



Bachelorarbeit

Depressive Symptomatik in und ausserhalb der Postnatalzeit - Unterschiede, Komorbiditäten und Auswirkungen auf Beziehungen

Barbara Bachmann

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Ann-Kathrin Ebner

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Referentin: Prof. Dr. phil. Valeria Gamper

Baden / Möhlin, Mai 2008

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Die Depression	4
2.1	Geschlechtsspezifität	4
2.2	Diagnosekriterien einer Episode der Major Depression nach DSM-IV	5
2.3	Unterschiede zwischen ICD-10 und DSM-IV.....	6
2.4	Aetiologie, Verlauf und Prognose der depressiven Erkrankung.....	7
2.4.1	Ätiologie depressiver Erkrankungen.....	7
2.4.2	Verlauf depressiver Erkrankungen.....	8
2.4.3	Prognose bei depressiven Erkrankungen.....	8
3	Die postnatale Depression	9
3.1	Definitionsklärung	9
3.2	Diagnosekriterien für die postnatale Depression nach ICD-10.....	9
3.3	Unterschiede zwischen ICD-10 und DSM-IV.....	10
3.4	Abgrenzung PND vom „Babyblues“ und von postnatalen Psychosen.....	10
3.4.1	Der Babyblues.....	11
3.4.2	Postnatale Psychosen	11
3.5	Postnatale Depression	11
3.6	Ätiologie, Verlauf und Prognose der postnatalen Depression	12
3.6.1	Ätiologie.....	12
3.6.1.1	Biologische Bedingungsfaktoren.....	12
3.6.1.2	Entwicklungspsychologische und psychodynamische Erklärungsansätze.....	13
3.6.1.3	Soziale und kulturelle Bedingungsfaktoren.....	14
3.6.2	Verlauf und Prognose	14
4	Depression und Süchte sowie kritische Lebensereignisse	15
4.1	Sucht.....	15
4.1.1	Einführung	15
4.1.2	Was war zuerst: Sucht oder Depression?	15
4.1.3	Problematik Cannabis & Depression	17
4.1.4	Zur Therapie komorbider Störungsbilder.....	18
4.2	Kritische Lebensereignisse.....	18
4.2.1	Einleitung.....	18
4.2.2	Aufteilung der häufigsten kritischen Lebensereignisse in verschiedene Bereiche	19
4.2.2.1	Verlust- und Trennungsergebnisse.....	19
4.2.2.2	Positive Lebensereignisse und „Fresh-Start“-Ereignisse	19
4.2.2.3	Ereignisse in den Bereichen hoher Verpflichtung und Rollenkonflikten	20
4.2.2.4	Belastende Lebensereignisse und belastende Lebensbedingungen	21
4.2.2.5	Zeitliche Wirkintervalle.....	21
4.2.2.6	Moderationsvariablen: Soziales Netzwerk und Persönlichkeit	21
4.2.3	Kritische Lebensereignisse im Verlauf der depressiven Erkrankung.....	23

5	Subjektive Wahrnehmung von Partnerschaft und Beziehung zum Kind	24
5.1	Geschichtlicher Hintergrund.....	24
5.2	Definition Partnerschaft.....	25
5.3	Liebesstile	26
5.4	Wert von Beziehungen.....	26
5.5	Partnerschaft und postnatale Depression.....	27
5.5.1	Veränderungen der Partnerschaft durch die Geburt eines Kindes	27
5.5.1.1	Rollenveränderung	28
5.5.1.2	Erwartungen und Probleme.....	28
5.5.1.3	Ergebnisse aus Studien	29
5.5.2	Zur Lebenssituation der Partner depressiver Patientinnen	31
5.6	Beziehung Säugling-Mutter.....	32
5.6.1	Entwicklung der Bindung.....	32
6	Hintergrund und Aufbau der Studie.....	34
6.1	Fragestellungen und Hypothesen	34
6.1.1	Fragestellungen	34
6.1.2	Hypothesen.....	34
7	Methodisches Vorgehen.....	35
7.1	Datenerhebung durch problemzentriertes fokussiertes Interviews.....	35
7.1.1	Interviewleitfaden	35
7.1.2	Fragebogen zur Erkennung von depressiven Symptomen	36
7.1.3	Fragebogen an die Partner der interviewten Frauen	36
7.1.4	Suche und Auswahl der Interviewpartnerinnen.....	37
7.1.5	Interviewdurchführung.....	37
7.1.6	Fragebogen	38
7.2	Auswertungsverfahren.....	38
7.2.1	Fragebogenauswertung Quantitativ.....	38
7.2.2	Transkription.....	38
7.2.3	Qualitative Inhaltsanalyse.....	38
8	Darstellung der Ergebnisse.....	41
8.1	Daten aus den Interviews.....	41
8.1.1	Biografische Daten der Probandinnen und Erleben der Interviewerin.....	41
8.1.2	Sucht.....	43
8.1.2.1	Suchtmittelkonsum <i>in</i> der Postnatalzeit	43
8.1.2.2	Suchtmittelkonsum <i>ausserhalb</i> der Postnatalzeit	43
8.1.3	Kritische Lebensereignisse	43
8.1.3.1	Verlust- und Trennungsergebnisse <i>in</i> der Postnatalzeit	43
8.1.3.2	Verlust- und Trennungsergebnisse <i>ausserhalb</i> der Postnatalzeit	43
8.1.3.3	Rollenkonflikte <i>in</i> der Postnatalzeit	43
8.1.3.4	Rollenkonflikte <i>ausserhalb</i> der Postnatalzeit	44
8.1.3.5	Belastende Lebensereignisse und Lebensbedingungen <i>in</i> der Postnatalzeit	44
8.1.3.6	Belastende Lebensereignisse und Lebensbedingungen <i>ausserhalb</i> der Postnatalzeit.....	45
8.1.3.7	Moderationsvariabel Persönlichkeit postnatal und heute.....	46

8.1.4	Beziehung zum Kind.....	47
8.1.4.1	Nähe und Distanz <i>in</i> der Postnatalzeit.....	47
8.1.4.2	Nähe und Distanz <i>ausserhalb</i> der Postnatalzeit.....	48
8.1.4.3	Stress und Ruhe <i>in</i> der Postnatalzeit.....	48
8.1.4.4	Stress und Ruhe <i>ausserhalb</i> der Postnatalzeit.....	49
8.1.4.5	Positiv konnotierte Emotionen <i>in</i> der Postnatalzeit.....	50
8.1.4.6	Positiv konnotierte Emotionen <i>ausserhalb</i> der Postnatalzeit.....	50
8.1.4.7	Negativ konnotierte Emotionen <i>in</i> der Postnatalzeit.....	50
8.1.4.8	Negativ konnotierte Emotionen <i>ausserhalb</i> der Postnatalzeit.....	51
8.1.4.9	Beziehung <i>in</i> der Postnatalzeit.....	51
8.1.4.10	Beziehung <i>ausserhalb</i> der Postnatalzeit.....	52
8.1.5	Beziehung zum Partner.....	52
8.1.5.1	Zweisamkeit und Intimität <i>in</i> der Postnatalzeit.....	52
8.1.5.2	Zweisamkeit und Intimität <i>ausserhalb</i> der Postnatalzeit.....	53
8.1.5.3	Freiräume <i>in</i> der Postnatalzeit.....	53
8.1.5.4	Freiräume <i>ausserhalb</i> der Postnatalzeit.....	54
8.1.5.5	Vertrauen, Angst und Unsicherheiten <i>in</i> der Postnatalzeit.....	54
8.1.5.6	Vertrauen, Ängste und Unsicherheiten <i>ausserhalb</i> der Postnatalzeit.....	54
8.1.5.7	Unterstützung <i>in</i> der Postnatalzeit.....	55
8.1.5.8	Unterstützung <i>ausserhalb</i> der Postnatalzeit.....	55
8.1.5.9	Emotionen <i>in</i> der Postnatalzeit.....	56
8.1.5.10	Emotionen <i>ausserhalb</i> der Postnatalzeit.....	56
8.1.5.11	Stress <i>in</i> der Postnatalzeit.....	57
8.1.5.12	Stress <i>ausserhalb</i> der Postnatalzeit.....	57
8.1.6	Zufriedenheitslinien zur Partnerschaft ab Geburt.....	58
8.2	Symptomauswertung anhand des SKID-I-Fragebogens.....	60
8.3	Fragebögen zur Partnerschaft und der Beziehung Mutter – Kind.....	63
9	Zusammenfassung und Diskussion	64
9.1	Zusammenfassung der Theorie.....	64
9.2	Darstellung der Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellungen.....	67
9.2.1	Ausgangslage.....	67
9.2.2	Beantwortung der Fragestellungen und Hypothesen.....	68
9.2.3	Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse.....	71
9.2.3.1	Symptomprofil der Frauen.....	71
9.2.3.2	Sucht und belastende Lebensereignisse.....	71
9.2.3.3	Wahrnehmung der Partnerschaft und der Beziehung zum Kind.....	73
9.2.4	Kritische Auseinandersetzung mit dem Studiendesign und der Methodik.....	75
9.2.5	Weiterführender Ansatz.....	76
10	Abstract	79
11	Quellenverzeichnis	80
12	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	86
13	Anhang	87

Vorwort

Der Bereich der Psychopathologie hat uns im Verlauf unseres Studiums fasziniert. Speziell Themen, die uns Frauen betreffen, haben uns immer wieder zur persönlichen Auseinandersetzung herausgefordert. So auch das Thema der postnatalen Depression.

