

# **Mutterschaft und postpartale Depression?**

## **Untersuchung zum Mutterschaftsverständnis bei an einer postpartalen Depression erkrankten Frau**

### **Bachelorthesis**

zur Erreichung des akademischen Grades „Bachelor of Arts“ (B.A.)

im Studiengang Psychologie

an der International Psychoanalytic University

**Erstgutachter:** Prof. Dr. med. Dr. phil. Horst Kächele

**Zweitgutachter:** Dipl.-Psych. Durna Omid-Yazdani

vorgelegt von:

**Christiane Jäger, 1487**

Saarstraße 38

06846 Dessau-Roßlau

Dessau-Roßlau, den 15. Juli 2014

## Danksagung

Diese Bachelorarbeit war nur durch die umfangreiche Unterstützung einer Vielzahl von Personen möglich, weshalb ich mich an dieser Stelle bei allen bedanken möchte.

Ein großes Dankeschön möchte ich meinem Erstgutachter, Herrn Prof. Kächele, für die wissenschaftliche Betreuung der Arbeit aussprechen.

Frau Omid-Yazdani danke ich für die Bereitschaft zur Übernahme des Zweitgutachtens.

Ferner bedarf es der Danksagung an meine Interviewpartnerin, die zum Gelingen der Bachelorarbeit einen erheblichen Beitrag geleistet hat.

Schließlich möchte ich mich bei meiner Familie für die direkte und indirekte Unterstützung während meines Studiums bedanken. Mein ganz besonderer Dank gilt meiner Mutter, ohne die mein beruflicher Werdegang so gar nicht möglich gewesen wäre.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Danksagung</b> .....	<b>I</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>II</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>IV</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>IV</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>V</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1 Fragestellung .....	2
1.2 Zielsetzung .....	3
1.3 Aufbau der Arbeit .....	3
<b>2. Theoretische Grundlagen</b> .....	<b>5</b>
2.1 Begriffsdefinitionen .....	5
2.1.1 Mutterschaft.....	5
2.1.2 Depression .....	6
2.2 Mutterschaft in der Psychoanalyse.....	7
2.2.1 Mutterschaft in der psychoanalytischen Historie .....	7
2.2.2. Mutterschaft im heutigen psychoanalytischen Verständnis .....	12
2.3 Postpartale Depression .....	15
2.3.1 Definition und Abgrenzung .....	15
2.3.2 Klinisches Bild und Epidemiologie .....	18
2.3.3 Diagnose und Klassifikation.....	21
2.3.4 Ätiologie und Pathogenese.....	21
2.3.5 Verlauf und Folgen .....	27
2.3.6 Therapie und Prävention .....	29
<b>3. Methodik</b> .....	<b>32</b>
3.1 Methode 1: Interview.....	32
3.1.1 Problemzentriertes Interview .....	33
3.1.2. Leitfaden des Problemzentrierten Interviews .....	33
3.1.3 Suche der Interviewpartnerin.....	36
3.1.4 Durchführung des Interviews .....	36
3.1.5 Datenaufnahme und Transkription.....	37
3.1.6 Grounded Theory .....	38

3.2 Methode 2: Edinburgh-Postnatale-Depressions-Skala (EPDS) .....	38
3.2.1 Aufbau und Anwendung der EPDS.....	39
3.2.2 Durchführung der EPDS.....	39
<b>4. Ergebnisse und Diskussion.....</b>	<b>40</b>
4.1 Auswertung des Interviews nach der Grounded Theory .....	40
4.2 Auswertung der EPDS .....	50
4.3 Zusammenfassung aller Auswertungsergebnisse .....	51
4.4 Diskussion der Auswertungsergebnisse.....	52
<b>5. Fazit .....</b>	<b>55</b>
5.1 Zusammenfassung .....	55
5.2 Limitationen und Ausblick .....	56
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>VI</b>
Monographien und Beiträge in Sammelwerken.....	VI
Beiträge in Fachzeitschriften.....	IX
Quellen aus dem Internet.....	XI
<b>Appendix .....</b>	<b>XII</b>
Appendix 1: Leitfaden .....	XII
Appendix 2: Interviewtranskript .....	XIII
Appendix 3: Interviewsegmentierung .....	XVIII
Appendix 4: Edinburgh-Postnatale-Depressions-Skala (EPDS) .....	XXIII

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1</b> Circulus vitiosus .....	29
<b>Abbildung 2</b> Kodierparadigma.....	48

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1</b> Überblick über die häufigsten psychischen Störungsbilder nach der Entbindung .	17
<b>Tabelle 2</b> Typen der postpartalen Depressionen.....	19
<b>Tabelle 3</b> Diagnosekriterien nach Scorewert in der EPDS .....	39

## Abkürzungsverzeichnis

A.o.J.	Angaben ohne Jahr
A.o.O.	Angaben ohne Ort
APA	American Psychological Association
Aufl.	Auflage
DSM-V	Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, fünfte Überarbeitung
ebd.	ebenda
EPDS	Edinburgh-Postnatal-Depressions-Skala
et al.	et aliae/et alii
f.	folgende
ff.	fortfolgende
I	Interviewerin
ICD-10	International Classification of Diseases, zehnte Überarbeitung
IP	Interviewpartnerin
PEP	Psychoanalytic Electronic Publishing
PPD	Postpartale Depression
US	United States
WHO	Weltgesundheitsorganisation

## 1. Einleitung

*„Die mütterliche Identität entsteht durch die Arbeit einer Frau in der inneren Landschaft ihres Denkens und Fühlens.“<sup>1</sup>*

Die Geburt eines Kindes wird im Allgemeinen als eines der glücklichsten Ereignisse im Leben einer Frau betrachtet. Der vorherrschende gesellschaftliche Mythos suggeriert den noch unerfahrenen Müttern, dass sie nie wieder in ihrem Leben so glücklich, euphorisch und zufrieden sein werden, wie in der Phase der frühen Mutterschaft.<sup>2</sup> Ihre „inneren Landschaften“ werden ergo als blühend und heiter betrachtet, auf keinen Fall können sie karg, dunkel oder gar schwermütig sein. Schließlich haben es gerade die jungen Mütter in den entwickelten Industrienationen so einfach wie nie zuvor: Über Milchpumpen, Babyphones und Einrichtungen zur Kinderbetreuung aller Art bis zur modernen Geburts- und Fertilitätsmedizin hat die entwickelte Gesellschaft alles parat, um sich für das junge Mutterglück zu verbürgen. Oder etwa nicht? Denn auf der anderen Seite ist für die emotionale Befindlichkeit physisch gesunder Wöchnerinnen in der gängigen Versorgungspraxis nur wenig Raum, gleichwohl derweil bekannt ist, dass der Eintritt in die Mutterschaft – überall auf der Welt – einen gewaltigen Umstellungsprozess bedeutet und infolge die Postpartalzeit einen risikoreichen Abschnitt im Leben einer Frau darstellt.<sup>3</sup> Kontemporär zählt dabei die Postpartale Depression (PPD) mit einer Prävalenz von 10 bis 15 Prozent aller Gebärenden zu den häufigsten psychischen Störungen bei jungen Müttern.<sup>4</sup> Ist für etwaige Erschöpfungszustände und die klassischen „Heultage“ nach der Geburt mitunter noch Verständnis da, reagiert das soziale Umfeld bei Depressionen nach der Entbindung nicht selten befremdet.<sup>5</sup> Auch die betroffenen Frauen sind i.d.R. stark verunsichert, die Informationslücke im Zuge einer mangelhaften gesellschaftlichen Aufklärung über PPD führt zu ausgeprägten Schuld- und Schamgefühlen. Infolge wird die Symptomatik oft verheimlicht. Dies alles wäre vermutlich nicht so besorgniserregend, wenn die PPD nicht derartige Langzeitfolgen mit sich tragen würde. So kann sie sich nicht nur nachteilig auf die Mutter auswirken, sondern auch die Entstehung einer stabilen Mutter-Kind-Beziehung beeinträchtigen und somit die emotionale und intellektuelle Entwicklung des Kindes gefährden.<sup>6</sup>

1 Stern/Bruschweiler-Stern (2014), S. 7

2 vgl. Herrmann (2014), S. 3

3 vgl. Weidner et al. (2012), S. 306

4 vgl. hierzu die Studien von O'Hara/Swain (1996); Riecher-Rössler (1997); Gavin et al. (2005)

5 vgl. Gröhe (2003), S. 9

6 vgl. Weidner et al. (2012), S. 306

Angesichts dieser Tatsachen ist es schon bemerkenswert, dass ein fachliches Interesse für diese Erkrankungsform in Deutschland erst in den letzten zehn bis zwanzig Jahren zu verzeichnen ist.<sup>7</sup> Mein besonderes Forschungsinteresse gilt daher jenen Frauen, die sich durch eine PPD-Erkrankung eben nicht uneingeschränkt über die Ankunft eines Kindes freuen können. In diesem Sinne soll im Konkreten jene Umgestaltung der „inneren Landschaften“, welche die Mutterschaft mit sich bringt, bei an einer PPD-erkrankten Frau untersucht werden. Dem psychoanalytischen Mutterschaftsverständnis wird dabei eine besondere Rolle zuteil. Wohl noch maßgeblich determiniert von Freuds Psychologie der Frau und ihrem Geschlechtsleben als „einen dunklen Kontinenten“<sup>8</sup>, verlagert nämlich gerade die Psychoanalyse erst seit einigen Jahrzehnten die Perspektive von der kindlichen Entwicklung des Selbst zum elterlichen Erleben, dass die ganze Person der Mutter einbezieht und nicht nur als Objekt der kindlichen Phantasie.<sup>9</sup> Eine fundierte Betrachtung des Mutterschaftsverständnisses in möglicher Korrelation mit einer PPD könnte also durchaus interessant sein. Mein Interesse für das Thema weckte eine gute Freundin in mir, als sie nach der Geburt über „zwiespältige Gefühle“ klagte. Dass sie mit derlei Empfindungen nach der Geburt nicht alleine steht, zeigte mir meine zeitweilige Mitarbeit als Unterstützung der Sprechstundenassistenz in einer gynäkologischen Facharztpraxis während des Studiums. So reifte in mir der Entschluss, mich dem Thema im Rahmen meiner Abschlussarbeit ausführlicher zu widmen.

## 1.1 Fragestellung

Im Mittelpunkt dieser Arbeit steht die Überlegung, welche Bedeutung das Konstrukt um das Mutterschaftsverständnis für eine PPD hat und in welcher Weise es auf diese Erkrankung wirken könnte. Deshalb wird nicht nur die psychoanalytische Sichtweise der Mutterschaft betrachtet, sondern vor allem auch eine Frau zu Wort kommen, die nach der Geburt ihres Kindes an einer Depression erkrankt ist, um so einen Blick auf das Mutterschaftsverständnis aus Sicht einer Betroffenen zu ermöglichen. Es ergibt sich somit folgende Forschungsfrage: *Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Mutterschaftsverständnis und einer Erkrankung an der PPD?* Die untersuchte Forschungsthematik markiert nur einen Ausschnitt aus dem derzeitigen Forschungsfeld zur PPD. Für das psychodynamische Verständnis ist das Thema jedoch unumgänglich. Ich möchte dabei jedoch betonen, dass es mir im Rahmen der vorliegenden Arbeit weder um eine allumfassende Darstellung des bisher auffallend vernachlässigten Themas der Mutterschaft aus Sicht der Frau in der Psychoanalyse noch um eine erschöpfende Erfassung aller bisherigen Studien zur PPD geht.

7 vgl. Hofecker-Fallahpour (2005), S. 70

8 vgl. Freud (1926), S. 241

9 vgl. Diem-Wilke (2004), S. 130



Auch liegt es mir fern, eine neue, unerreichbare Idealvorstellung von Mutterschaft zu schaffen oder abzuwägen, was das „richtige“ Mutterschaftsverständnis sein kann, um einer Depression präventiv zu begegnen oder gar strukturspezifische Aussagen zu machen. Keineswegs unterschätze ich das neurotische Potenzial des Erlebens der Postpartalzeit. Es geht mir vielmehr darum aufzuzeigen, inwiefern es korrelative Auffälligkeiten geben kann sowie überhaupt erst einmal zu überprüfen, ob es einen Zusammenhang gibt.

## 1.2 Zielsetzung

Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit ist es einen kleinen Beitrag zum Verständnis der ihr unterliegenden Thematik sowie zur Ursachenforschung der PPD zu leisten. Hintergrund dieser Zielsetzung ist das mehrheitliche wissenschaftliche Desinteresse der vergangenen Jahrzehnte im Bezug auf diese Erkrankungsform in Deutschland, welches nicht zuletzt zu einer allgemeinen Tabuisierung bzw. Bagatellisierung des Themas und so zu einem hohen Leidensdruck für die betroffenen Frauen beigetragen hat. Ich würde mich freuen, wenn die vorliegende Arbeit einen bescheidenen Anteil daran haben kann, den Blick für die PPD zu öffnen, um so den gesellschaftlichen Entwertungstendenzen des Themas entgegenzuwirken.

## 1.3 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit gliedert sich in fünf Kapitel, welche an dieser Stelle kurz vorgestellt werden sollen:

Nach der kurzen Einleitung wird im folgenden Kapitel (Kapitel 2) auf Basis einer ausführlichen Literaturrecherche das theoretische Konstrukt um das Mutterschaftsverständnis und die PPD näher beleuchtet. Um die Basis für ein grundlegendes Verständnis der folgenden Kapitel zu bilden, werden hier die Begriffe „Mutterschaft“ und „Depression“ definiert. Anschließend wird der Forschungsstand bis zum heutigen Zeitpunkt bezüglich der PPD wiedergegeben. Ferner soll im Zusammenhang mit der Fragestellung das psychodynamische Verständnis der Mutterschaft erläutert werden.

Die Kapitel 3 und 4 stellen den anwendungsbezogenen Teil der Arbeit dar. Hier wird ein problemzentriertes Interview mit einer Betroffenen geführt und entsprechend der Grounded Theory ausgewertet. Zudem kommt zur retrospektiven Diagnosestellung die Edinburgh-Postnatale-Depressions-Skala (EPDS) zur Anwendung. Im Kapitel 3 erfolgt daher zunächst eine kurze Vorstellung der verwendeten Methodik. Auswertung, Zusammenfassung der Ergebnisse sowie Diskussion werden im Kapitel 4 vorgestellt. Abschließend umfasst das fünfte Kapitel eine Schlussbetrachtung der Arbeit. Darüber hinaus gibt das Kapitel Aufschluss über etwaige Limitationen der Arbeit und einen Ausblick auf die Notwendigkeit zukünftiger Studien zu dieser Thematik.

## 2. Theoretische Grundlagen

### 2.1 Begriffsdefinitionen

Um ein weiteres Verständnis für die untersuchte Thematik zu gewährleisten, ist es zunächst erforderlich grundlegende Begriffsdefinitionen vorzunehmen. Hierfür werden in den folgenden Ausführungen die Begriffe „Mutterschaft“ und „Depression“ näher erläutert.

#### 2.1.1 Mutterschaft

Bei dem Versuch einer Definition des Begriffs fällt zunächst die rein biologische Funktion der Mutterschaft als grundlegender Faktor für die Überlebenssicherung einer Gesellschaft ins Auge: „Biologisch gesehen bezieht sich das Wort *Mutterschaft* auf Empfangen und Gebären, so wie Vaterschaft auf das Individuum hinweist, das Nachkommen zeugt.“<sup>10</sup> Zugleich handelt es sich um ein soziales und individuelles Phänomen, durch welches Bewegung in die persönliche Identität der Frau kommt.<sup>11</sup> In der westlichen Welt ist der Begriff zudem traditionell eng mit Selbstaufopferung verbunden.<sup>12</sup> So ist in der Mutterschaft der Widerspruch zwischen Individuum und Gesellschaft in besonderer Schärfe enthalten, denn das heute immer noch herrschende Mutterbild, das von der Mutter die totale Hingabe an das Kind fordert, steht in einem krassen Gegensatz zu unserer gegenwärtig individualistisch und hedonistisch geprägten Gesellschaft.<sup>13</sup> Die französische Philosophin Elisabeth Badinter (2012) schreibt dazu: „In einer Kultur, die das „Ich zuerst“ zum Prinzip erhoben hat, ist Mutterschaft eine Herausforderung, ja sogar ein Widerspruch. Was für eine kinderlose Frau legitim ist, ist es nicht mehr, sobald ein Kind da ist. Die Sorge um sich selbst muss der Selbstaufgabe weichen, und auf das „Ich will alles“ folgt das „Ich bin ihm alles schuldig“.“<sup>14</sup> Psychologisch gesehen lässt sich in diesem Zusammenhang zugespitzt formulieren, dass die Frau nach der Geburt eines Kindes eine ganz neue Welt vorfindet.<sup>15</sup> Es kommt zu vielfältigen Veränderungen. Fast alle Lebensbereiche müssen neu organisiert, viele lieb gewordenen Gewohnheiten und Rollen aufgegeben oder neu definiert werden.<sup>16</sup>

10 Blaffer-Hrdy (2010), S. 29

11 vgl. Nadig (1989), S. 141

12 vgl. Blaffer-Hrdy (2010), S. 29

13 vgl. Schimpf (2013), S. 40

14 Badinter (2012), S. 25

15 vgl. Schindler (1982), S. 11

16 vgl. Wortmann-Fleischer et al. (2006), S. 16

Stern und Bruschweiler-Stern (2014) sprechen in diesem Zusammenhang von einer tief greifenden psychischen Umorganisation, einer ganz neuen Identität der Frau als Mutter.<sup>17</sup>

Es ist daher insofern nur wenig verwunderlich, wenn dieser Umstellungsprozess der jungen Mutter auch mit einigen Schwierigkeiten behaftet ist und sich nicht – wie doch von so vielen erwartet – ganz mühelos vollzieht.

### 2.1.2 Depression

Die Depression wird umgangssprachlich häufig mit einem selbst vorübergehenden Zustand der Traurigkeit gleichgesetzt. Jedoch bezeichnet sie im medizinischen Sinne etwas ganz anderes, nämlich eine ernst zu nehmende Erkrankung, die bei Männern, Frauen und Kindern aller Altersstufen auftreten kann. Eine Depression hält über längere Zeit an und umfasst tiefgreifende Veränderungen im Fühlen, Denken, Wollen und Handeln, die oft mit körperlichen Beschwerden verbunden sind: Es handelt sich um „(...) einen psychischen Zustand, der durch Verschlechterung der Stimmung dominiert wird, häufig begleitet von einer Reihe assoziierter Symptome, besonders Angst, Agitiertheit, Gefühle der Wertlosigkeit, Suizidgedanken, herabgesetzter Willensantrieb (Hypobulie), psychomotorische Gehemmtheit sowie verschiedene somatische Symptome und körperliche Funktionsstörungen (z.B. Schlaflosigkeit)“<sup>18</sup>. Depressive Erkrankungen werden auf Grundlage der ICD-10<sup>19</sup> der Weltgesundheitsorganisation (WHO) oder des im Forschungskontext gebräuchlichen US-amerikanischen Diagnosemanuals DSM-V<sup>20</sup> über klinische und explizit ausformulierte diagnostische Kriterien diagnostiziert. Eingeordnet werden sie in die Kategorie der affektiven Störungen (ICD-10: F30-F39). Zudem erfolgt eine Unterscheidung in unipolare und bipolare Depressionen: Während erstere nach den verschiedenen Schweregraden der depressiven Episoden (leicht, mittelschwer, schwer) und im Hinblick auf rezidivierende Erkrankungsformen eingeteilt werden, treten letztere im Wechsel mit manischen Zuständen auf.<sup>21</sup>

Nach Angaben der WHO zählen Depressionen zu den häufigsten Erkrankungen in den entwickelten Ländern. Nach ihren Schätzungen werden bis zum Jahr 2030 Depressionen oder affektive Störungen die wichtigste Volkskrankheit in den Industrienationen sein.<sup>22</sup>

17 vgl. Stern/Bruschweiler-Stern (2014), S. 7

18 Dilling (2009), S. 46

19 International Classification of Diseases, zehnte Überarbeitung

20 Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, fünfte Überarbeitung

21 vgl. Dilling et al. (2011)

22 vgl. WHO (10. Oktober 2012), letzter Abruf am 03. Mai 2014

In Deutschland liegt die 12-Monats-Prävalenz depressiver Störungen bei 18-65-jährigen Personen in der Allgemeinbevölkerung bei 11 Prozent, d.h. zwischen fünf bis sechs Millionen Menschen in diesem Altersbereich leiden im Zeitraum von einem Jahr an einer Depression. Frauen sind mit 14 Prozent in allen Altersstufen ungefähr doppelt so häufig wie Männer (8 Prozent) betroffen.<sup>23</sup> Weltweit sind derzeit bis zu 350 Millionen Menschen erkrankt.<sup>24</sup>

## 2.2 Mutterschaft in der Psychoanalyse

Im Folgenden soll im Zusammenhang zur Fragestellung auf der Basis einer umfangreichen Literaturrecherche ein kurzer Abriss zum Mutterschaftsverständnis in der Psychoanalyse von den Anfängen bis zur Gegenwart erfolgen.

### 2.2.1 Mutterschaft in der psychoanalytischen Historie

Aus der Tatsache heraus, dass die Psychoanalyse, die sich als universalistische Wissenschaft versteht, in aller Regel jedoch aus einer männlichen Perspektive entwickelt und so vornehmlich auf die Situation des Mannes zugeschnitten ist, verwundert es nur bedingt, dass sich Psychoanalyse und Psychologie allgemein in der Vergangenheit kaum mit Mutterschaft im engeren Sinne befasst haben.<sup>25</sup> Vielmehr wurde auf die Mutter-Kind-Beziehung als fundamentaler Faktor für die seelische Entwicklung des Kindes sowie auf die Situation und Entwicklung des Kindes überhaupt fokussiert. Von Freuds Ödipuskomplex (1916, 1917)<sup>26</sup> und Kleins „guter“ und „böser“ Mutterbrust in der Objektbeziehungstheorie (1932, 1946)<sup>27</sup> über Bowlbys Bindungstheorie (u.a. 1975, 1976, 1978)<sup>28</sup> bis zu Millers Drama des begabten Kindes (1979)<sup>29</sup>, Dornes kompetenter Säugling (1993)<sup>30</sup> oder auch Fonagys Mentalisierungskonzept (2004)<sup>31</sup> lassen sich viele namenhafte Beispiele in der einschlägigen Fachliteratur finden, welche die seelische Entwicklung des Kindes aus den unterschiedlichsten Blickwinkeln zu ergründen versuchen. Diesen wichtigen Meilensteinen der psychoanalytischen Forschung bleibt allerdings eines gemein: Sie tendieren dazu, die Mutterschaft nahezu ausschließlich aus der Perspektive des Kindes zu sehen und vor allem *seine* Bedürfnisse zu betonen.

23 vgl. Robert-Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (2010), letzter Abruf am 10. Mai 2014

24 vgl. WHO (10. Oktober 2012), letzter Abruf am 03. Mai 2014

25 vgl. Rohde-Dachser (1989), S. 76

26 vgl. hierzu die Werke von Freud (u.a. 1916/17)

27 vgl. hierzu die Werke von Klein (u.a. 1932/46)

28 vgl. hierzu die Werke von Bowlby (u.a. 1975/76/78)

29 vgl. hierzu die Werke von Miller (u.a. 1979)

30 vgl. hierzu die Werke von Dornes (u.a. 1993)

31 vgl. hierzu die Werke von Fonagy (u.a. 2004)

Die Mutter als ganze Person mit eigenen Sorgen und Wünschen wird allzu häufig übersehen: „Ihr Verständnis von Mutterschaft, das Erleben der Mutterwerdung, ihre Wahrnehmungen, Ängste, Gefühle und Identitätskonflikte werden weitgehend ausgeklammert.“<sup>32</sup>

Bei den verhältnismäßig überschaubaren Arbeiten in der psychoanalytischen Historie zur Theorienbildung rund um die Mutterschaft fallen drei Zugangsweisen besonders auf: Zum einen der Zugang vom Kinde her, wie er u.a. bei den oben angeführten Arbeiten dargestellt wird. Zum anderen die Interpretation der Mutterschaft im Zusammenhang mit Freuds Theorie über den weiblichen Kastrationskomplex sowie die Individualisierungstendenz der Mutterschaft als alleiniges Thema der Frau, sozusagen als individuelle „Frauensache“.

So sah Freud die Mutterschaft als Ersatz und Trost für den Penismangel der Frau an.<sup>33</sup> Viele seiner Zeitgenossen und Nachfolger orientierten sich an dieser Sichtweise, wie etwa die erste Analytikerin, die sich in ihren Arbeiten mit der Psychologie der Frau beschäftigte, Helene Deutsch (u.a. 1948, 1954) und hierbei insbesondere die Verknüpfung von weiblicher Sexualität und Fortpflanzungsfunktion hervorhob. So lässt sich zusammenfassend sagen, dass für Deutsch die Mütterlichkeit der Lebensentwurf schlechthin ist für die Frau. Im Kinde findet sie endlich eine Lösung für ihr frustrierendes Sexualleben, indem sie alle bisherigen Ansprüche auf sexuelle Befriedigung aufgibt und sich sozusagen als Dienerin der Art narzisstisch aufgewertet erlebt.<sup>34</sup>

Auch Winnicott, der für Nadig in ihrem Beitrag zum Thema „Die gespaltene Frau – Mutterschaft und öffentliche Kultur“ (1989) den „frauen- und mutterfreundlichsten Autoren, der über den Verdacht der Frauenverachtung erhaben ist“<sup>35</sup> darstellt, beschreibt die Realität der Mutter letztlich in Verbindung zum frühen Penisneid:

„Wenn eine Frau sehr männlich identifiziert ist, fällt es ihr ganz besonders schwer, diesen Teil ihrer mütterlichen Funktion zu erfüllen, und ein verdrängter Penisneid lässt für die primäre Mütterlichkeit nur wenig Raum.“<sup>36</sup>

32 Textor (2002), S. 29

33 vgl. Freud (1932), S. 133f.

