

„Aacho“ – ein niederschwelliges gruppentherapeutisches Angebot für geflüchtete Mütter mit Kleinkindern: Ergebnisse einer evaluativen Pilotstudie

Laura Wade-Bohleber, Anina Hofer, Martina Ottiger, Agnes von Wyl, Antonia Stulz und Sandra Rumpel¹

Summary

Can the Group Therapy “Arriving” Support Refugee Mothers with their Young Children? Results from a Longitudinal Pilot Study

Refugee mothers are exposed to multiple sources of psychological distress given their migration histories and the experience of motherhood in a foreign country and often in social isolation. “Aacho” (“Arriving”) is a psychoanalytic-oriented group therapy for refugee mothers with babies and toddlers in Switzerland. The present pilot study evaluated “Aacho” concomitantly and explored changes in the mothers’ symptom burden, in the developmental status of their children, and in the quality of mother-child interaction. Five mother-child dyads participated in a longitudinal study with two to three time points. Mothers self-reported on symptomatology (HSCL, HTQ, SSS 8) and the groups’ psychotherapists evaluated family functioning levels (HBS-L) and maternal levels of illness (CGI). In addition, the child’s developmental level (Bayley-III) and the quality of mother-child interaction (CARE index) were assessed. The symptom burden of the mothers was severe over the entire study period with varying symptom development (decrease/increase). The children’s language development tended to be delayed. The quality of mother-child interaction tended to increase over the study period. Refugee mothers with young children often experience severe psychological distress and require psychotherapeutic support that is specifically tailored to them. The evaluation of services offering such support poses specific methodological challenges.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 71/2022, 119-140

Keywords

mother-child group therapy – refugee families – trauma – mother-child interaction – evaluation

¹ *Danksagungen:* Die Autorinnen danken allen Müttern und ihren Kindern, die an dieser Pilotstudie teilgenommen haben. Für sie war das Ausfüllen der Fragebögen und das Durchführen der Testungen mit Aufwand verbunden und nicht immer einfach – auch wegen der Sprachbarrieren. Des Weiteren möchten sich die Autorinnen bei Nichanthi Sinnathurai für ihren Einsatz im Rahmen der Pilotstudie bedanken: Für ihre Masterarbeit in Psychologie hatte sie einige der Erhebungen durchgeführt.

Zusammenfassung

Geflüchtete Mütter sind durch die Fluchterfahrungen und -geschichten und die Mutterschaft in einem fremden Land mehrfachen Belastungen gleichzeitig ausgesetzt. „Aacho“ („Ankommen“) ist ein psychoanalytisch orientiertes Gruppenangebot für geflüchtete Mütter mit Babys und Kleinkindern in der Schweiz. Die vorliegende Pilotstudie hat „Aacho“ begleitend evaluiert und Veränderungen in der Symptombelastung der Mütter, im Entwicklungsstand ihrer Kinder und in der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion erfasst. Fünf Mutter-Kind-Dyaden nahmen an einer Längsschnittuntersuchung mit zwei bis drei Untersuchungszeitpunkten teil. Fragebögen dienten der Selbsteinschätzung der mütterlichen Symptomatik (HSCL, HTQ, SSS 8) sowie der Fremdeinschätzung des Funktionsniveaus der Familie (HBS-L) und des mütterlichen Krankheitsgrades (CGI) durch die Psychotherapeutinnen. Zudem wurden der Entwicklungsstand des Kindes (Bayley-III) und die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion (CARE-Index) erfasst. Es zeigte sich eine schwere Symptombelastung der Mütter über den gesamten Untersuchungszeitraum mit unterschiedlicher Symptomentwicklung (Ab-/Zunahme), eine von den Psychotherapeutinnen als ausgeprägt eingeschätzte psychische und soziale Belastung der Mütter und Familien sowie eine Tendenz einer Verzögerung in der sprachlichen Entwicklung der Kinder. Die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion nahm über den Untersuchungszeitraum tendenziell zu. Geflüchtete Mütter mit Kleinkindern sind psychisch oft schwer belastet und benötigen spezifisch auf sie zugeschnittene psychotherapeutische Unterstützungsangebote. Bei der Evaluation solcher Angebote stellen sich besondere methodische Herausforderungen.

Schlüsselwörter

Mutter-Kind-Gruppentherapie – Flüchtlingsfamilien – Trauma – Mutter-Kind-Interaktion – Evaluation

1 Hintergrund

1.1 Zur Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Geflüchteten und der Bedeutung spezifischer Behandlungsangebote in der Schweiz

In der Schweiz wurden im Jahr 2019 vor Ausbruch der Corona-Pandemie 14.269 Asylgesuche registriert, wobei sich 59.724 Personen im Asylprozess befanden (Staatssekretariat für Migration SEM, 2020). Die wichtigsten Herkunftsländer der Asylsuchenden in der Schweiz waren Eritrea, Afghanistan, Türkei, Syrien und Algerien.

Oft erleben die Geflüchteten in ihrem Heimatland oder auf der Flucht schwere Traumatisierungen. Eine Metaanalyse verschiedener internationaler Studien zeigte, dass circa 30 % der Geflüchteten an einer Traumafolgestörung oder depressiven Störung leiden (Steel et al., 2009). Einige Schweizer Untersuchungen schätzen diesen Anteil sogar auf 50 bis 60 % (Bachmann, 2012; Mueller, Schmidt, Staeheli, Maier, 2010). Es besteht also ein hoher Bedarf an einer psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten und solche Versorgungsangebote sollten spezifisch auf die Bedürfnisse von Geflüchteten ausgerichtet sein (Donnelly et al., 2011; Gong-

Guy et al., 1991; Kirmayer et al., 2011). Zusätzlich ist in der Schweiz 2019 ein neues Asylgesetz in Kraft getreten, mit dem die meisten Asylverfahren innerhalb von 140 Tagen abgeschlossen werden (Staatssekretariat für Migration, 2019). Aufgrund der beschleunigten Verfahren kommt der Früherkennung psychischer Erkrankungen und einer schnellen Einleitung einer allenfalls notwendigen Behandlung eine hohe Bedeutung zu: Nur so können etwaige Erkrankungen im Asylverfahren berücksichtigt werden (Heiniger u. Kaiser, 2020).

Allerdings gestaltet sich der Zugang zu spezialisierten Angeboten in der Schweiz regional unterschiedlich und oft unzureichend. Es bestehen individuelle Barrieren auf Seiten der Betroffenen (Sprachbarriere, Tabuisierung, fehlende Sensibilisierung und Informationen bzgl. psychischer Erkrankungen) sowie auch systembedingte Barrieren (fehlende Spezialisierung der Angebote, lange Wartefristen, ungenügende Erkennung eines allfälligen Behandlungs- und Betreuungsbedarfs durch das Betreuungspersonal sowie ungenügende Regelung des Einsatzes von interkulturellen Übersetzenden und Vermittelnden) (Heiniger u. Kaiser, 2020; Oetterli, Niederhauser, Pluess, 2013). In einer vom Schweizer Bundesamt für Migration (BFM) in Auftrag gegebenen Übersichtsarbeit von Oetterli et al. (2013) wurden bestehende Angebote von zwei Drittel der Asyl- und Flüchtlingskoordinatoren/innen und gut der Hälfte der Kantonsärzte/innen als nicht oder nur teilweise ausreichend spezialisiert für die Behandlung von Asylsuchenden eingestuft. Gemäß Oetterli et al. (2013) fehlten bereits im Jahr 2013 in der Schweiz bis zu 200 spezialisierte Plätze im Bereich der psychosozialen Behandlung und Betreuung von Personen mit Traumatisierung oder psychischer Erkrankung aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich.

1.2 Mütter mit Kleinkindern als besonders vulnerable Gruppe der Geflüchteten

Die Geburt eines Kindes ist für viele Frauen eine vulnerable Zeit, die mit einem erhöhten Risiko einer psychischen Beeinträchtigung einhergeht (Fisher et al., 2012; O'Hara u. Wisner, 2014). Unter den psychischen Beeinträchtigungen sind in dieser Zeit Depressionen und Angststörungen am häufigsten. Fehlende soziale Unterstützung, mangelnde Unterstützung in der Paarbeziehung, psychische Belastungen in der Vergangenheit und belastende Lebensereignisse sind in ihrer Rolle als Risikofaktoren in dieser Zeit gut belegt (O'Hara u. Wisner, 2014). Bei vielen geflüchteten Frauen liegt eine Kumulation solcher Risikofaktoren vor. Hinzu kommen das Wegfallen des eigenen Kulturkreises und Hilfesystems sowie das Sich-Einfügen in ein fremdes gesellschaftliches System. Dementsprechend kommen psychische Beeinträchtigungen bei immigrierten und geflüchteten Müttern weit häufiger vor als bei Müttern in der Allgemeinbevölkerung. So liegt zum Beispiel die Prävalenz einer postpartalen Depression bei immigrierten Müttern bei bis zu 42 % im Vergleich zu 15 % bei Müttern in der Allgemeinbevölkerung (Collins, Zimmerman, Howard, 2011).