In einer Zeit, in der die Geburt eines Kindes schon fast zum Grossereignis geworden ist, weil immer weniger Babys geboren werden, scheint die postnatale Depression ein umso brisanteres Phänomen zu werden.

Gerade bei Müttern von Neugeborenen wird erwartet, dass ihre innere Landschaft blühend und heiter ist. Den aufgrund der Erschöpfungssituation auftretenden „Heultagen“ oder dem „Baby-blues“ wird eher noch verständnisvoll begegnet, eine Depression hingegen ist für das Umfeld der betroffenen Frau mit der Ankunft eines Babys kaum zu vereinbaren und wirkt befremdend.

Selber sind wir nun in einem Alter, in welchem die meisten Frauen vor 50 Jahren bereits Kinder geboren hätten. Die Möglichkeiten der Ausbildung für Frauen haben uns aber ermöglicht, andere Rollen als nur die der Mutter zu leben. Diese Möglichkeiten stellen uns vor andere Herausforderungen und die Frage, ob wir Kinder oder Karriere wollen oder ob wir beides miteinander kombinieren können. Noch ist unsere Gesellschaft nicht so weit, dass sich Frauen und Männer selbstverständlich alle Rollen, egal ob privat oder beruflich, teilen.

Erste Beschreibungen postnataler psychischer Veränderungen gibt es bereits aus der Zeit von Hippokrates. Seit 1950 fanden postnatale psychische Störungen im angloamerikanischen Raum zunehmend an Bedeutung. Im deutschsprachigen Raum kam dieses Interesse erst in den letzten 20 Jahren auf.

Aus diesen Gründen haben wir uns motiviert dazu entschieden, die Hintergründe, Möglichkeiten und Probleme rund um die Symptome postnataler Depression in der vorliegenden Arbeit etwas genauer anzuschauen.

1 Einleitung

In der heutigen Gesellschaft leiden viele Menschen an einer Depression. Gerade die postnatale Depression stösst jedoch auf wenig Verständnis und wird oft erst spät diagnostiziert. Um eine sinnvolle Früherkennung und Prophylaxe zu ermöglichen, ist es von entscheidender Bedeutung, Einflussgrössen zu identifizieren, die ein Risiko für die Entstehung einer Depression darstellen können. Die rechtzeitige und angemessene therapeutische Intervention ist nicht nur in Anbetracht der persönlichen Belastung der Frau von Bedeutung. Eine postnatale Depression kann auch eine Gefahr der Beeinträchtigung der Mutter-Kind-Beziehung darstellen. Von Stimmungsstörungen geheilte Mütter erleben nicht selten in den ersten Jahren der Mutterschaft ein oder mehrere Rezidive ihrer Erkrankung. Vor allem bei einer weiteren Geburt haben betroffene Frauen ein erhöhtes Risiko, eine postnatale Depression zu entwickeln.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Frauen, die in ihrem Leben noch keine Diagnose einer depressiven Störung erhalten haben und in der Zeit zwischen September 2006 und September 2007 ein Kind zur Welt gebracht haben. Die Arbeit versucht mit einem quantitativen Element im Sinne eines Fragebogens die Symptome der Frauen in Postnatalzeit und ausserhalb der Postnatalzeit zu eruieren und zu beschreiben um sie dann in Verbindung mit dem qualitativen Element dieser Arbeit, den Interviews mit den Frauen, zu setzen.

Im **2. Kapitel** der vorliegenden Arbeit wird auf die Ätiologie, den Verlauf und die Diagnose der Depression im Allgemeinen eingegangen. Das **3. Kapitel** beschäftigt sich mit Ätiologie, Verlauf und Diagnose der Postnatalen Depression. Die Diagnosen werden anhand des Diagnosemanuals der American Psychology Association (APA), dem DSM-IV, ausführlich aufgezeigt. Unterschiede zu dem hier bekannten ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden deutlich gemacht. Da im empirischen Teil mit einem abgewandelten SKID-Fragebogen für die Erkennung von depressiven Symptomen gearbeitet wird, gilt dem DSM-IV in dieser Arbeit das grössere Gewicht.

In **Kapitel 4** werden Kritische Lebensereignisse und Suchterkrankungen in Verbindung zu depressiven Erkrankungen gesetzt und genauer beleuchtet.

Kapitel 5 beschäftigt sich mit den Beziehungen der Frau zu Partner und Kind. Dabei sollen sowohl geschichtliche und gesellschaftliche Aspekte als auch die subjektiven Wahrnehmungen aufgezeigt werden.

Im empirischen Teil, **Kapitel 6 – 9** wird das methodische Vorgehen erläutert, welches verwendet wird, um die nachfolgenden Fragestellungen und Hypothesen in der Diskussion beantworten zu können:

1. Unterscheidet sich das Symptomprofil der depressiven Erkrankung von psychisch gesunden Frauen im gebärfähigen Alter ausserhalb der Nachgeburtzeit von ihrem Symptomprofil der depressiven Erkrankung in der vorausgegangenen Postnatalzeit?

Ebenso soll der Komorbidität von Depression und belastenden Lebensereignissen sowie Suchterkrankungen mit folgender Fragestellung Rechnung getragen werden:

2. Warum zeigen die Frauen unterschiedliche Symptome der depressiven Erkrankung? Kann die Stärke oder Häufung der Symptome im Zusammenhang mit kritischen Lebensereignissen und oder zusätzlichen Suchterkrankungen erklärt werden?

Schlussendlich interessiert die Wahrnehmung der Frau von Partnerschaft und Beziehung zum Kind:

3. Unterscheidet sich die Beurteilung der Beziehungen zu Partner und Kind durch die Frauen in und ausserhalb der Postnatalzeit und steht diese im Zusammenhang mit Symptomen der depressiven Erkrankung?

Aus den obigen Fragestellungen werden folgende Hypothesen abgeleitet:

1. Das Symptomprofil von Frauen im gebärfähigen Alter, unterscheidet sich ausserhalb der Nachgeburtzeit nicht von ihrem Symptomprofil in der Postnatalzeit (das Eingangskriterium einer Depression nach DSM IV ist jeweils nicht erreicht).
2. Belastende Lebensereignisse und Suchterkrankungen haben einen Einfluss auf die Entwicklung und Stärke depressiver Symptome, sowohl in der Zeit unmittelbar nach der Geburt als auch zu einem späteren Zeitpunkt.

3. Frauen beurteilen aufgrund der Belastung der Geburt ihre Beziehung zu Partner und Kind in der Postnatalzeit negativer als ausserhalb der Postnatalzeit. Dabei haben Symptome der depressiven Erkrankung einen Einfluss auf die Wahrnehmung der Beziehungen.

Abschliessend werden die zentralen Ergebnisse im **8. Kapitel** dargestellt.

Kapitel 9 beginnt mit einer Kurzzusammenfassung des Theorieteils. Weiter werden die Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellungen diskutiert und die Hypothesen sollen entweder verifiziert oder falsifiziert werden. Auch wird in diesem Kapitel Platz für weiterführende Ansätze in der Forschung sein. Ebenfalls soll dem Aufzeigen von allenfalls vorhandenen Schwierigkeiten und Verbesserungsmöglichkeiten der hier vorliegenden Arbeit Platz eingeräumt werden.

Es ist selbstverständlich, dass heute nicht mehr die Mütter alleine für die Entwicklung und Erziehung der Kinder verantwortlich gemacht werden können, sondern dass Kinder mit verschiedenen Bezugspersonen aufwachsen. Da es in der vorliegenden Arbeit jedoch um Symptome der postnatale Depression der Frau geht, wird im Folgenden die Rolle des Vaters und anderer Bezugspersonen nicht berücksichtigt und vorwiegend die weibliche Form verwendet.

2 Die Depression

2.1 Geschlechtsspezifität

Depressionen sind bei Frauen etwa doppelt so häufig wie bei Männern, und zwar von den leichteren depressiven Zuständen bis hin zu den schweren unipolaren affektiven Erkrankungen. Dies ist nicht kulturspezifisch sondern allgemein psychosozialen und / oder biologischen Faktoren zuzuschreiben (Riecher-Rössler, 2001). Die Diagnose Depression wird bei Frauen eher gestellt, auch nehmen Frauen ihre Beschwerden besser wahr, sie berichten bereitwilliger darüber und suchen häufiger und schneller therapeutische Hilfe auf als Männer. Bei psychischen Erkrankungen sind biologische Geschlechtsunterschiede einerseits ursächlich, andererseits liegen ihnen oft zugeschriebene und übernommene Rollen in Partnerschaft, Familie, Beruf, Politik, ökonomische Strukturen und Kulturen zugrunde (Riecher-Rössler, 2001). Meist ist die Ätiologie multifaktoriell und interaktionell zu erklären. Der Lebenszyklus der Frau weist bedeutend mehr Verluste auf als jener der Männer. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind ständig von Verlusten begleitet (Springer-Kremser et al., 2006). Frauen scheinen wertkonservativer, rücksichtsvoller und werden viel seltener gewalttätig. Sie sind stärker an Sprache und an Beziehung orientiert, stärker vom eigenen Körper fasziniert, aber auch selbstkritischer. Sie versuchen eher als Männer Krisen im Gespräch zu bewältigen.

