



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich: Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Studiengang: Beratung

M A S T E R T H E S I S

zur

Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts (M.A.)

Mütterliche und väterliche postpartale Depression – Einfluss auf die psychische Entwicklung des Kindes

Name: Charlott Wiencke

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2019-0404-9

Erstprüferin: Prof. Dr. C. Nürnberg

Zweitprüfer: Prof. Dr. A. Speck

Neubrandenburg,

Inhalt

Einleitung.....	3
1 Perinatale psychische Erkrankungen.....	5
1.1 Allgemeine Begriffsbestimmungen: postnatal, postpartal und perinatal	10
1.2 Baby-Blues	12
1.3 Postpartale Psychose	14
2 Postpartale Depression	17
2.1 Das Erscheinungsbild der postpartalen Depression.....	21
2.2 Die Wirkung des Mutterschafts-Mythos	27
2.2.1 Mütterideale vom 18. bis 21. Jahrhundert.....	29
2.2.2 Einfluss des Mütterideals auf die Entstehung einer postpartalen Depression	31
2.3 Postpartal-depressive Väter	36
2.3.1 Das Couvade-Syndrom	41
2.3.2 Auswirkungen väterlicher postpartaler Depressionen auf die kindliche Entwicklung.....	42
2.4 Die Bedeutung des Social Support	44
3 Depressive Bezugspersonen und die psychische Entwicklung des Kindes. 47	
3.1 Die Interaktion zwischen Kind und Hauptbezugsperson	49
3.2 Der Einfluss des Bindungshormons Oxytocin	52
3.3 Beziehungserfahrungen zwischen Mutter/ Hauptbezugsperson und Kind	56
3.4 Das Selbstempfinden der Kinder gesunder sowie depressiver Eltern ..	58
3.5 Präventive Unterstützungsmöglichkeit am Beispiel Neubrandenburg ..	66
4 Fazit	69
5 Quellenverzeichnis	73
5.1 Literaturquellen.....	73
5.2 Internetquellen.....	80

Einleitung

Im Durchschnitt dauert eine Schwangerschaft vierzig Wochen. In dieser Zeit bereitet sich die schwangere Frau, zumeist gemeinsam mit ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin, auf die kommende neue Lebenssituation vor. In ihren Gedanken schmiedet sie Pläne und hat konkrete Vorstellungen von sich selbst als fürsorgliche, liebende Mutter, welche den Tag kuschelnd mit ihrem Baby verlebt und es umsorgt, während der Vater bzw. der andere Elternteil Hausarbeiten erledigt und den Lebensunterhalt der Familie durch seine Arbeitstätigkeit sichert. Der „Nestbautrieb“ setzt bei der werdenden Mutter ein und veranlasst sie dazu, alle notwendigen Dinge für ihr Kind zu besorgen, alle wichtigen Vorbereitungen zu treffen und womöglich ein Kinderzimmer einzurichten. Das Bewusstsein über den zu erwartenden neuen Lebensabschnitt steigt mit zunehmenden Veränderungen in ihrem Körper. Der wachsende Bauch zeigt deutlich, dass es nicht mehr lange dauert, bis ihr Kind das Licht der Welt erblickt.

Ist der Geburtstermin dann gekommen und das Baby in ihrem Arm, weichen die Vorstellungen über das Muttersein der Realität der Mutterschaft. Zwischen beiden besteht zumeist eine vielfach unterschätzte Differenz. Der routinierte Ablauf des Tages und die Alltagsstruktur verliert mit dem Augenblick der Geburt ihre Gültigkeit. Es kommt zu einer Veränderung der Beziehungen aller Familienmitglieder untereinander. Die Rollen und Rollenzuschreibungen der einzelnen Familienmitglieder werden neu verteilt. Das Frausein und Ehefrausein wird durch die Mutterschaft auf unbestimmte Zeit gänzlich überdeckt. Die Wucht, mit der diese neuen Eindrücke und Empfindungen auf die Frauen eintreffen und welche weitreichende Folgen für die ganze Familie dies nach sich zieht, kann vor der Geburt des Kindes häufig nicht abgeschätzt werden und trifft sie mit unabsehbarer Intensität.

Zumeist ist es die Mutter, welche mit dem Neugeborenen allein zu Hause ist und sich besonders in den ersten Lebensmonaten des Kindes daher möglicherweise einsam fühlt. Die neue Mutterrolle den vorherigen Vorstellungen entsprechend auszufüllen, stellt eine enorme

Belastungssituation dar. Die tief verwurzelte Vorstellung von Mutterschaft harmoniert nicht mit der lang umkämpften Position der Frau, die andere Werte geschaffen hat: Gleichberechtigung, Unabhängigkeit, berufliche Erfüllung. Die Frau wird sich der Endgültigkeit der Mutterschaft und der Verantwortung schlagartig bewusst. Die Veränderungen des mütterlichen Körpers sowie die plötzlich eintretenden hormonelle Umwälzungen tragen dazu bei, dass Selbstzweifel und Schuldgefühle aufkeimen können und die vorherige Vorstellung der Mutterschaft durch die Realität allmählich entschleiert wird (Nispel, 2001, S. 24 f.).

Ist dieses Spannungsfeld dann noch gekoppelt mit intensiven Versagensängsten, überdeckt Traurigkeit das von allen erwartete freudige Ereignis. Das Risiko einer postpartalen Erkrankung steigt nun enorm. Es scheint verständlich, dass Ratlosigkeit die betroffene Mutter bzw. den betroffenen Vater selbst sowie alle engen Familienangehörigen begleitet, wenn psychische Auffälligkeiten in dieser sensiblen Lebensphase auftreten. Die perinatalen psychischen Erkrankungen sowie im Besonderen die postpartale Depression werden im ersten und zweiten Kapitel ausführlich betrachtet.

Die postpartale Depression ist neben dem sogenannten Baby-Blues und der postpartalen Psychose die bekannteste und am meisten verbreitete perinatale psychische Erkrankung. All diese Krankheiten gehen mit dem Fehlen von positiven Gefühlen der Mutterschaft gegenüber einher. Die betroffenen Mütter sind in den liebevollen Handlungen und Empfindungen ihrem Säugling gegenüber gehemmt. Nicht ungeachtet soll an dieser Stelle bleiben, dass auch Väter von perinatalen psychischen Erkrankungen betroffen sein können. Dies wird im zweiten Kapitel ab Punkt 2.3 ausgeführt.

Die Versorgung des Kindes der betroffenen Person geschieht zumeist ohne die emotionale Ebene zwischenmenschlicher Kommunikation zu tangieren. Begibt sich die/ der Betroffene nicht in fachmännische Behandlung, bleibt der emotionsarme Umgang mit dem Kind zumeist nicht folgenfrei. Fehlende bzw. wenige Kommunikation erschwert die Affektregulation und somit das Wohlbefinden des Kindes. In einigen Fällen

ist selbst die physische Gesundheit des Kindes durch mangelnde Versorgung, Vernachlässigung, psychische sowie physische Gewalt, Kindstötung oder gar einem erweiterten Suizid, in welchem die Mutter Selbsttötung begeht und ihr Kind mit in den Tod nimmt, erheblich gefährdet (Nispel, 2001; Rohde, 2014).

Auch längerfristig hat die postpartale Depression eines Elternteils bzw. der Eltern signifikante negative Einflüsse auf die psychische Entwicklung und Gesundheit des Kindes/ der Kinder. Das Interaktions- und Bindungsverhalten sowie die Entstehung des Selbst der betroffenen Kinder werden im dritten Kapitel dieser Arbeit explizit betrachtet. Zuletzt erfolgt die Vorstellung der „Hebammensprechstunde/ Wochenbettambulanz“ in Neubrandenburg, welche einen präventives Setting in Bezug auf die postpartalen Depressionen darstellen kann.

1 Perinatale psychische Erkrankungen

Perinatale Psychische Erkrankungen treten in der Zeit vor, während oder nach der Geburt auf. Sie sind die häufigsten Erkrankungen frischgebackener Mütter in der Schwangerschaft und dem ersten Lebensjahr des Kindes (Berger et al., 2017, S. 9 zit. nach Howard et al., 2014, S. 1723 f.). In den nachfolgenden Kapiteln werden die verschiedenen perinatalen psychischen Erkrankungen genauer betrachtet, Symptome und Ursachen erläutert. Die Folgen dieser Erkrankungen sind weitreichend, betreffen sie nicht nur die junge Mutter/ den jungen Vater selbst, sondern ebenso das Kind, den Partner/ die Partnerin und weitere Familienangehörige in unterschiedlichem Maße.

Der mütterliche Suizid ist mit 0,6 Fällen auf 100.000 Geburten sehr selten, gehört in Großbritannien beispielsweise jedoch zu den führenden Ursachen der perinatalen Mortalitäten (Berger et al., 2017, S. 9 zit. nach Knight et al., 2016). Eine zunächst überraschende Tatsache, welche die

Intensität der Erkrankung verdeutlicht. Perinatale psychische Erkrankungen bürgen nach McCauley et al. (2011) neben dem ein erhöhtes Risiko der Chronifizierung sowie für schlechtere geburtshilfliche Outcomes, wie z.B. „ungeplante Schwangerschaft, Bluthochdruck in der Schwangerschaft, Notsectio, frühe, ungeplante Entlassung aus dem Krankenhaus, Frühgeburt, niedriges Geburtsgewicht, intrauterine Wachstumsretardation und ein erhöhtes fetales und neonatales Todesrisiko“ (McCauley et al., 2011, S. 786 ff.).

Betroffene leiden neben der eigentlichen Problematik häufig unter ihren Scham- und Schuldgefühlen sowie immensen Versagensängsten. Sie wissen selbst zumeist nicht, dass diese schmerzliche psychische Belastungssituation einen Namen trägt und ein eigenständiges Krankheitsbild darstellt. Erhöht sich der Leidensdruck, stellt es einen enormen Kraftaufwand für den Betroffenen dar, den ersten Schritt zu wagen um Hilfe aufzusuchen. Häufig mangelt es an dem Wissen über diese Erkrankungen und mögliche erste Ansprechpartner bzw. Anlaufstellen. Obwohl Zahlen vorliegen, die besagen, dass zwanzig Prozent aller Frauen an perinatalen psychischen Störungen leiden (Berger et al., 2017, S. 9) bzw. bei fünfzig Prozent der Frauen postpartale Krisen vorzufinden sind (Nispel, 2001, S. 14), sind diese kaum in der Versorgungsforschung und epidemiologischen Forschungen berücksichtigt. Es lassen sich daher kaum Schlussfolgerungen für die Verbesserung der Versorgung von Betroffenen ziehen.

In der Schweiz haben im Jahr 2014 während der Schwangerschaft und im ersten Jahr nach der Geburt von 13.969 Frauen 16,7 Prozent psychiatrische Leistungen (auch durch HausärztInnen und PsychotherapeutInnen) in Anspruch genommen (Berger et al., 2017, S. 10). Das bedeutet, dass nahezu jede sechste Frau Hilfe aufsucht und diese auch bekommt, was wiederum einen Widerspruch zu Studien hervorbringt, welche belegen, dass es eine Unterversorgung an Hilfsangeboten für Frauen mit perinatalen psychischen Erkrankungen gibt. Diese Prävalenz bezieht jedoch nur die diagnostizierten bzw. behandelten Fälle mit ein. Auch mögliche betroffene Väter sind an dieser Stelle nicht

mit inbegriffen. Nach der Maternal Mental Health Alliance (2013) bleiben rund fünfzig Prozent aller Fälle unbehandelt.

Dies kann vielfältige Gründe haben. Neben dem Verharmlosen und Verbergen der Symptomatik aus Angst vor Stigmatisierung (insbesondere bei Männern) kann dies außerdem darauf zurückzuführen sein, dass nicht bzw. nicht ausreichend nach dem Befinden der Frauen und Männer gefragt wird (z.B. durch FrauneärztInnen oder Hebammen) oder kein Therapieplatz verfügbar ist (Berger et al., 2017, S. 9 f.).

Im Jahr 2012 begaben sich in der Schweiz 90.000 Frauen in stationäre Behandlung (schwanger, gebärend oder post partum behandelt). Dort entbinden insgesamt 97 Prozent der Frauen im Krankenhaus. Es ist beachtlich, dass nur 1,1 Prozent dieser Frauen wegen psychischen Erkrankungen beraten oder behandelt worden sind (Berger et al., 2017, 10 f.). Da diese Erkrankungsfälle in einem nicht-psychiatrischem Setting erkannt wurden, kann davon ausgegangen werden, dass es sich hierbei um besonders schwere Fälle handelt, welche sich auch für Laien auf diesem Gebiet deutlich abzeichnen. Aus Furcht vor Stigmatisierung gelingt es den Frauen (bzw. Männern) zumeist besonders erfolgreich, eine perinatale psychische Erkrankung zu verbergen, sodass den Geburtshelfern und anderen Mitarbeitern in einer Klinik der wirkliche psychische Zustand der Patienten häufig verborgen bleibt.

Nach der Entbindung werden etwa siebzig Prozent der Frauen in der Schweiz von freiberuflicher Hebamme betreut (Berger et al., 2017, S. 11 zit. nach Erdin et al., 2015). Die Hebammen registrieren in diesem Fall Depressionen und psychische Probleme völlig „freiwillig“ und ohne standardisierten Kriterien Folge zu leisten. Die Diagnosestellung erfolgt nach eigenem Ermessen der jeweiligen Hebamme. Eine Studie aus dem Jahr 2014 erfasste 54.057 von Hebammen betreute Frauen. Es geht daraus hervor, dass 2,9 Prozent in der Schwangerschaft und 7,3 Prozent der Frauen in der Wochenbettphase nach dem zehnten Tag post partum an einer perinatalen psychischen Erkrankung leiden. Depressionen sind bei 16 Prozent der Frauen die Ursache aller Wochenbettbesuche nach dem zehnten Tag post partum. Innerhalb der ersten zehn Tagen nach der

Geburt zeigen sich bei 2,1 Prozent der betreuten Personen psychische Probleme oder Depressionen (Berger et al., 2017, S. 11). Diese Rate ist um ein Prozent höher als die Behandlungsrate und zudem um ein Achtfaches niedriger als die Rate des Bezugs von psychiatrischen Leistungen laut der Versicherungsstatistik. Diese niedrigen Raten überraschen angesichts der hohen Prävalenz von perinatalen psychischen Erkrankungen und deuten auf Missstände bezüglich der Diagnostik sowie Versorgungslücken für die Patienten hin. Hier wird deutlich, dass auch Hebammen die Problematik der perinatalen psychischen Erkrankungen unterschätzen bzw. aufgrund der Defizite im Wissen darüber nicht in der Lage dazu sein können, diese wahrzunehmen und gegebenenfalls weitere unterstützende Schritte einzuleiten.

Nicht selten werten sie psychische Auffälligkeiten der jungen Mütter als normale Anpassungsreaktion. Die Angst der Frauen vor Verurteilung und Stigmatisierung sorgt zudem dafür, dass sie ihre psychischen Probleme erfolgreich verbergen und so auch Hebammen nicht erkennen können, dass ein Problem vorliegt. Hebammen selbst postulieren, dass sie sich im Umgang mit perinatalen psychischen Erkrankungen schlecht ausgebildet fühlen (Berger et al., 2017, S. 11 zit. nach McCauley et al., 2011, S. 786 ff.; Byatt et al., 2013, S. 598 ff.). Britische Untersuchungen zeigen, dass die Gründe hierfür unter anderem Defizite in der Hebammenausbildung sind (Maternal Mental Health Alliance, 2017; National Health Service, 2006). Hebammen können diese Erkrankungen nur nach eigenem Ermessen bzw. teilweise gar nicht erkennen und diagnostizieren. Die Therapieangebote sind ihnen zum Teil unbekannt. Sie selbst geben an, in der Anamnese eher zurückhaltend nach psychischen Problemen zu fragen, da sie nicht wüssten, wie weiter vorzugehen sei. Aufgrund der Defizite in der Hebammenausbildung werden Risikofaktoren sowie frühere und vorliegende psychische Erkrankungen bei jungen Müttern nicht systematisch entschleiert.

Auch in der Literatur der Ausbildung von GynäkologInnen und PsychiaterInnen finden perinatale psychische Erkrankungen inhaltlich wenig Beachtung. Die Aufklärung der Frauen scheint sich auf die physischen Veränderungen, die eine Schwangerschaft und Geburt mit

sich bringen, zu begrenzen. Das Wissen über psychische Vorgänge ist bei dem Fachpersonal nicht ausreichend vorhanden und kann somit auch nicht in adäquatem Umfang an betroffene Frauen weitergegeben werden.

Die weit verbreitete Betrachtungsweise einiger ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen, ist es, dass perinatale psychische Erkrankungen nicht als eigenständiges Krankheitsbild anerkannt sind. Sie werden lediglich als in der Person schlummernde psychische Probleme gewertet, welche durch Stresssituation „aufbrechen“. Es erklärt sich somit die geringe Zahl der erfassten Erkrankungen (Berger et al., 2017, S. 11; Cignacco et al., 2017, S. 26; Nispel, 2001, S. 11). In der Folge kommt es zu einer inadäquaten Betreuung der Frauen. Koordinationsprobleme zwischen den verschiedenen Leistungserbringern kommen hinzu und bedingen unzureichende positive Auswirkungen auf die Betreuungskontinuität von Betroffenen.

Warum jedoch finden psychische Problematiken nach der Geburt auch in der Fachliteratur so wenig Beachtung? Das gesellschaftliche Verständnis von Frauen beinhaltet immer auch die Annahme, dass eine Frau auf dem Weg zur Mutterschaft einem bestimmten Leidensdruck ausgesetzt ist. Der Leidensweg beginnt in der Schwangerschaft, indem körperliche Beschwerden durch die Außenwelt nicht wahr- und ernstgenommen werden. Diese würden ja schließlich dazugehören. Nicht selten hören Schwangere die Aussage „Du bist schwanger und nicht krank.“. Der Zustand der Schwangerschaft setzt also einerseits gesellschaftlich betrachtet ein gewisses Maß an Leidensbereitschaft voraus sowie zudem auch, dass eine Frau diesem „Leid“ standhält und in freudiger Erwartung auf ihr Baby ist.

Ebenso verhält es sich mit dem Vorgang der Geburt. Frauen wird dieses wichtige Ereignis in ihrem Leben durch äußere Einflüsse oft noch schwerer gemacht als es ohnehin schon ist. Häufig kommt es vor, dass die Frauen durch anwesende Hebammen/ Geburtshelfer, ÄrztInnen und anderem Personal beschämt und entmündigt werden. In aktuellen medial verbreiteten Debatten ist sogar von „Gewalt im Kreißsaal“ die Rede. Der Begriff „Gewalt“ bezieht sich hier insbesondere auf verbale Äußerungen

der anwesenden ÄrztInnen und Hebammen/ Geburtshelfer. Immer häufiger berichten betroffene Frauen jedoch auch davon, dass Interventionen unter der Geburt vorgenommen wurden, über welche sie nicht bzw. unzureichend in Kenntnis gesetzt wurden oder denen sie zuvor ausdrücklich widersprochen haben, wie z.B. zu häufige und schmerzhaft vaginale Untersuchungen oder der Durchführung eines Dammschnittes (focus.de).

Die mangelnden Kenntnisse der Fachkräfte und der jungen Mütter selbst über postpartal auftretende psychische Probleme tragen anschließend ihren Teil dazu bei, dass Frauen (aufgrund der vorherigen Erfahrungen während der Schwangerschaft) das Bild der Außenwelt annehmen, auf sich übertragen und die Schuld für ihre psychischen Probleme bei sich selbst suchen, sich selbst gewissermaßen ein Versagen zuschreiben. Daraus entwickelt sich ein zurückziehendes Verhalten der Frauen, welches sich zu einer kompletten Isolation entwickeln kann. Dies bedingt einen enormen Leidendruck für die Frauen. Obwohl erwiesen ist, dass postpartale Krisen Menschenleben kosten können, wird die Forschung dahingehend nicht ausreichend gefördert (Nispel, 2001, S. 14).

Um komplexe Zusammenhänge perinataler psychischer Erkrankungen zu verstehen, ist es von Nöten, die verwendeten Begrifflichkeiten zunächst explizit u definieren.

1.1 Allgemeine Begriffsbestimmungen: postnatal, postpartal und perinatal

Die Gefühlswelt einer frischgebackenen Mutter ist nach der Entbindung häufig drastisch abweichend von den vorherigen Erwartungen. Verunsicherung, Traurigkeit oder auch schwere Depressionen – die Spanne der zu erwartenden psychischen Befindlichkeiten ist breit. Es scheint klar zu sein, dass diese Empfindungen Einfluss auf das Verhalten, die Persönlichkeit und die Lebensauffassung der Frau haben. Es sind

Gefühle, Denkweisen und Handlungen, die nicht mehr mit dem vorherigen Charakter der Frauen deckungsgleich sind. Dies belegt auch eine Studie der Universitätsfrauenklinik Bonn aus dem Jahr 2010. Sie untersuchte über 1000 Frauen mit Depressionen und anderen psychischen Störungen nach der Geburt eines Kindes. Es stellte sich heraus, dass diese Frauen bestimmte Gemeinsamkeiten teilen. Es sind insbesondere Veränderungen in der Selbstwahrnehmung, Verunsicherungen, Probleme im sozialen Umfeld sowie Familienkrisen (Rohde, 2014, S. 15).

Betrachten wir die Wahl der Begrifflichkeiten in der Literatur, fällt auf, dass zumeist drei Begriffe verwendet werden. Hierbei handelt es sich um „postnatal“, „postpartal“ und „perinatal“. Diese Begriffe sind keinesfalls synonym zu verwenden.

„Postnatal“ und „postpartal“ werden jedoch in der psychiatrischen Fachsprache gleichgesetzt. „Post“ stammt aus dem Lateinischen und bedeutet „nach“, „natus“ ist die „Geburt“, „partus“ bedeutet „Entbindung“. „Postpartal“ bedeutet somit „nach der Entbindung“ wohingegen „postnatal“ „nach der Geburt“ bedeutet. Damit beschreibt der Terminus „postnatal“ den Zustand nach der Geburt aus Sicht des Kindes. Richten wir unsere Aufmerksamkeit auf den psychischen Zustand der jungen Mutter nach der Geburt, ist also die Bezeichnung „postpartal“ korrekt. Trotz dessen ist in der Umgangs- und Wissenschaftssprache der Begriff „postnatal“ dominierend (Rohde, 2014, S. 18; Nispel, 2001, S. 16). Der Ausdruck „perinatal“ beschreibt schließlich die Zeitspanne ab Eintritt der Schwangerschaft bis hin zum vollendeten ersten Lebensjahr des Kindes nach der Geburt (Berger et al., 2017, S. 9).