34 vgl. hierzu die Werke von Deutsch (1948, 1954)

35 Nadig (1989), S. 157

36 Winnicott (A.o.J. und o.O.) zitiert nach Nadig (1989), S. 159

Nadig spricht in diesem Zusammenhang von einer „tiefen gesellschaftlichen Unbewußtmachung“<sup>37</sup> in der psychoanalytischen Theorie und kritisiert:

„Zum Schluß möchte ich die These formulieren, daß im ideologischen Konzept des „Penismangels“ der Frau der reale „Kulturmangel“ der Frau stellvertretend ausgedrückt ist, daß heißt, die gesellschaftliche Realität, das soziale Vakuum und der zugemutete Mangel an sozialer Einbindung und Unterstützung sind im Begriff des Penismangels in biologistischer und individualistischer Weise dargestellt worden. Der soziale Mangel, dem die Frau ausgesetzt ist, kann als biologischer Mangel ausgegeben und unbewußt gemacht werden. Die Vertauschung von gesellschaftlichen Tatsachen mit psychologischen und biologischen lähmt die Erkenntnis. (...) Unter solchen Umständen kann der erforderliche Paradigmenwechsel nicht in Gang kommen. So gesehen dient die fortgesetzte Spaltung von Mutterschaft und öffentlicher Kultur in der psychoanalytischen Theorie und Praxis der politischen und ideologischen Erhaltung von Unbewußtheit. Das bedeutet gleichzeitig die Festschreibung der psychischen und ökonomischen Ausbeutung der Frau.“<sup>38</sup>

Ähnlich äußert sich auch Besch-Cornelius, die in ihrer Arbeit zur „Psychoanalyse und Mutterschaft“ (1987) bereits zwei Jahre zuvor die Ideologie verschiedener Psychoanalytiker zum Thema herausgearbeitet hatte, mit der Quintessenz, dass Mutterschaft zumindest bis in die späten 80er Jahre des 20. Jahrhunderts hinein mehr oder weniger frauenfeindlich abgehandelt wurde:

„Die soziale Unterdrückung der Frau sowie die Entwertungstendenz gegenüber der Mutterschaft in der patriarchalischen Gesellschaftsordnung und in der psychoanalytischen Theoriebildung, so wie sie von Freud formuliert wird, dienen dazu Ängste vor der Macht und dem Mysterium der Mutterschaft zu verleugnen sowie den Gebärneid zu sublimieren und insofern auch zu verleugnen, als Mutterschaft „nur“ als Trosteinrichtung für den mangelnden Penis dargestellt wird. Folglich müssen die Männer die eigenen Erlebnisanteile, die sie in Verbindung mit Mutterschaft bringen und als „weiblich“ bezeichnen, ebenfalls entwerten und verdrängen.“<sup>39</sup>

Die Kernkritik an dieser psychoanalytischen Betrachtungsweise der Mutterschaft, nämlich sie nicht nur von vornherein zu pathologisieren, sondern zugleich auch die mit der Mutterschaft verbundenen kulturellen und sozialen Aspekte zu eliminieren, wird anhand der beiden dargelegten Aussagen sichtbar. Ähnlich verhält es sich auch bei der dritten Zugangsweise, die Mutterschaft als individuelle weibliche Leistung zu betrachten. So setzen Bibring et al. (1961) Schwangerschaft und Mutterschaft als eine Form von Krise mit der Adoleszenz und der Menopause gleich:

„In den drei Perioden wird das Individuum mit einer Anzahl von neuen, speziell libidinösen und adaptiven Forderungen konfrontiert, die sich den früheren wichtigen Aufgaben und Funktionen oft diametral entgegensetzen. Alle drei Phasen lösen psychologische Konflikte aus früheren Entwicklungsphasen aus und verlangen nach neuen und anderen Lösungen, (...) die Bewältigung der initiierten Krise hängt vom Verlauf der Krise ab, d.h. von der reiferen Reorganisation und der Auflösung des Ungleichgewichts.“<sup>40</sup>

37 Nadig (1989), S. 157

38 ebd., S. 161

39 Besch-Cornelius (1987), S. 19

40 Bibring et al. (1961), S. 12

Nadig kritisiert dazu: „Selbst bei den Ausführungen Grete Bibrings und ihrer Kollegen (...) entfällt letztlich der reale gesellschaftliche Aspekt.“<sup>41</sup>

Ähnlich unzureichend sieht derartige Betrachtungsweisen auch Textor (2002) in Anlehnung an McMahon (1995) und Phoenix/Woollett (1991) und urteilt mit leicht überspitztem Unterton:

„Laut der Psychoanalyse erreichen Frauen mit der Mutterschaft eine neue und zugleich essenzielle Phase in ihrer psychosexuellen Entwicklung. Haben sie einen „normalen“ Grad an Reife erreicht, entwickeln sie nahezu reibungslos eine Identität als Mutter und übernehmen dank instinkthafter Fähigkeiten fast problemlos die mit der Mutterschaft verbundenen pflegerischen und erzieherischen Aufgaben. Werden sie nach der Geburt ihres Kindes depressiv, erleben sie Mutterschaft als unbefriedigend oder haben sie Schwierigkeiten, den Bedürfnissen ihres Kindes zu entsprechen, so wird dieses von der Psychoanalyse als Fehlentwicklung und Anzeichen individueller Psychopathologie gesehen – wobei die Ursachen in ihrer frühkindlichen Erfahrungen gesucht werden und nicht z.B. in den mit der Mutterwerdung verbundenen hohen Anforderungen, der für den Umgang mit Säuglingen fehlenden Kompetenz, der unbefriedigenden familialen Situation junger Mütter oder den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.“<sup>42</sup>

Es bleibt allerdings festzuhalten, dass die angeführten kritischen Beiträge sich auf Grundsatzarbeiten psychoanalytischer Forschung beziehen, die vor allem in ihrer Weiterentwicklung zur psychologischen Sicht auf die Mutterschaft anzuerkennen und angesichts ihrer jeweiligen Entstehungszeiten zu verstehen sind.

Zudem gab es einige Bemühungen die Mutterschaft zu entpathologisieren. So vertrat bereits die von Jones (1935) bezeichnete Londoner Schule in ihrer Theorie der primären weiblichen Sexualentwicklung die Ansicht, dass das innere Genitale und damit auch die Fortpflanzungsmöglichkeit des Kindes eine zentrale Rolle spielt. „Der Kinderwunsch wird in diesem Zusammenhang als normaler weiblicher Wunsch und nicht mehr, wie in der Theorie Freuds, als Ersatz für den unerfüllten Peniswunsch angesehen.“<sup>43</sup> Kestenberg (u.a. 1956) war eine der ersten Vertreterinnen für eine positive Darstellung der Mutterschaft jenseits der Pathologisierung. So verstand sie diese als „integrative Krise“ und als wichtige Entwicklungsphase der weiblichen Sexualität.<sup>44</sup> Und Olivier (1987) ergänzte in ihrem Werk „Jokastes Kinder. Die Psyche der Frau im Schatten der Mutter“ nicht nur die Theorie Freuds um eine weibliche Betrachtungsweise des Ödipuskonfliktes, sondern forderte auch ein neues Rollenverständnis der Frau, jenseits der „Mutterbeschimpfung“ in den frühen Anfängen der Psychoanalyse:

41 Nadig (1989), S. 156

42 Mc Mahon (1999); Woollett/Phoenix (1991) nach Textor (2002), S. 28

43 Jones (1935) nach Besch-Cornelius (1987), S. 22

44 vgl. Kestenberg (1956), S. 257ff.



„In der heutigen Familienstruktur kann sich das Unbewußte nur durch den Bezug auf die Mutter bilden, der einzigen vom Kind erlebten Erzieherin; und als Folge davon rechnet das Bewußte eines jeden mit der Frau ab, die nun von beiden Geschlechtern verfolgt wird. Hier sollen Männer und Frauen einmal innehalten und begreifen, bis zu welchem Grad sich alle der Mutter zugestandenen Privilegien in eine gnadenlose, lebenslange Hexenverfolgung für die Frau verwandeln. Es ist unerläßlich, daß die Frauen sich darüber klarwerden, daß sie automatisch von jeder anderen Macht ferngehalten werden, solange sie weiterhin die Macht über das Kind beibehalten. Die neuen Frauen sind jene, die Mutterschaft und Besitz, Rolle und Berufung nicht mehr durcheinanderbringen. Sie haben vor, ihren Teil sowohl bei der Produktion wie bei der Reproduktion zu übernehmen, während wir bisher geglaubt hatten, je nach unserem Geschlecht nur Anspruch auf das eine oder das andere zu haben. Die Existenz der Frau kann nur über die Entheiligung der Mutter erreicht werden.“<sup>45</sup>

Zum anderen erscheint es nur folgerichtig gerade die frühe Mutterschaft differenziert von den alltäglichen Verhaltensweisen einer Frau zu betrachten, da es sich ja in der Tat um einen besonderen Zustand erhöhter Sensibilität handelt.

„Ich bin der Meinung, daß wir es in der frühesten Phase mit einem ganz spezifischen Zustand der Mutter zu tun haben, einer seelischen Einstellung, die einen Namen wie primäre Mütterlichkeit verdient (...) Er entwickelt sich allmählich und wird zu einem Zustand erhöhter Sensibilität während und besonders gegen Ende der Schwangerschaft. Er hält nach der Geburt des Kindes noch mehrere Wochen an. Wenn sich die Mütter davon erholt haben, können sie sich kaum noch daran erinnern (...) Dieses Zustandsbild ist einem Zustands des Entrücktseins oder Dissoziiertseins vergleichbar, auch einer Bewußtseinstrübung oder sogar einer Störung auf tieferer Stufe, wie etwa einer schizoiden Episode, in der ein Einzelaspekt der Persönlichkeit vorübergehend die Herrschaft übernimmt.“<sup>46</sup>

Diese neue psychische Struktur der jungen Mutter gilt aus heutiger Sicht weitaus weniger als pathologisch denn als normal, wenn nicht gar lebensnotwendig für das Kind oder zumindest entwicklungsfördernd. Es ist nur natürlich, dass die frühe Mutterschaft einen gewaltigen Umstellungsprozess bedeutet, der auch einige Schwierigkeiten mit sich bringen kann. In diesem Zusammenhang spricht man allgemein bei Geburt eines Kindes von einem sogenannten „life event“. Es handelt sich hierbei um

„(...) kritische Übergangssituationen, die von den Menschen auf unterschiedliche Art und Weise gemeistert werden und die zu psychischen Krisen führen können. Die Geburt eines Kindes stellt für eine Frau eine Ausnahmesituation dar, in der sie sich zwiegespalten, hypersensibel und manchmal sogar nahe dem Wahn fühlt, weil sie mit einem Teil ihrer Gedanken, Gefühle und ihrer Aufmerksamkeit immer bei dem Baby ist, so als wäre es nahezu körperlich ein Teil von ihr.“<sup>47</sup>

Zudem gilt es natürlich auch das soziale Umfeld der Mutter mit in Betracht zu ziehen. Eine der ersten Vertreterinnen hierfür war bereits Margaret Mahler (u.a. 1970). Sie wies auf die Rolle des Vaters bei den frühen Kämpfen des Kindes um Trennung und Verselbständigung hin.<sup>48</sup>

45 Olivier (1987), S. 230f.

46 Winnicott (1956), S. 155

47 Schrimpf (2013), S. 28

48 vgl. hierzu die Werke von Mahler et al. (u.a. 1970)

„Die Arbeiten von Mahler und ihren Mitarbeitern sind für die Frage der psychoanalytischen Bewertung der Mutterschaft insofern wichtig, als sie deutlich zeigen, daß die Mutter allein für die frühe präödpale Entwicklung des Kindes nicht verantwortlich sein kann.“<sup>49</sup> Heute sind es vor allem die Arbeiten von Daniel Stern zur „Mutterschaftskonstellation“ (u.a. 2006, 2014), in welchen er versuchte allen Faktoren im breiten Spannungsfeld der Mutterschaft gerecht zu werden und welche die Hauptlektüre für (psychoanalytische) Diskussionen zum Mutterwerden und Muttersein darstellen. Auf seine Arbeiten soll im Folgenden genauer eingegangen werden.

### 2.2.2. Mutterschaft im heutigen psychoanalytischen Verständnis

Der renommierte Psychoanalytiker, Säuglingsforscher und Entwicklungspsychologe Daniel N. Stern schuf u.a. mit seinen Werken „Die Mutterschaftskonstellation“ (2006) und „Die Geburt einer Mutter“ (2014, postum) erstmalig eine international anerkannte, sensible Psychologie des Mutterwerdens und des Mutterseins. In seinen Arbeiten geht er von einer ganz neuen Identität der Frau im Zusammenhang mit ihrer frühen Mutterschaft aus, welche ab sofort ihr Denken und Fühlen beeinflusst: Das Gefühl, Mutter zu sein.<sup>50</sup> Diese neue psychische Konstellation bezeichnet Stern als „Mutterschaftskonstellation“ und definiert wie folgt:

„Ich vertrete die Auffassung, daß die Mutter mit der Geburt eines Babys, vor allem, wenn es sich um ihr erstes Kind handelt, in eine neue und charakteristische psychische Organisation hineingeleitet, die ich als Mutterschaftskonstellation bezeichne. Als psychischer Organisator wird diese „Konstellation“ eine neue Gruppe von Handlungstendenzen, Sensibilitäten, Phantasien, Ängsten und Wünschen entstehen lassen. (...) Diese neue Organisation trägt vorübergehenden Charakter. Ihre Dauer ist variabel, es kann sich um Monate oder auch um Jahre handeln. Während dieser Zeit aber wird sie zu einer Organisationssache, um die sich das gesamte psychische Leben der Mutter dreht; sie drängt die alten Kernorganisationen oder –komplexe, die bislang jede zentrale Rolle gespielt haben, an die Seite. In gewissem Sinn lässt eine Mutter den Ödipuskomplex (oder was immer man als zentrale Organisationssache betrachtet) hinter sich, um in die wichtige, aber vorübergehende Phase der Mutterschaftskonstellation einzutreten. Die Mutterschaftskonstellation wird hier nicht als bloße Variante oder als Abkömmling bereits bestehender psychischer Formationen verstanden. Vielmehr bildet sie ein hochspezifisches, eigenständiges und völlig normales Konstrukt, dem für das Leben der meisten Mütter eine herausragende Rolle zukommt.“<sup>51</sup>

Bisherige Verhaltensweisen, Einstellungen und auch Wertevorstellungen werden folglich aufgrund der neuen Identität weitgehend verändert. Die Mutterschaftskonstellation beginnt allerdings nicht automatisch im entscheidenden Augenblick der Geburt, sondern entwickelt sich im Verlauf vieler Monate, sowohl vor als auch nach der Geburt des Kindes.<sup>52</sup>

49 Besch-Cornelius (1987), S. 33

50 vgl. Stern/Bruschweiler-Stern (2014), S. 7

51 Stern (2006), S. 209

52 vgl. Stern/Bruschweiler-Stern (2014), S. 7

Eine Mutter muss sozusagen erst einmal langsam psychisch geboren werden, so wie ihr Säugling physisch geboren wird.<sup>53</sup> Dies geschieht durch die Arbeit einer Frau in der „inneren Landschaft ihres Denkens und Fühlens“<sup>54</sup>. Für das Verständnis ist es wichtig, alle subjektiven Themen zu begreifen, denen sich die jungen Mütter dabei stellen müssen. Insbesondere vier spezifische Themen der Mutterschaft gilt es hierbei nach Stern zu berücksichtigen:<sup>55</sup>

#### 1) *Das Thema des Lebens und des Wachstums:*

Die erste und unabdingbare Aufgabe der Mutterschaft besteht darin, für das Überleben des Babys zu sorgen. Die Erkenntnis, die letztendliche Verantwortung für das Leben eines Menschen zu haben, erschreckt viele junge Mütter, weil hiermit eine existentielle Frage angesprochen wird: Wird sie als menschliches Lebewesen, als ein Organismus also, der von der Natur vorzüglich dafür ausgestattet wurde, sich fortzupflanzen und das Überleben der Spezies zu gewährleisten, erfolgreich sein? Zudem muss nicht nur dafür gesorgt werden, dass das Baby überlebt, sondern auch dafür, dass es wächst und gedeiht. In diesem Zusammenhang werden bestimmte Ängste geweckt, wie etwa, die Angst, dass das Baby sterben wird, dass es aufhört zu atmen, nicht richtig trinkt oder fällt (weil sie nicht aufpasst) oder die Angst, dass es zwar überlebt, aber nicht wirklich zunimmt und gesund bleibt. Die Angst betrifft das Versagen der biologischen Vitalität und Kreativität der Mutter. Sie gibt Antwort auf die Frage, warum scheinbar einfache Entscheidungen, wie die Frage, ob man stillt oder das Fläschchen gibt, oft hoch emotional besetzt sind.

#### 2) *Das Thema der primären Bezogenheit:*

Das Thema betrifft die soziale und emotionale Beziehung der Mutter zum Baby. Unter primärer Bezogenheit sind die Formen der Beziehung, die ungefähr das erste Lebensjahr des Säuglings, d.h. die Zeit vor dem Spracherwerb, charakterisieren, zu verstehen. Sie umfassen die Herstellung der menschlichen Bindungen, Sicherheit und Zuneigung, die Regulation der Rhythmen des Babys, das „Halten“ des Babys sowie die Einführung und Vermittlung von Grundregeln, die präverbal erfolgen, wie z.B. die Produktion und Rezeption von Affektsignalen oder die Verhandlung von Intersubjektivität. Die zentralen Fragen sind: Kann die Mutter das Baby lieben? Kann sie fühlen, dass das Baby sie liebt? Kann sie eine erhöhte Sensibilität und die Fähigkeit zur Identifikation mit dem Baby entwickeln? Das Ziel ist, dass die Mutter zu wissen meint, wie es ist, ihr Baby zu sein und mit diesen Erkenntnissen ihr Baby besser versteht, es also „lesen“ und so optimal auf seine Bedürfnisse reagieren kann.

53 vgl. Stern/Bruschweiler-Stern (2014), S. 7

54 ebd.

55 Die folgenden Ausführungen stellen eine Zusammenfassung von Stern (2006) und Stern/Bruschweiler-Stern (2014) dar.

Die Verantwortung für die liebevolle Nähe zum Baby ist entscheidend für seine optimale Entwicklung. Mütter können aber auch Ängste entwickeln, wie beispielsweise unnatürlich, gehemmt und innerlich leer zu sein oder auch nicht lieben und geben zu, kein komplettes Repertoire der elementaren menschlichen Gefühle und Verhaltensweise zu besitzen, nicht spontan sein können.

### 3) *Das Thema der unterstützenden und bestätigenden Matrix:*

Das Bedürfnis nach psychologischer und praktischer Unterstützung, um die ersten beiden Aufgaben bewältigen zu können, entsteht unmittelbar nach der Geburt. Die Mutter wünscht sich Wissensweitergabe und Anerkennung durch kompetente Personen und wendet sich daher i.d.R. anderen, bereits erfahrenen Müttern als Mittelpunkt der Matrix zu. Hierbei kann es sich beispielsweise um die eigene Mutter handeln. In jedem Fall wird die Beziehung zur eigenen Mutter reaktiviert und erhält einen neuen Stellenwert. Es geht um die Erinnerungen an die eigene Kindheit sowie die eigenen Bindungsmuster (Werde ich so sein wie meine Mutter?) als zuverlässigster Prädiktor für das noch zu entwickelnde Bindungsmuster zum Säugling. Hinzu kommt ein neuer Blick auf den Partner, dem ebenfalls große Bedeutung zukommt. Seine väterlichen Qualitäten werden nun, bewusst oder unbewusst, als Schlüsselement seiner Attraktivität bewertet. Auch bei diesem Thema tauchen spezifische Ängste der jungen Mutter auf, die sich zum einen im Konkreten auf den Partner beziehen. In diesem Zusammenhang kommen Fragen auf, wie: Wird er mit ihr als Mutter rivalisieren? Wird er dem Baby ihre Aufmerksamkeit streitig machen (das Syndrom des Ehemanns als zweites Baby)? Wird er sie im Stich lassen? Zum anderen werden auch Fragen hinsichtlich der Herstellung und Aufrechterhaltung der gesamten Matrix gestellt, wie beispielsweise: Wird sie von der Matrix kritisiert werden und deren Ansprüchen nicht genügen? Wird sie sich dem Vorwurf der Destruktivität oder der Unzulänglichkeit aussetzen müssen?

### 4) *Das Thema der Reorganisation der Identität:*

Das vierte Thema bezieht sich auf das Bedürfnis der Mutter, ihre Selbstidentität zu transformieren. Es geht um verschiedene Verwandlungen, welche die neue Identität der jungen Mutter ausmachen: Die Verwandlung von der Tochter zur Mutter und so die Entstehung eines neuen Dreiecks (Mutter, Vater, Kind), das sich um eine Generation verschiebt, die Verwandlung von der Ehefrau zum Elternteil, von der jüngsten zur Elterngeneration, berufliche Rollenveränderungen. Das Thema berührt die zentrale Frage der Frau, ob sie ihr Identitätszentrum verlagern kann. Auch hier treten typischerweise Reaktualisierungen aus der eigenen Kindheit auf.

## 2.3 Postpartale Depression

Erstmals offiziell beschrieben wird die Erkrankung 1858 von dem französischen Psychiater Louis Victor Marcé in einem medizinischen Fachbuch zum Thema „Die Behandlung der Verrücktheit von Schwangeren, frisch Entbundenen und Stillenden und medizinrechtliche Überlegungen“.<sup>56</sup> In diesem erklärt er das Ineinandergreifen psychischer Symptome und körperlicher Veränderungen, die nach der Geburt auftreten können. Zunächst wird die PPD aber noch nicht weiter erforscht. „Dafür ist nicht zuletzt der Umstand verantwortlich, dass die von ihr aufgeworfenen Fragen zu zwei Fachgebieten – der Psychiatrie und der Geburtshilfe – gehören.“<sup>57</sup> Erst ab ungefähr den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts findet sie wieder zunehmend Beachtung, vorerst im angloamerikanischen Raum<sup>58</sup>, sodass die wesentlichen Impulse bis vor kurzem hauptsächlich von hier ausgingen. In Deutschland kommt das Interesse erst in den letzten 10 bis 20 Jahren auf.<sup>59</sup> So kommt es, dass knapp 160 Jahre nach ihrer erstmaligen Beschreibung in Marcé's Werk, die PPD hierzulande immer noch nur ungenügend bekannt ist. Oder um es zugespitzt zu formulieren: Deutschland gleicht in dieser Hinsicht dem Stand eines Entwicklungslandes.<sup>60</sup> Im Folgenden soll deshalb versucht werden auf der Basis von umfassenden Literaturrecherchen, unter Einbeziehung der psychologischen Datenbanken der American Psychological Association (APA), der fächerübergreifenden Datenbank Science Direct sowie der psychoanalytischen Online-Bibliothek Psychoanalytic Electronic Publishing (PEP-Web) (alle bis 2014) und der einschlägigen deutsch- und englischsprachigen Fachbücher, einen Überblick zum aktuellen Stand des Wissens bezüglich der PPD zu geben.

### 2.3.1 Definition und Abgrenzung

Angesichts der Tatsache, dass der postpartale Zeitraum in der Literatur recht uneinheitlich definiert wird, ergeben sich sowohl erhebliche Unterschiede in den Prävalenzzahlen als auch in der Begriffsdefinition zur PPD.<sup>61</sup> So erklären beispielsweise Riecher-Rössler und Hofecker-Fallahpour (2003): „Als postpartale Depression werden im Allgemeinen alle schwereren, längerdauernden und behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen bezeichnet, die im ersten Jahr nach der Entbindung auftreten oder bestehen.“<sup>62</sup>

56 vgl. Marcé (1858)

57 Pedrina (2006), S. 31

58 vgl. hierzu u.a. die ersten Studien zur PPD von Hamilton (1962) und Dalton (1980)

59. vgl. Hofecker-Fallahpour et al. (2005), S. 70

60 vgl. Forum (12. August 2013), letzter Abruf am 25. Mai 2014

61 Aufgefundene Angaben zur Prävalenz in der Literatur reichen von vier Wochen bis zu einem Jahr.

62 Riecher-Rössler/Hofecker-Fallahpour (2003), S. 107

Sonnenmoser (2007) begrenzt den Zeitraum hingegen auf die ersten Wochen nach der Niederkunft: „Es handelt sich dabei um eine depressive Erkrankung mit Beginn innerhalb von vier Wochen nach der Entbindung.“<sup>63</sup> Und Dalton (2003) stellt den Zeitraum des erneuten Einsetzens der Menstruation in den Vordergrund: „Postpartale Depressionen (Wochenbettdepressionen) werden definiert als in der Zeit nach der Entbindung bis zum erneuten Einsetzen der Menstruation erstmalig auftretende schwere, ärztliches Eingreifen erfordernde psychische Symptome.“<sup>64</sup> Einen eindeutig definierten Zeitraum geben diese Definitionen folglich nicht an, es lässt sich lediglich feststellen, dass die PPD im zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung auftritt. Ein Blick in die gynäkologische Fachliteratur zeigt jedoch, dass das Wochenbett aus gynäkologischer Sicht sehr wohl ein umgrenzter Zeitraum ist. Damit werden die ersten sechs bis acht Wochen nach der Entbindung bezeichnet, in denen sich die schwangerschaftsbedingten Veränderungen des Körpers zurückbilden.<sup>65</sup> Im Rahmen der Arbeit wird sich daher auch an diesem Zeitraum orientiert. Ballestream et. al. (2004) definieren hierzu wie folgt: „Für die Diagnose einer postpartalen Depression sollte der Beginn der depressiven Symptomatik innerhalb der ersten 2 Monate nach einer Geburt nachgewiesen werden.“<sup>66</sup>

Wichtig bei jeder Art der Definition ist ihre Abgrenzung zu anderen möglichen postpartalen Krankheitsbildern. Zu benennen sind hierbei insbesondere der postpartale Blues („Heultage“), auch postpartale Dysphorie genannt, sowie die postpartale Psychose:

Der sogenannte Babyblues ist keine Depression. Es handelt sich dabei lediglich um eine depressiv-labile Stimmungslage, die wenige Tage nach einer Entbindung bei Müttern auftreten kann und wieder verschwinden.<sup>67</sup> Sie ist gekennzeichnet durch eine verhältnismäßig milde depressive Symptomatik, wie Ängstlichkeit und Erschöpfung und hat eine Prävalenzrate von ca. 50%.<sup>68</sup>

Die postpartale Psychose, auch Puerperalpsychose, stellt hingegen mit einer Inzidenz von 1-2 Erkrankungen auf 1000 Geburten ein eher seltenes Ereignis dar.<sup>69</sup> Für ihre Symptomatik sind u.a. Halluzinationen, Gedankeneingebung, zielloses Verhalten und Wahnvorstellungen typisch.<sup>70</sup> Während das postpartale Stimmungstief folglich ein zeitlich sehr begrenztes Phänomen ist, handelt es sich hingegen bei der PPD und der Puerperalpsychose i.d.R. um länger anhaltende Erkrankungen. Die Symptome können persistieren, es sind auch Verläufe bis zu einem Jahr post partum bekannt.<sup>71</sup>

63 Sonnenmoser (2007), S. 82

64 Dalton (2003), S. 55

65 vgl. Neises/Ditz (2000), S. 159

66 Ballestream et al. (2004), S. 303

67 vgl. Schrimpf (2013), S. 32

68 vgl. Leucht/Förstl (2012), S. 120

69 vgl. ebd., S. 99

70 vgl. Sonnenmoser (2007), S. 82

71 vgl. Leucht/Förstl (2012), S. 99



Eine Möglichkeit zur Übersicht über die häufigsten psychischen Probleme nach der Entbindung bietet Tabelle 1. Dabei gilt jedoch zu berücksichtigen, dass die postpartale Psychopathologie keine abgrenzbare Symptomatik mit einer einfachen Untergliederung ist, die Übergänge sind vielmehr oft fließend.<sup>72</sup>

Typ	Beginn/Dauer	Erste Symptome	Prävalenz
<b>Postpartaler Blues</b> (Baby Blues, Heultage)	<u>Beginn:</u> 2.-5. Tag nach der Entbindung <u>Dauer:</u> bis zu 10 Tage	allgemein erhöhte Empfindlichkeit, Stimmungs-labilität steht im Vordergrund, milde depressive Symptomatik (z.B. Ängstlichkeit, Erschöpfung)	ca. 50%
<b>Postpartale Depression</b> (Wochenbettdepression)	<u>Beginn:</u> innerhalb der ersten zwei Monate nach der Entbindung <u>Dauer:</u> abhängig vom Schweregrad, Wochen bis Monate, im Extremfall Chronifizierung	Niedergeschlagenheit, Versagens- und Schuldgefühle, Grübeln, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Appetitminderung, Erschöpfung, Müdigkeit, Weinen	ca. 10-15%
<b>Postpartale Psychose</b> (Wochenbettpsychose, Puerperalpsychose)	<u>Beginn:</u> erste Tage bis Wochen nach der Entbindung, ca. 75% innerhalb der ersten zwei Wochen <u>Dauer:</u> abhängig vom Schweregrad und klinischem Bild, Tage bis Monate	Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Stimmungsschwankungen, Verhaltensänderungen, irrationale Ängste, ungeordnetes Denken, manchmal auch Direktbeginn mit psychotischen Symptomen (z.B. Wahn, Halluzinationen, Gedankeneingebungen)	ca. 0,1-0,2%
<b>Depressive Reaktion</b> nach Totgeburt/Frühgeburt/ Geburt eines kranken oder behinderten Kindes	<u>Beginn:</u> meist direkt nach dem Ereignis, manchmal auch Wochen/Monate später <u>Dauer:</u> abhängig von Schweregrad und klinischem Bild, Wochen bis Monate	zu Beginn meist innere Betäubung, Schock, Verzweiflung, dann Übergang in längere depressive Reaktion mit einer Vielzahl depressiver Symptome	20-40% (nach etwa jeder 3. Totgeburt/ Frühgeburt/ Geburt eines kranken oder behinderten Kindes)
<b>Posttraumatische Belastungsstörung</b> nach einer traumatisch erlebten Entbindung	<u>Beginn:</u> erste Tage bis Wochen nach der Entbindung <u>Dauer:</u> abhängig von Schweregrad und klinischem Bild, Wochen bis Monate, im Extremfall auch länger (Chronifizierung)	Wiedererleben der Geburt in Alpträumen und eindringlichen Erinnerungen („flashbacks“), Schlafstörungen, Weinen, Gefühl innerer Taubheit, Reizbarkeit, sozialer Rückzug, nicht selten Begleitdepression	1-2% (nach etwa jeder 50.-100. Entbindung)

**Tabelle 1** Überblick über die häufigsten psychischen Störungsbilder nach der Entbindung<sup>73</sup>

<sup>72</sup> vgl. Pedrina (2006), S. 32

<sup>73</sup> Eigene Darstellung in Anlehnung an Rohde (2004), S. 28f.