Wenn Mütter psychisch beeinträchtigt sind, kann dies Folgen für die kindliche Entwicklung haben. Dies beschreiben psychoanalytische Entwicklungstheorien und belegt die empirische Bindungsforschung (z. B. Fonagy u. Target, 2006; Kobak, Zajac, Madsen, 2016). Liegt die Vollaussprägung einer psychischen Erkrankung bei der Mutter vor, sind Beeinträchtigungen der psychischen und physischen Entwicklung des Kindes sehr häufig (O'Connor, Monk, Burke, 2016). Eine große Rolle in diesem Zusammenhang spielt, ob die mütterliche Feinfühligkeit, das heißt ihre Fähigkeit prompt und angemessen auf die kindlichen Signale einzugehen, beeinträchtigt wird und wie sich die Bindungsbeziehung zwischen Mutter und Kind entwickelt (De Wolff u. Ijzendoorn, 1997; Sroufe, 2005). Denn Mütter mit psychischen Beeinträchtigungen zeigen oft spezifische Veränderungen im Interaktionsverhalten mit ihren Kindern. Depressive Mütter zeigen z. B. in der Interaktion mit ihren Säuglingen weniger koordiniertes Blick- und Berührungsverhalten und ängstliche Mütter vermehrt kontrollierendes Verhalten (Granat, Gadassi, Gilboa-Schechtman, Feldman, 2017). Solche spezifischen Veränderungen in der Mutter-Kind-Interaktion können das Erlernen von Emotionsregulationsfähigkeiten des Kindes und die Bindungsbeziehung zwischen Mutter und Kind beeinträchtigen (Feldman et al., 1999; Granat et al., 2017).

Eine psychotherapeutische Unterstützung kann ein feinfühliges Verhalten der Mutter im Umgang mit ihrem Kind spezifisch und die Mutter-Kind-Bindungsbeziehung insgesamt stärken (Cohen et al., 2002; Poobalan et al., 2007; Svanberg, Menet, Spieker, 2010). Bisher liegen nur wenige spezifische Konzepte für die psychotherapeutische Arbeit mit geflüchteten Müttern und ihren Kleinkindern vor (z. B. „Erste Schritte“ in Deutschland, Leuzinger-Bohleber, Rickmeyer, Tahiri, Hettich, Fischmann, 2016, „Sweet Mother“ in England, O'Shaughnessy, Nelki, Chiumento, Hassan, Rahman, 2012, spezifischer Ansatz in der Mutter-Kind-Therapie in Frankreich, Rezzoug, Baubet, Broder, Taïeb, Moro, 2008).

1.3 „Aacho“: Ein psychotherapeutisches Gruppenangebot für geflüchtete Mütter mit ihren Babys und Kleinkindern

„Aacho“ (Schweizerdeutsch für „Ankommen“) ist ein niederschwelliges gruppentherapeutisches Angebot, das von dem Verein Family Help in der Schweiz für Schwangere und Mütter mit ihren Babys und Kleinkindern nach einer Fluchterfahrung angeboten wird. Es findet in der Form von wöchentlichen Gruppentherapien à zwei Stunden für maximal sechs Mutter-Kind-Dyaden statt. Die Gruppen werden von zwei erfahrenen Psychotherapeutinnen geleitet und durch eine Psychotherapeutin in Ausbildung unterstützt. Zusätzlich werden die an der Gruppe teilnehmenden Mütter durch eine Sozialarbeiterin beraten, wenn sie bestimmte Anliegen haben (z. B. in Bezug auf ihr Asylverfahren, die Wohnsituation, die Ausbildung, den

Opfer- oder Kinderschutz, die Kinderkrippe etc.). Wenn notwendig, werden Dolmetscher oder Dolmetscherinnen zu Gesprächen hinzugezogen. Die Kosten für die Teilnahme an der Gruppentherapie werden von der gesetzlichen Krankenkasse getragen. Zusätzliche von der Krankenkasse nicht getragene Kosten (Dolmetscherkosten, soziale Beratung, Medikamente oder Verhütungsmittel, Therapiematerial etc.) werden über Spenden des Vereins Family Help finanziert.

Das Konzept für die psychotherapeutische Gestaltung von „Aacho“ kombiniert psychoanalytische, traumatherapeutische und bindungstheoretische Elemente. Die psychotherapeutische Arbeit orientiert sich entlang der folgenden Zielsetzungen:

- *Zusammen einen haltenden Raum (als Gruppe) gestalten, der ein Ankommen ermöglicht.* Den teilnehmenden Müttern und ihren Kindern soll die Möglichkeit gegeben werden, in einer intergenerationellen und multiethnischen Gruppe anzukommen, die ihrem Erlebten und ihrer aktuellen Situation einen „haltenden“ Raum bietet (im Sinne eines Containments, Bion, 1962). Ziel ist es, mit den teilnehmenden Müttern in der Gruppe ein „Wir-Gefühl“ zu entwickeln, das es ermöglicht, über schwieriges Vergangenes und Aktuelles gemeinsam in Kontakt zu kommen. Viele der geflüchteten Mütter kommen aus eher kollektivistisch- als individualistisch-orientierten Kulturen und können ein Verarbeiten schwieriger Erfahrungen eher in der Gruppe als im Einzelsetting für sich nutzen (vgl. auch Kira et al., 2012). Sehr wichtig scheint für die geflüchteten Mütter auch der Kontakt mit anderen Müttern in einer ähnlichen Situation, der durch die Gruppenteilnahme ermöglicht wird. Hier entstehen neue Möglichkeiten, sich zugehörig zu fühlen nach dem Verlust der Einbettung in soziale Gruppen im Heimatland.
- *Verlässliche Beziehungen anbieten und Autonomie fördern.* Die geflüchteten Mütter haben in der Regel vielfache Beziehungsabbrüche und -verluste erlebt. Die Beziehung zu den Psychotherapeutinnen soll hier eine andere, korrektive Erfahrung ermöglichen (Castonguay u. Hill, 2012): Durch das Erleben, dass das Behandlungsteam verlässlich zur Verfügung steht, und das Erfahren eines festen, regelmäßigen Settings in der Gruppentherapie. Idealerweise können die Mütter und die Kinder dieses Setting der Gruppentherapie und die Beziehung zu den Psychotherapeutinnen als eine „sichere Basis“ nutzen, um schwierige Gefühle und Erlebnisse, aber auch neue Verhaltensweisen zu explorieren (Fonagy, 2003). Die Flucht und die Mutterschaft gehen mit großen Herausforderungen an die eigene Identität einher und fordern vielfältige Ablösungs- und Autonomieprozesse. Für die stufenweise Bewältigung dieser Herausforderungen können tragende Beziehungserfahrungen im Rahmen des gruppentherapeutischen Angebots für die geflüchteten Mütter eine große Unterstützung sein. Um solche Prozesse verstehen zu können, sind sowohl Erkenntnisse der Bindungstheorie John

Bowlbys so wie z. B. die von ihm beschriebene Dualität zwischen Bindung und Autonomie (Bowlby, 1969, 1973, 1980), Daniel Sterns Selbstkonzept, dessen Aufbau er in den Beziehungen verwurzelt sieht (Stern, 1985), und Eriksons psychosoziales Modell der Identitätsentwicklung (Erikson, 1959) hilfreich.