Nachfolgend betrachten wir drei verschiedene Gemütszustände bzw. Krankheitsbilder, welche nach der Geburt eines Kindes eintreffen können. Hierbei handelt es sich um den Baby-Blues, die postpartale Depression sowie die postpartale Psychose. An dieser Stelle wird das breite Spektrum von graduell unterschiedlichen Reaktionsweisen deutlich. Diese drei Erkrankungen können ineinander übergehen, wobei die Grenzen fließend sind (Nispel, 2001, S. 39).

1.2 Baby-Blues

Der englischsprachige Begriff „Baby-Blues“ wird eher in der Umgangssprache verwendet, wobei „blues“ sinngemäß Melancholie bedeutet. Im Deutschen ist der Baby-Blues auch als die sogenannten „Heultage“ bekannt. Dass diesem Phänomen kein fachlicher Begriff zugrunde liegt, kann darauf zurückzuführen sein, dass hier kein eigenständiges Krankheitsbild umschrieben wird (Rohde, 2014, S. 19). Da die Begrifflichkeit „Heultage“ jedoch eher abwertend klingt und auch häufig von Betroffenen so aufgefasst wird, verbreitet sich in Fach- und Laiensprache der Begriff Baby-Blues.

Er bezeichnet ein kurzfristiges Stimmungstief in den ersten zehn bis vierzehn Tagen nach der Entbindung. Betroffen sind erstaunlich viele Mütter, nämlich fünfzig bis achtzig Prozent. Der Verlauf des Baby-Blues verhält sich nach einer gewissen Charakteristik. So ist zu beobachten, dass sich bei den betroffenen Müttern am ersten und zweiten Tag nach der Entbindung (insbesondere wenn diese glücklich und komplikationslos verlief) vor allem Hochgefühle und Euphorie einstellen.

Zwischen dem dritten und fünften Tag folgt nun das seelische Tief, der Baby-Blues. Dieser ist charakteristisch mit viel Weinen verbunden. Im 19. Jahrhundert sprach man in diesem Zusammenhang vom „Milchfieber“, da um den dritten Tag nach der Niederkunft das Einschießen der Muttermilch erfolgt.

Die Problematik des Begriffs „Heultage“ und die damit einhergehende Wirkung zeigen sich hier besonders. Es ist bekannt, dass Traurigkeit, Weinen, eine erhöhte Empfindsamkeit und Wechselbäder der Gefühle kennzeichnend sind für die Melancholie im Wochenbett. Auslöser für Verletzung und Rührung sind häufig kleine Anlässe z.B. Bemerkungen des Personals im Krankenhaus, welche möglicherweise zu dieser Begrifflichkeit greifen.

Neben der Melancholie und Traurigkeit gibt es weitere Symptome wie Müdigkeit, Erschöpfung, Konzentrationsschwierigkeiten, Gereiztheit,

Ängstlichkeit sowie eine Ablehnung gegenüber dem Partner. Grund bzw. Hauptverursacher für den Baby-Blues sind vor allem drastische hormonelle Veränderungen, welche nach der Entbindung in einem rasanten Tempo erfolgen. Ein Weg, um besser mit diesen Veränderungen umgehen zu können, ist es, sich Wissen über die biologischen Abläufe im Körper der Frau anzueignen. Dieses Wissen schafft Sicherheit, welche dem Betroffenen in aussichtslos depressiven Momenten daran glauben lässt, dass es sich beim Baby-Blues um eine nicht ungewöhnliche Reaktion des Körpers auf die Geburt eines Kindes handelt.

Ein weiterer Faktor, der die Entstehung eines Baby-Blues begünstigen kann, ist die psychische Komponente. Sorgen, Ängste und Fragen rund um das neue Familienmitglied, sowie die Erkenntnis, ab dem Zeitpunkt der Geburt für einen weiteren Menschen verantwortlich zu sein, stellen eine enorme Belastung dar. Auch andere zahlreiche Komponenten wie eine ungeplante Schwangerschaft, Geburtskomplikationen, Versagensängste, Streitigkeiten mit dem Partner, eine Trennung von Mutter und Kind nach der Entbindung oder Stillprobleme können solche kurzzeitigen depressive Verstimmung auslösen. Da der Baby-Blues jedoch eine zeitlich begrenzte und häufig anzutreffende Erscheinung ist, gilt sie als normal und harmlos.

Eine therapeutische Behandlung ist in diesem Fall nicht nötig, da die Beschwerden zumeist nach einigen Tagen wieder abklingen.

Eine Abgrenzung vor zu vielen Außenreizen sowie Verständnis, Geduld und Fürsorge der Angehörigen schaffen zumeist Abhilfe. Durch die Ungeduld des Pflegepersonals im Krankenhaus sind diese Werte jedoch nicht immer gegeben.

Nur selten ist der Baby-Blues der Beginn einer postpartalen Depression. Er ist daher, wie zuvor erwähnt, nicht behandlungsbedürftig. Halten die Symptome länger als zwei bis drei Tage an, besteht die Gefahr einer postpartalen Depression oder postpartalen Psychose. Der Baby-Blues kann unmerklich und fließend (sollte der Zustand länger als zwei Wochen anhalten) zu einer postpartalen Depression werden, eine Depression kann allerdings auch ohne Vorzeichen entstehen. Auch die ernstzunehmende Wochenbettpsychose beginnt im gleichen Zeitraum wie der Baby-Blues,

was besondere Aufmerksamkeit erfordert, um den Baby-Blues von dem Zustand einer sehr schweren behandlungsbedürftigen Belastung abzugrenzen (Nispel, 2001, S. 39-42; Rohde, 2014, S. 19). In traditionellen Kulturen ist die Prävalenzrate des Baby-Blues zumeist deutlich niedriger als bei uns. Es wird vermutet, dass dies daran liegt, dass auf Bedürfnisse der Wöchnerinnen dort besser eingegangen wird. Bei uns spielen die evolutionär geformten Erwartungen an die Mütter eine wichtige Rolle, da diese häufig mit der tatsächlichen Realität korrelieren und so Versagensgefühle bei den Müttern entstehen (Brisch/ Hellbrügge, 2008, S. 108).

1.3 Postpartale Psychose

Eine weitere psychische Erkrankung die nach der Entbindung eines Kindes auftreten kann, ist die postpartale Psychose (PPP) oder auch Wochenbettpsychose genannt. Es handelt sich hierbei um die schwerste Form des nachgeburtlichen Stimmungstiefs. Sie tritt etwa bei einer bis drei Frauen von eintausend auf. Dreiviertel aller PPP beginnen in ersten 14 Tagen nach der Entbindung. Der Beginn ist dabei sehr plötzlich und zumeist über Nacht, häufig auch unmittelbar nach den Wehen. Frühe Warnsignale können Schlaflosigkeit und extreme Ängstlichkeit sein. Eine PPP kann jedoch auch zu einem späteren Zeitpunkt durch physische Stressoren, wie z.B. dem abrupten Abstillen oder extremen Schlafmangel, ausgelöst werden. Ebenso ist es möglich, dass eine postpartale Depression zur Psychose wird. Dies ist auch umgekehrt möglich (Nispel, 2011, S. 54; Rohde, 2014, S. 16).

Es zeigen sich zunächst irrealer Gedanken, Ängste und Befürchtungen bei den Betroffenen. Ein verändertes Verhalten und das Misstrauen in andere Personen kommen hinzu. Die Erlebnisse und Wahrnehmungen werden in nicht nachvollziehbarer Weise von den Betroffenen interpretiert. Für die Angehörigen kann es sehr beängstigend wirken, ihren geliebten Menschen in diesem Zustand zu beobachten. Zumeist ist eine gehobene

Stimmung vorherrschend (hypomanisch oder manisch). Außerdem berichten Betroffene und Angehörige von Gedankenrasen, Antriebssteigerung, einem verminderten Schlafbedürfnis, Größenideen bzw. Größenwahn und einer allgemein gereizt-aggressive Stimmung (Rohde, 2014, S. 28). Es kommt in der Folge zu einer vollständigen Persönlichkeitsänderung (Nispel, 2011, S. 54).

Die PPP lassen sich ihrerseits in drei verschiedene Ausformungen gliedern. Diese lauten Manie, Depression und Schizophrenie. Die manische Form, welche sich meistens wenige Tage nach der Geburt manifestiert, zeigt sich anhand einer Antriebssteigerung, motorischer Unruhe, Verworrenheit, bis hin zu Größenwahn. Für Betroffene dieser Form ist es nicht ungewöhnlich, dass sie nur zwei bis drei Stunden schlafen und trotzdem kein Gefühl von Müdigkeit verspüren und tagsüber sehr energiegeladen sind. Das chaotische Bewältigen mehrerer Aufgaben gleichzeitig ist nicht ungewöhnlich in dieser Form der PPP. Dieser gesteigerte Antrieb bedeutet jedoch nicht gleichermaßen eine gute Stimmung.

Für die zweite, die depressive Form sind Angstzustände, Antriebs-, Bewegungs- und Teilnahmslosigkeit üblich. Es sind kaum Reaktionen auf die Ansprache ihrer Umwelt zu beobachten. Sie weisen ein ausdrucksloses Gesicht, Versagensängste und Schuldzuweisungen auf.

Die schizophrene Form umfasst Halluzinationen und Wahnvorstellungen, Antriebsarmut und das Leben in einer Fantasiewelt, unabhängig jeglicher Realitäten. Teilweise leiden die Betroffenen unter religiösen Halluzinationen und haben z.B. die Vorstellung, dass ihr Baby ein Dämon ist und ihr Böses will. Nicht unüblich für Wochenbettpsychosen sind Mischformen der oben genannten Ausprägungen, wobei bei den schizo-depressiven Erkrankungen die Suizidgefahr am höchsten ist. Im Allgemeinen sind die schizo-manischen Mischbilder am häufigsten. Diese zeigen sich in Form von Euphorie und Antriebssteigerung gepaart mit der Überzeugung, verfolgt zu werden oder anderen ähnlichen Wahnideen (Nispel, 2011 S. 54 ff.).

Im Falle einer PPP ist immer eine rasche Vorstellung bei einem Psychiater (z.B. dem Notfalldienst einer psychiatrischen Klinik) notwendig. Womöglich ist eine stationäre psychiatrische Behandlung nicht abzuwenden, da eine Gefährdung des Kindes durch die Mutter nicht ausgeschlossen werden kann (Rohde, 2014, S. 28). Wahnhafte Gedanken werden für wahr gehalten und können der Auslöser einer solchen Gefährdung sein. Durch beispielsweise akustische Halluzinationen (Stimmenhören, befehlgebende Stimmen) können Handlungen nicht mehr richtig eingeschätzt werden. Auch Suizidgedanken und –absichten sowie der Infantzid (Tötung des eigenen Kindes) sind möglich (Nispel, 2011, S. 56).

Die erforderliche Behandlung richtet sich nach der Symptomatik des Betroffenen. In der Regel erfolgt sie unter stationären Bedingungen mit antipsychotisch wirkenden Medikamenten (Antipsychotika, Neuroleptika). Innerhalb weniger Tage und Wochen kommt es zum Abklingen der Symptome bis hin zu einer vollständigen Beschwerdefreiheit. Es ist nur selten mit einer länger anhaltenden Psychose zu rechnen. Teilweise sind jedoch Folgeerscheinungen wie Verunsicherung und Ängste im Umgang mit dem Kind nicht ungewöhnlich. In diesem Falle ist es sinnvoll, eine gemeinsame Behandlung von Mutter und Kind anzustreben um dem entgegenzuwirken. Es wird daher empfohlen, eine Mutter-Kind-Einheit in einer Klinik oder Tagesklinik aufzusuchen. Die Beziehungsaufnahme sowie die Verantwortungsübernahme können damit begünstigt werden. Auch im Anschluss an eine stationäre und/ oder medikamentöse Behandlung ist eine weitere psychotherapeutische Behandlung sinnvoll (Rohde, 2014, S. 29).

Die Nachbehandlung beinhaltet auch Informationen über Risikofaktoren und dem Erlernen von Strategien, um mit schwierigen Situationen umzugehen. Als besonders hilfreich gilt hier die Verhaltenstherapie, in welcher Stressmanagement und Entspannungstechniken thematisiert werden.

Ein erneuter Ausbruch der Erkrankung ist möglich aber nicht immer ist die „Anfälligkeit“ bzw. „Vulnerabilität“ erhöht. Frauen, in deren Familien bereits manisch-depressive Erkrankungen vorkamen, haben jedoch ein erhöhtes

Risiko, eine PPP oder PPD zu entwickeln. Es ist für Familie und Freunde in diesem Falle wichtig, bereits während der Schwangerschaft und Geburt aufmerksam zu sein. Eine medikamentöse Vorbehandlung im Falle einer erneuten Schwangerschaft ist nach fachkompetenter Beratung generell möglich (Rohde, 2014, S. 30; Nispel, 2011, S. 57).

2 Postpartale Depression

Die postpartale Depression (kurz: PPD) wird häufig auch postnatale Depression genannt. Auch der Begriff „Wochenbettdepression“ ist geläufig, denn als „Wochenbett“ werden in der Gynäkologie die ersten sechs bis acht Wochen nach der Entbindung bezeichnet. Die Begrifflichkeit „Wochenbettdepression“ beschreibt also den unmittelbaren Zusammenhang der Depression mit der vor kurzem erfolgten Entbindung des Kindes.

Der Unterschied zum zuvor beschriebenen Baby-Blues besteht (neben der (Be-)Handlungsnotwendigkeit einer PPD) darin, dass die Symptome einer postpartalen Depression sowohl in den ersten Tagen als auch bis zu einem Jahr nach der Geburt jederzeit, teilweise schleichend, einsetzen können (Lenz/ Wiegand-Grefe, 2017, S.30). Das Eintreten der Symptomatik des Baby-Blues hingegen wird in der Fachliteratur ausschließlich auf die ersten vierzehn Tage nach der Geburt datiert. Auch Psychosen beginnen meist zu diesem sehr frühen Zeitpunkt nach der Entbindung, was sie somit deutlich von einer postpartalen Depression unterscheiden lässt (Nispel 2001, S. 45; Rohde 2014, S. 23).

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass postpartale Depressionen und postpartale Psychosen mit Depressionen oder Psychosen vergleichbar sind, welche zu anderen Zeitpunkten im Leben, unabhängig von Schwangerschaft oder Geburt eines Kindes, ihren Ursprung haben. Zunächst einmal haben sie viele Gemeinsamkeiten im

Beschwerdebild vorzuweisen. Dazu zählen Traurigkeit und Niedergeschlagenheit, Weinerlichkeit, Energiemangel, allgemeines Desinteresse, inneres Leergefühl, ausgeprägter Pessimismus, Ängste, Denk- und Konzentrationsprobleme, sexuelle Unlust sowie Appetit- und Schlafstörungen. Hinzu kommen häufig weitere belastende somatische Symptome wie Kopfschmerzen, Herzklopfen, Störungen des Verdauungsapparates und Muskelverspannungen. Treten diese Auffälligkeiten nach der Schwangerschaft und Geburt eines Kindes auf und halten länger als zwei Wochen an, wird in der Fachliteratur von einer postpartalen Depression gesprochen (Lenz/ Wiegand-Grefe, 2017, S. 30). Weitere Experten sind der Auffassung, dass die PPD als eine „atypische Depression“ bezeichnet werden könnte, welche sich lediglich in bestimmten Bereichen von den typischen Beschwerden herkömmlicher Depressionen abgrenzt und andererseits weitere Symptome in sich vereint (Nispel, 2001, S. 46).

Es herrscht Uneinigkeit unter den Experten, ob sich eine PDD von klassischen Depressionen, die zu anderen Zeitpunkten entstehen, in Bezug auf Erscheinungsbild/ Symptomatik und Krankheitsverlauf überhaupt unterscheiden (Nispel, 2001, S. 46). Dies bedeutet wiederum auch, dass die Depression (oder Psychose) auch in anderen Lebenssituationen zuvor bereits aufgetreten sein kann. Die Schwangerschaft und die Geburt stellen in diesem Zusammenhang „nur“ besondere Stresssituationen bzw. „relevante Lebensereignisse“ dar, die den (erneuten) Ausbruch der Erkrankung begünstigen. Korrekt wäre also die Bezeichnung „postnatal/ postpartal beginnende Depression“ bzw. „postnatal/ postpartal beginnende Psychose“, wie Anke Rohde beschreibt (2014, S. 23). Zum besseren Verständnis werden in dieser Ausarbeitung auch weiterhin die Begriffe postpartale Depression (PPD) bzw. postpartale Psychose (PPP) verwendet.

Nispel postuliert, dass von einer postpartalen Depression ca. zehn bis zwanzig Prozent aller Mütter betroffen sind. Andere Fachleute sprechen ebenso von ca. zehn bis 15 Prozent der Mütter, welche an einer postpartalen Depression nach der Entbindung ihres Kindes erkranken (Reck et al., 2008, zit. nach Lenz/Wiegand-Grefe, 2017, S. 30). Diese

Zahlen erfassen jedoch lediglich Frauen, welche sich in medizinische bzw. therapeutische Behandlung begeben haben. Es ist daher davon auszugehen, dass die Dunkelziffer der Erkrankten wahrscheinlich sehr viel höher ist (Nispel, 2001, S. 45; Hornstein et al., 2006, zit. nach Lenz/ Wiegand-Grefe, 2017, S. 30) und nur eine sehr geringe Anzahl der Betroffenen tatsächlich eine Behandlung in Anspruch nimmt bzw. bekommt (Hornstein et al., 2006, zit. nach Lenz/ Wiegand-Grefe, 2017, S. 30).

Ein konkreter Grund für das Entstehen von postpartalen Depressionen ist oft schwer zu entsleiern. Jedoch gibt es eine Vielzahl an Faktoren, die das Entstehen einer PPD begünstigen bzw. auslösen. Hierzu gehören unter anderem, ähnlich wie beim Baby-Blues, hormonelle Verstimmungen. Es ist bisher noch nicht abschließend geklärt, ob hormonelle Schwankungen psychische Schwankungen hervorrufen, umgekehrt oder ob sich beides wechselseitig beeinflusst. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der Fachkräfte könnte dieser Frage Antwort verschaffen. Die Grenzen der einzelnen Berufsstände würden dem allerdings entgegenstehen, formuliert Petra Nispel (2001, S. 12).

Anke Rohde (2014) sowie Lenz & Wiegand-Grefe (2017, S. 30) beschreiben neben dem, dass sich im Vorfeld einer Depression häufig relevante Lebensereignisse („life events“), sowohl positive als auch negative, beobachten ließen. Zudem sieht Rohde eine postpartale Depression als Anpassungsleistung von Körper und Psyche an die neue Lebenssituation, welche aus der Zweierbeziehung (Dyade) des Liebespaares eine Dreierbeziehung (Triade) mit dem Neugeborenen und somit zugleich eine eigene Familie werden lässt. Hier ist gerade die erste Entbindung von besonderer Bedeutung, da in ihrer Folge ca. 75 Prozent aller psychischen Störungen, somit auch die postpartalen Depressionen, entstehen.

Wie zuvor bereits angedeutet, können auch hormonelle Schwankungen, wie der plötzliche Abfall der Hormone Progesteron und Östrogen nach der Entbindung ebenso eine PPD hervorbringen. Eine enorme Anpassungsleistung des Körpers der Frau ist somit erforderlich. Wird das

Kind gestillt, dauert es zudem viele weitere Monate, bis sich der Hormonhaushalt eingependelt hat.

Diese hormonellen Veränderungen, körperliche und psychische Belastungen, fehlende Unterstützung, die Persönlichkeitsstruktur sowie die eigenen und fremde Erwartungshaltungen an die Rolle der Mutter können außerdem zum Entstehen einer PPD beitragen. Eine psychische Erkrankung in der Vergangenheit oder in der Schwangerschaft erhöht zudem das Risiko einer PPD zusätzlich. Besonders bemerkenswert ist es, dass ebenso eine psychische Erkrankung von Angehörigen einen Einfluss auf die eigene psychische Verfassung bzw. mögliche Erkrankungen haben kann. (Lenz/Wiegand-Grefe, 2017, S. 30). Das Zusammentreffen mehrerer verschiedener Faktoren, welche eine PPD begünstigen können, wird als „multifaktorielle Verursachung“ bezeichnet. Je mehr dieser einzelnen Faktoren zusammenkommen, umso schneller und tiefer führt die PPD und die betroffene Frau befindet sich in einer „Abwärtsspirale“ (Rohde, 2014, S. 43 ff.).

Auch die in dieser Arbeit beschriebenen durch die Gesellschaft produzierten Rollenzuschreibungen können eine PPD auslösen bzw. das Entstehen begünstigen. Es sind in diesem Fall vor allem die widersprüchlichen Anforderungen an die Frauen, nämlich sowohl Karriere als auch Mutterschaft gleichermaßen gut zu bewältigen, welche als ausgesprochen belastend und erdrückend empfunden werden (Nispel 2001, S.12).

Aufgrund der allgemeingültigen Auffassung, dass Frauen nach der Entbindung glücklich sein müssten und sie es auch immer sind, ist es für die Frauen, welche an PPD leiden zudem schwer, über ihre Gefühlswelt zu reden, wobei dies häufig hilfreich wäre. Aus der enormen Belastungssituation heraus empfindet nahezu jede Mutter einmal wutgeladene Gefühle gegenüber ihrem Kind, was nicht immer zwangsläufig auf eine PPD zurückzuführen ist. Das tückische ist, dass die PPD aufgrund dieser Gedanken entsteht, wofür die Frauen sich selbst ablehnen. Die betroffenen Frauen machen sich besonders viele Gedanken über das, was sie denken und fühlen oder auch eben nicht. Es bildet sich

ein Netz der Gedankengänge, welches sich immer enger um sie schlingt. In der Folge kommt es zu einer gefühlsmäßigen Distanzierung zu ihrem eigenen Kind. Sie empfinden keine Freude mehr über dessen Existenz. Der Zustand einer Depression ist der Grund für diese fehlende Liebe bzw. überdeckt er die Liebe, da auch keine Selbstliebe der Betroffenen mehr vorhanden ist. Es kommt zu einer ständigen Konfrontation mit den eigenen Unzulänglichkeitsgefühlen und der Überzeugung, eine schlechte Mutter zu sein.

Die depressive Grundhaltung gegenüber dem Leben kann in seltenen Fällen zu einer Vernachlässigung der Kinder oder einer Versorgung des Kindes mit fehlender Empathie führen (Nispel, 2001, S. 48; Lenz/Wiegand-Grefe, 2017, S. 30). Die Entwicklung des Kindes sowie die Beziehung zwischen Kind und postpartal depressiv erkrankter Mutter kann dadurch nachhaltig negativ beeinflusst werden. In Kapitel 3 „Depressive Bezugspersonen und die psychische Entwicklung des Kindes“ wird diese Thematik ausführlich betrachtet. Zunächst werden an dieser Stelle die Symptome sowie die verschiedenen Ausprägungen einer postpartalen Depression explizit erläutert.