### 2.3.2 Klinisches Bild und Epidemiologie

Das klinische Bild der postpartalen Depression unterscheidet sich prinzipiell nicht von dem anderer Depressionen, d.h. es können sich alle klassischen Symptome einer Depression finden lassen.<sup>74</sup> Allerdings sind immer wieder gewisse Besonderheiten aufgefallen. So beziehen sich die Inhalte des depressiven Grübelns i.d.R. auf das Kind und die Mutterschaft. „Besonders häufig leiden depressive Mütter unter dem Gefühl, eine schlechte Mutter zu sein, woraus Schuld- und Versagensgefühle entstehen. Diese Symptome gehen nicht selten einher mit der Überzeugung, dass ihre gefühlsmäßige Bindung zum Kind unzureichend ist. Eine Störung der Mutter-Kind-Bindung ist Teil der Depression, wird aber von den betroffenen Frauen als eigenes Versagen gewertet.“<sup>75</sup> Viele Mütter klagen in diesem Zusammenhang über ein „Gefühl der Gefühllosigkeit“ ihrem eigenen Neugeborenen gegenüber, was sie besonders erschreckt und mit einem enormen Leidensdruck verbunden ist. Hinzu kommt häufig eine ausgeprägte emotionale Labilität. Ca. 20 bis 40 Prozent der Mütter leiden auch unter Zwangsgedanken, etwa das Kind zu schädigen.<sup>76</sup>

Aufgrund der vielfältigen Bilder und Schweregrade die eine PPD mit sich bringen kann, lassen sich nach Rohde (2004) aus der Praxis drei Typen ableiten, der „Insuffizientyp“, welcher am häufigsten vorkommt, sowie der „Zwangs-“ und der „Paniktyp“, die jedoch wesentlich seltener auftreten (Tabelle 2).<sup>77</sup> Besonders prekär erscheint die Tatsache, dass die Symptome der PPD oft erst spät oder gar nicht erkannt werden.<sup>78</sup> Die Gründe hierfür sind vielschichtig: So verschweigen die betroffenen Frauen ihre Symptome aus Scham- und Schuldgefühlen oder aus Angst, sie könnten als „psychisch krank“ abgestempelt, stationär eingewiesen und von ihrem Kind getrennt werden.<sup>79</sup> Die Diagnose wird dadurch zusätzlich erschwert, dass die Symptome der PPD meist nach der Entlassung aus der Geburtsklinik auftreten. Gynäkologen, Pädiater oder Nachsorgehebammen sehen die Mütter i.d.R. in zeitlichen Abständen für einen verhältnismäßig kurzen Zeitraum, was ein differenziertes Bild über den psychischen Gemütszustand schwierig macht.<sup>80</sup> Hinzu kommt, dass das soziale Umfeld nur selten aufgeklärt ist.<sup>81</sup> Die genannten Umstände implizieren dann die Gefahr, dass die Depression mit einer geburts- und stillzeitbedingten Erschöpfung verwechselt wird.<sup>82</sup>

74 vgl. Riecher-Rössler/Hofecker-Fallahpour (2003), S. 107

75 Rohde (2004), S. 54f.

76 vgl. Riecher-Rössler (2006), S. 11

77 vgl. Rohde (2004), S. 56

78 vgl. Sonnenmoser (2007), S. 82

79 vgl. Riecher-Rössler (2006), S. 14f.

80 vgl. Sonnenmoser (2007), S. 82

81 vgl. Schrimpf (2013), S. 110ff.

82 vgl. Riecher-Rössler (2006), S. 15



Typ postpartaler Depression	Im Vordergrund stehende Symptomatik
<b>„Insuffizienztyp“</b>	Depressive Verstimmung steht im Vordergrund mit Insuffizienzgefühlen (= Versagensgefühlen), Schuldgefühlen, der Überzeugung, eine schlechte Mutter zu sein. Die Mutter-Kind-Gefühle sind nicht in der Art vorhanden, wie die Mutter sie erwartet, was wiederum Schuldgefühle verursacht. Zusätzliche Symptome wie Konzentrationsstörungen, Antriebsmangel, Schlafstörungen, Appetitstörungen, Tagesschwankungen, lebensmüde Gedanken bis hin zur Suizidalität
<b>„Zwangstyp“</b>	Depressive Verstimmung mit im Vordergrund stehender Zwangssymptomatik (Gedanken bzw. Impuls, dem eigenen Kind etwas anzutun, es zu verletzen, es zu töten etc.). Verbunden mit ausgeprägten Schuld- und Schamgefühlen, Angst vor Kontrollverlust und Vermeidungsverhalten (Situationen, in denen das Kind vermeintlich „gefährdet“ ist werden vermieden). Die Depression entwickelt sich häufig nach der Zwangssymptomatik.
<b>„Paniktyp“</b>	Depressive Verstimmungen parallel mit dem meist erstmaligen Auftreten von Panikattacken

**Tabelle 2** Typen der postpartalen Depressionen<sup>83</sup>

Auch wenn demzufolge zusätzlich noch von einer hohen Dunkelziffer auszugehen ist, zählt die PPD auch so bereits zu den häufigsten psychischen Störungen bei jungen Müttern.<sup>84</sup> Metaanalysen zeigen, dass die PPD in westlichen Industrieländern mit einer Prävalenz von 10 bis 15 Prozent aller Gebärenden auftritt.<sup>85</sup> Jüngere Angaben, zumeist aus anglo-amerikanischen Ländern, bestätigen diese Einschätzungen.<sup>86</sup> Allerdings weisen die Studien aus verschiedenen Gründen<sup>87</sup> teilweise auch erhebliche Unterschiede in den Prävalenzzahlen auf, wobei die aufgefundenen Angaben zwischen 3 bis 22 Prozent schwanken. So gehen einige Autoren von höheren Prävalenzzahlen aus. Herz et al. (1997) sprechen beispielsweise in ihrer Studie von 21 Prozent in Österreich.<sup>88</sup> In der Untersuchung von Edwards et al. (2008) in Australien erfüllten sechs Wochen post partum sogar 22,6 Prozent der Mütter die Kriterien einer PPD.<sup>89</sup> Andere Untersuchungen wiederum kommen zu niedrigeren Häufigkeiten. So berichten zum Beispiel Lee et al. (1998) bei einer Untersuchung in China, dass bei 5,5 Prozent aller Frauen eine PPD nachgewiesen wurde.<sup>90</sup>

83 Rohde (2004), S. 57

84 vgl. Reck (2007), S. 237

85 vgl. hierzu die Studien von O'Hara/Swain (1996); Riecher-Rössler (1997); Gavin et al. (2005)

86 vgl. hierzu die Studien von Segre et al. (2007); Ingram/Taylor (2007)

87 u.a. in den Studien uneinheitliche Definition der Postpartalzeit, Unterschiede in den diagnostischen Kriterien, im Beobachtungszeitraum, im Erhebungsinstrument, in der untersuchten Population

88 vgl. Herz et al. (1997)

89 vgl. Edwards et al. (2008)

90 vgl. Lee et al. (1998)

Kurstjens/Wolke (2001) errechneten in Bayern eine Prävalenz von nur 3,3 Prozent<sup>91</sup> und in der Studie von Ballestrem et al. (2004) im Raum Stuttgart zeigten 3,6 Prozent der Mütter eine PPD<sup>92</sup>. Auch wenn bei den letzten beiden benannten Studien u.a. zu berücksichtigen gilt, dass ein längerer Beobachtungszeitraum<sup>93</sup> veranschlagt und nicht wie bei vielen anderen Arbeitsgruppen üblich, die Befragung am Ende des zweiten Monats post partum durchgeführt wurde, könnten die Ergebnisse darauf hindeuten, dass die PPD in Deutschland seltener als in anderen, insbesondere in anglo-amerikanischen Ländern, vorkommt.<sup>94</sup> Dafür sprechen auch die Ergebnisse der Arbeitsgruppe um Dennis et al. (2012), die im selben Untersuchungszeitraum wie Ballestrem et al. (2004), nämlich drei Monate post partum, eine Prävalenz von 8 Prozent für Kanada errechneten.<sup>95</sup> Zudem ist die PPD – wenngleich mit großer Varianz hinsichtlich Prävalenz und Symptomen – ein weltweites Phänomen. So wiesen Studien in nicht industrialisierten Ländern nach, dass depressive Verstimmungen rund um die Geburt bekannt sind, allerdings wurden die Symptome häufig durch körperliche und seltener durch psychische Beschwerden zum Ausdruck gebracht werden, was zumindest teilweise die großen Unterschiede in den Prävalenzzahlen erklärt.<sup>96</sup> Auch zeigen jüngste Untersuchungen in den USA, dass das Auftreten der PPD nicht mit dem jeweiligen ethnologischen Hintergrund korreliert.<sup>97</sup> Auffallend ist jedoch, dass besonders hohe Raten von 30 bis 50 Prozent bei Müttern festgestellt wurden, die erst vor kurzem in westliche Industrieländer immigrierten, was vor allem mit dem Verlust an traditioneller und sozialer Unterstützung sowie erhöhtem Stress zusammenhängen könnte.<sup>98</sup>

Gesamthaft unterscheidet sich die Prävalenz schwerer, krankheitswertiger Depressionen bei Frauen in der Postpartalzeit im Vergleich zu gleichaltrigen Frauen ohne Geburt nicht.<sup>99</sup> „Frauen im gebärfähigen Alter haben ohnehin eine vergleichsweise hohe Depressionsrate. Zwar wird in den ersten Monaten postpartal eine Verschlechterung im psychischen Befinden der Mütter beobachtet. Dies wird aber nicht als Depression von Krankheitswert interpretiert, sondern eher als leichte Verstimmung (...).“<sup>100</sup>

91 vgl. Kurstjens/Wolke (2001)

92 vgl. Ballestrem et al. (2004)

93 bei Kurstjens/Wolke (2001) Berücksichtigung aller Depressionen im ersten Jahr post partum;  
bei Ballestrem et al. (2004) Durchführung eines zweiten Screenings im Verlauf des dritten Monats post partum

94 vgl. Ballestrem et al. (2004)

95 vgl. Dennis et al. (2012)

96 vgl. Oates et al. (2004); Postmontier/Horowitz (2004)

97 vgl. Mayberry et al. (2007); Segre et al. (2007); Hutto et al. (2011)

98 vgl. Posmontier/Horowitz (2004)

99 vgl. Hofecker-Fallahpour et al. (2005), S. 110

100 Riecher-Rössler (2006), S. 12f.

### 2.3.3 Diagnose und Klassifikation

Die postpartalen Störungsbilder in der frühen Mutterschaft werden entweder anhand der Klassifikation psychischer Störungen der ICD-10, Kapitel F oder nach dem amerikanischen DSM-V diagnostisch eingeordnet. Der Zusatz „postpartal“ ist sowohl im amerikanischen DSM-V („postpartum onset“)<sup>101</sup> als auch im deutschsprachigen ICD-10 (F53.0, F53.1)<sup>102</sup> als gängiger Subtyp von Depression erwähnt. Allerdings handelt es sich hierbei nicht um eigenständige Kategorien der PPD in den beiden internationalen Klassifikationsmanualen. Zwar beschreibt die ICD-10 mit der Störungsgruppe F53 „Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, nicht andernorts klassifiziert“ eine eigene Kategorie zur Klassifikation von postpartal auftretenden psychischen Störungen. Allerdings wird im Kommentar wie folgt angemerkt, dass F53 nur dann zur Klassifikation verwendet werden soll, wenn ungenügende Informationen verfügbar sind, so dass eine genauere Diagnose nicht möglich ist oder wenn die Klassifikation an anderer Stelle aufgrund spezieller klinischer Aspekte unangemessen wäre.<sup>103</sup> „Diese Kategorie ist daher Situationen vorbehalten, wie sie in Entwicklungsländern häufig anzutreffen sind, wo Ärzte und Gesundheitsdienste mit einer Vielzahl psychischer Auffälligkeiten bei Müttern nach der Geburt konfrontiert werden, aber aus Kapazitätsgründen eine genaue Exploration nicht möglich ist. Es wird lediglich eine Graduierung zwischen „leicht“ und „schwer“ unterschieden. Die Notwendigkeit bzw. der Nutzen dieser Kategorie ist umstritten.“<sup>104</sup> Es handelt sich folglich eher um eine Restkategorie für andernorts nicht einzuordnende Störungen.<sup>105</sup>

Als klinisches Testinstrument zur Erfassung der PPD wird zumeist die „Edinburgh-Postnatale-Depressions-Skala“ (EPDS) verwendet. Mittlerweile auch in deutschsprachiger Fassung vorhanden, stellt sie ein anwenderfreundliches Inventar bestehend aus zehn Items dar, das hinsichtlich Validität und Reliabilität gut abgesichert ist.<sup>106</sup> Der Fragekatalog befindet sich im Anhang.

### 2.3.4 Ätiologie und Pathogenese

Die Ursachen und Risikofaktoren der PPD sind vielfältig. In aller Regel sind es mehrere Faktoren, die in einem komplexen Zusammenspiel schließlich zum teilweisen Zusammenbruch von Bewältigungsstrategien führen können.<sup>107</sup> So können individuell große Unterschiede hinsichtlich auslösender Faktoren bestehen:

<sup>101</sup> vgl. American Psychiatric Association (2012)

<sup>102</sup> vgl. Dilling et al. (2011)

<sup>103</sup> vgl. ebd.

<sup>104</sup> Hofecker-Fallahpour et al. (2005), S. 121

<sup>105</sup> vgl. Pedrina (2006), S. 32

<sup>106</sup> vgl. Bergant et al. (1998)

<sup>107</sup> vgl. Hofecker-Fallahpour (2005) et al., S. 80

„Im Einzelfall kann es z.B. trotz günstiger biologischer und psychologischer Ausgangsbedingungen durch besonders schwere Belastungen im sozialen Umfeld zur psychischen Krise kommen. Liegt dagegen eine hohe biologische Vulnerabilität vor, kann alleine die gestiegene Belastung durch die Betreuung des Säuglings zur psychischen Dekompensation führen.“<sup>108</sup> Im Folgenden wird dieser multifaktoriellen Verursachung insofern Rechnung getragen, als dass ein Bogen von biologischen zu sozialen zu psychologischen Faktoren gespannt wird, die an der Entstehung einer PPD beteiligt sein können. Darüber hinaus soll auch das psychodynamische Verständnis der PPD erläutert werden. Die gewählte Reihenfolge ist dabei willkürlich. Es muss berücksichtigt werden, dass der konsistente Einfluss dieser Faktoren auf das Erkrankungsrisiko noch nicht eindeutig nachgewiesen ist, d.h. die Studien sind diesbezüglich widersprüchlich. Zudem wird in den meisten Studien nicht für alle Faktoren aufgezeigt, inwieweit es sich um wirklich vorbestehende Risikofaktoren handelt und inwieweit die Probleme zum Teil nicht auch schon Folge der beginnenden Depression sind.<sup>109</sup> Einigermaßen einheitlich konnte lediglich gezeigt werden, dass mangelnde Unterstützung, insbesondere durch den Partner, zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer PPD beitragen.<sup>110</sup> Als wichtigster Risikofaktor für PPD gilt schließlich eine erhöhte Vulnerabilität durch eine depressive Erkrankung oder andere psychische Erkrankungen in der Vorgeschichte.<sup>111</sup>

Biologisch gesehen werden neurochemische und hormonelle Umstellungen als ursächlich vermutet. Insbesondere der starke Abfall der Östrogene rückt dabei in den Fokus:

„Für die Genese der PPD scheint der neuroendokrinologische Zusammenhang zwischen Östrogenen und serotonerger System bedeutsam zu sein. So wird der postpartale Östrogenabfall als ein möglicher pathogenetischer Faktor für PPD bei Frauen mit depressiver Prädisposition diskutiert.“<sup>112</sup>

Darüber hinaus gibt es eine ganze Fülle an Studien zur biologischen Ursachenforschung.<sup>113</sup> In soziokultureller Hinsicht werden vor allem das teilweise überholte Mutterbild in Deutschland, die veränderten Lebensbedingungen sowie der Verlust des Wochenbetts diskutiert. So ist in Deutschland vor allem das Bild der „glücklichen Mutter“ geprägt, „die alles bewältigt und alles im Griff hat. Insbesondere, wenn das Kind gesund ist und sich gut entwickelt und wenn sonst „alles stimmt“, bekommen betroffene Frauen sehr schnell das Gefühl, sie hätten keinen Grund zur Traurigkeit, und der Fehler liege bei ihnen“<sup>114</sup>.

108 Hofecker-Fallahpour et al. (2005), S. 80

109 vgl. Riecher-Rössler (2006), S. 13

110 vgl. ebd.

111 vgl. Sonnenmoser (2007), S. 82

112 ebd.

113 vgl. u.a. Llorente et al. (2003); Van Praag et al. (2004)

114 vgl. Rohde (2004), S. 31

Ein weiterer Faktor sind die veränderten Lebensbedingungen. Kaum eine junge Familie kann heute auf die Unterstützung einer „Großfamilie“ zurückgreifen. Oftmals lebt die eigene Familie an einem anderen Ort, der vom Paar aus beruflichen Gründen verlassen werden musste. Eine längerfristige Entlastung durch die Familie ist so nicht möglich. Viele Eltern fühlen sich dann in der plötzlichen Konfrontation mit dem Neugeborenen allein gelassen und überfordert.<sup>115</sup> Darüber hinaus lässt sich ein weiteres gesellschaftliches Phänomen beobachten, der Verlust des Wochenbetts:

„In unserer Gesellschaft, in der die gute Mutter gleichzeitig beruflich erfolgreich, sexy, durchtrainiert, wunderschön, geistreich und dabei auch noch entspannt und gelassen zu sein hat, wird von ihr verlangt – und sie verlangt es auch von sich selbst –, dass sie schon wenige Tage nach der Geburt wieder topfit und allseits einsatzbereit ist: Kaum aus dem Krankenhaus entlassen, wird wieder Schminke aufgelegt, die alten Kleider, die natürlich direkt nach der Entbindung wieder passen müssen, werden aus den Schränken gekramt, Freunde und Familie im Stundentakt empfangen, auf schon fast manische Art und Weise Fotos vom neugeborenen Sprössling per SMS und E-Mail verschickt und auf Facebook gepostet. (...) Möglichst schnell heißt es: zurück zum gewohnten Alltagsleben, anstatt wenigstens für ein, zwei Wochen innezuhalten (...).“<sup>116</sup>

Der Vergleich von Nadig (1989) zwischen der indianischen Bauerngesellschaft mit der urbanen Industriegesellschaft macht in diesem Zusammenhang deutlich, wie stark in unserer Gesellschaft die sozialen Aspekte der Mutterschaft abhanden gekommen sind:

„Was früher im sozialen Kontext geleistet wurde, muß die Mutter heute allein und innerpsychisch verarbeiten. Damit wird ihr eine ungeheure Last und Verantwortung aufgebürdet, die sie realiter gar nicht erbringen kann. So sind die häufigen Zusammenbrüche und Depressionen bei jungen Müttern eigentlich nicht überraschend.“<sup>117</sup>

Hingegen gibt es in Ländern mit nach wie vor traditionell geprägten Lebensformen durchaus festgelegte Rituale im Zusammenhang mit der Mutterschaft und besondere Unterstützung, damit die Frauen sich von der Geburt erholen und an ihre neue Rolle gewöhnen können.<sup>118</sup> Allerdings zeigen Untersuchungen auch, dass diese traditionellen Unterstützungen von den Betroffenen nicht immer nur positiv erlebt werden. So leiden viele, in einem solchen Umfeld lebende junge Mütter darunter, dass der Säugling mehr der Verwandtschaft als ihnen selbst gehöre.<sup>119</sup> Weiterhin ist anzumerken, dass die PPD, wie bereits dargestellt, eben kein ausschließlich westliches Phänomen ist.

115 vgl. Rohde (2004), S. 31

116 Schrimpf (2013), S. 49

117 Nadig (1989), S. 115

118 vgl. Hofecker-Fallahpour et al. (2005), S. 78

119 vgl. u.a. Bashiri/Spielvogel (1999)

Würden die verschiedenen traditionellen Rituale aber einen derartigen Resilienzfaktor darstellen, dürfte die PPD in traditionell gefärbten Kulturen nicht vorkommen. Hinzukommen können zudem sozioökonomische Faktoren, wie schwierige Wohnverhältnisse (beispielsweise Umzug)<sup>120</sup> oder finanzielle Not.<sup>121</sup>

Besonders auffällig ist in dieser Hinsicht, dass vor allem zwei soziale Gruppierungen von der PPD betroffen sein können:

„Es sind einerseits traditionell vor allem sehr junge Mütter aus sozial schwachen Familien, die an der Krankheit leiden, sowie andererseits – und das ist neu – beruflich erfolgreiche Frauen von Mitte bis Ende 30, die sich erst verhältnismäßig spät dazu entschieden haben, ihr erstes und oft auch einziges Kind zu bekommen.“<sup>122</sup>

Insbesondere die zweite Gruppierung rückt dabei heutzutage immer mehr in den Fokus:

„Nachdem sie jahrelang ein unabhängiges, erfolgreiches Leben geführt haben, sitzen sie nun plötzlich allein mit ihrem Baby in einer Wohnung weit weg von ihrem Büro, den Bars und anderen Plätzen, an denen sie vorher zusammen mit ihren Freunden die Freizeit verbracht haben. Nach fast zwei Jahrzehnten des selbstbestimmten Lebens sehen sie sich einem besitzergreifenden Baby ausgesetzt, das ihr früheres Leben zunichtemacht. Keiner bedankt sich mehr bei ihnen, lobt sie oder belohnt sie, nichts ist mehr geordnet, verlässlich, so wie sie es kennen. Der Verlust von Selbstbestimmung und die häufig maximal verinnerlichten Leistungsansprüche der Frauen treiben sie in eine Depression.“<sup>123</sup>

Auf der psychologischen Ebene werden besonders ausgeprägte Persönlichkeitseigenschaften, wie Perfektionismus oder ein hohes Kontrollbedürfnis, diskutiert.<sup>124</sup> Ein weiterer Faktor kann das permanente Grübeln („ruminative thinking“) sein.<sup>125</sup> Schrimpf (2013) verwendet in diesem Zusammenhang den Begriff der „Pelikanmütter“:

„Die Mütter, die sich besonders viele Gedanken machen. Die alles perfekt machen möchten. Die intensiver empfinden als andere und empfindlicher reagieren. Die sich selbst vergessen und hingeben in der Liebe und Sorge um ihr Kind. So wie die Pelikane, von denen man früher dachte, dass sie ihre Jungen mit ihrem eigenen Blut ernähren würden.“<sup>126</sup>

Allerdings kann eben auch diese außerordentliche Nähe zum Kind auch hemmend wirken. Wenn die Mutter keine innere Distanz zum Kind herstellen kann, werden alle Empfindungen des Kindes bald zu ihren eigenen, sie wird sodann zum „Spielball der kindlichen Gefühle“. <sup>127</sup>

Darüber hinaus werden zahlreiche weitere Faktoren, wie beispielsweise Stressbelastung in der Schwangerschaft, traumatisches Erleben der Geburt, Veränderung des Selbst- und Körperbildes in Betracht gezogen.<sup>128</sup>

120 vgl. Schrimpf (2013), S. 64

121 vgl. u.a. Segre et al. (2007); Matthey et al. (2000)

122 Schrimpf (2013), S. 12

123 ebd., S. 40

124 vgl. Rohde (2004), S. 42

125 vgl. Müller et al. (2013)

126 Schrimpf (2013), S. 14

127 vgl. Weissenböck (1999), S. 72

128 vgl. Sonnenmoser (2007), S. 82

In der psychodynamischen Sichtweise ist die Postpartalzeit durch heftige affektive Prozesse bei gleichzeitiger Beeinträchtigung der Ich-Funktionen gekennzeichnet, wodurch es leichter als sonst zu psychopathologischen Entwicklungen kommen kann.<sup>129</sup> Der Fokus liegt vor allem auf möglichen traumatischen Erfahrungen und Vernachlässigungen in der eigenen Kindheit<sup>130</sup> sowie der Umstellung auf die Aufgabe des Bemutterns und der Übergang zu einer triadischen Beziehungsstruktur.<sup>131</sup> Wegweisend waren dabei sicherlich die Arbeiten von Deutsch (u.a. 1948, 1954), die in einer charakteristischen dreifachen Stufenfolge darstellte, welche widersprüchlichen psychischen Inhalte von den Wöchnerinnen bewältigt werden müssen (Wiederherstellung der Objektbeziehungstheorien).<sup>132</sup> Hinzu kommt das klassische Verständnis der Depression als eine Erkrankung des Verlusts<sup>133</sup>, welche insbesondere in der Phase der frühen Elternschaft konstante Erscheinungen sind:

„Die werdende und die junge Mutter ist stets dabei, etwas zu verlieren – zunächst ihr Leben als kinderlose Frau. In den schnellen Veränderungen während der Schwangerschaft verliert sie bald das erhöhte Selbstgefühl, das sich in der Phase der Verschmelzung mit dem ungeborenen Kind einstellte. Mit der Geburt verliert sie das Selbsterleben der Schwangerschaft. Mit jedem Entwicklungsschritt der Babys verliert sie das Baby und die Art der Beziehung zu ihm, wie diese zuvor war.“<sup>134</sup>

Dmoch (1999) stellt den Verlust der Aufmerksamkeit in den Mittelpunkt seiner Betrachtung, wenn er von einer „gewaltigen emotionalen Umstellung von narzisstisch gebundener auf objektgerichtete Libido (...)“<sup>135</sup> spricht:

„Die junge Erstgebärende lebt von der Sympathie, Anerkennung und Fürsorge, die ihr die Umgebung entgegenbringt. Als der Mittelpunkt freudiger Aufmerksamkeit der signifikanten Anderen erhält sie eine erhebliche Aufwertung und Bestätigung. Unmittelbar nach der Entbindung aber ist plötzlich alles anders, eben zu der Zeit, in der sich die Wöchnerin in dem (...) Zustand emotionaler Leere und Erschöpftheit befindet. Sie scheint die liebevolle Aufmerksamkeit und die narzisstische Zufuhr, die sie als Schwangere genossen hat, nun ganz an das Kind abgeben zu müssen.“<sup>136</sup>

In das Verlust-Verständnis fällt als besonderer Punkt auch der Verlust der Illusionen über das künftige Kind, die vor seiner Geburt noch nicht von der Realität widersprochen wurden sowie idealisierte Vorstellungen darüber, wie die Familie funktionieren wird.<sup>137</sup>

Darüber hinaus zeigte sich in bisherigen psychoanalytischen Forschungen, dass postpartale Krisen durch verschiedene Konfliktfelder gekennzeichnet sind, welche eine besondere Herausforderung für die psychische Verarbeitung darstellen.

129 vgl. Dmoch (1999), S. 340

130 vgl. Sonnenmoser (2007), S. 82

131 vgl. die Ausführungen zu Stern (2006) und Bruschweiler-Stern (2014) unter 2.2.2.

132 vgl. Deutsch (1954), S. 191ff.

133 vgl. Will (2008), S. 92

134 Pedrina (2006), S. 49

135 Dmoch (1999), S. 340

136 ebd.

