



**Fabienne Forster
Angela Häne**

Psychotherapie in der Peripartalzeit

Behandlung psychischer Störungen
im Übergang zur Elternschaft

Psychotherapie in der Peripartalzeit

Fabienne Forster
Angela Häne

Psychotherapie in der Peripartalzeit

Behandlung psychischer Störungen
im Übergang zur Elternschaft

unter Mitarbeit von
Andrea Eisenhut, Karoline Kranzl-Heinzle, Filomena Sabatella,
Lena Sutter und Misa Yamanaka



Dr. phil. Fabienne Forster, geb. 1990. 2010–2016 Studium der Klinischen Psychologie und Psychotherapie an der Universität Zürich. 2016–2021 Curriculum of Advanced Studies in kognitiver Verhaltenstherapie mit Paaren an der Universität Zürich. 2019 Promotion. 2023 Fachtitel eidgenössisch anerkannte psychologische Psychotherapeut:in. Seit 2021 Psychologische Psychotherapeut:in am Kompetenzzentrum für Gynäkopsychiatrie am Ambulatorium Wil der Psychiatrie St. Gallen, seit 2024 als Oberpsycholog:in. Arbeitsschwerpunkte: Gynäkopsychiatrie, psychische Störungen im Zusammenhang mit Infertilität, Menstruationszyklus und Übergang zur Elternschaft, queersensible Psychotherapie, Paartherapie und paargestützte Psychotherapie.

Dr. phil. Angela Häne, geb. 1979. 2001–2005 Studium der Klinischen Psychologie und Psychotherapie an der Universität Zürich. 2008 Promotion. 2008 PhD in Neurowissenschaften. 2010 Fachtitel eidgenössisch anerkannte psychologische Psychotherapeutin. 2009–2022 Tätigkeit als Psychotherapeutin in der Psychiatrischen Privatklinik Sanktatorium Kilchberg, dort ab 2014 in leitenden Funktionen im ambulanten und stationären Setting. Seit 2023 tätig in eigener psychotherapeutischer Praxis in Zürich. Arbeitsschwerpunkte: psychische Störungen im Übergang zur Elternschaft sowie frauenspezifische psychische Störungen.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autor:innen bzw. den Herausgeber:innen große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autor:innen bzw. Herausgeber:innen und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Alle Rechte, auch für Text- und Data-Mining (TDM), Training für künstliche Intelligenz (KI) und ähnliche Technologien, sind vorbehalten. All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
info@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Umschlagabbildung: © iStock.com/gorodenkoff
Satz: Sina-Franziska Mollenhauer, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
Format: PDF

1. Auflage 2026

© 2026 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-3288-5; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-3288-6)

ISBN 978-3-8017-3288-2

<https://doi.org/10.1026/03288-000>

Nutzungsbedingungen:

Durch den Erwerb erhalten Sie ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das Sie zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere dürfen Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernt werden.

Das E-Book darf anderen Personen nicht – auch nicht auszugsweise – zugänglich gemacht werden, insbesondere sind Weiterleitung, Verleih und Vermietung nicht gestattet.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Die Inhalte dürfen nicht zur Entwicklung, zum Training und/oder zur Anreicherung von KI-Systemen, insbesondere von generativen KI-Systemen, verwendet werden. Das Verbot gilt nicht, soweit eine gesetzliche Ausnahme vorliegt.

Geleitwort von Aurélie Athan

Die Peripartalzeit gilt seit Langem als eine Zeit erhöhter Vulnerabilität, wird jedoch zunehmend als eine Phase tiefgreifender Entwicklungsveränderungen verstanden. Mit *Psychotherapie in der Peripartalzeit. Behandlung psychischer Störungen im Übergang zur Elternschaft* haben Dr. Forster und Dr. Häne ein zeitgemäßes, integratives und klinisch fundiertes Werk geschaffen, das dieses Fachgebiet voranbringt. Ihre Arbeit betrachtet die psychische Gesundheit in der Peripartalzeit innerhalb eines breiteren Entwicklungsrahmens, der die radikalen Veränderungen in Bezug auf Identität, Körperlichkeit und Beziehungsleben, die mit dem Übergang zur Elternschaft einhergehen, ernst nimmt. Insbesondere die Mutterschaft ist kein einmaliges Ereignis, sondern ein fortlaufender Prozess, der nachhaltige, kompetente Unterstützung erfordert.

Die Wiederbelebung des anthropologischen Begriffs „Matreszenz“, der ursprünglich von Dr. Dana Raphael geprägt wurde, hat die Aufmerksamkeit auf die Mutterschaft als eigenständige Entwicklungsphase gelenkt, ähnlich wie die Adoleszenz. Die Kapitel in diesem Buch spiegeln diese Sichtweise wider, indem sie Elternschaft nicht nur als eine Reihe von Aufgaben oder Stressfaktoren betrachten, sondern als eine ganzheitliche Transformation, die sich über die biologischen, psychologischen, sozialen und sogar moralischen und ideologischen Bereiche erstreckt. Für Kliniker:innen bedeutet dies, sich von einer engen Fokussierung auf Pathologie zu lösen und stattdessen ein breiteres Verständnis von Identitätswandel, Rollen Anpassung und Sinnstiftung zu entwickeln.

Gleichzeitig spielen die Autorinnen die Risiken nicht herunter. Peripartale psychische Störungen – Depressionen, Angstzustände, Zwangsstörungen, Traumareaktionen und mehr – sind keine Randerscheinungen, sondern zentrale Themen der öffentlichen Gesundheit. Wie sie anmerken, kann bis zu jeder vierte Elternteil davon betroffen sein. Das Besondere an diesem Buch ist, wie es störungsspezifische Interventionen in ein ganzheitliches Versorgungsmodell einbettet. Die Identifizierung zentraler Einflussfaktoren – Transformation und Adaptation, Psychosomatik, Medizin, Gesellschaft, Partnerschaft und Familie sowie Co-Regulation – erinnert uns daran, dass klinische Erscheinungsbilder selten isoliert auftreten. Sie werden geprägt von hormonellen Veränderungen, sich wandelnden Paardynamiken, generationsspezifischen Erwartungen und gesellschaftlichen Idealen der Elternschaft, die oft unrealistisch und geschlechtsspezifisch sind.

Dieses Buch ist auch wegen seines interdisziplinären Ansatzes besonders wertvoll. Psychotherapeut:innen und Psychiater:innen finden hier die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse sowie Perspektiven aus den Bereichen Geburtshilfe, Medizin, Paar- und Erziehungsberatung. Eine solche Zusammenarbeit ist in der peripartalen Betreuung unerlässlich. Patient:innen kommen mit Fragen zu ihrem Körper, ihrem Baby, ihrer Beziehung und ihrer Zukunft zu uns. Ein:e Psychotherapeut:in, welche:r diese Komplexität erfassen und auf Rahmenkonzepte zurückgreifen kann, die über das unmittelbare eigene Fachgebiet hinausgehen, kann eine effektivere und humanere Betreuung bieten.