2.1 Das Erscheinungsbild der postpartalen Depression

Im Krankheitsbild einer PPD findet sich eine Bandbreite an unterschiedlichen Reaktionsweisen. Das Ausmaß der Betroffenheit ist von Frau zu Frau verschieden. So lassen sich leichte, gemäßigte und sehr schwere Formen der Erkrankung erkennen und unterscheiden (Nispel, 2001, S. 45). Im Folgenden werden zunächst die möglichen Symptome der postpartalen Depressionen aufgeführt. Es handelt sich insbesondere um diese Auffälligkeiten, aufgeführt nach Anke Rohde:

- *Konzentration/ Gedächtnis: Konzentrationsstörungen, manchmal Gedächtnisprobleme*
- *Denken: Grübeln, Denkverlangsamung, Denkhemmung*

•*Antrieb: Lust- und Interessenlosigkeit, Antriebsminderung, Apathie, sozialer Rückzug, Bewegungsunruhe*

•*Affektivität: Depressivität, Versagens- Schuldgefühle, als unzureichend empfundene Mutter-Kind-Gefühle, innere Unruhe, Gereiztheit/ Aggressivität*

•*Ängste: Unbestimmte Angst, Panikattacken*

•*Zwang: Zwangsgedanken und –impulse (z.B. dem Kind etwas anzutun), selten Zwangshandlungen (z.B. Waschzwang)*

•*Schlaf: Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Früherwachen*

•*Suizidalität/ Autoaggressivität: Lebensmüde Gedanken, Suizidgedanken, selten Suizidhandlungen, selten selbstverletzende Handlungen*

•*Somatische Symptome: Müdigkeit, Appetitminderung, Gewichtsverlust, Druckgefühl in der Brust, Kloßgefühl im Hals, vielfältige andere körperliche Missempfindungen und Schmerzen*

•*Produktiv-psychotische Symptome: Nur bei schwerer psychotischer Depression depressiver Wahn (z.B. Schuldwahn)*

(Rohde, 2014, S. 20)

Petra Nispel, Publizistin und Gymnasiallehrerin, ist Mitbegründerin des Vereins „Schatten & Licht – Krise nach der Geburt“, der die Gründung von Selbsthilfegruppen von Frauen mit postpartalen Depressionen in ganz Deutschland unterstützt. Sie hält in ihrem Buch „Mutterglück und Tränen – Das seelische Tief nach der Geburt überwinden“ außerdem fest, dass sich die depressive Grundhaltung auf das Erscheinungsbild betroffener Frauen niederschlägt. So wäre das Aussehen betroffener Frauen deutlich vernachlässigt, Mimik und Gestik reduziert, die Stimme leise und gleichförmig sowie die Bewegungsabläufe verlangsamt.

Nispel ergänzt die Fülle an möglichen Symptomen. Sie postuliert, dass die ersten Anzeichen einer PPD Schwindelgefühle und innere Unruhe in Verbindung mit Herzklopfen sein können. Kennzeichnend seien außerdem das Schwinden der Energie der Frauen sowie das Sehnen nach Schlaf bei gleichzeitigen starken Schlafproblemen. Bei den betroffenen Frauen zeigt sich morgens im Vergleich zum weiteren Tagesverlauf eine bessere Stimmung, im Laufe des Tages ist die depressive Stimmung wieder verstärkt vorhanden. Sie erkennt hier einen Unterschied zu der

herkömmlichen Depression. Bei dieser Erkrankungsform verhält sich der Tagesverlauf bezogen auf die psychische Verfassung nämlich umgekehrt. Ein weiterer Unterschied ist außerdem, dass Frauen mit PPD häufiger dazu neigen, in hohem Maße zu essen, wodurch sich Gewichtsprobleme einstellen können. Bei einer typischen Depression sind hingegen eher Appetitlosigkeit und damit einhergehende Gewichtsabnahme zu beobachten. Es ist jedoch zu vermerken, dass auch Mütter mit PPD das typische Depressionsmuster bezüglich morgendlichen Schwierigkeiten und mangelndem Appetit aufweisen können. Die Vielseitigkeit dieser Erkrankung wird deutlich.

Ein weiteres Merkmal, welches die PPD von einer herkömmlichen Depression unterscheidet, ist die Reizbarkeit. Diese kann bei einer herkömmlichen Depression fehlen. Reizbarkeit ist bei Frauen mit PPD in unterschiedlichem Maße ausgeprägt. Sie zeigt sich in verbaler oder körperlicher Form, Ungeduld, Streitsucht und zum Teil heftigen Ausbrüchen. Die fehlende Kontrolle über die eigenen Reaktionen löst Angst aus, da sie nicht im Einklang mit dem eigentlichen Charakter dieser Person stehen. Das Gefühl, sich selbst nicht mehr zu kennen, wird von den Frauen als sehr belastend wahrgenommen. Diese psychische Instabilität bleibt nicht ohne Folgen. Hilflosigkeit und Enttäuschungen im Umgang mit dem Kind können dazu führen, dass die mütterliche Zuwendung der Wut weicht und sich die Aggressionen gegen das Kind richten.

Ein markantes Erkennungsmerkmal der PPD ist zudem die Erschöpfung der betroffenen Mütter. Hierzu hält Nispel fest, dass sich die Erschöpfung von selbst geben kann, besonders dann, wenn sich das nächtliche Durchschlafen des Kindes eingestellt hat. Allerdings ist auch eine Erschöpfungsdepression möglich, die auf anhaltenden emotionale und physische Überforderung zurückzuführen ist (Nispel 2001, S. 46 f.).

Auch Ängste sollten in einer postpartalen Depression nicht unbeachtet bleiben. Das ständige Empfinden von Ängsten, insbesondere in Verbindung mit dem Kind, kann ein Zwangsverhalten, in Form von immer wiederkehrenden destruktiven Gedanken, Vorstellungen oder Bildern von

z.B. gewaltvollen Handlungen dem Kind gegenüber hervorbringen. Belastend kommt die Angst hinzu, dem eigenen Kind etwas anzutun, in extremen Fällen gar zu töten. Die zerstörerischen Gedanken im Zuge einer PPD sind nicht ungewöhnlich. Nach Petra Nispel bezeichnen Experten dies als Ergebnis der Erkenntnis, dass dieses kleine Wesen verletzbar und hilflos ist, in einer Welt, in der Gewalt keine Seltenheit ist, sondern eine Erscheinung, mit der wir täglich in irgendeiner Form konfrontiert werden.

Eine weitere Erklärung liefert die Psychologin Helga Kreikenbaum, welche sich aus dem Modell der Transaktionsanalyse nach Eric Berne und dessen Ich-Zustandsmodell herleiten lässt. Ihrer Theorie entsprechend, versucht das innere Kind der Frau das reale Kind der Frau, ihr Baby, welches für ihren depressiven Zustand verantwortlich ist, zu beseitigen. Dies äußert sich in gewaltvollen Gedanken und Bildern gegenüber dem Kind. Sie beschreibt außerdem, dass gewaltvolle Fantasien sich aus dem Gefühl, eingeengt zu sein, die Freiheit zu verlieren, isoliert zu sein und auch aus der Angst vor dem starken Band, welches Frauen zu ihren Kindern entwickeln, aufbauen. Durch das vorherrschende gesellschaftliche Tabu dieser Thematik, werden die Ängste der Mütter, über ihre Gefühlswelt zu sprechen, verstärkt und die Isolation somit begünstigt. Die Frauen beginnen, an sich zu zweifeln und innere Spannungen werden verstärkt.

Die hier beschriebenen Aspekte der destruktiven Zwangsgedanken beziehen sich auf die postpartal depressiven Frauen. Diese sind in der Lage dazu, ihre zwanghaften, gewaltvollen Fantasien auch als solche wahrzunehmen und ein Handeln danach durch bestimmte Abläufe oder Rituale zu verhindern (z.B. Entfernen von scharfen/ spitzen Gegenständen aus der Küche). Jedoch haben jene Mütter, welche an einer postpartalen Psychose leiden, Probleme, ihre Vorstellungen und Gedanken auch als solche zu identifizieren und diese nicht zur Realität werden zu lassen oder in die Tat umzusetzen. Hierfür besteht bei der Wochenbettpsychose ein erhöhtes Gefahrenpotential. Verstärkt wird diese Gefahr durch Suizidgedanken der Mutter. Nicht selten nehmen Frauen mit einer postpartalen Psychose ihre Kinder mit in den Tod (Nispel, 2001, S. 49 f.).

Zu erwähnen bleibt ein Faktor, welcher die bis hier erläuterten Symptome begünstigt und intensivieren kann. Es sind die Schuldgefühle, welche die Frauen für ihren Zustand und ihr Verhalten empfinden. Sie sehen sich als Versagerin und geben sich selbst die Verantwortung für ihren Gemütszustand.

Die meisten dieser zuvor genannten Symptome der postpartalen Depression beginnen in den ersten drei Monaten nach der Geburt. Der Ausgangspunkt kann der Baby-Blues sein, der dann in eine allmählich entwickelnde Depression umschlägt. Der Beginn ist zumeist schleichend und häufig mit geistiger und körperlicher Müdigkeit und Erschöpfung einhergehend. Ebenso gibt es Formen der PPD, welche ohne Vorwarnung von einem Tag zum anderen auftreten können. Dies ist jederzeit möglich, auch nach Monaten, bspw. mit dem Abstillen einhergehend. Als besonders schwer zu entschleiern gelten die spät und schleichend einsetzenden postpartalen Depressionen, da sie häufig nicht als solche betrachtet und wahrgenommen werden, da sie zeitlich für die Personen des engeren Umfelds augenscheinlich nicht mehr in Verbindung mit der Geburt stehen. Die Ausprägung und Intensität der Symptome einer PPD sind von Frau zu Frau verschieden. Ebenso lassen sich erhebliche Unterschiede in Bezug auf die Dauer der Depression (wenige Wochen, Monate ein Jahr oder länger) verzeichnen (Nispel, 2001, S. 45 f.; 52).

Anhand der vorherigen Auflistung der vielfältigen möglichen Symptome wird deutlich, dass postpartale Depressionen (kurz: PPD) alle Arten depressiver Verstimmungen umfassen können. Aus der Praxis sind vor allem drei Typen der PPD bekannt.

Der „Insuffizienztyp“ umfasst ca. zwei Drittel aller Fälle. Die Versagensgefühle stehen bei diesem Typ der PPD im Vordergrund. Auch die Überzeugung, eine schlechte Mutter zu sein und die Verunsicherung darüber, dass die Gefühle nicht in dem Maße vorhanden sind, wie sie erwartet wurden, werden von den Betroffenen dieses Typs beschrieben. Schuldgefühle, Konzentrationsstörungen, Antriebsmangel, Schlafstörungen, Appetitstörungen, Tagesschwankungen, Gereiztheit, lebensmüde Gedanken bis hin zur Suizidalität sind die Folge.

Der zweite Typ wird als „Zwangstyp“ bezeichnet. Sie ist gekennzeichnet durch depressive Verstimmungen mit im Vordergrund stehender Zwangssymptomatik, also Gedanken bzw. Impulse, dem eigenen Kind etwas anzutun, es zu verletzen, zu töten etc. Auch ausgeprägte Scham- und Schuldgefühle, die Angst vor Kontrollverlust und Vermeidungsverhalten, selten auch Gedanken, sich selbst etwas anzutun beschreiben diesen Typ der PPD.

Der dritte Typ nennt sich „Paniktyp“. In seinem Verlauf ist es besonders auffällig, dass Panikattacken möglicherweise zum ersten Mal auftreten.

Eine Depression kann ebenso die Reaktion auf eine Totgeburt, eine Frühgeburt oder die Geburt eines kranken Kindes sein. In der Folge eines solch traumatischen Ereignisses wird möglicherweise eine Lebenskrise ausgelöst. Diese kann sich bezüglich Ausmaß und Dauer erheblich unterscheiden. Es kann infolgedessen zu schwerwiegenden psychischen Reaktionen bzw. Störungen kommen, welche möglicherweise professionelle Hilfe z.B. durch Psychotherapeuten erfordern. Auch eine „herkömmliche“ postpartale Depression oder postpartale Psychose ist nach einem solchen Ereignis möglich. Die Symptome einer solchen reaktiven Depression ähneln denen einer PPD. Der entscheidende Unterschied ist jedoch, dass eine reaktive Depression ohne das auslösende Ereignis nicht vorhanden wäre. Für eine PPD hingegen ist zumeist kein fassbarer Grund erkennbar. Betrachtet man Symptome und Begleitumstände der PPD, erkennt man, dass die Störung nicht einfach aus dem Ereignis der Entbindung ableitbar ist, sondern dass es eine eigene Dynamik und meist auch eine besondere Qualität des Erlebens gibt.

Die Patienten mit einer reaktiven Depression sind sich dessen meist bewusst, wohingegen die Frauen mit einer PPD nicht wissen, woher ihr depressiver Zustand kommt.

Die Vulnerabilität an einer PPD zu erkranken, ist im Allgemeinen erhöht, wenn es schon in der Vorgeschichte der Betroffenen zu psychischen Belastungen in Stresssituationen, wie z.B. Prüfungen, kam oder ausgeprägte Stimmungsveränderungen unter dem Einfluss von

hormonellen Veränderungen zu beobachten sind. Sollte bereits in der Vorgeschichte eine psychische Erkrankung (Depression, Angststörung, Psychose) aufgetreten sein, ist bekannt, dass die Gefahr, nach der Geburt erneut zu erkranken erhöht ist (Rohde 2014, S. 37 ff.; 48).

Beobachten Betroffene die zuvor beschriebenen Symptome bei ihrer eigenen Person, kann es hilfreich sein, die EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) anzuwenden. Anhand dieser Methode können ernsthafte psychische Problematiken früh erkannt werden. Bei der EPDS handelt es sich um einen Selbstbeurteilungsfragebogen, welcher als Screening-Instrument weltweit in wissenschaftliche Studien sowie der täglichen ärztlichen Praxis angewendet wird. Diese Skalierung dient als Anhaltspunkt, um zu erkennen, ob eine behandlungsdürftige Problematik der Psyche vorliegt.

Die EPDS setzt sich aus zehn Fragen mit einem jeweiligen Punktwert zwischen null und drei zusammen. Dieser wird anschließend addiert und kann somit zwischen null und dreißig liegen. Ist der Wert über 12 oder 14, sollte eine Depression in Erwägung gezogen werden. Ein Punktwert von zwanzig oder höher zeigt ein hohes depressives Ausmaß. Wichtig zu erwähnen bleibt hierbei, dass die EPDS kein Diagnoseinstrument ist, welches auch für Laien eine Hilfe darstellt. Lediglich durch ÄrztInnen und PsychiaterInnen kann eine medizinische Diagnose erfolgen. Auch HausärztInnen können eine erste Anlaufstelle sein, ebenso sind GynäkologInnen als geeigneter Ansprechpartner anzusehen (Rohde, 2014, S. 23 f.).

2.2 Die Wirkung des Mutterschafts-Mythos

„Der Mann muss hinaus ins feindliche Leben [...]. Und drinnen waltet die züchtige Hausfrau.“ – Friedrich Schiller, „Lied von der Glocke“, 1799

Dieses eindrucksvolle Zitat aus dem Gedicht Schillers verdeutlicht das Rollenverständnis von Frauen und Männern Ende des 18. Jahrhunderts.

Selbstverständlich entspricht dies nicht mehr den heutigen Gegebenheiten. Die Rolle des Mannes und die Rolle der Frau sind heutzutage nicht mehr dieser strikten Aufgabenteilung unterlegen. Es ist jedoch zu beobachten, dass auch heute noch mit der Geburt eines Kindes ein Mechanismus einsetzt, welcher die traditionelle Rollenverteilung erneut hervorbringt und eine Unterdrückung der Frau und ihrem Bestreben nach Selbstverwirklichung trotz Familiengründung bewirken kann.

Es herrscht nach wie vor eine Debatte über die gesellschaftlichen Vorstellungen von Mutterschaft. Nicht selten trägt das ambivalente gesellschaftliche Bild von Geschlechterverhältnissen, insbesondere von den Müttern unserer Zeit dazu bei, dass sich die Frauen, welche unlängst ein Kind gebären, aus Angst vor Stigmatisierung zurückziehen und sich somit in einer ihrer sensibelsten Lebensphase allein und hilflos fühlen. Diese (häufig selbst veranlasste) Isolierung stellt einen bedeutenden Risikofaktor für die Entstehung von perinatalen psychischen Erkrankungen dar, weshalb an dieser Stelle darauf verwiesen werden muss. Der sogenannte „Social Support“ durch Freunde, Familie etc. kann dieser Isolation entgegenwirken. Dies wird in Punkt 2.4 ausführlich dargelegt.

Im Allgemeinen sind die Identitäten von Frauen und Müttern eng mit den normativen Aufgabenverteilungen und Zuweisungen der innerfamiliären Zuständigkeiten verbunden. Noch immer gilt es als „andersartig“, wenn beide Elternteile gleichermaßen Kinderbetreuung und Haushalt bewältigen und zudem ihrem Beruf nachgehen. Der Mann gilt als „Ernährer“ und Hauptversorger der Familie. Noch immer, obwohl in den letzten Jahren die Zahl der berufstätigen Mütter von 58 auf ca. 69 Prozent anstieg (zeit.de).

Das Potenzial, welches solch ein unkonventionelles Familienkonzept mit der Frau als Hauptverdienerin bietet, bleibt außer Acht. Stimmt irgendetwas mit dem Baby bzw. Kind/ Kindern nicht, gilt die Ansicht, die Mutter hätte etwas falsch gemacht oder versäumt und stelle ihre Berufstätigkeit über das Wohlbefinden ihres Kindes.

Diese Annahme ist in der heutigen Gesellschaft noch immer weit verbreitet. Das Konstrukt einer „perfekten Mutter“ ist jedoch wie jede Ideologie ein Kulturprodukt, welches einem ständigen Wandel unterliegt.

Shari Thurer weist nach, dass das Mutterbild von der Vorgeschichte bis zur Gegenwart immer wieder neue Vorstellungen und Idealbilder umfasst. Erwartungen an eine „gute Mutter“ ändern sich stetig, geprägt von den neuesten Erkenntnissen im Bereich Psychologie, Erziehung, Kulturgeschichte, Kunst, Anthropologie und Religion im Laufe der Zeit. Die politischen und sozialen Bedingungen legen die Maßstäbe des jeweiligen Zeitgeistes und damit dem Verständnis von Frau und Mutter zugrunde. Ratschläge bezüglich der Erziehung von Kindern sind häufig in unumstößlicher Endgültigkeit formuliert (Thurer, 1997).

2.2.1 Mütterideale vom 18. bis 21. Jahrhundert

Noch im 18. und 19. Jahrhundert wurde Mutterschaft, ganz nach der Rousseau'schen Forderung „Zurück zur Natur“, als natürliche Bestimmung der Frauen betrachtet. Insbesondere im 18. Jahrhundert wurde das Familien- und Erwerbsleben nicht voneinander getrennt. Die gesamte Familie stellte die „Produktionsstätte“ dar, wobei die Frauen unter der Autorität des Mannes standen. Ihr Selbstbewusstsein gründete sich auf ihre Aufgaben in der häuslichen „Produktion“ (Krüger-Kirn et al., 2016, S. 10 f., 26).

Im 19. Jahrhundert ging mit der „Entdeckung der Kindheit“ auch die „Entdeckung der Mutterliebe“ einher. Da in den einzelnen Familien nun weniger Kinder geboren wurden und sich so Kleinfamilien etablierten, reduzierten sich die Aufgaben der Frauen auf das Häusliche sowie die Kinderbetreuung und –erziehung. Durch die nun eintretende Trennung von Wohn- und Arbeitsstätte ist es tatsächlich so, wie in dem Zitat Schillers beschrieben: Der Mann zog in das „feindliche Leben“, die Arbeitswelt, um den Lebensunterhalt sicherzustellen, während die Frau nun ausschließlich als Hausfrau tätig ist. Erst gegen Ende dieses Jahrhunderts nach langen Kämpfen der bürgerlichen Frauenbewegung konnten Frauen ein Studium antreten oder selbst erwerbstätig sein und sich verwirklichen, wobei diese Frauen stark unter Schuldgefühlen litten,

welche ihnen zu großen Teilen von der Außenwelt vermittelt wurden (Krüger-Kirn et al., 2016, S. 34 ff.).

„Die Methoden zur Schwangerschaftsverhütung, die Einrichtung von Sexualberatungsstellen, das Lostreten einer breit angelegten Gebärstreikkampagne im Jahr 1913 etc. waren nun Maßnahmen, um das Thema Geburtenkontrolle öffentlich zu machen und das schwere Los der Arbeiterfrauen zu erleichtern“,

so Krüger-Kirn (2016, S. 37 zit. nach Steinbach, 1997, S. 30-34). Krüger-Kirn et al. beschreiben außerdem, dass „erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts [...] die Berufstätigkeit und damit auch die Vereinbarkeit mit Mutterschaft durch die bürgerliche Bewegung thematisiert“ wurde (2016, S. 10). Bis heute ist dieses Thema gesellschaftlich relevant. Fortlaufend entflammen in den Medien Debatten darüber, ob und inwiefern sich Familiengründung und Berufsleben miteinander vereinbaren lassen und welche Rolle dabei Mann/ Vater und Frau/ Mutter jeweils einnehmen.

Das Mutterideal des 20. Jahrhunderts umfasste im Grundsatz unrealistische und sentimental verklärte Ansprüche, der sich kaum zu entziehen war. Die Fachbücher über Kindererziehung haben folgendes gemeinsam: Sie ordnen die mütterlichen Bedürfnisse unter die des Kindes und ihre Selbstverwirklichung in der Kindererziehung. Berufstätige Mütter, welche nicht nur zur Unterstützung der finanziellen Lage arbeiten gehen, werden oft der Kategorie „Rabenmutter“ zugeordnet und nicht selten auch als solche betitelt. Sie werden hochgradig stigmatisiert. Es wird suggeriert, dass ihr vermeintlich egoistisches Verhalten später spürbare negative Auswirkungen auf die Entwicklung ihres Kindes haben wird. Die mögliche Bereicherung und die positiven Effekte der Betreuung des Kindes durch andere Bezugspersonen bleiben außen vor (Nispel, 2001, S. 27).

Ausgenommen von der Zeit des Nationalsozialismus, mit einer von Rassenhygiene geprägten Mütterlichkeitsideologie, festigte sich das Bild einer Mutter, welche allein treusorgend für die Kindererziehung und den Haushalt zuständig ist. Erst im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts trat die Rolle der Väter und deren Mitverantwortung an der Erziehung und Versorgung der Kinder mit in den Rahmen der Betrachtung (Krüger-Kirn et al., 2016, S. 10). Heute ist bekannt, dass die Rolle des Vaters in Bezug

auf die Erziehung und Fürsorge der Kinder nicht weniger Bedeutung hat, als die der Mutter. Auch rechtlich gesehen werden ihnen immer mehr Zugeständnisse gemacht. So ist es ihnen nun z.B. möglich, nach der Geburt ihres Kindes in Elternzeit zu gehen. Eine aktuelle Forderung der EU beinhaltet zudem zehn Urlaubstage für den Vater bzw. das andere Elternteil nach der Geburt oder Adoption eines Kindes (welt.de).