137 vgl. Soulé (1982), S. 135ff. nach Pedrina (2006), S. 49



So kommt Pedrina (2006) in ihrer Forschungsstudie zu einer therapeutisch geleiteten Mutter-Säugling-Gruppe am Beispiel der PPD zu dem Ergebnis, „dass Konflikte oder Konflikthanfälligkeit der Mütter im Spannungsfeld zwischen Abhängigkeit und Autonomie eine bestimmende Dimension in der psychischen Verarbeitung der Geburt und ein zentraler Konflikt im Falle der psychischen Dekompensation sind“<sup>138</sup>. Nach Pedrina ergibt sich folgende Hierarchie der postpartalen Konflikte: 1) Abhängigkeit versus Autonomie: Das Gefühl der absoluten Verantwortung für das Kind kann sich in Belastungssymptomen bis zu Verfolgungsgefühlen und im Falle einer Dekompensation auch in der Angst des Grenzverlustes oder gar der empfundenen Beziehungslosigkeit zum Kind ausdrücken. Auch stellt sich die Frage, wer sich um die Mutter kümmert, die es eben auch benötigt, „gehalten“ zu werden. Die Verdichtung der Beziehungen der Mutter in ihrem nahen sozialen Umfeld ermöglicht es ihr, den Konflikt nicht nur in der Beziehung zum Neugeborenen, sondern auch mit den anderen Bezugspersonen auszutragen. 2) Reaktivierung fokaler Konflikte: Es stellt sich die Frage, inwiefern eigene Kindheitserfahrungen zu einer Konfliktreaktivierung führen können. Als Beispiel verweist Pedrina auf eine Teilnehmerin der Studie, die nach der Geburt eines Sohnes infolge einer Tochter an einer Depression erkrankte. Ursächlich war eine eigene Geschwisterproblematik mit dem ödipalen Aspekt der Rivalität um die Gunst des Vaters, welcher stets den Bruder bevorzugte und infolgedessen die Ausbildung eines geringen Selbstwerts als Frau. 3) Identitätskonflikte: Hier geht es um die Problematik im Zusammenhang mit der Entwicklung der mütterlichen Identität, wie sie bereits im Kapitel 2.2.2. zu den Ausführungen Sterns beschrieben wurde.<sup>139</sup>

Blum (2007) beschreibt aufgrund seiner Forschung drei sehr ähnliche grundlegende emotionale Konflikte zur Erklärung der PPD (Abhängigkeitskonflikt, Wutkonflikt, Mutterschaftskonflikt). Allerdings präzisiert er im Wutkonflikt die Rolle von intrapsychischen Konflikten bei den Verstrickungen in eine Depression. Die Mütter hätten immer das Gefühl nicht wütend sein zu dürfen, schon gar nicht auf das Kind, da sie es in der Tat aber manchmal sind, kommt es zu ausgeprägten Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen. Zudem hebt Blum im Mutterschaftskonflikt die Beziehung zur eigenen Mutter hervor. So würden viele der betroffenen Frauen von einer problematischen Mutter-Kind-Beziehung zu ihrer eigenen Mutter berichten. In der Kindheit hätten sie häufig nicht das Gefühl gehabt, dass sich die eigene Mutter für sie interessiert hat oder dass sie geliebt und wertgeschätzt wurden. In einigen Fällen kam es auch zu psychischen und/oder physischen Gewalterfahrungen. Das Bild der Mutter ist dann negativ geprägt, woraus sich Schwierigkeiten im Aufbau der eigenen Rollenidentität ergeben können.<sup>140</sup>

138 Pedrina (2006), S. 151

139 vgl. ebd., S. 151ff.

140 vgl. Blum (2007), S. 52ff.



### 2.3.5 Verlauf und Folgen

In 80 Prozent der Fälle remittiert die PPD innerhalb von sechs Monaten, ca. 15 Prozent sind ein Jahr postpartal noch ausgeprägt depressiv.<sup>141</sup> Bezüglich der Episodendauer scheint sich somit die PPD von anderen Depressionen nicht wesentlich zu unterscheiden. Die Rezidivrate ohne weitere Geburt ist erheblich.<sup>142</sup> So stellten Philipps und O'Hara (1991) bei postpartal depressiv erkrankten Frauen innerhalb von viereinhalb Jahren nach der Geburt in 80 Prozent der Fälle ein Rezidiv fest. Auffällig ist zudem, dass auch 42 Prozent der Mütter, die nicht unmittelbar an einer PPD erkrankten, innerhalb der folgenden viereinhalb Jahre eine Depression entwickelten.<sup>143</sup> Bei einer weiteren Entbindung liegt, in Abhängigkeit vom Schweregrad der PPD und der individuellen Vorgeschichte, das Wiedererkrankungsrisiko allgemein geschätzt bei unter 50 Prozent.<sup>144</sup> In einer prospektiven Studie wiesen Cooper und Murray (1995) diesbezüglich nach, dass jene Frauen, die erstmalig in der Postpartalzeit eine Depression entwickelten, nach der Genesung zwar ein deutlich niedrigeres Risiko bezüglich eines Rezidivs außerhalb der Postpartalzeit hatten, allerdings die Rezidivgefahr bei einer folgenden Geburt bei 41 Prozent lag. Hingegen erhöhte eine Vorgeschichte depressiver Erkrankungen außerhalb der Postpartalzeit das Risiko bei einer weiteren Geburt nur um 18 Prozent.<sup>145</sup>

Die potentiellen Folgen der PPD sind schwerwiegend. Auf Seiten der Mutter kann es zu ausgeprägten Schuld- und Versagensgefühlen kommen, welche die Depression noch zusätzlich verstärken können.<sup>146</sup> Außerdem können sich Auswirkungen auf die in der frühen Mutterschaft noch sehr fragilen Rollenidentität ergeben, sodass sich langfristige Störungen der Anpassung und des Verhaltens in den Rollenaufgaben entwickeln können.<sup>147</sup> Auch wenn aktuell keine verlässlichen Zahlen zum Suizidrisiko bei PPD vorliegen, sollte zudem nicht übersehen werden, dass die PPD, wie alle Depressionen, bei Nichtbehandlung ebenfalls mit dem Risiko der Chronifizierung sowie des Suizids einhergeht.<sup>148</sup> „Dabei ist auch die Gefahr des erweiterten Suizids oder des Infantizids – vor allem im Rahmen einer psychotischen Depression – zu bedenken.“<sup>149</sup> Darüber hinaus betrifft die PPD nicht nur die Mutter allein, sondern ist mit tiefgreifenden Folgen auf die Beziehung zum Kind sowie zum Partner und Vater des Kindes verbunden.

141 vgl. Hartmann (2001), S. 539

142 vgl. Hofecker-Fallahpour et al. (2005), S. 111

143 vgl. Phillips/O'Hara (1991)

144 vgl. Rohde (2004), S. 50

145 vgl. Cooper/Murray (1995)

146 vgl. Riecher-Rössler (2006), S. 15

147 vgl. Hofecker-Fallahpour et al. (2005), S. 132

148 vgl. Riecher-Rössler; Hofecker-Fallahpour (2003), S. 110

149 ebd.

So ist bekannt, dass Säuglinge äußerst sensibel auf den emotionalen Zustand ihrer Mutter und dem anderer Bezugspersonen reagieren. Diese Sensitivität in den ersten Lebensmonaten ist grundlegend für das Verständnis des Einflusses einer mütterlichen PPD auf das Kind.<sup>150</sup> Eine an einer PPD erkrankten Mutter ist in ihrer Interaktionsfähigkeit mit dem Kind beeinträchtigt.<sup>151</sup> Die intuitiven mütterlichen Kompetenzen, wie emotionale Verfügbarkeit, Empfindungs- und Reaktionsfähigkeit sowie eine akzeptierende Grundhaltung dem Kind gegenüber<sup>152</sup>, sind i.d.R. nur eingeschränkt verfügbar.<sup>153</sup> Die kindlichen Bedürfnisse werden verzögert und häufig inadäquat beantwortet.<sup>154</sup> Green (2004) beschreibt mit der Metapher der „toten Mutter“ die frühkindliche Erfahrung mit einer solchen, innerlich abwesenden, depressiv zurückgezogenen Mutter:

„Die Veränderung, die im Seelenleben eines Kindes in dem Moment eintritt, in dem die Mutter, von plötzlicher Trauer überwältigt, alle Besetzung abrupt von ihrem Kind abzieht, wird als Katastrophe erlebt: einerseits deshalb, weil die Liebe ohne jedes Vorzeichen und ganz unvermittelt verloren war. Daß dies ein narzisstisches Trauma bedeutet, muss nicht erst lange ausgeführt werden. Hervorgehoben sein sollte indes, daß diese Veränderung eine vorzeitige Desillusionierung und, über den Verlust an Liebe hinaus, einen Verlust an Sinn nach sich zieht, und zwar, weil das Baby über keinerlei Erklärung verfügt, sich das, was geschehen ist, verständlich zu machen. Es erlebt sich als Zentrum des mütterlichen Universums, und interpretiert diese Enttäuschung, wie selbstverständlich als Folge seiner Triebimpulse gegenüber dem Objekt.“<sup>155</sup>

Der Säugling seinerseits setzt verschiedene Mechanismen in Gang, um die in Trauer versunkene Mutter für sich wiederherzustellen.<sup>156</sup> Er reagiert u.a. mit erhöhter Erregbarkeit, Schrei-, Schlaf- und Fütterungsstörungen bis zum Vermeidungsverhalten, welches sich vorwiegend in Blickvermeidung und körperlichem Abwenden zeigt. Dieses Verhalten wiederum vermittelt den Müttern häufig ein Gefühl der Zurückweisung, der Ablehnung und der Insuffizienz. Mütterliche Depression und kindliche Regulationsstörung entwickeln sich zu einem Circulus vitiosus (siehe Abbildung 1).<sup>157</sup>

Die frühe Mutter-Kind-Beziehung, die als derart wichtig für die aktuelle und auch spätere Entwicklung des Kindes gilt, wird folglich durch den depressiven Rückzug und das Unvermögen der Mutter sich dem Kind anzuwenden, nachhaltig gestört.<sup>158</sup> Neben der Bindungsstörung kann es beim Kind zu Verhaltensauffälligkeiten sowie Entwicklungsstörungen im emotionalen und sozialen Bereich kommen.<sup>159</sup>

150 vgl. Reck (2007), S. 234

151 vgl. Hofecker-Fallahpour et al. (2005), S. 132

152 vgl. Ainsworth et al. (1978)

153 vgl. Hofecker-Fallahpour et al. (2005), S. 132

154 vgl. ebd., S. 138

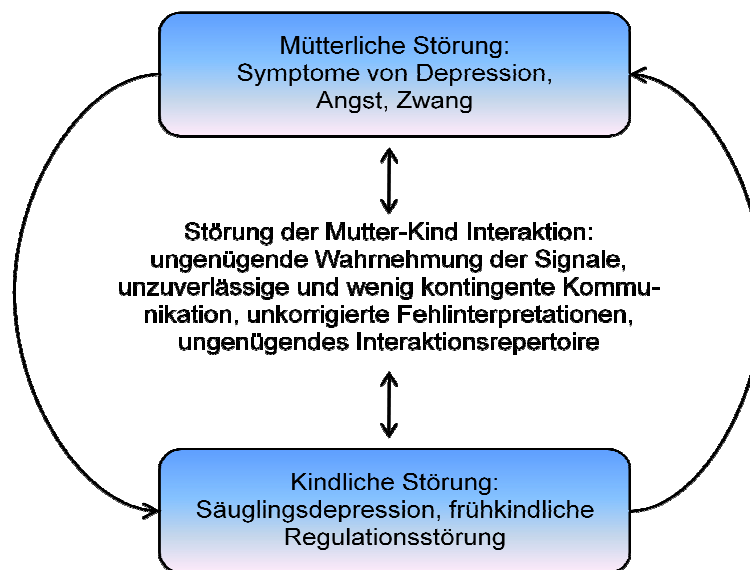
155 Green (2004), S. 241

156 vgl. ebd., S. 242

157 vgl. Hofecker-Fallahpour et al. (2005), S. 133f.

158 vgl. Riecher-Rössler/Hofecker-Fallahpour (2003), S. 154

159 vgl. u.a. hierzu Übersichten bei Lletourneau et al. (2012)



**Abbildung 1** Circulus vitiosus – im Zentrum steht die Beziehungsstörung, welche sich wechselseitig auf Kind und Mutter auswirkt<sup>160</sup>

Diese unspezifischen Entwicklungsstörungen sind zudem meist kombiniert mit frühkindlicher Depression<sup>161</sup> (bei unbewusster Identifikation mit der „toten Mutter“)<sup>162</sup>. Partner von PDD-Erkrankten können mit einer Wahrscheinlichkeit von 24 bis 50 Prozent ebenfalls eine Depression entwickeln.<sup>163</sup>

### 2.3.6 Therapie und Prävention

Aufgrund der potenziell schweren und langfristigen Folgen einer PPD kommen Therapie und Prävention ein besonderer Stellenwert zu.

Prinzipiell ist die Behandlung dieselbe wie diejenige depressiver Erkrankungen in anderen Lebensabschnitten, „wobei aber auf die spezifischen Erfordernisse der Postpartalzeit und des Kindes besonderer Wert zu legen ist“<sup>164</sup>. Leichte depressive Verstimmungen können ambulant behandelt werden, bei Suizidgedanken oder gar der potenziellen Gefahr eines erweiterten Suizids ist eine stationär-psychiatrische Behandlung dringend erforderlich.<sup>165</sup> Die Therapie umfasst sowohl Psychotherapie als auch medikamentöse Therapie. Bei den Therapieverfahren kommen am häufigsten verhaltenstherapeutische, interpersonelle und tiefenpsychologische Psychotherapie, sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting, zur Anwendung.<sup>166</sup>

<sup>160</sup> Papousek (2002)

<sup>161</sup> vgl. Schwarz-Gerö (2006), S. 132

<sup>162</sup> vgl. Green (2004), S. 242

<sup>163</sup> vgl. Godman (2004)

<sup>164</sup> Riecher-Rössler (2006), S. 16

<sup>165</sup> vgl. Leucht/Förstl (2012), S. 99

<sup>166</sup> vgl. Sonnenmoser (2007), S. 82

In einer psychodynamischen Psychotherapie geht es eben um die Bearbeitung jener Konflikte, die oft erst durch das Mutterwerden aktualisiert werden:

„Häufig geht es hier um eine ambivalent erlebte Mutterrolle, wobei mit Ambivalenz aber keineswegs das alte Vorurteil gemeint ist, dass diese Mutter womöglich „in Wirklichkeit ihr Kind nicht wollte“. Vielmehr ist damit die häufig beobachtete Ambivalenz angesprochen, die durch den oft einschneidenden Rollenwechsel der Frau in Zusammenhang mit dem ersten oder oft auch erst dem zweiten Kind ausgelöst wird (...). Wichtige Themen können schließlich Partnerschaftskonflikte, die Beziehung zur eigenen Mutter oder die Reaktualisierung eigener Kindheitskonflikte u.v.m. sein.“<sup>167</sup>

Eine zusätzliche medikamentöse Behandlung ist meist empfehlenswert, sie erfolgt i.d.R. mit „trizyklischen Antidepressiva (...) oder selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern.“<sup>168</sup> Da die Medikamente in die Muttermilch übertreten können, sollten die Mütter grundsätzlich zum Abstillen angehalten werden, damit die Therapie ohne Gefährdung des Kindes durchgeführt werden kann.<sup>169</sup> Von großer Bedeutung im stationären Kontext ist zunächst eine Aufklärung über die Erkrankung. Wichtig für den weiteren Verlauf ist, dass sowohl die Mutter als auch ihre Familie verstehen, dass es sich hier um eine Erkrankung handelt und nicht etwa um die Folge eines Versagens als Mutter.<sup>170</sup> Zudem sollte zum Wohle des Kindes und der Mutter von Anfang an auf die Etablierung einer guten Mutter-Kind-Beziehung geachtet werden.<sup>171</sup> Bei einer stationären Behandlung gilt zudem zu beachten, dass die damit verbundene Trennung vom Kind häufig Schuldgefühle der Mütter hervorrufen können. Daher wären spezielle Mutter-Kind-Units wünschenswert, auch die Einrichtung von entsprechenden Tageskliniken und Tagesstätten würden eine gute Alternative zum stationären Kontext darstellen. In Deutschland wurden solche Ideen in der Vergangenheit eher stiefmütterlich behandelt, erste Anwendungen finden sich bisher nahezu ausnahmslos in anglo-amerikanischen Ländern.<sup>172</sup> Auch wenn in jüngster Zeit einiges dafür getan wurde, zählen psychisch erkrankte Mütter hierzulande immer noch zu einer unterversorgten Patientengruppe.<sup>173</sup> Allerdings stellten Ballestrem et al. (2004) in ihrer Studie auch fest, dass betroffene Mütter oft nicht an therapeutischen Hilfen interessiert sind. So nahmen nur 18 Prozent der Mütter, die nachweislich an einer PPD erkrankt waren, therapeutische Möglichkeiten in Anspruch. Alle Anderen lehnten eine entsprechende therapeutische Behandlung zumeist aus sachlichen oder organisatorischen Gründen ab.<sup>174</sup>

167 Riecher-Rössler/Hofecker-Fallahpour (2003), S. 111

168 Sonnenmoser (2007), S. 83

169 vgl. Leucht/Förstl (2012), S. 99

170 vgl. Riecher-Rössler/Hofecker-Fallahpour (2003), S. 110f.

171 vgl. ebd., S. 111

172 vgl. ebd., S. 112

173 vgl. Hofecker-Fallahpour et al. (2005), S. 79

174 vgl. Ballestrem et al. (2004)

Hinsichtlich möglicher Präventionsmaßnahmen bestehen nach derzeitigem Forschungsstand ebenso gewisse Unsicherheiten. So wurde im Pilotprojekt des Wiener Programms für Frauengesundheit (2001-2003) erstmalig eine ganzheitliche und sehr umfassende Betreuung durch Familienhebammen, Sozialarbeiter und Psychotherapeuten für potenziell belastete Frauen ermöglicht. Allerdings lässt sich aus den Ergebnissen zwar eine Verbesserung des Gemütszustandes der Frauen durch die unterstützende Beratung im Vergleich zur Kontrollgruppe ablesen, jedoch befindet sie sich nicht auf einem statistisch signifikanten Niveau. Lediglich die subjektiven Einschätzungen hinsichtlich der Wirkung der Interventionen zeigen eindeutig positive Werte – sowohl auf Betroffenen- als auch auf Expertenseite.<sup>175</sup> Auch der Nutzen pränataler Screenings auf PPD und möglichen Risikofaktoren ist derzeit noch umstritten.<sup>176</sup>

175 vgl. Wimmer-Puchinger (2006), S. 21ff.

176 vgl. u.a. Edwards et al. (2008); Vik et al. (2009)

### 3. Methodik

Nachdem im Theorieteil der Arbeit auf Basis einer ausführlichen Literaturrecherche ein breites theoretisches Verständnis für das Thema der Mutterschaft und die PPD geschaffen wurde, geht es nun im anwendungsbezogenen Teil in den Kapiteln 3 und 4 um die Überprüfung der aufgefundenen Inhalte. Zudem soll als zentrale Fragestellung eruiert werden, inwiefern ein Zusammenhang zwischen dem Mutterschaftverständnis und einer PPD-Erkrankung bestehen könnte. Hierfür wurde mit einer an einer PPD-erkrankten Frau ein Interview durchgeführt, welches im Anschluss entsprechend der Grounded Theory ausgewertet wurde. Zur Diagnoseabsicherung kommt außerdem die Edinburgh-Postnatale-Depressions-Skala (EPDS) zur Anwendung. Die Befragung im Rahmen der Arbeit findet ca. ein halbes Jahr nach der Geburt statt. Bei der Betroffenen handelt es sich um eine 31-jährige Ärztin mit folgenden im Vorfeld des Interviews erhobenen Angaben: Erstgebärende, Diagnosestellung der PPD 6 Wochen post partum von einer Psychiaterin, Ursache unklar, keine psychische Erkrankung in der Vorgeschichte. Zum Zeitpunkt des Interviews fühle sich die Befragte aufgrund der längerfristigen Einnahme von Antidepressiva verhältnismäßig gut, nicht in psychotherapeutischer Behandlung. Im Folgenden wird zunächst kurz die verwendete Methodik und ihr Entstehungsprozess erläutert.

#### 3.1 Methode 1: Interview

Als Instrument zur Datenerhebung wurde das Interview gewählt. Dieser Entscheidung liegt die Vermutung zugrunde, dass weitere Faktoren um das Verständnis der Mutterschaft existieren, die in der Literatur nicht benannt werden. Die soziologische Begriffsbestimmung definiert das Interview als „... eine Gesprächssituation, die bewusst und gezielt von den Beteiligten hergestellt wird, damit der eine Fragen stellt, die vom anderen beantwortet werden“<sup>177</sup>. Die Methode „Interview“ kann verschiedene qualitative Formen annehmen, wie etwa das problemzentriertes Interview, das Experteninterview, das biographische Interview, das fokussierte Interview, das klinische Gespräch, die Verhaltensanalyse.<sup>178</sup> Im Rahmen der Arbeit wurde ein problemzentriertes Interviews durchgeführt. Die Auswertung des Interviews erfolgt anhand der Grounded Theory.

<sup>177</sup> Lamnek (2005), S. 330

<sup>178</sup> vgl. Bortz/Döring (2006), S. 315

### 3.1.1 Problemzentriertes Interview

Diese Interviewform wurde von Witzel (1985) erstmals vorgeschlagen und hat seitdem vor allem in der Psychologie einige Aufmerksamkeit und Anwendung erfahren. Es handelt sich hierbei um „ein theoriegeleitetes Verfahren, das den vermeintlichen Gegensatz zwischen Theoriegeleitetheit und Offenheit dadurch aufzuheben versucht, dass der Anwender seinen Erkenntnisgewinn als induktiv-deduktives Wechselspiel organisiert“<sup>179</sup>. Vordergründiges Ziel des Interviews ist die Erfassung subjektiver Sichtweisen sowie Theorieentwicklung.<sup>180</sup> Die Wahl dieses Interviewverfahrens impliziert einige Vorteile: Zum einen handelt es sich hierbei um eine Methode, mit welcher eine Einzelperson befragt werden kann. Zum anderen ist es durch drei empirisch wertvolle Grundpositionen gekennzeichnet: *Problemzentrierung*, d.h. die Orientierung des Forschers an einer relevanten gesellschaftlichen Problemstellung; *Gegenstandsorientierung*, d.h. dass die Methoden am Gegenstand orientiert entwickelt bzw. modifiziert werden sowie die *Prozessorientierung* im gesamten Forschungsprozess und Gegenstandsverständnis. Nach Witzel ermöglichen und unterstützen vier Instrumente die Durchführung des Interviews: vorgeschalteter Kurzfragebogen, Leitfaden, Tonaufzeichnung des Gesprächs und Postskriptum (Interviewprotokoll).<sup>181</sup>

Das problemzentrierte Interview ist zudem stark an der Grounded Theory orientiert. Sie wird hier als zentrale Auswertungsmethode des Interviews verwendet. Die Grounded Theory geht auf die amerikanischen Soziologen Glaser und Strauss (u.a. 2010) zurück. Sie widmeten sich mit ihrer Konzeption einer der wichtigsten Aufgaben der empirischen Sozialforschung neben der Theorienüberprüfung, nämlich der Theorienbildung: Es geht um „die Entdeckung von Theorie auf der Grundlage von in der Sozialforschung systematisch gewonnenen Daten“<sup>182</sup>. Im Auswertungsteil der Arbeit wird noch genauer auf die einzelnen Bestandteile und Besonderheiten der Grounded Theory eingegangen.

### 3.1.2. Leitfaden des Problemzentrierten Interviews

Beim problemzentrierten Interview handelt es sich um ein Leitfadeninterview. Das Interview konzentriert sich auf eine bestimmte Problemstellung, welche im Vorfeld vom Interviewer analysiert wurde. Auf Grundlage dieser Beobachtungsanalyse formuliert der Forscher einen entsprechenden Leitfaden für das Interview.<sup>183</sup>

179 Witzel (2000), letzter Abruf am 30. Juni 2014

180 vgl. ebd.

181 vgl. ebd.

182 Glaser/Strauss (2010), S. 20

183 vgl. Lamnek (2005), S. 369

Dieser beinhaltet verschiedene Elemente: Zum einen sind „die Forschungsthemen als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen zur Sicherung der Vergleichbarkeit der Interviews festgehalten. Darüber hinaus sind einige Frageideen zur Einleitung einzelner Themenbereiche und eine vorformulierte Frage zum Gesprächsbeginn enthalten“<sup>184</sup>. Die in den vergangenen Jahren immer größere Aufmerksamkeit von Leitfadeninterviews ist von der Erwartung bestimmt, „dass in der relativ offenen Gestaltung der Interviewsituation die Sichtweisen des befragten Subjekts eher zur Geltung kommen als in standardisierten Interviews oder Fragebögen“<sup>185</sup>. Die Leitfadenorientierung impliziert aber noch weitere Vorteile. Sie garantiert einen Dialog auf gleicher Augenhöhe. Der Interviewer hat sich im Vorfeld gründlich mit der entsprechenden Thematik auseinander gesetzt und stellt so einen kompetenten Gesprächspartner dar. Weiterhin schließt die Orientierung am Leitfaden aus, dass das Thema abschweift. „Auch wenn dies paradox klingen mag, es ist gerade der Leitfaden, der die Offenheit des Interviewverlaufs gewährleistet. Durch die Arbeit am Leitfaden macht sich die Forscherin mit den anzusprechenden Themen vertraut, und dies bildet die Voraussetzung für eine lockere und unbürokratische Führung des Interviews.“<sup>186</sup> Diesbezüglich sollte der Interviewer den Leitfaden auch nicht als zwingend einzuhaltenden Plan, sondern vielmehr als Orientierungshilfe ansehen.

Beim problemzentrierten Interview besteht der Leitfaden aus verschiedenen Fragen, nämlich aus der globalen Einleitungsfrage zum Thema der Untersuchung, allgemeinen Sondierungsfragen, Ad hoc Fragen sowie spezifischen Sondierungen.<sup>187</sup> Für die Befragung im Rahmen der Arbeit wurde zunächst die Einleitungsfrage zum Thema vorformuliert. Sie lautet wie folgt: „Wie ich schon erzählt habe, soll es in diesem Interview um das Mutterschaftsverständnis bei Frauen, die an einer postpartalen Depression leiden, gehen. Sie sind vor kurzem Mutter geworden: Wie war das für Sie?“ Allgemeine Sondierungsfragen sollen zusätzliches Material und weitere Details des bis dahin Dargestellten liefern.<sup>188</sup> „Der Interviewer greift die thematischen Aspekte der auf die Einleitungsfrage folgenden Erzählsequenz auf, um mit entsprechenden Nachfragen den roten Faden weiterzuspinnen und zu detaillieren, den die Befragten in dieser Sequenz angeboten haben.“<sup>189</sup> Oft beziehen sich allgemeine Sondierungsfragen auf bestimmte globalere Aspekte der Fragestellung und lassen sich zu Bereichen bzw. bestimmten Dimensionen gliedern.

184 Witzel (2000), letzter Abruf am 30. Juni 2014

185 Flick (2012), S. 196

186 Meuser/Nagel (1991), S. 449

187 vgl. Witzel (2000), letzter Abruf am 30. Juni 2014

188 vgl. Flick (2012), S. 211

189 Witzel (2000), letzter Abruf am 30. Juni 2014



Auch für die Bachelorarbeit wurde eine derartige Einteilung als sinnvoll erachtet. Auf Basis der vorherigen Theoriearbeit ließen sich folgende (Haupt)dimensionen ableiten:

1) spezifische Herausforderungen im Zusammenhang mit der Mutterschaft (Welche Schwierigkeiten gab es bzw. was empfanden Sie als besondere Herausforderung(en)? Wurden bzw. werden Sie unterstützt?) 2) Rollenidentität (Wie sehen Sie sich als Mutter? Haben sich durch die Geburt des Kindes Ihre familiären und/oder beruflichen Rollen verändert?) 3) die Rolle eigener Erwartungen (Welche Rolle spielen für Sie Erwartungen, die Sie an sich selbst als Mutter stellen? Hatten Sie bestimmte Zukunftsträume/Vorstellungen an sich selbst als Mutter, vom Kind und von Ihnen allen zusammen mit Ihrem Partner als Familie? 4) die Rolle der Bindung zur eigenen Mutter (Wie war Ihre eigene Mutter? Hat die Mutterschaft die Beziehung zu Ihrer eigenen Mutter verändert? Zudem wurde eine Zusatzdimension eingebaut (Wenn ich in einer Position wäre, in der ich etwas für Mütter, die unter einer postpartalen Depression leiden tun könnte, was würden Sie sich von mir wünschen?) Der Leitfaden befindet sich zur Übersicht im Anhang.