Die Einbeziehung von Vätern, queeren Eltern und verschiedenen Familienformen in diesem Band ist ein weiterer wichtiger Fortschritt. Allzu oft haben sich die peripartale Forschung und klinische Konzepte ausschließlich auf die Mutter-Kind-Dyade konzentriert. Eine Erweiterung unseres Blickwinkels über Geschlechtergrenzen hinweg hilft uns, die Matreszenz in den größeren Kontext der Entwicklung von reproduktiver Identität zu stellen.

Für praktizierende Kliniker:innen ist dieses Buch sowohl praktisch als auch inspirierend. Die Kapitel zur Psychotherapie bieten klare Anleitungen zur Anamnese, zu diagnostischen Überlegungen, zur Psychoedukation und zu Behandlungsanpassungen speziell für die Peripartalzeit sowie Fallbeispiele, die die klinische Realität lebendig werden lassen. Die Leser:innen werden nicht nur ihre Fähigkeiten verbessern, sondern auch eine neue Wertschätzung für die Resilienz und Kreativität entwickeln, die Eltern in dieser Lebensphase an den Tag legen.

In meiner eigenen Arbeit habe ich oft den Satz gehört: „Niemand hat mir das gesagt.“ Niemand hat mir gesagt, wie schwer es sein würde, wie groß die Veränderungen sein würden oder wie Freude und Kampf nebeneinander existieren können. Die Hoffnung ist, dass ein größeres öffentliches Bewusstsein für Matreszenz zusammen mit professionellen Ressourcen wie diesem Band als Gegenmittel für dieses Schweigen dienen wird. Ebenso wirkungsvoll sind die Stimmen von Eltern, die offen über ihre psychischen Probleme gesprochen haben. Ihr Engagement hat dazu beigetragen, peripartale psychische Störungen zu entstigmatisieren und die Dringlichkeit einer Reform der Gesundheitsversorgung deutlich zu machen. Als Fachleute sind wir aufgefordert, dieser Fürsprache mit rigoroser Wissenschaft, sensibler Praxis und der Bereitschaft zu begegnen, das, was uns in unserer Forschung und klinischen Arbeit mit Müttern als privilegiert vermittelt wurde, neu zu denken.

Wir sollten Dr. Häne und Dr. Forster dankbar sein, dass sie eine Ressource geschaffen haben, die Fachleute in die Lage versetzt, die Veränderungen, die mit dem Elternwerden einhergehen, zu normalisieren und evidenzbasierte Betreuung anzubieten, wenn die Belastung in eine Störung übergeht. Möge dieses Buch uns dabei unterstützen, Eltern mit mehr Weisheit, Mitgefühl und Zuversicht zu begleiten.

Aurélie Athan, Ph. D.

Vorwort

Für die meisten Menschen ist die Gründung einer Familie äußerst sinnstiftend und geht mit positiven Emotionen wie Verbundenheit, Nähe oder Liebe einher. Auch wenn es für viele (werdende) Eltern kaum vorstellbar ist, gehören psychische Störungen zu den häufigsten gesundheitlichen Problemen während der Peripartalzeit – die Zeit zwischen Schwangerschaft und dem ersten Jahr nach der Geburt (Morales Rivero et al., 2025). Zu den am weitesten verbreiteten peripartalen psychischen Erkrankungen gehören Angststörungen und Depressionen (Ou et al., 2025). Betroffene Elternteile werden von für sie unbekannten Symptomen überrascht; sie erkennen sich meist selbst nicht wieder. Unbehandelt wirken sich psychische Störungen nicht nur negativ auf die betroffene Person aus, sondern beeinträchtigen auch die Partnerschaft und die Eltern-Kind-Interaktion.

Aufgrund der hohen Prävalenz und der weitreichenden Folgen ist es wichtig, dass peripartale psychische Störungen früh erkannt und adäquat behandelt werden. Unsere Erfahrungen in der psychotherapeutischen Arbeit mit Eltern zeigen, dass ihr Leiden häufig bagatellisiert wird – was dazu führen kann, dass eine angemessene Behandlung verzögert erfolgt. Gleichzeitig soll eine vorschnelle Pathologisierung von normativen Belastungen verhindert werden. Große Lebensumbrüche sind oft begleitet von psychischen Veränderungen, so auch der Übergang zur Elternschaft. Zu den häufigsten emotionalen Anpassungen in dieser Zeit gehören Ängste und Unsicherheiten, aber auch niedergeschlagene Stimmung oder vermehrte Stimmungsschwankungen. Die Abgrenzung der für diese Zeit typischen psychischen Veränderungen von diagnostizierbaren psychischen Störungen fällt sowohl Betroffenen als auch Fachpersonen vielfach schwer.

In den letzten Jahren haben Belastungen im Zusammenhang mit der Elternschaft mehr Aufmerksamkeit im öffentlichen Diskurs erhalten. Beispielsweise wurde die Mutterschaft nicht mehr reduziert auf Fortpflanzung oder Glück und Erfüllung, sondern ihr wurde auch zugestanden, dass sie mit Schwierigkeiten, Einschränkungen und psychischen Störungen einhergehen kann. Dazu hat auch das Engagement verschiedener Betroffenenverbände sowie eine neue Generation von Eltern beigetragen, die z. B. in den sozialen Medien das Stigma psychischer Erkrankungen gebrochen und sich öffentlich über ihre Störungen geäußert haben. Diese Bewegungen haben dazu beigetragen, dass auch das Erleben von Vätern mehr in den Fokus gerückt ist – auch wenn Väter und Eltern mit anderen Geschlechtern wei-

terhin deutlich seltener berücksichtigt werden. Die tatsächliche Vielfalt von Beziehungen, Familienformen und Geschlechtern wird bisher jedoch kaum in der psychotherapeutischen Ausbildung und Praxis abgebildet, ebenso wie neuere Erkenntnisse z. B. aus der queer-feministischen oder antirassistischen Forschung.

Parallel zum öffentlichen Diskurs hat sich auch in der Fachwelt ein Bewusstsein dafür entwickelt, dass spezifische Konzepte für die Behandlung psychischer Störungen in der Peripartalzeit notwendig sind. Diese Notwendigkeit zeigt sich aktuell in der Erarbeitung einer S3-Leitlinie „Peripartale Psychische Störungen“ (PERIPSYCH) unter Konsortialführung von Frau Prof. Dr. med. Kerstin Weidner. Mit diesem Buch möchten wir ein umfassendes psychologisches Verständnis der Peripartalzeit unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und moderner Konzepte liefern. Es stellt ein Modell für die peripartale Psychotherapie vor, das die Behandlung psychischer Störungen und die Bewältigung peripartaler Herausforderungen integriert. Es werden Anpassungen für die Behandlung spezifischer Störungsbilder beschrieben, die in der Peripartalzeit berücksichtigt werden sollten. Als praxisorientierter Leitfaden bietet es psychotherapeutischen Fachpersonen ein anwendungsorientiertes Werkzeug, um peripartale psychische Störungen frühzeitig zu erkennen und wirksam zu behandeln – zum Wohl der Betroffenen und ihrer Familien.