Das Risiko, im Laufe des Lebens an einer depressiven Episode oder einer rezidivierenden depressiven Störung zu erkranken, beträgt bei Frauen 10% bis 25%. Depressive Mütter scheinen Depressivität eher auf ihre Töchter zu übertragen als auf ihre Söhne, was mit der unterschiedlichen Bindungsqualität zusammenhängen mag (Springer-Kremser et al., 2006).

Im folgenden Kapitel wird auf die Diagnose der Depression genauer eingegangen, wobei sich die Autorinnen dabei vorwiegend an den Diagnosekriterien des DSM-IV orientieren.

2.2 Diagnosekriterien einer Episode der Major Depression nach DSM-IV

DSM-IV (1998, S. 380 – 388) stellt folgende Kriterien für eine Episode einer Major Depression dar:

Abbildung 1: Diagnosekriterien für eine Major Depression nach DSM-IV

- A. Mindestens fünf der folgenden Symptome bestehen während derselben Zwei-Wochen-Periode und stellen eine Änderung gegenüber der vorher bestehenden Leistungsfähigkeit dar; mindestens eines der Symptome ist entweder (1) Depressive Verstimmung oder (2) Verlust an Interesse oder Freude.
- Beachte:** Auszuschliessen sind Symptome, die eindeutig durch einen medizinischen Krankheitsfaktor, stimmungsinkongruenten Wahn oder Halluzinationen bedingt sind.
1. Depressive Verstimmung an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages, vom Betroffenen selbst berichtet (z.B. fühlt sich traurig oder leer) oder von anderen beobachtet (z.B. erscheint den Tränen nahe). (**Beachte:** kann bei Kindern und Jugendlichen auch reizbare Verstimmung sein).
 2. Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet).
 3. Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme (mehr als 5 % des Körpergewichtes in einem Monat) oder verminderter oder gesteigerter Appetit an fast allen Tagen. **Beachte:** Bei Kindern ist das Ausbleiben der zu erwartenden Gewichtszunahme zu beachten.
 4. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen.
 5. Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen (durch andere beobachtbar, nicht nur das subjektive Gefühl von Rastlosigkeit oder Verlangsamung).
 6. Müdigkeit oder Energieverlust an fast allen Tagen.
 7. Gefühle von Wertlosigkeit oder übermässige oder unangemessene Schuldgefühle (die auch wahnhaftes Ausmass annehmen können) an fast allen Tagen (nicht nur Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle wegen des Krankseins).
 8. Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit an fast allen Tagen (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet)
 9. Wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht nur Angst vor dem Sterben), wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizids.
- B. Die Symptome erfüllen nicht die Kriterien einer Gemischten Episode.
- C. Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- D. Die Symptome gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hypothyreose) zurück.
- E. Die Symptome können nicht besser durch einfache Trauer erklärt werden, d.h. nach dem Verlust einer geliebten Person dauern die Symptome länger als zwei Monate an oder sie sind durch deutliche Funktionsbeeinträchtigungen, krankhafte Wertlosigkeitsvorstellungen, Suizidgedanken, psychotische Symptome oder psychomotorische Verlangsamung charakterisiert.

(Darstellung nach DSM-IV, 1998)

2.3 Unterschiede zwischen ICD-10 und DSM-IV

Das ICD hat bis zu seiner 9. Ausgabe noch mit der Unterteilung der depressiven Erkrankung in endogen, reaktiv und neurotisch gearbeitet. Mit der Aufhebung dieser Einteilung mit Einführung des ICD-10 fand eine verstärkte Annäherung an das DSM statt. Beide versuchen nun die depressive Erkrankung auf einer rein deskriptiven und atheoretischen Ebene zu beschreiben ohne ätiologische Annahmen einfließen zu lassen (Reck, 2001).

Während das DSM-IV zwei Leitsymptome für eine Major Depression nennt (depressive Verstimmung und Freudlosigkeit zum Einen, Interessenverlust zum Anderen), kennt das ICD-10 drei Leitsymptome für eine depressive Episode (ebenfalls gedrückt-depressive Stimmung und Freudlosigkeit, Interessenverlust sowie erhöhte Ermüdbarkeit oder Verminderung des Antriebs, der Energie). Die Ermüdbarkeit wird im DSM-IV bereits unter den zusätzlichen Kriterien genannt. Für die Diagnose einer depressiven Episode nach ICD-10 müssen zwei der Leitsymptome vorhanden sein, während für die Diagnose der Major Depression nach DSM-IV lediglich eines der beiden Leitsymptome erfüllt sein muss.

Gleich bleiben sich die psychomotorischen Hemmungen bzw. Agitiertheit oder Unruhe, die verminderte Konzentration (im DSM-IV genauer als Denkhemmung, gesenkte Konzentration und Entscheidungsunfähigkeit aufgeführt), vermindertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle und Gefühl der Wertlosigkeit, suizidale Gedanken/Handlungen, Schlafstörungen, gesenkter (im DSM-IV auch gesteigerter) Appetit sowie Veränderungen im Gewicht. Im ICD-10 wird zusätzlich noch von negativ-pessimistischen Zukunftsperspektiven und von Libidoverlust gesprochen.

Beide Diagnosehandbücher verlangen eine Mindestdauer der Symptome von zwei Wochen (Möller, Laux & Deister, 2005).

Im DSM-IV wird verlangt, dass die Symptome in klinisch relevanter Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursachen (Kriterium C). Diese Anforderung wird vom ICD-10 nicht verlangt.

Abbildung 2: Aufteilung in Schweregrade nach DSM-IV und ICD-10

Schweregrade nach DSM-IV	Schweregrade nach ICD-10
<ul style="list-style-type: none">- leicht- mittel- schwer, ohne psychotische Merkmale- schwer, mit psychotischen Merkmalen	<ul style="list-style-type: none">- leichte depressive Episode- mittelgradige depressive Episode- schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome- schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen

(Darstellung nach Möller et al., 2005, S. 90)

Während also beide Diagnosemanuale leichte bis schwere Erkrankungsniveaus beschreiben und die Schwere zusätzlich in mit oder ohne psychotische Merkmale unterteilen, kann im ICD-10 unter der leichten und mittelgradigen Episode noch in mit oder ohne somatisches Syndrom differenziert werden (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005).

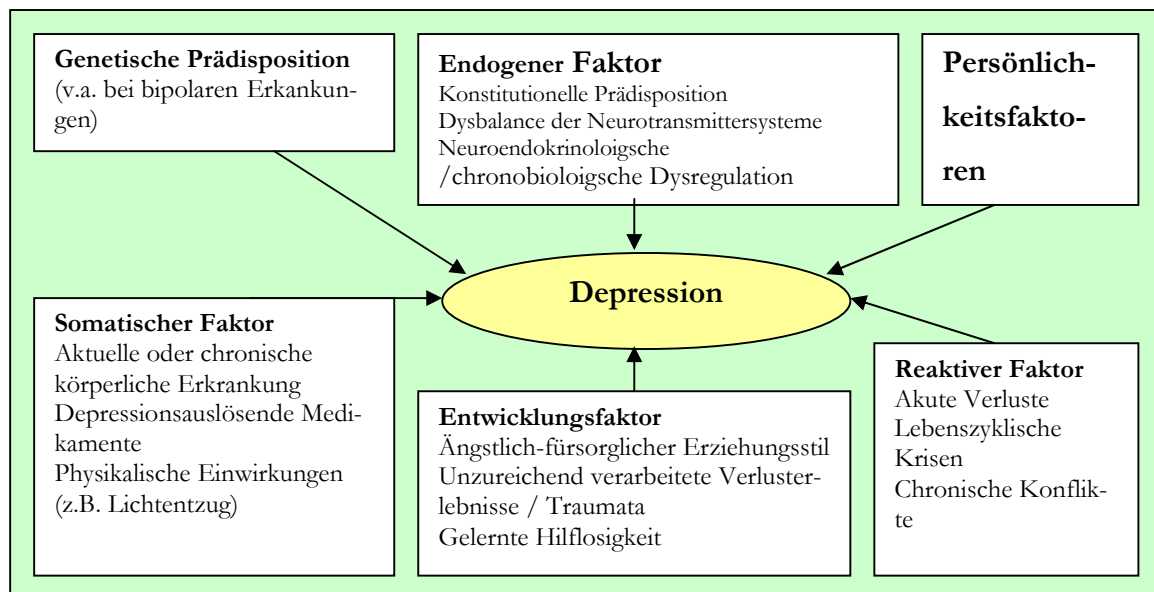
Mit der Aetiologie, dem Verlauf und der Prognose depressiver Erkrankungen beschäftigt sich das folgende Kapitel dieser Arbeit.

2.4 Aetiologie, Verlauf und Prognose der depressiven Erkrankung

2.4.1 Ätiologie depressiver Erkrankungen

Wie bei fast allen psychischen Erkrankungen kann man auch bei affektiven Erkrankungen keine alleinige Ursache ausfindig machen. Die Ätiopathogenese ist am ehesten im Sinne des Vulnerabilitätskonzeptes als multifaktoriell bedingt anzusehen.