- *Über die verschiedenen Kulturen in Kontakt kommen.* Zwischen dem Behandlungsteam und den geflüchteten Müttern gilt es viele kulturelle und kommunikative Brücken zu schlagen: Die Haltung des Behandlungsteams soll hierbei von Neugier und Offenheit geprägt sein. Dies soll auch eine entsprechende Atmosphäre in der Gruppentherapie ermöglichen. Gemeinsamkeiten und Unterschiede, Missverständnisse und Spannungen (z. B. ethnischer, politischer, religiöser Natur) zwischen den teilnehmenden Müttern untereinander und mit dem Behandlungsteam werden thematisiert.
- *Den Kontakt zum Kind mit Neugier gestalten, die Mutter-Kind-Bindung fördern und Entwicklungsräume für das Kind öffnen.* Mütter mit traumatischen Erfahrungen sind oft in ihrer Fähigkeit beeinträchtigt, feinfühlig auf die Signale ihres Babys oder Kleinkindes einzugehen (Mielke et al., 2016). Um einen solchen Umgang mit ihrem Kind zu stärken, versuchen die Psychotherapeutinnen in der Gruppentherapie mit den Müttern gemeinsam über das Kind und seine mentalen Zustände sowie über die Gefühle der Mutter gegenüber dem Kind nachzudenken. Sie versuchen, gemeinsam mit den Müttern, das Kind „zu entdecken“. Ziel ist es, die mentalisierenden Fähigkeiten der Mütter zu fördern, was die Mutter-Kind-Beziehung stärken kann (Suchman et al., 2017). Gleichzeitig werden so gut wie möglich die Kinder als Hoffnungsträger der Mütter entlastet, indem die mütterlichen Erwartungen an das Kind reflektiert werden. Das Ziel ist, dem Kind so mehr Raum für seine eigene Entwicklung zu eröffnen.

Wichtig ist es auch, die vorhandenen mütterlichen Fähigkeiten zu stärken: Die Psychotherapeutinnen überlegen gemeinsam mit der Mutter, was im Kontakt zum Kind gut gelingt und spiegeln die Interaktionen im Hier und Jetzt, um die intuitiven mütterlichen Fähigkeiten zu unterstützen.

- *Ein Narrativ bezüglich traumatischer Erfahrungen und der Fluchtgeschichte entwickeln.* In der Gruppentherapie mit geflüchteten und traumatisierten Müttern treten dissoziative Zustände und Spaltungsphänomene häufig auf (vgl. auch Howell u. Itzkowitz, 2016; Leiderman, 2020). Die Psychotherapeutinnen versuchen, dissoziierte Erfahrungen, Gefühle, Zustände und Persönlichkeitsanteile der Mütter mitzudenken und Spaltungsphänomene sanft zu überbrücken. Traumatische Erfahrungen führen zu einem Zusammenbrechen der inneren zeitlichen Einordnung der Geschehnisse. In der Gruppentherapie wird versucht, die durcheinander gekommenen Zeitachsen wiederherzustellen und eine Distanzierung der Gegenwart von der Vergangenheit zu finden. Ein

vorsichtiges In-Kontakt-Kommen mit den traumatischen Erlebnissen soll es den Müttern ermöglichen, ein Narrativ in Bezug auf das Erlebte zu entwickeln.

- *Bei Alltagsfragen unterstützen.* Viele der geflüchteten Mütter sind mit Alltagsaufgaben und den administrativen Abläufen in der Schweiz überfordert. Das „Aacho“-Behandlungsteam, insbesondere die Sozialarbeiterin, unterstützt die geflüchteten Mütter hier ganz konkret. In dieser Tätigkeit sieht sich das „Aacho“-Behandlungsteam auch als Brückenbauer zwischen den Müttern und den Schweizer Institutionen, wie dem Gesundheitssystem, der Polizei, dem Bundesamt für Migration, dem Sozialamt oder anderen Hilfseinrichtungen.

1.4 Pilotstudie

Bisher wissen wir wenig über die Wirksamkeit spezifischer gruppentherapeutischer Angebote für geflüchtete Mütter mit kleinen Kindern (Leuzinger-Bohleber u. Lebigger-Vogel, 2016; O’Shaughnessy et al., 2012; Rezzoug et al., 2008). Ziel der vorliegenden Pilotstudie war es, das gruppentherapeutische Angebot „Aacho“ mit einem kombinierten qualitativen-quantitativen Ansatz zu evaluieren. Es wurden die folgende vier Fragestellungen explorativ untersucht: (i) Mit welchem Migrationshintergrund kommen die Mütter zu „Aacho“? Wie stark sind sie psychisch belastet? Wie verändert sich ihre psychische Belastung während der Teilnahme an „Aacho“? (ii) Wie verläuft die kognitive, sprachliche und motorische Entwicklung ihrer Kinder? (iii) Zeigen sich Veränderungen in der Qualität der Interaktion bei geflüchteten Müttern und ihren Kleinkindern, die an „Aacho“ teilnehmen? (iv) Welche Veränderungsprozesse werden durch die Psychotherapeutinnen beobachtet?

2 Methoden

2.1 Stichprobe

Sieben Mutter-Kind-Dyaden, die an „Aacho“ teilnahmen, wurden in die vorliegende Pilotstudie eingeschlossen. Zwei Mutter-Kind-Dyaden brachen ihre Teilnahme an den psychotherapeutischen Gruppen ab, weshalb die finale Stichprobe fünf Mutter-Kind-Dyaden umfasste. Einschlusskriterium war das Alter des Kindes (bis Kindergarten Eintritt). Ausgeschlossen wurden Müttern mit ihren Kindern, wenn eine Studienteilnahme aus Sicht der Psychotherapeutinnen nicht zumutbar war.

Zwei Mutter-Kind-Dyaden nahmen an drei Untersuchungszeitpunkten (T0, T1, T2) und drei Mutter-Kind-Dyaden an zwei Untersuchungszeitpunkten (T0 und T1) teil.

Die an der Studie teilnehmenden Mütter wurden in einem Aufklärungsgespräch über den Zweck und Ablauf der Studie informiert und gaben eine schriftliche Einwilligung zur Studienteilnahme. Persönliche Angaben der Familien wurden anonymisiert.

2.2 Studienablauf

Das gruppentherapeutische Angebot „Aacho“ fand wöchentlich in Form von zweistündigen Sitzungen statt. Die Evaluation umfasste drei Untersuchungszeitpunkte: Vor Beginn der Teilnahme an der Mutter-Kind-Therapiegruppe (T0), nach circa acht Monaten (T1) und nach circa 14 Monaten (T2).

2.3 Erhebungsinstrumente

Tabelle 1 gibt eine Übersicht der verwendeten Erhebungsinstrumente zu den verschiedenen Untersuchungszeitpunkten.

2.3.1 Selbstrating durch die Mütter

Die Erfassung der Symptomatik der Mutter erfolgte durch einen Selbstbeurteilungsfragebogen, bestehend aus drei Teilen: (a) Depression und Angst wurden anhand der *Hopkins Symptom Checklist* (HSCL-25; Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, Covi, 1974) erfasst; (b) die *Somatic Symptom Scale 8* (SSS 8; Gierk et al., 2014) erfasste psychosomatische Symptome; (c) Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung wurden anhand des entsprechenden Teils des *Harvard Trauma Questionnaires* (HTQ; Mollica, Caspi-Yavin, Bollini, Truong, Tor, Lavelle, 1992) erfragt. Bei der HSCL-25 gilt ein Mittelwert (M) von $M \geq 1.75$ als klinisch relevanter Cut-Off-Wert. Beim SSS gelten die Skalenwerte 4-7 als leichte, 8-11 als mittlere, 12-15 als hohe und 16-32 als sehr hohe Ausprägungen der somatischen Symptombelastung. Beim HTQ gelten Mittelwerte $M > 2.5$ als symptomatischer Cut-Off-Wert, der auf eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) anzeigt. Bei mangelnden Sprachkenntnissen wurde ein Dolmetscher oder eine Dolmetscherin beigezogen, die den teilnehmenden Müttern beim Ausfüllen des Fragebogens halfen.

2.3.2 Fremdrating durch die Psychotherapeutinnen

Neben der Erfassung von demografischen Angaben und einer Dokumentation des Migrationshintergrundes erfolgte zu Beginn der Untersuchung eine generelle Einschätzung des Funktionsniveaus der Familie durch die Psychotherapeutinnen anhand der *Heidelberger Belastungsskala* (HBS-L; Sidor, Eickhorst, Stasch, Cierpka, 2012). Es wurden vier Bereiche eingeschätzt: Persönliche Belastung des Kindes und der Eltern, soziale und materielle Belastung. Zudem wurde zu jedem Untersuchungszeitpunkt die *Skala für den Klinischen Gesamteindruck* (*Clinical Global Impression Scale*, CGI; Guy, 1976) erhoben. Die Psychotherapeutinnen hielten Beobachtungen zu Veränderungsprozessen im Rahmen der Gruppentherapie in Form von Sitzungsprotokollen fest.