2.2.2 Einfluss des Mütterideals auf die Entstehung einer postpartalen Depression

An Beispielen wie diesen wird deutlich, dass es insbesondere in den letzten Jahrzehnten zu einem Wandel innerhalb der Vorstellungen über die Kindererziehung und –betreuung kam. Noch vor einiger Zeit, in den Generationen unserer Eltern und Großeltern, wurden Strenge und Disziplin eingesetzt, um wohlerzogene, höfliche Kinder mit Manieren heranwachsen zu lassen. In der Gegenwart ist eher zu beobachten, dass Erziehung darauf zielt, jeglichen seelischen Druck auf das Kind zu vermeiden. Solch eine eher freiere, nicht zielgerichtete Erziehung der Kinder führt jedoch im Gegenzug zu Einbußen in der „Freiheit“ der Mütter.

Die Abwesenheit der Mutter oder ein strikt durchgeplanter Tagesablauf mit festen Strukturen werden von dem Kind vehement abgelehnt. Die Belange und Bedürfnisse des Kindes stehen im Vordergrund. Nicht unüblich ist es, dass dadurch der physische und psychische Druck auf die Mutter massiv erhöht ist und ihr sehr wenige Ressourcen zur Regeneration zur Verfügung stehen, da sie sowohl tagsüber als auch nachts rund um die Uhr um das Wohlbefinden des Kindes bemüht ist. Hier wird die Relevanz des „Mutterschafts-Mythos“ in Bezug auf postpartale psychische Erkrankungen deutlich.

Der Druck, den junge Mütter zunehmend verspüren und der ihnen zum Teil auch durch ihre Umwelt verschafft wird, stellt (unter anderem) einen Faktor dar, welcher postpartale psychische Erkrankungen begünstigen kann. Die Herausbildung eines eigenen Mutterschaftskonzepts, welches

Belange von Mutter und Kind gleichermaßen berücksichtigt, wird damit gehemmt. Besonders Frauen, welche mit der Geburt ihres ersten Kindes die Berufstätigkeit schlagartig aufgeben (müssen) und ihre Verpflichtungen ausschließlich in hauswirtschaftlichen und erzieherischen Tätigkeiten sehen, leiden stark unter den mit der Entbindung einhergehenden psychischen Veränderungen (Krüger-Kirn et al., 2016, S. 94).

Dies hat Verunsicherung, Versagensängste und Schuldgefühle auf Seiten der Mutter zur Folge, wohingegen die Mystik um die Mutterfigur keine negativen Gefühle gestattet. Ein Kreislauf aus Überforderung und daraus resultierenden Versagensängsten setzt ein und lässt sich nur schwer durchbrechen. Enttäuschung, Ängste, Zweifel oder sogar Depressionen bleiben stark stigmatisiert und liegen somit außerhalb der gesellschaftlich relevanten Betrachtung. Die nicht selten hinzukommenden Schamgefühle veranlassen die Frau zumeist dazu, ihren Gemütszustand vor ihrer Umwelt zu verbergen (Nispel, 2001, S. 26 ff.).

Dass die Geburt eines Kindes zunächst enorme innere Destabilisierung bedeutet, ist den meisten Paaren auf dem Weg in die Elternschaft bewusst. Es werden dem Paar neue Chancen geboten, jedoch ist es nicht ungewöhnlich, dass sich diese neuen und andersartigen Erfahrungen als eine Herausforderung darstellen, welche mit Angstgefühlen verbunden sind. Eigene frühe nicht-sprachliche Beziehungserfahrungen der Kindheit werden aktiviert, Selbstgrenzen zeitweise überschritten und Selbstzweifel und Unsicherheit sind allgegenwärtig. Diese Fülle an emotionalen Belastungen verdeutlicht, wie wichtig es für eine junge Mutter sein kann, nicht wie zu früheren Zeiten üblich, allein für das Kind und dessen Versorgung zuständig zu sein (Krüger-Kirn et al., 2016, S. 174 f.).

In den letzten Jahren zeigte sich, dass die Rolle des Vaters bzw. des jeweils anderen Elternteils immer mehr in die erzieherischen Tätigkeiten und die Betreuung der Kinder präsent ist. So sind es in einigen Familien die Mütter, die nach der Entbindung ihres Kindes rasch wieder zurück in das Berufsleben treten und somit den Großteil der Zuständigkeit für die Betreuung des Kindes an andere Personen zeitweise abgeben (zeit.de).

Erwiesenermaßen ist die familiäre Stellung dieser erwerbstätigen Mütter stärker, als die der Mütter, welche sich ausschließlich um Hausarbeiten und Kindererziehung kümmern (Prokop, 1976 zit. nach Krüger-Kirn et al., 2016, S. 90). Nichtsdestotrotz unterliegen sie gesellschaftlich betrachtet dem Stigma einer „Rabenmutter“ und werden mit kritischen Stimmen konfrontiert, welche eine enorme psychische Belastung mit möglichen Folgen in Form einer perinatalen psychischen Erkrankung darstellen können. Jedoch geben diese Mütter trotz ihrer Berufstätigkeit an, dass die Familie für sie oberste Priorität hat, wie eine Studie von Karin Flaake (2014) verdeutlicht. Wie sie ergründen konnte, sind die Schilderungen dieser Mütter von „[...] Verunsicherungen, Selbstzweifeln und Schuldgefühlen“ geprägt. Diese Frauen geben außerdem an, das Gefühl zu haben, „keine gute Mutter zu sein und [sie] empfinden zudem einen Mangel, denn ihr Selbstbewusstsein und ihr Selbstverständnis, ihr Gefühl, wichtig für andere zu sein, vermittelt sich [...] insbesondere über ihre Bedeutsamkeit für ihre Kinder“ (Flaake, 2014 zit. nach Krüger-Kirn et al., 2016, S. 168). An dieser Stelle zeigt sich, dass negative Empfindungen bei diesem Lebensentwurf ebenso wie bei dem der nicht-berufstätigen Mütter allgegenwärtig sind. Muttersein wird somit als sehr ambivalent erlebt.

Nicht wenige Frauen entscheiden sich aufgrund dieser Einflussfaktoren dazu, komplett auf die Verantwortung der Mutterschaft und somit eigene Kinder zu verzichten. Die sinkenden Geburtenraten lassen sich unter anderem auf die schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Familiengründung sowie die fehlende gesellschaftliche Anerkennung der Mutterschaft zurückführen (Krüger-Kirn et al., 2016, S. 9 f.). Kommt es trotz dessen zur Familiengründung, wird die Mutterschaft von den Frauen teilweise als Beeinträchtigung wahrgenommen, welche der Verwirklichung ihrer beruflichen Vorstellungen widerstrebt und somit ihre eigentlichen Pläne als nicht umsetzbar erscheinen lässt. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, kurz BMFSFJ, formuliert dazu:

„Der Wunsch, einen Lebensentwurf zu realisieren, der auch eine Familiengründung umfasst [...] zusammen mit der Antizipation der schwierigen Vereinbarkeit von Ausbildung bzw. Beruf und Familie führt dazu, dass Frauen ihre Einkommens-

Qualifikations- und Aufstiegsaspirationen senken und in Bereiche ausweichen, die als familienfreundlich(er) gelten.“ (BMFSFJ, 2011, S. 91).

Nicht selten kann das Abweichen von den eigentlichen beruflichen Visionen auf einen längeren Lebensabschnitt betrachtet eine gewisse Unzufriedenheit bei diesen Frauen bewirken, welche sich längerfristig in eine Depression wandeln können. Es handelt sich in diesen Fällen dann nicht um eine postpartale Depression, welche im ersten Jahr nach der Entbindung beginnt. Trotz dessen besteht ein Zusammenhang zwischen der Geburt des Kindes bzw. dem Elternsein und der entstandenen Depression.

Die fehlende Daseinsberechtigung negativer Gefühle von Müttern in unserer Gesellschaft sowie das Gefälle zwischen dem Mutter-Ideal und der Mutter-Realität sind unter anderem Gründe dafür, dass immer mehr Frauen, insbesondere in der Schwangerschaft und/ oder nach der Entbindung ihres Kindes, in ein seelisches Tief verfallen und an perinatalen psychischen Störungen leiden (Nispel, 2001, S. 28). Das Aufeinanderprallen dieser beiden Welten bleibt somit nicht bzw. nicht immer folgenfrei für Mutter und Kind.

Ein verklärtes Mutter-Image kann nicht nur als verursachender Faktor von (perinatalen/ postpartalen) Depressionen gesehen werden, sondern diese auch verstärken. Innere Schwäche, Unselbstständigkeit und Unfähigkeit werden gesellschaftlich als Erklärungsversuch für Verhaltensmuster der Frauen gesehen, welche vom Mutter-Ideal abweichen. Die Angst der Frauen vor Schuldzuweisungen und der Zuschreibung von Unfähigkeit sowie eigene Schuld- und Schamgefühle kann zudem weitreichende Folgen haben. Den sozialen Rückzug und die Geheimhaltung ihres Zustandes (auch vor engen Familienangehörigen) bezeichnet Dr. Joan Sneddon aus England als „smiling depression“. Das bedeutet, dass die wahren Gefühle und Gedanken von den Betroffenen mit einem Lächeln maskiert werden und so ein bestimmtes Bild für die Umwelt aufrechterhalten wird, um sich selbst vor Stigmatisierung und Verurteilung zu schützen (Nispel, 2001, S. 29).

Eine Verstärkung des Problems kann dadurch entstehen, dass lediglich oberflächliche Informationen über depressive Zustände für Betroffene und Angehörige zugänglich sind. Zwischen der Geburtshilfe und der Psychiatrie herrscht Unklarheit darüber, welcher dieser beiden Bereiche für die perinatalen psychischen Erkrankungen und den entsprechenden Patienten zuständig ist. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ist derzeit noch nicht ausreichend gegeben. Die Frauen werden häufig mit Behandlungsirrtümern (z.B. dass eine postpartale Depression nicht mehr einige Monate nach der Entbindung entstehen kann) bzw. Beschwichtigung konfrontiert, was noch größere Verletzungen und Versagensgefühle zur Folge haben kann. Das Leiden, welches grundsätzlich jede Frau unabhängig von z.B. Herkunft oder sozialem Status treffen kann, bleibt weiterhin isoliert und der Mutter-Mythos wird nach außen hin aufrechterhalten und somit von Generation zu Generation weitergegeben (Nispel, 2001, S. 30 f.).

Es sollte jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass es neben dem sogenannten Mutter-Mythos auch einen Vater-Mythos zu geben scheint. Auch Väter werden mit bestimmten Aufgaben und Rollenzuschreibungen in Verbindung gebracht, welche sie ihrer Familie zuliebe auszufüllen haben. Neben der Betreuung des Kindes und der Fürsorge für seine Frau gehört es unumstößlich zum Vatersein dazu, die Familie ausreichend finanziell zu versorgen. Es ist also nicht überraschend, dass sich auch Väter in Anbetracht dieser Fülle an Aufgaben und Herausforderungen mit Beginn der Familiengründung in einer ausgesprochenen Drucksituation befinden.

2.3 Postpartal-depressive Väter

Postpartale Krisen und Depressionen bei Männern¹ sind kein Phänomen unserer Zeit. Wie zuvor bereits angedeutet, lastet seit jeher ein enormer Leistungsdruck auf den Männern. Dies betrifft berufliche sowie familiäre Angelegenheiten gleichermaßen. Zudem sind ihre Erwartungen an sich selbst als Vater häufig illusorisch. Victor Chu beschreibt in seinem Buch „Vaterliebe“ (2016, S. 23 ff.) ausführlich, dass der Grund dafür häufig in dem Fehlen positiver Erfahrungen mit der eigenen Vaterfigur liegt. Neben der hohen Erwartungshaltung der frischgebackenen Mutter kommt also noch die eigene hinzu. Nicht selten ergeben sich daraus psychische Probleme im Zusammenhang mit der eigenen Familiengründung.

Eine Definition hierfür liefert der dänische Forscher Svend Age Madsen: „Mentale Beeinträchtigungen/ Stimmungsschwankungen, die in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und der nachgeburtlichen Phase auftreten und deren Kern Beeinträchtigungen in der Elternbeziehung zum Baby und in der Erfahrung der Elternschaft sind“ (Madsen, 2008, S. 144). Um die Diagnose und Behandlung der Depression adäquat zu gestalten, entwickelte der Psychiater Wolfgang Rutz das „Konzept der männlichen Depression“ sowie ein eigenes diagnostisches Instrument (Fragebogen) für männliche (postpartale) Depressionen, die „Gotland Scale of Male Depression“ (Rutz et al., 1995; psychosomatik.at). Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass Männer weitaus seltener therapeutische Hilfe und Unterstützung aufsuchen und annehmen als Frauen und somit auch nicht alle Krankheitsfälle diagnostiziert werden (Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016).

Die Prävalenzrate bei Männern liegt international bei 10 Prozent (Veskrna, 2010) in den USA hingegen z.B. bei 12 bis 26 Prozent (Lee et al., 2012). Es ist jedoch anzunehmen, dass viele Fälle nicht diagnostiziert werden, da die betroffenen Männer/ Väter keine Hilfe in Anspruch nehmen wollen bzw. aufgrund von mangelnder Psychoedukation nicht hinlänglich über

¹ Die Formulierung Mann bzw. Vater, wird gewählt, um zu verdeutlichen, dass es sich hierbei um das jeweils andere Elternteil handelt. Sie dient lediglich dem besseren Verständnis. Homosexuelle Elternpaare sind in den nachfolgenden Ausführungen mitinbegriffen.

ihre mögliche Erkrankung informiert sind. Der Beginn der Vaterschaft ist eine besonders sensible Zeit. Die meisten Väter, die psychotherapeutische Hilfe und Unterstützung in Anspruch nehmen, tun dies innerhalb der ersten fünf Lebensmonate des Kindes (Eickhorst & Scholtes, 2012, S. 137).

Ein Prädiktor für die väterliche Depression eine bestehende mütterliche Depression (Marinovic, 2013). Dementsprechend besteht eine hohe Komorbidität zwischen PPD bei der Mutter bzw. Depression des Vaters/ anderen Elternteils (Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016). Es ist demnach von vielen Fällen auszugehen, bei denen sowohl bei dem einen als auch bei dem anderen Elternteil postpartale Depressionen vorliegen.

Auf die väterliche PPD nimmt der soziale Kontext großen Einfluss. Stressoren können ein niedriger Bildungsstand, geringes Einkommen, niedriger sozialer Status oder Konflikte bzw. Unzufriedenheit in der Partnerschaft sein. Diese begünstigen eine postpartale Krise. Außerdem ist von hoher Bedeutung, ob die Elternschaft gewollt oder ungewollt ist, ob bereits zuvor psychische Erkrankung vorhanden waren und wie die (Beziehungs-)Erfahrungen mit dem eigenen Vater erlebt wurden. Diese Faktoren können das Risiko an einer postpartalen Krise zu erkranken erhöhen (Eickhorst, 2018, S. 57; Bergström, 2013; Wee et al., 2011; Garstick, 2013).

Etwa zwanzig Prozent der 1,6 Millionen Menschen, welche sich im Verlauf eines Jahres in Deutschland in psychotherapeutische Behandlung begeben, haben minderjährige Kinder. Diese Zahl umfasst Männer sowie Frauen gleichermaßen. Größtenteils leben diese Kinder noch im Elternhaus (Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016, S. 499) und werden somit unweigerlich mit der Erkrankung ihrer Eltern/ ihres Elternteils konfrontiert. Obwohl die Thematik der perinatalen psychischen Erkrankungen in Literatur und Gesellschaft bisher lediglich in geringem Maße präsent ist, ist bekannt, dass Väter ebenso von perinatalen Krisen betroffen sein können, wie Mütter.

Von entsprechenden Fachleuten und der Gesellschaft wird dies jedoch seltener wahrgenommen, da Männer im Allgemeinen eher dazu neigen,

ihre Emotionen zu verbergen und häufig unbewusst einen weniger reflektierten Zugang zu ihrer inneren Lebenswelt haben. Die Symptomatik zeigt sich bei ihnen in akuten Situationen häufig weniger deutlich als bei Frauen (Eickhorst, 2018, S. 55). An einer postpartalen psychischen Krise leiden ca. vier bis zehn Prozent der Väter (zeit.de).

Es gibt bestimmte Merkmale für die Situation von Vätern nach der Geburt:

„-Auch Väter müssen das Geburtserlebnis verarbeiten.

-Sie werden in einer Situation großer Verunsicherung nur selten adäquat aufgefangen.

-Sie müssen sich mit der Frage auseinandersetzen, was einen „idealen Vater“ ausmacht.

-Ihre Beziehung zur Partnerin wie auch zu den Freunden verändert sich stark.

-Der eigenen Vater und die eigenen Erfahrungen aus der Kindheit werden zum Thema.“

(Boutiba-Balsiger & von Ditfurth, 2002)

An dieser Stelle sowie in einschlägiger Fachliteratur fällt auf, dass viele psychische Prozesse, Situationen und Herausforderungen in der Zeit rund um die Geburt Väter nicht wesentlich anders betreffen als Mütter. Die Be- und Überlastung, welche der neue Alltag mit einem Neugeborenem (und zumeist der zusätzlichen Erwerbstätigkeit) wird auch von ihnen als ausgesprochen herausfordernd wahrgenommen. Nicht selten befinden sie sich in einer postpartalen Krise.

Als besonders anspruchsvoll stellt sich für die jungen Väter außerdem die Bewältigung der neuen Herausforderungen innerhalb ihrer Familie heraus. Eine der größten Veränderungen ist der Wandel von der Dyade zur Triade. Das Befriedigen der Bedürfnisse des Kindes sowie die Integration der eigenen Bedürfnisse und die der Frau, sowie die Vereinbarkeit von Berufs- und Familienleben sind für den Mann zudem häufig enorm fordernd, sodass nicht selten eine Überforderung entsteht (Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016, S. 502).

Frischgebackene Elternpaare werden zudem mit der Geburt ihres ersten Kindes von den verschiedensten Emotionen überwältigt. Kulturelle Normen sowie die vorgefestigten Haltungen der Gesellschaft, üben einen

gewissen Erwartungsdruck aus und setzen eine überschwängliche Freude des neuen Elternpaares unumstößlich voraus. Neben dieser zumeist vorherrschenden Freude, begleiten sie Zweifel, ob sie die neue Lebenssituation und Herausforderungen der Elternschaft meistern werden. Der Übergang von Mannsein/ Frausein zu Vatersein/ Muttersein und die damit einhergehenden neuen Vorstellungen und Idealbilder der eigenen Rolle, betreffen sowohl Mutter als auch Vater, wobei sich nur kleinere Akzente voneinander unterscheiden. Unweigerlich werden sie zu diesem Zeitpunkt ihres Lebens mit den früheren Beziehungserfahrungen ihrer eigenen Kindheit konfrontiert, in welchem sie nun eine andere Perspektive, nämlich die eines Elternteils, einnehmen (Garstick, 2013, S. 11).

Diese neue Rolle als Mutter bzw. Vater muss nun in das bestehende Selbstbild integriert werden. Diese Phase des Umbruchs stellt eine große psychologische Belastungssituation dar. Die Beziehung zueinander sowie zu den Personen des engeren sozialen Umfelds werden neu geordnet und strukturiert. Dies sind Stressoren, welche die neuen Lebensumstände nach der Geburt des eigenen Kindes erschweren und eine Depression begünstigen.

Für die Väter kommt erschwerend hinzu, dass von ihnen nun noch mehr als zuvor Männlichkeit und adäquate Väterlichkeit erwartet wird. Es ist hierbei jedoch nicht zu verachten, dass sich das gesellschaftliche Rollenverständnis von Männern und Frauen in den letzten Jahren gewandelt hat. Eine Frau ist nach der Geburt eines Kindes nicht mehr nur dazu berufen, die Kindererziehung sowie den Haushalt zu übernehmen. Viel mehr kam man gesellschaftlich von dieser nicht mehr zeitgemäßen tradierten Haltung dazu, auch der Frau zuzugestehen, ihren Anteil an der finanziellen Sicherheit der Familie beizutragen und sich selbst in ihren beruflichen Vorstellungen zu verwirklichen. Auch bei dem männlichen Geschlecht sind Wandlungen bezüglich der Rolle bzw. des gesellschaftlichen Rollenverständnisses im Familienverband zu beobachten. Es ist nicht mehr lediglich des Mannes einzige Verpflichtung, die Familie durch harte Arbeit finanziell abzusichern.

Auch in der Erziehung und Betreuung des Kindes bzw. der Kinder und somit auch als unterstützende Kraft für seine Partnerin ist der Mann häufig nicht mehr wegzudenken. Neben den positiven Aspekten für alle Beteiligten bringen diese neuen Vorstellungen auch einen enormen Druck mit sich, den besonders Männer bzw. Väter erleben (Eickhorst, 2018, S. 56). Die enorme Fülle an Aufgaben, die dem Mann obliegt, verdeutlicht auf humorvolle Weise eine Auflistung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2011):

„- Er baut unverzüglich ein Haus für die Familie.

- Er sorgt für seine Familie, so dass immer ausreichend Geld zur Verfügung steht.

- Er macht eine Bilderbuchkarriere, damit es seiner Familie gut geht.

- Er spielt sofort ganz viel mit seinen Kindern, denen er der beste Freund ist.

- Er kümmert sich ebenso wie seine Frau um den Haushalt.

- Er ist ein stets begehrender, aber immer zurückhaltender Liebhaber.

- Er ist stets souverän und selbstsicher.

- Er versteht sich blendend mit seinem eigenen Vater, der ihm in allen Lebenslagen ein leuchtendes Vorbild ist.

- Er hat weiterhin genügend Zeit für seine Hobbys und die alten Freunde.“

(BZgA, 2011, S. 8)

Diese Fülle an Herausforderungen, die es zu bewältigen gilt, beeinflusst das Verhalten des Mannes nach der Geburt, welches einige Besonderheiten aufweist. Er schont sich zumeist sehr und geht für einige Tage oder Wochen keiner Arbeit oder versorgender Tätigkeit nach. Dies beruht auf der Idee, keinen riskanten außerhäuslichen Aktivitäten nachzugehen, aufgrund der berechtigten Sorge, dass Mutter und Kind ohne den Vater dastehen würden. In diesem außergewöhnlichem Verhalten kann man eine interessante Bewältigungsstrategie der väterlichen postpartalen Psyche sehen (Eickhorst, 2018, S. 56 f.).

Nicht grundlos bezeichnen viele Fachleute diese Phase des Lebens als „psychischen Ausnahmezustand“ oder auch als „normative Krise“ (Frevort et al., 2008) für die frischgebackenen Eltern.

