

Departement Gesundheit, Studiengang Ergotherapie, Studienjahrgang 2006

Ansatzpunkte ergotherapeutischer Interventionen bei Müttern mit postpartaler Depression in einem akutpsychiatrischen Setting

Abgabe: 18. Juni 2009

Betreuende Lehrperson: D. Hengen-Lang

Autorinnen:

Nadine Elsässer
S01-725-365
Kirchstrasse 87
8810 Horgen

Nora Etterlin
S06-530-802
Dorfstrasse 3
8560 Märstetten

Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
1. Einleitung	4
1.1 Theoretischer Hintergrund	4
1.1.1 Betätigung und ihre Wichtigkeit für den Menschen	4
1.1.2 Betätigung von Müttern im ersten Jahr nach der Geburt	6
1.1.3 Krankheitsbild postpartale Depression	11
1.1.4 Behandlungsmöglichkeiten von PPD und die Situation in der Schweiz	13
1.2 Fragestellung und Methode	16
1.2.1 Fragestellung	16
1.2.2 Ziel	16
1.2.3 Methode	17
2. Hauptteil	22
2.1 Ergebnisse: Welche Performanz zeigt sich bei Müttern mit PPD in den Betätigungsbereichen des Occupational Therapy Practice Framework (OTPF)?	22
2.2 Diskussion	29
2.2.1 Das Occupational Adaptation Framework	30
2.2.2 Verknüpfung der Resultate aus der IADL-Unterkategorie „Sich um ein Kind kümmern“ mit dem Occupational Adaptation Framework	34
3. Schlussteil	41
3.1 Schlussfolgerungen	41
3.2 Grenzen und weiterführende Forschung	41
Literaturverzeichnis	43
Anhang	48

Abstract

Die Häufigkeit der postpartalen Depression (PPD) liegt zwischen 6-22%. In der Schweiz gibt es jedoch nur wenige spezifische Mutter-Kind-Behandlungsplätze. Daher werden Mütter mit PPD oft in akutpsychiatrischen Settings behandelt, wo auch die Ergotherapie mit dieser Klientel in Kontakt kommt. Leider ist bis anhin ein Mangel an ergotherapeutischer Literatur zum Thema „Behandlung von Müttern mit PPD“ festzustellen. Doch gerade die PPD bedarf, durch die ausserordentliche Situation des Rollenwechsels zum Muttersein und den damit verbundenen Veränderungen in den Betätigungen, einer spezifischen Behandlung. Um Ansatzpunkte für ergotherapeutische Interventionen bei Müttern mit PPD zu erlangen, haben wir nach Studien gesucht, welche Schwierigkeiten der Mütter in ihrer Performanz beschreiben. Die Resultate wurden den Betätigungsbereichen des Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) zugeordnet. Es hat sich gezeigt, dass Mütter mit PPD in allen sieben Betätigungsbereichen (Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs), Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADLs), Bildung, Arbeit, Spiel, Freizeit und soziale Partizipation) Schwierigkeiten hatten. Für die Diskussion wurde die Unterkategorie „Sich um ein Kind kümmern“ (Kernthema des Mutterseins) aus dem Betätigungsbereich IADL und das Occupational Adaptation Framework verwendet. Durch die Verknüpfung der Resultate mit dem Occupational Adaptation Framework kristallisierten sich folgende Ansatzpunkte für eine ergotherapeutische Behandlung von Müttern mit PPD heraus: *Erfragung der individuellen Erwartungen an die Rolle als Mutter; Erfragung des Kontextes und dessen Erwartung an die Mutter; Erfragung der Ist-Situation und des von der Klientin gewünschten Soll-Zustandes bezüglich Kinderversorgung; Anleiten Betätigungen bewusst mit „primärer“ und „sekundärer“ Energie anzugehen; gemeinsames Besprechen von bestehenden Reaktionsformen und diese evtl. modifizieren oder ganz neue finden; Finden einer „Occupational Balance“ mit Hilfe ergotherapeutischer Werkzeuge (z.B. „Pacing“, Wochenplan); gemeinsames Besprechen der Verhaltensweisen und Anleiten neue auszuprobieren, zu evaluieren und zu festigen; Erheben des Status der Subsysteme der Klientin (sensomotorisch, kognitiv, psychosozial) und Förderung dieser Subsysteme; gemeinsame Evaluation des Betätigungsanpassungsprozesses und Förderung einer realistischen Selbstwahrnehmung.*

1. Einleitung

1.1 Theoretischer Hintergrund

1.1.1 Betätigung und ihre Wichtigkeit für den Menschen

Um eine Diskussion über ergotherapeutische Interventionen bei Müttern mit postpartaler Depression (PPD) führen zu können, ist das Erörtern von Problemen bei Betätigungen, das Kernstück der Ergotherapie, ein zentraler Punkt.

Die Ergotherapie stützt sich auf die Grundannahme, dass Betätigung gesundheitsfördernd ist. Law, Polatajko, Batiste und Townsend (1997; zit. nach Reichel, 2005) haben Betätigung folgendermassen definiert:

Alltagsaktivitäten, benannt, organisiert und mit Wert und Bedeutung versehen von Individuen und einer Kultur. Betätigung ist alles, was Menschen tun, um sich zu beschäftigen, eingeschlossen für sich selbst zu sorgen das Leben zu geniessen und zu dem sozialen und ökonomischen Gefüge ihres Lebensumfeldes beizutragen. (S. 63)

Nach Wilcock (2006) ist in der Definition der WHO über die Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens die Botschaft enthalten, dass Gesundheitsförderung der Prozess der Befähigung ist die Kontrolle über die Gesundheit zu verbessern und zu erhöhen. Betätigung kann als Mittel dieser Förderung gesehen werden. Dabei, so Wilcock (2006), ist die Gesundheit nicht ein Lebensziel, sondern eine Ressource, die einem ermöglicht Dinge zu tun, die man tun muss, oder die einem Freude bereiten. Aus diesen grundsätzlichen Beschreibungen folgt, dass Betätigungen einerseits dabei helfen die Gesundheit zu bewahren und andererseits bietet eine gute Gesundheit die Möglichkeit zur Durchführung von Betätigungen. Yerxa (1998) verdeutlicht diesen Blickwinkel, indem sie sagt, dass Gesundheit nicht als Fehlen einer organischen Pathologie angeschaut werden muss, sondern als der Besitz einer Vielfalt von Fähigkeiten, durch welche Menschen ihre wesentlichen Ziele in ihrer eigenen Umwelt erreichen. Nach Yerxa (1998) widerspiegelt Gesundheit die Fähigkeit zur Anpassung an neue Umstände sowie eine allgemeine gute Lebensqualität, die ihrer Meinung nach für alle Menschen möglich sein sollte – auch für solche mit chronischen Beeinträchtigungen.

Gemäss Reichel (2005, S. 63) liegt die Fachkenntnis der Ergotherapeuten „in ihrem Wissen über Betätigung und wie die Einbindung in Betätigung genutzt werden kann,

um menschliche Performanz und die Folgen von Krankheit und Behinderung zu beeinflussen.“ Weiter beschreibt Reichel:

„Ergotherapeuten erkennen, dass Eingebundensein in Betätigung in verschiedenen Kontexten (kulturell, physisch, sozial, persönlich, zeitlich, spirituell, virtuell) stattfindet. Sie erkennen ebenso, dass die individuelle Perspektive und Performanz nicht verstanden oder angesprochen werden kann, ohne die vielen Kontexte zu verstehen, in denen Betätigungen und Alltagsaktivitäten stattfinden“. (S. 67)

Betätigungen müssen also in ihrer Vielfalt und Vielschichtigkeit betrachtet werden, um sie in ihrer Komplexität erfassen zu können.

Betätigungen spielen auch insbesondere eine zentrale Rolle bei Übergangsphasen von Menschen. Nach Blair (2000) gibt es über die Lebensspanne verteilt viele Übergangsphasen, die eine Anpassung im Sinne eines Rollenwechsels und das Zusammenfügen und Ausbalancieren von neuen und alten, als wertvoll erachteten Betätigungen und individuellen Betätigungsausführungen erfordern. Dabei, so Blair (2000), haben diese Übergangswchsel einen Einfluss auf den Selbstwert und das Selbstkonzept eines Menschen. Auch das Adaptieren an die Mutterschaft ist eine Übergangsphase. Nach Barclay, Everitt, Rogan, Schmied und Wyllie (1997) braucht es im emotionalen und persönlichen Sinn Zeit um eine Mutter zu werden (siehe auch nachfolgende Kapitel).

Die Funktion der Betätigung während eines Übergangs kann nach Blair (2000) vielfältig sein. Beispielsweise kann sie als Schutz des Selbstwerts gebraucht werden, indem man Altbewährtes tut und sich darin bestätigt fühlt. Man richtet sich nach seinen erkennbaren Mustern der Gewohnheiten und Routinen. Durch den Umstand, dass man etwas tut, kann ein Gefühl generiert werden, dass man den Übergang auch bewältigt. Es kann ausserdem sein, dass man durch Betätigungen auf die Dynamik der neuen Situation reagiert, nicht selten wird im Volksmund der Ausspruch gebraucht „ich muss mich abreagieren“. Blair (2000) erwähnt, dass Betätigungswissenschaftler den Aspekt des Tuns während des Anpassens an einen Wechsel betonen, in der Annahme, dass Aktivität einen Wechsel, eine persönliche Entwicklung und damit verbundenes Wohlbefinden erleichtert. Beim Übergang zur Mutterschaft liegt insbesondere eine Schwierigkeit darin, dass sich viele Betätigungen verändern. Betätigungen können bei einer Rollenübernahme einerseits

eine Stütze sein, die helfen einen Teil der Selbstidentität zu bewahren („Man ist, was man tut.“), andererseits kann eine Rollenübernahme Betätigungen erfordern, die verunsichernd wirken, da der (kulturelle, physische, soziale, persönliche, zeitliche, spirituelle, virtuelle) Kontext, indem diese Betätigungen stattfinden, sich auch verändert hat.

Wenn wir als Ergotherapeuten verstehen, welche Schwierigkeiten Mütter mit PPD bei mütterlichen Betätigungen haben und wenn wir Beweggründe von Müttern kennen, weshalb bestimmte mütterliche Betätigungen auf eine entsprechende Art und Weise ausgeführt werden, können wir Mütter mit PPD auf ihrem komplexen Weg ihre Rolle als Mutter zu finden unterstützen.

1.1.2 Betätigung von Müttern im ersten Jahr nach der Geburt

Nach Connolly (2004) ist die Mutterschaft ein Konstrukt aus Mikro- und Makro-Variablen wie intrafamiliäre Dynamiken, ökonomische Situation, soziale Ressourcen, Ethnizität und Kultur. Diese Variablen, so Connolly (2004), sorgen für unterschiedliche Mutterrollen. Um Schwierigkeiten in der Ausführung von Betätigungen bei Müttern mit PPD zu erkennen, müssen wir zunächst ein Wissen darüber haben, welchen Betätigungen innerhalb dieser komplexen und unterschiedlichen Mutterrollen Mütter im ersten Jahr nach der Geburt nachgehen und wie diese ausgeführt werden. Doch zunächst soll die Frage geklärt werden, wie die Erfahrung des Mutterseins kurz nach der Geburt beschrieben werden könnte.

In einer Studie von Barclay et al. (1997) wurden mit 55 Frauen, die zum ersten Mal Mütter waren, Fokusgruppen zum Thema der mütterlichen Erfahrungen durchgeführt. Es konnten sechs Kategorien und eine Kernkategorie gebildet werden: Realisieren, nicht bereit sein (darüber gibt es in der Studie keine Ausführungen), Erschöpfung, Alleinsein, Verlust, die Situation meistern und die Kernkategorie eine Mutter werden, die im Folgenden erläutert werden.

Realisieren: In dieser Kategorie geht es darum dem überwältigenden Prozess eine Mutter zu werden entgegen zu treten. Die Mütter berichteten, dass die Realität in der Zeit nach der Geburt anders war, als ihre Erwartungen. Die meisten fühlten sich für die Mutterschaft nicht bereit, obwohl sie sich Videos angeschaut, Bücher gelesen und Geburtsvorbereitungskurse besucht haben.

Erschöpfung: Die Erschöpfung bezieht sich auf die physischen, mentalen und emotionalen Anforderungen verbunden mit dem Übernehmen der Rolle.

Alleinsein: Viele Frauen beschrieben, dass sie sich alleine fühlten.

Verlust: Es wird beschrieben, dass in verschiedenen Bereichen des Lebens der frisch Mütter Verluste wahrgenommen werden. So etwa der Verlust von Zeit und Kontrolle über das eigene Leben. Viele Frauen hatten einen Verlust des Selbstvertrauens, da sie sich in der ersten Zeit nie sicher waren, ob sie mit dem Kind das Richtige taten. Für manche Mütter wurden diese Verluste mit der Freude über die Erfahrung ein Kind zu haben kompensiert. Generell wird die Tendenz wahrgenommen, dass je älter die Kinder sind, die Freude an den Kindern bei den Müttern überwiegt.

Die Situation meistern: Gemäss der Studie entwickeln die Frauen nach einer gewissen Zeit neue Fertigkeiten und gewinnen ihr Selbstvertrauen im Umgang mit dem Baby zurück. Die Frauen beobachten Freundinnen und Verwandte, wie diese mit ihren Kindern umgehen, vergleichen sich mit ihnen und lernen daraus. Mit der Zeit registrieren die Frauen, dass der Prozess in die Rolle einer Mutter zu wechseln sehr individuell abläuft und von den Charakteristiken der Mutter und des Babys abhängig ist.

Mutter werden: Die Studie zeigt, dass zwar der Akt der Geburt die Mutterschaft in einem biologischen Sinn determiniert, dass es aber mehr Zeit braucht im emotionalen und persönlichen Sinn eine Mutter zu werden.

Barclay et al. (1997) stellen ausserdem fest, dass verschiedene Faktoren die Erfahrungen der erstmaligen Mutterschaft beeinflussen: 1. Das Temperament des Kindes und die mütterlichen Reaktionen darauf; 2. Frühere Erfahrungen mit Babys von anderen Leuten; 3. Das zur Verfügung stehende soziale Netzwerk. Des Weiteren erwähnen sie, dass die mütterliche Wahrnehmung des Charakters des Babys ihre Eigenwahrnehmung beeinflusst.

Eine Studie von Connolly (1998) besagt, dass die sozial sanktionierten Aspekte dieser Rolle die Frauen verwirren, weil es so unterschiedliche Meinungen und Aussagen dazu gibt, was es heisst eine Mutter zu sein. Die Mutterschaft wird jedoch durch die Linse der gegenwärtigen Kultur gesehen. Das heisst, dass die Anforderungen, die sich die Mütter an ihre Rolle stellen, beeinflusst sind durch die Kultur. Früher sah man das Ideal in der Mutter die zu Hause ist, sich um die Kinder

kümmert und für die ganze Familie den Haushalt macht. Wenn wir Freundinnen fragen, die Kinder haben, wäre heute wohl ein Ideal nach wie vor für das Kind da zu sein, sich aber die Haushaltsarbeiten mit dem Partner zu teilen und den Beruf weiterhin auszuüben.