2.3.3 Durch das Untersuchungsteam erfasste Dimensionen

Anhand des *CARE-Index* (Crittenden, 1979, 2005) erfolgte die Evaluation der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion, indem eine freie Spielsituation von drei bis fünf Minuten zwischen Mutter und Kind auf Video aufgenommen wurde. Die Videos wurden von einer zertifizierten CARE-Index-Raterin beurteilt. Der CARE-Index beinhaltet drei Erwachsenenskalen: Sensitivität, Kontrolle und Nicht-Responsivität. Zu den Kleinkindskalen gehören die Skalen kooperativ, zwanghaft, schwierig und passiv. Die verschiedenen Skalen werden in einer Gesamtskala der dyadischen Synchronizität zusammengefasst. Auf dieser geben Werte 14 bis 11 eine sensitive, 10 bis 7 eine adäquate, 5 bis 6 eine unbeholfene und 0 bis 4 eine gefährdete Interaktionsdynamik an.

Die Erfassung des Entwicklungsstandes des Kindes erfolgte anhand der *Bayley scales of infant and toddler development: Bayley-III* (Bayley, 2006; Reuner u. Rosenkranz, 2014). Der Bayley-III besteht aus drei Bereichen, zu denen das Kind untersucht wurde: Die Kognition, Sprache (rezeptiv und expressiv) sowie Motorik (Feinmotorik und Grobmotorik). Skalenwerte im Bereich von 85-115 liegen im altersentsprechenden Normbereich.

Tabelle 1: Übersicht der eingesetzten Erhebungsinstrumente zu den verschiedenen Untersuchungszeitpunkten

	T0 (zu Beginn der Therapie)	T1 (nach ca. 8 Monaten)	T2 (nach ca. 14 Monaten)
Selbstrating (Mütter)	<ul style="list-style-type: none"> • HSCL – 25 • SSS 8 • HTQ 	<ul style="list-style-type: none"> • HSCL – 25 • SSS 8 • HTQ 	<ul style="list-style-type: none"> • HSCL – 25 • SSS 8 • HTQ
Fremdrating (Psychotherapeutinnen)	<ul style="list-style-type: none"> • Migrationsgeschichte • HBS-L • CGI 	<ul style="list-style-type: none"> • CGI • Veränderungen in der Psychotherapie (Sitzungsprotokolle) 	<ul style="list-style-type: none"> • CGI • Veränderungen in der Psychotherapie (Sitzungsprotokolle)
Untersuchungen (Studienteam)	<ul style="list-style-type: none"> • CARE-Index • Bayley-III 	<ul style="list-style-type: none"> • CARE-Index • Bayley-III 	<ul style="list-style-type: none"> • CARE-Index • Bayley-III

Anmerkungen. HBS-L: Heidelberger Belastungsskala; CGI: Clinical Global Impression Scale; HSCL – 25: Hopkins Symptom Checklist; SSS 8 : Somatic Symptom Scale; HTQ: Harvard Trauma Questionnaire; Bayley-III: Bayley scales of infant and toddler development.

2.4 Datenanalyse

Die Berechnung deskriptiver Statistiken wurden mit SPSS 26 (IBM Corp. Released 2019. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp) durchgeführt. Die Ergebnisse der verschiedenen Erhebungsinstrumente wurden beschreibend zusammengefasst.

3 Ergebnisse

Exemplarisch soll hier eine kurze Fallbeschreibung für eine der fünf Mutter-Kind-Dyaden erfolgen. Wir beschreiben die Fälle und den Behandlungsverlauf der fünf Mutter-Kind-Dyaden ausführlicher im zusätzlichen Online-Material zu diesem Artikel. Anschließend erfolgt eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse entlang unserer Fragestellungen.

3.1 Fallbeschreibung Mutter-Kind-Dyade Y

Frau Y. hatte in frühem Alter bereits schwere traumatische Erfahrungen gemacht: Schon mit 15 Jahren wurde sie schwanger, das Kind wurde ihr von der Familie weggenommen und sie von der Familie verstoßen. Als Minderjährige war sie dann mehrere Jahre auf der Flucht, erlebte physische und psychische Gewalt, bis sie schließlich aus ihrem afrikanischen Ursprungsland in die Schweiz kam. Als Frau Y. Mitte Zwanzig litt sie zum Zeitpunkt ihrer Teilnahme an „Aacho“ an einer komplexen Traumafolgestörung, ausgeprägten Ängsten und einer depressiven Grundstimmung. Sowohl in ihrer Selbsteinschätzung in den Fragebögen als auch in der Fremdeinschätzung durch die Therapeutinnen zeigte sich das Bild einer psychisch schwer belasteten Frau. In dem Interaktionsverhalten von Frau Y. und ihrer zehn Monate alten Tochter fiel zunächst die Zurückhaltung der Tochter auf und dass diese sich kaum bei ihrer Mutter beruhigen oder ausruhen konnte. Die beiden konnten „Aacho“ für sich nutzen. Frau Y. konnte sich in diesem Setting zunehmend Unterstützung holen. Im Verlauf konnte Frau Y. feinfühler mit dem Verhalten der Tochter umgehen, was sich über den Studienverlauf auch in einer deutlich adäquateren Interaktion gemäß den CARE-Index-Ratings zeigte (von 6 bei T0 zu 10 bei T2). Während der Studienteilnahme erhielt Frau Y. einen negativen Asylentscheid und wurde für zwei Tage, getrennt von ihrem Mann und hochschwanger, zusammen mit ihrer kleinen Tochter inhaftiert. Dieses Erlebnis belastete sie sehr und führte sowohl zu einem Einbruch in ihrer eigenen psychischen Verfassung als auch zu einem erneut beeinträchtigteren Interaktionsverhalten mit ihrer Tochter. Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich die psychische Symptomatik von Frau Y. über den Zeitraum der Studie schwankend entwickelte, die Therapeutinnen sie im Verlauf als etwas weniger beeinträchtigt einschätzten und sich im CARE-Index eine adäquatere Interaktion zwischen Mutter und Kind zeigte. Frau Y.s Tochter entwickelte sich altersentsprechend.

3.2 Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse und Diskussion

Im Folgenden fassen wir die Ergebnisse unserer Pilotstudie entlang unseren ursprünglichen Fragestellungen zusammen:

(i) Mit welchem Migrationshintergrund kommen die Mütter zu „Aacho“? Wie stark sind sie psychisch belastet? Wie verändert sich ihre psychische Belastung während der Teilnahme an „Aacho“?

Alle Mütter, die an dieser Pilotstudie und dem gruppentherapeutischen Angebot „Aacho“ teilnahmen, waren psychisch schwer belastet und hatten in ihrem Heimatland und/oder auf der oft mehrjährigen Flucht schwere und zum Teil mehrfache Traumatisierungen erlebt.

Abbildung 1 gibt einen Überblick der Symptombelastung der Mütter in den Bereichen Depression, Angst, PTBS und somatischen Symptomen. Es wird ersichtlich, dass bei allen fünf Müttern eine klinisch relevante depressive und ängstliche Symptomatik und ausgeprägte PTBS-Symptomatik vorlag. Im Kleinen spiegeln sich hier bei diesen fünf Müttern die Befunde aus größeren Studien wider, die gezeigt haben, dass Depressionen, Angsterkrankungen und PTBS bei Geflüchteten sehr häufig und schwer in ihrer Ausprägung sind (Fazel, Wheeler, Danesh, 2005). Besonders ausgeprägt waren in unserer Untersuchung auch die somatischen Symptome, die sich bei fast allen Müttern in einer sehr hohen Ausprägung zeigten. Wir wissen, dass somatische Symptome bei Geflüchteten besonders häufig und in ausgeprägter Weise vorkommen, wobei sowohl Somatisierungsphänomene, kulturelle Aspekte als auch unerkannte somatische Erkrankungen oder eine beeinträchtigte körperliche Gesundheit eine Rolle spielen können (Rohlof, Knipscheer, Kleber, 2014).