Darüber hinaus sollte von Ad hoc Fragen Gebrauch gemacht werden. „Ad-hoc-Fragen werden notwendig, wenn bestimmte Themenbereiche (...) von den Interviewten ausgeklammert werden.“<sup>190</sup> Diese Bereiche können dann gesondert vom Interviewer nachgefragt werden. Spezifische Sondierungen stellen hingegen verständnisgenerierende Strategien.<sup>191</sup> Sie lassen sich in drei Arten einteilen: Zurückspiegelung (Zusammenfassungen und Rückmeldungen an den Interviewten zur Korrektur); Verständnisfragen (Exploration von ausweichenden, widersprüchlichen oder stereotype Antworten des Interviewten); Konfrontation (mit Widersprüchen und Ungereimtheiten in den Ausführungen des Interviewten und Bitte um Erklärung).<sup>192</sup> Allerdings sind derartige Techniken nur bei einem Vertrauensverhältnis zwischen Interviewer und Interviewten möglich, da sonst u.a. der Gesprächsabbruch droht. Die Frageinhalte bei Ad-hoc- und spezifischen Sondierungsfragen sind zudem oft nicht völlig festgelegt, sondern kontextabhängig. Auch ist der jeweilige Zeitpunkt der Fragestellung nicht klar definiert, nicht selten sind derartige Fragen am Schluss besser angebracht, um den Gesprächsfluss während des Interviews nicht zu stören.<sup>193</sup>

<sup>190</sup> Witzel (2000), letzter Abruf am 30. Juni 2014

<sup>191</sup> vgl. ebd.

<sup>192</sup> vgl. ebd.

<sup>193</sup> vgl. ebd.

### 3.1.3 Suche der Interviewpartnerin

Die Suche geeigneter Interviewpartner gestaltete sich wider Erwarten außerordentlich schwierig. Die Kontaktaufnahme erfolgte via Telefon und E-Mail bei sechs niedergelassenen Gynäkologen im Raum Dessau-Roßlau in Sachsen-Anhalt (rund 86.000 Einwohner, durchschnittlich 600 Geburten im Jahr nach Stand 2010)<sup>194</sup>. Bei den angefragten gynäkologischen Facharztpraxen handelt es sich um sehr etablierte gynäkologische Einrichtungen im benannten Raum mit einer durchschnittlichen Bestandsdauer von aktuell zwanzig Jahren. Die Vorgehensweise über Gynäkologen war von der Annahme geleitet, dass hier der Zugang zu den betroffenen Frauen unproblematischer sei als anderswo. So ist zum einen aufgrund des i.d.R. längerfristigen Behandlungszeitraums von einem eher hohen Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patientin auszugehen, was die Bereitschaft zur Teilnahme an einem Interview über diesen Weg wahrscheinlicher machen könnte. Zum anderen kann durch die medizinische Schwerpunktsetzung ein differenzierter Blick auf die psychische Verfassung der post partum behandelten Frau erwartet werden, als dies beispielsweise Pädiatern möglich ist, sodass hier eher mit Angaben zu Müttern mit einer PDD gerechnet werden darf. Die Untersuchungsabsicht im Rahmen der Bachelorarbeit stieß bei den Gynäkologen auch auf großes Interesse. Allerdings verwundert der niedrige Rücklauf zu postpartal depressiven Müttern, selbst wenn von der niedrigsten aufgefundenen Prävalenzrate der PPD<sup>195</sup> ausgegangen wird. So konnten von allen befragten Gynäkologen insgesamt nur zwei Patientinnen angegeben werden, die nachweislich an einer PPD erkrankt waren bzw. sind. Aus Datenschutzgründen sprachen zuerst die jeweiligen behandelnden Gynäkologen mit den Frauen und klärten sie über das Anliegen (Interview) im Rahmen der Bachelorarbeit auf. Allerdings war nur eine der beiden Frauen zu einem Interview bereit. Die andere Patientin verweigerte jegliche Auskünfte aus privaten Gründen. So konnte schließlich, auch wenn zu Beginn auf eine größere Beteiligung gehofft wurde, schließlich nur ein Interview durchgeführt werden.

### 3.1.4 Durchführung des Interviews

Die Durchführung des Interviews erfolgte in der Wohnung der Interviewpartnerin (IP). Der genaue Termin wurde im Vorhinein telefonisch vereinbart. Beim Interview war außerdem noch das Kind der IP anwesend. Dieses hielt sich aber in Sichtweise in einem Laufgitter auf und verhielt sich weitestgehend ruhig, sodass das Interview ohne Unterbrechungen stattfinden konnte.

194 vgl. Raschpichler (2010), letzter Abruf am 10. Mai 2014

195 vgl. 3,3 Prozent bei Kurstjens/Wolke (2001), siehe Ausführungen unter 2.3.2.

Bereits vor Beginn des Interviews war deutlich, dass sich die IP sehr viel Mühe geben wollte und sich auch viel Gedanken um die Art und Weise ihrer Formulierungen machte. Gleich zu Beginn musste daher deutlich gemacht werden, dass die Explikationen der Interviewten nicht als Ausdruck von intellektuellen Leistungen bewertet werden, sondern es an dieser Stelle ausschließlich um ihre individuellen Erfahrungen und Meinungen zum Thema geht. Im Gesprächsverlauf wurde die Interviewte lockerer. Auch gab die IP an einigen Stellen recht wenig von sich preis (z.B. Fragen zur eigenen Mutter). Auch die Zuhilfenahme von allgemeinen und spezifischen Sondierungen zeigte sich hier nicht immer hilfreich, was wohl vornehmlich auf das sehr persönliche Thema im Verhältnis zu einem nur begrenzten Bezugs- und Vertrauensverhältnisses zwischen Interviewerin (I) und IP zurückzuführen ist (I und IP sahen sich an diesem Tag zum ersten Mal).

### 3.1.5 Datenaufnahme und Transkription

Da Gespräche flüchtige Ereignisse sind, muss das Material aufgezeichnet werden. Hierfür wurde beim Interview ein Handy als Aufnahmegerät verwendet. Die Auswertung der Interviews setzt außerdem eine Transkription voraus. „Unter Transkription versteht man die Verschriftung von akustischen oder audiovisuellen Gesprächsprotokollen nach festgelegten Notationsregeln.“<sup>196</sup> Das Transkript ist unabdingbar, da die Verschriftlichung des Interviewinhaltes die Grundlage für die spätere Analyse darstellt. Nur das Transkript eines Interviews wird ausgewertet, d.h. Interviewauswertung ist immer Testauswertung. Zudem ist es wichtig, bestimmte Transkriptionsregeln einzuhalten. Für die Arbeit gelten diesbezüglich folgende Konventionen:

I = Interviewer

IP = Interviewte Person

[ ] = überlappende Sprache Interviewter, Interviewer

( Sekunden ) = Pause in Sekunden, kürzere Pausen werden oft durch \* markiert

Schö::n = gedehnte Töne durch Doppelpunkt (Anzahl der Doppelpunkte markiert Länge der Dehnung)

Musik = Unterstreichung bei sehr besonderer Betonung einer Silbe

Hausb- = Bindestrich bei Wortabbruch (ebenso Satzabbruch)

hhh = Lautes Einatmen; uhää (etc.) = sonstige nichtsprachliche Äußerungen falls sie wirklich wichtig sind

TOLL = Großbuchstaben zeigen Erhöhung der Lautstärke

(Verkehr) = unsichere, nicht klar verständliche Worte mit dem, „besten Tipp“ für das Wort, bzw. anonymisiertes Wort

((Ereignis)) = sonstiges Ereignis, z.B. klingelndes Telefon, Störung etc.

Das Transkript befindet sich im Anhang.

### 3.1.6 Grounded Theory

Wie bei den Interviewarten unterscheiden sich auch die Auswertungsmethoden. Für die Bachelorarbeit steht die Methode des „Theoretischen Kodierens“ der Grounded Theory nach Strauss und Glaser (2010) bzw. Strauss und Corbin (1996) im Vordergrund. Wie bereits erwähnt, handelt es sich hierbei um eine beliebte empirische Methode zur Theoriengenerierung:

„Eine Grounded Theory ist eine gegenstandsverankerte Theorie, die induktiv aus der Untersuchung des Phänomens abgeleitet wird, welches sie abbildet. Sie wird durch systematisches Erheben und Analysieren von Daten, die sich auf das untersuchte Phänomen beziehen, entdeckt, ausgearbeitet und vorläufig bestätigt. (...) Am Anfang steht nicht eine Theorie, die anschließend bewiesen werden soll. Am Anfang steht vielmehr ein Untersuchungsbereich – was in diesem Bereich relevant ist, wird sich erst im Forschungsprozess herausstellen.“<sup>197</sup>

Bei sorgfältiger Anwendung erfüllt die Grounded Theory alle Kriterien für „gute“ Forschung, wie Signifikanz, Verifizierbarkeit, Reproduzierbarkeit oder Verallgemeinerbarkeit.<sup>198</sup> Eine besondere Rolle im Forschungsprozess nimmt in dieser Theorie jedoch die theoretische Sensibilität ein. Gemeint ist damit „(...) die Fähigkeit, Einsichten zu haben, den Daten Bedeutung zu verleihen, die Fähigkeit zu verstehen und das Wichtige vom Unwichtigen zu trennen.“<sup>199</sup> Dieses Bewusstsein für die Feinheiten in der Bedeutung von Daten ist dabei abhängig vom vorausgehenden Literaturstudium und von Erfahrungen im interessierenden Phänomenbereich, es kann sich aber auch im Forschungsprozess selbst entwickeln.<sup>200</sup> Bei der Grounded Theory handelt es sich folglich auch um einen sehr kreativen Prozess. Zentral dabei sind insbesondere das Stellen von Fragen und das Anstellen von Vergleichen.<sup>201</sup>

## 3.2 Methode 2: Edinburgh-Postnatale-Depressions-Skala (EPDS)

Die Edinburgh-Postnatale-Depressions-Skala (EPDS) ist ein international breit verwendetes klinisches Testinstrument zur Erfassung der PPD. Seit 1998 gibt es eine deutschsprachige Version.<sup>202</sup> Auch der IP wurde die Skala zur retrospektiven Diagnoseerstellung vorgelegt.

197 Strauss/Corbin (1996), S. 7f.

198 vgl. ebd., S. 11f.

199 ebd., S. 25

200 vgl. ebd.

201 vgl. ebd., S. 11ff.

202 vgl. Bergant et al. (1998), Originalversion von Cox et al. (1987)

### 3.2.1 Aufbau und Anwendung der EPDS

Die EPDS soll als Screening-Instrument die Stimmungslage der betroffenen Frauen erheben. Prinzipiell kann die Skala zu jedem Zeitpunkt nach der Geburt eingesetzt werden, teilweise kommt sie auch schon in der Schwangerschaft zur Verwendung. Sie umfasst zehn Fragen mit jeweils vier Antwortmöglichkeiten. Eine dieser vier Möglichkeiten soll durch Ankreuzen ausgewählt werden. Dabei sollen die befragten Frauen jene Antwort auswählen, welche ihrem Gemütszustand in den letzten sieben Tagen am nächsten kommt. Jede der zehn Fragen bekommt 0-3 Punkte, was zu einem Wert zwischen 0-30 führt. Zu beachten ist dabei, dass bei manchen Fragen die Punkte in der anderen Reihenfolge vergeben werden. Die Punktevergabe ist hinter den Fragen der Skala im Anhang ersichtlich. Der gesamte Wert ergibt sich durch Addition der Einzelwerte mit folgenden Diagnosekriterien:<sup>203</sup>

0-9	Wahrscheinlichkeit für Depression gering
10-12	Wahrscheinlichkeit für Depression mäßig vorhanden
>=13	Wahrscheinlichkeit für Depression hoch

**Tabelle 3** Diagnosekriterien nach Scorewert in der EPDS<sup>204</sup>

### 3.2.2 Durchführung der EPDS

Die Befragungen im Zusammenhang mit der EPDS fanden nach dem Interview, ebenfalls in der Wohnung der IP, statt. Von einer PPD-Erkrankung der IP kann in jedem Fall ausgegangen werden, da eine Psychiaterin ca. sechs Wochen nach der Geburt diese Diagnose stellte. Infolge der Einnahme von Antidepressiva geht es der IP heute (ca. ein halbes Jahr nach der Geburt) deutlich besser (siehe Interview). Die IP wurde daher gebeten, die Fragen in der Retrospektive, d.h. im Rückblick auf den Zeitraum vor der Medikamenteneinnahme zu beantworten, als ihr klar wurde, dass die Symptomatik über einen klassischen Babyblues hinausgeht. Zudem sollte die IP den Bogen nicht selbst ausfüllen, sondern die Fragen wurden ihr mit Bitte um Beantwortung vorgelesen. Dieses Vorgehen war von der Annahme geleitet, noch zusätzliche Informationen aus der Befragung ziehen zu können. Allerdings zeigte sich die IP generell höchst strukturiert und gab ohne jedes Zögern sehr schnell eine Antwort, sodass für eine weitere Exploration an dieser Stelle nur wenig Raum war. Die Skala mit den ausgewählten Antworten der IP befindet sich im Anhang.

<sup>203</sup> vgl. Marce-Gesellschaft (A.o.J.), letzter Abruf am 30. Juni 2014

<sup>204</sup> ebd.

## 4. Ergebnisse und Diskussion

Nach der kurzen Vorstellung der Methodik und des Durchführungsprozesses soll hier nun eine detaillierte Auswertung erfolgen. Abschließend erfolgt eine ausführliche Diskussion der aufgefundenen Ergebnisse.

### 4.1 Auswertung des Interviews nach der Grounded Theory

Die Grundidee des Vorgehens beim Theoretischen Kodieren nach der Grounded Theory ist wie folgt: Der Text wird in seine kleinsten Sinneinheiten zerlegt (Konzepte) und benannt. Dann wird das „Gemeinsame“ dieser Konzepte gesucht. Anschließend werden die Konzepte zu Kategorien zusammengesetzt und benannt. Es zeigen sich verschiedenste Kategorien, deren Beziehungen untersucht werden. Die Auswertung des Interviews verläuft folglich in verschiedenen Phasen. Sie werden anhand des Transkripts im Folgenden dargestellt und erläutert:<sup>205</sup>

#### 1) Offenes Kodieren

Als erstes gilt es eine Segmentierung des Interviews vorzunehmen. Aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit sowie der Nachvollziehbarkeit wurde sich im Rahmen der Arbeit für eine etwas gröbere Segmentierung entschieden, d.h. es wurde auf die ursprünglich von Glaser und Strauss entwickelte, sehr detaillierte Konzeptbildung verzichtet und der Begriff „Konzept“<sup>206</sup> synonym mit dem Begriff „Kategorie“<sup>207</sup> verwendet. Dieses Vorgehen, welches dem Anspruch der thematischen Vollständigkeit ebenso gerecht wird<sup>208</sup>, funktioniert wie folgt: Das Transkript wird in Kategorien, also in diesem Rahmen in möglichst kleine Sinneinheiten (einzelne Wörter, Wortfolgen oder Sätze) zerlegt. Die Segmentierung erfolgt dabei intuitiv. Die Sinneinheiten lassen sich durch Schrägstriche abgrenzen, die für den Bezug im Transkript fortlaufend durchnummeriert werden (Kode). Anschließend werden die durch einen Kode markierten Kategorien mit Stichpunkten/Anmerkungen/Beschreibungen erläutert bzw. erklärt. Die Kodennamen werden entweder selber gebildet (konstruierte Codes) oder stammen vom Interviewten selber (In-Vivo-Kode).

205 Die folgenden Ausführungen orientieren sich an Glaser/Strauss (2010) und Strauss/Corbin (1996).

206 Ein Konzept repräsentiert nach Strauss/Corbin die kleinste Sinneinheit im untersuchten Material.

207 Eine Kategorie stellt Strauss/Corbin die nächst höhere, abstraktere Ebene dar.

208 Es gibt keine eindeutige Schrittfolge, sondern vielmehr verschiedene Umgangsweisen mit dem Material, Kombination der einzelnen Schritte ist möglich, vgl. hierzu Flick (2007), S. 378ff.

## Ergebnisse:

- Kategorie 1 Kode = Glückserlebnis  
Stichpunkte/Anmerkungen: positives Gefühl, welches sich i.d.R. nach der Geburt einstellt, IP war ebenfalls in Erwartung dieses Gefühls, hat sich aber nicht eingestellt
- Kategorie 2 Kode = Belastungserlebnis  
Stichpunkte/Anmerkungen: Gegenteil von Kategorie 1 tritt ein, Postpartumzeit wird von Anfang an als Belastung erlebt, Glückserlebnis stellt sich nicht ein
- Kategorie 3 Kode = Überforderung  
Stichpunkte/Anmerkungen: Postpartumzeit ist durch chronisches Überforderungsgefühl geprägt, IP gibt keine genauen Gründe hierfür an
- Kategorie 4 Kode = persönliche Freiheit  
Stichpunkte/Anmerkungen: Gefühl der persönlichen Freiheitsberaubung durch das Kind, persönliche Entfaltung wird gestört
- Kategorie 5 Kode = Freude  
Stichpunkte/Anmerkungen: IP verspürte nach der Geburt keine Freude
- Kategorie 6 Kode = Verlauf frühe Postpartumzeit  
Stichpunkte/Anmerkungen: in erster Woche keine Symptome eines typischen Babyblues
- Kategorie 7 Kode = Verlauf spätere Postpartumzeit (Depressionsbeginn)  
Stichpunkte/Anmerkungen: Symptome einer PPD werden deutlich, Abgrenzung vom Babyblues, IP geht es merklich schlechter
- Kategorie 8 Kode = Panikattacken  
Stichpunkte/Anmerkungen: IP verspürt ab ca. fünfter Woche zusätzliches Panikgefühl
- Kategorie 9 Kode = Krankheitseinsicht  
Stichpunkte/Anmerkungen: IP erkennt Depressionsgefahr bzw. Krankheit, nimmt sich dieser an
- Kategorie 10 Kode = Einsamkeit  
Stichpunkte/Anmerkungen: Gefühl des plötzlichen Alleinseins (zumindest tagsüber), nur noch das Kind ist da, niemand sonst
- Kategorie 11 Kode = Verantwortung für das Kind  
Stichpunkte/Anmerkungen: Gefühl der alleinigen Verantwortung für den Säugling und somit über ein anderes Leben und nicht nur mehr über das eigene, 24-Stunden-Bereitschaft
- Kategorie 12 Kode = Umstellungsprozess  
Stichpunkte/Anmerkungen: Schwierigkeit, sich auf die neue Situation einzustellen und einzulassen, mit dem Mutter-Sein und den Aufgaben zurechtzukommen

- Kategorie **13** Kode = Zeitfaktor  
Stichpunkte/Anmerkungen: Kind ist ein massiver Zeitfaktor, wenig Zeit für sich selbst
- Kategorie **14** Kode = Mittelpunktverschiebung  
Stichpunkte/Anmerkungen: Kind steht jetzt im Fokus, IP betont das Wort „nur“ stark
- Kategorie **15** Kode = Umstellung  
Stichpunkte/Anmerkungen: Schwierigkeiten aus Kategorie 12 werden erneut betont
- Kategorie **16** Kode = ärztliche Unterstützung  
Stichpunkte/Anmerkungen: Besuch der ambulanten Sprechstunde in psychiatrischer Klinik, Einnahme von Psychopharmaka
- Kategorie **17** Kode = familiäre Unterstützung  
Stichpunkte/Anmerkungen: Unterstützung durch eigene Mutter und Partner, Partner blieb zeitweise zu Hause, dadurch Besserung des Zustands der IP
- Kategorie **18** Kode = eigene Wahrnehmung als Mutter  
Stichpunkte/Anmerkungen: Beschreibung von Eigenschaften, die eigene Mutterschaft kennzeichnen, IP erlebt sich als gestresst und ungeduldig, auffällig ist, dass keine positiven Eigenschaften benannt werden, Unzufriedenheit mit sich selbst spürbar
- Kategorie **19** Kode = Persönlichkeitseigenschaften  
Stichpunkte/Anmerkungen: Bei den in Kategorie 18 benannten Eigenschaften handelt es sich um grundsätzliche Persönlichkeitsmerkmale der IP, die auch schon vor der Mutterschaft eine Rolle gespielt haben
- Kategorie **20** Kode = Akzentuierung der Persönlichkeitseigenschaften  
Stichpunkte/Anmerkungen: Die in Kategorie 18 benannten Eigenschaften verstärken sich durch das Kind, alles wird noch anstrengender
- Kategorie **21** Kode = Teufelskreis  
Stichpunkte/Anmerkungen: Kreis, der sich selbst verstärkt und aus dem es keinen Ausweg gibt, Stress überträgt sich auf das Kind, was sich wiederum auf die IP überträgt, dadurch Verschlechterung von Alltagssituationen und des depressiven Zustandes
- Kategorie **22** Kode = Ungeduld  
Stichpunkte/Anmerkungen: Betonung einer Persönlichkeitseigenschaft aus Kategorie 18
- Kategorie **23** Kode = Belastbarkeit  
Stichpunkte/Anmerkungen: IP erlebt sich in Bezug auf das Kind als wenig belastbar, insbesondere schwierig, wenn das Kind schreit, auffällige Betonung von „er“ (damit ist das Kind gemeint)



- Kategorie **24 Kode** = Abgrenzung vom depressiven Zustand  
Stichpunkte/Anmerkungen: Depression gehöre der Vergangenheit an, nur Kategorie 23 sei noch eine Art Überbleibsel aus dieser Zeit
- Kategorie **25 Kode** = Vergleich mit anderen Müttern  
Stichpunkte/Anmerkungen: andere Mütter weisen andere Persönlichkeitseigenschaften in ihrer Mutterrolle auf, sind stärker belastbar, lockerer, können Kind z.B. einfach mal schreien lassen, Annahme, dass andere Mütter perfekt sind
- Kategorie **26 Kode** = Aggressivität  
Stichpunkte/Anmerkungen: IP beschreibt innerliche Aggressivität bei angespannten Situationen, beispielsweise wenn das Kind schreit
- Kategorie **27 Kode** = Perspektive des Kindes  
Stichpunkte/Anmerkungen: Versuch, die Perspektive des Kindes einzunehmen, Inschutznahme des Kindes, z.B. schreien sei nun mal die einzige mögliche Form der Verständigung, keine Schuldzuweisung, allerdings auffällige Betonung von „er“
- Kategorie **28 Kode** = Ungeduld  
Stichpunkte/Anmerkungen: Betonung einer Persönlichkeitseigenschaft aus Kategorie 18, Geduld ist schnell erschöpft
- Kategorie **29 Kode** = berufliche Rollenveränderung  
Stichpunkte/Anmerkungen: IP geht aufgrund der Elternzeit aktuell nicht arbeiten, berufliche Entfaltung durch Kind eingeschränkt, Unzufriedenheit darüber spürbar, hat Elternzeit auch verkürzt, auffällig ist auch das IP sofort mit der beruflichen Rollenveränderung beginnt und evtl. familiäre Veränderungen außer Acht lässt
- Kategorie **30 Kode** = Elternzeitverkürzung  
Stichpunkte/Anmerkungen: aufgrund der in Kategorie 29 erwähnten Unzufriedenheit mit beruflicher Situation wird die Elternzeit verkürzt, IP geht zwei Monate früher arbeiten als ursprünglich geplant
- Kategorie **31 Kode** = Beziehung zur Mutter  
Stichpunkte/Anmerkungen: deutliche Besserung des Verhältnisses zur eigenen Mutter durch ihre Unterstützung in der Zeit
- Kategorie **32 Kode** = familiäre Rollenveränderung  
Stichpunkte/Anmerkungen: familiäre Veränderungen haben – mit Ausnahme im Verhältnis zur Mutter – nicht stattgefunden
- Kategorie **33 Kode** = Partnerbeziehung  
Stichpunkte/Anmerkungen: keine Veränderungen, was vermutlich dadurch bedingt ist, dass es vorher keine großen Erwartungen in Bezug auf das Leben zu dritt gab

- Kategorie **34** Kode = Unterstützung durch Partner  
Stichpunkte/Anmerkungen: Unterstützung durch Partner gegeben, wird explizit betont, gerechte Aufgabenverteilung
- Kategorie **35** Kode = Erwartungen an eigene Mutterschaft  
Stichpunkte/Anmerkungen: Erwartungen sind sehr hoch, lachen klingt eher gequält
- Kategorie **36** Kode = Perfektionismus  
Stichpunkte/Anmerkungen: Betonung einer Persönlichkeitseigenschaft aus Kategorie 18, IP zeigt starke Leistungsorientierung, Erwartung an sich selbst perfekt zu sein, bestmögliche Leistung zu erbringen, auch in Bezug auf das Kind
- Kategorie **37** Kode = Frühförderung
- Stichpunkte/Anmerkungen: Überangebot an Frühförderung, Überforderung damit klingt durch
- Kategorie **38** Kode = äußerer Druck  
Stichpunkte/Anmerkungen: wird in Bezug auf Frühförderung besprochen, IP versucht allen gerecht zu werden, bloß nichts falsch zu machen, d.h. im Konkreten keine Angebote der Frühförderung übersehen
- Kategorie **39** Kode = Beruhigung durch den Partner
- Stichpunkte/Anmerkungen: Partner bremst IP häufig im positiven Sinne in Bezug auf Kategorie 37 aus, Unterstützung wird erneut betont, Bezugnahme auf Kategorie 34
- Kategorie **40** Kode = innerer Druck  
Stichpunkte/Anmerkungen: IP verspürt starken Leistungsdruck in Bezug auf das Kind, auffällig ist, dass das Kind mit einer Art Job gleichgesetzt wird, allerdings reflexiver Umgang damit
- Kategorie **41** Kode = Zukunftsvorstellungen vor Mutterschaft
- Stichpunkte/Anmerkungen: IP und Partner hatten keine besonderen Vorstellungen wie es mit einem Kind wird
- Kategorie **42** Kode = Bindung zur Mutter in Kindheit  
Stichpunkte/Anmerkungen: schwieriges Verhältnis zur Mutter, Kindheit mit Mutter aufgrund Scheidung der Eltern und daraus resultierender Überforderung der Mutter eher negativ geprägt, in Vergangenheit nur selten Kontakt, genaue Bindungsart lässt sich in diesem Rahmen aber nicht feststellen
- Kategorie **43** Kode = Bindung zur Mutter nach eigener Mutterschaft  
Stichpunkte/Anmerkungen: Transformation im positiven Sinne durch Unterstützung der Mutter in eigener Mutterschaft und der PPD, heute besteht täglicher Kontakt, deutliche Besserung des Verhältnisses

- Kategorie **44** Kode = Bindungsübertragung  
Stichpunkte/Anmerkungen: IP möchte auf evtl. Übertragung der Bindungsmuster auf das Kind nicht eingehen, Widerstand deutlich
- Kategorie **45** Kode = Offenheit  
Stichpunkte/Anmerkungen: Forderung nach gesellschaftlicher Offenheit bezüglich der PPD
- Kategorie **46** Kode = Vorsorge  
Stichpunkte/Anmerkungen: Forderung nach gezielter Prävention bezüglich der PPD, mögliche Schwerpunktverlagerung von rein physiologischer Geburtsvorbereitung und –nachsorge auf psychologischer Vorbereitung angesprochen
- Kategorie **47** Kode = Aufklärung  
Forderung nach gesellschaftlicher Aufklärung über PPD, im Vorfeld würden Illusionen bezüglich der Mutterschaft geschaffen, Anpassungsschwierigkeiten an neue Mutterrolle werden auch im engsten privaten Umfeld (Freundinnen) verschwiegen, gesellschaftliches Tabuthema
- Kategorie **48** Kode = Informationsfluss  
Stichpunkte/Anmerkungen: Bezugnahme auf Kategorie 45, IP wünscht sich im gesellschaftlichen Umgang mit der PPD mehr Offenheit und Information
- Kategorie **49** Kode = Kritik am Umgang mit PPD  
Stichpunkte/Anmerkungen: häufiges Nichtreagieren auf eine PPD, gängiges Motto „Das wird schon wieder!“, auch im medizinischen Umfeld, hier wird explizit die Nachsorgehebamme kritisiert, womöglich sogar hier mangelnde Aufklärung
- Kategorie **50** Kode = medizinische Bildung  
Stichpunkte/Anmerkungen: IP ist Ärztin, dadurch schnelle Krankheitseinsicht und Aufklärung über Hilfe vorhanden, allerdings Hinweis auf Allgemeinbevölkerung, ohne Fachwissen eigene Krankheitseinsicht eher schwierig, zumal auch von medizinischer Seite oftmals, wie in Kategorie 49 beschrieben, (nicht) reagiert wird, Chronifizierung dann wahrscheinlich

## 2) Axiales Kodieren

Nach dem offenen Kodieren werden die eruierten Kategorien weiter zusammengefasst zu sogenannten „Achsenkategorien“. Hierbei handelt es sich um Kategorien, die ähnliche Phänomene erfassen, also zentrale Kategorien darstellen.

