwürfen und Trauer bei Betroffenen im Zeitraum von vier Monaten führten (45).

Interdisziplinäre Vernetzung

Vor allem die Zeit vor und kurz nach Geburt bietet sich für interdisziplinäre Vernetzung an. Im dritten Trimester rücken Geburt und «Nestbau» immer mehr ins Zentrum. Körperliche Beschwerden nehmen zu und die schwangere Frau ist weniger mobil. Erfahrungsgemäss bleibt in dieser Zeit nicht mehr viel Raum für Psychotherapie im engeren Sinn. Bei bestehenden psychischen Problemen sollte spätestens jetzt das Behandlungsnetz bestehen und voneinander wissen. Von psychiatrischer Seite her wird empfohlen, das Behandlungsnetz aus den Bereichen Gynäkologie, Geburtshilfe sowie der Primärversorgung und weitere involvierte Professionen über Diagnose, Warnsignale und Strategien sowie allfällige

Pharmakotherapie zu informieren. Besonders wichtig sind Informationen über Konsequenzen psychischer Probleme auf die Geburt und Empfehlungen zur Prävention exazerbierender Symptome in der Geburtshilfe. Auch bei der Gestaltung und Verarbeitung der Geburt kann der Einbezug verschiedener Disziplinen besonders fruchtbar sein. Studien haben gezeigt, dass durch eine mitfühlende und egalitäre Kommunikation durch das medizinische Personal psychische Symptome nach Geburten reduziert werden können, auch bei schweren und potenziell traumatisierenden Geburten (53). Gebärende sollten möglichst über geplante Behandlungsschritte informiert und in Entscheidungen einbezogen werden, da Kontrollerleben und Orientierung puffernd und stärkend wirken (54). Es empfiehlt sich ausserdem, wenn Gebärende mit dem Behandlungsteam ein paar Wochen nach der Geburt eine Nachbesprechung durchführen – besonders bei schwierigen Geburten. Durch solche Nachbesprechungen können Betroffene das Erlebte einordnen, Fragen klären und idealerweise Verständnis und emotionale Unterstützung durch das Behandlungsteam erhalten, wodurch wiederum das Risiko für Traumafolgestörungen reduziert und die psychische Gesundheit verbessert wird (55). Bei der Verarbeitung der Geburt können auch interdisziplinäre Methoden hilfreich sein. So berichten zum Beispiel viele Frauen, dass sie ein Bindungsbad bzw. Babyheißbad (Rebonding) als heilsam erlebt haben (56). Halten psychische Symptome wie z. B. Intrusionen, Flashbacks, Albträume, Vermeidung angstauslösender Reize oder eine hohe Erregbarkeit, Trauer oder Niedergeschlagenheit über mehr als einen Monat an, sollte professionelle Hilfe aufgesucht werden. Mithilfe von traumafokussierten Methoden können entsprechende Symptome in der Regel rasch und nachhaltig aufgelöst werden (55), was wiederum die Chancen für psychische und physische Komplikationen bei Folgeschwangerschaften reduziert.

Für die Gesundheit von Eltern im Peripartum ist eine gute Vernetzung aller beteiligten Professionen zentral (57). Einerseits, weil sich involvierte Fachpersonen idealerweise koordinieren sollten, und andererseits, weil dadurch auch die vielschichtige Natur der Elternschaft besser berücksichtigt werden kann (19). Umgekehrt zeigen Studien, dass Schnittstellenprobleme und Verantwortungsdiffusion zwischen den Professionen häufig zu Lücken in der Betreuung hilfsbedürftiger Eltern führen (58). Die Haltung, dass sich zum Beispiel nur psychotherapeutisch tätige Personen um Belange der psychischen Gesundheit kümmern sollten, reduziert die Inanspruchnahme und damit die Versorgung Betroffener nachweislich (24). Da aufgrund der Auswirkung auf die Kinder und das Umfeld Eile geboten ist, braucht es den raschen und konstruktiven Einsatz aller involvierten Berufsgruppen (57, 56).