In der ersten Zeit nach der Geburt trauern viele Mütter um ihr altes, unabhängiges Leben. Das Leben mit dem Baby bringt viele Veränderungen mit sich, die sich auch auf die Aktivitäten auswirken, die eine Mutter ausübt. Beispielsweise geht eine Mutter evtl. nicht mehr in ihren Lieblingskleiderladen nur um zu sehen was es Neues darin gibt, denn mit einem Kinderwagen ist dies ziemlich umständlich. Hengen-Lang (2006) erwähnt in ihrer Masterthesis, dass jedoch genau in solchen Betätigungen Aspekte der Selbstidentität liegen. Es erfüllt die Mütter mit Zufriedenheit wenn sie Betätigungen nachgehen können, die sie schon vor der Schwangerschaft ausgeführt haben, oder anders gesagt, die frischen Mütter streben an möglichst schnell wieder „die Alte“ zu werden, und damit ist zum grossen Teil auch das Ausführen von früheren Betätigungen gemeint. Im Gegensatz dazu, so Hengen-Lang (2006), verursacht ein Mangel an solchen Erlebnissen Gefühle der Traurigkeit und Unzufriedenheit. Die Betätigungen können demzufolge den Frauen, nachdem sie Mütter wurden, als Mittel dienen, um Aspekte ihrer Selbstidentität aufrecht zu erhalten. Das Engagement für diese Betätigungen ist dabei beeinflusst von den individuellen Mutteridealen und den individuellen Umweltaforderungen. Ab dem Zeitpunkt der Geburt ist die Mutter bei ihren Betätigungen jedoch fast nicht mehr alleine.

Um dieser Tatsache gerecht zu werden, bedienen sich Fraits-Hunt und Zemke (1996) des Begriffs „co-occupations“, bei dem es darum geht, dass es bei mütterlichen (pflegenden) Aktivitäten oft zwei Akteure gibt, so z.B. beim „Füttern“: die Mutter gibt das Essen und das Kind isst. Die beiden Akteure sind in dieser Betätigung voneinander abhängig. Wenn sich das Kind verweigert zu essen respektive zu trinken, ist die Mutter machtlos und genauso umgekehrt, wenn das Baby vor Hunger schreit und die Mutter ihm die Flasche nicht gibt. Olson (2004) spricht auch von „co-occupations“, wenn z.B. die Mutter das Kind zu Bett bringt oder tröstet. Esdaile (2004) spricht vom Spiel als „co-occupation“, dabei initiiert (Hinschauen) und beendet (Wegschauen) das Kind das Spiel und es testet dabei seine Fähigkeiten, Möglichkeiten und Grenzen eine Interaktion zu kontrollieren.

Mutter und Kind bilden ein Team, das lernen muss die Zeichen des anderen zu verstehen, um gut miteinander „arbeiten“ zu können. Bei all diesen alltäglichen „co-occupations“, so Olson (2004), lernt das Kind seine Emotionen zu regulieren.

Nach Griffin (2004) führen Mütter Betätigungen mit ihrem Kind auf verschiedene Art und Weise aus und aus unterschiedlichen Beweggründen durch. Bis sich diese als Gewohnheiten mit den entsprechenden Beweggründen etablieren, muss die Mutter ihr Kind aber zuerst einmal kennenlernen und beobachten. Mütter organisieren ihren Alltag nach einer gewissen Routine, indem sie Betätigungen nach Wichtigkeit ordnen. Wenn sich gewisse Routinen eingespielt haben, gehen Aktivitäten automatisch von der Hand und die Mutter spart dabei viel Energie ein. Weiter erwähnt Griffin (2004), dass sich auch Kinder mit Routinen wohl fühlen, da sie wissen, was sie zu erwarten haben und was von ihnen erwartet wird. Wenn die Kinder noch klein sind organisieren viele Mütter ihre Routinen um den Schlaf ihrer Kinder oder um das Stillen herum. Ob die Tage nach der Routine des Kindes oder nach den persönlichen Präferenzen der Mutter verlaufen, ist abhängig von der Mutter. Wie eine Aktivität durchgeführt wird, wer involviert ist und wo und wann sie stattfindet, wird, so Griffin (2004), durch deren Bedeutung beeinflusst.

Ein weiterer zentraler Begriff für die Erörterung von mütterlichen Betätigungen ist gemäss Bateson (1996) der Begriff „enfolded activity“. Darunter versteht man das gleichzeitige Erledigen von mehreren Aufgaben. Während die Mutter das Kind füttert, rüstet sie z.B. gleichzeitig das Gemüse für das Abendessen. Griffin (2004) sagt, dass „enfolded activities“ ein Weg sind, um Haushaltsaufgaben und Pflegeaufgaben schneller zu erledigen und um dann mehr Zeit zu haben für individuelle Aktivitäten.

Ein Teil der mütterlichen Arbeit besteht nach Pierce und Marshall (2004) in den westlichen Kulturen darin, ihre Kinder in der Entwicklung durch Spielerfahrungen zu unterstützen. Diese beinhaltet nach Pierce und Marshall (2004) Spielzeug auszuwählen, das für das Entwicklungsalter angebracht ist, den Raum in dem das Kind spielt nach möglichen Gefahren zu überprüfen, es dem Kind zu erleichtern an Spielsachen zu gelangen, die Spielzeit im täglichen Familienleben unterzubringen, die Kontinuität von Spielsequenzen zu unterstützen und Spielunterbrechungen zu managen. Dabei organisieren sie den Raum und die Objekte für das Spiel sowie die zeitliche Reihenfolge von Erfahrungen. Die Mutter passt sich dem möglichen Spielniveau des Kindes an, um es optimal zu fördern. Pierce und Marshall (2004)

erzählen von Müttern, die in den ersten Monaten nach der Geburt, die Kinder auf eine Decke legen und das Spielzeug rund herum so verteilen, dass die Babys es gut erreichen können. Wenn die Kinder mobiler sind werden sie in die Nähe von Spielkisten gebracht und ermutigt sich die Spielsachen selber herauszunehmen. Noch etwas später werden die Kleinkinder mit verbalen Anweisungen zu ihren gewünschten Objekten geleitet. Die Spielsachen werden von Müttern immer wieder in neuer Weise arrangiert, damit sie die Kinder auch immer wieder auf eine neue Weise entdecken können. Nach Esdaile (2004) ist das Spielen nicht nur für die kindliche Entwicklung wichtig, sondern spielt auch eine grosse Rolle bei der Förderung und Ermöglichung einer Interaktion und Beziehung zwischen Mutter und Kind.

Zusammenfassend lassen sich die Zeit nach der Geburt und ihre Veränderungen in den Betätigungen folgendermassen beschreiben: Erschöpfung, divergierende Gefühle und Unsicherheiten bestimmen die ersten Monate, bis sich die Mutter auf den Weg begibt ihre individuelle Mutterrolle zu finden. Beeinflusst wird sie durch ihre Umwelt und die Kultur, in der sie lebt. Bei der emotionalen Überbrückung in diese Rolle helfen ihr altbekannte Betätigungen, die ihr eine Konstanz ihres Selbstbildes vermitteln. Viele der neuen Betätigungen haben zwei Akteure, die Mutter und das Kind, die erst lernen müssen miteinander zu agieren, mit dieser Abhängigkeit umzugehen und die Zeichen des anderen zu verstehen. Mit der Zeit stellt sich bei den Müttern eine Routine ein, die ihnen hilft ihren Alltag effizienter und flüssiger zu gestalten. Gewisse Aktivitäten machen sie sogar nebeneinander her, um die Zeit für sich optimal zu nutzen. Das Spiel mit dem Kind wird für die Mütter zu einer wichtigen Interaktion, im Bewusstsein das Lernen und die Entwicklung des Kindes zu fördern.

Eine Mutter mit PPD hat es in der Zeit nach der Geburt durch ihre Krankheitssymptome noch schwieriger sich an die neuen Umstände zu adaptieren. In einer Studie von Barr (2008) wurde deshalb der Frage nachgegangen, was es bedeutet eine Mutter zu werden und wie sich PPD auf die mütterliche Adaptation auswirkt. Aus der Studie wird deutlich, dass sich Mütter mit PPD in einer Übergangsphase befinden und es ihnen nicht gelingt, sich an die mütterliche Rolle vollends, im Sinne einer Verinnerlichung, zu adaptieren. Die Frauen stecken zwischen ihrem alten Ich und der neuen Rolle fest. Es ist eine Verzögerung des

Erlernens von elterlichen Kompetenzen sichtbar. Barr (2008) gibt zu bedenken, dass man die Klientinnen mit einer PPD in einem Übergang sehen und ihnen dies auch vermitteln soll. Das Wissen darum in einer Phase festzustecken gibt einem die Möglichkeit sich mental ausserhalb dieser zu sehen, wodurch Hoffnung für die Zukunft geschöpft werden kann.

1.1.3 Krankheitsbild postpartale Depression

Als Synonym für PPD wird auch postnatale Depression verwendet. Der Verein *Postnatale Depression Schweiz* (a) definiert die Begriffe folgendermassen: „Postnatal bedeutet „nach der Geburt“ (also das Kind betreffend), postpartal „nach dem Gebären“ (die Mutter betreffend).“ Da es in unserer Bachelorarbeit um die Mutter gehen soll, verwenden wir den Begriff PPD.

Nach Hanley und Long (2006) ist die PPD ein schon lange bekanntes Phänomen, über das bis heute diskutiert wird, ob es eine spezifische Erkrankung ist oder ob es zum Krankheitsbild Depression dazugehört. Trotz der fehlenden einheitlichen Definition, so Riecher-Rössler (2006), besteht der Name PPD noch heute, da diese Erkrankung in der Zeit nach der Geburt spezielle diagnostische und therapeutische Herausforderungen stellt.

Hanley und Long (2006) schreiben zum Thema PPD, dass dieses erst in den letzten 20 Jahren ausführlich erforscht wurde. Laut Riecher-Rössler (2006) variieren die Zahlen über die Häufigkeit der PPD von 6 bis 22 Prozent. Es wird angenommen, dass die Prozentzahl der an PPD erkrankten Frauen sich im Vergleich mit gleichaltrigen, „normal“ depressiven Frauen nicht unterscheidet.

Die PPD wird nach Riecher-Rössler (2006, S. 11) folgendermassen definiert: „Als 'postpartale Depression' werden im allgemeinen alle schwereren, länger dauerenden und behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen bezeichnet, die im ersten Jahr nach der Entbindung auftreten oder bestehen.“ Dabei ist die PPD nicht mit dem Baby Blues oder der postpartalen Psychose zu verwechseln. Nach Riecher-Rössler (2006) manifestiert sich der Baby Blues in der ersten postpartalen Woche durch depressive Verstimmung und Stimmungslabilität. Die postpartale Psychose wird als depressives, manisches, schizoaffektives, schizophrenes oder atypisches Bild, das sich in den ersten Monaten nach der Geburt zeigt, beschrieben. Folgende Symptome können nach Riecher-Rössler (2006) einer PPD zugeordnet werden: ausgeprägte

emotionale Labilität, depressives Grübeln, Schuldgefühle, Zwangsgedanken und Zustand der Gefühllosigkeit dem eigenen Neugeborenen gegenüber. Ergänzend beschreibt die American Psychiatric Association (2000; zit. nach Posmontier, 2008, S. 310) „anhaltende depressive Stimmung, verminderte Freude oder Interesse an alltäglichen Aktivitäten, verbunden mit Störungen in fünf oder mehr der folgenden Punkte: Appetit, Schlaf, Psychomotorik, Energielevel, Konzentration oder Selbstwert“ [Übersetzung d. Verf.]. Auch Suizidabsichten und Gedanken, das Kind zu verletzen, können vorkommen.

Die Diagnose kann laut der American Psychiatric Association (2000; zit. nach Posmontier, 2008, S. 310) frühestens in der vierten Woche postpartum gestellt werden und dauert nach Riecher-Rössler (2006) bei vielen oft über ein Jahr. Allgemein gilt, so England, Ballard und George (1994; zit. nach Logsdon et al., 2003, S. 276), je schneller eine PPD erkannt und behandelt wird, desto kürzer die Dauer.

Die Forschungsergebnisse zu den Ursachen der Entstehung einer PPD sind laut Riecher-Rössler (2006) widersprüchlich. Viele Faktoren können nicht nachweislich als Ursache identifiziert werden, ausserdem besteht die Schwierigkeit zwischen Ursachen und Folgen zu unterscheiden. Als Risikofaktoren, die zur Entstehung einer postpartalen Depression beitragen können, erwähnt Riecher-Rössler (2006): nicht genügend soziale Unterstützung; unter einer schlechten Partnerbeziehung leiden; depressive Erkrankungen in der Vorgeschichte; Depression und Angst während der Schwangerschaft; Baby-Blues; „Stress“ mit der Versorgung des Kindes; sowie allgemeiner Stress. Auch biologische und hormonelle Umstellungen in der postpartalen Zeit (z.B. Östrogenabfall) können einen Einfluss auf die Entstehung einer PPD haben. Am meisten erhärtet hat sich laut Riecher-Rössler (2006, S. 13f.) der Risikofaktor der psychischen Prädisposition: „So hat etwa ein Drittel aller Frauen mit postpartaler Depression schon vor der Schwangerschaft mindestens einmal an einer psychiatrischen Erkrankung gelitten. 70 Prozent der Frauen haben mindestens einen Familienangehörigen ersten Grades mit einer psychischen Erkrankung.“ Alles in allem, so Riecher-Rössler (2006), ist die Ursache ein Zusammenspiel von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren, welche die Vulnerabilität einer Person bestimmen. Diese wiederum ist ausschlaggebend, ob es bei dem einschneidenden Ereignis der Geburt eines Kindes zur Erkrankung an einer PPD kommt.

Eine lang dauernde PPD kann Folgen für die Mutter, das Kind und die ganze Familie haben. Gut erforscht ist die gestörte Mutter-Kind-Beziehung/Interaktion, welche einen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes hat. Riecher-Rössler (2006, S. 15) schreibt dazu: „Die Kinder entwickeln häufig nicht nur emotionale und Verhaltensauffälligkeiten, sondern auch Entwicklungsverzögerungen im kognitiven Bereich“ Auch diskutieren Johnson und Jacob (1997; zit. nach Hanley & Long, 2006, S. 149) die Übertragung der depressiven Symptome bei der Hälfte der Mütter mit PPD auf ihre Männer/Partner. Lindahl, Pearson und Colpe (2005; zit. nach Posmontier, 2008, S. 310) geben zu bedenken, dass je länger eine Frau an PPD leidet, desto höher ist das Risiko lebenslang an Depression oder an wiederkehrenden depressiven Episoden zu erkranken. „Auch ist die Gefahr des Suizides und des erweiterten Suizids zu bedenken.“, so Riecher-Rössler (2006, S. 15). Um die Folgen möglichst klein zu halten, ist es wichtig eine PPD früh zu erkennen und zu behandeln. Dies ist laut Riecher-Rössler (2006) jedoch oft nicht der Fall, da viele Mütter aus Gründen des Unwissens, der Scham, des Schuldgefühls, der Angst vor Stigmatisierung oder davor, dass Kind könnte ihnen weggenommen werden, erst sehr spät oder nie Hilfe aufsuchen.

1.1.4 Behandlungsmöglichkeiten von PPD und die Situation in der Schweiz

Im Buch von Wimmer-Puchinger und Riecher-Rössler (2006) werden folgende Interventionsmöglichkeiten bei Müttern mit PPD beschrieben: verschiedene Formen von Psychotherapie; wie supportive Psychotherapie; IPT (Interpersonelle Psychotherapie); tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; kognitive Verhaltenstherapie; Psychopharmaka; verschiedene Gruppentherapien; Mutter-Kind-Spieltherapie; Video-unterstützte Interaktionstherapie/Videodiagnostik; Babymassage; paartherapeutische Interventionen; Kriseninterventionen; Beratung des Vaters und der Angehörigen und Unterstützung durch Hebammen, Gemeindepflegerinnen, Sozialarbeiter/innen und andere Betreuungsdienste. Ergänzend werden von Perry, Thurstona und Osborn (2008) die Kunsttherapie, von Corral, Wardrop, Zhang, Grewal und Patton (2007) „Morning light therapy“, von Buultjens, Robinson und Liamputtong (2008) das Konzept EPIC (educating to facilitate a positive and interactive connection), von Williamson und McCutcheon (2004) die biologisch Behandlung und von Weier und Beal (2004) Behandlungsmethoden der

Komplementärmedizin (Kräuterheilkunde, Diät, Massage, Aromatherapie, Akupunktur) beschrieben. Die Evidenz der verschiedenen Behandlungsmethoden ist unterschiedlich, viele sind jedoch noch sehr wenig erforscht. Schwarz-Gerö (2006) meint, dass der vielschichtigen und polyätiologischen PPD ein ebenso breites Repertoire an Behandlungsmöglichkeiten entgegengestellt werden soll.