Ergebnisse:

- **Kategorie 1 Kode = persönliche Rahmenbedingungen**  
 Stichpunkte/Anmerkungen: grundlegende Charakteristika der Persönlichkeit der IP (Eigenschaften bestehen schon vor Mutterschaft, treten aber besonders im Zusammenhang mit dieser hervor) sowie persönlicher Umgang mit der Umstellung auf die Mutterschaft (Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Fokusverschiebung von Ich auf Kind) und Erwartungen an Mutterschaft  
 Angabe: 4, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 22, 26, 28, 29, 30, 35, 36, 40, 41
- **Kategorie 2 Kode = familiäre Rahmenbedingungen**  
 Stichpunkte/Anmerkungen: von der Familie bedingte Variablen, die in einem unmittelbaren Zusammenhang zur Mutterschaft stehen  
 Angabe: 17, 31, 32, 33, 34, 39, 42, 43, 44
- **Kategorie 3 Kode = gesellschaftliche Rahmenbedingungen**  
 Stichpunkte/Anmerkungen: von der Gesellschaft bedingte Variablen, die zur Entstehung einer PPD beitragen können sowie allgemeiner und medizinischer Umgang mit einer PPD-Erkrankung  
 Angabe: 16, 25, 37, 38, 45, 46, 47, 48, 49, 50
- **Kategorie 4 Kode = Konsequenzen**  
 Stichpunkte/Anmerkungen: Auswirkungen des komplexen Zusammenhanges zwischen der Wahrnehmung der Mutterschaft und der PPD-Erkrankung  
 Angabe: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 21, 23

Herausgefallen bei den ursprünglichen Kategorien sind somit die Kategorien 9 (Krankheitseinsicht), 24 (Abgrenzung vom depressiven Zustand) und 27 (Perspektive des Kindes), da sie zwar in einem Zusammenhang zur untersuchten Thematik stehen, allerdings nicht sinnvoll zuordenbar sind.

### 3) Selektives Kodieren

Schlussendlich soll eine sogenannte Kernkategorie heraus gearbeitet werden. Sie stellt das zentrale Phänomen im Mittelpunkt der Untersuchung dar, ist also der „rote Faden“ des Interviews. Es handelt sich hierbei um die zentrale Achsenkategorie, um welche sich die anderen Kategorien „drehen“.

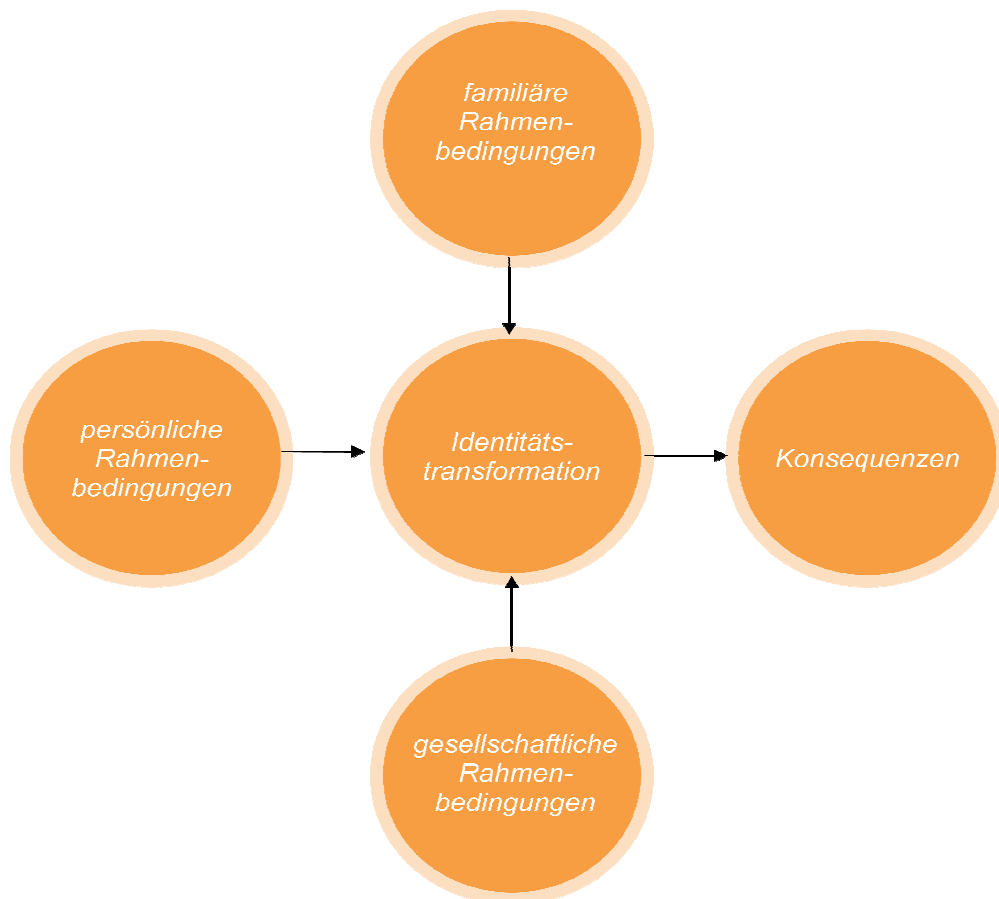
Bei der axialen Auswertung des Interviews konnten folgende Achsenkategorien eruiert werden: persönliche Rahmenbedingungen, familiäre Rahmenbedingungen, gesellschaftliche Rahmenbedingungen und die Konsequenzen. Die hier identifizierten Achsenkategorien korrelieren alle mit der Thematik der Mutterschaft der IP, konkreter mit dem Umstellungsprozess der IP auf die Mutterschaft und den daraus resultierenden Schwierigkeiten. Die Kernkategorie, um die sich alles dreht, kann folglich „Identitätstransformation“ genannt werden. Bei dem Begriff soll wahrlich nicht die Assoziation eines kompletten gefühlsmäßigen Identitätswandels oder gar einer vollständigen Persönlichkeitsveränderung geweckt werden, vielmehr soll er sich auf die Übernahme einer neuen Rollenidentität und die notwendige Verlagerung des Identitätszentrums in Zusammenhang mit der Mutterschaft der IP beziehen. Das ist das eigentliche Thema der IP, um welches sich das Interview vornehmlich dreht.

Zudem gilt es die Beziehungsmuster der Kernkategorie zu den anderen Kategorien beim selektiven Kodieren zu analysieren. Entsprechend dem Kodierparadigma von Strauss und Corbin (1996) lassen sich die Beziehungen in einem Modell graphisch wie folgt darstellen (siehe Abbildung 2).

Abschließend sollen an dieser Stelle die identifizierten Kategorien und ihr komplexes Wirkungsgefüge noch einmal genau erläutert sowie Auffälligkeiten im Interview benannt werden.

Unter der Kategorie 1 „persönliche Rahmenbedingungen“ werden in diesem Kontext nicht nur grundlegende Persönlichkeitseigenschaften der IP verstanden, sondern auch die sich daraus ergebenden individuellen Kompetenzen hinsichtlich der Umstellung auf die Mutterschaft. Folgende konkret benannte Eigenschaften konnten identifiziert werden: Ungeduld, Perfektionismus, innerliche Aggressivität. Mit Ausnahme der innerlichen Aggressivität sind die benannten Eigenschaften schon vor der Mutterschaft grundlegende Charakteristika der Persönlichkeit der IP, haben sich aber durch eben diese verstärkt. Darüber hinaus wurde ein ausgeprägtes Leistungsstreben der IP deutlich.

Als beruflich erfolgreiche Ärztin scheint es ihr auch in Bezug auf das Kind vor allem um Leistung zu gehen, eben auch dort „alles richtig zu machen“. Die Erwartungshaltung an die eigene Mutterschaft ist demzufolge sehr hoch. Es ergibt sich ein hoher innerlicher Leistungsdruck. Die berufliche Rollenveränderung, welche die Mutterschaft durch die Elternzeit nach sich bringt, wird betont. Anerkennung durch den Beruf fehlt, zu Hause ist „nur“ das Kind, es ergeben sich Anpassungsschwierigkeiten. Die Folge ist, dass die Elternzeit früher als geplant beendet wird. Bemerkenswert ist zudem, dass von der IP keine positiven Eigenschaften in Bezug auf ihr Muttersein benannt werden. Aus der Kategorie ergeben sich Schwierigkeiten hinsichtlich der Identitätstransformation, denn eine hohe Bilanz an wahrgenommenen Negativ-Eigenschaften bzw. die Fokussierung darauf kann das Selbstbild als Mutter verschlechtern, die Identifikation mit der eigenen Mutterschaft ist sodann erschwert.



**Abbildung 2** Kodierparadigma - Die früheren und die aktuell bestehenden familiären als auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ziehen vor allem Auswirkungen auf die Möglichkeiten des Mutterseins nach sich und beeinflussen in diesem Sinne die Übernahme einer neuen Rollenidentität. Hinsichtlich der Persönlichkeit der IP ergeben sich ebenfalls Veränderungen, insbesondere treten einige, bereits vor der Mutterschaft bestehende, Persönlichkeitsakzentuierungen der IP nun deutlicher hervor. In der Konsequenz ergeben sich Konsequenzen, die in einem unmittelbaren Zusammenhang mit den Schwierigkeiten in der Identitätstransformation stehen.<sup>209</sup>

209 Eigene Darstellung in Anlehnung an Strauss/Corbin (1996)

Die familiären Rahmenbedingungen in der Kategorie 2 umfassen die von der Familie bedingten Variablen, die in einem unmittelbaren Zusammenhang zur Mutterschaft stehen. Genauer betrachtet werden hier die Beziehungen zur Mutter und zum Partner. In der Mutter-Tochter-Beziehung kommt es durch die eigene Mutterschaft der IP zu einem deutlichen Wandel. War die Bindung zur Mutter in der Kindheit vornehmlich negativ geprägt, verändert sich diese, insbesondere durch die Unterstützung der Mutter nach der Geburt, in positiver Hinsicht. Inwiefern der durch die Kindheit geprägte Bindungstypus der IP sich ggf. auf die Beziehung zu ihrem Kind überträgt und den Aufbau der eigenen Rollenidentität als Mutter erschwert, lässt sich an dieser Stelle nur mutmaßen, die IP verweigert hier genauere Ausführungen. Der Partner ist als entlastender Faktor zu werten, er beruhigt und unterstützt die IP. Hinzu kommt, dass es im Vorfeld keine konkrete Erwartungshaltung in Bezug auf das Leben zu dritt gab. Es gab also keine zuvor idealisierten Vorstellungen, die es im Nachhinein an der Realität zu messen galt, zumindest werden sie nicht benannt.

In der nächsten Kategorie (3) werden die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen aufgeführt. Sie sind definiert als die von der Gesellschaft bedingten Variablen, die zur Entstehung einer PPD beitragen können sowie der allgemeine und fachliche Umgang mit einer PPD-Erkrankung. So sieht sich die IP unter einem hohen Druck, den gesellschaftlichen Anforderungen gerecht zu werden. Punktuell besprochen wird das Thema in Bezug auf die Frühförderung. Zudem handelt es sich den Ausführungen der IP folgend bei der PPD um ein gesellschaftliches Tabuthema. Weder würden präventive Maßnahmen im Vorfeld der Mutterschaft stattfinden, noch würde die Thematik nach der Geburt eine Rolle spielen. Auch im engeren privaten Freundeskreis würden Schwierigkeiten beim Übergang zur Mutterschaft nicht besprochen und eher illusionierende Vorstellungen zur Mutterschaft geschaffen. Neben der nur sehr unzureichenden gesellschaftlichen Aufklärung zeichnet sich so auch ein hohes Maß an „Nicht-Wissen-Wollen“ ab. Sogar in Fachkreisen scheint ein Bildungsdefizit, hier besprochen im Zusammenhang mit der Nachsorgehebamme, zu bestehen. Im Falle einer Erkrankung ergibt sich so ein hoher Leidensdruck der betroffenen Frauen, die sich mit ihrer Erkrankung allein gelassen und nicht ernst genommen fühlen. Insbesondere Frauen ohne medizinischen Bildungshintergrund haben es dann schwer, da sie auf Fachmeinungen vertrauen und über mögliche Hilfen häufig nur unzureichend informiert sind.

Die benannten Schwierigkeiten ziehen Auswirkungen nach sich, die in einem komplexen Zusammenhang zum Thema der Mutterschaft und der PPD-Erkrankung stehen. Sie werden in der Kategorie 4 aufgeführt. Vornehmliche Konsequenz sind die Schwierigkeiten im Aufbau einer neuen Rollenidentität, die Verlagerung des Identitätszentrums kann nur bedingt gelingen. Aus der depressiven Erkrankung heraus wird nur wenig Freude und Glück empfunden, das Kind eher als Belastung erlebt. Schuld- und Versagensgefühle sind in diesem Zusammenhang ebenfalls spürbar.

Außerdem wird im Alltag ein Circulus vitiosus in Gang gesetzt. Die geringe Stressresistenz der IP wirkt sich auf das Kind aus, was wiederum den Zustand der IP verschlechtert. Vor dem Hintergrund des Berufs der IP kann von einem hohen Niveau an Belastbarkeit grundsätzlich ausgegangen werden, sodass die aktuell niedrige Belastbarkeitsgrenze (kann z.B. längeres Schreien des Kindes nicht ertragen) in einem unmittelbaren Zusammenhang zur PPD-Erkrankung zu stehen scheint.

Im gesamten Interviewkontext ist darüber hinaus auffallend, dass das Kind der IP von ihr ausschließlich mit „das Kind“ und „er“, zumeist mit starker Betonung, tituliert wird. Nicht einmal wird es beim Namen genannt oder Kosenamen verwendet. Dies könnte auf eine gefühlsmäßige Abgrenzung bzw. das „Gefühl der Gefühllosigkeit“ mit Folge einer etwaigen Bindungsbeeinträchtigung hindeuten, eine weitere Überprüfung der Annahme ist allerdings an dieser Stelle nicht möglich. Schuldzuweisungen zu Ungunsten des Kindes finden nicht statt, die IP versucht sich im Gegenteil in der Perspektivenübernahme des Kindes, wenngleich auf verhältnismäßig abgeklärte wirkende Art und Weise. Insgesamt scheint sich die IP von der PPD-Erkrankung bereits deutlich abzugrenzen, da infolge der Einnahme von Psychopharmaka eine gefühlsmäßige Besserung und Stabilisierung ihres Gemütszustandes erreicht werden konnte.

Insgesamt lässt sich konstatieren, dass ein Zusammenhang zwischen dem Mutterschaftsverständnis und einer PPD-Erkrankung insofern zu bestehen scheint, als dass alle aufgefundenen Rahmenbedingungen (Achsenkategorien) auf das neue Identitätsverständnis als Mutter wirken. Das Mutterschaftsverständnis setzt sich also aus vielen Aspekten zusammen, die je nach Ausprägungsgrad eine PPD begünstigen oder ihr entgegenwirken könnten. Ganz konkrete Angaben zu etwaigen Korrelationen können in diesem Rahmen nicht gemacht werden, vielmehr ist davon auszugehen, dass Individualitäten hier eine große Rolle spielen.

## 4.2 Auswertung der EPDS

Die Auswertung bezieht sich auf eine retrospektive Erfassung einer PPD der IP. Es ergeben sich insgesamt 24 Punkte, von einer PPD-Erkrankung im untersuchten Zeitraum kann somit definitiv ausgegangen werden. Da der Gesamtwert sehr hoch ist und einen Wert von „0“ weit übersteigt, kann eine „sozial erwünschte“ Beantwortung der Fragen ausgeschlossen werden. Nur die Frage 10 (Selbstverletzung) weist keine Punkte (0) auf, sodass keine Gefahr der Selbstgefährdung zu bestehen scheint.



Aufgrund einer genauen Abklärung der Erkrankung im Zusammenhang mit der Diagnosestellung einer Psychiaterin, des hohen Score-Wertes im EPDS sowie aufgrund der Ausführungen im Interview kann außerdem angenommen werden, dass anderweitige Diagnosen (z.B. Anpassungsstörungen, Minor Depression und/oder gleichzeitig auftretende Angststörung) nicht infrage kommen und auch andere Ursachen (z.B. Anämie, Schlafentzug, Schilddrüsenfunktionsstörung, Trauerreaktion) keine Rolle spielen.

### 4.3 Zusammenfassung aller Auswertungsergebnisse

In der Arbeit wurde eine an einer PPD leidende Frau zum Mutterschaftsverständnis im Zusammenhang mit ihrer PPD-Erkrankung befragt. Als diesbezügliches Erhebungsinstrument wurde das problemzentrierte Interview ausgewählt. Die Auswertung des Interviews erfolgte mittels der Grounded Theory. Nach der Segmentierung ergaben sich insgesamt 50 Kategorien, von denen sich 47 weiter zusammenfassen ließen. Die ermittelten Achsenkategorien lauten wie folgt: persönliche Rahmenbedingungen, familiäre Rahmenbedingungen, gesellschaftliche Rahmenbedingungen sowie Konsequenzen. Auf dieser Basis wurde die Kernkategorie „Identitätstransformation“ eruiert. Die vier benannten Achsenkategorien beeinflussen die Reorganisation der Identität der IP im Zusammenhang mit ihrem Mutterschaftsverständnis und ziehen bestimmte Konsequenzen nach sich. Belastend und entlastend wirkende Faktoren konnten hierbei in den jeweiligen Kategorien identifiziert werden. Als hauptsächliche belastende Faktoren wurden besonders ausgeprägte Persönlichkeitseigenschaften, wie Perfektionismus und ausgeprägtes Leistungsstreben (persönliche Rahmenbedingungen), schwierige Beziehung zur eigenen Mutter (familiäre Rahmenbedingungen) sowie ein weit verbreitetes Phänomen des Nicht-Wissen-Wollens und mangelnde Aufklärung (gesellschaftliche Rahmenbedingungen) deutlich. Hieraus resultieren ein hohes Stressempfinden einschließlich geringer Belastungsfähigkeit und Stimmungstief (Konsequenzen). Als entlastend wirkende Faktoren sind u.a. die Unterstützung des Partners, die Besserung des Verhältnisses zur Mutter, keine besondere Erwartungshaltung in Bezug auf eine triadische Beziehungsstruktur und der medizinische Bildungshintergrund der IP mit der Möglichkeit einer schnellen Krankheitseinsicht zu benennen, gleichwohl Schuldgefühle und Versagensangst als Mutter während des Interviews unterschwellig spürbar waren. Zudem wurde ersichtlich, dass es sich bei der Befragten um eine sehr strukturierte und reflektierte Frau handelt, die weitgehend in der Lage ist, offen über ihre PPD-Erkrankung zu sprechen. Zur Diagnoseabsicherung im Rahmen der Arbeit wurde der IP außerdem die EDPS mit Bitte um Beantwortung bezogen auf den Zeitraum vor der Einnahme von Psychopharmaka vorgelegt. Aufgrund des hohen erreichten Scorewertes ist hier von einer PPD-Erkrankung auszugehen.

Anderweitige Diagnose können ausgeschlossen werden. Festzuhalten ist allerdings, dass die Stimmungslage der IP aufgrund längerfristiger Medikation stabilisiert werden konnte.

#### **4.4 Diskussion der Auswertungsergebnisse**

Im Rahmen der Arbeit konnte aufgezeigt werden, dass das Mutterschaftsverständnis mit einer PPD-Erkrankung zu korrelieren scheint. So zieht der Eintritt in die Mutterschaft bewusst oder unbewusst im gewissen Sinne eine Identitätstransformation nach sich, die Frau wird zur Mutter. Unterschiedlichste Faktoren und Rahmenbedingungen wirken sich dabei auf den Aufbau dieser neuen Rollenidentität aus. Theorie- und Praxisteil sind in der Arbeit eng miteinander verzahnt. Verschiedenste extrahierbare theoretische Einflussfaktoren konnten im Praxisteil bestätigt werden. So ist beispielsweise am konkreten Fall gut ersichtlich, dass sich gesellschaftliche Strukturen und der kulturelle Umgang mit dem Thema der Mutterschaft sehr wohl auf das Verständnis der eigenen Mutterschaft auswirken. Die Gesellschaft erwartet i.d.R. eine allseits perfekte Mutter, die jedes Frühförderungsangebot in Anspruch nimmt und von Anfang an mit ihrer neuen Mutterrolle harmoniert. Für persönliche Bedürfnisse der Frau oder gar Umstellungsschwierigkeiten bleibt nur wenig Raum. Das Mutterschaftsverständnis ist somit weitgehend gesellschaftlich vorgeschrieben. Hinzu kommt, dass es offensichtlich sogar unter jungen Müttern eine Art Tabubruch bedeutet, über etwaige innere Konflikte im Zusammenhang mit dem eigenen Mutterwerden zu sprechen. Auch in der medizinischen Betreuung wird dieses Thema nahezu ausgeklammert, der Fokus in Prävention und Nachsorge liegt eindeutig auf den physischen und nicht auf den psychischen Belangen der Mutter. Es ist insofern nur wenig verwunderlich, dass unter diesen Voraussetzungen jene Frauen, bei denen sich der Umstellungsprozess in die Mutterschaft nicht so mühelos vollzieht, jede Schwierigkeit als persönliches Versagen werten und eben nicht in der Lage sind, die mögliche multifaktorielle Verkettung der individuellen Umstände zu erkennen und erst recht nicht die PPD als Erkrankung akzeptieren können, zumindest sofern sie keinen medizinischen Bildungshintergrund besitzen. Infolgedessen ist davon auszugehen, dass eine veränderte gesellschaftliche Sensibilität, eine höhere Empfindsamkeit von Individuen, eine größere Bereitschaft, offen über den Prozess der Mutterwerdung zu sprechen sowie einer verstärkten Kompetenz im Umgang mit der PPD in Gesundheitssystem nicht nur eine enorme persönliche Entlastung für die betroffenen Frauen bedeuten würde, sondern womöglich auch vorbeugend wirken könnte. Darüber hinaus spielen familiäre sowie persönliche Faktoren eine Rolle. Bei den familiären Bedingungen scheinen sich vor allem die eigene kindliche Bindungsqualität und das hierüber vermittelte Mutterbild auf das Mutterschaftsverständnis auszuwirken.

Interessant ist, dass sich bei der IP die Beziehung zur eigenen Mutter durch die Mutterschaft grundlegend gewandelt hat. Dieser Befund korreliert mit den aufgeführten Studien von Pedrina (2006), Blum (2007) und Stern (1998, 2014), welche ebenso konstatieren, dass die Mutterschaftsbeziehung durch eine eigene Geburt einen ganz neuen Stellenwert erhält. Bei den persönlichen Faktoren ist anzumerken, dass sie vermutlich lange Zeit beim Verständnis der PPD unterschätzt wurden. Derzeit gibt es nur wenige Untersuchungen zu diesem Thema. Wie bei der IP allerdings dargestellt werden konnte, spielen besonders ausgeprägte Persönlichkeitseigenschaften eine vornehmliche Rolle beim Übergang in die Mutterschaft. So scheinen sich vor allem der Perfektionismus als auch die Ungeduld der IP negativ auf ihr eigenes Mutterschaftsverständnis auszuwirken. Der Perfektionismus führt u.a. zu hohem Leistungsdruck als Mutter, die Ungeduld u.a. zu usuell vermeidbaren Stresssituationen. Positive Eigenschaften werden nicht benannt, das eigene Muttersein wird folglich vornehmlich negativ und belastend reflektiert. Diese Ergebnisse gehen konform mit den Beobachtungen von Rohde (2004) und Müller et al. (2013). Weitere Untersuchungen, die gezielt den Einfluss von Persönlichkeitseigenschaften auf eine PPD untersuchen, konnten im Rahmen der Arbeit nicht ausfindig gemacht werden. Überhaupt scheint sich der Hauptteil der Studien zur PPD-Ursachenforschung vornehmlich auf soziokulturelle Randbedingungen, wie Armut oder Ethnie sowie familiäre Bedingungen, wie Alleinerziehende oder geringe Partnerunterstützung, zu konzentrieren. Gleichwohl diese Faktoren sicherlich eine tragende Rolle bei der Entstehung der PPD spielen können, stehen sie bei der IP nicht im Vordergrund. Es lässt sich so ableiten, dass Persönlichkeitscharakteristiken als mögliche Ursache bis dato weitgehend vernachlässigt wurden. Neben dem auffällig hohen Einfluss von Persönlichkeitseigenschaften konnten bei der IP keine Faktoren eruiert werden, die nicht schon in der Literatur benannt worden wären. Auch konnten andere, die in der (psychodynamischen) Literatur als potenziell relevante Herausforderungen der Postpartalzeit identifiziert wurden, bei der IP nicht verifiziert werden, wie etwa der Übergang zur triadischen Beziehungsstruktur oder der Verlust von Illusionen über das Kind durch die Geburt. Diese Nicht-Bestätigung zusammen mit der unzureichenden Ermittlung weiterer möglicher Faktoren kann verschiedene Ursachen haben. So könnten die individuellen Rahmenbedingungen der IP oder die Interviewführung selbst ursächlich sein. Möglich ist aber auch, dass es schlichtweg keine weiteren Faktoren gibt. Zur Überprüfung wären hier sicherlich noch zusätzliche Interviews vonnöten. Des Weiteren ist anzumerken, dass eine Überprüfung möglicher biologischer Faktoren der PPD-Erkrankung der IP in diesem Rahmen nicht geleistet werden konnte.

Unter Berücksichtigung dieser Hintergründe gilt es insgesamt festzuhalten, dass von Interesse in der Diskussion des Mutterschaftsverständnisses bei an einer PPD erkrankten Frauen in der Arbeit vor allem die Frage ist, inwieweit die „Primärpersönlichkeit“ als ätiologisch relevant angesehen werden und inwiefern es hierfür Belege geben kann. Besonders die Schwierigkeiten im Umgang mit den sich veränderten beruflichen Bedingungen durch die Mutterschaft legen in diesem Zusammenhang die Vermutung nahe, dass die IP nach Schrimpf (2013) zu jener sozialen Gruppierung von PPD-betroffenen Frauen zählt, die als jahrelang unabhängige und sehr erfolgreiche berufstätige Frauen mit der Identitätstransformation in Richtung Mutterschaft insofern besondere Schwierigkeiten haben, als dass sie dem Verlust an Selbstbestimmung und den maximal verinnerlichten Leistungsansprüche außerordentliche Bedeutung beimessen. Im Rahmen der Thematik muss daher noch gefragt werden, ob der „beruflichen Selbstverwirklichung“ bei der Entstehung einer PPD nicht in vielen Fällen ein höherer Stellenwert zugeschrieben wird, als bisher angenommen, gleichwohl die Bedeutung der weiblichen Berufstätigkeit hier auf keinen Fall übergangen werden soll. Schlussendlich soll noch darauf hingewiesen werden, dass angesichts der Interviewergebnisse, der wissenschaftlichen Befundlage und der hochkomplexen Determiniertheit der PPD, einfache Ursache-Wirkungs-Aussagen bei der untersuchten Thematik so nicht möglich sind. Vielmehr scheint auf den individuellen Umständen beim jeweiligen Mutterschaftsverständnis ein besonderes Augenmerk zu liegen, inwiefern eine PPD resultiert, ist dann von der Wechselwirkung vieler Faktoren abhängig. Überdies sei noch bemerkt, dass die aufgefundenen Ergebnisse im Rahmen der Arbeit nahe bei Stern (1998, 2014) und seinen vier spezifischen Themen zur „Mutterschaftskonstellation“ liegen. Seine Bedeutung für das heutige (psychoanalytische) Verständnis der Mutterwerdung und Mutterschaft kann somit unterstrichen werden.