Danksagung

Danke allen Patient:innen, die wir auf ihrem Weg begleiten durften.

Danke an die Gastautorinnen: Andrea Eisenhut, Filomena Sabatella, Karoline Kranzl-Heinzle, Lena Sutter und Misa Yamanaka.

Danke an alle Kolleginnen, die unsere Texte gegengelesen und durch ihre Expertise auf dem Gebiet bereichert haben: Ananda Huber, Andrea Bender, Clara Fischer, Claudia Hackl-Zuccarella, Dana Koch, Julia Frey, Kathrin Degen, Laura Rast, Lorena Eisenegger, Olivia Bolt, Sandy Fröhlicher, Simona Palm, Stefanie Jäger.

Danke an die Menschen, die uns beruflich und privat bei diesem Projekt sowie auf dem Weg, der dazu geführt hat, begleitet und unterstützt haben.

Hinweise zu den Fallbeispielen

Im Buch finden sich Fallbeispiele zur Veranschaulichung. Bei den erwähnten Fällen handelt es sich um einen Zusammenschluss aus verschiedenen Geschichten von Patient:innen, die wir psychotherapeutisch begleitet haben, und nicht um anonymisierte Einzelfälle. Rückschlüsse auf Einzelpersonen sind daher nicht möglich.

Hinweise zu Sprache und Inklusion

Es war uns ein großes Anliegen, in unseren Texten die gleiche Offenheit gegenüber der Vielfalt aller Menschen walten zu lassen, wie wir es in der psychologischen Praxis auch tun. Wir haben uns aktiv bemüht, diese Haltung auch durch eine möglichst inklusive Sprache auszudrücken. So verwenden wir z. B. den Doppelpunkt als Gender-Zeichen, um Frauen, Männer und non-binäre¹ Personen sprachlich abzubilden. Mit der Bezeichnung „schwangere oder gebärende Person“ tragen wir dem Umstand Rechnung, dass „Uterus“ nicht gleichbedeutend mit der Geschlechtsidentität „Frau“ ist. Wenn wir von Frauen oder Männern sprechen, meinen wir damit primär das soziale Konstrukt (Gender) bzw. die Geschlechtsidentität einer Person. Wir haben bei allen Themen nach Literatur zu Vätern, nicht gebärenden Elternteilen sowie queeren² oder alternativen Familienkonstellationen recherchiert. Dennoch muss darauf hingewiesen werden, dass die Mehrheit der verfügbaren Literatur von Studien aus westlichen Ländern mit mehrheitlich *weißen*³, heterosexuellen cis⁴ Menschen (vor allem Müttern) stammt. Stellenweise geht es explizit um die Rolle von Vätern in der Beziehung zu Müttern oder um Geschlechterverhältnisse in heterosexuellen Beziehungen.

Wil und Zürich, im März 2026

*Fabienne Forster und
Angela Häne*

-
- 1 Die Geschlechtsidentität von non-binären Menschen ist weder ausschließlich weiblich noch männlich. Diese Menschen nehmen sich nicht als Mann oder Frau wahr; ihre Geschlechtsidentität befindet sich zwischen oder außerhalb dieses gesellschaftlichen Zweiersystems. Da sich non-binäre Personen nicht mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren, kann die Non-Binarität als Transidentität (Abweichung der Geschlechtsidentität vom Zuweisungsgeschlecht bei Geburt) verstanden werden.
 - 2 „Queer“ wird als Überbegriff für alle sexuellen und romantischen Orientierungen sowie Geschlechtsidentitäten verwendet, die nicht der dominanten gesellschaftlichen Norm von Geschlecht, Sexualität und Romantik entstprechend. „Queer“ wird auch als Überbegriff für die LGBTQ+-Gemeinschaft (lesbisch, schwul, bisexuell, trans, inter, asexuell, queer) verwendet.
 - 3 Der Begriff „*weiße Person*“ bezeichnet keine biologische Eigenschaft und damit auch nicht die Hautfarbe, sondern ist eine politische und soziale Position, die mit Privilegien und Dominanz verbunden ist. Die kursive Schreibweise sowie überhaupt die Verwendung des Begriffs dienen dazu, die soziale Konstruktion des Begriffs hervorzuheben.
 - 4 Mit dem Adjektiv „cis“ (als solches kleingeschrieben und vor das Nomen gestellt) werden Menschen beschrieben, deren Geschlechtsidentität mit dem Geschlecht, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde, übereinstimmt.

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung: Psychische Herausforderungen im Übergang zur Elternschaft	17
2	Das Modell der peripartalen Psychotherapie	19

Teil I Einflussfaktoren auf das Erleben und Verhalten von Eltern in der Peripartalzeit

3	Elternschaft – Transformation und Adaptation	27
3.1	Kernmerkmale der Mutterschaft	28
3.1.1	Eigene Erwartungen und Idealvorstellungen	28
3.1.2	Emotionale Sensibilisierung	31
3.1.3	Ausbildung von Muttergefühlen und Entwicklung einer neuen Identität	31
3.1.4	Verantwortungsübernahme	34
3.1.5	Wiedererleben der eigenen Kindheit	35
3.1.6	Persönliche Weiterentwicklung und Neuausrichtung eigener Werte	35
3.2	Relevanz der Mutterschaft im psychotherapeutischen Kontext	36
3.3	Veränderungen beim werdenden Vater	38
4	Hormone, Körper und Gehirn	40
4.1	Hormone rund um die Geburt	40
4.1.1	Hormonelle Veränderungen in der Schwangerschaft und in der Peripartalzeit	41
4.1.2	Stimmungsstörungen im Kontext hormoneller Veränderungen	44
4.1.3	Hormonelle Veränderungen beim Vater	46
4.2	Der Körper rund um die Geburt	47
4.2.1	Zufriedenheit mit dem Körper nach der Geburt	48
4.2.2	Somatische Komplikationen in der Schwangerschaft	49
4.2.3	Schmerzen und Verletzungen rund um die Geburt	52
4.2.4	Selbstfürsorge und körperliche Routinen	53
4.3	Das Gehirn rund um die Geburt	54
4.3.1	Strukturelle und funktionelle Veränderungen	54