Über den Verlauf der Psychotherapie zeigte sich in Bezug auf die Entwicklung der Symptomatik bei den fünf Müttern kein einheitliches Bild: Einzig Frau M. zeigte eine konsistente Reduktion der Symptomatik in allen Bereichen. Bei Frau Y. zeigte sich hingegen zunächst von T0 zu T1 ein Anstieg, danach von T1 zu T2 eine Reduktion der Symptomatik in allen Bereichen. Frau B. berichtete im Verlauf eine stärkere Symptomatik und Frau S. und U. zeigten unterschiedliche Verläufe in den verschiedenen Symptombereichen (Zu- und Abnahme der Symptome). Vielleicht illustrieren diese unterschiedlichen Verläufe, wie wichtig eine differenzierte Betrachtung der Fälle in einer Untersuchung wie der unseren ist. Die Symptomentwicklung entspricht nicht dem in der Psychotherapieforschung oft beobachteten typischen Verlauf einer schnellen anfänglichen und dann langsameren Symptomabnahme während einer psychotherapeutischen Behandlung (Howard, Lueger, Maling, Martinovich, 1993). Wir wissen allerdings, dass sehr schwer beeinträchtigte Patientinnen und Patienten sich zu Beginn einer Psychotherapie in ihrer Symptomatik oft nur wenig verändern (Stulz u. Lutz, 2007). Zusätzlich kann ein innerliches Ankommen in einem haltenden psychotherapeutischen Rahmen zunächst eine Verschlechterung der psychischen Verfassung mit sich bringen. Owen und Kollegen (2015) konnten zum Beispiel zeigen, dass Psychotherapie bei einer Subgruppe von stark belasteten Patientinnen und Patienten zunächst mit einer Symptomverschlechterung einhergeht. Des Weiteren ist es möglich, dass die Selbsteinschätzung der Symptomatik durch die an „Aacho“ teilnehmenden

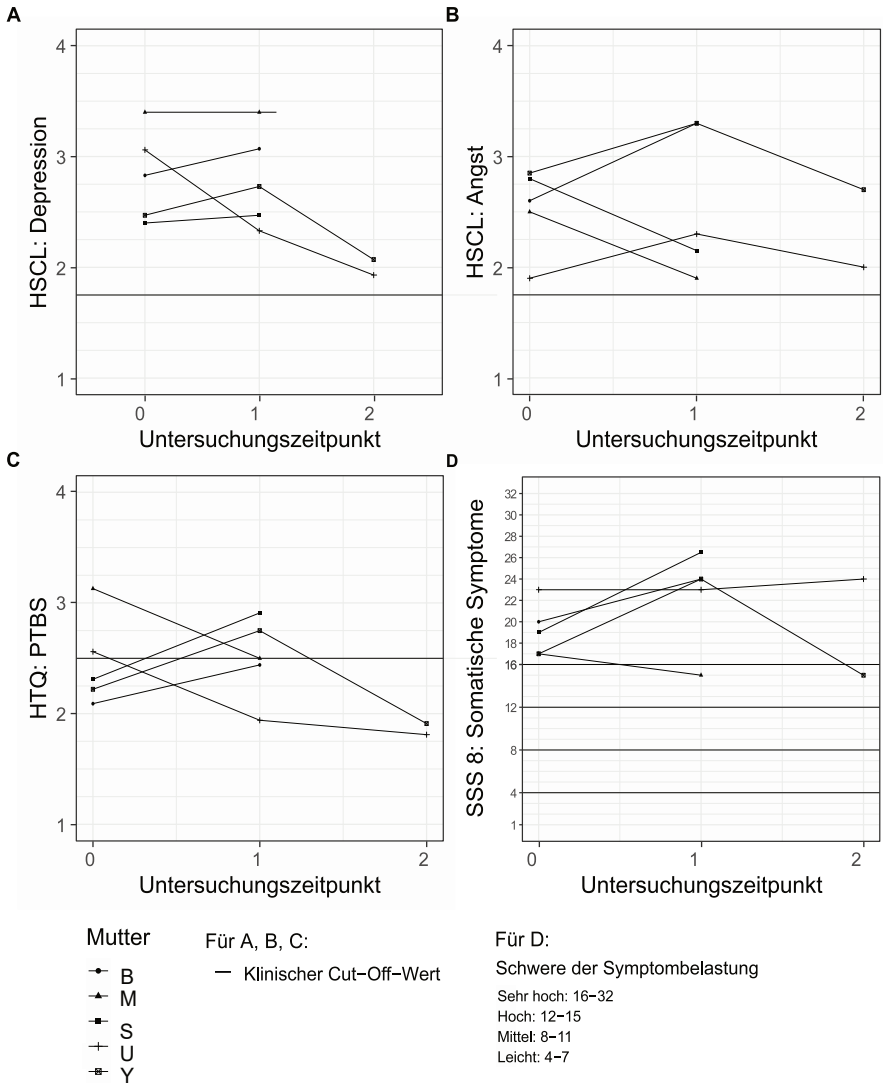


Abbildung 1: Symptomausprägung der teilnehmenden Mütter über die zwei bzw. drei Untersuchungszeitpunkte. A. Depressionssymptomatik gemäß HSCCL. B. Angstsymptomatik gemäss HSCCL. C. Symptome einer PTBS gemäß HTQ. D. Somatische Symptombelastung gemäß SSS 8.

Mütter anhand der eingesetzten Fragebögen wenig valide und reliabel war. So ist zum Beispiel vorstellbar, dass die Mütter mit der Zeit zu einer akkurateren Einschätzung der eigenen Symptome kamen, weil sie durch die Gruppenteilnahme mehr über die möglichen Symptome einer psychischen Erkrankung erfuhren und dies einige Variationen in ihrer Selbsteinschätzung bedingt. Schließlich ist es wichtig zu bedenken, dass in der Selbsteinschätzung der psychischen Symptomatik die Sprachbarriere und auch kulturelle Aspekte zum Tragen kommen (Hollifield et al., 2002). Zusätzlich wurden die Fragebögen mithilfe einer Dolmetscherin oder eines Dolmetschers ausgefüllt, was wiederum zu einem veränderten Antwortverhalten der Mütter geführt haben könnte (Bischoff et al., 2003).

Auch in der Fremdeinschätzung durch die Psychotherapeutinnen zeigt sich die hohe psychische Belastung der Mütter und auch ihrer Kinder, die an „Aacho“ teilnahmen. Bezüglich der familiären Belastungen zu Therapiebeginn bestanden bei allen Familien Anzeichen von mangelhafter pflegerischer Versorgung des Kindes, was vor allem mit den Wohnverhältnissen in den Asylzentren zu tun hatte. Mehrheitlich zeigten sich Verhaltensauffälligkeiten bei den Kleinkindern: Sie verhielten sich nicht altersentsprechend oder zeigten eine starke Unruhe oder Überanpassung. Seitens der Kindseltern bestanden mehrheitlich Schwierigkeiten bei der Eltern-Kind-Beziehungsgestaltung, Überforderungen mit der Gesamtsituation, sowie Krisenherden in der Partnerschaft. Bei allen Familien wurden gesundheitliche und psychische Probleme der Kindseltern festgestellt.

Abbildung 2 zeigt die Einschätzung des Krankheitsgrades der Mütter durch die Psychotherapeutinnen anhand des CGIs. Alle Mütter wurden als mäßig bis deutlich krank eingestuft. Über den Zeitraum der Untersuchung verbesserte sich der Krankheitsgrad bei drei Müttern, bei einer war er gleichbleibend und bei einer Mutter verschlechterte er sich.

(ii) Wie verläuft die kognitive, sprachliche und motorische Entwicklung der Kinder?

In den Untersuchungen des Entwicklungsstandes der teilnehmenden Kinder zeigten sich tendenziell Defizite mit zunehmendem Alter (s. Abb. 3). Vor allem im sprachlichen Bereich fielen mit zunehmendem Alter drei der vier Kinder in den unterdurchschnittlichen Entwicklungsbereich. Hier spielt mit zunehmendem Alter die Fremdsprache in der Herkunftsfamilie sicher eine entscheidende Rolle. In der kognitiven und motorischen Entwicklung fielen mit zunehmendem Alter zwei Kinder aus dem durchschnittlichen Entwicklungsbereich. Bisher liegen kaum Studien zur kognitiven, sprachlichen und motorischen Entwicklung von Kleinkindern von Geflüchteten vor (Kroening et al., 2016). Wir wissen jedoch, dass Kinder von psychisch schwer belasteten Eltern zu Entwicklungsdefiziten neigen (Mensah u. Kiernan,

2010) und es ist anzunehmen, dass dies mit einer Beeinträchtigung der Qualität der Eltern-Kind-Interaktion zu tun hat (Feldman, 2007; Poehlmann, Burnson, Weymouth, 2014; Topping, Dekhinet, Zeedyk, 2013). Darüber hinaus spielen sicherlich weitere Umweltfaktoren eine wichtige Rolle: Ist in den Unterbringungszentren für Asylsuchende genügend altersgerechte Stimulation vorhanden? Welche Beziehungen außerhalb der Mutter-Kind-Dyade haben die Kinder? Die Familien, die wir hier untersucht haben, waren sozial oft isoliert. Zudem war es für zwei der Kinder trotz des Willens ihrer Mutter zumindest zeitweise nicht möglich, eine Krippe zu besuchen. In einem Fall ging der Krippenbesuch mit wichtigen Entwicklungsschritten des Kindes einher.