## 5. Fazit

### 5.1 Zusammenfassung

Im Rahmen der vorliegenden Bachelorarbeit wurde eine Untersuchung zum Mutterschaftsverständnis bei an einer PPD erkrankten Frau durchgeführt. Basierend auf einer ausführlichen Literaturrecherche wurden hierfür aus der Theorie Fragestellungen für ein problemzentriertes Leitfadeninterview abgeleitet und dieses anschließend entsprechend der Grounded Theory ausgewertet. Es konnte aufgezeigt werden, dass das Mutterschaftsverständnis ein wichtiger Faktor für die psychologische Verstehbarkeit einer PPD sein kann. Die Forschungsfrage kann somit grundsätzlich mit einem „Ja“ beantwortet werden: Ja, es scheint ein Zusammenhang zwischen dem Mutterschaftsverständnis und der Erkrankung an einer PPD zu bestehen. Im Vordergrund steht dabei die Identitätstransformation der Frau, die durch die Mutterwerdung bedingt ist. Sie wird beeinflusst durch eine Vielzahl von Faktoren, welche sich in persönliche, familiäre und gesellschaftliche Rahmenbedingungen klassifizieren lassen. Aus ihrer Wechselwirkung ergeben sich weitreichende Konsequenzen für Mutter und Kind. Wie vor allem die Ausführungen in den Kapiteln 4.1. und 4.4. beweisen, scheinen im konkreten Fall besonders ausgeprägte Persönlichkeitseigenschaften eine substantielle Rolle zu spielen. Auch die eigene kindliche Bindung zur Mutter scheint ein wesentlicher Einflussfaktor auf das Mutterschaftsverständnis zu sein. Inwiefern die verschiedenen Rahmenbedingungen letztendlich einen konsistenten Einfluss auf die Entstehung einer PPD haben, ist vor allem von individuellen Umständen und Resilienzen abhängig. Das „richtige“ Mutterschaftsverständnis zur Prävention einer PPD ist nicht existent. Darüber hinaus lassen sich einige Kritikpunkte im allgemeinen Umgang mit der PPD identifizieren: Zum einen werden im gesellschaftlichen Kontext postpartale Krankheitsbilder oftmals nicht ernst genommen und nicht als Erkrankung, sondern als Versagen der Mutter gewertet. Zum anderen scheinen postpartale Erkrankungen in Deutschland auch in Fachkreisen unterschätzt zu werden. Für die betroffenen Frauen und ihre Familien lässt sich, insbesondere vor dem Hintergrund der schwerwiegenden Auswirkungen einer PPD, auf entsprechende Anpassungen im Gesundheitssystem hoffen.

## 5.2 Limitationen und Ausblick

Abschließend bleibt festzuhalten, dass der Anspruch der vorliegenden Bachelorarbeit nicht die allumfassende Darstellung der untersuchten Thematik sein kann. Diesem Fazit liegen drei Ursachen zugrunde: Zum einen zeigte sich schon zu einem frühen Zeitpunkt, dass die PPD als auch das (psychodynamische) Verständnis der Mutterschaft bisher auf verhältnismäßig geringes Forschungsinteresse stieß, sodass die verfügbare Literatur weitgehend von einem eher überschaubaren Umfang ist. Erst in jüngster Zeit scheint es vermehrt wissenschaftliche Anstrengungen zum PPD-Verständnis zu geben. Die Verfasserin sah sich daher gezwungen, auf dieser begrenzten Basis die Fragestellungen für das Interview abzuleiten. Inwiefern durch eine solche Vorgehensweise potenziell andere wichtige Faktoren möglicherweise übersehen wurden, ist strittig. In jedem Fall sollte dies bei der Auswertung mit berücksichtigt werden. Des Weiteren wurden keine Interviews mit psychisch gesunden Frauen, d.h. in diesem Rahmen als Wöchnerinnen definiert, die nicht an einer PPD erkrankt sind, geführt. Dies hätte einen direkten Vergleich der aufgefundenen Ergebnisse ermöglichen können. Allerdings gilt hierbei zu beachten, dass, wie dargestellt, individuelle Unterschiede eine große Rolle zu spielen scheinen. Inwiefern also ein solcher Abgleich auch verwendbare Ergebnisse zutage gefördert hätte, bleibt an dieser Stelle fraglich. Als drittes und größtes Haupthemmnis für eine erschöpfende Darstellung ist die außerordentlich schwierige Suche nach betroffenen Frauen zu benennen, die bereit sind, ein Interview zum Thema zu führen. So konnte im Rahmen der Arbeit nur ein Interview durchgeführt werden. Es ist aber davon auszugehen, dass durch die Berücksichtigung anderer Frauen mit einer PPD weitere Faktoren, die mit dem Mutterschaftsverständnis korrelieren, identifiziert bzw. einige der durch die Interviewanalyse eruierten Faktoren präzisiert oder auch revidiert hätten werden können. Daher ist zukünftigen Untersuchungen, insofern möglich, eine höhere Anzahl an Interviewteilnehmerinnen unbedingt zu empfehlen. Aufgrund der besonderen Brisanz des Themas, vor allem hinsichtlich der möglichen Folgen einer PPD, lässt sich insgesamt pointieren, dass weitere Untersuchungen nicht nur zu begrüßen, sondern unabdingbar sind.

## Literaturverzeichnis

### Monographien und Beiträge in Sammelwerken

**Ainsworth, M.D.S.; Blehar, M.C.; Waters, E.; Wall, S.** (1978): *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. 1. Aufl., Hillsday: Lawrence Erlbaum Associates

**American Psychiatric Association** (Hrsg.) (2012): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-V-TR*. 5. Aufl., Washington DC, London: American Psychiatric Press

**Badinter, E.** (2012): *Der Konflikt: Die Frau und die Mutter*. 1. Aufl., München: Deutscher Taschenbuch Verlag

**Ballestrem, C.L.v.; Strauß, M.; Häfner, S.; Kächele, H.** (2004): *Screening und Versorgungsmodalitäten von Müttern mit postpartaler Depression*. In: Wollmann-Wohlleben, V.; Knieling, J.; Nagel-Brotzler, A.; Neises, M. (Hrsg.): *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 2003 der DGPF*. 1. Aufl., Gießen: Psychosozial Verlag, 303-306

**Blaffer-Hrdy, S.** (2010): *Mutter Natur. Die weibliche Seite der Evolution*. 2. Aufl., Berlin: Berlin Verlag GmbH

**Besch-Cornelius, J.** (1987): *Psychoanalyse und Mutterschaft. Gedanken zum Problem der Analytikerin-Mutter und der Mutter als Analytikerin*. Beiheft zur Zeitschrift: *Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie*. Göttingen: Verlag für medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck und Ruprecht, 10

**Bortz, J.; Döring, N.** (2006): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. 4. Aufl., Berlin: Springer

**Bowlby, J.** (1975) *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind Beziehung*. München: Kindler

**Bowlby, J.** (1976) *Trennung. Psychische Schäden als Folgen der Trennung von Mutter und Kind*. München: Kindler

**Bowlby, J.** (1978): *Verlust – Trauer und Depression*. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag

**Dalton, K.** (1980): *Depression after childbirth: how to recognize and treat postnatal illness*. 1. Aufl., Oxford, New York: Oxford University Press

**Dalton, K.** (2003): *Wochenbettdepression. Erkennen – Behandeln – Vorbeugen*. 1. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber

**Deppermann, A.** (2001): *Gespräche analysieren*. 2. Aufl., Opladen: Leske&Budrich

**Deutsch, H.** (1948): *Psychologie der Frau*. Bd. 1. Bern: Verlag Hans Huber

**Deutsch, H.** (1954): *Psychologie der Frau*. Bd. 2. Bern: Verlag Hans Huber

**Dilling, H.** (2009): *Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Begriffe der Psychiatrie, der Psychotherapie und der seelischen Gesundheit, insbesondere auch des Missbrauchs psychotroper Substanzen sowie der transkulturellen Psychiatrie*. 2. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber

**Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H.** (2011): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. 10. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber



**Dmoch, W.** (1999): *Anpassungsstörungen im Wochenbett*. In: Stauber, M., Kentenich, H.; Richter, D. (Hrsg.): *Psychosomatische Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 1. Aufl., Berlin; Heidelberg: Springer Verlag, 327-357

**Dornes, M.** (1993): *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen*. 1. Aufl., Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag

**Flick, U.** (2007): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. 2. Aufl., Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag

**Flick, U.** (2012): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. 5. Aufl., Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag

**Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.L.; Target, M.** (2004): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. 1. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta GmbH

**Freud, S.** (1916-1917): *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Gesammelte Werke, Bd. XI

**Freud, S.** (1926): *Die Frage der Laienanalyse*. Gesammelte Werke. Bd. XIV (1948), u.a. London

**Freud, S.** (1932): *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Gesammelte Werke, Bd. XV

**Glaser, B.G.; Strauss, A.L.** (2010): *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. 3. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber

**Green, A.** (2004): *Die tote Mutter. Psychoanalytische Studien zu Lebensnarzissmus und Todesnarzissmus*. 1. Aufl., Gießen: Psychosozial-Verlag

**Gröhe, F.** (2003): *Nimmt es weg von mir. Depressionen nach der Geburt eines Kindes*. 1. Aufl., Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

**Hamilton, J.A.** (1962): *Postpartum psychiatric problems*. 1. Aufl., St. Louis: Mosby

**Herrmann, S.** (2014): *Postpartale Depression. Wege zu einer sicheren Mutter-Kind-Bindung*. 1. Aufl., Hamburg: Diplomica Verlag

**Hofecker-Fallahpour, M.; Zinkernagel, Ch.; Frisch, U.; Neuhofer, C.; Stieglitz, R.D.; Riecher-Rössler, A.** (2005): *Was Mütter depressiv macht... und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen. Ein Therapiehandbuch*. 1. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber

**Klein, M.** (1932): *Die Psychoanalyse des Kindes*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag

**Klein, M.** (1946): *Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen*. In: Melanie Klein. Gesammelte Schriften. Band 3. Stuttgart: Frommann-Holzboog, 1-41

**Lamnek, S.** (2005): *Qualitative Sozialforschung*. 4. Aufl., Weinheim/Basel: Beltz-Verlag

**Leucht, S.; Förstl, H.** (2012): *Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie*. 1. Aufl., Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG

**Mahler, M.; Pine, F.; Bergmann, A.** (1970): *The mother's reaction to her toddler's drive for individuation*. In: Anthony, E.J.; Benedek, T. (Hrsg.): *Parenthood*. 1. Aufl., Boston: Little Brown, 257-274

**McMahon, M.** (1995): *Engendering motherhood: Identity and self-transformation in women's lives*. 1. Aufl., New York: Guilford

**Marcé, L.V.** (1858): *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*. Paris: J.B. Bailliere et fils



- Meuser, M.; Nagel, U.** (1991): *ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion.* In: Garz, D.; Kraimer, K. (Hrsg.) (1991): *Qualitativ-Empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen.* 1. Aufl., Opladen: Westdeutscher Verlag, 441-470
- Miller, A.** (1979): *Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst.* 1. Aufl., Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag
- Nadig, M.** (1989): *Die gespaltene Frau – Mutterschaft und öffentliche Kultur.* In: Brede, Karola (Hrsg.): *Was will das Weib in mir?* 1. Aufl., Freiburg: Verlag Traute Hensch, 141-161
- Neises, M.; Ditz, S.** (2000): *Psychosomatische Grundversorgung in der Frauenheilkunde.* 1. Aufl., Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG
- Olivier, Ch.** (1987): *Jokastes Kinder. Die Psyche der Frau im Schatten der Mutter.* 1. Aufl., Düsseldorf: claassen Verlag GmbH
- Papousek, M.** (2002): *Wochenbettdepression und ihre Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung.* In: Braun-Scharm, H. (Hrsg.): *Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen.* 1. Aufl., Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 201-229
- Pedrina, F.** (2006): *Mütter und Babys in psychischen Krisen. Forschungsstudie zu einer therapeutisch geleiteten Mutter-Säugling-Gruppe am Beispiel postpartaler Depression.* 1. Aufl., Frankfurt a.M.: Brandes&Apsel Verlag GmbH
- Phoenix, A.; Woollett, A.** (Hrsg.) (1991): *Motherhood: Social construction, politics and psychology.* 1. Aufl., London: Sage
- Riecher-Rössler, A.** (2006): *Was ist postpartale Depression?* In: Wimmer-Puchinger, B.; Riecher-Rössler, A. (Hrsg.): *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis.* 1. Aufl., Wien: Springer Verlag, 11-21
- Rohde, A.** (2004): *Rund um die Geburt eines Kindes: Depressionen, Ängste und andere psychische Probleme. Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und ihr soziales Umfeld.* 1. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer GmbH
- Rohde-Dachser, Ch.** (1989): *Weiblichkeitsparadigmen in der Psychoanalyse.* In: Brede, Karola (Hrsg.): *Was will das Weib in mir?* 1. Aufl., Freiburg: Verlag Traute Hensch, 73-110
- Schindler, S.** (1982): *Geburt. Eintritt in eine neue Welt.* 1. Aufl., Göttingen, Toronto, Zürich: Verlag für Psychologie Hogrefe
- Schrimpf, U.** (2013): *Wie kann ich dich halten, wenn ich selbst zerbreche? Meine postpartale Depression und der Weg zurück ins Leben.* 1. Aufl., München: Südwest Verlag
- Schwarz-Gerö, J.** (2006): *Postpartale Depression und Säuglingspsychosomatik – Interaktion und Therapie.* In: Wimmer-Puchinger, B.; Riecher-Rössler, A. (Hrsg.): *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis.* 1. Aufl., Wien: Springer Verlag, 127-141
- Soulé, M.** (1982): *L'enfant dans la tête, l'enfant imaginaire.* In: Brazelton, T.B.; Cramer, B.; Kreisler, L.; Schnäppi, R.; Soulé, M. (Hrsg.): *La dynamique du nourissons.* 1. Aufl., Paris: Les Editions ESF, 135-175
- Stern, D.N.** (2006): *Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie.* 2. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta GmbH
- Stern, D.N.; Bruschweiler-Stern, N.** (2014): *Geburt einer Mutter. Die Erfahrung, die das Leben einer Frau für immer verändert.* 3. Aufl., Frankfurt a.M.: Brandes&Apsel Verlag GmbH
- Strauss, A.L.; Corbin, J.** (1996): *Grounded Theory. Grundlagen Qualitativer Sozialforschung.* 2. Aufl., Weinheim: Psychologie Verlags Union

**Textor, M.R.** (2002): *Mutterwerdung – Mutterschaft*. In: Fthenakis, W.E.; Textor, M.R.: Mutterschaft, Vaterschaft. 1. Aufl., Weinheim/Basel: Beltz Verlag, 27-48

**Van Praag, H.M.; De Kloet, E.R.; Van Os, J.** (2004): *Stress, the brain and depression*. 1. Aufl., Cambridge: University Press Cambridge

**Weidner, K.; Bittner, A.; Junge-Hoffmeister, J.** (2012): *Psychische Störungen in der Postpartalzeit*. In: Weidner, K.; Rauchfuß, M.; Neises, M. (Hrsg.): Leitfaden Psychosomatische Frauenheilkunde. 1. Aufl., Köln: Deutscher Ärzteverlag GmbH, 305-325

**Weissenböck, M.** (1999): *Mein Baby ist da. Ein Orientierungsbuch für Mütter*. 1. Aufl., Zürich, Düsseldorf: Walter Verlag

**Will, H.** (2008): *Psychodynamik*. In: Mertens, W. (Hrsg.): *Depression. Psychodynamik und Therapie*. 3. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer GmbH, 87-102

**Wimmer-Puchinger, B.** (2006): *Prävention von postpartalen Depressionen – Ein Pilotprojekt des Wiener Programms für Frauengesundheit*. In: Wimmer-Puchinger, B.; Riecher-Rössler, A. (Hrsg.): Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis. 1. Aufl., Wien: Springer Verlag, 21-51

**Winnicott, D.W.** (1956): *Primäre Mütterlichkeit*. In: Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. München (1988): Kindler

**Witzel, A.** (1985): *Das problemzentrierte Interview*. In: Jüttemann, G. (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. 1. Aufl., Weinheim: Beltz, 227-255

**Wortmann-Fleischer, S.; Downing, G.; Hornstein, Ch.** (2006): *Postpartale psychische Störungen. Ein interaktionszentrierter Therapieleitfaden*. 1. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer GmbH

## Beiträge in Fachzeitschriften

**Bashiri, N.; Spielvogel, A.M.** (1999): *Postpart depression: a cross-cultural perspective*. In: Primary Care Update for Ob/Gyns, 6, 82-87

**Bergant, A.M.; Nguyen, T.; Heim, K.; Ulmer, H.; Dapunt, O.** (1998): *Deutschsprachige Fassung und Validierung der „Edinburgh postnatal depression scale“*. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 123, 35-40

**Bibring, G.; Dwyer, T.; Huntington, D.; Valenstein, A.** (1961): *A study of the psychological processes in pregnancy and the earliest mother-child relationship*. In: Psychoanalytic Study of the child, 16, 9-72

**Blum, L.D.** (2007): *Psychodynamics of postpartum depression*. In: Psychoanalytic Psychology, 24 (1), 45-62

**Cooper, P.J.; Murray, L.** (1995): *Course and recurrence of postnatal depression: evidence for the specificity of the diagnostic concept*. In: British Journal of Psychiatry, 166 (2), 191-195

**Dennis, C.-L.; Heamann, M.; Vigod, S.** (2012): *Epidemiology of postpartum depressive symptoms among Canadian women: regional and national results from a cross-sectional survey*. In: The Canadian Journal of Psychiatry, 57 (9), 537-546

**Diem-Wille, G.** (2004): *Psychoanalytische Aspekte der Schwangerschaft als Umgestaltung der inneren Welt der Eltern*. In: Psychotherapie Forum, 12 (3), 130-139

**Edwards, B.; Galletly, Ch.; Semmler-Booth, T.; Dekker, G.** (2008): *Does antenatal screening for psychosocial risk factors predict postnatal depression? A follow-up study of 154 women in Adelaide, South Australia*. In: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 42, 51-55

- Gavin, N.; Gaynes, B.; Lohr, K.; Meltzer-Brody, S.; Gartlehner, G.; Swinson, T.** (2005): *Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence*. In: *Obstetrics & Gynecology*, 106 (5), 1071–1083
- Goodman, J.H.** (2004): *Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression and implications for family health*. In: *Journal of Advanced Nursing*, 45, 26-35
- Hartmann, H.P.** (2001): *Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern. Übersichtsarbeit*. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50, 537-551
- Herz, E.; Thoma, M.; Umek, W.; Gruber, K.; Linzmayer, L.; Walcher, W.; Philipp, T.; Putz, M.** (1997): *Nicht-psychotische postpartale Depression. Pilotstudie zur Epidemiologie und Risikofaktoren*. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 57, 282-288
- Howell, E., Mora, P., Horowitz, C., & Leventhal, H.** (2005): *Racial and ethnic differences in factors associated with early postpartum depressive symptoms*. In: *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 105, 1442–1450
- Hutto, H.F.; Kim-Godwin, Y.; Pollard, D.; Kemppainen, J.** (2011): *Postpartum depression among White, African American and Hispanic low-income mothers in rural southeastern North Carolina*. In: *Journal of Community Health Nursing*, 28, 41-53
- Ingram, J.; Taylor, J.** (2007): *Predictors of postnatal depression: using an antenatal needs assessment discussion tool*. In: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23 (3), 210-222
- Jones, E.** (1935): *Über die Frühstadien der Sexualentwicklung*. In: *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 16, 263-273
- Kestenberg, J.** (1956): *On the development of maternal feelings*. In: *early childhood. Psychoanalytic Study of the Child*, 11, 257-291
- Lee, D.T.; Yip, S.K.; Chiu, H.F.; Chan, K.P.; Chau, I.O.; Leung, H.C.; Chung, T.K.** (1998): *Detection of postnatal depression in Chinese women. Validation of the Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. In: *British Journal of Psychiatry*, 172, 433-437
- Letourneau, N.L.; Dennis, C.L.; Benzies, K.; Duffet-Leger, L.; Stewart, M.; Tryphonopoulos, P.D.; Este, D.; Watson, W.** (2012): *Postpartum depression is a family affair: addressing the impact on mothers, fathers, and children*. In: *Issues in Mental Health Nursing*, 33, 445-457
- Llorente, A.M.; Jensen, C.L.; Voigt, R.G.; Fraley, J.G.; Berretta, M.C.; Heird, W.C.** (2003): *Effect of maternal docosahexaenoic acid supplementation on postpartum depression and information processing*. In: *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188 (5), 1348-1353
- Matthey, S.; Barnett, B.; Ungerer, J.; Waters, B.** (2000): *Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood*. In: *Journal of Affective Disorders*, 60, 75-85
- Mayberry, L., Horowitz, J., Declercq, E.** (2007): *Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum*. In: *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing*, 36, 542–549
- Müller, D.; Teismann, T.; Havemann, B.** (2013): *Ruminative thinking as a predictor of perceived postpartum mother-infant bonding*. In: *Cognitive Therapy and Research*, 37, 89-96
- Oates, M.R.; Cox, J.L.; Neema, S.; Asten, P.; Clangeaud-Freudenthal, N.; Figueiredo, B.; Gorman, L.L.; Hacking, S.; Hirst, E.; Kammerer, M.H.; Klier, C.M.; Seneviratne, G.; Smith, M.; Sutter-Dallay, A.L.; Valoriani, V.; Wickberg, B.; Yoshida, K.; TCS-PND-Group** (2004): *Postnatal depression across countries and cultures: a qualitative study*. In: *British Journal of Psychiatry*, 184, 10-16
- O'Hara, M.W.; Swain, A.M.** (1996): *Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis*. In: *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54

- Philipps, L.H.C.; O'Hara, M.W.** (1991): *Prospective study of postpartum depression: 4,5 year of follow-up women and their children*. In: Journal of Abnormal Psychology, 100, 151-155
- Postmontier, B.; Horowitz, J.** (2004): *Postpartum practices and depression prevalences: Technocentric and ethno-kinship cultural perspectives*. In: Journal of Transcultural Nursing, 15, 34-43
- Reck, C.** (2007): *Postpartale Depression: Mögliche Auswirkungen auf die frühe Mutter-Kind-Interaktion und Ansätze zur psychotherapeutischen Behandlung*. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 56 (3), 234-244
- Riecher-Rössler, A.** (1997): *Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung*. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 65, 97-107
- Riecher-Rössler, A.; Hofecker-Fallahpur, M.** (2003): *Die Depression in der Postpartalzeit: eine diagnostische und therapeutische Herausforderung*. In: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 154, 106-115
- Segre, L.S.; O'Hara, M.W.; Arndt, S.; Stuart, S.** (2007): *The prevalence of postpartum depression. The relative significance of three social status indices*. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42, 316-321
- Sonnenmoser, M.** (2007): *Postpartale Depression. Vom Tief nach der Geburt*. In: Deutsches Ärzteblatt, Februar, 2, 82-83
- Vik, K.; Aass, I.M.; Willumsen, A.B.; Hafting, M.** (2009): *It's about focusing on the mother's mental health: Screening for postnatal depression seen from the health visitor's perspective – a quality study*. In: Scandinavian Journal of Public Health, 37, 239-245

## Quellen aus dem Internet

- Forum. Das Wochenmagazin** (12. August 2013): *Wenn Mutterglück zum Unglück wird*. Online im Internet: <http://www.magazin-forum.de/news/lebensart/wenn-muttergl%C3%BCck-zum-ungl%C3%BCck-wird> (letzter Abruf am 25. Mai 2014)
- Marce Gesellschaft** (A.o.J.): *Die Edinburgh Postnatale Depressions Skala (EPDS). EPDS Richtlinie für Professionelle im Gesundheitswesen*. Online im Internet: [http://www.marce-gesellschaft.de/materialien\\_files/FolieEPDS.pdf](http://www.marce-gesellschaft.de/materialien_files/FolieEPDS.pdf) (letzter Abruf am 30. Juni 2014)
- Raschpichler, G.** (2010): *Sozialplanung der Stadt Dessau-Roßlau*. Online im Internet: [http://www.dessau.de/downloads/Deutsch/Presse-und-Publikationen/Sozialplanung-der-St-02742/3\\_\\_teilplan\\_i-bev\\_lkerung.pdf](http://www.dessau.de/downloads/Deutsch/Presse-und-Publikationen/Sozialplanung-der-St-02742/3__teilplan_i-bev_lkerung.pdf) (letzter Abruf am 10. Mai 2014)
- Robert-Koch-Institut. Statistisches Bundesamt** (2010): *Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 51*. Online im Internet: [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/depression.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/depression.pdf?__blob=publicationFile) (letzter Abruf am 10. Mai 2014)
- WHO (Weltgesundheitsorganisation)** (10. Oktober 2012): *Depression: A global Crisis*. Online im Internet: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/wfmh\\_paper\\_depression\\_wmhd\\_2012.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf?ua=1) (letzter Abruf am 03. Mai 2014)
- Witzel, A.** (2000): *Das problemzentrierte Interview*. In: Forum Qualitative Sozialforschung, 1 (1), Art. 22. Online im Internet: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519> (letzter Abruf am 30. Juni 2014)

## Appendix

### Appendix 1: Leitfaden

#### Einleitung

Sie sind vor kurzem Mutter geworden: Wie war das für Sie?

#### Dimension 1: spezifische Herausforderungen

Welche Schwierigkeiten gab es bzw. was empfanden Sie als besondere Herausforderung(en)?

Wurden bzw. werden Sie unterstützt?

#### Dimension 2: Rollenidentität

Wie sehen Sie sich selbst als Mutter?

Haben sich durch die Geburt des Kindes Ihre familiären und/oder beruflichen Rollen verändert?

#### Dimension 3: eigene Erwartungen

Welche Rolle spielen für Sie Erwartungen, die Sie an sich selbst als Mutter stellen?

Hatten Sie bestimmte Zukunftsträume/Vorstellungen an sich selbst als Mutter, vom Kind und von Ihnen allen zusammen mit Ihrem Partner als Familie?

#### Dimension 4: Bindung zur eigenen Mutter

Wie war Ihre eigene Mutter?

Hat die Mutterschaft die Beziehung zu Ihrer eigenen Mutter verändert?

#### Zusatzdimension

Wenn ich in einer Position wäre, in der ich etwas für Mütter, die unter einer postpartalen Depression leiden tun könnte, was würden Sie sich von mir wünschen?

#### Abschluss

Sind Ihrer Meinung nach wichtige Aspekte unberücksichtigt geblieben?

Gibt es noch Fragen?

## Appendix 2: Interviewtranskript

IP01

Datum: 17.06.2014

Dauer: 17:01 min

- I: Ja, also wie ich schon gesagt ha:be, ich bin Christiane Jäger und ich schrei:be meine Abschlussarbeit zum Mutterschaftsverständnis bei an postpartaler Depression (erkrankten) Frauen. DANKE das Sie bereit sind mir ein paar Fragen zu beantworten und erst einmal noch alles Gute nachträglich zur \* Geburt. Das Interview besteht aus ze:hn Fragen \* Ja (2) ich fang dann einfach mal an. \* Also zur ersten Frage. \* Sie sind vor kurzem Mutter geworden. Wie war das für Sie?
- IP: Mhmm \* also ich hatte mir geda:cht, dass das mehr so dieses Glückserlebnis wird, aber eigentlich war es me:hr so (2) ja eigentlich von Anfang mehr so ein Belastungserlebnis.
- I: Ok (2) also \* wie hat sich das geäußert?
- IP: Ja also das war \* also ich hab mich ü:berfordert gefühlt \* u:nd (2) auch irgendwie so das Gefühl gehabt, dass einem so die persönliche Freiheit völlig abhanden kommt. (2) So richtig viel Freude war auch nicht dabei. Das muss man ehrlicherweise sagen.
- I: Mhmm \* und das fing schon nach der Geburt so an?
- IP: Nee \* nach der Geburt wars so die erste Woche in Ordnung (2) und dann ging das LOS \* und dann hab ich gedacht, dass ist so die typische Babyblues-Phase und dann hielt das aber deutlich länger an und (2) so nach den ersten fünf Wochen wars dann so, dass ich Panikattacken gekriegt hab \* und da war mir dann relativ klar, dass da irgendwas nicht in Ordnung ist \* also sowas hatte ich vorher nicht.
- I: Ja \* ok \* und welche Schwierigkeiten gab es genau beziehungsweise was empfanden Sie als besondere Herausforderung? Also das haben Sie ja eben schon ein bisschen angedeutet \* mit der persönlichen Freiheit zum Beispiel?
- IP: Ja: erstens das und dann war ich die ersten drei vier Wochen allei:ne zu Hause \* mit dem Kleinen. Das war schon so das man gemerkt hat \* ok man hat einfach so das Gefühl man ist dem Ganzen nicht so gewa:chsen und dann eben wirklich die Verantwortung. Vierundzwanzig Stunden rund um die Uhr. Das war etwas, worauf man sich erstmal total \* umstellen musste.
- I: Ja klar
- IP: Weil man sonst ja sozusagen nur für sich die Verantwortung trägt \* und das war schon so, wo man merkt ok \* man kommt eigentlich gar nicht mehr so für sich zur Sache (2) sondern ist eigentlich wirklich NUR noch rund um die Uhr für das Kind da ne. (3) Da:s war schon so ne he:rbe Umstellung muss ich sagen ((lacht))
- I: Ja: \* und wurden beziehungsweise werden Sie unterstützt?