4.3.2	Kognition und Gedächtnis	55
4.3.3	Das Gehirn der Väter	56
5	Unerwartete Herausforderungen und Schicksalsschläge	57
5.1	(Angeborene) Erkrankungen	57
5.2	Geburt eines chronisch kranken, entwicklungsverzögerten oder behinderten Kindes	60
5.3	Frühgeburten	62
5.3.1	Psychische Belastung bei Müttern	62
5.3.2	Psychische Belastung bei Partner:innen	64
6	Gesellschaftliche Normen und Ideale	65
6.1	Einfluss der Gesellschaft auf das Erleben und Verhalten in der Peripartalzeit	67
6.2	Geschlechterstereotype und genderspezifische Erwartungen und Ideale	70
6.2.1	Mutterschaftsmythen	70
6.2.2	Vaterschaftsmythen	75
6.3	Elternschaft außerhalb der dominanten Normen	78
6.3.1	Diskriminierung	78
6.3.2	Minderheitenstress	83
6.3.3	Relevanz für die peripartale Psychotherapie	84
7	Paarbeziehung und erweiterte Familie	87
7.1	Abnahme der Partnerschaftszufriedenheit	87
7.2	Akzentuierung von Genderdiskrepanzen	89
7.2.1	Traditionalisierungs-Shift	90
7.2.2	Ungleichgewicht	90
7.2.3	Mental Load	91
7.3	Veränderungen der Paarsexualität	93
7.4	Generationenkonflikte und das Verhältnis zu den (Schwieger-)Eltern ..	94
8	Co-Regulation in der Eltern-Kind-Beziehung	96
8.1	Stress und psychosoziale Belastung	97
8.2	Psychische Störungen	98
8.3	Gewalterfahrungen oder Traumata	98

Teil II Störungsübergreifende peripartale Psychotherapie

9	Erhebung von allgemeinen Informationen	103
9.1	Leitfragen für die Anamnese	103
9.2	Differenzialdiagnostische Überlegungen zu somatischen Auffälligkeiten	106

10	Störungsübergreifende Interventionen bei häufigen Problembereichen	108
10.1	Verunsicherung über den eigenen Zustand und die Symptomatik	111
10.2	Ängste, Unsicherheit und Ambivalenz	112
10.3	Scham- und Schuldgefühle	114
10.4	Druck durch gesellschaftliche Ideale	118
10.5	Erschöpfung und Vernachlässigung eigener Bedürfnisse	119
10.6	Paarprobleme	122
10.7	Mental Load (mentale Last)	125
10.8	Fehlende Sichtbarkeit von Vätern	128
10.9	Schwierigkeiten in der Co-Regulation	132
10.10	Nichtberücksichtigung von Wachstumschancen	136

Teil III Störungsspezifische peripartale Psychotherapie

11	Depressionen	141
11.1	Besonderheiten in der Peripartalzeit	142
11.1.1	Peripartale Depressionen bei Müttern	143
11.1.2	Peripartale Depressionen bei Vätern	144
11.1.3	Peripartale Depressionen bei queeren Menschen	146
11.1.4	Folgen peripartaler Depressionen	147
11.2	Diagnostik	148
11.2.1	Standardisierte Screenings	151
11.2.2	Komorbiditäten und Differenzialdiagnostik	152
11.3	Behandlung	155
11.3.1	Diagnosemitteilung	156
11.3.2	Vermittlung des Störungsmodells	156
11.3.3	Entlastung und Selbstfürsorge	157
11.3.4	Kognitive Umstrukturierung in Bezug auf eigene und gesellschaftliche Erwartungen	158
11.3.5	Medikation	159
11.3.6	Geburtsvorbereitung und Rückfallprophylaxe	160
11.3.7	Trauern und Verarbeiten der Erkrankung	161
12	Angststörungen	163
12.1	Besonderheiten in der Peripartalzeit	164
12.1.1	Häufigkeitsangaben	164
12.1.2	Generalisierte Angststörung	165
12.1.3	Panikstörung	165
12.1.4	Agoraphobie	166
12.1.5	Soziale Phobie	166
12.1.6	Spezifische Phobien	167

12.1.7	Folgen von peripartalen Angststörungen	167
12.2	Diagnostik	168
12.3	Behandlung	171
12.3.1	Diagnosemitteilung und Psychoedukation	171
12.3.2	Vermittlung von Angstbewältigungsstrategien	172
12.3.3	Umgang mit dysfunktionalen Gedanken und Bewertungen	174
12.3.4	Konfrontationsansätze	177
13	Zwangsstörungen	180
13.1	Besonderheiten in der Peripartalzeit	181
13.1.1	Häufigkeit peripartaler Zwänge	185
13.1.2	Folgen der peripartalen Zwangsstörung	185
13.2	Diagnostik	186
13.2.1	Anamnese und standardisierte Erhebungsinstrumente	187
13.2.2	Differenzialdiagnostik	187
13.3	Behandlung	189
13.3.1	Diagnosemitteilung und Psychoedukation	189
13.3.2	Distanzierungstechniken und Disputation von Fehlbewertungen	190
13.3.3	Achtsamer Umgang mit Zwangsgedanken	192
13.3.4	Expositionen	193
14	Trauer	197
14.1	Besonderheiten in der Peripartalzeit	197
14.1.1	Fehlgeburt	197
14.1.2	Totgeburt	199
14.1.3	Geplanter Schwangerschaftsabbruch	201
14.1.4	Unerfüllter Kinderwunsch	202
14.1.5	Folgen von frühem Kindsverlust	203
14.2	Diagnostik	207
14.2.1	Anamnese	207
14.2.2	Fragebögen	208
14.3	Behandlung	208
14.3.1	Psychoedukation und Vermittlung eines Trauermodells	209
14.3.2	Selbstregulationsstrategien	209
14.3.3	Kognitive Verfahren	210
14.3.4	Traumafokussierte Ansätze	210
14.3.5	Etablieren von Ritualen	212
15	Trauma und Geburt	213
15.1	Besonderheiten in der Peripartalzeit	215
15.1.1	Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren	216
15.1.2	Folgen für die Mutter	220