Die Interventionen gleichen sehr stark jenen, die bei der Behandlung einer Depression angewendet werden. Das Setting bei PPD stellt jedoch besondere Anforderungen. Turmes und Hornstein (2007, S. 773) meinen dazu: „Aus dem engen Zusammenhang zwischen der mütterlichen Erkrankung und den Entwicklungsbelastungen für das Kind leitet sich die Notwendigkeit eines spezifischen Settings ab, das die Behandlung der psychischen Erkrankung der Mutter mit der Prävention der kindlichen Entwicklungsstörungen verbindet.“ Auch sollte, so Riecher-Rössler (2006), beim Setting darauf geachtet werden, dass die Mutter nicht von ihrem Kind getrennt wird, da es durch eine Trennung zu gesteigerten Schuldgefühlen und somit zu einer Verschlechterung des psychischen Zustandes kommen kann. Laut Turmes und Hornstein (2007) hat sich gezeigt, dass viele Frauen mit PPD, die zur Behandlung von ihrem Kind getrennt wurden, auf eigene Verantwortung das Setting verlassen, zu Hause wieder zusammenbrechen und erneut in stationäre Behandlung müssen. Die Wichtigkeit einer Mutter-Kind-Behandlungseinheit wurde in England, so Wimmer-Puchinger (2006), schon vor mehreren Jahrzehnten erkannt. Turmes und Hornstein (2007) beschreiben, dass in England und Wales im Jahr 1985/86 von 305 psychiatrischen Krankenhäusern 151 über das Angebot einer Mutter-Kind-Aufnahme (sog. rooming-in) verfügten. In einer gemeinsamen Intervention mit Mutter und Kind, kann so Turmes und Hornstein (2007) die Mutter-Kind-Interaktion/Beziehung gefördert und die Fähigkeit der Mutter für ihr Kind zu sorgen beurteilt werden.

Die Schweiz verfügt, nach unserem besten Wissen, über 7 Einrichtungen, die eine Aufnahme der Mutter/Eltern mit ihrem Kind ermöglichen. Zum Teil beschränkt sich die mögliche Aufnahme mit dem Kind auf das erste Jahr postpartal, in anderen Institutionen können Eltern mit Kindern bis 5-jährig behandelt werden. Im Verhältnis zur Nachfrage sind es jedoch zu wenige solcher stationären Mutter-Kind-Interventionsmöglichkeiten. Mikoteit und Riecher-Rössler (2008) sehen das Problem dafür im Mangel an Personal. Hinzu kommt die Schwierigkeit der Finanzierung, denn ein Kind kostet pro Tag zusätzliche 50 sFr. Die Übernahme der Kosten ist nach

unserem Wissen unterschiedlich geregelt, teils übernimmt die Krankenkasse, ein Fond oder eine Stiftung die Kosten oder die Mutter muss selbst dafür aufkommen.

Neben dem oben beschriebenen stationären Angebot gibt es noch andere Möglichkeiten für den Umgang mit einer PPD. Auf der Web-Seite des Vereins *Postnatale Depression Schweiz* (b) findet man Adressen und Angaben zu Selbsthilfegruppen, Internet-Foren, Fachleuten (Psychiater/innen, Psychologen/innen, Gynäkologen/innen), Patenschaften und Gruppentherapien/Kursen.

Aus der Präsenz des Themas PPD in den schweizerischen Medien der letzten Jahre, lässt sich auf eine vermehrte Auseinandersetzung und ein öffentliches „Bekanntwerden“ des Krankheitsbildes und der damit verbundenen Problematik schliessen. Bis jedoch ein weiterer Ausbau von Mutter-Kind-Einrichtungen in der Schweiz, und damit eine spezifische Behandlung von PPD stattfinden wird, werden Mütter mit PPD weiterhin in allgemeinpsychiatrischen Kliniken auf ihre Depression hin behandelt. In diesem Setting treffen auch ErgotherapeutInnen auf Mütter mit PPD. Eine krankheitsbildorientierte Intervention kann mangels ergotherapeutischer Fachliteratur zu diesem Thema nicht durchgeführt werden. Die Autorinnen vermuten, dass dadurch auf die neue Rolle als Mutter, die neuen Betätigungen und den damit verbundenen Problemen nur sehr begrenzt eingegangen werden kann. Oates (1997; zit. nach Mc Kay, 2004, S. 239) meint jedoch, dass genau dies ein Thema der Ergotherapie sei: „Die Unterstützung der Mutter in ihrer Betätigung ist für die Ergotherapeuten eine wichtige Aufgabe, um die Fähigkeit der Mutter zu unterstützen, auf die Bedürfnisse ihrer Kinder einzugehen und für ihr Wohlergehen zu sorgen.“ [Übersetzung d. Verf.] Weiter wird die Wichtigkeit der Unterstützung von psychisch kranken Müttern, die versuchen mit der mütterlichen Betätigung klar zu kommen, betont. Posmontier (2008) ergänzt dies mit der Implementierung eines Assessments, das die Performanz von Müttern mit PPD misst. Er hat festgestellt, dass es zwölfmal weniger wahrscheinlich war für Mütter mit PPD im Vergleich zu Mütter ohne PPD die Performanz zu erreichen, die sie vor der Geburt hatten. Er begründet die Wichtigkeit eines solchen Assessments mit dem negativen Einfluss, der eine mangelnde Performanz auf die Bereiche wirtschaftliche Familienstabilität, gesundheits-erhaltende Aktivitäten und soziale Fertigkeiten (positive Interaktion mit dem Kind, dem Mann, der Familie und den Freunden) hat. [Übersetzung d. Verf.]

Aus den im letzten Abschnitt aufgeführten Aussagen lässt sich die Wichtigkeit einer

betätigungsorientierten Behandlung von Müttern mit PPD, das heisst einer krankheitsbildspezifisch ergotherapeutischen Behandlung, ableiten.

1.2 Fragestellung und Methode

1.2.1 Fragestellung

Wie in der Einleitung aufgezeigt wurde, verändern sich durch das Mutterwerden viele Betätigungen und neue kommen dazu. Mütter mit PPD scheinen in diesem Übergang, der Adapatation an die neue Rolle und die neuen Betätigungen festzustecken. Wenn wir als ErgotherapeutInnen verstehen, welche Schwierigkeiten sich bei Müttern mit PPD in der Ausübung der neuen Rolle und den damit verbundenen Betätigungen ergeben, können wir mit den Klientinnen eine gezielte ergotherapeutische Intervention planen, die eine Verbesserung der Performanz zur Folge haben soll. Nach dem Verständnis von ErgotherapeutenInnen sollte sich dadurch das Wohlbefinden der Mütter verbessern, da erfolgreiches Betätigen gesundheitsförderlich ist. Laut Reichel (2005) finden Betätigungen in verschiedenen Betätigungsbereichen statt, welche in der ergotherapeutischen Arbeit berücksichtigt werden. Es gilt also Schwierigkeiten von Müttern mit PPD in ihrer Performanz in allen Betätigungsbereichen zu identifizieren. Daraus abgeleitet ergibt sich die Fragestellung: „Welche Schwierigkeiten zeigen sich bei Müttern mit PPD in der Performanz in den Betätigungsbereichen des Occupational Therapy Practice Framework (OTPF)?“

1.2.2 Ziel

Ziel dieser Arbeit ist eine Diskussion ergotherapeutischer Interventionen bei Müttern mit PPD in einem akutpsychiatrischen Setting. Dies soll durch die Verknüpfung der Schwierigkeiten, die Mütter mit PPD in ihrer Performanz in den Betätigungsbereichen aufweisen mit dem Occupational Adaptation Framework erreicht werden. Wie oben beschrieben, gibt es in der Schweiz wenig Mutter-Kind-Behandlungsplätze. Daher werden Mütter mit PPD oft in akutpsychiatrischen Settings behandelt, wo auch die ErgotherapeutInnen mit dieser Klientel in Kontakt kommen. Leider ist bis anhin ein Mangel an ergotherapeutischer Literatur zum Thema „Behandlung von Müttern mit PPD“ festzustellen. Den Autorinnen scheint es jedoch wichtig, dass ErgotherapeutInnen, die in akutpsychiatrischen Settings arbeiten, Ansatzpunkte für

die Behandlung von Müttern mit PPD haben. Mit dieser Arbeit möchten wir beitragen, diese Wissenslücke zu füllen.

1.2.3 Methode

Für die Literatursuche wurden die Datenbanken CINAHL, Medline, OTDBase, OTSeeker und PsychInfo benutzt. Die verwendeten Keywords waren: „postpart* depress*“, „postnatal depress*“, „occupational therap*“, „occupation of mothering“, mother*, maternal, occupation*, problem*, difficult*, adaptation*, transition*. Diese Keywords wurden mit den boolschen Operatoren AND und OR verknüpft, ein Beispiel dazu ist in der Tabelle 1 im Anhang dargestellt. Bei vielversprechenden Studien wurde die Funktion „finde Ähnliches“ genutzt. Zusätzlich zu der Datenbankrecherche haben wir in den folgenden Journals nach passenden Artikeln gesucht: *American Journal of Occupational Therapy*, *Australian Occupational Therapy Journal*, *British Journal of Occupational Therapy*, *Canadian Journal of Occupational Therapy* und *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. Die gesamte Suche ergab 43 Artikel. Anhand der Abstracts wurden 16 Artikel selektioniert, die den folgenden Kriterien entsprachen: 1. mögliche Relevanz für unsere Arbeit (Betätigung = Inhalt der Studie); 2. Publikation zwischen 1999 und 2009 und 3. Studien, die in Europa, Nordamerika, Australien oder Neuseeland durchgeführt wurden. Die Zeitspanne von 10 Jahren wurde gewählt, da wenig Literatur aus den letzten 5 Jahren zu diesem Thema zu finden war. Die genannten Länder wurden gewählt, da sie, wie die Schweiz, zur westlichen Kultur gehören. Alle 16 Artikel wurden anhand folgender Kriterien nochmals selektioniert: 1. mögliche Zuordnung der Resultate zum OTPF-Gegenstandsbereich „Performanz in Betätigungsbereichen“ und die damit verbundene Ergotherapierelevanz, sowie 2. möglichst hohe wissenschaftliche Qualität. 7 Studien wurden für diese Arbeit verwendet. Diese wurden anhand der Leitlinien zur Bewertung von qualitativen Studien von Letts, Wilkins, Law, Stewart, Bosch und Westmorland (2007) und von quantitativen Studien von Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch und Westmorland (1998) analysiert. In den folgenden Tabellen (Tabelle 2 & 3) sind die Studien in der Hierarchie ihrer Qualität geordnet (von oben nach unten nimmt die Evidenz ab). Es werden lediglich die zu kritisierenden Punkte aus der Bewertung genannt, das heisst, alles, was hier nicht aufgeführt ist, entspricht den Kriterien einer guten Evidenz. Die

Fallstudie von Olson (2006) haben wir in diese Arbeit trotz ihrer tiefen Qualität einbezogen, da sie die einzige ergotherapeutische Studie zu unserem Thema ist.

Quantitative Studien

Studie	Studien-design	Stärken	Kritik
Posmontier, B. (2008). Functional status outcomes in mothers with and without postpartum depression. <i>Journal of Midwifery & Women's Health</i> , 53, 310-318.	two-group cross-sectional comparative design	<ul style="list-style-type: none"> • klare Zielformulierung • guter Literaturüberblick • angemessene Wahl des Studiendesigns • biases werden genannt • detaillierte Beschreibung des Samples und des Samplings • genaue Beschreibung des Outcomes und der verwendeten (Mess-) Instrumente • angemessene Analyse der Daten • die klinische Wichtigkeit und statistische Bedeutung wurden aufgezeigt • angemessene Schlussfolgerungen 	<ul style="list-style-type: none"> • nicht randomisiertes, kleines Sample → eingeschränkte Generalisierung • Selbsteinschätzung der Funktionsfähigkeit → subjektive Wahrnehmung • es gab Drop-outs, da Frauen nicht die Diagnose PPD erhalten wollten oder es ihnen zu anstrengend wurde
Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A. & Manzano, J. (2002). Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 month old. <i>Journal of Affective Disorders</i> , 70, 291-306.	Teil einer prospective, epidemiologic study	<ul style="list-style-type: none"> • klare Zielformulierung • Literaturüberblick • biases werden genannt • Sample beschrieben • genaue Beschreibung des Outcomes und der verwendeten (Mess-) Instrumente • angemessene Analyse der Daten • die klinische Wichtigkeit und statistische Bedeutung wurden aufgezeigt • Schlussfolgerung 	<ul style="list-style-type: none"> • Sampling ist nicht beschrieben (diese Studie ist Teil einer Hauptstudie, in der evtl. die fehlenden Angaben beschrieben sind) → eingeschränkte Generalisierung • das ethische Vorgehen ist nicht beschrieben • Fragebogen wurde von den ForscherInnen erstellt → keine Vergleichbarkeit der Resultate mit deren andere Studien • keine Angaben zu Drop-outs

(Tabelle 2)

Qualitative Studien

Studie	Studien-design	Stärken	Kritik
Barr, J. A. (2008). Postpartum depression, delayed maternal adaptation, and mechanical infant caring: a phenomenological hermeneutic study. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 45, 362-369.	hermeneutic	<ul style="list-style-type: none"> • klare Zielformulierung/ Forschungsfrage • relevanter Literaturüberblick • angemessenes Studiendesign • klare theoretische Perspektive • adäquates methodisches Vorgehen, gut beschrieben • Sampling gut beschrieben • ethisches Vorgehen ist beschrieben • Ort, TeilnehmerInnen, die Rolle des Forschers und mögliche biases sind klar beschrieben • die Datensammlung ist beschrieben • angemessene Datenanalyse (induktiv) • nachvollziehbare Ergebnisse • Grundlage für Kategorienentwicklung • gibt ein bedeutungsvolles Bild vom Phänomen/Thema • „Credibility“, „Transferability“ und „Comfirmability“ • angemessene Schlussfolgerung 	<ul style="list-style-type: none"> • der Prozess der Datenanalyse bzw. der Kategorienbildung ist ungenau/unverständlich beschrieben (eingeschränkte „Dependability“) • Sampling wurde nicht bis zur Sättigung durchgeführt (wollten von Anfang an 11 Frauen)
Shakespeare, J., Blake, F. & Garcia, J. (2004). Breast-feeding difficulties experienced by women taking part in a qualitative interview study of postnatal depression. <i>Midwifery</i> , 20, 251-260.	(nicht genannt)	<ul style="list-style-type: none"> • klare Zielformulierung/ Forschungsfrage • Literaturüberblick • methodisches Vorgehen ist beschrieben • Sampling gut beschrieben und bis zur Sättigung durchgeführt • ethisches Vorgehen ist beschrieben • Ort, TeilnehmerInnen und die Rolle des Forschers sind klar beschrieben • die Datensammlung ist 	<ul style="list-style-type: none"> • die persönliche Einstellung der ForscherInnen ist nicht beschrieben • keine möglichen biases werden genannt • tiefe Evidenz in „Dependability“ (Prozess der Datenanalyse und der Kategorienentwicklung ist nicht beschrieben) und mittlere Evidenz in „Transferability“ (nicht alle Teilnehmer hatten

		beschrieben <ul style="list-style-type: none"> • gibt Bild vom Phänomen/Thema • „Credibility“ und „Confirmability“ • angemessene Schlussfolgerung 	die Diagnose PPD)
Tammentie, T., Paavilainen, E., Åstedt-Kurki, P. & Tarkka, M.-T. (2004). Family dynamics of postnatally depressed mothers – discrepancy between expectations and reality. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 13, 65-74.	grounded theory	<ul style="list-style-type: none"> • klare Zielformulierung/ Forschungsfrage • relevanter Literaturüberblick • angemessenes Studiendesign • methodisches Vorgehen ist beschrieben • Sampling gut beschrieben • ethisches Vorgehen ist beschrieben • Ort und TeilnehmerInnen sind beschrieben • angemessene Datenanalyse (induktiv) • nachvollziehbare Ergebnisse • gibt Bild vom Phänomen/Thema • „Transferability“ • angemessene Schlussfolgerung 	<ul style="list-style-type: none"> • die persönliche Einstellung der Forscherin, ihre Rolle und ihre Beziehung zu den TeilnehmerInnen sind nicht beschrieben • der Prozess der Datensammlung ist ungenau beschrieben • tiefe Evidenz in „Credibility“ (nur eine Forscherin, keine Reflexion oder kontrollierende Mechanismen beschrieben) und „Comfirmability“ (Daten/ Resultate wurden nicht von anderen Forschern oder den TeilnehmerInnen überprüft, sowie mittlere Evidenz in „Dependability“ (Prozess der Kategorienbildung ist schlecht beschrieben)
Nicolson, P. (1999). Loss, happiness and postpartum depression: the ultimate paradox. <i>Canadian Psychology</i> , 40(2), 162-178.	longitudinal qualitativ study	<ul style="list-style-type: none"> • klare Zielformulierung/ Forschungsfrage • Literaturüberblick • angemessenes Studiendesign • klare theoretische Perspektive • das methodisches Vorgehen ist beschrieben • ausführliche Erfahrungen der KlientInnen-Gruppe • Ort und TeilnehmerInnen sind beschrieben • die Datensammlung ist beschrieben • angemessene Datenanalyse (induktiv) • nachvollziehbare Ergebnisse • Kategorienentwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> • Sampling nicht bis zur Sättigung durchgeführt und einschränkendes Vorgehen beim Sampling, sowie kleines Sample, (Forscherin nimmt diesen Mangel in Kauf, da ihrer Meinung nach nur mit einem kleinen Sample ausführlichen Erfahrungen erforscht werden können) • viele Drop-outs • keine ethischen Überlegungen genannt • Rolle und Beziehung der Forscherin zu den Teilnehmerinnen ist nicht beschrieben • tiefe „Credibility“ (nur