Abbildung 3: Mögliche Faktoren, die zu einer Depression führen können

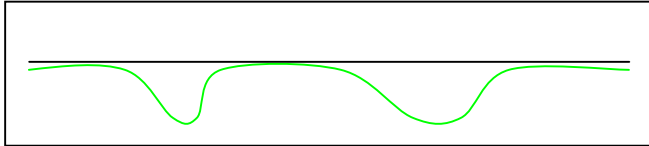


(Darstellung nach Möller et. al., 2005, S. 79)

2.4.2 Verlauf depressiver Erkrankungen

Möller et al. (2005, S. 101 – 102) zeigen die Verlaufsform einer rezidivierenden depressiven Störung (auch unipolare Depression genannt) wie folgt auf:

Abbildung 4: Verlaufsform einer rezidivierenden depressiven Störung



(Darstellung nach Möller et al., 2005, S. 101 – 102)

Sie beschreiben, dass nur etwa 25% der Depressionen einphasig verlaufen, 75% der Erkrankungen hingegen rezidivieren. Es ist bei unipolaren Depressionen im Laufe des Lebens mit ungefähr vier Episoden zu rechnen. Wird eine unipolare Depression nicht behandelt, dauert eine durchschnittliche Episode bei beiden Geschlechtern rund sechs Monate. Zwischen den Phasen sind die Intervalle unterschiedlich und sie verkürzen sich mit zunehmender Phasenfrequenz. Möller et al. (2005) Sprechen von einer Zeitspanne zwischen Beginn einer Phase und Beginn der darauffolgenden Phase von vier bis fünf Jahren. Je älter die betroffene Person ist, desto länger können die einzelnen Krankheitsphasen dauern und desto eher ist eine Neigung zur Chronifizierung vorhanden.

Die Suizidrate bei depressiv erkrankten Mensch wird auf 15% geschätzt (Hawton, 1992; zit. nach Reck, 2001).

2.4.3 Prognose bei depressiven Erkrankungen

Wie im vorherigen Kapitel aufgeführt wurde, gibt es bei Depressionen meist mehrere Phasen, welche nach rund sechs Monaten (im unbehandelten Zustand) wieder abklingen. Gmür und Kessler (2005) sprechen von 50 – 80 %, wenn sie die Rückfallrate Betroffener anschauen, Schäfer (2001) hingegen von 50 – 60 %. Weder Medikation noch Psychotherapie sind ein Garant für ein Leben ohne Depressionen. Problematisch ist vor allem die Medikamenteneinnahme durch die Patienten und Patientinnen in Phasen, wo es ihnen besser geht. Die radikale Absetzung führt häufig zum erneuten Ausbruch der Krankheit. So betonen ärztliche Fachpersonen ausdrücklich, dass Medikamente „ausgeschlichen“ werden sollten, also langsam reduziert. Weitere Risikofaktoren sind zu frühe Entlassungen aus der stationären Behandlung, da dies einen neuen Krankheits-schub provozieren könnte (Gmür & Kessler, 2005; vgl. auch Schäfer, 2001).

Da die vorliegende Arbeit die Zeit postnatal mit jener ein Jahr nach Geburt vergleichen will, wird im nächsten Kapitel das Krankheitsbild der postnatalen Depression genauer untersucht. Dabei wird die gleiche Aufteilung beibehalten, wie sie bereits bei der Depressiven Episode aufgezeigt wurde.

3 Die postnatale Depression

3.1 Definitionsklärung

Lateinisch bedeutet „post“ nach, „natus“ ist die Geburt. „Partus“ kommt ebenfalls aus dem Lateinischen und bedeutet Entbindung. „Postpartal“ bedeutet also nach der Entbindung, „Postnatal“ korrekterweise nach der Geburt. Die beiden Begriffe werden praktisch gleichgesetzt (Rohde, 2004). Durchgesetzt hat sich aber im englischen Sprachraum postnatal, darum wird in der vorliegenden Arbeit mit diesem Begriff operiert.

Aus gynäkologischer Sicht dauert das Wochenbett sechs bis acht Wochen nach der Geburt (nach der Entbindung bis zum Einsetzen der Menstruation) und beschreibt die Zeit, in welcher sich die schwangerschaftsbedingten körperlichen Veränderungen zurückbilden. Postnatale Depressionen (im Folgenden auch PND) können aber deutlich nach dieser Zeit beginnen (Rohde, 2004). Es gibt Wissenschaftler, die den Zeitraum bis zu einem Jahr nach der Entbindung einbeziehen und die auftretenden Stimmungsveränderungen als postnatal bezeichnen (Rohde, 2004). Verbreiteter ist allerdings die Auffassung, dass nur Störungsbilder, die innerhalb der ersten sechs Monate nach der Entbindung auftreten als postnatal bezeichnet werden.

3.2 Diagnosekriterien für die postnatale Depression nach ICD-10

Im ICD-10 wird die Störungsgruppe F53 „Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, andernorts nicht klassifiziert“ als eigene Kategorie zur Klassifikation von postnatal auftretenden psychischen Störungen unter dem Überkapitel „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ aufgeführt (Dilling et al., 2005, S. 218). Das ICD-10 kennt „leichte“ und „schwere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett“ und „sonstige, psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, andernorts nicht klassifiziert“ (Dilling et al., 2005, S. 219). Des Weiteren gibt es die Kategorie „nicht näher bezeichnete psychische Störungen im Wochenbett“.

3.3 Unterschiede zwischen ICD-10 und DSM-IV¹

Die Autoren sowohl vom ICD-10 als auch vom DSM-IV gehen nicht davon aus, dass sich die Symptome einer postnatalen Depression von einer Depression zu einem anderen Zeitpunkt im Leben der Frau unterscheiden (Kammerer, 2006). Während das ICD-10 den Beginn der Symptome innerhalb der ersten sechs Wochen nach Geburt festlegt, fordert das DSM-IV den Symptombeginn innerhalb der ersten vier Wochen nach Geburt. Im DSM-IV wird zunächst die Diagnose der vorliegenden psychischen Störung gestellt und dann spezifiziert mit „postpartum on-set“.

Die Frage, ob die postnatale Depression ein eigenes Krankheitsbild darstellt oder als Depression angesehen werden sollte, die im zeitlichen Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes auftritt, wird kontrovers diskutiert. Ob die depressive Verstimmung nach einer Geburt als „psychische Erkrankung“ erklärt wird, entscheidet aber nicht zuletzt über eine adäquate Behandlung (vgl. Kammerer, 2006). Indem die depressive Verstimmtheit zur Normalität erklärt wird, kann eine betroffene Mutter vor der Stigmatisierung einer psychischen Erkrankung geschützt werden, was sich aber zugleich gegen sie richten kann. Die Loslösung des Begriffs „psychische Krankheit“ von einer entwertenden, stigmatisierenden Konnotation ist daher der Relativierung des Begriffs vorzuziehen (Gröhe, 2003). Kammerer (2006) betont im Gegensatz zum ICD-10 und DSM-IV, dass nicht nur die Unterscheidung von Depressionen perinatal und zu anderen Zeiten im Leben einer Frau unterschieden werden müssen, sondern dass auch Depressionen während einer Schwangerschaft und nach einer Geburt unterschiedliche Symptome zeigen und demzufolge unterschiedliche Behandlungen erfordern.

3.4 Abgrenzung PND vom „Babyblues“ und von postnatalen Psychosen

Zu den wichtigsten nach der Geburt auftauchenden psychischen Störungen gehören neben der postnatalen Depression auch der „Babyblues“ (wobei hier der Krankheitsbegriff laut Rhode, 2004 problematisch ist) und die postnatalen Psychosen.

¹ICD (WHO: International Statistical Classification of Diseases)

DSM (APA: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

Veränderung der Stimmungslage – und zwar in negativer wie auch in positiver Richtung – sind während der Schwangerschaft normal, vor allem im ersten und im letzten Drittel der Schwangerschaft. Depressive Verstimmungen in der Schwangerschaft können jedoch ein Hinweis für das mögliche Auftreten einer Depression nach der Entbindung sein (Rohde, 2004).

3.4.1 Der Babyblues

Die „Heultage“, wie der „Babyblues“ auch genannt wird, ist die mildeste Form psychischer Störungen in der Postnatalzeit. Eine hochgradige Affektlabilität mit Weinerlichkeit, Ängstlichkeit, erhöhter Reizbarkeit, Verwirrtheit, Vergesslichkeit, Schlaf- und Appetitstörungen zeichnen das Bild. Die Symptome treten meist um den zweiten bis fünften Tag nach der Geburt auf und halten über Stunden oder auch einige Tage an. Sie klingen in der Regel ohne therapeutische Behandlung wieder ab und treten in bis zu 80% der Fälle auf. Die Symptomatik erscheint in Anbetracht der notwendigen Verarbeitung des Geburtserlebnisses, der Erschöpfung, der Unsicherheit, den Beschwerden und der Belastungen gut nachvollziehbar und sollte deshalb nicht pathologisiert werden (Gröhe, 2003).

3.4.2 Postnatale Psychosen

Postnatale Psychosen sind die schwerste Form psychischer Störungen post partum. Es handelt sich meist um Affektpsychosen, wobei sowohl depressive als auch manische und insbesondere schizoaffektive Erscheinungsbilder vorkommen. $\frac{3}{4}$ der postnatalen Psychosen treten in den ersten 14 Tagen auf.