15.1.3	Folgen für die Mutter-Kind-Interaktion und den Bindungsaufbau	221
15.1.4	Auswirkungen auf Väter	222
15.1.5	Queere Personen	222
15.2	Diagnostik	223
15.2.1	Anamnese	223
15.2.2	Screening-Instrumente	225
15.3	Behandlung	226
15.3.1	Psychoedukation und Vermittlung eines Erklärungsmodells	226
15.3.2	Peripartale Traumalinie	227
15.3.3	Selbstregulationsstrategien	228
15.3.4	Techniken im Umgang mit dysfunktionalen Überzeugungen und exzessivem Grübeln	228
15.3.5	Einsatz von konfrontativen Techniken	229
16	Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)	233
16.1	Besonderheiten in der Peripartalzeit	234
16.1.1	Suizidalität und Selbstverletzung	237
16.1.2	BPS bei Vätern	237
16.2	Diagnostik	238
16.2.1	Screening	239
16.2.2	Komorbiditäten	239
16.2.3	Differenzialdiagnostik	240
16.3	Behandlung	241
16.3.1	Diagnosevermittlung und Psychoedukation	242
16.3.2	Verantwortungsübernahme	242
16.3.3	Stresstoleranz-Skills	243
16.3.4	Achtsamkeit und Selbstbeobachtung	244
16.3.5	Aufbau eines unterstützenden Netzwerks	244
17	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	246
17.1	Besonderheiten in der Peripartalzeit	248
17.1.1	ADHS im Kontext von Schwangerschaft und Geburt	251
17.1.2	Folgen von ADHS in der Peripartalzeit	251
17.2	Diagnostik	253
17.2.1	Screening	254
17.2.2	Klinischer Eindruck	255
17.2.3	Selbst- und Fremdanamnese	256
17.2.4	Kompensationsstrategien und Maskieren	256
17.2.5	Komorbiditäten und Differenzialdiagnostik	258
17.3	Behandlung	260
17.3.1	Diagnosemitteilung und Psychoedukation	260
17.3.2	Medikation	262

17.3.3 Vermittlung von Bewältigungsstrategien 263

17.3.4 Wertschätzung der Stärken 264

18 Autismus-Spektrum-Störung (ASS) 266

18.1 Besonderheiten in der Peripartalzeit 267

18.1.1 Mütter mit ASS 268

18.1.2 Negative Erfahrungen mit der Geburtsbegleitung 268

18.1.3 Soziale Ausgrenzung 269

18.1.4 Folgen 270

18.2 Diagnostik 271

18.2.1 Klinischer Eindruck 271

18.2.2 Anamnese 271

18.2.3 Differenzialdiagnosen und Komorbiditäten 272

18.2.4 Maskieren und dahinterliegende Symptome 272

18.3 Behandlung 273

18.3.1 Diagnosemitteilung und Psychoedukation 273

18.3.2 Reduktion und Vermeidung von Überlastungsreaktionen 275

18.3.3 Etablierung von Routinen und Ritualen 276

18.3.4 Schaffen förderlicher Bedingungen 277

18.3.5 Wertschätzung der Stärken 277

Literatur 279

1 Einführung: Psychische Herausforderungen im Übergang zur Elternschaft

In der psychotherapeutischen Arbeit ist die Wahrscheinlichkeit hoch, auch mit dem Thema Elternschaft konfrontiert zu werden. Die meisten Menschen wünschen sich, eines Tages Eltern zu werden. Im deutschsprachigen Raum sind rund 80 % der Bevölkerung Eltern und ein Drittel bis die Hälfte lebt derzeit mit mindestens einem Kind im Haushalt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2023; Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2024). Gleichzeitig sind psychische Störungen bei Eltern sehr häufig. Etwa jedes vierte Elternteil entwickelt eine psychische Störung in der Peripartalzeit (Schofield et al., 2022). Diese hohen Prävalenzen machen psychische Erkrankungen zu einer der häufigsten Komplikationen im Übergang zur Elternschaft (Berger, 2019).

Eltern werden ist ein vielschichtiger Prozess, der mit tiefgreifenden Veränderungen auf mehreren Ebenen einhergeht, die sich wiederum wechselseitig beeinflussen. Neben den körperlichen Anpassungen verändert sich mit Eintritt einer Schwangerschaft auch das emotionale Erleben deutlich. Viele (werdende) Mütter nehmen beispielsweise Emotionen intensiver wahr und sind verstärkt emotionalen Schwankungen ausgesetzt (Pearson et al., 2009). Positive Gefühle wie Freude sowie negative Gefühle wie Angst, Trauer und Unsicherheit treten dabei oftmals gleichzeitig auf und können von Ambivalenz begleitet sein. Auf mentaler Ebene entstehen Vorstellungen vom heranwachsenden Kind sowie Erwartungen an die eigene Elternrolle (Stern & Bruschweiler-Stern, 2014). In diese Vorstellungen fließen gesellschaftliche Ideale ebenso ein wie die Lebensgeschichte und Prägungen durch die eigenen Eltern.

Die Erfahrung, Eltern zu werden, weicht in vielerlei Hinsicht von den idealisierten Bildern ab, welche Medien und gesellschaftliche Diskurse vermitteln. Schwangerschaft und Geburt können mit überraschenden Wendungen und Komplikationen einhergehen. Fehlgeburten sind z. B. häufig und treten unerwartet ein. Trotz aller Vorbereitung kann die Geburt einen unvorhersehbaren Verlauf nehmen – rund ein Drittel aller Gebärenden erlebt diese als traumatisch (Horsch et al., 2024). Dasselbe gilt für die Veränderungen der Partnerschaft. In jedem Ratgeber steht, dass sich Partnerschaften mit der Elternschaft zeitweise verschlechtern können, und

dennoch sind Eltern oft erschrocken und enttäuscht, dass dies bei ihnen der Fall ist. Enttäuschungen sind auch in der Interaktion mit dem neugeborenen Kind möglich. Nicht selten stellt sich die erhoffte, überwältigende Liebe auf den ersten Blick nicht unmittelbar und automatisch ein, sondern die Beziehung zum Kind baut sich langsam auf. Wie bei allen Beziehungen kommt es auch hier zu Ärger, Überforderung und sich widersprechenden Bedürfnissen. Diese Schwierigkeiten werden von Schlafdefiziten und hormonellen Veränderungen zusätzlich angekurbelt und müssen im Transformationsprozess zur Bildung der neuen Identität integriert werden.

Zusammengefasst ist die Peripartalzeit eine einzigartige Entwicklungsphase, in der diverse – in dieser Form für die (werdenden) Eltern ungekannte – Herausforderungen zusammenkommen. Diese Herausforderungen manifestieren sich einerseits in den jeweiligen Individuen (Mutter, Vater, Elternteile, Kind, Umfeld) und andererseits in den Beziehungen zwischen diesen Personen. Darüber hinaus sind diese in einem gesellschaftlichen und kulturellen Kontext eingebettet. Für die peripartale Psychotherapie ist es daher unerlässlich, sowohl die involvierten Individuen als auch deren Beziehung zueinander sowie den übergeordneten gesellschaftlichen und kulturellen Rahmen zu berücksichtigen. Herausforderungen eröffnen zugleich auch Möglichkeiten zur Reflexion sowie zur persönlichen Weiterentwicklung (Trinko et al., 2025). In diesem Sinne stellt die Peripartalzeit ein Zeitfenster mit besonderen Chancen für Veränderung und Wachstum dar (Saxbe et al., 2018) – ein „Window of Opportunity“ (Orchard et al., 2023).