Korrespondenzadresse:

**Dr. phil. Fabienne Forster, Psychologin
Kompetenzzentrum Gynäkopsychiatrie
Psychiatrie St. Gallen, Ambulatorium Wil
Zürcherstrasse 30
9500 Wil
E-Mail: fabienne.forster@psychiatrie-sg.ch**

Merkmale:

- **Jeder vierte Elternteil erkrankt im Peripartum an einer psychischen Störung.**
- **Psychische Störungen im Peripartum erhöhen das Risiko für Geburtskomplikationen und Auffälligkeiten bei Kind und Partner.**
- **Aufklärung über die Häufigkeit psychischer Störungen reduziert Scham- und Schuldgefühle bei Betroffenen.**
- **Die Anwendung von standardisierten Screening-Fragebögen bei allen Eltern verbessert die Versorgung und reduziert die psychische Belastung bei Betroffenen.**
- **Bei mindestens einem Drittel aller Schwangeren ist eine traumasensible Geburtsvorbereitung indiziert.**
- **Die zeitnahe Nachbesprechung und Verarbeitung von Schicksalsschlägen in der Schwangerschaft reduziert Probleme in Folgeschwangerschaften.**

Referenzen:

1. Csonka Y, Mosimann A, Schweiz, Bundesamt für Statistik. Familien in der Schweiz: Anhang des Familienberichts 2017: Bericht des Bundesrates vom 26. April 2017 in Erfüllung der Postulate 12.3144 Meier-Schatz vom 14. März 2012 und 01.3733 Fehr vom 12. Dezember 2001.; 2017.
2. Bundesamt für Statistik [BFS]. Erhebung Zu Familien Und Generationen 2018. Erste Ergebnisse. Bundesamt für Statistik; 2019.
3. Mierau S. Mutter. Sein: von der Last eines Ideals und dem Glück des eigenen Weges. Beltz; 2019.
4. Schofield Z, Enye S, Kapoor D. Pre-existing mental health disorders and pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine.* 2022;32(5):83-87. doi:10.1016/j.ogrm.2022.03.002
5. Berger A. Perinatale psychische Erkrankungen: Ein vernachlässigtes Thema der Gesundheitsversorgung von Frauen. *Psychiatrische Pflege.* 2019;4(1):17-20. doi:10.1024/2297-6965/a000224
6. Corrigan PW, Niewegowski K. How does familiarity impact the stigma of mental illness? *Clinical Psychology Review.* 2019;70:40-50. doi:10.1016/j.cpr.2019.02.001
7. Sweetman J, Knapp P, Varley D, Woodhouse R, McMillan D, Coventry P. Barriers to attending initial psychological therapy service appointments for common mental health problems: A mixed-methods systematic review. *Journal of Affective Disorders.* 2021;284:44-63. doi:10.1016/j.jad.2021.01.089
8. Südzüüté K et al.: Pre-existing mental health disorders affect pregnancy and neonatal outcomes: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2020;20(1):419. doi:10.1186/s12884-020-03094-5
9. Mulder EJJ, Robles de Medina PG, Huizink AC, Van den Bergh BRH, Buitelaar JK, Visser GHA. Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Human Development.* 2002;70(1):3-14. doi:10.1016/S0378-3782(02)00075-0
10. Runkle JD, Risley K, Roy M, Sugg MM. Association Between Perinatal Mental Health and Pregnancy and Neonatal Complications: A Retrospective Birth Cohort Study. *Women's Health Issues.* Published online January 6, 2023. doi:10.1016/j.whi.2022.12.001
11. Ansari NS, Shah J, Dennis CL, Shah PS. Risk factors for postpartum depressive symptoms among fathers: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* 2021;100(7):1186-1199. doi:10.1111/aogs.14109
12. Tainaka H, Takahashi N, Nishimura T et al. Long-term effect of persistent postpartum depression on children's psychological problems in childhood. *Journal of Affective Disorders.* 2022;305:71-76. doi:10.1016/j.jad.2022.02.061
13. Dyba J, Klein M, Wetzel W. Elternschaft, Partnerschaft und familiäre Konstellationen bei Methamphetaminkonsumierenden – Eine Analyse der Beratungsdokumentation in der ambulanten Suchthilfe. *Suchttherapie.* 2017;18(02):73-78. doi:10.1055/s-0043-102928
14. McLaughlin KA, Weissman D, Bitrán D. Childhood Adversity and Neural Development: A Systematic Review. *Annu Rev Dev Psychol.* 2019;1:277-312. doi:10.1146/annurev-devpsych-121318-084950
15. Pierce M, Hope HF, Kolade A, et al. Effects of parental mental illness on children's physical health: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry.* 2020;217(1):354-363. doi:10.1192/bjp.2019.216
16. Khoury JE, Giles L, Kaur H, Johnson D, Gonzalez A, Atkinson L. Associations between psychological distress and hair cortisol during pregnancy and the early postpartum: A meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology.* 2023;147:105969. doi:10.1016/j.psyneuen.2022.105969
17. Sethna V, Siew J, Gudbrandsen M, et al. Maternal depression during pregnancy alters infant subcortical and midbrain volumes. *Journal of Affective Disorders.* 2021;291:163-170. doi:10.1016/j.jad.2021.05.008
18. Forster F. Die Psychische Gesundheit von werdenden Eltern unterstützen, Informationen und Empfehlungen für Fachpersonen. Gesundheitsförderung Schweiz; 2021.