		<ul style="list-style-type: none"> • gibt Bild vom Phänomen/Thema • „Dependability“ • angemessene Schlussfolgerung 	<p>eine Forscherin, keine Reflexion beschrieben, nur eine Methode der Datenerhebung), „Transferability“ (PPD wurde nie diagnostiziert bei den Teilnehmerinnen) und „Comfirmability“ (keine Überprüfung der Daten durch andere Personen, Tagebuch oder Selbstreflexion)</p>
<p>Olson, L. (2006). When a mother is depressed: supporting her capacity to participate in co-occupation with her baby – a case study. <i>Occupational therapy in mental health, 22(3-4), 135-152.</i></p>	<p>case study</p>	<ul style="list-style-type: none"> • relevanter Literaturüberblick • angemessene Schlussfolgerung • ergotherapeutische Literatur! • „Transferability“ → Beschreibung der Person und des Settings 	<ul style="list-style-type: none"> • Fallstudie: tiefe Qualität → ausser „Literaturüberblick“, und „Schlussfolgerungen“ konnte keine Punkte der Leitlinien zur Bewertung von qualitativen Studien von Letts et al. (2007) bewertet werden • In der Studie wird die Depression der Person aus dem Fallbeispiel nicht als PPD angegeben (jedoch beschrieben, Depression nach der Geburt)

(Tabelle 3)

2. Hauptteil

2.1. Ergebnisse: Welche Performanz zeigt sich bei Müttern mit PPD in den Betätigungsbereichen des Occupational Therapy Practice Framework (OTPF)?

Posmontier (2008) beschreibt in seiner Studie, dass der funktionelle Status (Performanz) der Mütter im Zusammenhang steht mit der PPD. Nach seiner Definition beinhaltet der funktionelle Status: Selbstversorgung, physische Pflege des Kindes, Haushalt, soziale Aktivitäten und berufliche Aktivitäten. Er fand in seiner Studie heraus, dass die Mütter mit PPD im Haushalt, in sozialen und persönlichen Aktivitäten weniger funktionsfähig waren als Mütter ohne PPD.

Im folgenden Kapitel soll es darum gehen die Performanz der Mütter mit PPD im Gegenstandsbereich „Performanz in Betätigungsbereichen“ des OTPF genauer zu beleuchten. Das Ziel ergotherapeutischen Handelns ist nach OTPF das „Eingebundensein in Betätigung zur Unterstützung der Partizipation im Kontext“. Um dieses Ziel zu erreichen werden verschiedene Komponenten (Gegenstandsbereiche, siehe Anhang, Schema 1) berücksichtigt. All diese Komponenten beeinflussen die Performanz einer Person, welche im Gegenstandsbereich „Performanz in Betätigungsbereichen“ zu beobachten ist. Aus diesem Grund haben wir diesen Gegenstandsbereich des OTPF für die Kategorisierung der Resultate gewählt, wobei zu vermerken ist, dass auch die anderen Gegenstandsbereiche indirekt in dieser Arbeit vorkommen. So lässt sich das Kapitel „Betätigung von Müttern im ersten Jahr nach der Geburt“ zum Beispiel mit dem Gegenstandsbereich „Aktivitätsanforderungen“ verbinden, da die Anforderungen beschrieben werden, die das Muttersein an eine Frau stellt. Und die Gegenstandsbereiche „Kontext“, „Klientenfaktoren“, „Performanz-Fertigkeiten“ und „Performanz-Muster“ werden im Kapitel „Krankheitsbild PPD“ gestreift.

Zu den Betätigungsbereichen des OTPF gehören die Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs), Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADLs), Bildung, Arbeit, Spiel, Freizeit und soziale Partizipation. Unter dem Begriff der Performanz verstehen Ergotherapeuten nach Reichel (2005) folgendes:

„Wenn Einzelpersonen sich auf Betätigungen einlassen, widmen sie sich deren Performanz (Ausführung) als eine Folge von eigener Wahl, Motivation und Bedeutung(szuweisung). ... Eingebundensein in Betätigung

beinhaltet sowohl subjektive (emotionale oder psychologische) Aspekte von Performanz und objektive (äusserlich beobachtbare) Aspekte von Performanz. Sich auf Betätigung einzulassen verstehen Ergotherapeuten von dieser dualen und holistischen Perspektive aus und sprechen alle Performanzaspekte (physisch, kognitiv, psychosozial und kontextuell) an, wenn sie behandeln, um Eingebundensein in Betätigung und Alltagsaktivitäten zu unterstützen.“ (S.66)

Durch unserer Literaturrecherche haben sich folgende Schwierigkeiten in den Betätigungsbereichen des OTPF herauskristallisiert.

Bemerkung: An dieser Stelle weisen wir den Leser darauf hin, dass alle Definitionen der Betätigungsbereiche von uns aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt wurden.

Aktivitäten des täglichen Lebens: Nach dem American Occupational Therapy Association (AOTA) (2002) verstehen Ergotherapeuten darunter Aktivitäten, in denen sich Menschen um ihren eigenen Körper kümmern. Dazu zählen 11 Unterbereiche: *baden und sich waschen; Darm und Blasen Management; sich ankleiden; essen; funktionale Mobilität; Gebrauch von Hilfs- und Verhütungsmitteln; persönliche Hygiene; sexuelle Aktivitäten; schlafen und ruhen; zur Toilette gehen.*

In der Studie von Nicolson (1999) kam heraus, dass Mütter mit PPD nach der Geburt in intensiver Art und Weise die Verluste von Eigenschaften und Aktivitäten wahrnahmen. Die Mütter vermuteten dahinter einen Hauptgrund für ihre Depression. Einige Frauen in dieser Studie beklagten den Verlust ihres „alten Körpers“, was sich bei einer Mutter so auswirkte, dass sie schon sehr bald nach der Geburt mit einer Diät begann. Viele Frauen in der Studie von Nicolson (1999) erlebten ausserdem einen Autonomie- und Zeitverlust. Es wird beschrieben, dass die Mütter keine Zeit für die *persönliche Hygiene* fanden und sie sich zwischendurch auch nicht *ausruhen* konnten, weil sie sich so ausgiebig um die Bedürfnisse des Kindes kümmerten. Eine Mutter der Studie beschrieb, dass sie die Aktivitäten Nägel schneiden und Haare waschen unverhältnismässig anstrenge. In der Studie von Barr (2008) erwähnte eine Mutter mit PPD, dass sie vergass zu duschen oder sich die Zähne zu putzen. Nach der Geburt nahmen die Mütter ihren Körper anders wahr als zuvor und einige von ihnen hatten noch Narben von der Geburt und die Brustwarzen schmerzten. Dies wirkte sich auf die *sexuelle Aktivität* aus. Eine Mutter beschrieb, dass sie jeder

gescheiterte Versuch Sex zu haben sehr deprimierte und hoffnungslos machte.

Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens: Nach dem AOTA (2002) verstehen Ergotherapeuten darunter Aktivitäten, bei denen die Menschen mit der Umwelt interagieren. Diese Aktivitäten sind oft komplex und werden beliebig ausgeführt. Dazu zählen 11 Unterbereiche: *sich um andere kümmern; sich um Haustiere kümmern; sich um ein Kind sorgen; Gebrauch von Kommunikationsmitteln; Mobilität; Finanzmanagement; Gesundheitsmanagement und -bewahrung; den Haushalt führen, Essen zubereiten und aufräumen; auf die eigene Sicherheit achten; einkaufen.*

In der Studie von Barr (2002) wird deutlich, dass die Mütter mit PPD sich zwar *um ihre Kinder sorgten*, dies aber auf eine eher distanzierte, mechanische Art und Weise taten. In die Kinderpflege wurde wenig Interaktion eingebaut, es ging den Müttern mit PPD nur darum, den Zweck der Aufgabe zu erfüllen. So beschrieb eine Mutter, dass sie das Kind möglichst schnell fütterte und die Windeln wechselte, weil sie dies als ihre Pflicht wahrnahm, dabei aber den Wunsch verspürte, lieber etwas anderes zu tun. Weiter wurde von Barr (2002) ein Mangel an Mutter-Kind-Verknüpfung sowie eine Verzögerung in der kompetenten Handhabung von Elternfertigkeiten beobachtet. Zu den elterlichen Fähigkeiten kann man unter anderem auch zählen wie man Entscheidungen trifft und einen Tag plant. Eine Mutter beschrieb, dass sie nicht wusste, wie sie das Essen für ihr Kind planen konnte und mehrere Mütter beschrieben, dass sie unfähig waren eine Aufgabe im *Haushalt* zu Ende zu *führen*. Die Studie von Righetti-Veltema, Conne-Perréard, Bousquet und Manzano (2002) unterstützt die Beobachtung von Barr, dass ein Mangel an Mutter-Kind-Verknüpfung besteht, indem sie feststellen, dass zwischen Müttern mit PPD und ihren Kindern weniger verbale und visuelle Kommunikation (z.B. lächeln) und weniger körperliche Interaktion stattfand, als bei den Müttern ohne PPD. Sie waren unbeholfen im Umgang mit ihrem Kind und hielten es in einer eher ungünstigen Art und Weise. Weiter erwähnt die Studie, dass Mütter mit PPD einem 15mal höheren Risiko ausgesetzt sind, Schwierigkeiten beim Baden des Kindes zu haben. Righetti-Veltema et al. (2002) registrierten, dass Mütter mit PPD früher mit dem Stillen aufhörten, unabhängig davon, ob sie wieder arbeiteten. Zudem gingen die Mütter mit PPD häufiger zum Kinderarzt, obschon ihre Kinder nicht mehr Gesundheitsprobleme zeigten als die Kinder der Mütter ohne PPD. Dies könnte auf den Mangel an

Vertrauen in die eigene mütterliche Fähigkeit zurückgeführt werden. Shakespeare, Blake und Garcia (2004) stellten in ihrer Studie bei Müttern mit PPD Stillprobleme fest. Es wurden Themen herausgearbeitet, welche diese Schwierigkeiten erklären. Die Mütter fühlten sich, um eine gute Mutter zu sein, in hohem Masse verpflichtet zu stillen. Die meisten Mütter erwarteten beim Stillen keine Probleme zu haben und fühlten sich als Verlierer, wenn sie keinen Erfolg damit hatten. Sie litten unter diesem Kontrollverlust und fühlten sich der Situation ausgeliefert. Die Mütter mit PPD gaben sich die Schuld, ob sie nun mit dem Stillen fortfuhren oder nicht.

Tammentie, Paavilainen, Åstedt-Kurki und Tarkka (2004) beschreiben in ihrer Studie, dass die Mütter mit PPD ihrem Kind zwar eine gute physische Pflege gaben, dies aber auf eine fast schon verbissene Art und Weise taten. Eine Mutter berichtete, dass sie trotz der negativen Gefühle gegenüber ihrem Kind niemand anderem das Kind in Obhut geben könne, nicht einmal dem Vater. Sie hatte Angst, dem Kind könne etwas passieren, wenn sie wegblicke. Einige Mütter berichteten, dass sie mehrmals in der Nacht aufstünden, um zu kontrollieren, ob ihr Kind noch atmete. Sie fühlten sich Tag und Nacht in der Pflicht und beobachteten konstant das Baby und seine Reaktionen. Generell waren klare Vorstellungen vorhanden, wie sie sich um ihr Kind kümmern wollten und sie erfüllten diese fast zwanghaft. Dies zeigte sich auch in einem strikten Befolgen von Elternratgebern. Sie strebten nach einer perfekten Kinderpflege, obwohl sie die Nähe des Kindes belastete.

Olson (2006) schildert in ihrer Fallstudie, dass sich beim Kind und der depressiven Mutter mit der Zeit negative Erwartungen manifestierten und dass selbst wenn eine positive Interaktion versucht wurde, diese vom Gegenüber fehlinterpretiert wurde. Eltern und Kinder begannen einander zu vermeiden und ein negativer Interaktionskreis entstand. Die Klientin von Olson war nach innen fokussiert, sehr ängstlich im Umgang mit dem Baby, vermied den Augenkontakt mit ihm und zog es vor, wenn die anderen Leute die pflegerischen Aufgaben übernahmen. Die Klientin erzählte, dass ihr die Interaktionen mit ihrem Sohn zwar Freude bereiteten, dass sie diese aber auch als sehr belastend erlebte. Sie gab zu, dass sie Angst davor habe, dass die Anforderungen des Kindes an sie wachsen würden, wenn sie mit ihm spielte. Ihre Angst hinderte sie daran, entspannt zu sein und sich voll und ganz über die Begegnung mit ihrem Kind zu freuen. Sie schob andere Aktivitäten vor, um sich vor der Interaktion mit ihrem Kind zu drücken. Die Klientin hatte Mühe sich auf die

Aktivitäten mit dem Kind zu konzentrieren, so beschäftigte sie sich beispielsweise noch mit anderen Dingen, während sie es fütterte. Das Kind wurde dadurch schnell abgelenkt und quengelig und die Mutter wiederum frustriert.

Bildung: Nach dem AOTA (2002) verstehen Ergotherapeuten darunter Aktivitäten, durch welche Menschen in einer lehrreichen Umwelt partizipieren können. Dazu zählen 3 Unterbereiche: *Formal an Bildung partizipieren, erkunden von persönlichen Bildungsbedürfnissen und -interessen; informell, persönlich an Bildung partizipieren.*

In der Studie von Nicolson (1999) wird der Verlust der Betätigungsidentität (occupational identity) der Mütter mit PPD beschrieben. Darunter fallen Themen der Arbeit, die weiter unten beschrieben werden, aber auch das Thema der Bildung. Nicolson (1999) beschreibt, dass sich der Verlust der Betätigungsidentität darin zeigte, dass die Mütter mit PPD weniger intellektuelle Austauschmöglichkeiten hatten. Der Kontakt zu Freunden und Arbeitskollegen reduzierte sich und damit auch die Austauschmöglichkeit. Weiter wurde von den Müttern beschrieben, dass es nicht mehr dasselbe sei, selbst wenn sie ihre Arbeitskolleginnen sehen würden, weil sich ihre eigene Weltansicht durch das Kind geändert habe und sie nichts mehr vom Leben der anderen wissen würden. Sie schienen auch weniger Energie und Kraft zu haben überhaupt etwas anzugehen.