Im Gegensatz zur Depression geht es den Frauen häufig am Morgen besser als am Abend. Rein schizophrene Psychosen treten postnatal selten auf (Riecher-Rössler; 1997, zit. nach Gröhe, 2003). Oft besteht eine Komorbidität mit Angst- und Zwangsstörungen, aber auch Abhängigkeitserkrankungen, Essstörungen oder sexuelle Funktionsstörungen kommen vor.

3.5 Postnatale Depression

Postnatale Depressionen beginnen schleichend und treten innerhalb der ersten vier Wochen bis zu einem Jahr nach Geburt auf. Zur Symptomatik gehören neben einer ausgeprägten dysphorischen Stimmung Antriebsmangel, Energielosigkeit, motorische Verlangsamung, Freudlosigkeit, Interessensverlust, innere Leere, Müdigkeit, Schlaf- und Appetitstörungen, somatische Beschwerden, sozialer Rückzug, Denk- und Konzentrationsstörungen, Ängste, Sorgen, Schuldgefühle und auch Suizidgedanken, starke Reizbarkeit, Ungeduld, negative, ambivalente oder fehlende Gefühle

dem Kind gegenüber, grosse Ängste bezüglich der Gesundheit des Kindes und Angst, den Aufgaben als Mutter nicht gewachsen zu sein. Das Auftreten von Zwangsgedanken und Zwangsimpulsen mit dem Inhalt, dem Kind etwas anzutun, führt zu ausgeprägten Scham- und Schuldgefühlen. Diese Symptome treten auf, obwohl es sich um ein Wunschkind handelt. Die durchschnittliche Häufigkeit liegt laut O'Hara und Swain (1996; zit. nach Marneros, 2004) bei 13%, wobei keine transkulturellen Unterschiede gemacht werden. Bei 46% der Frauen tritt die PND innerhalb von zwei Wochen, bei 14% innerhalb sechs Wochen, bei 22% innerhalb von drei Monaten und bei 18% innerhalb von sechs Monaten auf (Dalton, 1992; zit. nach Hofecker et al., 2005).

3.6 Ätiologie, Verlauf und Prognose der postnatalen Depression

3.6.1 Ätiologie

Eine vollständige Darstellung zur Frage der Ätiologie und Pathogenese der PND ist kaum möglich, zumal eine Vielzahl an Studien dazu existiert. Ein grosses Mass an Widersprüchlichkeit fällt auf, was auf Multikausalität und eine hohe Interdependenz relevanter Einflussfaktoren schliessen lässt. Von psychodynamischen über lerntheoretische, psychosoziale, soziologische und existenzialphilosophische Betrachtungsweisen existiert eine Vielzahl von Erklärungsansätzen.

3.6.1.1 Biologische Bedingungsfaktoren

In der allgemeinen Depressionsforschung wird der Einfluss eines genetischen Faktors bei der Depression heute kaum noch bestritten. Auch bei der postnatalen Depression scheint bei manchen Familien eine stärkere Neigung zu depressiven Erkrankungen nach der Entbindung zu bestehen (Dalton, 1992; zit. nach Hofecker et al., 2005). Als Hauptrisikofaktor für eine PND zeigt sich eine eigene Depression in der Vorgeschichte neben einer familiären Belastung mit dieser Erkrankung. Zudem erweist sich die Vulnerabilität zusammen mit „life stress“ als bedeutsam bei der Entwicklung einer PND.

Zu den biologischen Ursachenfaktoren einer PND gehören sicherlich die hormonellen Umstellungen (rasanter Hormonabfall) nach der Geburt eines Kindes. Sie haben besondere Aufmerksamkeit innerhalb der Suche nach pathogenetischen Faktoren im Zusammenhang mit einer postnatalen Depression erlangt. Da aber lange nicht jede Frau an einer PND erkrankt, werden sie vor allem für die Heultage verantwortlich gemacht.

Auch die Erschöpfung Entbunderer nach einer Geburt und der darauf folgende Schlafentzug muss als biologischer Faktor angesehen werden. Hier zeigt sich die Wechselwirkung zwischen biologischen und psychologischen Einflussfaktoren.

3.6.1.2 Entwicklungspsychologische und psychodynamische Erklärungsansätze

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind unter entwicklungspsychologischen Perspektiven ebenfalls ein wichtiger Entstehungsfaktor für eine PND. Drei von vier aller postnatalen Depressionen betreffen Erstgebärende (primi parae). Laut Warner et al. (1996; zit. nach Gröhe, 2003) stellt eine ungeplante Schwangerschaft unter anderem einen Risikofaktor für eine PND dar. Verschiedene Studien weisen auf weitere Risikofaktoren wie Zufriedenheit in der Partnerschaft, depressive Symptome, optimistische Erwartungen bezüglich des Kindes, negative Lebensereignisse während Schwangerschaft und Wochenbett, gesundheitliche Komplikationen bei Mutter und Kind und Ablauf der Geburt hin (Gröhe, 2003).

Psychodynamische Ansätze werten die eigene Mutter-Kind-Beziehung als relevant und betonen dabei vor allem die Identifikation der Mutter mit dem werdenden Kind. Indem die Frau die Aufmerksamkeit von sich selbst weg – und dem heranwachsenden Baby zuwendet, kann sie sich nach der Geburt in die Lage ihres Kindes hineinversetzen. Es ist eine Zeit des emotionalen Aufruhrs, die auf die Aufgabe vorbereitet, sich auf ein Baby einzustellen und eine Bindung aufzubauen (Brazelton & Cramer, 1994; zit. nach Gröhe, 2003). Von Bedeutung für die mütterliche Identität sind in der Schwangerschaft Fantasien über das Baby, über die Frau selbst als Mutter und über die gemeinsame Zukunft als Familie, Bindung, Ängste, und Veränderungen des Körperbildes. Der Übergang zur Mutterschaft stellt auch einen Abschied dar und bedeutet nicht nur, dass etwas Neues, Erwünschtes im Leben hinzukommt.

„Eine Frau, die entbindet, entdeckt oder findet bei der Geburt auch die Möglichkeit, in Abgründe zu blicken – wenn sie will bzw. wenn sie kann. Die weibliche Psyche gerät an dieser Stelle in ein Minengelände. Im Geburtsgeschehen verdichtet sich die gesamte Biographie. Und in dieser Verdichtung wird nichts ausgelassen. Es wird nichts aussortiert. Die Geburt ist die Stunde der Wahrheit. Dort wird die Luft dünn“ (Azoulay 1998; zit. nach Gröhe, 2003, S. 29).

Im Hinblick auf eine postnatale Depression sind diese Aspekte insofern bedeutsam, als die Geburtsvorbereitung und die Bewertung des Ereignisses eine wichtige Rolle bei der Verarbeitung spielen.

Da sich die Mutterliebe auf Kosten der Selbstliebe entwickelt, fühlen sich Mütter mitunter überfordert und zu kurz gekommen. Zu den mit der neuen Rolle einhergehenden Einschränkungen

der Bewegungsfreiheit kann die Angst vor dem Verlust der Schönheit belastend hinzukommen. Postnatal ändert sich nach Stern (1998; zit. nach Gröhe, 2003) die „psychische Organisation“ einer Frau. Die Änderungen betreffen Handlungstendenzen, Sensibilitäten, Fantasien, Ängste und Wünsche der Mütter. Von besonderer Bedeutung sind die Themen des Diskurses mit der eigenen Mutter, der Diskurs mit sich selbst und der Diskurs mit dem Baby.

3.6.1.3 Soziale und kulturelle Bedingungsfaktoren

Auch sozialen Faktoren wie der Lebenszufriedenheit und Partnerschaft werden eine bedeutende Rolle im Rahmen der Erforschung depressiver Erkrankungen post partum beigemessen. Auf der kognitiven Ebene werden vor allem Copingstrategien und das Selbstwertgefühl diskutiert.

Zu den kulturellen Bedingungen der westlichen postindustriellen Gesellschaft gehört, dass die Gesellschaft davon ausgeht, dass das Kind erwünscht war, dass die Mutter das Baby liebt, dass sie letztlich die Verantwortung für das Kind allein trägt und dass der Vater Unterstützung schafft (Gروه, 2003). Der Mutterrolle wird kulturell ein hoher Stellenwert beigemessen, trotzdem werden ihnen wenig Hilfsmittel bereitgestellt, welche die Mutter in ihrer neuen Rolle unterstützen.

3.6.2 **Verlauf und Prognose**

Die Dauer einer PND erstreckt sich über Wochen, Monate und kann bis zu einem Jahr dauern. In den meisten Fällen kommt es zu einer Vollremission, wobei es auch Mütter gibt, die nie wieder ihr altes prämorbidem Niveau erreicht haben (Marneros, 2004). Die Dauer der Krankheitsperioden erscheint kürzer und die Rückfallquote geringer zu sein als bei depressiven Erkrankungen, die unabhängig von einer Geburt auftreten. Brisch (1999; zit. nach Gröhe, 2003) betont die dringende Behandlungsbedürftigkeit, die über die persönliche Belastung der Frau zu einer Beeinträchtigung der Mutter-Kind-Beziehung führen kann. Auch ist an die Gefahr des Suizides und des erweiterten Suizides oder des Infantizids zu denken (Riecher-Rössler, 2006).