19. Forster F. Psychische Krisen bei Frauen im Kontext der Mutterschaft. In: Lang U, Brühl A, eds. Frauen in Psychischen Krisen Helfen Besonderheiten Und Empfehlungen Für Therapie Und Begleitung. Kohlhammer; 2023.
20. Rhode A, Dorn A. Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie: das Lehrbuch. Schattauer; 2007.
21. Hofecker Fallahpour M, ed. Was Mütter depressiv macht... und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen: ein Therapiehandbuch. 1. Aufl. Huber; 2005.
22. Pollock D, Davies EL, Peters MDJ, et al. Undertaking a scoping review: A practical guide for nursing and midwifery students, clinicians, researchers, and academics. *J Adv Nurs*. 2021;77(4):2102-2113. doi:10.1111/jan.14743
23. Monk C, Dimidjian S, Galinsky E, et al. The transition to parenthood in obstetrics: enhancing prenatal care for 2-generation impact. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*. 2022;4(5):100678. doi:10.1016/j.ajogmf.2022.100678
24. Bina R. Predictors of postpartum depression service use: A theory-informed, integrative systematic review. *Women and Birth*. 2020;33(1):e24-e32. doi:10.1016/j.wombi.2019.01.006
25. Reilly N, Kingston D, Loxton D, Talcevska K, Austin MP. A narrative review of studies addressing the clinical effectiveness of perinatal depression screening programs. *Women and Birth*. 2020;33(1):51-59. doi:10.1016/j.wombi.2019.03.004
26. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*. 2004;103(4):698-709. doi:10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f
27. Okagbue HI, Adamu PI, Bishop SA, Oguntunde PE, Opanuga AA, Akhmetshin EM. Systematic Review of Prevalence of Antepartum Depression during the Trimesters of Pregnancy. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019;7(9):1555-1560. doi:10.3889/oamjms.2019.270
28. Green K, Low M. Postpartum Depression: Updates in Evaluation and Care. *Advances in Family Practice Nursing*. 2022;4(1):145-158. doi:10.1016/j.yfpn.2021.12.008
29. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Pregnancy and post-partum depression and anxiety in a longitudinal general population cohort: The effect of eating disorders and past depression. *Journal of Affective Disorders*. 2011;131(1):150-157. doi:10.1016/j.jad.2010.09.034
30. Briggs GG, Towers CV, Forinash AB. *Drugs in Pregnancy and Lactation: A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk*. 12. Edition. Wolters Kluwer; 2022.
31. Wortmann-Fleischer S, Downing G, Hornstein C. *Postpartale psychische Störungen: ein interaktionszentrierter Therapieleitfaden. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage*. Verlag W. Kohlhammer; 2016.
32. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing. 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch*. Lambertus; 2015.
33. Arango C, Diaz-Caneja CM, McGorry PD, et al. Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(7):591-604. doi:10.1016/S2215-0366(18)30057-9
34. Devlin CA, Huberty J, Downs DS. Influences of prior miscarriage and weight status on perinatal psychological well-being, exercise motivation and behavior. *Midwifery*. 2016;43:29-36. doi:10.1016/j.midw.2016.10.010
35. Lewkowitz AK, Rosenbloom JJ, Keller M, et al. Association between stillbirth ≥ 23 weeks gestation and acute psychiatric illness within 1 year of delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2019;221(5):491.e1-491.e22. doi:10.1016/j.ajog.2019.06.027
36. Beck CT. A Checklist to Identify Women at Risk for Developing Postpartum Depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 1998;27(1):39-46. doi:10.1111/j.1552-6909.1998.tb02589.x
37. Heyne CS, Kazmierczak M, Souday R, et al. Prevalence and risk factors of birth-related posttraumatic stress among parents: A comparative systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2022;94:102157. doi:10.1016/j.cpr.2022.102157
38. Charmer L, Jefford E, Jomeen J. A scoping review of maternity care providers experience of primary trauma within their childbirthing journey. *Midwifery*. 2021;102:103127. doi:10.1016/j.midw.2021.103127
39. Staudt A, Baumann S, Horesh D, Eberhard-Gran M, Horsch A, Garthus-Niegel S. Predictors and comorbidity patterns of maternal birth-related posttraumatic stress symptoms: A Latent Class Analysis. *Psychiatry Research*. 2023;320:115038. doi:10.1016/j.psychres.2022.115038