Arbeit: Nach dem AOTA (2002) verstehen Ergotherapeuten darunter Aktivitäten, durch welche sich Menschen in einträglicher Arbeit oder in ehrenamtlichen Aktivitäten engagieren können. Dazu zählen 6 Unterbereiche: *Arbeitsinteressen; Arbeit suchen und beschaffen; Arbeitsweise; Ruhestand vorbereiten; erkunden von Freiwilligenarbeit; Freiwilligenarbeit ausführen.*

Der Verlust der Betätigungsidentität steht nach Nicolson (1999) unter anderem im Zusammenhang mit dem Verlust der wirtschaftlichen Autonomie, da die Mütter nach der Geburt nicht mehr arbeiten gingen und dadurch keinen finanziellen Beitrag für die Familie leisten konnten. Dadurch fühlten sich einige Frauen von ihrem Mann abhängig und eingeschränkt. Einige Studienteilnehmerinnen beschrieben, dass sie Angst hätten keine Arbeit mehr zu bekommen, wenn das Kind etwas älter sei, oder dass sie nicht mehr auf dem gleichen Beruf wie zuvor arbeiten könnten. Ausserdem hatten sie Angst ihre spezifischen Arbeitsfertigkeiten zu verlernen. Diejenigen, die schon bald wieder arbeiteten, fühlten sich schuldig gegenüber dem Kind und wussten nicht, wie sie mit der Doppelbelastung zurechtkommen sollten. Nicolson

(1999) berichtet, dass der Verlust der Betätigungsidentität einherging mit dem Gefühl eines Verlustes der Person, die sie waren, bevor sie ein Kind hatten: eine erfolgreiche, unabhängige Person mit viel Energie, vielen Arbeitskollegen, praktischer und intellektueller Kompetenz. Es liegt auf der Hand, dass bei einem Wechsel oder einer Änderung gleichzeitig auch ein Verlust stattfindet. Bei einigen Frauen konnte dieser Verlust durch nichts ersetzt werden. Laut Nicolson (1999) stärkt dieser Prozess der Adaptation an die Veränderung mit den damit verbundenen Verlusten normalerweise unsere persönliche Entwicklung und erweitert unsere Kompetenzen. Zu einer psychischen Beeinträchtigung kann es jedoch kommen, wenn die Veränderungen ignoriert werden oder Probleme die dadurch entstanden sind von der Person nicht gelöst werden können. Auch Righetti-Veltima et al. (2002) erwähnen, dass das Schuldgefühl, welches entsteht, wenn das Baby oder das Arbeitsleben verlassen wird, ein Faktor ist, der zu einer PPD beitragen kann. Dem fügt sie hinzu, dass die Mütter mit PPD in ihrer Studie insbesondere auch unter finanziellen und beruflichen Einschränkungen litten und sie aus finanziellen Gründen auch schneller wieder arbeiten gingen als Mütter ohne PPD. Tammentie et al. (2004) erwähnen auch die Eifersucht auf den Vater, der selbstverständlich arbeiten gehen und das Haus verlassen konnte, während sich die Mutter für das Kind allein verantwortlich fühlte. Daraus entstand ein Nährboden für Partnerstreitigkeiten.

Spiel: Nach dem AOTA (2002) verstehen Ergotherapeuten darunter spontane und organisierte Aktivitäten die Vergnügen, Unterhaltung, Spass oder Ablenkung bieten. Dazu zählen zwei Unterbereiche: *ein Spiel suchen/erkunden; an einem Spiel teilhaben.*

In der Fallbeschreibung von Olson (2006) wird deutlich, dass die depressive Mutter nur für kurze Zeit mit ihrem Kind spielen konnte, die Tendenz hatte die Initiative des Kindes zu unterbinden und sich schwer in das Kind hineinversetzen konnte. Die Mutter brauchte Unterstützung um altersgerechtes und entwicklungsförderliches Spielzeug anzubieten.

Freizeit: Nach dem AOTA (2002) verstehen Ergotherapeuten darunter nicht obligate, intrinsisch motivierte Aktivitäten, die in der frei zu verfügbaren Zeit ausgeführt werden. Dazu zählen zwei Unterbereiche: *Freizeitgestaltung; aktiv Freizeit verbringen.*

Eine Teilnehmerin der Studie von Nicolson (1999) fühlte sich begrenzt, weil sie nicht mehr nach draussen gehen konnte, wenn sie Lust dazu hatte, da es für sie mit dem Kinderwagen umständlich war und weil sie das Kind nicht jedem Wetter aussetzen wollte. Eine andere Teilnehmerin berichtete, dass es für sie schwierig sei, einen Ausgleich zu finden. Alle zusätzlichen Aktivitäten, die gemacht werden mussten, um die Freizeit zu organisieren, strengten sie an, so z.B. Kleider einkaufen, um an ein Fest zu gehen, oder ein Babysitter zu organisieren, um mit dem Mann essen gehen zu können. In der Studie von Shakespeare et al. (2004) erzählte eine Mutter mit PPD, dass sie eigentlich konstant mit Stillen beschäftigt sei und deshalb für nichts anderes mehr Zeit habe. Auch die Studienteilnehmerinnen von Tammentie et al. (2004) waren überrascht vom effektiven Mangel an Zeit für sich selbst. Sie berichteten aber auch, dass es ihnen unmöglich sei, die Kinder in Obhut anderer zu geben und dass sie deshalb keinem Hobby mehr nachgehen könnten. Es wurde immer mehr Zeit zu Hause verbracht und die Mütter mit PPD fühlten sich immer mehr eingesperrt und tendierten dazu dem Kind dafür die Schuld zu geben.

Soziale Partizipation: Nach dem AOTA (2002) verstehen Ergotherapeuten darunter Aktivitäten, die an ein charakteristisches Verhalten in der Interaktion mit Personen innerhalb eines gegebenen sozialen Systems gebunden sind. Dazu zählen drei Unterbereiche: *Aktivitäten in einer Gemeinschaft; Aktivitäten in der Familie; Aktivitäten mit Freunden und Gleichgestellten.*

In der Studie von Nicolson (1999) wird deutlich, dass die Familienaktivitäten die Zeit, die das Paar für sich verbrachte, enorm einschränkte. Eine Studienteilnehmerin sagte, dass sie die Aussicht deprimierte, für mehrere Jahre nur wenig Zeit mit ihrem Partner zu haben. Die Studie von Righetti-Veltima et al. (2002) fügt dem hinzu, dass Mütter mit PPD sich mehr Sorgen und Gedanken um Probleme und Konflikte mit ihren Partnern und anderen machten, als Mütter ohne PPD. Nahe Beziehungen wurden als schwieriger beschrieben als vor der Geburt und die Mütter fühlten sich weniger geschätzt, geliebt und insgesamt einsamer. Auch in der Studie von Tammentie et al. (2004) wird beschrieben, dass die Eltern keine Zeit für sich fanden, weil sie konstant die ganze Aufmerksamkeit dem Kind widmeten und sie dies physisch enorm in Anspruch nahm. So sagte eine Teilnehmerin dieser Studie, dass sie nicht einmal die Zeit gefunden hätten miteinander einen Tee zu trinken oder in die Sauna zu gehen (es ist eine finnische Studie). Die Tatsache, dass man als Paar

keine Zeit mehr füreinander hatte, ist auch in dieser Studie als besonders schwer zu verkraften beschrieben. Nicolson (1999) berichtet von einer Mutter, deren neue Identität und Selbstbild Einfluss auf die Sexualität hatte und die plötzlich eine Angst entwickelte, dass ihr Mann andere Frauen attraktiver finden könnte.

Viele Mütter vermissten laut Nicolson (1999) die Gesellschaft ihrer Arbeitskollegen und auch der Freundeskreis veränderte sich. Eine Mutter schilderte, dass sie seit der Geburt des Kindes zwei Freundeskreise habe, einen mit ein paar alten, treuen Freunden und einen neuen, in dem die einzige Gemeinsamkeit diejenige sei Kinder zu haben. Auch nahmen sich die Mütter mit PPD in einer fremden Masse von Leute anders wahr als vor der Geburt. Eine Studienteilnehmerin berichtete, dass sie sich in einer anderen Welt fühle, wenn sie in die Stadt gehe und all die umher eilenden Leute sehe. Tammentie et al. (2004) beschreiben, dass sich das Verhalten der Mütter gegenüber ihrer Umwelt veränderte als sie depressiv wurden. Die Umwelt wurde von ihnen als bedrückend wahrgenommen. Andere Leute wurden gemieden, da sie dachten, die anderen verstünden sie nicht. Insbesondere Treffen mit anderen Müttern waren schwierig, weil sie in den anderen die erfolgreichen Mütter sahen, was wiederum die eigene Situation noch mehr verhärtete. Die Mütter mit PPD, so Tammentie et al. (2004), wollten in den Augen der anderen eine perfekte Mutter sein. Da sie dies aber ihrer Meinung nach nicht waren, hatten sie Angst davor nach draussen zu gehen und andere Leute zu treffen. Dies wird auch von Olson (2006) verdeutlicht, indem sie in ihrer Fallstudie beschreibt, dass eine depressive Mutter Angst davor hatte, auf ein Familienfest zu gehen, weil sie dachte, dass dort alle beobachten würden, wie sie mit ihrem Kind umgehe. Selbst die familiäre Unterstützung durch die Grosseltern kann sich schwierig gestalten. Wenn die Grosseltern grosse Freude am Enkelkind zeigen und nur das Positive in ihm sehen, gerät die Mutter mit PPD evtl. noch mehr unter Druck, weil sie es selbst nicht so positiv sehen kann. Es entsteht ein Mangel an sozialer Partizipation.

2.2 Diskussion

In der Diskussion wollen wir uns auf der Grundlage des Occupational Adaptation Framework nach Schkade und McClung (2001) überlegen, wie es zur Hemmung der Adaptation an die mütterliche Rolle durch die Erkrankung an PPD kommen kann. Das Framework leitet die ErgotherapeutIn zur Erkennung möglicher Schwierigkeiten

in der Betätigungsanpassung. Aus diesem Grund bietet sich unserer Meinung nach das Occupational Adaptation Framework bei der Klientel Mütter mit PPD an, da diese Mühe haben sich an die neuen Betätigungen als Mütter anzupassen. Nach Clausnitzer (2008, S.101) „...hatten [sich] amerikanische Ergotherapeuten beklagt, dass die ergotherapeutische Theorie und das Konzept *Occupational Adaptation* wenig Nutzen für die Praxis hätte“. Clausnitzer (2008) zeigt in seiner Studie jedoch auf, dass durch das *Model of Occupational Adaptation in Practice* (= Occupational Adaptation Framework) die Betätigungsanpassung bei psychisch beeinträchtigten Menschen spezifisch unterstützt werden kann. Clausnitzer (2008, S.110) sagt dazu: „An vier Einzelfallstudien wurde aufgezeigt, dass das Modell ermöglicht, alle Faktoren, die in Verbindung mit der Betätigungsanpassung stehen, zu beachten, schematisch darzustellen und daraus Interventionen abzuleiten“. Als erstes soll nun dem Leser das Occupational Adaptation Framework näher gebracht werden.

2.2.1 Das Occupational Adaptation Framework

Hintergrund: In den 90er Jahren wurde von Schultz und Schkade, sowie von Schkade und McClung die „Theorie der Betätigungsanpassung“ und das *Model of Occupational adaptation in Practice* entwickelt, das zum Ziel hat die „Betätigungsanpassung“ eines Menschen zu unterstützen. Dabei, so Clausnitzer (2008), entwickelte sich die „Occupational Adaptation“ aus einem Teil der „Occupational Science“ heraus, welche für die Ergotherapie eine bedeutende Rolle spielt. Schkade und McClung (2001) beschreiben, dass die Betätigungsanpassung ein Prozess ist, der die nötigen Mittel bereitstellt um die Aktivitäten, die mit einer Rolle verbunden sind, ausführen zu können. Dabei bieten uns die Rollen den Kontext, um unsere Kompetenz in einer Betätigungsausführung zu demonstrieren. Die Aufgaben, die wir innerhalb unserer Rollen zu erfüllen haben, wechseln von Zeit zu Zeit und erfordern dadurch eine Betätigungsanpassung, wenn wir erfolgreich sein wollen. Den grössten Betätigungsanpassungsprozess erfordert es, wenn sich Rollen ändern, bzw. eine neue übernommen wird. Mit dem Occupational Adaptation Framework fokussieren sich ErgotherapeutInnen auf die dysfunktionale Adaptation. Dabei bietet das Framework keine Sammlung von Techniken, sondern viel eher eine Denkrichtung, wie eine Intervention eines individuellen Anpassungsprozesses angegangen werden kann. Es steht nicht die Verbesserung von Fertigkeiten im

Zentrum, so Schultz (2004; zit. nach Clausnitzer, 2008, S. 101), sondern die Verbesserung der Anpassung, woraus sich automatisch eine Verbesserung der Funktion ergeben wird. Nach Schulz (2004; zit. nach Clausnitzer, 2008, S. 101) gehen die meisten Therapieansätze jedoch genau vom Gegenteil aus, da gedacht wird, wenn man der KlientIn hilft ihre Funktionsfähigkeit zu verbessern, werde sie sich besser anpassen können.

In der Theorie der Betätigungsanpassung der zentrale Begriff „relativ mastery“ gebraucht, den wir hier mit „relative Beherrschung/Bewältigung“ übersetzen.

Occupational Adaptation Process (siehe Anhang, Schema 2): Nach Schkade und McClung (2001) hat eine Person den **Wunsch** etwas zu beherrschen/bewältigen und auch von der Umwelt kommen **Anforderungen** an die Person etwas zu beherrschen/bewältigen. Die beiden Elemente interagieren und daraus ergibt sich ein **Druck** etwas zu beherrschen/bewältigen. Die Person stellt sich einer **Betätigungsherausforderung**. Die Betätigungsherausforderung geht aus den Betätigungsrollen der Person hervor und den damit verbundenen, beeinflussenden Erwartungen an diese Rollen. Durch **Betätigungsrollenerwartung** entsteht die Notwendigkeit, dass der Anpassungsprozess beginnt. Die Betätigungsrollenerwartung ergibt sich zum einen aus der inneren, persönlich erzeugten und zum anderen aus der äusseren, von der Betätigungsumwelt erzeugten Erwartung. Die **Betätigungsumwelt** beinhaltet nach Schkade und McClung (2001) das physikalische, soziale und kulturelle Subsystem und steht in Verbindung mit den Betätigungsbereichen Arbeit, Freizeit, Spiel und Selbstversorgung. Die Betätigungsumwelt ist der Kontext in der eine spezielle Betätigungsrolle ausgeübt wird.

Schkade und McClung (2001) beschreiben, dass die **Person** aus drei Subsystemen besteht: das sensomotorische, kognitive und psychosoziale Subsystem. Diese Subsysteme wiederum sind durch das genetische, umweltliche und erfahrungsbedingte Subsystem unterstützt und geprägt. So haben z.B. genetische Faktoren, wie eine geringe Körpergrösse, und familiäre Faktoren, wie eine grosse Anzahl Geschwister, einen grossen Einfluss auf die innere Rollenerwartung. Ausserdem haben auch positive und negative Erfahrungen, die eine Person beim Ausführen von Betätigungen schon gemacht hat, einen Einfluss auf die innere Rollenerwartung. Die Rollenerwartungen wiederum haben einen Einfluss auf die

Person mit ihren Subsystemen. Die ErgotherapeutIn muss die innere Rollenerwartung einer KlientIn erfragen, da sie diese nicht kennen kann.