Von Stimmungsstörungen geheilte Mütter erleben nicht selten in den ersten Jahren der Mutterschaft ein oder mehrere Rezidive ihrer Erkrankung. Vor allem bei einer weiteren Geburt haben betroffene Frauen ein erhöhtes Risiko, eine postnatale Depression zu entwickeln. Lediglich eine kleine Subgruppe von Frauen scheint psychische Störungen ausschliesslich in der Postnatalzeit zu erfahren (Hofecker et al., 2005).

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit den bereits erforschten Gegebenheiten bezüglich Zusammenhängen zwischen kritischen Lebensereignissen, Suchterkrankungen und depressiven

Krankheitsbildern. In der Diskussion dieser Arbeit sollen diese theoretischen Hintergründe mit den erhobenen Daten in Verbindung gebracht werden.

4 Depression und Süchte sowie kritische Lebensereignisse

4.1 Sucht

4.1.1 Einführung

Ab wann ein Verhalten zu einer Sucht gezählt wird, ist in höchstem Masse von den kulturellen Gegebenheiten einer Bevölkerung abhängig (Rodegra, 1993; zit. nach Löhner, 2004). So ist der Gebrauch unterschiedlicher psychoaktiver Substanzen in verschiedenen Kulturen zu bestimmten Anlässen unumgänglich. Tretter und Müller (2001) führen das Beispiel des Oktoberfestes in München an. Würde man dort das erste Fass mit alkoholfreiem Bier anstechen, würde es „dem Ziel des Festes als kollektives Berausungsritual zuwiderlaufen“ (S. 30). Oder gedenke man den Ritualen des „Coca-Kauens“, welches vor allem von der Kultur der Inkas genutzt wurde (Haas, 2006).

4.1.2 Was war zuerst: Sucht oder Depression?

Löhner (2004) unterscheidet zwischen der „primären Sucht-Hypothese“ und der „primären Depressions-Hypothese“ (S. 83 – 84). Erstere deutet dabei darauf hin, dass zuerst eine Suchterkrankung bestand, welche eine depressive Erkrankung verursacht (vgl. Müller, 2001). Die WHO (1993; zit. nach Löhner, 2004) definiert Kernsymptome im Phänomen der Abhängigkeit, die depressive Entwicklung fördern können wie folgt: verminderte Kontrollfähigkeit, Vernachlässigung von Vergnügen und Interessen sowie Konsum trotz negativer sozialer oder körperlicher Folgen. Auch sind die sozialen Lebensumstände von Abhängigen meist nicht stabil, was depressive Beschwerden ebenfalls fördern kann. Bei neuropsychologischen Untersuchungen wurde zudem festgestellt, dass Alkohol- und Benzodiazepinkonsum über einer toxologisch relevanten Schwelendosis zu nachweisbaren hirnorganischen Veränderungen führen kann, welche den depressiven Zustandsbildern ähneln (Gonzales, 1996; zit. nach Löhner, 2004).

Moggi und Donati (2004) führen an, dass akute Suchtmittelintoxikation sowie Suchtmittelkonsum über längere Zeit direkt depressive Zustände hervorrufen können, welche aber ohne Behandlung und relativ schnell (2 – 4 Wochen) abklingen. Allerdings können biopsychosoziale Folgen (z.B. organische Erkrankungen, Arbeitsplatzverlust, Scheidung) als Konsequenzen auftreten und indirekt an der Entwicklung einer Depression beteiligt sein.

Raimo und Schuckit (1998; zit. nach Moggi & Donati, 2004) postulieren, dass die substanzinduzierte Depression mehr verbreitet ist als die primäre, substanzunabhängige Form der Depression. Die zweite Hypothese der „primären Depression“ zeigt auf, dass zuerst eine depressive Erkrankung bestand, welche in einem nächsten Schritt zum Suchtverhalten führt. Moggi und Donati (2004) sprechen in diesem Zusammenhang von „sekundären Substanzstörungen“ (S. 28), welche sich aus subklinischen Symptomen einer Depression ergeben können. So geben depressiv erkrankte Menschen häufig an, dass Angst, Unsicherheit, Schlafstörungen, Verstimmungen und Gereiztheit sie dazu veranlassen, vermehrt zu psychoaktiven Substanzen zu greifen. Löhner (2004) erklärt, dass „eine Reihe der depressiven Symptome im Sinne einer Selbstmedikation durch Alkohol oder andere sedative Drogen behandelbar [sei]“ (S. 84).

Auch Solomon (2001) beschreibt, wie sich an Depressionen erkrankte Menschen mit Hilfe von Rauschmitteln selbst zu helfen versuchen (z.B. Minderung des Bewusstseins, einfach im momentanen Zustand zu schweben und nichts tun wollen, unbenennbarer Schmerz weicht klar benennbarem Glücksgefühl), während der Konsum dieser, aufgrund der schädlichen und zerrüttenden Wirkung, wiederum depressive Symptome verursachen kann; so z.B. nach Abklingen des Rauschzustandes, was meist durch ein Erschöpfungssyndrom gekennzeichnet ist (vgl. Tretter, 2001). Die sogenannten Selbstheilungsversuche haben eine schädliche Wirkung (z.B. organische Schädigungen, neurologische Schädigungen sowie soziale Beeinträchtigungen) und bringen meist nur ein kurzfristiges Hoch.

In einer Studie hat Prescott et al. (2000; zit. nach Löhner, 2004) nachweisen können, dass bei depressiven Erkrankungen ein signifikant erhöhtes Abhängigkeitsrisiko besteht (vgl. Solomon, 2001). Dies bedeutet, dass von einer analogen oder mindestens einer weit überlappenden genetischen Determinanten für die Entwicklung einer Abhängigkeit und einer Depression ausgegangen werden muss. Solomon (2001) führt an, dass sinkende Serotoninwerte, wie sie bei depressiven Störungen nachgewiesen wurden, die Sucht erheblich zu fördern scheinen. Tretter (2001, S. 88) hat eine Übersicht der Einflüsse akuter Drogenapplikation auf die neurochemischen Systeme aufgestellt, woraus hier ein Auszug über das Serotonin-System vorgestellt wird:

Tabelle 1: Einfluss akuter Drogenapplikation auf das Serotonin-System

	Heroin	Kokain	LSD	Ecstasy	Benzodiazepine	Alkohol
Serotonin	(-)	(-)	++	++	-	-

+ = aktivierender Einfluss / - = deaktivierender Einfluss / () zweifelhafte Befunde welche sich nur aus Erwägungen ergeben
(Eigene Darstellung nach Tretter, 2001)

Die neurologischen Auswirkungen von Sucht und Depression können sich wechselseitig erheblich verschärfen. So können gewisse Medikamente nicht direkt eine Depression verursachen, aber sie beeinflussen das Gehirn derart, dass ein allfälliger Entzug depressive Symptome mit sich bringen kann (Kokain, Sedativa, Hypnotika). Andere wiederum können durch ihre toxische Wirkung sofort eine Depression hervorrufen (Amphetamine, Opiate, Halluzinogene) und nochmals andere bescheren zuerst ein Hoch und darauffolgend ein kompensatorisches Tief (Kokain, Ecstasy) (Solomon, 2001).

Moggi und Donati (2004, S. 14) haben zu dieser Thematik eine Tabelle erstellt, aus welcher hier ein Auszug (nur auf affektive Störungen bezogen) eingebracht wird.

Tabelle 2: Entwicklung depressiver Symptome während Intoxikation resp. Entzug von Drogen

Substanz	Alkohol	Amphetamine	Cannabis	Halluzinogene	Inhalantien	Koffein	Kokain	Opiate	Phencyclidine	Stika	Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika	Andere
	I/E	I/E		I	I		I/E	I	I	I/E		I/E

I: Symptome entwickeln sich während der Intoxikation / E: Symptome entwickeln sich während des Entzugs / I/E: Symptome treten während der Intoxikation oder dem Entzug auf

(Eigene Darstellung nach Moggi und Donati, 2004)

Gemäss Solomon (2001) beruht Sucht auf starken Problemen mit den Affekten, der Selbstachtung, den Fremdbeziehungen sowie der Eigenliebe. In all diesen Bereichen werden bei Diagnose einer Depression Veränderungen attestiert. Daher ist der Link von Sucht zu Depression und umgekehrt nicht wirklich erstaunlich

4.1.3 Problematik Cannabis & Depression

Während lange Zeit vor allem Alkoholkonsum und Depression als Komorbidität betrachtet wurde (Tölle, 2000), wird mit den neuen Langzeitbefunden von Cannabis-Konsumierenden auch dieser Zusammenhang genauer betrachtet. Bei regelmässigem Cannabiskonsum tritt das „demotivationale Syndrom“ (Löhner, 2004, S. 86) auf, welches sich durch Interessenverlust, mangelnden Antrieb, reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit, Verlust der Phantasieentwicklung und Ziele zu definieren ausdrückt (vgl. Solomon, 2001). Bei Menschen mit regelmässigem Cannabiskonsum konnten in den höheren kognitiven Funktionen irreparable Störungen nachgewiesen werden.

Ebenso klagten die Konsumierenden über mangelnde Lebenszufriedenheit, mangelnden Antrieb und Gedächtnisleistung sowie Defiziten im Verstehen, Kombinieren und Assoziieren (Kunert et al., 1999; Solowij, 1998; zit. nach Löhner, 2004). Die grosse Übereinstimmung mit dem Erscheinungsbild der depressiven Erkrankungen ist als sehr hoch einzuschätzen.