2 Das Modell der peripartalen Psychotherapie

Psychotherapeut:innen stehen vor der Herausforderung, psychische Störungen von üblichen peripartalen Belastungen, denen alle Eltern ausgesetzt sind, zu differenzieren, adäquate Interventionen für die jeweiligen Belastungen durchzuführen und dabei sowohl gesellschaftliche als auch medizinische, entwicklungs- und familienpsychologische Kenntnisse einfließen zu lassen. In der peripartalen Psychotherapie ist es daher erforderlich, Kenntnisse über die Behandlungen psychischer Störungen durch Kenntnisse über die Besonderheiten der Peripartalzeit zu erweitern. Für diese komplexe psychotherapeutische Arbeit existieren verschiedene Publikationen, die jeweils einzelne Aspekte oder Störungsbilder vertiefen und spezifische Interventionen für Teilgebiete vorstellen, doch es fehlt bis anhin an einem integrativen Modell, welches alle diese Faktoren zusammenfasst und als Orientierung für die Psychotherapie in der Peripartalzeit dienen kann. Aus diesem Grund wurde das in diesem Buch vorgestellte Modell konzipiert: das Modell der peripartalen Psychotherapie.

Das Modell der peripartalen Psychotherapie dient als Praxisleitfaden für die psychotherapeutische Arbeit (siehe Abbildung 1). Darin integriert sind sowohl die Behandlung psychischer Störungen als auch Herausforderungen im Übergang zur Elternschaft. Es veranschaulicht das dynamische Zusammenspiel zwischen den Entwicklungsaufgaben, denen sich alle Eltern in der Peripartalzeit stellen, und der erhöhten Vulnerabilität für psychische Störungen. Diese beiden Bestandteile existieren parallel und beeinflussen sich gegenseitig. Für eine effektive peripartale Psychotherapie ist eine Berücksichtigung beider Bestandteile und ihr Einbezug in die Therapieplanung zentral. Das hier vorgelegte Modell soll genau dieses integrative Verständnis vermitteln und so zu einer erfolgreichen, evidenzbasierten und modernen Psychotherapie für betroffene Eltern während der Schwangerschaft und im ersten Jahr postpartum beitragen.

Das Modell der peripartalen Psychotherapie enthält sechs zentrale Einflussfaktoren für das Erleben und Verhalten von (werdenden) Eltern (siehe Abbildung 1 und 2). Die Auswahl der sechs Faktoren erfolgte auf Basis aktueller Literatur sowie der klinischen Erfahrung der Autorinnen und ihrer Berufskolleg:innen. Faktor 1 umfasst die Transformations- und Anpassungsprozesse im Übergang zur Eltern-



Abbildung 1: Modell der peripartalen Psychotherapie

schaft. Faktor 2 beschreibt die hormonellen, körperlichen und neurologischen Veränderungen im peripartalen Verlauf – bei Schwangeren und deren Partner:innen. In Faktor 3 werden unerwartete Herausforderungen und Schicksalsschläge wie Erkrankungen und Behinderungen beim Kind und das Thema Frühgeburten zusammengefasst. Faktor 4 umfasst gesellschaftliche Normen und Ideale. Faktor 5 widmet sich Veränderungen in der Paarbeziehung und der erweiterten Familie. Faktor 6 beinhaltet die Co-Regulation in der Eltern-Kind-Beziehung spezifisch aus Sicht der Erwachsenen.

Diese sechs Faktoren werden maßgeblich durch die Komponente „Zeit“ beeinflusst (siehe Abbildung 2). Manchmal geschehen Dinge zu früh, wie z. B. bei einer Frühgeburt. In anderen Fällen treten Ereignisse verspätet auf, wie z. B., wenn eine Geburt eingeleitet werden muss oder sich ein Kind verzögert entwickelt. Gleichzeitig sind die zeitlichen Ressourcen von Eltern in der Regel knapp, und häufig werden Zeitintervalle unterbrochen, z. B. durch einen weinenden Säugling oder medizinische Interventionen. Dadurch erhält die Zeit für Eltern in dieser Lebensphase einen besonderen Stellenwert und wird als etwas Kostbares wahrgenommen.

In Teil I werden die einzelnen Faktoren in den Kapiteln 3 bis 8 vorgestellt und mit Fallbeispielen veranschaulicht. Damit diese Faktoren in die psychotherapeutische Arbeit einfließen können, müssen sie zunächst strukturiert erhoben werden. In Teil II folgt in Kapitel 9 ein Leitfaden zur Anamnese sowie Hinweise zur Differenzialdiagnostik und in Kapitel 10 auf die Einflussfaktoren abgestimmte, störungsübergreifende Interventionen. Die peripartale Psychotherapie richtet sich im We-

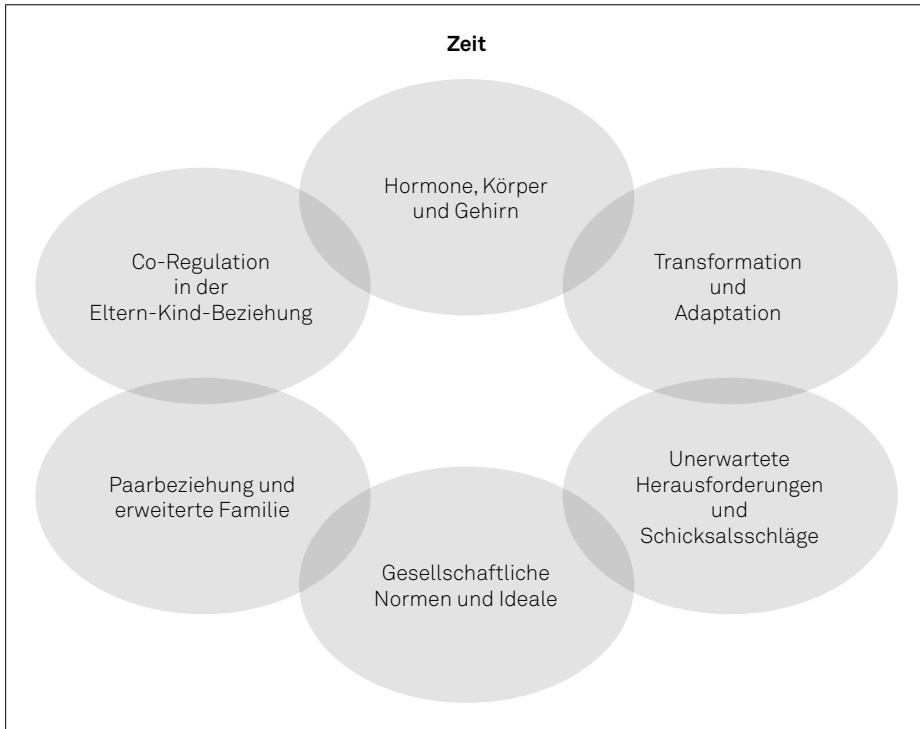


Abbildung 2: Zentrale Einflussfaktoren auf das Erleben und Verhalten von Eltern in der Peripartalzeit