40. WHO. *Understanding and Addressing Violence against Women. Sexual Violence*; 2012.
41. Cordel H, Tantet C, Stempak T, et al. Addressing sexuality and sexual health with migrants. *Practice guidelines. Infectious Diseases Now*. 2022;52(2):61-67. doi:10.1016/j.idnow.2022.01.005
42. Sylvén SM, Ekselius L, Sundström-Poromaa I, Skalkidou A. Premenstrual syndrome and dysphoric disorder as risk factors for postpartum depression. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2013;92(2):178-184. doi:10.1111/aogs.12041
43. Vander Borgh M, Wyns C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clin Biochem*. 2018;62:2-10. doi:10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012
44. Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith RK, et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet*. 2021;397(10285):1658-1667. doi:10.1016/S0140-6736(21)00682-6
45. Nikžević AV, Kuczmierczyk AR, Nicolaidis KH. The influence of medical and psychological interventions on women's distress after miscarriage. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007;63(3):283-290. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.04.004
46. Lok IH, Yip ASK, Lee DTS, Sahota D, Chung TKH. A 1-year longitudinal study of psychological morbidity after miscarriage. *Fertility and Sterility*. 2010;93(6):1966-1975. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.12.048
47. Roseingrave R, Murphy M, O'Donoghue K. Pregnancy after stillbirth: maternal and neonatal outcomes and health service utilization. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*. 2022;4(1):100486. doi:10.1016/j.ajogmf.2021.100486
48. Shaohua L, Shorey S. Psychosocial interventions on psychological outcomes of parents with perinatal loss: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2021;117:103871. doi:10.1016/j.ijnurstu.2021.103871
49. Fockler ME, Ladhani NNN, Watson J, Barrett JFR. Pregnancy subsequent to stillbirth: Medical and psychosocial aspects of care. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. 2017;22(3):186-192. doi:10.1016/j.siny.2017.02.004
50. Bilardi JE, Sharp G, Payne S, Temple-Smith MJ. The need for improved emotional support: A pilot online survey of Australian women's access to healthcare services and support at the time of miscarriage. *Women and Birth*. 2021;34(4):362-369. doi:10.1016/j.wombi.2020.06.011
51. Wang DN, Weng XL, Gao LL. Mindfulness-based intervention in Chinese pregnant women with recurrent miscarriage: A non-randomized controlled study. *Midwifery*. 2021;103:103152. doi:10.1016/j.midw.2021.103152
52. Actis Danna V, Lavender T, Laisser R, et al. Exploring the impact of healthcare workers communication with women who have experienced stillbirth in Malawi, Tanzania and Zambia. A grounded theory study. *Women and Birth*. 2023;36(1):e25-e35. doi:10.1016/j.wombi.2022.04.006
53. Sachdeva J, Nagle Yang S, Gopalan P, et al. 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*. 2022;63(5):485-496. doi:10.1016/j.jaclp.2022.04.005
54. Watson K, White C, Hall H, Hewitt A. Women's experiences of birth trauma: A scoping review. *Women and Birth*. 2021;34(5):417-424. doi:10.1016/j.wombi.2020.09.016
55. Slade PP, Molyneux DR, Watt DA. A systematic review of clinical effectiveness of psychological interventions to reduce post traumatic stress symptoms following childbirth and a meta-synthesis of facilitators and barriers to uptake of psychological care. *Journal of Affective Disorders*. 2021;281:678-694. doi:10.1016/j.jad.2020.11.092
56. Meissner BR. *Emotionale Narben aus Schwangerschaft und Geburt auflösen: Mutter-Kind-Bindungen heilen oder unterstützen - in jedem Alter? [mit Babyheilbad & Heilgespräch]*. 1. Aufl. Meissner; 2011.
57. Junge-Hoffmeister J, Bittner A, Weidner K. *Depressive Störungen im Peripartum*. In: Hax-Schoppenhorst T, Jünger S, eds. *Das Depressions-Buch Für Pflege- Und Gesundheitsberufe. Menschen Mit Depressionen Gekonnt Pflegen Und Behandeln*. Horgref; 2016:148-158.
58. Hornstein C, Hohm E, Keppler S, Trautmann-Villalba P, Wild E, Casey R. *Prävention postpartaler psychischer Störungen beginnt in der Schwangerschaft!* *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*. 2009;10(1):48-52.