- IP: Ja: \* ich wa:r \* das ging dann relativ schnell das ich mit einer Freundin von mir telefoniert habe, die ist Psychiaterin (2) und die hat dann \* gleich einen Termin für mich gemacht in der ambulanten Sprechstunde hier in der Klinik. \* Da war ich dann auch zwei Tage später. Und seit dem nehme ich (3) Medikamente auch. War dann auch nochmal zur Kontrollsprechstunde. \* Genau.
- I: Ok \* und familiär war aber auch Unterstützung da \* also so vom Partner oder den Eltern?
- IP: Ja genau. Also meine Mama kam ja dann. Und \* mein Freund ist dann auch zu Hause geblieben. So zwei drei Wochen und dann hatte sich das ein bisschen stabilisiert \* und dann ging es eigentlich einigmaßen wieder.
- I: Mhmm \* ok \* ok \* wie sehen Sie sich selbst als Mutter?
- IP: (5) Gestre:sst ((lacht)) (2) ja we:nig Geduld muss ich sagen. Also das ist aber so grundsätzlich was, was ich auch habe.
- I: Also das war schon vor der Geburt so?
- IP: Das war vorher auch. \* Aber ich merke das, dass es so mit dem Kind natürlich immer noch so ein bisschen anstrengender wird, weil in dem Moment wo man selber so gestresst ist, ist das Kind natürlich auch gestresst. ((lacht)) Und dann wird das alles nur noch schli:mmmer. Also wenig Geduld und ich kann es wenig ertragen, wenn ER schreit. Also das sind so Sachen die sind sicherlich noch übrig geblieben ne. Wo so andere Mütter sagen, naja gut dann schreit er dann halt mal zehn Minuten \* das ist bei mir dann schon so das ich dann innerlich so ein bi:sschen aggressiv werde \* obwohl ich weiß das er ja nichts dafür kann und das es eben seine Art ist sich zu äußern für irgendwas. \* Aber da ist dann schon ganz schnell mein Geduldsfaden am Ende.
- I: Ja \* ja \* ja \* ok. Haben sich durch die Geburt des Kindes Ihre familiären und oder beruflichen Rollen verändert? Naja gut \* beruflich ist ja jetzt [ ]
- IP: Beruflich auf jeden Fall. ((lacht)) Genau. Durch die Elternzeit. Das ist auch wirklich was wo ich merke, dass mir das schon MEHR \* ja Sorgen nicht macht \* aber schon so ein bisschen mehr Stress (bereitet) als ich vielleicht am Anfang gedacht hab, dass ich jetzt nicht mehr arbeiten gehe. Also: so die:se berufliche Selbsterfüllung sag ich mal \* die bleibt natürlich im Moment tot::al auf der Strecke. \* Das ist für mich schon so ein bisschen (2) ich hab jetzt auch die Elternzeit verkü:rzt, also bisschen früher wieder arbeiten gehen, genau.
- I: Ok wann denn [ ]
- IP: Na normalerweise hätte ich im Dezember wieder angefangen und geh jetzt ab Oktober wieder. \* Also nicht so:viel, aber weil ich gesagt hab ok ein bisschen zeitiger. Nee und ansonsten muss ich sagen ist das Verhältnis zu meiner Mutter deu::tlich besser geworden (2), weil die \* gerade am Anfang mich sehr unterstützt hat.
- I: Ja?
- IP: Ja (2) genau.
- I: Ok. (3) Und Ihr Partner?

- IP: Nee \* da gab es eigentlich keine Rollenveränderungen \* oder wie hatten Sie das genannt?
- I: Ja \* genau. Na: es gibt halt zum Beispiel einen Autor \* der ist Psychoanalytiker \* Stern heißt der und er schreibt halt, dass es eventuell zu Veränderungen der Frau kommen kann \* weil sie jetzt ja Mutter ist (2) und das zum Beispiel auch dann der Übergang zur triadischen Beziehungsstruktur \* jetzt mit dem Kind auch nicht immer \* ich sag mal reibungslos verlaufen muss \* also das es da schon auch Schwierigkeiten geben kann. \* Wie war das denn bei Ihnen?
- I: Nee \* wir hatten keine Schwierigkeiten miteinander, dass das irgendwie komisch gewesen wäre. \* Also wirklich nicht. Vielleicht auch weil wir uns beide vorher keine großen Gedanken gemacht hatten, wie das wird \* so miteinander. Im Gegenteil \* mein Freund hat mich ja sogar sehr unterstützt und sich extra freigenommen. (2) Also insofern war das alles schon recht gleichmäßig verteilt.
- I: Ok. (3) Welche Rolle spielen für Sie Erwartungen, die Sie an sich selbst als Mutter stellen?
- IP: Och (3) FURCHTbar \* ganz hoch ((lacht))
- I: Ganz hohe Erwartungen? ((lacht))
- IP: Ja: na man wills perfekt machen und bloß nichts falsch machen \* und dann ist ja auch so, dass am besten \* jegliche Frühförderung, die man so machen kann, damit bloß keiner sagt man hätte (das machen sollen) (2) ja \* aber da ist mein Freund glücklicherweise so, dass er mich immer so ein bisschen zügelt und dann sagt jetzt ist mal gut \* das reicht mal wieder. Aber das ist schon so (mit den Erwartungen) und dann ist man halt auch so \* ne \* man hat ja studiert \* und ist auch erfolgreich im Job \* und dann muss man auch erfolgreich mit seinem KIND sein. Das ist dann schon so \* einfach so der innere Druck, den man sich dann selber macht, total bescheuert.
- I: Ok, ist klar. Hatten Sie bestimmte Zukunftsträume beziehungsweise Vorstellungen von sich selbst als Mutter \* vom Kind und von Ihnen zusammen mit Ihrem Partner als Familie:?
- IP: Nee, gar nicht.
- I: Gar nicht? Also Sie haben das erstmal so auf sich zukommen lassen?
- IP: Ja genau. (2) Wir haben das völlig auf uns zukommen lassen. Weil ich auch gar keine Vorstellungen hatte, wie das wird. Und es ist ja dann doch alles anders geworden als wenn ich mir große Vorstellungen gemacht hätte, mir das vorgestellt hätte.
- I: Ja. (2) Die Beziehung zu Ihrer Mutter haben Sie ja eben schon ganz kurz angedeutet. \* Das sind zwei Fragen zur Bindung zur eigenen Mutter.
- IP: Ok?
- I: Und zwar einmal \* wie war Ihre eigene Mutter? Und dann \* das haben Sie ja schon eigentlich kurz gesagt \* ob Ihre eigene Mutterschaft die Beziehung zu Ihrer Mutter verändert hat?



- IP: Also (3) mei:ne Beziehung zu mei:ner Mutter war nicht die allerBESTE muss man ehrlicherweise sagen, weil (2) meine Eltern sich relativ zeitig getrennt haben und meine Mu:tter völlig überfordert war mit uns als Kindern. \* Und ja \* wir hatten NIE so eine enge Beziehung. \* Wir haben einmal alle paar Wochen telefoniert und \* wenn es hochkommt, bin ich einmal im halben Jahr hingefahren.
- I: Ja?
- IP: U:nd jetzt ist es mittlerweile so, dass wir fast täglich telefonieren und \* ständig zu Besuch sind. Also das macht schon einen RIESEN Unterschied.
- I: Ok (3) also durch die Geburt jetzt deutlich besser?
- IP: Ja \* ja \* ja.
- I: Mhmm (3) wie war das denn mit Ihrer Mutter? Meinen Sie, dass sich dieses Bild so übertragen hat?
- IP: Ja (2) kann schon sein. Aber darauf würde ich ehrlichweise ungern genauer eingehen wollen.
- I: Ok (5) dann noch eine andere Frage. \* Wenn ich in einer Position wäre, in der ich etwas für Mütter \* die an einer postpartalen Depression leiden \* oder gelitten haben \* tun könnte, was würden Sie sich wü:nschen?
- IP: Das das Thema einfach offener besprochen wird. Das das einfach sowas ist, was von Anfang an auch ganz klar angesprochen wird. Ich mein ((Kind juchzt)) jede Mutter geht zu diesen bescheuerten Vorbereitungskursen \* wo man lernt wie man hecheln soll. \* Das vergisst man unter der Geburt sowieso und macht es anders. Aber KEINER redet halt auch offen darüber, dass das auch so häu:fig ist. \* Und dass es halt wichtig ist, dass man auch relativ schnell was macht und nicht e:wig wartet. (2) Das finde ich halt \* wenn man das so hört so im Nachhinein \* wenn man sich so mit Freundinnen unterhält, da sagen dann fa:st alle, ach naja ich hatte das auch \* so ein bisschen \* und naja bei mir hat das auch so lange gedauert bis ich mich so richtig daran gewöhnt habe, dass ich jetzt Mutter bin. Wo man dann so denkt \* ja super (2) im Vorhinein tun immer alle so als wäre alles so super schön und alles toll und nie gab es Probleme ((lacht)). Also einfach auch so ein bisschen offenerer Umgang wär super. Mehr Information.
- I: Ok \* also so generell Änderungswünsche an das System an sich?
- IP: Ja
- I: Ja (2). Ja das finde ich auch komisch, dass das in Deutschland so ein extrem vernachlässigtes Thema ist, \* weil die Prävalenzrate ja eigentlich schon ziemlich hoch ist. \* Und da spricht wirklich keiner drüber und wenn \* dann so mehr nach dem Motto ach das wird schon wieder gu:t [ ]

- IP: Ja eben. Das ist auch das, was ich viel gehört habe \* von meiner Hebamme \* ach ach das wird schon wieder. Das ist ganz NORMAL. Und das wird schon wieder. Wo ich dann so denke \* also irgendwann weiß man, dass das nicht mehr ganz normal ist. Gerade wenn man aus dem medizinischen Bereich kommt. Ich sag mal \* gerade für Patientinnen, die nicht aus dem medizinischen Bereich kommen, ist es glaube ich echt schwierig, \* wenn du von allen Seiten gesagt bekommst, das passt schon, das ist normal und selber hat man so das Gefühl es geht überhaupt nichts mehr. Ich glaube, dass macht es dann halt nur noch schwerer, auch offen darüber zu reden und zu sagen nee, es ist eben nicht in Ordnung.
- I: Ja klar. Und dann \* haben Sie sonst noch Fragen? Oder habe ich wichtige Aspekte unberücksichtigt gelassen \* in meinen Fragestellungen, die Sie gern noch erwähnen würden?
- IP: Mhmm \* nee
- I: Nee? Hat das alles so berücksichtigt?
- IP: Ja
- I: Ok (2) gut. Dann bedanke ich mich für das Interview und Ihre Offenheit.

### Appendix 3: Interviewsegmentierung

IP01

Datum: 17.06.2014

Dauer: 17:01 min

- I: Ja, also wie ich schon gesagt ha:be, ich bin Christiane Jäger und ich schrei:be meine Abschlussarbeit zum Mutterschaftsverständnis bei an postpartaler Depression (erkrankten) Frauen. DANKE das Sie bereit sind mir ein paar Fragen zu beantworten und erst einmal noch alles Gute nachträglich zur \* Geburt. Das Interview besteht aus ze:hn Fragen \* Ja (2) ich fang dann einfach mal an. \* Also zur ersten Frage. \* Sie sind vor kurzem Mutter geworden. Wie war das für Sie?
- IP: Mhmm \* also ich hatte mir geda:cht, dass das mehr so dieses Glückserlebnis wird, **1/** aber eigentlich war es me:hr so (2) ja eigentlich von Anfang mehr so ein Belastungserlebnis. **2/**
- I: Ok (2) also \* wie hat sich das geäußert?
- IP: Ja also das war \* also ich hab mich ü:berfordert gefühlt \* **3/** u:nd auch irgendwie so das Gefühl gehabt, dass einem so die persönliche Freiheit völlig abhanden kommt. **4/** (2) So richtig viel Freude war auch nicht dabei. **5/** Das muss man ehrlicherweise sagen.
- I: Mhmm \* und das fing schon nach der Geburt so an?
- IP: Nee \* nach der Geburt wars so die erste Woche in Ordnung (2) **6/** und dann ging das LOS \* und dann hab ich gedacht, dass ist so die typische Babyblues-Phase und dann hielt das aber deutlich länger an und (2) **7/** so nach den ersten fünf Wochen wars dann so, dass ich Panikattacken gekriegt hab \* **8/** und da war mir dann relativ klar, dass da irgendwas nicht in Ordnung ist \* also sowas hatte ich vorher nicht. **9/**
- I: Ja \* ok \* und welche Schwierigkeiten gab es genau beziehungsweise was empfanden Sie als besondere Herausforderung? Also das haben Sie ja eben schon ein bisschen angedeutet \* mit der persönlichen Freiheit zum Beispiel?
- IP: Ja: erstens das und dann war ich die ersten drei vier Wochen allei:ne zu Hause \* mit dem Kleinen. **10/** Das war schon so das man gemerkt hat \* ok man hat einfach so das Gefühl man ist dem Ganzen nicht so gewa:chsen und dann eben wirklich die Verantwortung. Vierundzwanzig Stunden rund um die Uhr. **11/** Das war etwas worauf man sich erstmal total \* umstellen musste. **12/**
- I: Ja klar
- IP: Weil man sonst ja sozusagen nur für sich die Verantwortung trägt \* und das war schon so, wo man merkt ok \* man kommt eigentlich gar nicht mehr so für sich zur Sache (2) **13/** sondern ist eigentlich wirklich NUR noch rund um die Uhr für das Kind da ne (3) **14/** Da:s war schon so ne he:rbe Umstellung muss ich sagen ((lacht)) **15/**
- I: Ja: \* und wurden beziehungsweise werden Sie unterstützt?

- IP: Ja: \* ich wa:r \* das ging dann relativ schnell das ich mit einer Freundin von mir telefoniert habe, die ist Psychiaterin (2) und die hat dann \* gleich einen Termin für mich gemacht in der ambulanten Sprechstunde hier in der Klinik. \* Da war ich dann auch zwei Tage später. Und seit dem nehme ich (3) Medikamente auch. War dann auch nochmal zur Kontrollsprechstunde. \* Genau. **16/**
- I: Ok \* und familiär war aber auch Unterstützung da \* also so vom Partner oder den Eltern?
- IP: Ja genau. Also meine Mama kam ja dann. Und \* mein Freund ist dann auch zu Hause geblieben. So zwei drei Wochen und dann hatte sich das ein bisschen stabilisiert \* und dann ging es eigentlich einigermaßen wieder **17/**
- I: Mhmm \* ok \* ok \* wie sehen Sie sich selbst als Mutter?
- IP: (5) Gestre:sst ((lacht)) (2) ja we:nig Geduld muss ich sagen. **18/** Also das ist aber so grundsätzlich was, was ich auch habe. **19/**
- I: Also das war schon vor der Geburt so?
- IP: Das war vorher auch. \* Aber ich merke das, dass es so mit dem Kind natürlich immer noch so ein bisschen anstrengender wird, **20/** weil in dem Moment wo man selber so gestresst ist, ist das Kind natürlich auch gestresst. ((lacht)) Und dann wird das alles nur noch schli:mmer. **21/** Also wenig Geduld **22/** und ich kann es wenig ertragen, wenn ER schreit. **23/** Also das sind so Sachen die sind sicherlich noch übrig geblieben ne. **24/** Wo so andere Mütter sagen naja gut dann schreit er dann halt mal zehn Minuten \* **25/** das ist bei mir dann schon so das ich dann innerlich so ein bi:sschen aggressiv werde \* **26/** obwohl ich weiß das er ja nichts dafür kann und das es eben seine Art ist sich zu äußern für irgendwas. **27/** \* Aber da ist dann schon ganz schnell mein Geduldsfaden am Ende. **28/**
- I: Ja \* ja \* ja \* ok. Haben sich durch die Geburt des Kindes Ihre familiären und oder beruflichen Rollen verändert? Naja gut \* beruflich ist ja jetzt [ ]
- IP: Beruflich auf jeden Fall. ((lacht)) Genau. Durch die Elternzeit. Das ist auch wirklich was wo ich merke, dass mir das schon MEHR \* ja Sorgen nicht macht \* aber schon so ein bisschen mehr Stress (bereitet) als ich vielleicht am Anfang gedacht hab, dass ich jetzt nicht mehr arbeiten gehe. Also: so die:se berufliche Selbsterfüllung sag ich mal \* die bleibt natürlich im Moment tot::al auf der Strecke. \* Das ist für mich schon so ein bisschen (2) ich hab jetzt auch die Elternzeit verkü:rzt, also bisschen früher wieder arbeiten gehen, genau. **29/**
- I: Ok wann denn [ ]
- IP: Na normalerweise hätte ich im Dezember wieder angefangen und geh jetzt ab Oktober wieder. \* Also nicht so:viel, aber weil ich gesagt hab ok ein bisschen zeitiger. **30/** Nee und ansonsten muss ich sagen ist das Verhältnis zu meiner Mutter deu::tlich besser geworden (2), weil die \* gerade am Anfang mich sehr unterstützt hat. **31/**
- I: Ja?
- IP: Ja (2) genau.
- I: Ok. (3) Und Ihr Partner?

- IP: Nee \* da gab es eigentlich keine Rollenveränderungen \* **32/** oder wie hatten Sie das genannt?
- I: Ja \* genau. Na: es gibt halt zum Beispiel einen Autor \* der ist Psychoanalytiker \* Stern heißt der und er schreibt halt, dass es eventuell zu Veränderungen der Frau kommen kann \* weil sie jetzt ja Mutter ist (2) und das zum Beispiel auch dann der Übergang zur triadischen Beziehungsstruktur \* jetzt mit dem Kind auch nicht immer \* ich sag mal reibungslos verlaufen muss \* also das es da schon auch Schwierigkeiten geben kann. \* Wie war das denn bei Ihnen?
- I: Nee \* wir hatten keine Schwierigkeiten miteinander, dass das irgendwie komisch gewesen wäre. \* Also wirklich nicht. Vielleicht auch weil wir uns beide vorher keine großen Gedanken gemacht hatten, wie das wird \* so miteinander. **33/** Im Gegenteil \* mein Freund hat mich ja sogar sehr unterstützt und sich extra freigenommen. (2) Also insofern war das alles schon recht gleichmäßig verteilt. **34/**
- I: Ok. (3) Welche Rolle spielen für Sie Erwartungen, die Sie an sich selbst als Mutter stellen?
- IP: Och (3) FURCHTbar \* ganz hoch ((lacht)) **35/**
- I: Ganz hohe Erwartungen? ((lacht))
- IP: Ja: na man wills perfekt machen und bloß nichts falsch machen **36/** \* und dann ist ja auch so, dass am besten \* jegliche Frühförderung, die man so machen kann, **37/** damit bloß keiner sagt man hätte (das machen sollen) **38/** (2) ja \* aber da ist mein Freund glücklicherweise so, dass er mich immer so ein bisschen zügelt und dann sagt jetzt ist mal gut \* das reicht mal wieder. **39/** Aber das ist schon so (mit den Erwartungen) und dann ist man halt auch so \* ne \* man hat ja studiert \* und ist auch erfolgreich im Job \* und dann muss man auch erfolgreich mit seinem KIND sein. Das ist dann schon so \* einfach so der innere Druck, den man sich dann selber macht, total bescheuert. **40/**
- I: Ok, ist klar. Hatten Sie bestimmte Zukunftsträume beziehungsweise Vorstellungen von sich selbst als Mutter \* vom Kind und von Ihnen zusammen mit Ihrem Partner als Familie:?
- IP: Nee, gar nicht.
- I: Gar nicht? Also Sie haben das erstmal so auf sich zukommen lassen?
- IP: Ja genau. (2) Wir haben das völlig auf uns zukommen lassen. Weil ich auch gar keine Vorstellungen hatte, wie das wird. Und es ist ja dann doch alles anders geworden als wenn ich mir große Vorstellungen gemacht hätte, mir das vorgestellt hätte. **41/**
- I: Ja. (2) Die Beziehung zu Ihrer Mutter haben Sie ja eben schon ganz kurz angedeutet. \* Das sind zwei Fragen zur Bindung zur eigenen Mutter.
- IP: Ok?
- I: Und zwar einmal \* wie war Ihre eigene Mutter? Und dann \* das haben Sie ja schon eigentlich kurz gesagt \* ob Ihre eigene Mutterschaft die Beziehung zu Ihrer Mutter verändert hat?

- IP: Also (3) mei:ne Beziehung zu mei:ner Mutter war nicht die allerBESTE muss man ehrlicherweise sagen, weil (2) meine Eltern sich relativ zeitig getrennt haben und meine Mu:tter völlig überfordert war mit uns als Kindern. \* Und ja \* wir hatten NIE so eine enge Beziehung. \* Wir haben einmal alle paar Wochen telefoniert und \* wenn es hochkommt, bin ich einmal im halben Jahr hingefahren. **42/**
- I: Ja?
- IP: U:nd jetzt ist es mittlerweile so, dass wir fast täglich telefonieren und \* ständig zu Besuch sind. Also das macht schon einen RIESEN Unterschied. **43/**
- I: Ok (3) also durch die Geburt jetzt deutlich besser?
- IP: Ja \* ja \* ja.
- I: Mhmm (3) wie war das denn mit Ihrer Mutter? Meinen Sie, dass sich dieses Bild so übertragen hat?
- IP: Ja (2) kann schon sein. Aber darauf würde ich ehrlichweise ungern genauer eingehen wollen. **44/**
- I: Ok (5) dann noch eine andere Frage. \* Wenn ich in einer Position wäre, in der ich etwas für Mütter \* die an einer postpartalen Depression leiden \* oder gelitten haben \* tun könnte, was würden Sie sich wü:nschen?
- IP: Das das Thema einfach offener besprochen wird. **45/** Das das einfach sowas ist, was von Anfang an auch ganz klar angesprochen wird. Ich mein ((Kind juchzt)) jede Mutter geht zu diesen bescheuerten Vorbereitungskursen \* wo man lernt wie man hecheln soll. \* Das vergisst man unter der Geburt sowieso und macht es anders. **46/** Aber KEINER redet halt auch offen darüber, dass das auch so häu:fig ist. \* Und dass es halt wichtig ist, dass man auch relativ schnell was macht und nicht e:wig wartet. (2) Das finde ich halt \* wenn man das so hört so im Nachhinein \* wenn man sich so mit Freundinnen unterhält, da sagen dann fa:st alle, ach naja ich hatte das auch \* so ein bisschen \* und naja bei mir hat das auch so lange gedauert bis ich mich so richtig daran gewöhnt habe, dass ich jetzt Mutter bin. Wo man dann so denkt \* ja super (2) im Vorhinein tun immer alle so als wäre alles so super schön und alles toll und nie gab es Probleme ((lacht)). **47/** Also einfach auch so ein bisschen offenerer Umgang wär super. Mehr Information. **48/**
- I: Ok \* also so generell Änderungswünsche an das System an sich?
- IP: Ja
- I: Ja (2). Ja das finde ich auch komisch, dass das in Deutschland so ein extrem vernachlässigtes Thema ist, \* weil die Prävalenzrate ja eigentlich schon ziemlich hoch ist. \* Und da spricht wirklich keiner drüber und wenn \* dann so mehr nach dem Motto ach das wird schon wieder gu:t [ ]

- IP: Ja eben. Das ist auch das, was ich viel gehört habe \* von meiner Hebamme \* ach ach das wird schon wieder. Das ist ganz NORMAL. Und das wird schon wieder. Wo ich dann so denke \* also irgendwann weiß man, dass das nicht mehr ganz normal ist. Gerade wenn man aus dem medizinischen Bereich kommt. **49/** Ich sag mal \* gerade für Patientinnen, die nicht aus dem medizinischen Bereich kommen, ist es glaube ich echt schwierig, \* wenn du von allen Seiten gesagt bekommst, das passt schon, das ist normal und selber hat man so das Gefühl es geht überhaupt nichts mehr. Ich glaube, dass macht es dann halt nur noch schwerer, auch offen darüber zu reden und zu sagen nee, es ist eben nicht in Ordnung. **50/**
- I: Ja klar. Und dann \* haben Sie sonst noch Fragen? Oder habe ich wichtige Aspekte unberücksichtigt gelassen \* in meinen Fragestellungen, die Sie gern noch erwähnen würden?
- IP: Mhmm \* nee
- I: Nee? Hat das alles so berücksichtigt?
- IP: Ja
- I: Ok (2) gut. Dann bedanke ich mich für das Interview und Ihre Offenheit.

## Appendix 4: Edinburgh-Postnatale-Depressions-Skala (EPDS)

(Fragebogen zur Selbsteinschätzung)

Da Sie vor kurzem ein Kind geboren haben oder bald eines gebären werden, würden wir gerne wissen, wie Sie sich in den letzten 7 Tagen (oder bei Verwendung in den ersten Tagen nach der Geburt: seit der Geburt) gefühlt haben. Bitte markieren Sie die Antworten durch Ankreuzen des Kästchens vor jener Antwortzeile, welche für Sie am ehesten zutrifft.

In den letzten 7 Tagen oder seit der Geburt...	Punkte
<b>1. ...konnte ich lachen und das Leben von seiner sonnigen Seite sehen</b>	
<input type="checkbox"/> so wie ich es immer konnte	0
<input type="checkbox"/> nicht ganz so wie sonst	1
<input type="checkbox"/> deutlich weniger als früher	2
<input checked="" type="checkbox"/> überhaupt nicht	3
<b>2. ...konnte ich mich so richtig auf etwas freuen</b>	
<input type="checkbox"/> so wie immer	0
<input type="checkbox"/> etwas weniger als sonst	1
<input checked="" type="checkbox"/> deutlich weniger als früher	2
<input type="checkbox"/> kaum	3
<b>3. ...fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> ja, meistens	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht so oft	1
<input type="checkbox"/> nein, niemals	0
<b>4. ...war ich ängstlich und besorgt aus nichtigen Gründen</b>	
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht	0
<input type="checkbox"/> selten	1
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input checked="" type="checkbox"/> ja, häufig	3
<b>5. ...erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen</b>	
<input type="checkbox"/> ja, oft	3
<input checked="" type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht oft	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht	0
<b>6. ...überforderte mich verschiedenste Umstände</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal konnte ich damit nicht fertig werden	2
<input type="checkbox"/> nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden	1
<input type="checkbox"/> nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig	0
<b>7. ...war ich so unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte</b>	
<input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit	3
<input checked="" type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht sehr oft	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht	0
<b>8. ...habe ich mich traurig und schlecht gefühlt</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> selten	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht	0
<b>9. ...war ich so unglücklich, dass ich geweint habe</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> ja, die ganze Zeit	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> nur gelegentlich	1
<input type="checkbox"/> nein, niemals	0
<b>10. ...überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen</b>	
<input type="checkbox"/> ja, ziemlich oft	3
<input type="checkbox"/> manchmal	2
<input type="checkbox"/> kaum	1
<input checked="" type="checkbox"/> niemals	0



**Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende schriftliche Bachelorarbeit einschließlich beigefügter Abbildungen, Tabellen und sonstiger Materialien selbst angefertigt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß anderen Publikationen entnommen sind, habe ich in jedem Fall einzeln unter genauer Angabe des Quelltextes deutlich als Entlehnung kenntlich gemacht.

Dessau-Roßlau, den 15. Juli 2014

---

Christiane Jäger