Doch auch bereits vor der Geburt des Kindes stellt sich bei einigen werdenden Vätern ein nicht zu erwartendes Phänomen ein, welches in Gesellschaft und Literatur bisher kaum bekannt ist.

2.3.1 Das Couvade-Syndrom

Ähnlich wie bei den schwangeren Frauen kommt es auch bei den werdenden Vätern nicht selten vor, dass sie psychische Unstimmigkeiten bereits während der Schwangerschaft verspüren. Betroffen sind etwa 2,5 bis zwanzig Prozent der werdenden Väter (Wee et al., 2011, 36). In diesem Zusammenhang wird von Couvade, in der Medizin als Männerkindbett bezeichnet, gesprochen und dazu gehört auch das Couvade-Syndrom. Im Grundsatz beschreibt es die schwangerschaftsähnlichen Symptome (wie z.B. Gewichtszunahme oder einen labilen psychischen Zustand), welche ein werdender Vater während der Schwangerschaft seiner Partnerin durchlebt.

Diese „Solidarität mit der Schwangeren“ konnte durch eine indische Studie im Jahr 2014 belegt werden, in welcher werdende Väter insbesondere in den ersten und letzten drei Monaten der Schwangerschaft über entsprechende Symptome klagten. Hier handelt es sich neben körperlichen Beschwerden z.B. auch um Alpträume und eine erhöhte Reizbarkeit (zeit.de).

Der Begriff „Couvade“ (französisch „couver“ – ausbrüten, bemuttern) bezeichnet im Ursprung einen Ritus, welcher in früheren Zeiten bis in die jüngere Vergangenheit hinein und zum Teil noch heute weltweit und damit auch in Teilen Europas – in Italien beispielsweise bis circa 1830 – verbreitet war und die Vorbereitung des Mannes auf die Geburt seines Kindes beschreibt (Kunz, 2003). Das durchaus bizarre Verhalten der Männer traditioneller Kulturen zeigte sich z.B. durch simulierte Geburten in dafür vorgesehenen Hütten. Im Jahr 1965 wurde schließlich der Begriff

„Couvade-Syndrom“ durch die britischen Psychiater William Trethowan und Michael Conlon geprägt (zeit. de).

Das Beschwerdebild des Couvade-Syndroms beinhaltet eine Gewichtszunahme, Übelkeit, Schlaflosigkeit sowie depressive Episoden (Clinton, 1985). Insbesondere hormonelle Veränderungen (erhöhter Prolaktinwert; geringerer Wert des Sexualhormons Testosteron) rufen diese Symptome hervor, von denen etwa zehn bis dreißig Prozent der werdenden Väter betroffen sind. Es ist noch unklar, inwieweit die Psyche Einfluss auf diesen Zustand hat (zeit.de).

2.3.2 Auswirkungen väterlicher postpartaler Depressionen auf die kindliche Entwicklung

Es wird deutlich, dass diese zuvor beschriebenen perinatalen psychischen Krisen der jungen Väter unweigerlich Auswirkungen auf die Persönlichkeits- und Psychopathologieentwicklung der Kinder haben werden (Marinovic/ Seiffge-Krenke, 2016, S. 499). Diese wurden in der Mannheimer Kohortenstudie untersucht. Hierzu wurden 362 Kinder in einer Alterskohorte von 1986 bis 1988 bis zum Lebensalter von 11 Jahren in einer prospektiven Längsschnittstudie in Bezug auf verschiedene Risikofaktoren psychogener Erkrankungen begleitet. Es zeigte sich, dass Kinder mit einem psychisch auffälligem Vater bereits mit einem Alter von knapp zwei Jahren Defizite in der kognitiven Entwicklung aufwiesen (Lieberz, et al. 2011; Franz, 2002). Der Einfluss entsprechender wenig supportiven Väter spiegelt sich ebenfalls in Verhaltensauffälligkeiten der jeweiligen Kinder wider. Ein eher aggressives und dissoziales Verhalten wurde z.B. bei entsprechenden Töchtern deutlich erkennbar. Die Folgen des aus der Depression resultierenden ungünstigen Erziehungsverhaltens sind zumeist verheerend.

Fehlende oder negative Reaktionen des Vaters auf den Säugling bedingen eingeschränkte Fähigkeiten zur Vater-Kind-Bindung, woraus

wiederum wenig gemeinsame Zeit bzw. Beschäftigung mit dem Kind resultieren (Eickhorst, 2018, S. 57). Das Kind erlebt den depressiven Vater als passiven Interaktionspartner, der wenig bis gar nicht verfügbar oder ansprechbar für ihn/ sie ist. Die wenig stattfindenden gemeinsamen Interaktionen sowie Vater-Kind-Kommunikationen sind zumeist wenig positiv bzw. kritisch (Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016, S. 499 ff.). Auf langfristige Sicht bleibt dies auch für die nachfolgenden Generationen nicht folgenfrei, da die fehlenden positiven Erfahrungen mit dem eigenen Vater es nahezu unmöglich machen, selbst ein empathischer, emotional ansprechbarer Vater zu sein. Das „innere Beziehungskapital“, welches sich aus der Zuwendung und Beziehung beider Elternteile zusammensetzt, stellt ein wertvolles Gut für heranwachsende Personen dar. Trennungen können auf Grundlage dieser positiven Erfahrungen konstruktiv verarbeitet werden, Denkstrukturen sowie die Reflexionskompetenz werden herausgebildet. Kindern depressiver Väter bleiben diese Erfahrungen weitestgehend verwehrt. Den nachfolgenden Generationen häufig ebenso (Garstick, 2013, S. 31 f.).

Nebendem steigt die Gefahr der Kindeswohlgefährdung mit Dauer der depressiven Symptomatik. Depressive Väter schlagen ihre ca. einjährigen Kinder nahezu viermal so oft wie nicht depressive Väter (Davis et al., 2011, S. 612 ff.). Betroffene Kinder entwickeln sich unter diesen Umständen möglicherweise einen eher unsicheren Charakter (Eickhorst, 2018, S. 58). Es entsteht eine kontaktmeidende Vater-Kind-Bindung, sowie Schwierigkeiten der Kinder bezüglich der Regulierung von Emotionen. Gehäuft tritt dies in Verbindung mit einer niedergeschlagenen Stimmung des Kindes auf (Moretti & Craig, 2013, S. 3 ff.).

Um diese besorgniserregenden Folgen für die kindliche Entwicklung abzuwenden ist es vonnöten, dass betroffene Väter Hilfe beanspruchen. Insbesondere im Falle einer väterlichen postpartalen Krise bzw. Depression sollte professionelle Hilfe sollte in Anspruch genommen werden. Ein erster Schritt kann das Ansprechen des Problems bei der Wochenbetthebamme, dem Hausarzt, einer Beratungsstelle für Eltern oder einer sonstigen therapeutisch-medizinischen Vertrauensperson sein. Je nach Ausprägung erfolgen dann psychotherapeutische

Beratungsgespräche, eine medikamentöse Unterstützung oder ein gezieltes Interventionsprogramm.

Die entsprechenden Programme enthalten verschiedene Elemente, passend für die jeweilige Herausforderung, z.B. ausführliche Diagnostik, psychoedukative Elemente (Wissen um Zeit nach der Geburt und Herausforderungen, Möglichkeiten und Grenzen väterlichen Engagements, Selbstfürsorge), Einzel- oder Gruppentherapie, falls notwendig psychiatrische Behandlungen oder eine Kombination aus all den genannten Elementen (Marinovic/ Seiffge-Krenke, 2016, S. 500 ff.). Wie bei den postpartalen Depressionen der Mütter wäre auch in diesem Fall eine kooperative Zusammenarbeit verschiedener Fachkräfte und Institutionen besonders sinnvoll.

Müttern und Vätern in postpartalen psychischen Krisen hilft es zudem enorm, von ihrem sozialen Umfeld in dieser schweren Phase des Lebens begleitet und unterstützt zu werden. In diesem Zusammenhang wird in der Literatur vom „Social Support“ berichtet.

2.4 Die Bedeutung des Social Support

Viele betroffene Frauen (und Männer) leiden neben den typischen Symptomen einer PPD unter der Isolation ihres familiären Umfelds und dem Freundeskreis. Die große Bedeutung sozialer Unterstützungsmöglichkeiten wird häufig erst dann spürbar, wenn Frauen nach der Entbindung an ihre natürlichen Grenzen stoßen.

Studien untersuchten bereits, inwieweit der „social support“, also die Unterstützung vertrauter Personen und dem eigenen Partner, eine psychische Erkrankung vorbeugen bzw. bessern kann. Außerdem wird betrachtet, ob der Verlauf einer psychischen Erkrankung durch den stärkenden Umgang mit anderen Personen positiv beeinflusst werden kann. Es ist bereits bekannt, dass das Fehlen von sozialen Kontakten sowie Probleme in der Partnerschaft Risikofaktoren für eine PPD sind,

insbesondere, wenn diese bereits in der Schwangerschaft ihren Ursprung hatte. Im Umkehrschluss bedeutet dies jedoch auch, dass PPD durch ein intaktes soziales Umfeld und Netzwerke vorgebeugt werden könnte (Rohde, 2014, S. 50 f.).

Nicht selten ergibt sich eine enorme Belastungssituation für die junge Mutter, wenn ihr der Zugriff auf eine gewisse „Bemutterung“ durch vertraute Personen verwehrt bleibt und somit die vielfältigen Möglichkeiten der Entlastung nicht vorhanden sind. Hier wird eine Problematik deutlich, welche sich aus dem heutigen Familienbild ergibt. In unserer heutigen Gesellschaft ist es zumeist nicht mehr üblich, dass mehrere Generationen einer Familie gemeinsam in einem Haus oder im gleichen Wohnort leben. Familienverbände mit drei oder mehr Generationen im selben Wohnraum sind kaum noch vorhanden. Häufig sind die frischgebackenen Mütter (sofern der Partner erwerbstätig ist) den gesamten Tag mit ihrem Kind allein zu Haus. Zuvor ist sie zumeist gemeinsam mit ihrem Partner von ihrer Herkunftsfamilie fortgezogen und hat somit niemanden (oder nur sehr wenige Personen im engeren sozialen Umfeld), der ihr Gesellschaft leistet und/ oder gelegentlich die Betreuung des Kindes für eine kurze Zeit übernehmen könnte (Nispel, 2001, S. 12 f.). Auch das Aufrechterhalten tragfähiger Freundschaften stellt in Anbetracht des energieraubenden Alltags mit einem Neugeborenen einen enormen Kraftaufwand für die jungen Frauen dar. Das Fehlen von Familienmitgliedern oder guten Freunden führt dazu, dass entlastende Gespräche, kinderfreie Zeiten oder anderweitige Ressourcen durch andere Personen nicht/ kaum ermöglicht werden.

Der strukturelle gesellschaftliche Wandel der Lebenssituation von jungen Familien sowie der Rückgang bzw. das Fehlen sozialer Unterstützungsmöglichkeiten sind unter anderem Grund dafür, dass die Anzahl der an postpartalen Depressionen erkrankten Frauen zunehmen, wohingegen die Anzahl der Erkrankungen postpartaler Psychosen z.B. in ihrer Häufigkeit gleichbleibend sind (Rohde, 2014, S. 51). Für werdende Eltern könnte es zur Vorbeugung einer PPD daher von enormer Bedeutung sein, sich bereits vor der Entbindung ihres Kindes ein Netzwerk an Hilfs- und Unterstützungsangeboten zu schaffen.

Es ist wichtig, dass ein Wissen darum entsteht, dass es normal ist, nach der Entbindung an Grenzen zu stoßen. Das medial verzernte Bild einer unbeschwerten Wochenbettphase entspricht nur selten der Realität.

Die Hilfe von Freunden, Familie und professionellen Fachkräften in Anspruch zu nehmen sollte nicht als ein Zeichen von Versagen oder Schwäche angesehen werden, sondern mit einer Selbstverständlichkeit geschehen, die keinerlei Rechtfertigung vor sich selbst oder anderen Personen notwendig macht. Es herrscht ein enger Zusammenhang zwischen den sozialen Unterstützungsmöglichkeiten und der Bedeutung der eigenen Erwartungen. Der zumeist hochgesteckte Ehrgeiz des Elternpaares, alles möglichst reibungslos und eigenmächtig zu bewältigen, ist häufig nicht realisierbar. Die Persönlichkeitsstruktur beider Elternteile ist hierbei ebenfalls maßgebend für Vorstellungen ihrer ersten gemeinsamen Zeit zu dritt. Zur Vorbeugung einer PPD ist es besonders wichtig, dass besonders perfektionistische Persönlichkeiten sich darauf einstellen, dass nicht planbare chaotische Situationen den Alltag mit einem Säugling dominieren.

Von einem funktionierenden Netzwerk können alle beteiligten Personen im Wochenbett profitieren, insbesondere das Neugeborene. Auch für den frischgebackenen Vater bzw. anderen Elternteil ist es wichtig zu wissen und zu akzeptieren, dass Hilfsangebote in Anspruch genommen werden sollten. Um die Zeit nach der Geburt durchplanen zu können, ist es wichtig die Elternzeit sowie die Möglichkeit der „Vätermonate“ gut zu durchdenken, um die Belastungssituation und den Druck für die Eltern so gering wie möglich zu halten (Rohde, 2014, S. 51 ff.).

Ist bereits eine PPD vorhanden, kann der fehlende „social support“ weitreichende Folgen haben. Dazu gehören Isolation, Abkapselung und Rückzug. Diese Faktoren verursachen bei Betroffenen mit der Zeit eine gewisse Angst davor, unter Menschen zu treten. Dies wiederum begünstigt Panikattacken, welche körperliche Symptome mit sich bringen. Hier handelt es sich vor allem um Kurzatmigkeit, Zittern, Schwitzen und Herzrasen. Dies kann täglich oder in bestimmten Abständen auftreten, wird jedoch von den betroffenen Personen als besonders belastend und

beängstigend empfunden. Allerdings ist es auch möglich, dass sich Frauen mit einer postpartalen Depression vor dem Alleinsein fürchten und daher unbedingt die Gegenwart von anderen Personen benötigen (Nispel, 2001, S. 51).

Neben den Folgen der Erkrankung für den Betroffenen selbst ist es insbesondere die Entwicklung der Kinder, welche beeinträchtigt wird. Im Folgenden werden ausführlich Interaktions-, Bindungs- und Beziehungserfahrungen der betroffenen Eltern und ihren Kindern erläutert, um so zu verdeutlichen, dass die postpartale Depression nicht nur für den Betroffenen selbst einen Leidensweg mit sich bringt.

3 Depressive Bezugspersonen und die psychische Entwicklung des Kindes

Durch Beobachtungsstudien konnte bereits verdeutlicht werden, dass sich depressive Mütter von psychisch gesunden Müttern bezüglich des Verhaltens ihrer Kinder gegenüber unterscheiden. So führen sie deutlich weniger Interaktionen mit weniger Engagement mit ihren Kindern und weisen langsamere und inkonsequentere Reaktionen auf das kindliche Verhalten auf (Lenz/ Wiegand-Grefe, 2017, S. 27).

Somit ist bekannt, dass die Symptome der erkrankten Eltern auch zwangsläufig Auswirkungen auf die Entwicklung ihrer Kinder haben. Diese Kinder stellen aufgrund der Depression (bzw. auch Manie) ihrer Eltern oder eines Elternteils eine Hochrisikogruppe dar (Mattejat, 2000, S.67 ff.). Der Schutz und die Versorgung des Kindes sind aufgrund von Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen des Betroffenen gefährdet bzw. mit fehlender emotionaler Anteilnahme ausgeführt. Insbesondere bei Säuglingen und jüngeren Kindern kann daher eine Gefährdung des psychischen und körperlichen Kindeswohls bei elterlichen

depressiven Erkrankungen nicht gänzlich ausgeschlossen werden (Nispel, 2001, S. 48).

Darüber hinaus ist es nicht unwahrscheinlich, dass eine Bindungsstörung zwischen Kind/ Kindern und betroffenem Elternteil/ betroffenen Elternteilen entsteht, da diese Kinder bei der Regulation der Emotionen wie z.B. großer Freude, Trauer oder Frustration keine oder nur geringe Unterstützung durch ein emotionales Feedback der erkrankten Eltern/ des erkrankten Elternteils bekommen (Plattner, 2017, S. 43). Sie werden beispielsweise nicht gehalten, wenn sie weinen und bekommen somit keinen Trost, in einer für sie angstbesetzten Situation. Die Wahrscheinlichkeit eines emotional unsicheren Bindungsstils ist bei Kindern von postpartal depressiv erkrankten Müttern/ Vätern wesentlich höher, als bei Kindern psychisch gesunder Eltern (Murray, 2016, S. 59; Lenz/ Wiegand-Grefe, 2017, S. 26).

Die Anfänge dieser folgenschweren Situation zeigen sich bereits zu einem früheren Zeitpunkt. Betrachten wir die Schwangerschaft einer depressiven Frau, zeigen sich auch hier bereits einige Auffälligkeiten. So ist unter anderem das biochemische Gleichgewicht des Embryos gestört. Die Säuglinge weisen bereits kurz nach der Entbindung biochemische und physiologische Auffälligkeiten sowie Verhaltensdysregulationen auf (Lenz/ Wiegand-Grefe, 2017, S. 26 zit. nach Petermann et al., 2004, 2008).

Die Depression der Mutter geht - insbesondere wenn sie vor oder seit der Geburt vorhanden ist - wie bereits zuvor erwähnt, häufig mit einer unsicheren Bindung zum eigenen Kind im Kleinkind - und Vorschulalter einher (Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 52; Mattejat et al., 2000, S. 165). Das ist vor allem damit zu begründen, dass depressive Mütter nicht in ausreichendem Maße prompt und adäquat auf die kindlichen Signale reagieren können. Wiederum deuten sie das Abwenden des Blickes ihres Säuglings als Ablehnung und sehen sich in den Qualitäten ihres Mutterseins gekränkt. Ihr Selbstwertgefühl leidet darunter zumeist erheblich (Garstick, 2013, S. 19), was wiederum ein Vermeidungsverhalten bezüglich des Kontakts zu ihrem eigenen Kind

bedingt. Dieser negative Kreislauf bleibt zumeist nicht folgenlos für das spätere Bindungsverhalten des Kindes.

Neben den weitreichenden Folgen auf das Bindungsverhalten weisen die Kinder der betroffenen Eltern noch einige weitere Auffälligkeiten auf. Hierbei handelt es sich im Besonderen um ein aggressives und oppositionelles Verhalten, Aufmerksamkeitsdefizite, einem niedrigem Selbstwertgefühl, schlechten Beziehungen zu Gleichaltrigen und depressive Verstimmungen sowie ein gehemmtes und eher passives Wesen (Lenz/ Wiegand-Grefe, 2017, S. 26 zit. nach Gelfand & Teti, 1990; Groen & Petermann, 2011). Zunächst soll an dieser Stelle das Interaktionsverhalten von (depressiven) Müttern und ihren Säuglingen betrachtet werden, um so die Relevanz der Depression der Mutter für die kindliche Entwicklung zu verdeutlichen.

3.1 Die Interaktion zwischen Kind und Hauptbezugsperson

Durch spezifische Mutter-Kind-Interaktionsbeobachtungen konnte belegt werden, dass es bei depressiven Müttern² nicht nur Probleme beim Entstehen einer gelingenden Interaktion mit ihrem Kind gibt, sondern auch gravierende Probleme in den bestehenden Interaktionen mit ihrem Kind vorhanden sind. Dabei erscheinen die Kinder insgesamt erschwert zugänglich, sie wenden ihren Blick oft ab und bauen selbst seltener Blickkontakt auf. Von der Mutter wiederum wird dies als Geste der Ablehnung gedeutet, wie bereits zuvor aufgeführt. Jedoch ist dieses Verhalten lediglich ein Selbstregulationsversuch des Kindes, da die mütterlichen Regulationshilfen ausbleiben. Die depressiven Mütter bzw. Elternteile suchen den kindlichen Blickkontakt weniger, vokalisieren nicht so stark. Sie weisen eine monotone Stimmlage auf, haben eine variationsarme Mimik und zeigen im Dialog wenig spielerische Anregung.

² An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass der Begriff „Mutter“ zum besseren Verständnis prototypisch für alle denkbaren primären Betreuungspersonen verwendet wird.

Die Kinder ziehen sich in der Folge häufig aus diesen Interaktionen zurück (Sarimski, 2013, S. 32).

Doch wann genau beginnen wir von „Interaktionen“ zwischen Mutter bzw. Hauptbezugsperson und Neugeborenem zu sprechen? Der britische Kinderarzt, Kinderpsychiater und Psychoanalytiker John Bowlby vertritt die Ansicht, dass bereits der erste Schrei des Kindes nach der Entbindung eine existenzielle Bedeutung für das Neugeborene hat. Er erkennt in diesem ersten Schrei des Kindes ein Merkmal seines angeborenen Bindungsverhaltens, durch welches das elterliche Fürsorgeverhalten aktiviert und begünstigt wird bzw. werden sollte (Papoušek, 2001, S. 38).

Der Schrei ist ein Mittel der Kommunikation, welches das Kind zu diesem frühen Zeitpunkt seines Lebens nutzt, um sich mitzuteilen. Bereits nach einer kurzen Zeit des Zusammenlebens beginnt eine psychisch gesunde Mutter intuitiv anhand des Schreies zu erkennen, welche Bedürfnisse ihr Kind in bestimmten Situationen hat. Dies bedeutet, dass das Neugeborene in der Lage dazu ist, in seiner Art des Schreiens und Weinens zu variieren. Die Mutter wiederum ist schon nach wenigen Tagen befähigt, die Schreie ihres Babys passend zu interpretieren. Ihr ist es dementsprechend möglich, die Bedürfnisse ihres Kindes in angemessener Weise zu befriedigen. Unverzüglich nimmt eine empathische, aufmerksame Mutter die Signale des Kindes wahr und wird durch die ihr verfügbaren Regulationsmechanismen, wie z.B. dem Hochnehmen und Halten versuchen, ihr Neugeborenes zu beruhigen. Seine Verhaltenszustände werden auf diese Weise von ihr begleitet, seine „innere Triebspannung“ wird reguliert (Brazelton/ Cramer, 1994, S. 111 f.).

Bedeutende Interaktionserfahrungen zwischen Kind und Hauptbezugsperson/ Mutter entstehen jedoch bereits, wenn Blickkontakte entstehen bzw. aktiv gesucht werden. Es wurde nachgewiesen, dass eine Mutter ungefähr siebzig Prozent der Zeit während einer Fütter- bzw. Stillsituation damit verbringt, ausschließlich ihr Neugeborenes anzusehen (Stern, 1979, S. 46 ff.). Die psychisch gesunde Mutter erwidert die Blicke ihres Kindes in diesen Augenblicken häufig und wird sein Verhalten als Freude interpretieren und sich von ihm eingeladen fühlen, mit ihm zu

interagieren. Sie ist erfreut über die Aufmerksamkeit, die ihr Kind ihr zukommen lässt und kann nun eine Interaktion mit ihm beginnen. Das Kind beeinflusst auf diese Weise vom Beginn seines Lebens an die Reaktionsweisen anderer Personen mit, denn sein Verhalten ruft immer auch eine Reaktion in den Eltern bzw. den Hauptbezugspersonen hervor. Auf diesem Weg kann eine Art „Dialog“, eine Interaktion, entstehen (Brazelton/ Cramer, 1994, S. 61).