4.1.4 Zur Therapie komorbider Störungsbilder

Abhängige und depressive Menschen leiden also an zwei Krankheiten, welche behandelt werden müssen. Dabei sind weitere Komorbiditäten, wie zum Beispiel die der Angststörungen nicht auszuschliessen. Laut Moggi und Donati (2004) wird substanzgebundenes Suchtverhalten möglicherweise aufgrund eines unglücklichen Selbstheilungsversuches gegen die Angst eingesetzt (vgl. Müller, 2001). Raimo und Schuckit, (1998; zit. nach Moggi & Donati, 2004, S. 29) ergänzen, dass „der zeitliche Ablauf innerhalb dieser Komorbiditätsform [...] uneindeutig [ist].“ Dabei ist es sehr schwierig abzuschätzen, welche der beiden man zuerst behandeln muss. Denn nimmt man den Süchtigen die Droge weg, so kann sich die depressive Symptomatik zuerst auch noch verschlimmern (wer depressiv ist, hat oft grosse Probleme mit dem Stress einer Entgiftung). Behandelt man hingegen zuerst die Depression, kann aufgrund des sich gegenseitig beeinflussenden Dopaminsystems nicht wirklich eine Veränderung erzielt werden (Solomon, 2001). Auch finden unter Drogenkonsum neurologische Veränderungen im Gedächtnis und dem kognitiven Areal statt, die z.B. Speicherung neuer Erfahrungen in Erinnerungslinie weitgehend erschwert. Dies wäre aber eine wichtige Grundvoraussetzung für eine Therapie.

Abschliessend lässt sich sagen, dass sich beide Krankheitsanteile spiralförmig verstärken und dass man bei der Aufteilung in verschiedene Krankheitsbilder (Komorbiditäten) aufpassen muss, dass man den Menschen als Ganzes mit seinem Kranksein nicht aus den Augen verliert und sich nur noch auf die verschiedenen Krankheitsausdrücke konzentriert (Schwoon, 2001).

4.2 Kritische Lebensereignisse

4.2.1 Einleitung

Dass kritische Lebensereignisse und anhaltende Belastungen für die Auslösung einer unipolaren Depression von Bedeutung sind, ist laut Kühner (2001; vgl. Reck, 2001) unbestritten. Reck (2001) zeigt anhand verschiedener Studien (z.B. Brown & Harris, 1978, 1986, 1989) auf, dass bei rund 70 Prozent der depressiven Erkrankten ein schwerwiegendes Lebensereignis der depressiven Episode vorausging.

Grundsätzlich erkranken im Erwachsenenalter mehr Frauen an einer depressiven Störung als Männer (vgl. auch Einleitung). Ging man früher noch davon aus, dass die Frauen aufgrund ungünstigerer Copingstrategien eine erhöhte Vulnerabilität aufweisen, so wurde diese Hypothese bereits widerlegt (vgl. Kühner, 2001).

4.2.2 Aufteilung der häufigsten kritischen Lebensereignisse in verschiedene Bereiche (nach Reck, 2001, S. 29 – 33; vgl. auch Kühner, 2001, S. 189 – 194)

4.2.2.1 Verlust- und Trennungsergebnisse

Bereits aus psychodynamischen Theorien konnte man erschliessen, dass frühe Verlusterfahrungen und emotionale Mangelsituationen und deren Reaktualisierung bei realem, subjektiv erlebtem oder antizipiertem Verlust eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung depressiver Erkrankungen spielen (Rudolf, 1993; Wolfersdorf, 1995; zit. nach Keller, 1997): Verlustereignisse werden in der Literatur als das häufigste kritische Lebensereignis für den Ausbruch einer depressiven Episode genannt (Reck, 2001).

Brown, Bifulco und Harris (1987; zit. nach Reck, 2001) unterteilen diese Bereiche in sechs Klassen: (1) Verlust durch Todesfälle, (2) Verlust durch Trennung, (3) Verlust des Arbeitsplatzes (Selbst- oder Hauptverdiener), (4) Verlust materieller Güter, (5) Verlust von Gesundheit, (6) Verlust einer Wunschvorstellung, mit Bruch des Vertrauens zu anderen Personen.

In der Islington-Studie (Brown et al., 1987; zit. nach Reck, 2001) zeigte sich ein Prozentsatz von 27 Prozent depressiv erkrankter Frauen, die in den letzten vorausgehenden sechs Monaten ein entsprechend definiertes (siehe 6 Klassen nach Brown et al.) Verlustereignis zu beklagen hatten. Reck (2001) subsumiert unter diese Kategorie auch die Konflikte in der Partnerschaft, da anzunehmen sei, dass diese Konflikte einen bedrohlichen Charakter aufgrund von Trennungsängsten und Angst vor dem Verlassenwerden annehmen können. Während Männer grundsätzlich besser von einer Beziehung profitieren können, leiden Frauen unter interpersonalem Stress so sehr, dass sich daraus depressive Erkrankungen entwickeln können (vgl. Mc Grath, Keita, Stickland & Russo, 1993).

4.2.2.2 Positive Lebensereignisse und „Fresh-Start“-Ereignisse

Bis zum heutigen Zeitpunkt sind den protektiven Wirkungen dieser Ereignisse noch nicht sehr viele Studien gewidmet worden. Was man aber sagen kann ist, dass positive Lebensereignisse eine günstige Wirkung aufweisen, wenn sie vor Aufnahme in eine Klinik auftreten, danach aber ohne Einfluss bleiben (Billings & Moos, 1985; Monroe, Bellack, Hersen & Himmelhoch, 1983; zit.

nach Reck, 2001). Bei diesen Ereignissen handelt es sich hauptsächlich um sogenannte „entrance“-Ereignisse (Keller, 1997), insbesondere das Schliessen neuer Freundschaften.

Einen remissionsfördernden Einfluss wird den sogenannten „Fresh-Start“-Ereignissen (Reck, 2001; vgl. Keller, 1997) nachgesagt, also Ereignissen, die einen Neuanfang in einem bedeutsamen Lebensbereich bedeuten. Dabei konnten Brown, Lemyre und Bifulco (1992) aufzeigen, dass bei Depressionen und Angststörungen unterschiedliche „Fresh-Start“-Ereignisse Besserungen bewirken konnten. So erwiesen sich bei depressiven Erkrankungen jene Ereignisse als günstig, wo neue Hoffnung geschöpft werden konnte, bei Angststörungen hingegen jene, die mit Sicherheit verbunden waren.

4.2.2.3 Ereignisse in den Bereichen hoher Verpflichtung und Rollenkonflikten

Brown et al. (1987; zit. nach Reck, 2001) definieren fünf Bereiche, in welchen betroffene Menschen hohe Verpflichtungen und/oder Rollenkonflikte erleben: Kinder, Ehe, Partnerschaft, Hausarbeit, Arbeit und Aktivitäten ausser Haus. In ihrer Untersuchung zeigte sich, dass von den 130 teilnehmenden Frauen, denen ein schweres Lebensereignis widerfahren war, 40 Prozent eine depressive Episode entwickelten, wenn das Ereignis mit einem für sie wichtigen Verpflichtungsbereich verknüpft war (vgl. Kühner, 2001). blieb diese Übereinstimmung aus, reduzierte sich die Prozentzahl Frauen, welche eine depressive Episode entwickelten, auf 14 Prozent. Thoits (1991; zit. nach Kühner, 2001) führte den Begriff der „identitätsrelevanten Stressoren“ (S. 189) ein und bezeichnete damit diejenigen Identitäten, die auf Rollen beruhen und dem Individuum einerseits Bedeutung und Ziele geben, andererseits aber auch dessen Selbstbeurteilung beeinflussen. Ein Versagen in einer relevanten Rolle hat somit einen negativen Einfluss auf das Selbstwertgefühl. Mütter mit kleinen Kindern haben ein erhöhtes Depressionsrisiko, was einerseits auf den Rollenübergang zur Mutter zurückzuführen ist, andererseits wird aber auch ein Zusammenhang zwischen Einschränkung der sozialen Kontakte nach der Geburt betont. Auch unter diese Kategorie kann die pflegende Tätigkeit älterer und kranker Familienangehöriger subsumiert werden, welche immer noch hauptsächlich von Frauen übernommen wird (Kühner, 2001).

Viele Arbeiten unterstreichen die Hypothese, dass die Berufstätigkeit einer Frau den familiären Stress moderieren kann (Hurst & Genest 1995; Sprock & Yoder, 1997; zit. nach Kühner, 2001; vgl. auch Abele, 2001). Da verschiedene Rollen in Anspruch genommen werden, können sie im weiteren Sinne als Stress-Puffer andere Rollenbereiche abmindern oder kompensieren. Nach den sozial-kognitiven Modellen (z.B. Champion & Power, 1995; zit. nach Kühner, 2001) wirken Belastungen vor allem dann depressiogen, wenn andere wichtige Quellen fehlen, die das Selbstwertgefühl nähren könnten. In neueren Untersuchungen wird der Zusammenhang zwischen normati-

ven Rollenerwartungen und Depressionen weiter unterstrichen (Nazroo, Edwards & Brown, 1997; zit. nach Kühner, 2001).