Der „**Entwicklungsprozess einer angepassten Reaktion**“ ist der Prozess der dem eigentlichen Anpassungsprozess vorausgeht. Er bildet den Grundstock an Möglichkeiten für eine Betätigungsanpassung. Der Prozess, so Schkade und McClung (2001), besteht aus zwei Komponenten: der „anpassende Reaktionsmechanismus“ und die „anpassende Gestalt“. Die Ergründung dieses Prozess stellt den wichtigsten Beitrag zur ergotherapeutischen Intervention dar. Der „**anpassende Reaktionsmechanismus**“ ist wiederum durch drei Komponenten beschrieben: die „anpassende Energie“, die „angepassten Reaktionsformen und das „angepasste Reaktionsverhalten“. Alle drei Komponenten sind gleichzeitig aktiv und gleichrangig.

Bei der „**anpassenden Energie**“ geht es darum, dass das System der Person auf zwei verschiedenen Bewusstseisebenen, mit der sogenannten „primären“ und „sekundären Energie“, gleichzeitig reagieren kann. Die „**primäre Energie**“, ist die Energie die direkt und strukturiert für die Betätigungsherausforderung eingesetzt wird. Dabei ist man sehr fokussiert, aufmerksam und eher „starr“, es wird nach einer schnellen Problemlösung gesucht und viel Energie gebraucht. Die „**sekundäre Energie**“ wird gebraucht, wenn die Aufmerksamkeit der Person nicht mehr direkt auf die Betätigungsherausforderung gerichtet ist. Dabei geht man eher kreativ, offen, raffiniert, weniger zielorientiert vor und braucht dabei nicht so viel Energie. Betätigungsherausforderungen werden zuerst mit der primären Energie angegangen, welche idealerweise in eine sekundäre Energie wechselt, während die primäre Energie schon wieder für eine neue Betätigungsherausforderung gebraucht wird.

Die „**angepasste Reaktionsform**“ beinhaltet, so Schkade und McClung (2001), bereits **existierende**, alte Reaktionsformen, sowie alte, die **modifiziert** wurden und ganz **neue**. Die existierenden Reaktionsformen sind Muster von Reaktionsformen, die man sich im Verlaufe der Zeit angeeignet hat. Bei einer neuen Betätigungsherausforderung probiert man zuerst eine von diesen aus, um nicht unnötig Energie zu verschwenden. Wenn die existierenden Reaktionsformen nicht effizient genug sind, müssen modifizierte oder ganz neue gebildet werden. Die ErgotherapeutIn kann den Klienten unterstützen, alte Reaktionsformen zu modifizieren und wenn nötig neue zu bilden.

Unter dem „**angepassten Reaktionsverhalten**“ verstehen Schkade und McClung (2001) verschiedene Verhaltensweisen: das „primitive“ Verhalten; das Verhalten „im Übergang“ und das „reife“ Verhalten. Die Verhaltensweisen dürfen nicht hierarchisch angesehen werden. Das „**primitive**“ **Verhalten** ist ein stereotypes Verhalten, welches oft in Stresssituationen gebraucht wird und das nur mit grosser Anstrengung zu einer Bewältigung der Adaptation führt. Das **Verhalten „im Übergang“** ist ein sehr mobiles, variables, willkürliches, nicht moduliertes und nicht zielgerichtetes Verhalten, das auf einem hohen Aktivitätsniveau stattfindet. Das „**reife**“ **Verhalten** ist zugleich mobil und stabil, es ist moduliert und zielgerichtet. Es ist sehr wahrscheinlich, dass durch dieses Verhalten eine geeignete Reaktion auf die Betätigungsherausforderung stattfindet.

Die zweite Komponente des „Entwicklungsprozesses einer angepassten Reaktion“ ist die „**anpassende Gestalt**“. Bei dieser Komponente wird angenommen, dass jedes Subsystem der Person (sensomotorisch, kognitiv, psychosozial) an der Erbringung einer geeigneten Reaktion auf eine Betätigungsherausforderung beteiligt ist. Alle drei Subsysteme zusammen führen zu einem Plan, die „anpassende Gestalt“, eine angepasste Reaktion zu zeigen. Dabei müssen nicht alle Subsysteme gleich intensiv beteiligt sein. Je nach dem was eine Aufgabe erfordert, dominiert eines der Subsysteme.

Nachdem eine **Reaktion auf die Betätigungsherausforderung** erfolgt ist, wird sie im „**Evaluationssubprozess**“ ausgewertet. Dabei bestimmt die Person, anhand der Kriterien Effizienz, Effektivität und Zufriedenheit mit sich und den Reaktionen anderer, die „relative Beherrschung/Bewältigung“ der Anpassungsreaktion. Hier geht es nicht um die Beurteilung durch die Ergotherapeutin, sondern um die individuelle Bewertung der Bewältigung der Betätigungsherausforderung durch die KlientIn selbst. Die ErgotherapeutIn kann aber allenfalls die KlientIn unterstützen diesen Evaluationssubprozess durchzuführen. Der darauf folgende Subprozess ist die „**Integration der angepassten Reaktion**“. An diesem Punkt werden alle Ereignisse und Prozesse die sich vorgängig abgespielt haben in eine Form gebracht, so dass die Person diese Erfahrung in Zukunft nutzen kann. Das heisst, dass das Ergebnis als geglückte oder misslungene Betätigungsanpassung gespeichert wird. Im Falle einer misslungenen Betätigungsanpassung müssen in Zukunft andere Anpassungs-

versuche von der Person erfolgen.

Während die Person die Betätigungsanpassung evaluiert und integriert, tut dies auch die Betätigungsumwelt. Das physische, soziale und kulturelle Subsystem der Betätigungsumwelt dient zur Bewertung der Betätigungsanpassung, ob diese den externen Erwartungen bzw. Anforderungen auf allen Ebenen entspricht. Darauf findet eine Eingliederung der Evaluation in die Betätigungsumwelt statt. Für den Prozess der Evaluation darf nicht vergessen werden, dass die Betätigungsumwelt auf das Individuum einwirken kann und umgekehrt. So kann sich z.B. durch die ungenügende Bewertung der Umwelt die subjektiv positive Bewertung der Person in eine Negative umwandeln.

2.2.2 Verknüpfung der Resultate aus der IADL-Unterkategorie „Sich um ein Kind kümmern“ mit dem Occupational Adaptation Framework

Bemerkung: Alle Aussagen, die in diesem zweiten Teil zum Occupational Adaptation Framework gemacht werden, stützen sich erneut auf die Literatur von Schkade und McClung (2001). Zusätzlich weisen wir die LeserInnen darauf hin, dass der folgende Aufbau jenem des vorhergehenden Teils, in dem das Framework erklärt wird, entspricht.

Für die Verknüpfung wurde die Unterkategorie „Sich um ein Kind sorgen“ aus dem Betätigungsbereich IADL gewählt, da die Betätigungen aus dieser Kategorie den grössten Unterschied zu den Betätigungen „normal“ depressiver Frauen darstellen. Die Versorgung des Kindes ist ausserdem eine neue Betätigungsherausforderung, erfordert eine Adaptation und sollte somit ein zentrales Thema in der Behandlung von Müttern mit PPD sein. Die Kategorie „Sich um ein Kind kümmern“ und die damit verbundene Mutter-Kind-Beziehung ist auch in einem sekundärpräventiven Sinne von Wichtigkeit, da laut Salis (2007), eine fehlende Behandlung von psychischen Erkrankungen bei Müttern zu Beeinträchtigungen der (neuro)biologischen, kognitiven und emotionalen Entwicklung der Kinder führt.

Nach Tammentie et al. (2004) hat eine Mutter mit PPD den **Wunsch** eine perfekte Mutter zu sein. Ebenso stellt die Umwelt, die in diesem Fall die Familie aber auch die Gesellschaft an sich sein kann, die **Anforderung** einer perfekten Mutter. Francis-Connolly (1998) erwähnt in ihrer Studie, dass die Kriterien ob eine Mutter eine gute Mutter sei, von Kultur zu Kultur sehr unterschiedlich und vom historischen Zeitpunkt

abhängig seien, und dass es dabei keinen Konsens gäbe, was dieses Bild genau ausmache. Ausserdem erwähnt Francis-Connolly (2000), dass die Frauen ihrer Studie ein Ideal der perfekten Mutter verinnerlicht hätten, das durch die Gesellschaft konstruiert sei. Ihre Studienteilnehmerinnen massen sich konstant an diesem Ideal und fühlten sich dabei schuldig, nicht perfekt zu sein. Wenn man sich die Werbungen in Zeitungen und Fernsehen anschaut auf denen Mütter zu sehen sind, wird zudem ständig das Bild vermittelt, dass Mütter glücklich sind. Es entsteht also ein ungeheurer internaler und externaler **Druck** auf die Mütter mit PPD. Die **Betätigungsherausforderung** „eine gute Mutter zu sein“, geht aus dem Verständnis und den damit verbundenen Erwartungen an diese Rolle (**Betätigungsrollenerwartung**) hervor. Die (**Betätigungs-**)**Umwelt** der westlichen Kultur erwartet von Müttern, dass sie schon kurz nach der Geburt ihre alten und neuen Betätigungen in den verschiedenen Betätigungsbereichen durchführen, so auch von Posmontier (2008) beschrieben. Wie jedoch unsere Resultaten zeigen, haben Mütter mit PPD Schwierigkeiten in der Performanz aller Betätigungsbereiche des OTPF. Dies hat zur Folge, dass sie den externalen Erwartungen nicht entsprechen können. Mc Kay (2004) beschreibt eine Mutter mit Depressionen, die während ihres Krankenhausaufenthaltes in ihrer Rolle als Mutter vom interdisziplinären Team nicht Ernst genommen wurde. Das Team hinderte die Aufrechterhaltung ihrer Rolle, da es die Mutter nicht in Entscheidungen über die Pflege ihres Kindes involvierte. Anscheinend konnte diese Mutter die Erwartungen, die das interdisziplinäre Team an ihre Rolle als Mutter hatte, nicht erfüllen. Clausnitzer (2008, S.100) meint zu diesem Thema: „Gelingen Betätigungsanpassungen z.B. wegen psychischer Beeinträchtigung nicht, werden Handlungen fehlerhaft ausgeführt und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben behindert.“ In der Studie von Tammentie et al. (2004) wird beschrieben, dass die Mütter mit PPD (**Person**) eine extrem hohe Rollenerwartung an sich hatten, sie wollten alles richtig machen, alle Elternratgeber befolgen und das Kind niemand anderem in Obhut geben. Mütter mit PPD haben Einschränkungen im sensomotorischen, kognitiven und vor allem im psychosozialen Subsystem. Wie im Kapitel zum Krankheitsbild PPD beschrieben, können Mütter mit PPD Störungen der Psychomotorik, Zwangsgedanken, Konzentrationsschwierigkeiten, psychosoziale Anpassungsschwierigkeiten und Zustand der Gefühllosigkeit aufweisen. Die Ursachen einer PPD, so Riecher-Rössler (2006), sind in der Literatur umstritten, es

wird jedoch eine psychische Prädisposition vermutet, ausserdem können auch schlechte soziale Beziehungen und negative Lebensereignisse vor der Geburt einen Einfluss haben.

Im folgenden wollen wir den „**Entwicklungsprozess einer angepassten Reaktion**“, den Mütter mit einer PPD durchlaufen, vertieft betrachten, da die Ergründung dieses Prozesses, wie schon erwähnt, die Grundlage für die ergotherapeutische Intervention darstellen kann.

„**Anpassender Reaktionsmechanismus**“: In der Studie von Barr (2002) wird beschrieben, dass sich die Mütter mit PPD um ihre Kinder sorgten, dies aber auf eine distanzierte, mechanische Art und Weise taten. Es ging ihnen nur darum den Zweck der Aufgabe zu erfüllen. So beschrieb eine Mutter, dass sie das Kind möglichst schnell fütterte und die Windeln wechselte, weil sie dies als ihre Pflicht wahrnahm. Es scheint so, als ob diese Mutter nur ihre „**primäre Energie**“ braucht. Sie ist zwar fokussiert und aufmerksam bei ihrer Aufgabe, aber lässt dabei keine Interaktion mit dem Kind zu. Dies wäre wahrscheinlich der Fall, wenn sie ihre „**sekundäre Energie**“ gebrauchen würde. Durch das Richten der primären Energie auf eine Aktivität, der die Mutter gerne nachgeht, steigt die Wahrscheinlichkeit durch die sekundäre Energie in Interaktion mit dem Kind zu treten. Dazu passend beschreibt Olson (2008) in ihrer Fallstudie, dass die depressive Mutter viel entspannter, ausdrucksvoller und offener war, wenn sie mit ihrem Sohn ihrem Hobby dem Klavierspielen nachging und auch das Kind zeigte dadurch grosse Freude an dieser Spielaktivität. Die ErgotherapeutIn könnte die Mutter also dazu anleiten, Betätigungen mit „primärer“ und „sekundärer“ Energie anzugehen.

In der Studie von Barr (2002) beschrieb eine Mutter, dass sie nicht wisse, wie sie das Essen für ihr Kind planen solle und mehrere Mütter beschrieben, dass sie unfähig seien, eine Aufgabe im Haushalt zu Ende zu führen. Durch diese Beschreibung entsteht der Eindruck, als ob die Mütter mit PPD bereits **existierende Reaktionsformen** verwenden. Da sich ihre Situation aber durch das Baby verändert hat, versagen diese Reaktionsformen, sie müssten **modifiziert** werden oder es müssten ganz **neue Reaktionsformen** entstehen. So könnte die Mutter z.B. die Essenszeit des Kindes kurz vor die Essenszeit der Eltern legen, damit diese ungestört essen können, da ein Baby nach dem Essen meist ruhig ist. Das wiederum heisst die Mutter muss das Essen des Babys zubereiten und nebenbei schon mit

dem Essen für sich und den Ehemann beginnen (=„enfolded activity“; Bateson, 1996). Die Mutter sollte nicht mehr den gleichen Anspruch haben was den Haushalt betrifft. Nach dem Ansatz des „Pacing“ von Strong, Unruh, Wright und Baxter (2002) wäre es gut, wenn die Mutter die Erledigung der Haushaltsarbeiten auf verschiedene Tage und kurze Einheiten verteilt und deren Häufigkeit und Dauer nur langsam steigert. So kann sie sich zum Beispiel entscheiden, ob sie das Nickerchen des Kindes ausnützt um sich selbst auszuruhen und Energie aufzutanken, oder ob sie die Zeit für die Erledigung der Haushaltsarbeiten nutzt. Die ErgotherapeutIn könnte die Mutter mit PPD bei solchen Überlegungen gut unterstützen und mit ihr zusammen einen Wochenplan ausarbeiten. Der Wochenplan unterstützt das „Pacing“ (Strong et al., 2002) und das Erreichen einer „Occupational Balance“ (Jonsson & Persson, 2006).