Insbesondere diese wertvollen Erfahrungen sind es, denen eine große Bedeutung für die Entwicklung des Kindes zukommt. Das vom Säugling erlangte sogenannte „implizite Beziehungswissen“ bildet die Grundlage für den emotional-affektiven Austausch zwischen Mutter/ Hauptbezugsperson und Kind sowie für alle später folgenden Beziehungserfahrungen des Kindes (Klöpper, 2014, S. 56).

Werden negative Spannungen des Kindes stetig und zuverlässig (z.B. durch Affektregulation) mithilfe einer gesunden Hauptbezugsperson verringert, gewinnen beide Interaktionspartner hier bedeutende Erfahrungen für sich, welche auf den weiteren Verlauf ihrer Beziehung und Bindung und besonders die psychischen Reifungsprozesse des Kindes einen prägenden Einfluss ausüben. Im Umkehrschluss bedeutet dies jedoch auch, dass das Fehlen dieser Erfahrungen z.B. aufgrund einer postpartalen Depression der Mutter/ des Vaters oder beider Elternteile nicht folgenfrei bleibt. Verglichen mit Kindern von nicht depressiven Müttern zeigen diese Kinder nachweislich „[...] einen eingeschränkten Affektausdruck mit erhöhter Irritabilität, geringerer Responsivität und weniger Engagement in sozialen Beziehungen“ (Lenz/ Wiegand-Grefe, 2017, S. 27 zit. nach Carter et al., 2001).

Zunächst sollen an dieser Stelle jedoch die Bedeutung des Bindungshormons Oxytocin sowie die Beziehungserfahrungen betrachtet werden, welche bei einer psychisch gesunden Mutter/ Hauptbezugsperson vom Kind entwickelt werden, um so hervorzuheben, welche weitreichende Folgen eine psychische Erkrankung des Elternteils/ der Eltern haben kann.

3.2 Der Einfluss des Bindungshormons Oxytocin

Experten postulieren, wie zuvor bereits erläutert, dass die Entwicklung des Kindes bei einer psychischen Erkrankung der Mutter, insbesondere bei einer postpartalen Depression, beeinträchtigt werden kann (Berger et al., 2017, S. 9 zit. nach Stein et al., 2014, S. 1800 ff.). Dies lässt sich vor allem durch das Hormon Oxytocin, bekannt als das „Bindungshormon“, begründen. Aufgrund verschiedener Wirkmechanismen beeinflusst Oxytocin eine Vielzahl zentraler und peripherer Regulationsprozesse, so mindert es erwiesenermaßen beispielsweise Angst, Stress und Schmerz (Brisch, 2016, S 18). In Interaktionsprozessen mit psychisch kranken Eltern wird dieses Bindungshormon bei den betroffenen Kindern jedoch lediglich in einem geringen Maße ausgeschüttet. Zum besseren Verständnis des Einflusses von psychischen Erkrankungen auf die Befindlichkeit der Mutter nach der Geburt und die Eltern-Kind-Interaktion, sind folgende zwei Funktionen des Oxytocins besonders wichtig: die Steuerung des Sozialverhaltens und der Interaktion sowie die angst- und stressmindernde Wirkung dieses Hormons.

Die Besonderheit dieses Hormons und seine immense Bedeutung für das Wohlbefinden des Menschen zeigen sich in seinem Anstieg und Abfall während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und eventueller Stillphase. Der Oxytocin-Spiegel steigt während der Schwangerschaft und erhöht sich bis zur Geburt auf das Drei- bis Vierfache des normalen Wertes. Während der Geburt erfolgt ein weiterer Anstieg des Wertes durch die Ausschüttung des Oxytocins in Schüben in immer kürzer werdendem Abstand zueinander. Kurz vor der Geburt erfolgen ca. drei Oxytocin-Schübe innerhalb von zehn Minuten. Unter der Geburt stimuliert Oxytocin unter anderem die Kontraktionen des Uterus sowie die Milchbildung. Nach der Geburt bewirkt es in der Regel ein gewisses Glücksgefühl der Mutter (Uvnäs Moberg et al., 2017, S. 32). Eine in Russland durchgeführte Studie konnte zudem nachweisen, dass Mütter und Neugeborene, welche innerhalb der ersten zwei Stunden nach der Entbindung intensiven Hautkontakt erlebten, ca. ein Jahr später feinfühlicher miteinander in Kontakt treten und die Fähigkeit besitzen, stärker aufeinander eingehen zu

können (Brisch, 2016, S. 22 f.). Liebevolle Gefühle, welches durch den ersten Körperkontakt und das erste Saugen an der Brust entstehen, werden erhöht, während gleichzeitig negative Gefühle gehemmt werden. Es kommt somit seltener zu Traumatisierungen der Frauen nach der Geburt.

Das „Münchener Postpartum-Projekt“ zeigte, dass Wöchnerinnen, welche die Möglichkeit des „bedding-in“ (gemeinsam mit dem Kind in einem Bett schlafen) erhielten/ nutzten, eine weitaus niedrigere Wahrscheinlichkeit hatten, an einem Baby-Blues zu erkranken. Das „rooming-in“ (gemeinsam mit dem Kind in einem Zimmer schlafen) hatte auf die Wahrscheinlichkeit an einem Baby-Blues zu erkranken wiederum keinen nachweisbaren Effekt (Brisch/ Hellbrügge, 2008, S. 108). Dieses Ergebnis hängt unter anderem mit der erhöhten Oxytocin-Ausschüttung bedingt durch den nächtlichen Körperkontakt von Mutter und Neugeborenem zusammen. In Bezug auf die Entstehung einer postpartalen Depression ist es die Diskrepanz zwischen gewünschtem und tatsächlichem Körperkontakt, welche von enormer Bedeutsamkeit ist. Die Mutter ist von besserer emotionaler Befindlichkeit, wenn sie in einem Bett mit ihrem Säugling schläft (Brisch/ Hellbrügge, 2008, S.108). Erwiesenermaßen ist das intuitive mütterliche Verhalten neben dem umso ausgeprägter, desto höher der enge Kontakt zum Kind und somit der Oxytocin-Spiegel unmittelbar nach der Geburt ist (Uvnäs Moberg et al., 2017, S. 33; Feldman et al., 2007, S. 965 ff.). Hier wird der hohe Stellenwert des engen Haut- und Körperkontakts unmittelbar nach der Entbindung deutlich.

Das Bedürfnis, eine Bindung zum Neugeborenen aufzubauen, kann gehemmt sein, wenn der Oxytocin-Spiegel sich nicht wie zuvor beschrieben verhält. Eine sich daraus ergebende psychische Erkrankung der Mutter kann das erste Bonding und die Mutter-Kind-Interaktionen in ersten Tagen und Wochen nach der Geburt gefährden. Es ergeben sich Schwierigkeiten für die betroffenen Frauen Blick- und Körperkontakt zuzulassen (Uvnäs Moberg et al., 2017, S. 33; Jansen & Streit, 2015). Kommt es zum Bonding (enger Körper- und Hautkontakt mit bindungsstiftender Wirkung zwischen Neugeborenem und Mutter bzw. anderem Elternteil) sowie Blick- und Körperkontakt, kann das panische

Reaktionen bei der Betroffenen auslösen. Ein Risikofaktor für das Bonding und die Eltern-Kind-Interaktion im Zusammenhang mit der Geburt ist unter anderem die Gabe von synthetischem Oxytocin. Dadurch wird das Risiko einer postpartalen Depression oder Angststörung erhöht (Uvnäs Moberg et al., 2017, S. 34 zit. nach Kroll-Desrosiers et al., 2017, S. 137 ff.).

Es zeigte sich jedoch, dass synthetisches Oxytocin die Bildung des körpereigenen Oxytocins hemmt. Ebenso ist es möglich, dass durch eine Periduralanästhesie bestimmte Nervenverbindungen gehemmt werden können, die das Oxytocin freisetzen. Eine Kaiserschnittgeburt (fehlende oder nur sehr kurze Wehentätigkeit) oder eine Frühgeburt, bei welcher es nicht zum finalen Anstieg des Oxytocins am Ende der Schwangerschaft kommt und somit häufig Mutter und Kind nach der Geburt voneinander getrennt sind, stellen weitere Risikofaktoren dar. Daher ist es von hoher Bedeutung, dass bei einer Mutter, welche in einem weniger stabilen psychischen Zustand ist und bei welcher bestimmte Risikofaktoren vorhanden sind, darauf geachtet wird, dass Bonding direkt nach der Geburt stattfinden kann. Auf diese Weise kann der Oxytocinspiegel im Blut ansteigen. Wie Studien zeigen, wird durch viel Körperkontakt mit dem Neugeborenen das Risiko einer postpartalen Depression so erheblich gesenkt (Ahn et al., 2010; Bigelow et al., 2012; Buil et al., 2016; de Alencar et al., 2009; de Maced et al., 2007).

Besonders Gespräche bereits vor der Geburt, beispielsweise mit einer Hebamme, sind von hoher Bedeutung, um das Gefühl von Sicherheit und Kontrolle zu vermitteln. „Entscheidend für die Prävention und Behandlung von Störungen der Mutter-Kind-Bindung und Interaktion ist ein wohlwollendes klares Gespräch darüber, wie wichtig der Körperkontakt für ein Baby von Beginn an ist. Hat eine Mutter Schwierigkeiten mit dem Körperkontakt, braucht sie eine frühzeitige Begleitung“, so Uvnäs Moberg (2017, S. 35).

Um ein ideales Setting zu ermöglichen wäre es sinnvoll, auch im Klinikalltag mindestens eine störungsfreie Stunde nach jeder Geburt einzuplanen. So kann auch besonders psychisch erkrankten Müttern die wichtige Situation des ersten Beziehungsaufbaus ermöglicht werden.

Es zeigt sich, dass eine spätere sichere Bindung zwischen Kind und Mutter bzw. anderer Hauptbezugsperson insbesondere auf engen Haut- und Körperkontakt in den erste Lebensstunden des Kindes zurückzuführen sein können. Dies lässt sich in erster Linie mit den oxytocin-vermittelten Auswirkungen wie verringerte Angst, Gelassenheit, Wohlbefinden und einem verminderten Schmerzempfinden begründen (Brisch, 2016, S. 24 f.). Wiederum hat dies zur Folge, dass das Hormon Oxytocin neben den zuvor genannten positiven Effekten und dem Begünstigen des Entstehens einer sicheren Bindung im Endeffekt auch gesundheitsfördernde und heilende Wirkungen hat (Uvnäs Moberg, 1998; Uvnäs Moberg & Petersson, 2005, 2010 zit. nach Brisch, 2016, S. 25). Insbesondere wenn sich diese positiven Beziehungserfahrungen mit entsprechend hoher Oxytocin-Ausschüttung immer wiederholen, können gesundheitsfördernde Wirkungen auf langfristige Sicht beobachtet werden (Grewen et al., 2005; Heinrichs et al., 2003; Rosengren et al., 2004; Wang et al., 2005 zit. nach Brisch, 2016, S. 25).

Bei den Frauen, welche an einer postpartalen Depression leiden, können diese Prozesse gestört verlaufen. Es ist möglich, dass aufgrund der vergleichsweise wenigen Interaktionen zwischen Mutter und Kind sowie dem fehlenden Blick- und Körperkontakt eine unsichere Bindung mit daraus resultierenden Vermeidungs- und Abwehrreaktionen entsteht und die Oxytocin-Ausschüttung wesentlich geringer ist, als bei psychisch gesunden Müttern. Dies erhöht nach Brisch bei dem Kind die Gefahr, selbst Depressionen und Angststörungen zu entwickeln (Brisch, 2016, S. 25).

Auch die Väter sind in der Zeit nach der Geburt aufgrund von Sorgen um Mutter sowie Kind häufig verunsichert. Hinzu kommt die Verunsicherung darüber, ob sie selbst der Vaterrolle gerecht werden können (siehe Punkt 2.3). Diese Unsicherheit und Ängste des Mannes übertragen sich auf die Frau und erschweren die Situation des Beziehungsaufbaus wiederum. In dieser Situation kann das Stillen des Kindes einen positiven Kreislauf bewirken. Der positive Körper- bzw. Blickkontakt zwischen Mutter und Kind führt zur erhöhten Oxytocinausschüttung. Die Milchproduktion wird angeregt, wodurch erneut eine Oxytocinausschüttung während des

Stillens erfolgt. Dies hat wie zuvor beschrieben einen positiven Einfluss auf das Bindungsverhalten (Uvnäs Moberg et al., 2017, S. 32 ff.). Ebenso verhält es sich mit dem Hautkontakt zwischen Mutter und Kind. Durch ihn wird wiederum Oxytocin ausgeschüttet. Ein wechselseitiger Austausch der beiden Interaktionspartner Mutter und Kind wird begünstigt und die Bindung sowie stressregulierende Systeme werden stimuliert. Nach einer gewissen Zeit ist es für beide nicht mehr zwingend notwendig, Körperkontakt zu haben, um das gewohnte Verbundenheitsgefühl zu verspüren (Brisch, 2016, S. 24). Auf die weiteren Interaktions- und Beziehungserfahrungen werde ich im Folgenden genauer eingehen, wobei der Säugling sowie sein Interaktionspartner explizit betrachtet werden sollen.

3.3 Beziehungserfahrungen zwischen Mutter/ Hauptbezugsperson und Kind

Zum einen betrachten wir an dieser Stelle den Säugling. Dieser beginnt bereits kurz nach der Geburt wahrzunehmen, dass seine Mutter für ihn da ist und überwiegend unmittelbar und in angemessener Weise auf seine Bedürfnisse eingehen kann und diese versucht zu befriedigen. Sein Weinen hat also die gewünschte Wirkung, das Beruhigen und die Verringerung seiner inneren Spannung, welche er mit seinen eigenen Regulationsmechanismen nicht erreicht hätte, erzielt. Zum anderen die Mutter: Dadurch, dass ihr Kind sein Weinen auf ihre Intervention hin beenden konnte, sich möglicherweise an sie anschmiegt und wieder zu seinem Wohlbefinden gelangt, erhält diese als zweite Interaktionspartnerin ein Bewusstsein darüber, dass ihre Reaktion auf ihr Kind in diesem Moment die „richtige“ war. Es konnte sich nur durch ihre Hilfe innerhalb kürzester Zeit beruhigen.

Ihre eigene soziale Reaktion auf ihr Kind bestärkt sie also in ihrem Handeln als Mutter. Geschehen ähnliche Situationen häufiger, wird sie selbstbewusster und erlernt dadurch einen sicheren Umgang mit ihrem

Kind. Dies ist Grundstein dafür, dass sie sich auf ihr Neugeborenes, den jungen Menschen, für deren Wohlbefinden sie die Verantwortung trägt, bedingungslos einlassen und immer wieder gelingende, positive Interaktionsabfolgen mit ihm teilen kann.

Diese Erfahrungen können depressive Mütter bzw. Eltern nicht mit ihren Kindern teilen. Sie treten nur wenig bis gar nicht in Interaktion miteinander und befriedigen häufig lediglich die körperlichen Grundbedürfnisse ihrer Kinder wie z.B. das Füttern und Wickeln. Die emotionale Ebene im Umgang mit ihrem Kind bleibt dabei zumeist unberührt (Nispel, 2001, S. 48). Negative Gefühle und Sorgen nehmen sie vollends ein und lassen keine bzw. kaum liebevolle Gefühle dem Kind gegenüber zu (Murray, 2016, S. 54 f.). Durch das Fehlen dieser positiven Erlebnisse bleibt auch die zuvor genannte Stärkung des Selbstbewusstseins der Mutter größtenteils aus. Der Protest und das Schreien des Kindes werden von der Mutter als Angriff erlebt. In einigen Fällen kann es infolgedessen zu einer Kindeswohlgefährdung kommen, da für die Mutter keine andere Möglichkeit besteht, als ihre ambivalenten und negativen Gefühle auf diese Weise aufzufangen. Verwirrung und apathischer Rückzug des Kindes können die Folge davon sein (Garstick, 2013, S. 19). Auf Seiten der Mutter sind es erneut Gefühle wie Selbstzweifel, Versagensängste und die Haltung, eine schlechte Mutter zu sein (typische Symptome einer PPD), welche sie begleiten und sie möglicherweise tiefer in die Abwärtsspirale in Richtung postpartaler Depression führen.

Gemeinsame gelingende Interaktionserfahrungen sind außerdem primäre Grundlage dafür, dass eine sichere Bindung, welche ebenfalls Einfluss auf die Reifungsentwicklung des Selbst hat, zwischen beiden entstehen kann. Das Kind erfährt während positiven Interaktionssequenzen, dass es eine verlässliche Bezugsperson in seiner Umgebung hat, welche, metaphorisch gesehen, seinen „sicheren Hafen“ darstellt, von dem aus es sich seine Welt erschließen und frei explorieren kann (Brazelton/ Cramer, 1994, S. 61. ff.). In ständiger Wiederholung solcher Situationen entsteht ein „inneres Arbeitsmodell“ über die Mutter, andere Personen und sich selbst. Dieses bedingt Sicherheit und Vertrauen im Umgang mit anderen Menschen (Murray, 2016, S. 60). Da Kinder depressiver Mütter aufgrund

der fehlenden oder verringerten Responsivität zumeist keine sichere Bindung entwickeln sind dies besonders wertvolle Erfahrungen. Es bleibt zu erwähnen, dass eine länger anhaltende depressive Episode der Mutter vom Säugling nicht verarbeitet werden kann (Garstick, 2019, S. 19).

Nebendem werden weitreichende Folgen der elterlichen Erkrankung insbesondere deutlich, betrachtet man die Entstehung des Selbst bzw. des Selbstempfindens eines Säuglings.

3.4 Das Selbstempfinden der Kinder gesunder sowie depressiver Eltern

Betrachten wir die Thematik des entstehenden Selbst, ist es zugleich erforderlich, den Begriff „Selbst“ genauer zu definieren. In der Literatur der Selbstpsychologie treten zunächst zwei Begriffe ins Zentrum der Betrachtung: das Selbst und die Selbstempfindung. Diese beiden Worte sind klar voneinander zu unterscheiden, da sie zwei verschiedene Phänomene beschreiben. Im Folgenden werde ich zunächst erneut die herkömmliche Entwicklung des Selbst erläutern, wie sie bei Kindern psychisch gesunder Eltern erfolgt. Nur so lassen sich die signifikanten Unterschiede zu den Kindern der Eltern mit einer postpartalen Depression deutlich machen. Hierzu beziehe ich mich zunächst auf die Ausführungen von Daniel N. Stern.

Das Selbst nach Stern ist ein „invariantes Gewahrseinsmuster, das nur anlässlich der Aktivitäten oder psychischen Vorgänge des Säuglings zum Vorschein kommt. [...] Es ist das organisierende, subjektive Erleben dessen, was wir später verbal als 'Selbst' bezeichnen“ (Stern, 1993, S. 20). Es ist also kein klar definiertes Objekt, sondern wird für uns nur anhand von Beobachtungen eines Säuglings erkennbar und greifbar. Das Selbstempfinden beschreibt er als zentralen Bezugspunkt, unter dem wir uns selbst in Beziehung zu anderen erleben und alle interpersonalen Vorgänge erleben, ordnen, organisieren und verarbeiten. Es ist weit vor

Sprache und Selbstbewusstheit, also bereits im frühen Säuglingsalter, vorhanden. Das Selbstempfinden nach Stern entwickelt sich in vier Entwicklungsstufen: dem auftauchenden Selbstempfinden, dem Kernselbstempfinden, dem subjektiven Selbstempfinden und dem verbalen Selbstempfinden.

Das auftauchende Selbstempfinden entwickelt sich von der Geburt an und dauert etwa bis zum zweiten Lebensmonat des Kindes an. In dieser Zeit durchlebt der Säugling einen enormen Entwicklungssprung, er beginnt zu Lächeln und Blickkontakt zu seiner Bezugsperson zu suchen und ihn über einen kurzen Zeitraum zu halten. Er ist bereits in der Lage dazu, mentale Verknüpfungen herzustellen, welche es ihm ermöglichen, seine Umwelt nicht als eine Überflutung von Reizen zu erleben oder sie als ein Chaos wahrzunehmen und sich diesem ausgeliefert zu fühlen. Er erkennt erste Regelmäßigkeiten in seinem Erleben, beispielsweise in der Ausprägung der Vitalitätsaffekte einer Person. Dies bedeutet, dass die vitalen Dimensionen verschiedener Ereignisse stimmig und zusammengehörig sind. Eine psychisch gesunde Mutter spricht beispielsweise mit einer freundlichen Stimme zu ihrem Kind, wählt den passenden Tonfall und unterstreicht ihre Worte mit ruhigen gestischen Bewegungen. Das Kind erlebt in diesem Moment ruhige motorische und sensorische Empfindungen (Stern, 1985 zit. nach Dornes, 2001, S. 84 f.). Die geringe Vitalität der Affekte der Mutter an sich passt zueinander sowie ebenfalls die Empfindungen des Kindes diesbezüglich zusammenpassen und stimmig sind.

Diese Erfahrung wird ein Säugling, deren Mutter an einer PPD leidet, nicht oder nur sehr selten machen können. Diese Mütter sprechen allgemein deutlich weniger mit ihren Kindern. Stimme und Tonfall bleiben beim Ansprechen des Kindes zumeist monoton und variieren kaum (Sarimski, 2013, S. 32). Das Kind kann die Vitalität seiner eigenen Affekte nicht anpassen und somit nur schwer lernen, sie selbst zu regulieren.

Neben den Vitalitätseffekten sind die amodale und physiognomische Perzeption (Stern, 1985 zit. nach Dornes, 2001, S. 82 ff.) ebenfalls

Fähigkeiten, welche in der Wahrnehmungs- und Gefühlswelt eines Neugeborenen eine gewisse Ordnung begünstigen. Sie fördern die Entstehung eines beginnenden, zusammenhängenden Selbstempfindens.

Auf die Entstehung des auftauchenden Selbst folgt das Kernselbstempfinden. Es herrscht zwischen dem zweiten und dritten Lebensmonat sowie zwischen dem siebten und neunten Lebensmonat eines Säuglings vor. Es umfasst das unbewusste Empfinden der Individuation ebenso wie das Gefühl eines Miteinanders mit anderen Personen. Nach Stern setzt sich das Kernselbstempfinden aus vier Komponenten zusammen: der Willenskraft, der Selbstkohärenz, der Selbstaffektivität und dem Gedächtnis (Stern, 1985 zit. nach Dornes, 2001, S. 90 ff.).