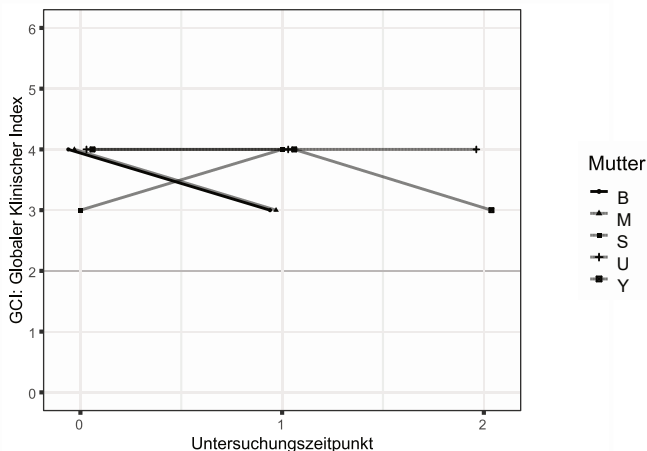


Abbildung 2: Einschätzung des Schweregrads der Erkrankung durch die Psychotherapeutin im CGI zu den verschiedenen Untersuchungszeitpunkten. 0 = überhaupt nicht krank bis 6 = extrem schwer krank.

(iii) Zeigen sich Veränderungen in der Qualität der Interaktion bei geflüchteten Müttern und ihren Kleinkindern, die an „Aacho“ teilnehmen?

Veränderungen der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion über die drei Untersuchungszeitpunkte sind in Abbildung 4 dargestellt. Bei zwei Mutter-Kind-Dyaden (Y, B) gab es eine ausgeprägte Steigerung in der Qualität der Interaktion, bei einer Mutter-Kind-Dyade (S) eine leichte, bei einer (M) fiel sie leicht ab. Mutter-Kind-Dyade T zeigte eine erstaunliche Veränderung: Bei T1 hatte sich die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion vom adäquaten in den sensitiven Bereich gesteigert, bei T2 fiel sie wieder auf den Ausgangswert vor Therapiebeginn zurück. In ihrer Tendenz spiegeln diese Befunde Erkenntnisse aus anderen Studien wider, die zeigen, dass stützende und psychotherapeutische Interventionen bei Müttern mit Traumatisierungen und

anderen psychischen Beeinträchtigungen einen positiven Einfluss auf die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion haben können (Klinger-König u. Grabe, 2019). Eine Pilotstudie aus England, die psychotherapeutische Gruppen für geflüchtete Mütter mit Kleinkindern evaluiert und auch den CARE-Index eingesetzt hat, kam zu ähnlichen Ergebnissen: Auch hier zeigte sich eine Tendenz zu einer Steigerung der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion (O’Shaughnessy et al., 2012).

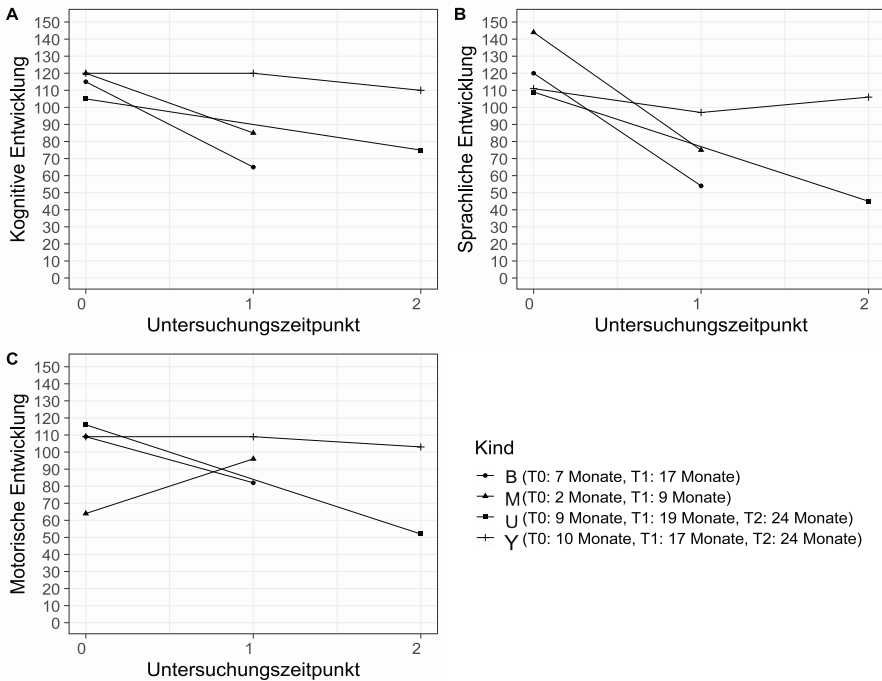


Abbildung 3: Ergebnisse der Entwicklungstestungen anhand der Bayley-III für die verschiedenen Kinder per Untersuchungszeitpunkt. A. Kognitive Entwicklung. B. Sprachliche Entwicklung. C. Motorische Entwicklung. In Grau sind Werte im Normbereich markiert

(iv) Welche Veränderungsprozesse werden durch die Psychotherapeutinnen beobachtet?

Die meisten Frauen erlebten den psychotherapeutischen Raum als einen Ort, wo sie sich hinwenden konnten, Halt erfuhren und in den Gruppensitzungen Orientierung erhielten. Durch das Gefühl, mit den Bedürfnissen und Fragen einer jungen Mutter, der Migrationsgeschichte und der Ohnmacht gegenüber den Behörden in der Schweiz nicht allein zu sein, fanden viele von ihnen etwas Trost. Die Psychotherapeutinnen beobachteten, dass die Frauen mit mehr Zuversicht auf ihre Zukunft

und auf ihre kleinen Kinder schauten, der mütterliche Selbstwert und Identität gestärkt wurde und sie Gefühle aus der Vergangenheit besser von denjenigen in der Gegenwart unterscheiden konnten. Ein gewisses Verständnis für die Genese der PTBS-Symptome und einfache Narrative zur Stressverarbeitung führten dazu, dass viele Frauen weniger an sich selbst zweifelten und die Symptome besser einordnen konnten. Sie konnten sich kompetenter erleben undbezogener mit ihrem Nachwuchs umgehen.

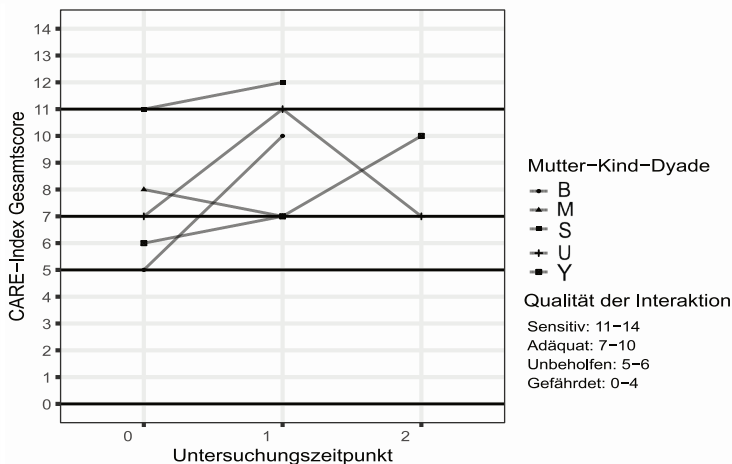


Abbildung 4: Qualität der Mutter-Kind-Interaktion gemäß des CARE-Index (Dyadische Interaktions-skala) für die verschiedenen Mutter-Kind-Dyaden per Untersuchungszeitpunkt

Aus Sicht der Psychotherapeutinnen war dabei die mikrosequenzielle Begleitung positiv und schwierig verlaufender Interaktionen zwischen den Müttern mit ihren Kindern von Bedeutung. Auf Seiten der Kinder zeigten sich Belastungen durch Erstarren, sich nicht trennen können, anhaltendes Schreien oder Weinen, Essen heraufwürgen oder motorischen Auffälligkeiten. „Vergaßen“ die Mütter ihre Kleinkinder oder unterbrachen auf grobe Art das Spiel des Kindes, weil sie von Flashbacks eingeholt wurden, sie von einer großen Traurigkeit überschwemmt wurden oder sie dissoziierten, so wurde dem Kind und der Mutter gespiegelt, was sich zutrug. Das Geschehen konnte verlangsamt werden. Die Interaktionen verbesserten sich und die Beziehung konnte gestärkt werden. Die Gespenster aus der Traumageschichte der Mütter konnten teilweise aus der Mutter-Kind-Dyade „verjagt“ werden. Im Stressmuster der Mütter waren sie weiterhin da, belasteten aber die Kinder weniger.