Righetti-Veltema et al. (2002) beschreiben, dass Mütter mit PPD unbeholfen im Umgang mit ihrem Kind waren und es in einer eher ungünstigen Art und Weise hielten. Daraus lässt sich schliessen, dass die Mütter nicht mehrere Varianten ausprobieren bis sie merken, auf welche das Kind in einer bestimmten Situation positiv reagiert. Dieses Verhalten lässt sich einer **„primitiven“ Verhaltensweise** zuordnen. Sie reagieren auf eine bestimmte Art und Weise und sind überfordert, wenn das Kind auf diese nicht reagiert. Die ErgotherapeutIn könnte die Mutter mit PPD ermutigen verschiedene Arten auszuprobieren, beispielsweise das Kind einmal auf dem Bauch haltend zu tragen oder in einem Tragtuch. Haben die Mutter und die ErgotherapeutIn erst einmal herausgefunden auf welche Arten das Kind positiv reagiert, kann das Verhalten gezielt eingesetzt werden. Das Kind mag es z.B. nach dem Trinken über der Schulter gehalten zu werden und zum Einschlafen fühlt es sich auf dem Bauch wohler. Die Mutter hat sich nun ein Verhaltensrepertoire angeeignet, kann dieses in verschiedenen Situationen anwenden und hat zudem die Sicherheit immer mehr neue auszuprobieren. Dadurch entsteht ein **„reifes“ Verhalten**. Zwischendurch könnte sich das **Verhalten „im Übergang“** manifestieren, das heisst, dass die Mutter eher willkürlich ausprobieren würde. Dessen muss man als ErgotherapeutIn gewahr sein. In der Studie von Tammentie et al. (2004) wird beschrieben, dass einige Mütter mehrmals in der Nacht aufstanden um zu kontrollieren, ob ihr Kind noch atmet, und dass sich die Eltern fühlten, als ob sie die Kontrolle über ihr Leben verloren hätten. Olson (2008) beschreibt in ihrer Fallstudie,

dass die Mutter Angst davor hatte, dass die Anforderungen des Kindes an sie steigen würden, wenn sie mit ihrem Kind spielte. Solche Ängste müssen mit der ErgotherapeutIn besprochen werden, um zu einem reifen Verhalten gelangen zu können. Ähnlich wie Schkade und McClung (2001) es in ihrem Fallbeispiel „The Chess Player“ beschreiben, könnte die ErgotherapeutIn mit der Mutter über die Gefühle dieses Kontrollverlustes sprechen und mit ihr zusammen analysieren, zu welchem Verhalten im Handeln sie das gebracht hat. Dabei soll es nicht um eine Analyse gehen, wie sie eine PsychiaterIn oder eine PsychologIn machen würde, sondern es soll nur die konkrete Betätigungsebene besprochen werden. Anschliessend würde man die positiven und negativen Aspekte dieses Verhaltens und die Auswirkungen auf die Performanz und die Zufriedenheit im Umgang mit dem Kind besprechen. Zudem könnte die ErgotherapeutIn, so Schkade und McClung (2001), die Mutter eine Liste von ihren Sorgen um das Kind machen lassen und sie könnten zusammen diskutieren, welche Sorgen man konkret angehen und welche man beiseite stellen könnte.

Die „**anpassende Gestalt**“ ist bei Müttern mit PPD v.a. durch das psychosoziale Subsystem beeinflusst, da diese Mütter, wie durch Tammentie et al. (2004) beschrieben, viele Ängste im Umgang mit ihrem Kind haben, Schwierigkeiten in der Interaktion mit dem Kind zeigen und sich sozial zurückziehen. Doch auch das sensomotorische Subsystem kann Schwierigkeiten bereiten, wenn die Mütter, wie von Riecher-Rössler (2006) erwähnt, Probleme in der Psychomotorik zeigen. Im kognitiven Subsystem können, so Riecher-Rössler (2006), Probleme auftreten wie Schuldgefühle, Zwangsgedanken, sich nicht fokussieren oder konzentrieren können. Die ErgotherapeutIn könnte die Probleme der Mütter mit PPD im psychosozialen Subsystem indirekt angehen, indem sie mit ihr erst am sensomotorischen und kognitiven Subsystem arbeitet, wie Schkade und McClung (2001) im Fallbeispiel „The husband caregiver“ im umgekehrten Sinn aufzeigen. McKay (2004) beschreibt eine Mutter mit postpartaler Psychose die in der psychiatrischen Klinik einen Teddybären für ihre Tochter herstellte, was ihr sehr wichtig war, weil sie damit ihrer Tochter ein Geschenk machen konnte. Esdaile (2004), eine Professorin der Ergotherapie, erwähnt noch andere Gründe, um die Spielzeugherstellung als Mittel für eine Intervention zu gebrauchen. Die Herstellung dient dazu etwas über die Kinderentwicklung zu erfahren und die Mutter-Kind-Interaktion mit dem darauf

folgenden Spiel zu fördern. Weiter vermittelte Esdaile (2004) während der Spielzeugherstellung folgende Inhalte: Raum für das Spiel zu kreieren; altersgerechtes Spielzeug bereitzustellen, das für die Entwicklung förderlich ist; dem Kind Möglichkeiten zu bieten, um auszuprobieren und Spielsituationen während der Hausarbeit zu ermöglichen. Auch beobachtete sie bei ihrer Arbeit, dass die Mütter sich erleichtert fühlten, wenn sie ihre Probleme nicht direkt fokussieren mussten. Probleme kamen, so Esdaile (2004), ganz nebenbei an die Oberfläche und es konnten konstruktive Lösungen gefunden werden. In einem ersten Schritt fördert die ErgotherapeutIn bei den Frauen mit PPD also durch eine sensomotorisch, kognitive Aktivität (Spielzeugherstellung) deren Selbstvertrauen, um in einem zweiten Schritt das psychosoziale Subsystem direkt angehen zu können. Dies indem die Mutter das Kind in die Ergotherapie bringen lässt, um mit der ErgotherapeutIn an einer Mutter-Kind-Interaktion arbeiten zu können, wie dies auch Olson (2008) in ihrer Fallstudie gemacht hat.

„Evaluationssubprozess“: In der Studie von Tammentie et al. (2004) wird deutlich, dass die Mütter mit PPD das Gefühl haben, dass sie das Kind komplett in Anspruch nimmt, und dass sie keine Zeit mehr haben für etwas anderes. In der Studie von Milgrom und McCloud (1996) wird deutlich, dass Mütter mit PPD sich selbst als weniger kompetent im Vergleich zu Müttern ohne PPD beurteilen. Die ErgotherapeutIn kann die Mutter bei der Evaluation der Betätigungsanpassung unterstützen und eine realistische Eigenwahrnehmung fördern. Hirsekorn (2003, S.173) sagt dazu: „Die Selbsteinschätzung der [depressiven] Patienten ist häufig durch Abwertung geprägt. Deshalb benötigen die Patienten im frühen Behandlungsverlauf Unterstützung und Ermutigung, klare und angemessene Rückmeldung über ihre Fähigkeiten.“

In dieser Bachelorarbeit haben wir das Occupational Adaptation Framework auf eine Klientengruppe (Mütter mit PPD) angewendet. Uns ist jedoch bewusst, dass der Anpassungsprozess bei jeder Klientin individuell angeschaut werden muss, um dann klientenzentrierte ergotherapeutische Interventionen abzuleiten. Nichtsdestotrotz denken wir, dass die hier besprochenen Interventionsmöglichkeiten Ansatzpunkte für die ergotherapeutische Behandlung von Müttern mit PPD in einer akut-psychiatrischen Klinik sein können. (siehe Tabelle 4) Ebenso ist es für die

individuelle Behandlung auch wichtig, *alle* Betätigungsbereiche des OTPF zu betrachten. Wir könnten uns vorstellen, dass dies beispielsweise anhand des Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (mit den Resultaten dieser Arbeit im Hinterkopf) umgesetzt werden könnte. Dabei stützen wir uns auf eine Fallstudie von Clark (2000), in der schön aufgezeigt wird, wie eine Mutter mit PPD anhand der Durchführung des „Occupational performance process model“ (das COPM ist Teil davon) befähigt wird, ihre Betätigungsprobleme anzugehen und die selbst gesetzten Ziele zu erreichen. Weiter fänden wir es ideal, wenn das Kind zur

Beobachtung und Förderung der Interaktion mit der Mutter vereinzelt in die ergotherapeutische Einzelintervention einbezogen werden könnte (Voraussetzung, dass jemand das Kind bringen und wieder abholen kann). Hierfür stützen wir uns auf die Aussagen von Riecher-Rössler (2006) und Turmes und Hornstein (2007), die besagen, dass die Mutter mit PPD möglichst nicht von ihrem Kind getrennt werden sollten, da sie sonst vermehrt Schuldgefühle entwickeln würden, was eine Verschlechterung des psychischen Zustands zur Folge haben könne oder sie die Behandlung eigenverantwortlich zu früh abbrechen würden. Zudem darf natürlich die individuelle

Ansatzpunkte	
	Erfragung der individuellen Erwartungen an die Rolle als Mutter.
	Erfragung des Kontextes und dessen Erwartung an die Mutter.
	Erfragung der Ist-Situation und des von der Klientin gewünschten Soll-Zustandes bezüglich Kinderversorgung.
	Anleiten Betätigungen bewusst mit „primärer“ und „sekundärer“ Energie anzugehen.
	Gemeinsames Besprechen von bestehenden Reaktionsformen und diese evtl. modifizieren oder ganz neue finden.
	Finden einer „Occupational Balance“ mit Hilfe ergotherapeutischer Werkzeuge (z.B. „Pacing“, Wochenplan).
	Gemeinsames Besprechen der Verhaltensweisen und Anleiten neue auszuprobieren, zu evaluieren und festigen.
	Erheben des Status der Subsysteme der Klientin (sensomotorisch, kognitiv, psychosozial) und Förderung dieser Subsysteme.
	Gemeinsame Evaluation des Betätigungsanpassungsprozesses und Förderung einer realistischen Selbstwahrnehmung.

(Tabelle 4)

Betätigungsumwelt nicht ausser Acht gelassen werden. Es sollte mit der Klientin besprochen werden, wie die Umwelt auf die angepasste Reaktion reagiert hat und ob sie bei der Vertretung ihrer angepassten Reaktion gegenüber der Umwelt Unterstützung braucht.

3. Schlussteil

3.1 Schlussfolgerungen

Aus den Resultaten unserer Bachelorarbeit geht hervor, dass Mütter mit PPD Schwierigkeiten in der Performanz in den Betätigungsbereichen des OTPF zeigen. Diese stehen in engem Zusammenhang mit der erschwerten Adaptation an die Mutterrolle. Als ErgotherapeutIn ist es sinnvoll das Occupational Adaptation Framework bei einer Klientin mit PPD anzuwenden, da es sie leitet, den Adaptationsprozess an die Mutterrolle zu analysieren und gezielt zu unterstützen. In der vorliegenden Arbeit haben wir diesen Adaptationsprozess anhand des Occupational Adaptation Framework, der ganzen KlientInnen-Gruppe „Mütter mit PPD“ und dem Betätigungsbereich „Sich um ein Kind kümmern“ des OTPF analysiert und einen Überblick über die Betätigungsherausforderung „eine gute Mutter zu sein“ geschaffen. Die daraus resultierenden Ansatzpunkte (Tabelle 4) bieten der ErgotherapeutIn Hilfestellungen für die spezifische Behandlung von Müttern mit PPD. Dabei sollte die individuelle Situation der Klientin jedoch nie ausser Acht gelassen werden.

3.2 Grenzen und weiterführende Forschung

Bei dieser Bachelorarbeit ist, wie schon erwähnt, zu bedenken, dass das Occupational Adaptation Framework normalerweise auf eine einzelne KlientIn und nicht wie hier auf eine KlientInnen-Gruppe angewendet wird. Ausserdem sind wir uns bewusst, dass aus Mangel an spezifisch ergotherapeutischer Literatur fast nur Ergotherapie verwandte Literatur verwendet wurde. Zudem konnten wir keine eigene Befragung durchführen, sondern mussten die Resultate aus Studien ableiten, die andere Kernpunkte zum Thema hatten. Dies stellt die Übertragbarkeit der Resultate in Frage. Weiter ist zu beachten, dass alle Studien aus der westlichen Kultur stammen und somit eine Generalisierung auf andere Kulturen nicht möglich ist. Auch ist die Generalisierung durch die überwiegende Anzahl an qualitativen Studien und somit kleinen Samples eingeschränkt. Die Vergleichbarkeit der Studien leidet unter den uneinheitlichen diagnostischen Verfahren, anhand derer die Studienteilnehmerinnen die Diagnose PPD gestellt bekommen haben.

In Zukunft braucht es generell mehr ergotherapeutische Forschung zum Thema

Mütter mit PPD, da diese Mütter Klientinnen der Ergotherapie in akutpsychiatrischen Settings sind und einer spezifischen Behandlung bedürfen. Als mögliche Forschungsthemen sehen wir: Effekt der ergotherapeutischen Behandlung von Müttern mit PPD auf die Performanz der Betätigungsbereiche und der damit verbundenen Selbständigkeit; Effekt der ergotherapeutischen Behandlung von Müttern mit PPD auf die Entwicklung des Kindes; ergotherapeutische Gruppentherapie bei Müttern mit PPD und ergotherapeutische Mutter-Kind-Behandlung. Wir sehen die Möglichkeit, dass auch ambulant tätige ErgotherapeutInnen dieses neue Wissen nutzen, da sie die Nachbetreuung der Mütter übernehmen können. In diesem Kontext wäre es auch sinnvoll, die Effektivität von Domizilbehandlungen von Müttern mit PPD zu untersuchen. Weiter sollten auch quantitative Studien zum Thema Mütter mit PPD durchgeführt werden, um die Resultate der qualitativen Studien zu festigen und somit die Möglichkeit der Generalisierung zu erhöhen. Allgemein sehen wir den Bedarf einer gesteigerten Sensibilität der ErgotherapeutInnen in Bezug auf das Thema Mutter als Klientin, da laut Rogers und White (1998; zit. nach Francis-Connolly, 2000, S. 281) die Mutterrolle die bedeutendste Rolle im Leben einer Frau ist.

Literaturverzeichnis

- American Occupational Therapy Association. (2002). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 609-639.
- Barclay, L., Everitt, L., Rogan, F., Schmied, V. & Wyllie, A. (1997). Becoming a mother – an analysis of women's experience of early motherhood. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 719-728.
- Barr, A. B. (2008). Postpartum depression, delayed maternal adaptation, and mechanical infant caring: a phenomenological hermeneutic study. *International journal of nursing studies*, 45, 362-369.
- Bateson, M. C. (1996). Enfolded activity and the concept of occupation. In R. Zemke & F. Clark (eds.), *Occupational Science – The Evolving Discipline* (pp. 1-12). Philadelphia: F. A. Davis.
- Buultjens, M., Robinson, P. & Liamputtong, P. (2008). A holistic programme for mothers with postnatal depression: pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (2), 181–188.
- Clark, J. (2000). Case study: a demonstration of the occupational performance process model. In V. G. Fearing & J. Clark (Hrsg.), *Individuals in context – a practical guide to client-centered practice* (S.109-121). Thorofare: Slack.
- Clausnitzer, Th. (2008). Theorie und Praxis des Model of Occupational Adaptation in Practice – Prozesse der Betätigungsanpassung in der Sozialpsychiatrie. *ergoscience*, 3, 100-111.
- Corral, M., Wardrop, A. A., Zhang, H., Grewal, A. H. & Patton, S. (2007). Morning light therapy for postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*, 10, 221-224.
- Esdale, S. A. (2004). Toys for shade and the mother-child co-occupation of play. In S. A. Esdale & J. A. Olson (Hrsg.), *Mothering occupations: challenge, agency and participation* (S. 95-114). Philadelphia: F. A. Davis.
- Fraits-Hunt, D. & Zemke, R. (1996). Games mothers play with their full-term and pre-term infants. In R. Zemke & F. Clark (Hrsg.), *Occupational Science – The Evolving Discipline* (S. 217-226). Philadelphia: F. A. Davis.
- Francis-Connolly, E. (1998). It never ends: mothering as a lifetime occupation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 5, 149-155.