Die Willenskraft („self-agency“) ist das Gefühl des Kindes, Urheber seiner eigenen Handlungen zu sein. Dass ein bestimmter Wille des Kindes von Beginn seines Lebens an vorhanden ist, zeigt sich insbesondere, wenn ihm etwas nicht gelingt. Es wird seine Handlung mehrmals wiederholen, um so den gewünschten Erfolg zu erzielen. Dies ist wiederum ein Phänomen, welches es dem Kind ermöglicht, sich selbst als getrennt und nicht körperlich oder mental verbunden mit anderen wahrzunehmen und so ein erstes Selbstempfinden zu erhalten. Es entwickelt sich ein Kontingenzgefühl, was bedeutet, dass der Säugling in der Lage ist, ein bestimmtes wechselseitiges Verhältnis von Handlung und Effekt zu erkennen.

So z.B. wird er bemerken, dass die Mutter überwiegend ebenfalls lächelt und aktiv auf ihn eingeht, sobald er zu lächeln beginnt. Es entwickelt sich ein erstes Gefühl für den anderen und das Interagieren miteinander.

Die zweite Komponente des Kernselbstempfindens bezeichnet Stern als „Selbstkohärenz“ („self-coherence“). Sie beschreibt das Gefühl des Säuglings, seinen Körper als eine zusammengehörige Einheit zu empfinden, welche Ort und Sitz all seiner Handlungen ist. Die unterschiedlichen Handlungen eines Subjekts haben immer die Gemeinsamkeit, dass sie denselben Ort, dieselbe Zeitstruktur und

dieselbe Intensitätskontur aufweisen. Jedes Subjekt hat jedoch seine eigene Handlungskontur. Die Wahrnehmung dieser Unterschiede von Person zu Person begünstigt die anti-symbiotischen Empfindungen des Kindes und somit die Unterscheidbarkeit von Selbst und Objekt (bzw. anderem). Die dritte und vierte Komponente des Kernselbstempfindens sind die Selbstaffektivität („self-affectivity“) und das Gedächtnis („self-memory“).

Das Gedächtnis des Kindes ist eine elementare Komponente des Kernselbstempfindens. Es ermöglicht, dass die Erfahrungen, die mittels der vorherigen Komponenten erlangt wurden, integriert werden können und so ein Gesamtbild bzw. ein einheitliches Kernselbstempfinden ergeben. Dornes fasst Sterns' Erkenntnis diesbezüglich wie folgt zusammen: „Die Erfahrungen von jetzt wären nicht mit denen von früher verknüpft, und es gäbe viele momentane Kernselbstempfindungen, die nicht in einer übergreifenden Einheit koordiniert wären“ (Dornes, 2001, S. 100). Die Fähigkeit der Erinnerung ist entgegen der ersten Vermutungen von Geburt an vorhanden.

Wie oben bereits erwähnt, gibt es noch zwei weitere Entwicklungsstufen des Selbstempfindens nach Stern: das subjektive (sieben - neun Monate bis 15-18 Monate) und das verbale Selbstempfinden (Beginn mit 15-18 Monaten, bleibt lebenslang erhalten). Alle vier Stufen gehen ineinander über und keine löst die jeweils vorherige ab. Alle Formen des Selbstempfindens, die sich in den ersten Lebensmonaten eines Säuglings entwickeln, bleiben immer bestehen. Da sich diese Arbeit vorrangig auf die ersten Lebensmonate und die Entwicklung des Selbst in Interaktion mit der Hauptbezugsperson stützt, werden das subjektive und verbale Selbstempfinden an dieser Stelle nicht ausführlich erläutert.

Neben Daniel N. Stern äußerten sich noch weitere Theoretiker der Psychoanalyse zu dem Begriff „Selbst“. Auch Klöpffer formuliert keine klare Definition, sondern ordnet ihm verschiedene Bedeutungszusammenhänge zu. Er beschreibt das „Selbsterleben“ einerseits als die „[...] Dimension psychischer Erfahrungen [...]“ und

andererseits als „[...] eine gedachte psychische Struktur“ (Klöpper, 2014, S. 28). Die Begriffe „Selbst“ und „Selbsterleben“ dienen also dazu, das Innere eines Menschen für Außenstehende fassbar zu machen. Er erkennt außerdem, dass „Selbst“ und „Selbstempfinden“ keine festen Konstrukte sind, sondern dass sie mit zunehmender Hirnreife und den entstehenden neuronalen Verknüpfungen im Laufe des Lebens immer wieder modifiziert werden. Sie bleiben zwar ein Leben lang bestehen, dies jedoch immateriell und inkonstant. Auch die Beziehungserfahrungen, die ein Kind im Laufe seines Lebens sammelt, haben einen erheblichen Einfluss auf das entstehende Selbst.

Als letztes sei an dieser Stelle die Theorie Sigmund Freuds bezüglich dieser Thematik genannt. Er bezeichnete das Selbst als „psychischen Apparat“, welcher die inneren Bilder und Beziehungserfahrungen eines Säuglings in Form von Affekten, Emotionen, Motivationen und Kognitionen umfasst. Er beschreibt ebenfalls, dass das Selbst von Beginn des Lebens an vorhanden ist, sich seine Binnenstruktur jedoch lebenslang verändert (Freud, 1900 zit. nach Klöpper, 2014, S. 31).

Es bleibt hervorzuheben, dass auch hier, bei der Entwicklung des Selbst, den Interaktionen mit und der Bindung zu der Hauptbezugsperson eine grundlegende Bedeutung zugeschrieben wird (Klöpper, 2014, S. 31). Zunächst ist die Affektregulierung mittels der Spiegelung ein Interaktionselement innerhalb der Mutter-Kind-Dyade, welches erheblichen Einfluss auf die Qualität der Interaktion sowie die Reifung des Selbst hat.

Resultierend aus diesen ersten kommunikativen Erfahrungen seines jungen Lebens entsteht bei Kindern psychisch gesunder Eltern die Erkenntnis, dass es selbst ein von anderen abgegrenztes Individuum ist und dass ebenso noch andere Individuen, welche nicht symbiotisch mit ihm verbunden sind, existieren. Diese Erkenntnis ist elementar für die Entstehung des „auftauchenden Selbst“ und weiterhin für die Reifung einer Empfindung des „Kernselbst“ (Stern, 1993, S. 61, 104). Bereits im Alter von zwei Monaten hat der Säugling so aktiv ein Empfinden seines auftauchenden Selbst entwickelt, welches in seinen Strukturen fortlaufend

variiert, ihm jedoch das gesamte Leben lang erhalten bleiben wird (Stern, 1993, S. 61).

Die Kinderärztin und Psychoanalytikerin Margaret S. Mahler teilt die beschriebene Auffassung geprägt von Daniel Stern nicht. Sie vertritt die Meinung, dass der Säugling sich verhält, als lebe er in einer Zweieinheit mit der Mutter. In diesem symbiotischen System existiert er mit ihr innerhalb einer gemeinsamen Grenze, welche beide in gewissem Maße von ihrer Umwelt „abschottet“. Sie formuliert, dass das Kind hier in einer absoluten Abhängigkeit zu seiner Mutter steht, wohingegen die Mutter nur relativ von ihrem Kind abhängig ist. Die unmittelbare Verfügbarkeit der Mutter ist also existenziell für den Säugling, da sie sein Überleben sichert. Bei postpartal depressiv erkrankten Müttern ist dies nicht gegeben. Auch wenn die Grundbedürfnisse des Kindes durch seine depressive Mutter gestillt werden, geschieht dies häufig ohne emotionale Anteilnahme (Nispel, 2001, S. 47 ff.). Das zeigt sich insbesondere in der fehlende Ansprache des Kindes und dem fehlenden Blickkontakt zwischen Mutter und Kind (Dorsch, 2017, S. 17).

Nach Mahlers Annahme dieser symbiotischen Verbundenheit zwischen Kind und Mutter ist für das Kind sein „Ich“ hier noch nicht von seinem „Nicht-Ich“ trennbar. Einen ersten vagen Eindruck seines Ichs, dem „rudimentären Ich“, kann der Säugling nur durch die emotionale Verbundenheit zu seiner Mutter erlangen. An dieser mangelt es bei depressiven Müttern ganz besonders, da die postpartale Depression der Entstehung eines festen emotionalen Bandes im Wege steht (Nispel, 2001, S. 48). Das mütterliche Pflege- und Fürsorgeverhalten in Verbindung mit dem kindlichen Bestreben nach Homöostase stellt eine Art der sozialen Symbiose dar, innerhalb derer beide Partner miteinander interagieren und handlungsdynamisch kommunizieren. Daraus resultierend erfolgt eine strukturelle Differenzierung und Anpassungsorganisation des Individuums und somit ebenfalls des kindlichen Selbst (Mahler, 1998, S. 14 ff.). Die entstehenden inneren Empfindungen des Kindes bilden sein Kernselbst, also ein erstes „Identitätsgefühl“ (Greenacre, 1958; Mahler, 1957; Rose, 1964, 1966 zit. nach Mahler, 1998, S. 17).

Zudem entsteht die „periphere Rinde des Ichs“, welche der Abgrenzung von der Objektwelt dient. In Kombination dieser beiden entsteht der Rahmen der Selbstorientierung (Mahler, 1998, S. 17). Letztlich, so Mahler, gelingt dem Kind eine affektive Unterscheidung zwischen dem „Selbst“ und dem „Nicht-Selbst“, wenn sich positive, bedürfnisbefriedigende Erlebnisse zur Verringerung seiner inneren negativen Spannungen, verursacht durch eine äußere Quelle, häufen (Mahler, 1998, S. 50). Die handlungsdyadische Kommunikation zwischen der Mutter (der „äußeren Quelle“) und dem Kind sowie ihre positiven Effekte wie sie hier beschrieben sind, findet bei einer Mutter mit einer postpartalen Depression nicht statt. Dies kann die Entstehung des kindlichen Selbst bzw. psychische Reifeprozesse stören.

Der deutsche Soziologen, Psychologen und Psychotherapeuten Martin Dornes teilt diese Ansicht nicht. Seine Vorstellung der frühen Eltern-Kind-Beziehung unterscheidet sich von Mahlers Vorstellung, welche eine symbiotische Abhängigkeit des Kindes postuliert. Martin Dornes bezeichnet die Vorgänge dieser frühen Lebensphase des Kindes als „self-with-other“. Im Zusammensein und somit Interagieren mit anderen entwickelt der Säugling

1. *„ein Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten,*
2. *ein Vertrauen darauf, daß der anderen dabei behilflich sein kann und*
3. *die Erfahrung, daß Erregung zusammen mit einem anderen angenehm sein kann“ (Dornes, 2001, S. 104).*

Nichtsdestoweniger sich Sterns, Mahlers und Dornes' Ansichten bezüglich der strukturellen Darstellungen der Eltern-Kind-Dyade (Separation und Verbundenheit in gleichem Umfang; Symbiose; Separation) nicht gleichen, bleibt die gemeinsame Kernaussage dieser drei Wissenschaftler, dass eine elementare Voraussetzung für die Reifungsprozesse des Selbst zunächst der Kontakt zu (mindestens) einer Hauptbezugsperson ist. Es ist davon auszugehen, dass der Kontakt gestört oder nur in sehr geringem Maße vorhanden ist, wenn die Mutter an einer postpartalen Depression

leidet. Da sie zumeist das hauptbetreuende Elternteil ist, kann diese fehlende Unterstützung bei der Spannungsregulation der kindlichen Empfindungen unter anderem weitreichende negative Folgen für das entstehende Selbst des Kindes sowie das Bindungsverhalten haben. Auch die emotionalen, verbalen und sozialen Fähigkeiten können negativ beeinträchtigt werden (Dorsch, 2017, S. 17).

Gegenwartsnahe Erkenntnisse heben ebenso die grundlegende Verbindung zwischen sicherer Bindung (resultierend aus positiven Mutter-Kind-Interaktionen und entsprechender Oxytocin-Ausschüttung) und der gelingenden Reifungsentwicklung des Selbst hervor. Die stimmige emotionale Fürsorge der Pflegeperson begünstigt die Intimität des Säuglings zu seinen eigenen Emotionen und Handlungsabsichten, die Empfindungen seines Selbst (Klöpper, 2014, S. 21 f.).

Es gibt Kinder, deren primäre Betreuungspersonen aus verschiedenen Gründen, z.B. Geburtstraumata oder enttäuschte Erwartungen ihrem Kind gegenüber, nicht jederzeit in der Lage dazu sind, verlässlich auf die Bedürfnisse ihres Kindes einzugehen. Auch dies wirkt sich negativ auf die Interaktionsfähigkeit und somit die Bindung sowie letztlich auf die psychische Entwicklung und die Reifung des Selbst des Kindes aus (Rohde, 2014, S. 31).

Die Entwicklung von Kindern depressiver Eltern wurde zudem im Jahr 1986 mit der Cambridge-Studie des Winnicott Trust und des Medical Research Council (MRC) genauer betrachtet. Über zwei Jahre hinweg wurden Erstgebärende in den ersten sechs Wochen nach der Geburt auf die Entstehung einer postpartalen Depression hin untersucht. Die depressiven Mütter wurden daraufhin mit nach dem Zufallsprinzip ausgewählten nichtdepressiven Müttern interviewt. Es entstand somit eine Stichprobe mit 100 Frauen, wovon 58 depressiv und 42 nichtdepressiv waren. Diese Mütter sowie ihre Kinder wurden anschließend über mehrere Jahre hinweg beobachtet. Die Entwicklung des jeweiligen Kindes wurde im Säuglingsalter, mit fünf, acht, 13 und 16 Jahren genauer betrachtet.

Ein Schwerpunkt der Untersuchungen lag auf der Beziehung zwischen der Mutter und ihrem Kind. Hierbei zeigte sich, dass die Neugeborenen bereits

in ihren ersten Lebenswochen und –monaten hochgradig sensibel auf die Reaktionen anderer Menschen reagieren.

Daraus lässt sich resultieren, dass die Qualität der Responsivität von Seiten der Eltern eine Schlüsselrolle in der Entwicklung des Kindes einnimmt. Eine depressive Mutter weist jedoch eine geringere Responsivität auf als eine nichtdepressive Mutter. Dementsprechend lautet auch die Grundhypothese der Studie, welche besagt, dass die schädliche Wirkung der Depression der Mutter auf die Schwierigkeiten in der Mutter-Kind-Beziehung zurückzuführen ist (Murray, 2016, S. 51 ff.).

Um die postpartale Depression zu behandeln, gibt es zahlreiche Wege. Diese nehmen häufig viel Zeit in Anspruch (z.B. therapeutische Behandlungen oder Medikation) und helfen zumeist nicht, die negativen Folgen für das Bindungsverhalten und das Selbstempfinden des Kindes zu verringern. Daher soll in dieser Arbeit insbesondere eine Möglichkeit der Prävention vorgestellt werden, welche sich in Neubrandenburg befindet und der Vorbeugung, Früherkennung und somit der Vorbeugung der weitreichenden Folgen für Eltern und Kind dienen kann.

3.5 Präventive Unterstützungsmöglichkeit am Beispiel Neubrandenburg

Neben den Personen des Familien- und Freundeskreises sind auch freiberufliche Hebammen für die Familien häufig unentbehrliche Netzwerkpartner in der sensiblen perinatalen Phase vor, während und nach der Geburt. Insbesondere die Hausbesuche zur Wochenbettbetreuung in den ersten Lebenswochen und -monaten des Kindes werden als sehr hilfreich wahrgenommen. Die Hebamme stellt einen kompetenten Ansprechpartner dar, wenn Verunsicherungen bei den jungen Eltern auftreten. In regelmäßigen Abständen betrachtet sie zudem die körperliche Entwicklung, Wachstum und die Gewichtszunahme des Säuglings sowie ggf. die Stillbeziehung von Mutter und Kind. Sie steht

dem Elternpaar in sämtlichen Belangen zur Seite und vermittelt an anderes Fachpersonal, wenn dies erforderlich ist. Viele Frauen und junge Familien nehmen dieses Angebot gern an. Sie werden so in ihrem Elternsein gestärkt und von Unsicherheiten im Umgang mit ihrem Neugeborenen befreit.

Hohe Versicherungskosten und eine enorme Arbeitsbelastung schaffen jedoch Unzufriedenheit unter den freiberuflichen Hebammen. Aus diesem Grund entscheiden sich immer mehr Frauen gegen den Beruf Hebamme/ mehr Männer gegen den Beruf Geburtshelfer bzw. beenden sie diesen. Im Zuge der gleichzeitig steigenden Geburtenzahlen (umfasst nur die Lebendgeburten) in Deutschland, welche von 662.685 Geburten im Jahr 2011 auf 784.884 im Jahr 2017 (destatis.de) stetig anstiegen, führt dies jedoch zu einem spürbaren Hebammenmangel. Viele Frauen haben somit nicht mehr die Möglichkeit, eine Wochenbettbetreuung durch eine Hebamme in Anspruch zu nehmen, obwohl sie sich bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt in der Schwangerschaft darum bemühen.

Diese Missstände sind in ganz Deutschland zu erkennen. Auch in Mecklenburg-Vorpommern ist die Geburtenrate tendenziell steigend (statista.com), das Problem der schwangeren Frauen jedoch eine Hebamme für die Nachsorgebetreuung zu finden ist allgegenwärtig.

Um mitunter dieser verheerenden Entwicklung entgegenzuwirken, etablierte die Hebamme Anke Böttcher im Jahr 2018 eine Hebammensprechstunde bzw. Wochenbettambulanz im „Haus der Familie“ des AWO Stadtverbands Neubrandenburg e.V.. Gemeinsam mit einer weiteren Beraterin sind beide Frauen in der Schwangerschafts(-konflikt)beratungsstelle der AWO Neubrandenburg tätig. In den zahlreichen Beratungsgesprächen mit schwangeren Frauen zeichnete sich für beide deutlich ab, dass es für die Frauen in und um Neubrandenburg schwer bis unmöglich ist, eine Wochenbettbetreuung flächendeckend zugesichert zu bekommen, obwohl diese zumeist ausdrücklich erwünscht ist.

Anke Böttcher, welche neben ihrer Tätigkeit als Beraterin selbst als freiberufliche Hebamme tätig ist, kann diese Missstände durch ihre

Wochenbettbetreuung allein nicht kompensieren. Daher richtete sie eine wöchentliche Hebammensprechstunde/ Wochenbettambulanz ein (awo-nb.de). Diese ermöglicht den Frauen den Zugang zu allen Möglichkeiten, welche auch durch eine herkömmliche Wochenbettbetreuung erfolgen würde. Neben den Gesprächen über die Sorgen und Ängste der Eltern wird auch in dieser Art der Nachsorge die physische Entwicklung des Kindes betrachtet. Auch bei der Beantragung verschiedener Zuschüsse oder Hilfsangebote wie z.B. die Beantragung einer Haushaltshilfe bei der gesetzlichen Krankenkasse steht die Hebamme den Frauen in diesem Setting zur Seite.

Solche vermeintlichen Kleinigkeiten sind perspektivisch sinnvolle Maßnahmen zur Vorbeugung einer PPD, welche nicht zu verachten sind. Sie tragen enorm zur Entlastung des Alltags der Familien bei (Rohde, 2014, S. 55). In den Gesprächen im Rahmen dieser Ambulanz erkennt die geschulte Beraterin/ Hebamme ein eventuelles psychisches Ungleichgewicht bei der Mutter, welches aufgrund der fehlenden Wochenbettbetreuung unerkannt geblieben wäre und somit folglich eine Gefahr für Mutter und Kind darstellt.

Obwohl die Termine nicht in der häuslichen Atmosphäre der jungen Familien stattfinden, sind sie aufgrund der Niedrigschwelligkeit sehr beliebt und gut angenommen von Klienten aus Neubrandenburg und dem Umkreis. Lediglich eine telefonische Terminvereinbarung ist notwendig, um die Hebammensprechstunde in Anspruch zu nehmen. Für die Eltern fallen keine Kosten an. Vorteilhaft ist außerdem, dass die Frauen häufig bereits während Beratungsgesprächen in ihrer Schwangerschaft ersten Kontakt mit der Beraterin bzw. Hebamme Anke Böttcher im „Haus der Familie“ hatten. Durch das ihnen somit bekannte Setting fällt es vielen Klienten leichter, sich zu öffnen und ein Vertrauensverhältnis in dieser sensiblen Lebensphase zuzulassen und aufzubauen.

Obwohl dieses Konzept in Mecklenburg-Vorpommern bisher erstmalig vorzufinden ist und auch erst seit wenigen Monaten zum Konzept der Einrichtung gehört, ist die Nachfrage sehr groß, wie Anke Böttcher versichert. Insbesondere für Mütter bzw. Familien, denen es an einem

entlastenden sozialen Umfeld mangelt, kann dies eine willkommene Unterstützungsmöglichkeit sein. Die Betreuung in der Hebammensprechstunde/ Wochenbettambulanz gilt unter den zuvor genannten Gesichtspunkten somit als Präventionsmaßnahme für postpartale Depressionen. Da sie für jeden frei zugänglich ist, bietet sich hier auch die Möglichkeit für die Väter bzw. das andere Elternteil, Beratungsgespräche in Anspruch zu nehmen. Die Entlastung, welche durch solche Gespräche erreicht wird, kann dazu beitragen, dass sich die Gesamtsituation innerhalb der frischgebackenen Familie entspannt und die postpartale Depression (wenn bereits vorhanden) angenommen und als Teil des Betroffenen akzeptiert werden kann. Infolgedessen kann der Betroffene gemeinsam mit seiner Familie gestärkt auf die Suche nach weiteren Hilfsangeboten gehen und diese bei Bedarf in Anspruch nehmen.

4 Fazit

Die postpartale Depression ist eine psychische Erkrankung, welche (ähnlich wie die herkömmliche Depression) sich nicht nur auf die Gesundheit der betroffenen Person selbst auswirkt und diese nachhaltig beeinflusst. Neben der Trauer und Ratlosigkeit des Erkrankten und der Hilf- und Machtlosigkeit des Partners (in Kombination mit der Sorge um das gemeinsame Kind), ist es zumeist der Säugling selbst, welcher die Folgen dieser Erkrankung trägt und dessen emotionale und kognitive Entwicklung damit nachhaltig beeinträchtigt wird. Hier zeigen sich insbesondere Auffälligkeiten in dem Bindungsverhalten sowie im Bereich des entstehenden Selbst.

Neben der Betrachtung der kindlichen Entwicklung ist innerhalb der Recherchen zu dieser sensiblen Thematik auffällig, dass in der Literatur zumeist von der Mutter berichtet wird, welche an einer postpartalen Depression leidet. Eine neutrale Berichterstattung, welche auch perinatale Erkrankungen von Männern/ Vätern umfasst, ist nahezu nirgendwo

vorzufinden. Es findet lediglich beiläufig Erwähnung, dass auch Väter bzw. das zweite Elternteil betroffen sein können, ohne dass sie das Kind selbst geboren haben. Neben dem wird aber deutlich, dass die psychischen Prozesse, Situationen und Herausforderungen rund um den Zeitraum der Geburt des Kindes die Elternteile beide gleichermaßen tangieren. Der sprunghafte Wechsel von einer Dyade zweier junger Menschen zu einer Triade und somit einer eigenen Familie wird von beiden ähnlich intensiv wahrgenommen (Eickhorst, 2018, S. 55 f.). Bestimmte Pläne und Strukturen verlieren augenblicklich ihre Gültigkeit.