An dieser Stelle muss festgehalten werden, dass die Entwicklung derjenigen Kinder, deren Mütter keine Aufenthaltsbewilligung bekommen hatten, also immer in der Unsicherheit lebten, mit ihren Kindern ausgeschafft zu werden, massiv belastet

war und durch psychotherapeutische Interventionen nur wenig beeinflusst werden konnte.

4 Abschließende Diskussion

Ziel dieser Pilotstudie war es, das gruppentherapeutische Angebot „Aacho“ für geflüchtete Mütter begleitend zu evaluieren. Es nahmen fünf Mutter-Kind-Dyaden an dieser Pilotstudie teil. Wir haben erfasst, von welchen Migrationsgeschichten und psychischen Belastungen die Mütter berichteten, ob sich ihre psychische Belastung über die ersten Monate der Teilnahme an „Aacho“ veränderte, wie sich ihre Kinder kognitiv, sprachlich und motorisch entwickelten und welche Veränderungen in der Mutter-Kind-Therapie sowie im psychotherapeutischen Prozess zu beobachten waren.

Es zeigte sich, dass alle teilnehmenden Mütter schwere und zum Teil mehrfache Traumatisierungen erlebt hatten und an einer sehr hohen Symptombelastung litten. Diese veränderte sich unterschiedlich über den Untersuchungszeitraum. Die Kinder wiesen zum Teil Entwicklungsverzögerungen auf, vor allem im sprachlichen Bereich. Die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion verbesserte sich bei den meisten Mutter-Kind-Dyaden.

Dass sich schon über wenige Monate einer Teilnahme an einer Gruppentherapie eine Veränderung in der Mutter-Kind-Interaktion zeigte, ist ein ermutigendes und starkes Ergebnis dieser Pilotstudie. Auch wenn sich die Symptombelastung der Mütter oft nur wenig veränderte, deutet dies darauf hin, dass sie die Gruppe für die Gestaltung der Beziehung zu ihrem Kind nutzen konnten. Dies wird auch in den Beobachtungen der Psychotherapeutinnen deutlich.

Angesichts der herausragenden Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Beziehung für die weitere Entwicklung des Kindes (vgl. z. B. Thompson, 2008), unterstreicht dieser Befund die Wichtigkeit früher Unterstützungsangebote für diese Gruppe von besonders belasteten Müttern. In der Schweiz existieren solche spezifischen Angebote bisher insgesamt zu wenig (Oetterli et al., 2013).

In der Durchführung dieser Pilotstudie wurden viele Herausforderungen einer begleitenden Evaluation eines Angebots wie „Aacho“ deutlich. So konnten sich die geflüchteten Mütter oft nur Schritt für Schritt auf das Angebot einlassen – sie hier für eine erste Testuntersuchung möglichst vor Beginn der Gruppenteilnahme zu erreichen, war sehr schwierig. Beim Einsatz von Fragebögen zur Selbsteinschätzung ihrer psychischen Belastung ergeben sich Fragen bezüglich der Validität und Reliabilität der Messinstrumente (Hollifield et al., 2002). Die direkte Beobachtung der Mutter-Kind-Interaktion in einer Spielinteraktion ist sicherlich für solche Barrieren weniger anfällig (Crittenden, 2005). Das Durchführen des Entwicklungstests war mit den schwer belasteten Mutter-Kind-Paaren in einigen Fällen kaum möglich und es bleibt die Frage, wie aussagekräftig die Ergebnisse des Tests aufgrund der sprach-

lichen und kulturellen Barrieren zwischen den Mutter-Kind-Paaren und dem Untersuchungsteam wirklich waren. Zusätzlich wurde in der Pilotstudie deutlich, wie ausschlaggebend externe Faktoren für den Verlauf der Gruppentherapie und die Veränderungen in der psychischen Belastung der Mütter waren: Ein negativer Entscheid bezüglich des Aufenthaltsstatus war für eine Mutter oft eine dramatische und sehr bedrohliche Nachricht, die zu einem psychischen Zusammenbruch führen konnte. Aber auch andere Schwierigkeiten im Kontakt mit den Behörden oder in der Alltagsgestaltung allgemein hatten einen großen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden der Mütter und wirkten so unabhängig von der Teilnahme an der Gruppentherapie darauf ein, wie es den Müttern ging.

Trotz dieser Einschränkungen denken wir, dass Studien wie die unsere einen Beitrag leisten können, um die schwierige Situation und den Unterstützungsbedarf geflüchteter Mütter aufzuzeigen. Auch mit Hinblick auf den gesundheitspolitischen Rahmen und konkret die Finanzierung von Angeboten wie „Aacho“ sind weitere, größer angelegte Studien notwendig, damit neben den privaten Spendern zunehmend auch staatliche finanzielle Unterstützung fließt. Denn Angebote wie „Aacho“ können einen Beitrag leisten, dass solch psychisch sehr belastete geflüchtete Mütter Unterstützung finden, die Beziehung zu ihren kleinen Kindern und so auch die kindliche Entwicklung gefördert wird. So kann ein friedliches Zusammenleben in einer multiethnischen Gesellschaft für Schweizerinnen und Schweizer und die neu dazugekommen Menschen besser gelingen.

Fazit für die Praxis

- Geflüchtete Mütter sind psychisch stark belastet und sozial oft isoliert.
- „Aacho“ ist ein psychoanalytisch orientiertes gruppentherapeutisches Angebot für geflüchtete Mütter.
- Ergebnisse einer Pilotstudie deuten darauf hin, dass die Teilnahme an einem Angebot wie „Aacho“ – auch schon über wenige Monate – zu einer Verbesserung der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion führen kann.
- Das Erfahren eines haltenden Raums in der Gruppentherapie scheint hierbei eine entscheidende Rolle zu spielen.
- Externe Faktoren wie der Aufenthaltsstatus und wie sich der Kontakt mit den Behörden gestaltet, spielen für die psychische Verfassung der geflüchteten Mütter eine große Rolle.
- Der Einsatz testpsychologischer Instrumente mit geflüchteten Müttern und ihren Kleinkindern ist eine Herausforderung.

Literatur

- Bachmann, A. (2012, 23. Juli). "Traumatisierte sind oft nicht erfolgreich im Asylverfahren". Der Bund. <https://www.derbund.ch/bern/stadt/traumatisierte-sind-oft-nicht-erfolgreich-im-asylverfahren/story/30619829>
- Bayley, N. (2006). Bayley scales of infant and toddler development: Bayley-III. San Antonio: Harcourt Assessment, Psych. Corporation.
- Bion, W. R. (1962). Learning from Experience. Karnac Books.
- Bischoff, A., Bovier, P. A., Isah, R., Françoise, G., Ariel, E., Louis, L. (2003). Language barriers between nurses and asylum seekers: Their impact on symptom reporting and referral. *Social Science & Medicine*, 57, 503-512.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss, Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss, Vol. 2: Separation. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). Attachment and loss, Vol. 3: Loss, sadness and depression. New York: Basic Books.
- Castonguay, L. G., Hill, C. E. (2012). Transformation in Psychotherapy: Corrective Experiences Across Cognitive Behavioral, Humanistic, and Psychodynamic Approaches. Washington: American Psychological Association Books.
- Cohen, N. J., Lojkasek, M., Muir, E., Muir, R., Parker, C. J. (2002). Six-month follow-up of two mother-infant psychotherapies: Convergence of therapeutic outcomes. *Infant Mental Health Journal*, 23, 361-380.
- Collins, C. H., Zimmerman, C., Howard, L. M. (2011). Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: Rates and risk factors. *Archives of Women's Mental Health*, 14, 3-11.
- Crittenden, P. M. (1979). CARE-Index: Coding Manual. Unpublished manuscript: Miami, FL.
- Crittenden, P. M. (2005). Der CARE-Index als Hilfsmittel für Früherkennung, Intervention und Forschung. *Frühförderung interdisziplinär* 24, 99-106.
- De Wolff, M. S., Ijzendoorn, M. H. van. (1997). Sensitivity and Attachment: A Meta-Analysis on Parental Antecedents of Infant Attachment. *Child Development*, 68, 571-591.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral science*, 19, 1-15.
- Donnelly, T. T., Hwang, J. J., Este, D., Ewashen, C., Adair, C., Clinton, M. (2011). If I Was Going to Kill Myself, I Wouldn't Be Calling You. I am Asking for Help: Challenges Influencing Immigrant and Refugee Women's Mental Health. *Issues in Mental Health Nursing*, 32, 279-290.
- Erikson, E. H. (1959). Identity and the life cycle: Selected papers. New York: International Universities Press.
- Fazel, M., Wheeler, J., Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309-1314.
- Feldman, R. (2007). Parent-Infant Synchrony: Biological Foundations and Developmental Outcomes. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 340-345.
- Feldman, R., Greenbaum, C. W., Yirmiya, N. (1999). Mother-infant affect synchrony as an antecedent of the emergence of self-control. *Developmental Psychology*, 35, 223-231.
- Fisher, J., Mello, M. C. de, Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90, 139-149.