- Francis-Connolly, E. (2000). Toward an understanding of mothering: a comparison of two motherhood stages. *American Journal of Occupational Therapy*, 54, 281-289.
- Francis-Connolly, E. (2004). Mothering across the lifecourse. In S. A. Esdaile & J. A. Olson (Hrsg.), *Mothering occupations: challenge, agency and participation* (S.153-171). Philadelphia: F. A. Davis.
- Griffin, S. D. (2004). The physical day-to-day care of young children: methods and meanings. In S. A. Esdaile & J. A. Olson (Hrsg.), *Mothering occupations: challenge, agency and participation* (S. 52-72). Philadelphia: F. A. Davis.
- Hanley, J. & Long, B. (2006). A study of welsh mothers' experiences of postnatal depression. *Midwifery*, 22, 147-157.
- Hengen-Lang, D. (2006). *An occupational perspective on the transition to motherhood. Experiences of some first-time mothers*. Unpublished Masterthesis. Academy for European Masters Degree Study in Occupational Therapy.
- Hirse Korn, B. (2003). Affektive Psychosen und affektive Störungen. In B. Kubny-Lüke (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie*, (S. 166-174). Stuttgart: Georg Thieme.
- Jonsson, H. & Persson, D. (2006). Towards an experiential model of occupational balance : an alternative perspective on flow theory analysis. *Journal of occupational science*, 13(1), 62-73.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). Critical Review Form – Quantitative Studies [On-Line]. Available: <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quantreview.pdf> (15.12.2008).
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007). Critical Review Form – Qualitative Studies (Version 2.0) [On-Line]. Available: http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualreview_version2.0.pdf (15.12.2008).
- Logsdon, M. C., Wisner, K., Hanusa, B. H. & Phillips, A. (2003). Role functioning and symptom remission in women with postpartum depression after antidepressant treatment. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(6), 276-283.

- Mc Kay, E. A. (2004). Mothers with mental illness: an occupation interrupted. In S. A. Esdaile & J. A. Olson (Hrsg.), *Mothering occupations: challenge, agency and participation* (S.238-256). Philadelphia: F. A. Davis.
- Mikoteit, T. & Riecher-Rössler, A. (2008). Mutter-Kind-Behandlungsangebote in der Psychiatrie. *Nervenheilkunde*, 27(6), 513-519.
- Milgrom, J. & McCloud, P. (1996). Parenting stress and postnatal depression. *Stress Medicine*, 12, 177-186.
- Nicolson, P. (1999). Loss, happiness and postpartum depression: the ultimate paradox. *Canadian Psychology*, 40(2), 162-178.
- Olson, J. A. (2004). Mothering co-occupations in caring for infants and young children. In S. A. Esdaile & J. A. Olson (Hrsg.), *Mothering occupations: challenge, agency and participation* (S. 28-51). Philadelphia: F. A. Davis.
- Olson, L. (2006). When a mother is depressed: supporting her capacity to participate in co-occupation with her baby – a case study. *Occupational Therapy in Mental Health*, 22(3-4), 135-152.
- Perry, C., Thurston, M. & Osborn, T. (2008). Time for me: the arts as therapy in postnatal depression. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 14, 38-45.
- Pierce, D. & Marshall, A. (2004). Maternal management of home space and time to facilitate infant/toddler play and development. In S. A. Esdaile & J. A. Olson (Hrsg.), *Mothering occupations: challenge, agency and participation* (S. 73-94). Philadelphia: F. A. Davis.
- Posmontier, B. (2008). Functional status outcomes in mothers with and without postpartum depression. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(4), 310-318.
- Reichel, K. (2005). *Ergotherapie systematisch beschreiben und erklären – das AOTA Framework als Beitrag zur Systematisierung der deutschen Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Riecher-Rössler, A. (2006). Was ist postpartale Depression?. In B. Wimmer-Puchinger. & A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Postpartale Depression - von der Forschung zur Praxis* (S. 11-20). Wien: Springer.
- Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A. & Manzano, J. (2002). Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 month old. *Journal of Affective Disorders*, 70, 291-306.

- Salis, B. (2007). *Psychische Störungen im Wochenbett*. München: Urban & Fischer.
- Schkade, J. & McClung M. (2001). *Occupational Adaptation in Practice – Concepts and Cases*. Thorofare: Slack.
- Schwarz-Gerö, J. (2006). Postpartale Depression und Säuglingspsychosomatik – Interaktion und Therapie. In B. Wimmer-Puchinger. & A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Postpartale Depression - von der Forschung zur Praxis* (S. 127-139). Wien: Springer.
- Shakespeare, J., Blake, F. & Garcia, J. (2004). Breast-feeding difficulties experienced by women taking part in a qualitative interview study of postnatal depression. *Midwifery*, 20, 251-260.
- Strong, J., Unruh, A. M., Wright, A. & Baxter, G. D. (2002). *Pain a textbook for therapists*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Tammentie, T., Paavilainen, E., Åstedt-Kurki, P. & Tarkka, M.-T. (2004). Family dynamics of postnatally depressed mothers – discrepancy between expectations and reality. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 65-74.
- Turmes, L. & Hornstein, C. (2007). Stationäre Mutter-Kind-Behandlungseinheiten in Deutschland. *Nervenarzt*, 78, 773-779.
- Verein Postnatale Depression Schweiz (a) [On-Line]. Available: http://www.postnatal-depression.ch/joomla/index.php?option=com_content&task=section&id=5&Itemid=6 (2.06.2009).
- Verein Postnatale Depression Schweiz (b) [On-Line]. Available: <http://www.postnatale-depression.ch> (11.02.2009).
- Weier, K. M. & Beal, M. W. (2004). Complementary therapies as adjuncts in the treatment of postpartum depression. *Midwifery Womens Health*, 49(2), 96-104.
- Wilcock, A. A. (2006). *An occupational perspective of health*. Thorofare: Slack.
- Williamson, V. & McCutcheon, H. (2004). Postnatal depression: a review of current literature. *Australian Midwifery Journal of the Australian College of Midwives*, 17(4), 11-16.
- Wimmer-Puchinger, B. (2006). Prävention von postpartalen Depressionen – Ein Pilotprojekt des Wiener Programms für Frauengesundheit. In B. Wimmer-Puchinger. & A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Postpartale Bibliography – von der Forschung zur Praxis* (S. 21-49). Wien: Springer.

Wimmer-Puchinger, B. & Riecher-Rössler, A. (2006). *Postpartale Depression – von der Forschung zur Praxis*. Wien: Springer.

Yerxa, E. J.(1998). Health and the human spirit for occupation. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(6), 412-418.

Eigenständigkeitserklärung

„Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benützung der angegebenen Quellen verfasst haben.“

Nadine Elsässer

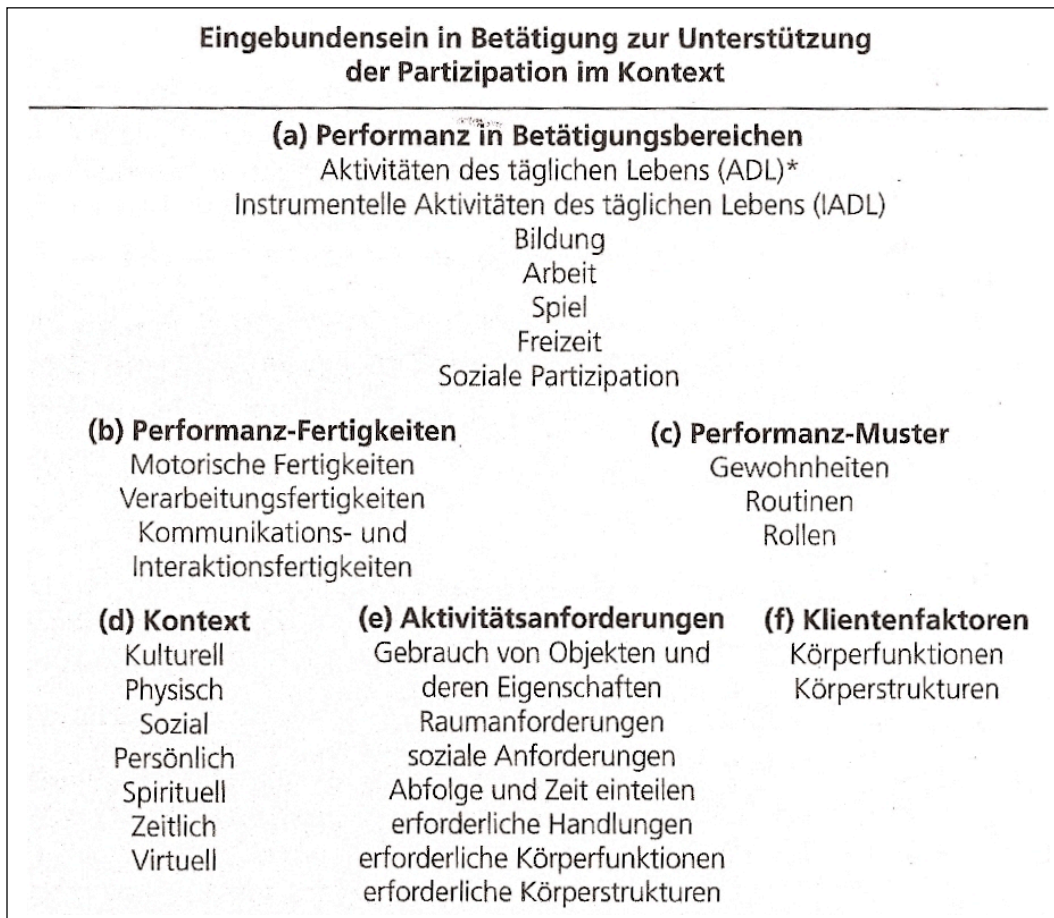
Nora Etterlin

Anhang

Tabelle 1:

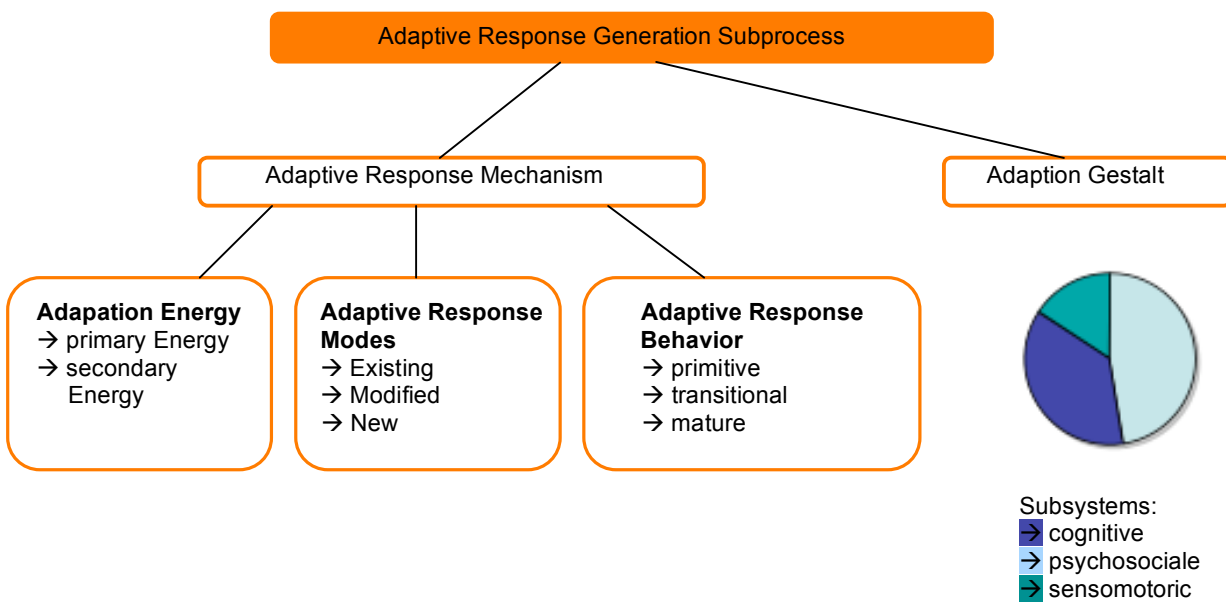
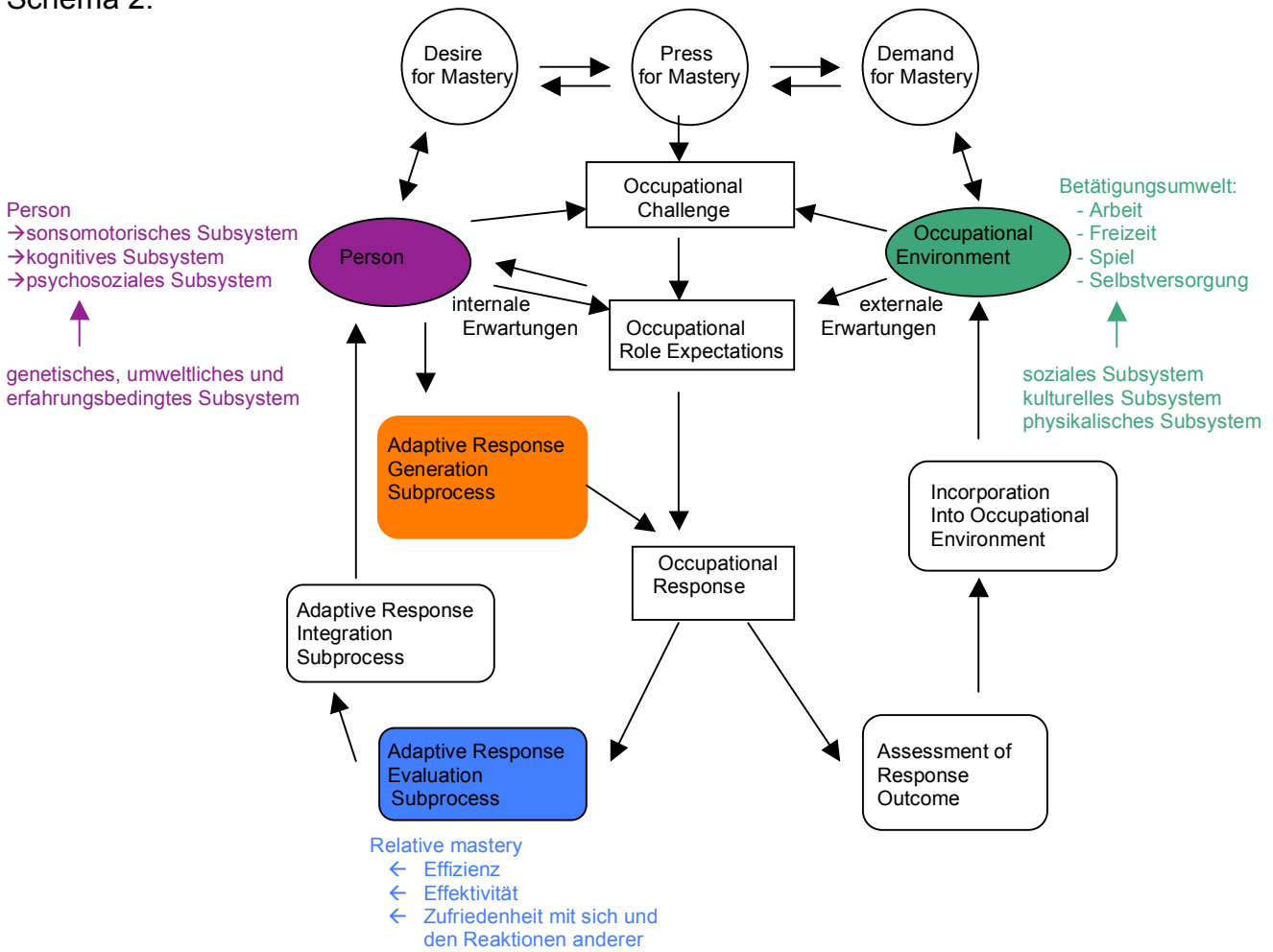
	Key words – Verknüpfungen
1	"occupational therap*" or occupation*
2	"postpart* depress*" or "postnat* depression*"
3	1 and 2
4	problem* or difficult*
5	4 and 3
6	2 and 4
7	adapt* or transition*
8	2 and 7 and 4
9	2 and 7
10	„occupation of mothering“ or mother* or maternal
11	10 and 2
12	10 and 6
13	Find similar to Postpartum depression: the hidden problem of new moms
14	Find similar to Postpartum depression as a family problem
15	Find similar to Effects of postnatal depression

Schema 1:



Schema 2: siehe nächste Seite, aufklappbar!

Schema 2:



Dieses Schema wurde von den Autorinnen dieser Bachelorarbeit gemacht.