Die Tatsache, dass auch Väter im Zuge dieser Umbrüche an einer postpartalen Depression erkranken können und auch mit einer Prävalenzrate von beispielsweise 12 bis 16 Prozent in den USA tatsächlich erkranken (Lee et al., 2012), bleibt nichtsdestotrotz im Hintergrund. Dies kann verheerende Auswirkungen haben, da durch das scheinbare Fehlen dieser Information auch das Erkennen bzw. die fachärztliche Diagnosestellung einer postpartalen Depression des nicht-gebärenden Elternteils deutlich erschwert bzw. verhindert wird. Der Betroffene selbst kann in diesem Fall häufig nicht einschätzen, wie ernst sein Leiden wirklich ist und/ oder es einer Behandlung bedarf. Es ist daher nicht verwunderlich, dass deutlich weniger Männer therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen als Frauen (Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016). Das fehlende Wissen um psychische Erkrankungen, auch insbesondere nach einem Lebensereignis wie der Geburt des eigenen Kindes, kann als ein Grund dafür aufgeführt werden.

Neben den ausbleibenden Möglichkeiten der Früherkennung resultiert daraus ebenso, dass das Angebot an Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten für betroffene Männer begrenzt bis nicht vorhanden ist, da augenscheinlich kein Bedarf besteht. Für die betroffenen Frauen einer postpartalen Depression ist zunächst die betreuende Hebamme im Wochenbett oder der Frauenarzt im Rahmen nachgeburtlicher Routineuntersuchungen ein erster Ansprechpartner und wenn nötig Vermittler. Ähnlich niederschwellige Angebote bzw. Netzwerke an möglichen Hilfen sind kaum gegeben. Die Scham und Versagensgefühle im Falle psychischer Irritationen nach der Geburt eines

Kindes hindern die betroffenen Männer zudem häufig daran, sich einer anderen Person gegenüber zu öffnen. Sie sind eher dazu geneigt, ihren Gemütszustand zu verheimlichen.

Der niederschwellige Zugang zur Hebammensprechstunde im „Haus der Familie“ in Neubrandenburg kann daher als geeignete erste Anlaufstelle für betroffene Männer gesehen werden. In einem unverbindlichen Beratungsgespräch mit einer professionellen und neutralen Person kann sich der Mann öffnen und die Hebamme/ Beraterin so einen ersten Eindruck von ihrem Gegenüber erhalten und feststellen, ob eventuell Handlungsbedarf besteht. Perspektivisch erscheint es sinnvoll, im Umgang mit postpartalen Krisen einen sensibleren Blick auf die Männer zu richten.

Unerkannte und unbehandelte postpartale Depressionen von Männern haben weitreichende negative Folgen. Inadäquates Erziehungsverhalten, also fehlende oder negative Reaktionen auf den Säugling bewirken eine eingeschränkte Fähigkeit zur Vater-Kind-Bindung. Es fällt den betroffenen Vätern schwer, mit ihren Kindern zu interagieren, was wiederum wenig gemeinsame Beschäftigung mit dem Kind zur Folge hat. Die wenige gemeinsame Vater-Kind-Kommunikation ist kaum positiv bzw. kritisch. Zudem steigt die Gefahr einer Kindeswohlgefährdung mit Dauer der depressiven Symptomatik. Davis et al zeigen auf, dass depressive Väter ihre einjährigen Kinder nahezu viermal so oft wie nicht depressive Väter schlagen (Davis et al., 2011, S. 612 ff.; Marinovic & Seiffge-Krenke 2016, S. 499 ff. zit. nach Eickhorst, 2018, S. 57 f.).

Unter diesen Umständen entwickeln sich die Persönlichkeiten dieser Kinder sowie das Bindungsverhalten anderen vertrauten Personen gegenüber tendenziell unsicher. Insbesondere die daraus resultierende (eher vermeidende) Vater-Kind-Bindung, Schwierigkeiten in der Regulierung von Emotionen und niedergeschlagene Stimmung lassen sich bei Kindern depressiver Väter bzw. Eltern beobachten (Moretti & Craig, 2013, S. 4 ff. zit. nach Eickhorst, 2018, S. 58).

Unter diesen Aspekten betrachtet wird die Notwendigkeit des Aufsuchens professioneller Hilfsangebote durch den Betroffenen noch deutlicher. Das

Ansprechen des Problems bei der Wochenbetthebamme, dem Hausarzt, einer Beratungsstelle für Eltern oder einer sonstigen therapeutisch-medizinischen Vertrauensperson ist dahingehend der erste notwendige Schritt. Je nach Ausprägung der Erkrankung folgen dann z.B. psychotherapeutische Beratungsgespräche, eine medikamentöse Unterstützung oder ein gezieltes Interventionsprogramm.

Die entsprechenden Programme enthalten verschiedene Elemente, passend für die jeweilige Herausforderung. Hierbei handelt es sich z.B. um eine ausführliche Diagnostik sowie psychoedukative Elemente (Wissensvermittlung zu den Themen Zeit nach der Geburt, Herausforderungen, Möglichkeiten und Grenzen väterlichen Engagements, Selbstfürsorge). Auch Einzel- oder Gruppentherapien sowie falls notwendig psychiatrische Behandlungen, welche eine Kombination aus all diesen Elementen beinhalten, können den Patienten Abhilfe verschaffen (Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016, S. 499 ff. zit. nach Eickhorst, 2018, S. 57 f.). Wie bereits zuvor betont wurde, ist auch in Fällen väterlicher postpartaler Erkrankungen eine Kooperation verschiedener Fachkräfte und Institutionen besonders sinnvoll und sollte verstärkt ausgebaut werden. Nur so ist es möglich, die Kinder der betroffenen Eltern vor den vielfältigen Folgen der postpartalen psychischen Erkrankungen auf ihr weiteres Leben zu schützen und diese abzuwenden.

5 Quellenverzeichnis

5.1 Literaturquellen

- Ahn, H. Y., & Shin, H. J. (2012). Kangaroo care on premature infant growth and maternal attachment and post partum depression in South Korea. *J Trop Pediat.* 56 (5), S. 342-344.
- Baller, W. (2017). Letzter Ausweg: Psychiatrie. *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, S. 40-44.
- Berger, A., Bachman, N., Signorell, A., Oelhafen, S., & Cignacco, E. (2017). Perinatal mental disorders in Switzerland: prevalence estimates and use of mental-health services. *Swiss Med Wkly.* 147.
- Berger, A., Bachmann, N., & Cignacco, E. (November 2017). Unerkannt, unterschätzt, unterversorgt. *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, S. 9-12.
- Bergström, M. (2013). Depressive symptoms in new first-time fathers: Associations with age, sociodemographic characteristics, and antenatal psychological well-being. *Birth Issues in Perinatal Care.* 40, 32-38.
- Bigelow, A., Power, M., MacLellan-Peters, J., Alex, M., & McDonald, C. (2012). Effect of mother/infant skin-to-skin contact on postpartum depressive symptoms and maternal physiological stress. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 41 (3), S. 369-382.
- BMFSFJ. (2011). *Erster Gleichstellungsbericht. Neue Wege - Gleiche Chancen - Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf.* Bonn.
- Boutiba-Balsinger, D., & von Ditfurth, A. (2002). *Die ersten fünf Jahre.* Zürich: Jugend- und Familienhilfe für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern im Kanton Zürich.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1994). *Die frühe Bindung. Zweite, in der Ausstattung veränderte Auflage.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K. H. (2016). *Bindung und frühe Störungen der Entwicklung.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K.H. & Hellbrügge, T. (2008). *Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung.* Stuttgart: Klett-Cotta.

- Buil, A., Carchon, I., Apter, G., Laborne, F. X., Granier, M., & Devouche, E. (2016). Kangaroo supported diagonal flexion positioning: New insights into skin-to-skin contact for communication between mothers and very preterm infants. *Arch Pediatr.* 23 (9), S. 913-920.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2011). *Die erste Zeit zu dritt.* Köln.
- Byatt, N., Biebel, K., Friedman, L., Debordes-Jackson, G., Ziedonis, D., & Pbert, L. (2013). Patient's views on depression care in obstetric settings: how do they compare to the views of perinatal health care professionals? *Gen Hosp Psychiatry.* 35 (6), S. 598-604.
- Chu, V. (2016). *Vaterliebe.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Cierpka, M. (2014). *Frühe Kindheit. 0-3 Jahre.* Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag.
- Cignacco, E., Berger, A., & Büchi, S. (2017). Gut ausgebildete Hebammen können helfen. *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, S. 26-30.
- Cignacco, E., Büchi, S., & Berger, A. (2017). Aufgaben und Kompetenzen von Hebammen mit einer Spezialisierung im Bereich der perinatalen psychischen Gesundheit. *Deutsche Hebammen Zeitschrift.*
- Clinton, J. (1985). patterns, predictors, and nursing management: a research proposal submitted to the division of nursing. *Western Journal of Nursing Research*, 21-243.
- Davis, R. N., Davis, M. M., Freed, G. L., & Clark, S. J. (2011). Fathers' depression related to positive and negative parenting behaviors with 1-year-old children. 127. *Pediatrics*, 612-618.
- de Alencar, A. E., Arraes, L. C., de Albuquerque, E. C., & Alves, J. G. (2009). Effect of kangaroo mother care on postpartum depression. *J Trop Pediatr.* 55 (1), S. 36-38.
- de Maced, E. C., Cruvinel, F., & Lukasova, K. (2007). The mood variation in mothers of preterm infants in Kangaroo mother care and conventional incubator care. *J Trop Pediatr.* 53 (5), S. 344-346.
- DESTATIS. (2017). *Zahl der Lebendgeborenen in Deutschland 2015.*

- Dornes, M. (2001). *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Zehnte Auflage.* Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH.
- Dorsch, V. (2017). Ansprechen rettet Leben! *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, S. 54-57.
- Dorsch, V. (2017). Wenn die Seele erkrankt. *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, S. 14-18.
- Eickhorst, A. (Januar 2018). Väter im Wochenbett. *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, S. 55-59.
- Eickhorst, A., & Scholtes, K. (2012). Väter in der Eltern-Säuglings/Kleinkind-Beratung. In M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0-3 Jahre* (S. 137-144). Heidelberg: Springer Verlag.
- Erdin, R., Iljuschin, I., van Gogh, S., Schmid, M., & Pehlke-Milde, J. (2014). *T2015 Tätigkeitserfassung der frei praktizierenden Hebammen der Schweiz: Bericht zur Erhebung.* Zürich.
- Feldman, R., Weller, A., Zagoory-Sharon, O., & Levine, A. (2007). Evidence for a neuroendocrinological foundation of human affiliation: plasma oxytocin levels across pregnancy and the postpartum period predict mother-infant bonding . *Psychol Sci.* 18 (11), S. 965-970.
- Flaake, K. (2014). *Neue Mütter-neue Väter. Eine empirische Studie zu veränderten Geschlechterbeziehungen in Familien.* Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Franz, M. (2002). Wenn der Vater fehlt: Epidemiologische Befunde zur Bedeutung früher Abwesenheiten des Vaters für die psychische Gesundheit im späteren Leben. *Frühe Kindheit* 3, S. 14-17.
- Frevert, G., Cierpka, M., & Joraschky, P. (2008). Familiäre Lebenszyklen. In M. Cierpka (Hrsg.), *Handbuch der Familiendiagnostik. 3. Auflage.* Heidelberg: Springer Verlag.
- Garstick, E. (2013). *Junge Väter in seelischen Krisen - Wege zur Stärkung der männlichen Identität .* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gloger-Tippelt, G. (1988). *Schwangerschaft und erste Geburt. Psychologische Veränderungen der Eltern.* Stuttgart: Kohlhammer.

- Hornstein, C., Trautmann-Villalba, P., Hohm, E., Rave, E., Wortmann-Fleischer, S., & Schwarz, M. (2006). Maternal bond and mother-child interaction in severe postpartum psychiatric disorders: Is there a link? *Archives of Womens Mental Health*, S. 279-284.
- Howard, L. M., Piot, P., & Stein, A. (2014). No health without perinatal mental health. *The Lancet*. 384, S. 1723-1724.
- Jansen, F., & Streit, U. (2015). *Fähig zum Körperkontakt*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Kalicki, B., Peitz, G., Fthenakis, W. E., & Engfer, A. (1999). Passungskonstellationen und Anpassungsprozesse beim Übergang zur Elternschaft. In B. Reichle, & H. Werneck, *Übergang zur Elternschaft. Aktuelle Studien zur Bewältigung eines unterschätzten Lebensereignisses* (S. 129-146). Stuttgart: Enke.
- Klaus, M. H. (2007). Die Bindungsbereitschaft der Eltern-Grundlage für eine sichere Bindungsentwicklung des Kindes. In K. Brisch, & T. Hellbrügge, *Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung* (S. 115-128). Stuttgart: Klett-Kotta.
- Klöpper, M. (2014). *Reifung und Konflikt. Säuglingsforschung, Bindungstheorie und Mentalisierungskonzept in der tiefenpsychologischen Psychotherapie. Zweite Auflage*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Knight, M., Nair, M., Tuffnell, D., & et al. (2016). *Saving lives, improving mothers' care - surveillance of maternal deaths in the UK 2012-14 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland: confidential enquires into maternal deaths and morbidity 2009-14*. University of Oxford.
- Kroll-Desrosiers, A. R., Nephew, B. C., Babb, J. A., Guilarte-Walker, Y., Moore Simas, T. A., & Deligiannidis, K. M. (2017). Association of peripartum synthetic oxytocin administration and depressive and anxiety disorders within the first postpartum year. *Depress Anxiety*. 34 (2), S. 137-146.
- Krüger-Kirn, H., Metz-Becker, M., & Rieken, I. (2016). *Mutterbilder- Kulturhistorische, sozialpolitische und psychoanalytische Perspektiven*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Kunz, J. (2003). *Die Verhaltensökologie der Couvade*. Universität Trier: Reihe Fokus Kultur.

- Lee, S. J., Taylor, C. A., & Bellamy, J. L. (2012). Paternal depression and risk for child neglect in father-involved families of young children. *Child Abuse & Neglect*. 36, S. 461-469.
- Lenz, A., & Wiegand-Grefe, S. (2017). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Lieberz, K., Franz, M., & Schepank, H. (2011). *Seelische Gesundheit im Langzeitverlauf - Die Mannheimer Kohortenstudie. Ein 25-Jahres-Follow-up*. Berlin: Springer.
- Madsen, S. A. (2008). Psychische Belastungsstörungen bei Männern, die Väter werden: Psychodynamik, Häufigkeiten und Auswirkungen auf die Praxis. In E. Schäfer, M. Abou-Dakn, & A. Wökel (Hrsg.), *Vater werden ist nicht schwer?* (S. 141-249). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Mahler, M. S. (1998). *Symbiose und Individuation. Siebte Auflage*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Marinovic, M. K. (2013). *Väterlich Depression und die psychopathologischen Auswirkungen auf ihre Kinder. BSc-Arbeit*. Mainz: Psychologisches Institut der Universität Mainz.
- Marinovic, M., & Seiffge-Krenke, I. (2016). Depressive Väter. Prävalenz, Auswirkungen auf die Kindesentwicklung und Unterstützungsbedarf. *Psychotherapeut*, S. 499-506.
- Marx, R. (2011). *Familien und Familienleben: Grundlagenwissen für Soziale Arbeit*. Weinheim: Juventa.
- Mattejat, F. (2000). Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen und was zu tun ist. In F. Mattejat, & B. Lisofsky, *...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker*. (S. 66-77). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Mattejat, F., & Wüthrich, C. (2000). Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. *Nervenarzt*, S. 164-172.
- McCauley, K., Elsom, S., Muir-Cochrane, E., & Lyneham, J. (2011). Midwives and assessment of perinatal mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 18, S. 786-795.

- Moretti, M. M., & Craig, S. G. (2013). Maternal versus paternal physical and emotional abuse, affect regulation and risk for depression from adolescence to early adulthood. *Child Abuse and Neglect*. 37, S. 4-13.
- Murray, L. (2016). Die Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter: Befunde der Cambridge-Längsschnittstudie. In K. H. Brisch, *Bindung und frühe Störungen der Entwicklung* (S. 51-67). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Nispel, P. (2001). *Mutterglück und Tränen-Das seelische Tief nach der Geburt überwinden*. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Papoušek, M. (2001). *Vom ersten Schrei zum ersten Wort.Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Plass, A., & Wiegand-Grefe, S. (2012). *Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Plattner, A. (2017). *Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern richtig einschätzen und fördern*. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Pöldinger, W. (1968). *Die Abschätzung der Suizidalität*. Verlag Hans Huber.
- Prokop, U. (1976). *weiblicher Lebenszusammenhang. Von der Beschränktheit der Strategie und der Unangemessenheit der Wünsche*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Reck, C., Struben, K., Backenstrass, M., Stefenelli, U., Reinig, K., & Fuchs, T. (2008). Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, S. 459-468.
- Rohde, A. (2014). *Postnatale Depressionen und andere psychische Probleme. Ein Ratgeber für betroffene Frauen und Angehörige*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Rutz, W., von Knorring, L., Pihlgren, H., Rihmer, Z., & Walinder, J. (1995). Prevention of male suicides: Lessons from Gotland study. *Lancet*. 345, S. 524.
- Sarimski, K. (2013). *Soziale Risiken im frühen Kindesalter. Grundlagen und Interventionen*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., et al. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*. 384, S. 1800-1819.
- Steinbach, E. M. (1997). Der Gebärestreik von 1913. In W. Piereth, *Das 19. Jahrhundert. Ein Lesebuch zur deutschen Geschichte 1815-1918* (S. 30-34). München: C. H. Beck.
- Steinert, K. (2017). Alles kippt. *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, S. 20-25.
- Stern, D. (1979). *Mutter und Kind. Die erste Beziehung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. (1993). *Die Lebenserfahrung des Säuglings. Dritte Auflage*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. (1998). *Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Thurer, S. (1997). *Mythos Mutterschaft: wie der Zeitgeist das Bild der guten Mutter immer wieder neu erfindet*. München: Droemer Knauer.
- Trautmann-Villalba, P., Schwarz, M., & Hornstein, C. (2008). Stationäre Mutter-Kind-Behandlung bei postpartalen psychischen Erkrankungen - ein Beitrag zur Prävention im Säuglingsalter. *Nervenheilkunde*, S. 489-604.
- Turmes, L. (2008). *Die Behandlung postpartaler psychischer Störungen: Die Mutter-Kind-Einheit des westfälischen Zentrums Herten. Konzepte gegen Gewalt. DAJEB Informationsschreiben*.
- Turmes, L. (2012). Historische Entwicklung und Bedarfssituation. In A. Batra, *Stationär Eltern-Kind-Behandlung. Ein interdisziplinärer Leitfaden* (S. 11-26). Stuttgart: Kohlhammer.
- Turmes, L., & Hornstein, C. (2007). Stationäre Mutter-Kind-Behandlungseinheiten in Deutschland. Ein Bericht zum Status quo. *Der Nervenarzt*. 78, S. 773-779.
- Uvnäs-Moberg, K., Streit, U., & Nantke, S. (2017). Körperkontakt unter erschwerten Bedingungen. *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, S. 32-38.
- Veskrna, L. (2010). Peripartum depression - Does it occur in fathers and does it matter? *J Men's Health* 7, S. 420-430.

Wee, K. Y., Skouteris, H., Pier, C., Richardson, B., & Milgrom, J. (2011). Correlates of ante- and postnatal depression in fathers. A systemic review. *Journal of Affective Disorders*. 130, S. 358-377.

Winnicott, D. W. (1990). *Das Baby und seine Mutter*. Stuttgart: Klett-Cotta.

World Health Organization (WHO). (2014). *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems*. Genf.

5.2 Internetquellen

AWO Stadtverband Neubrandenburg e.V. (2019). Anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatung. URL: <https://awo-nb.de/familienbildung-schwangerschaftsberatung/schwangerschaftsberatung>, Abruf am 15.04.2019

Focus online. (2018). Trauma im Kreißsaal. URL: https://www.focus.de/gesundheit/arzt-klinik/viele-muetter-fuehlen-sich-hilflos-ausgeliefert-gewalt-im-kreisssaal-wenn-die-geburt-zum-trauma-wird_id_9253522.html, Abruf am 10.10.2019

Institut für Psychosomatik und Verhaltenstherapie. (2019). Männer und Depression. URL: http://www.psychosomatik.at/uploads/lexikon_pdf/maenner_depression.pdf, Abruf am 18.07.2019

Psylex. (2018). Kaiserschnitt und postpartale Depression. URL: <https://psylex.de/stoerung/depression/mutter/kaiserschnitt.html?fbclid=IwAR22TfC0U48YU2ONoar0xBrpyOuPMiTgV8qn-Y9VfsAXyxzJwtyzLRrhMvY>, Abruf am 04.03.2019

Statista. (2019). Anzahl der Geburten in Mecklenburg –Vorpommern von 1990 bis 2018. URL:

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/588911/umfrage/anzahl-der-geburten-in-mecklenburg-vorpommern/>, Abruf am 15.04.2019

Statistisches Bundesamt. (2019). Bevölkerung – Geburten. URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Geburten.html>, Abruf am 10.10.2019

Statistisches Bundesamt. (2019). Geburten – Veränderung der Zahl der Lebensgeborenen zum jeweiligen Vorjahr. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/lebendgeborene-differenz.html>, Abruf am 15.04.2019

Von guten Eltern. (2014). Wochenbettdepression – Traurig mitten im Glück. URL: <https://www.vonguteneltern.de/traurig-mitten-im-glueck/>, Abruf am 10.10.2019

Welt. (2019). Zehn Tage Vaterschaftsurlaub für alle – und der Ärger ist groß. URL: <https://www.welt.de/wirtschaft/article188194723/Elternzeit-EU-setzt-zehn-Tage-Vaterschaftsurlaub-nach-Geburt-durch.html>, Abruf am 01.08.2019

Zeit online. (2017). Die Unperfekten. URL: <https://www.zeit.de/2017/28/berufstaetige-muetter-vereinbarkeit-rabenmutter-kind-karriere>, Abruf am 27.05.2019

Zeit online. (2014). Wenn Männer schwanger werden. URL: <https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2014-11/maenner-schwangerschaft-couvade-syndrom>, Abruf am 21.06.2019

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen Hilfsmittel als angegeben verwendet habe. Insbesondere versichere ich, dass ich alle wörtlichen und sinngemäßen Übernahmen aus anderen Werken oder von Personen als solche kenntlich gemacht habe.

Neubrandenburg, den