sentlichen an den bestehenden Leitlinien der kognitiven Verhaltenstherapie und deren Weiterentwicklungen aus. Dennoch ist es unerlässlich, auf die peripartalen Besonderheiten hinsichtlich Symptomatik, Diagnostik und Behandlung einzugehen. Psychische Störungen können in der Peripartalzeit symptomatisch leicht abweichen von der Symptomatik des Störungsbildes in anderen Lebensphasen. Teil III befasst sich daher mit der störungsspezifischen peripartalen Psychotherapie. Der Fokus der Kapitel 11 bis 18 liegt auf den Adaptationen, die im psychotherapeutischen Vorgehen oder bezüglich einzelner Interventionen in der Peripartalzeit vorgenommen werden müssen. Insbesondere geht es darum, die Symptomatik im Gesamtkonzept der Elternschaft einzubetten; dies nicht zuletzt auch deshalb, weil sich Mütter und Väter dadurch mit ihrer konkreten Symptomatik in der für sie herausfordernden, neuen Lebensphase gesehen und verstanden fühlen. In Teil III dieses Buches werden dementsprechend keine allgemeinen Angaben zur Behandlung der jeweiligen psychischen Störung aufgeführt, da dieses Wissen durch die jeweilige störungsbezogene Fachliteratur abgedeckt ist. Für zugrunde liegende Störungsmodelle und allgemeine Therapiebausteine wird jeweils auf die spezifische Literatur verwiesen.

Zusammenfassend setzt die peripartale Psychotherapie ein interdisziplinäres Denken und Arbeiten voraus sowie die Bereitschaft, sich auf das Verstehen biopsychosozialer Zusammenhänge einzulassen. Entsprechend enthält dieses Buch Beiträge von Expertinnen aus verschiedenen Disziplinen. Einen besonderen Fokus auf das Thema „interdisziplinäre Zusammenarbeit“ legt der anschließende Gastbeitrag der Hebamme Lena Sutter.

Gastbeitrag: An der Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Geburtshilfe – Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit

Lena Sutter, MSc, Fachführende Pflege- und Hebammenexpertin

Obwohl die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen der Geburtshilfe und Psychiatrie entscheidend ist für die Versorgung von Eltern mit psychischen Störungen in der Peripartalzeit, bleibt sie oft eher ein theoretischer Gedanke als eine praktische Realität. Beim Thema Stillen kommt es z. B. vor, dass Fachpersonen unterschiedliche Empfehlungen abgeben, da sie die Gesamtsituation nicht gemeinsam besprechen. Das kann dazu führen, dass Patientinnen entweder Medikamente absetzen, um zu stillen, oder abstillen, weil sie Medikamente einnehmen – obwohl beides unter Umständen nicht nötig wäre. Faktoren wie unstrukturierte Praxisprozesse und nicht klar vernetzte Dienste, aber auch Zeitmangel, fehlende Kontinuität und hohe Arbeitsbelastung erschweren die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Praxis (Bayrampour et al., 2018; A. Higgins et al., 2018). Dabei wäre die Vernetzung involvierter Fachstellen eine zentrale Schaltstelle, um den Zugang zu Versorgungsangeboten für betroffene Eltern zu erleichtern (Martin et al., 2010; Wranik et al., 2019) und die Hürden für eine zeitnahe Versorgung zu reduzieren (Smith et al., 2019).

Ein gelungenes Beispiel für eine strukturierte Umsetzung interdisziplinärer Zusammenarbeit findet sich an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde am Inselspital Bern; diese wurde 2020 implementiert. Das interprofessionelle Angebot wird von einer spezialisierten Hebamme (Advanced Practice Midwife [APM]) und einer psychiatrischen Konsiliarärztin geleitet (Sutter et al., 2024). Das Ziel dieses Angebots ist es, die Früherkennung von peripartalen psychischen Erkrankungen zu fördern und die Betreuung betroffener Frauen und ihrer Familien zu verbessern. Die APM betreut Frauen mit peripartalen psychischen Erkrankungen während der Schwangerschaft und übernimmt Aufgaben an der Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Geburtshilfe. Sie ist Ansprechpartnerin für interne sowie externe Fachpersonen wie z. B. ambulante Hebammen, Psychiatriespitem¹, Psycholog:innen oder Psychiater:innen, mit denen gemeinsam das Geburts- und/oder Austrittsprozedere vorbesprochen und geplant wird. Innerhalb der Klinik organisiert und leitet sie den klinikinternen psychosozialen Rapport, der zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit und der Kommunikation etabliert wurde. Das Bewusstsein des Klinikpersonals für perinatale psychische Probleme und die Identifizierung von Risikogruppen wurde durch

1 „Spitem“ (spitalexterne Hilfe und Pflege) bezeichnet im deutschschweizerischen Raum die medizinische Versorgung von Menschen in ihrem Zuhause.

das Angebot verbessert. Die Fachpersonen schätzten die klaren Zuständigkeiten und niederschwellige Zusammenarbeit mit der APM (Sutter et al., 2024).

Zur Früherkennung von peripartalen psychischen Erkrankungen wurde ein systematisches Screening eingeführt, das einmal in der Schwangerschaft und einmal bei der Nachkontrolle postpartum erfolgt. Dabei werden zunächst die zwei Whooley-Fragen zum Screening auf eine Depression gestellt (auch bekannt als „Zwei-Fragen-Test“, siehe Bundesärztekammer et al., 2022; Whooley et al., 1997). Falls eine der Fragen positiv beantwortet wird, werden die Frauen gebeten, die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox, Holden & Sagovsky, 1987; deutsche Übersetzung: Bergant et al., 1998) auszufüllen. Ist ein Screening auffällig, haben die Frauen die Möglichkeit, einen Termin bei der APM oder der Psychiaterin wahrzunehmen. Die Auswertung der Pilotphase zeigte, dass die meisten Frauen den Ersttermin bei der APM bevorzugten und anschließend etwas mehr als ein Drittel der Frauen zur weiteren Abklärung an die Psychiaterin überwiesen wurden mit einer kurzen Wartezeit von durchschnittlich einer Woche (Sutter et al., 2024).