- Fonagy, P. (2003). *Bindungstheorie und Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P., Target, M. (2006). *Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gierk, B., Kohlmann, S., Kroenke, K., Spangenberg, L., Zenger, M., Brähler, E., Löwe, B. (2014). The somatic symptom scale-8 (SSS-8): a brief measure of somatic symptom burden. *JAMA internal medicine*, 174, 399-407.
- Gong-Guy, E., Cravens, R. B., Patterson, T. E. (1991). Clinical issues in mental health service delivery to refugees. *American Psychologist*, 46, 642-648.
- Granat, A., Gadassi, R., Gilboa-Schechtman, E., Feldman, R. (2017). Maternal depression and anxiety, social synchrony, and infant regulation of negative and positive emotions. *Emotion*, 17, 11-27.
- Guy, W. (1976). *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rockville, MD: U.S. Department of Health, Education, and Welfare.
- Heiniger, T., Kaiser, P. (2020). Früherkennung von Traumafolgeerkrankungen bei Asylsuchenden. *Schweizerische Ärztezeitung*, 101, 54-56.
- Hollifield, M., Warner, T. D., Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J. H., Kesler, J., Stevenson, J., Westermeyer, J. (2002). Measuring Trauma and Health Status in Refugees: A Critical Review. *JAMA*, 288, 611.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 678-685.
- Howell, E., Itzkowitz, S. (2016). *The Dissociative Mind in Psychoanalysis: Understanding and Working With Trauma*. London: Routledge.
- Kira, I. A., Ahmed, A., Wasim, F., Mahmoud, V., Colrain, J., Rai, D. (2012). Group Therapy for Refugees and Torture Survivors: Treatment Model Innovations. *International Journal of Group Psychotherapy*, 62, 69-88.
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care. *CMAJ*, 183, E959-E967.
- Klinger-König, J., Grabe, H. J. (2019). Peri- und postnatale Therapie traumatisierter, psychisch kranker Eltern: Wirkungen auf Eltern und ihre Kinder. *Der Nervenarzt*, 90, 260-266.
- Kobak, R., Zajac, K., Madsen, S. D. (2016). Attachment disruptions, reparative processes, and psychopathology: Theoretical and clinical implications. In J. Cassidy, P. R. Shaver (Hrsg.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (3. Aufl.) (S. 25-39). New York: Guilford.
- Kroening, A. L. H., Moore, J. A., Welch, T. R., Halterman, J. S., Hyman, S. L. (2016). Developmental Screening of Refugees: A Qualitative Study. *Pediatrics*, 138(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0234>
- Leiderman, L. M. (2020). Psychodynamic Group Therapy with Hispanic Migrants: Interpersonal, Relational Constructs in Treating Complex Trauma, Dissociation, and Enactments. *International Journal of Group Psychotherapy*, 70, 162-182.
- Leuzinger-Bohleber, M., Lebigler-Vogel, J. (2016). Migration, frühe Elternschaft und die Weitergabe von Traumatisierungen: Das Integrationsprojekt "ERSTE SCHRITTE". Stuttgart: Klett-Cotta.

- Leuzinger-Bohleber, M., Rickmeyer, C., Tahiri, M., Hettich, N., Fischmann, T. (2016). What can psychoanalysis contribute to the current refugee crisis? *The International Journal of Psychoanalysis*, 97, 1077-1093.
- Mensah, F. K., Kiernan, K. E. (2010). Parents' mental health and children's cognitive and social development. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 1023-1035.
- Mielke, E. L., Neukel, C., Bertsch, K., Reck, C., Möhler, E., Herpertz, S. C. (2016). Maternal sensitivity and the empathic brain: Influences of early life maltreatment. *Journal of Psychiatric Research*, 77, 59-66.
- Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 111-116.
- Mueller, J., Schmidt, M., Staeheli, A., Maier, T. (2011). Mental health of failed asylum seekers as compared with pending and temporarily accepted asylum seekers. *European Journal of Public Health*, 21, 184-189.
- O'Connor, T. G., Monk, C., Burke, A. S. (2016). Maternal Affective Illness in the Perinatal Period and Child Development: Findings on Developmental Timing, Mechanisms, and Intervention. *Current Psychiatry Reports*, 18, 24.
- Oetterli, M., Niederhauser, A., Pluess, S. (2013). *Evaluanda/Interface: Ist-Analyse von psychosozialen Behandlungs- und Betreuungsangeboten für traumatisierte Personen im Asyl- und Flüchtlingsbereich. Kurzbericht zuhanden des Bundesamts für Migration (BFM), Luzern.*
- O'Hara, M. W., Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28, 3-12.
- O'Shaughnessy, R., Nelki, J., Chiumento, A., Hassan, A., Rahman, A. (2012). Sweet Mother: Evaluation of a pilot mental health service for asylum-seeking mothers and babies. *Journal of Public Mental Health*, 11, 214-228.
- Owen, J., Adelson, J., Budge, S., Wampold, B., Kopta, M., Minami, T., Miller, S. (2015). Trajectories of Change in Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 71, 817-827.
- Poehlmann, J., Burnson, C., Weymouth, L. A. (2014). Early parenting, represented family relationships, and externalizing behavior problems in children born preterm. *Attachment & Human Development*, 16, 271-291.
- Poobalan, A. S., Aucott, L. S., Ross, L., Smith, W. C. S., Helms, P. J., Williams, J. H. G. (2007). Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 378-386.
- Reuner, G., Rosenkranz, J. (Hrsg.) (2014). *Bayley – III. Bayley Scales of Infant Development Third Edition – Deutsche Fassung. Frankfurt a.M.: Pearson Assessment & Information.*
- Rezzoug, D., Baubet, T., Broder, G., Taieb, O., Moro, M. R. (2008). Addressing the Mother-Infant Relationship in Displaced Communities. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 551-568.
- Rohlf, H. G., Knipscheer, J. W., Kleber, R. J. (2014). Somatization in refugees: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 1793-1804.
- Sidor, A., Eickhorst, A., Stasch, M., Cierpka, M. (2012). Einschätzung der Risikobelastung in Familien im Rahmen von Frühen Hilfen: Die Heidelberger Belastungsskala (HBS) und ihre Gütekriterien. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61, 766-780.

- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7, 349-367.
- Staatssekretariat für Migration (2019). Das Asylverfahren. <https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/asyl/asylverfahren.html>
- Staatssekretariat für Migration SEM (2020). Ausländer- und Asylstatistik 2019. https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/publiservice/statistik/auslaenderstatistik/bestellung_statistiken.html
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., Van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 302, 537-549.
- Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World Of The Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books.
- Stulz, N., Lutz, W. (2007). Multidimensional patterns of change in outpatient psychotherapy: The phase model revisited. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 817-833.
- Suchman, N. E., DeCoste, C. L., McMahon, T. J., Dalton, R., Mayes, L. C., Borelli, J. (2017). Mothering From the Inside Out: Results of a second randomized clinical trial testing a mentalization-based intervention for mothers in addiction treatment. *Development and Psychopathology*, 29, 617-636.
- Svanberg, P. O., Mennet, L., Spieker, S. (2010). Promoting a secure attachment: A primary prevention practice model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15, 363-378.
- Thompson, R. A. (2008). Early attachment and later development: Familiar questions, new answers. In J. Cassidy, P. R. Shaver (Hrsg.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2. Aufl.; S. 348-365). New York: Guilford Press.
- Topping, K., Dekhinet, R., Zeedyk, S. (2013). Parent-infant interaction and children's language development. *Educational Psychology*, 33, 391-426.

Korrespondenzadresse: Dr. Laura Wade-Bohleber, Psychologisches Institut, ZHAW, Pfingstweidstrasse 96, Postfach, CH-8037 Zürich; E-Mail: bohbo@zhaw.ch

Zusatzmaterial zu diesem Beitrag finden Sie zum Herunterladen auf der Detailseite von Jahrgang 71 der „Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie“, Heft 71, 2, unter www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

Laura Wade-Bohleber, Anina Hofer, Martina Ottinger und Agnes von Wyl, Psychologisches Institut der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften; Sandra Rumpel und Antonia Stulz-Koller, in eigener Praxis.