Aber auch an Standorten ohne eine solche vorgelebte interdisziplinäre Struktur kann die interdisziplinäre Zusammenarbeit durch niederschwellige Vernetzungsangebote verbessert werden. Eine Möglichkeit dafür sind regelmäßige Treffen der involvierten Stellen, z.B. in der Geburtsklinik oder in der Psychiatrie. So auch in der Gynäkopsychiatrie St. Gallen: Dort findet viermal im Jahr ein ca. 2-stündiges Treffen bei Kaffee und Gebäck mit Hebammen, Mütter-Väter-Beratenden, Gynäkolog:innen, Doulas² und weiteren Fachstellen statt. Dabei steht neben fachlichen Inputs und Fallbesprechungen vor allem die persönliche Vernetzung der Fachpersonen im Vordergrund, die die Kontaktaufnahme im Einzelfall erleichtert. Außerdem bleiben die Angebote so eher im Bewusstsein und können bei Bedarf empfohlen und in die Wege geleitet werden.

2 Eine Doula ist eine nicht medizinische Geburtsbegleiterin, die eine gebärende Person und ihre Partner:innen vor, während und nach der Geburt mental und emotional begleitet, ohne jedoch medizinische Aufgaben zu übernehmen.

Teil I

Einflussfaktoren auf das Erleben und Verhalten von Eltern in der Peripartalzeit

3 Elternschaft – Transformation und Adaptation

Der Übergang zur Elternschaft markiert den Beginn eines neuen Lebensabschnitts, der mit weitreichenden Veränderungen in wesentlichen Bereichen des Lebens verbunden ist. Eltern sind gefordert, sich auf psychologischer, sozialer und beruflicher Ebene neu zu orientieren und sich an die veränderten Lebensumstände anzupassen. Bei Schwangeren und Gebärenden treten darüber hinaus vielfältige körperlich-physiologische Veränderungen auf (siehe Kapitel 4). In diesem Kontext stellt die Peripartalzeit eine eigenständige Entwicklungsphase dar, die mit besonderen psychischen Herausforderungen für werdende Eltern einhergeht. Den Übergang zur Elternschaft als eigenständige Entwicklungsphase zu verstehen, hat innerhalb der psychotherapeutischen und psychiatrischen Fachwelt in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung und Anerkennung gewonnen (Athan, 2024). Dadurch wird die Adaptationsleistung gleichermaßen gewürdigt wie das persönliche Wachstum – sowohl aus der Perspektive von Therapeut:innen als auch von Betroffenen.

Die psychischen Veränderungen und Herausforderungen im Übergang zur Elternschaft wurden bislang überwiegend und umfassender bei Müttern als bei Vätern untersucht. Dies zeigt sich u. a. darin, dass mit dem Begriff Mutterschaft ein spezifisches Konzept existiert, das die Entwicklungsphase im Übergang zur Mutterschaft anhand spezifischer Kernmerkmale beschreibt (Athan, 2024). Aktuelle Beobachtungen im psychotherapeutischen Alltag zeigen außerdem, dass deutlich mehr Mütter als Väter psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch nehmen und sich somit häufiger in therapeutischer Behandlung befinden. Darüber hinaus gibt es Herausforderungen, die sich spezifisch an Frauen, Mütter und weiblich sozialisierte Menschen stellen, die sich von den Herausforderungen von Vätern bzw. männlich sozialisierter und gelesener Menschen unterscheiden. Aus diesem Grund widmet sich das folgende Kapitel zunächst den zentralen Aspekten des Übergangs zur Mutterschaft und beleuchtet deren Relevanz im Hinblick auf klinische Diagnosen in der Peripartalzeit. Im anschließenden Abschnitt 3.3 werden die spezifischen Veränderungen und Anforderungen beschrieben, denen Männer im Verlauf des Übergangs zur Vaterschaft begegnen.

3.1 Kernmerkmale der Mutterschaft

Das Konzept der Mutterschaft (aus dem Englischen *matrescence* bzw. deutsch *Matreszenz*) wurde 1973 von der medizinischen Anthropologin Dana Raphael eingeführt. Mutterschaft bzw. *Matreszenz* beschreibt den Prozess der Mutterwerdung als eine Entwicklungsphase ähnlich der Adoleszenz. Die Psychologinnen Aurélie Athan und Heather Reel (2015) erweiterten dieses Konzept später mit den umfassenden biopsychosozialen und ideologischen Veränderungen, die Mütter in dieser Zeit durchlaufen. Die Mutterschaft umfasst gemäß dem heutigen Verständnis die Vielzahl psychologischer, sozialer, kultureller und existenzieller Veränderungen, die Frauen beim Übergang in die Mutterschaft erleben, und weist neben einer begrifflichen Ähnlichkeit auch sonst in vielerlei Hinsicht Parallelen zur Pubertät auf: Beide Entwicklungsphasen bezeichnen eine Übergangsphase zwischen zwei Lebensstadien, die mit der Übernahme einer neuen gesellschaftlichen Rolle und einer veränderten gesellschaftlichen Erwartungshaltung verbunden ist (Athan & Reel, 2015; Orchard et al., 2023). Was die Mutterschaft hingegen von der Adoleszenz unterscheidet, ist, dass ihre Dauer von Frau zu Frau unterschiedlich ausfällt und sich mit jedem weiteren Kind wiederholt. Es handelt sich häufig um einen jahrelangen Prozess ohne eindeutiges Ende (Trinko et al., 2025). Im Zentrum der Mutterschaft steht die Ausbildung einer neuen (Mutter-)Identität und die Übernahme von Verantwortung im Rahmen der Mutterrolle (Gross Spector & Cinamon, 2017). Dieser Transformationsprozess lässt sich durch charakteristische Kernmerkmale beschreiben (Athan & Reel, 2015), die in den folgenden Abschnitten näher dargestellt werden.

3.1.1 Eigene Erwartungen und Idealvorstellungen

Der Übergang zur Mutterschaft ist häufig von individuellen Vorstellungen, Wünschen und Erwartungen begleitet, die sich sowohl auf das Muttersein, die Geburt, auf die Mutter-Kind-Beziehung und das Kind selbst beziehen können. Diese stehen im Spannungsfeld gesellschaftlich vorherrschender Idealbilder von Mutterschaft und können in Widerspruch zum tatsächlichen Erleben, Verhalten sowie zu den Interaktionen zwischen Mutter und Kind treten. Solche internalisierten Bilder, Erwartungen und Wunschvorstellungen entwickeln sich nicht erst mit der Geburt des Kindes, sondern setzen häufig bereits mit dem Beginn der Schwangerschaft ein. In der psychotherapeutischen Praxis lassen sich bei Müttern typische Abweichungen von Vorstellungen und Erwartungen beobachten, die gehäuft auftreten. Diese werden anhand von Fallbeispielen veranschaulicht.

Ein positiver Schwangerschaftstest stellt in der Vorstellung von Müttern ein äußerst freudiges Moment im eigenen Leben dar. In der Realität hingegen nehmen Mütter auch davon abweichende, ganz unterschiedliche emotionale Reaktionen bei sich wahr, die nicht mit dieser Idealvorstellung vom „übergelücklichen Moment“ übereinstimmen.