4.2.2.4 Belastende Lebensereignisse und belastende Lebensbedingungen

Ab wann ein Zustand als chronisch bezeichnet werden kann, darüber herrscht kein allgemeiner Konsens. Die Angaben variieren zwischen drei Monaten und zwei Jahren (vgl. Reck, 2001).

Grundsätzlich sind Frauen häufiger als Männer chronischen Belastungen ausgesetzt, welche wiederum als Risikofaktoren für eine depressive Erkrankung genannt werden. So ist der sozioökonomische Status (z.B. Armut) eng verknüpft mit einer Depression, da die Betroffenen mehr chronischen Belastungen ausgesetzt sind, weniger subjektive Kontrolle über stressvolle Ereignisse erleben und auch weniger soziale Unterstützung erfahren. In diesem Zusammenhang ist auch die alleinerziehende Mutter zu nennen, welche aufgrund finanzieller Belastungen und eventuellem Mangel an sozialer Unterstützung vermehrt gefährdet ist, eine Depression zu entwickeln.

Sexueller Missbrauch und körperliche Gewalt gegen Frauen sind weitere kritische Lebensereignisse, welche die Entwicklung einer depressiven Erkrankung unterstützen. So wurden z.B. enge Zusammenhänge zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und Depressionen in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter festgestellt. Dabei spielen die Faktoren der Schwere, Häufigkeit und Dauer des sexuellem Missbrauches sowie die Beziehung zwischen Täter und Opfer eine Rolle (Kühner, 2001).

4.2.2.5 Zeitliche Wirkintervalle

Anhand mehrerer Studien (Avison und Turner, 1988; Paykel & Cooper, 1992; zit. nach Reck, 2001) konnte nachgewiesen werden, dass nur Lebensbedingungen, welche einen zeitlichen Abstand von drei bis sechs Monaten zum Ausbruch der depressiven Episode aufwiesen, einen Einfluss auf die Symptomatik hatten. Suh, Diener und Fujita (1996; zit. nach Reck, 2001) zeigten auf, dass die durchschnittliche Wirkungsdauer von Ereignissen unterschiedlichster Schweregrade zwischen drei und maximal sechs Monaten betrug. Daraus folgt die Annahme, dass der Effekt chronischer Belastungen über die Zeit hinweg nachlässt (Reck, 2001).

4.2.2.6 Moderationsvariablen: Soziales Netzwerk und Persönlichkeit

Reck (2001) subsumiert das soziale Netzwerk unter moderierenden Variablen, welche bei der Verarbeitung kritischer Lebensereignisse eine wertvolle Ressource darstellen. Dabei wird zwischen subjektiver und objektiver Unterstützung unterschieden. Der wahrgenommenen (subjekti-

ven) Unterstützung wird dabei ein grösserer Effekt zugeschrieben als der tatsächlich erhaltenen (objektiven) Unterstützung.

Kühner (2001) betont das soziale Netzwerk als möglichen Krisenherd im Leben der Frau. Ihre Zuteilung wäre in der gewählten Aufteilung auch unter Kapitel 3.2.2.3 angepasst. Sie postuliert, dass Frauen bezüglich Lebensereignissen im sozialen Netzwerk vulnerabler reagieren als Männer. Kessler und McLeod (1984; zit. nach Kühner, 2001) stellten die „costs of caring“-Hypothese auf, welche ausdrücken soll, dass die Frauen sich mehr um Wohl und Unterstützung in ihrem sozialen Umfeld sorgen, was ihre Vulnerabilität für Stressoren im Umfeld erhöht.

Die soziale Unterstützung ist wiederum ein Faktor, der, wenn zu wenig davon vorhanden ist, depressive Reaktionen auslösen kann. Es scheint, als hätten Frauen in der Regel den grösseren Bekanntenkreis als Männer, sie haben aber auch einen erhöhten Bedarf an Unterstützung, der sich z.B. durch ihre komplexen Rollenanforderungen ergibt. Ein weiterer Stressor der sozialen Unterstützung ist die „Reziprozität von Beziehungsanforderungen“ (Kühner, 2001, S.193). Frauen sind viel häufiger der sich gegenseitigen Unterstützungsleistungen emotionaler und instrumenteller Art ausgesetzt, als es bei den Männern der Fall ist.

In der Forschung wird vermehrt auch der Blick auf Persönlichkeitseigenschaften und die damit verbundene Wahrnehmung, das Auftreten von Ereignissen und deren Verarbeitung gerichtet. Es interessiert dabei, ob gewisse Persönlichkeitseigenschaften eine höhere Vulnerabilität für die depressiven Erkrankungen mit sich bringen (Reck, 2001). Die Charaktereigenschaften Extraversion/Introversion, Autonomie/Soziotropie und Persönlichkeitszüge wie Perfektionismus, Belastbarkeit aber auch Humor stehen dabei im Zusammenhang mit belastenden Lebensereignissen. Kendler, Karkowski und Prescott (1999; zit. nach Reck, 2001) führten eine Studie durch, in welcher die kausale Beziehung zwischen kritischen Lebensereignissen und Depressionen untersucht werden sollte. Dabei fundierten ihre Forschungen auf der Annahme, dass die Anzahl belastender Lebensereignisse eines Menschen durch einen genetischen Faktor mitbestimmt sei. Sie gingen davon aus, dass Menschen mit spezifischen Persönlichkeitseigenschaften sich mehrheitlich in „Hoch-Risiko-Umgebungen“ (Reck, 2001, S. 56) begeben, in welchen kritische Lebensereignisse vermehrt auftreten, was dann ein erhöhtes Risiko der Vulnerabilität für depressive Erkrankungen ergibt. Die Autoren fanden tatsächlich eine positive Beziehung zwischen genetischem Risiko für belastende Lebensereignisse und dem genetischen Risiko, an einer depressiven Episode zu erkranken.

4.2.3 Kritische Lebensereignisse im Verlauf der depressiven Erkrankung

Paykel, Cooper, Ramana und Hayhurst (1996; zit. nach Reck, 2001) konnten in ihrer Cambridge Depression Study keinen bedeutsamen Zusammenhang zwischen kritischen Lebensereignissen und Krankheitsverlauf feststellen (vgl. Andres, Hawton, Fagg und Westbrook, 1993, Cambridge Depressions Study; zit. nach Reck, 2001) „Die einzige Ausnahme bildete der signifikante Zusammenhang zwischen der Einschätzung des Ausmasses an globalem Stress zu Beginn der depressiven Episode und der Remissionsgeschwindigkeit“ (Reck, 2001, S. 61). So remittieren depressiv erkrankte Menschen schneller, wenn der zuvor eingeschätzte globale Stress niedrig war, umgekehrt hatten Menschen mit hohem globalen Stress eine längere Remissionszeit. Andres et al. (1993; zit. nach Reck, 2001) konnten als zentrales Ergebnis die signifikante Beziehung zwischen dem initialen Ausmass negativer Selbstbewertung und der Verlaufsprognose feststellen.

Der Zusammenhang zwischen depressiver Erkrankung und Beurteilung zweier Beziehungen, namentlich die zum Kind und die zum Partner, soll in folgendem Kapitel theoretisch erörtert werden. In Auswertung und Diskussion im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit, sollen diese Erkenntnisse in Verbindung zu den Daten gebracht werden, die von den Autorinnen erhoben wurden.

5 Subjektive Wahrnehmung von Partnerschaft und Beziehung zum Kind

5.1 Geschichtlicher Hintergrund

Die postnatale Depression steht im unmittelbaren Zusammenhang mit der komplexen und konflikthaften Rolle des Mutterseins. Mutterschaft kann nicht unabhängig von Zeit und Raum gesehen werden, sondern hängt von zeitgeschichtlichen und kulturellen Faktoren ab. So sind Gefühle wie die Mutterliebe nicht nur individuell, sondern auch gesellschaftlich und historisch beeinflusst (Hofecker et al., 2005).

Im 17. und 18. Jahrhundert dominierte in der städtischen Gesellschaftsordnung Mittel- und Westeuropas der Typus der einfachen Kernfamilie, deren Hausgemeinschaft als Arbeits- und Lebensstätte galt. Die Betreuung der Kinder wurde nicht als eigenständiger Aufgabenbereich angeschaut, sie wuchsen nebenher auf. Zudem halfen Kinder früh mit bei der Arbeit und wurden von älteren Geschwistern betreut. Adelige betrachteten Haushaltführung und Kinderbetreuung als niedrige Tätigkeit und übertrugen diese Aufgaben dem Gesinde und den Ammen. Durch die Industrialisierung im 19. Jahrhundert wurden mehr Arbeitsplätze ausserhalb der Haushaltgemeinschaften geschaffen, was eine Umverteilung der bisherigen Aufgaben erforderte. Die Frauen wurden immer mehr in ein häuslich-mütterliches Rollenbild hineingedrängt, was auch das Ideengut der Neuzeit hervorhob (Mutterliebe und Kindheit als spezifische Lebens- und Entwicklungsphase), die Männer vertraten die Familie gegen aussen und übten innerhalb der Familie die oberste Entscheidungsgewalt. Die neu entstandene Arbeitsschicht forderte immer mehr auch Frauen als Arbeitskräfte, für die Betreuung der Kleinkinder standen Geschwister und Alte zur Verfügung.

Das Normenmodell Familie fand in den 50er und 60er Jahren seine stärkste Ausprägung (Hofecker et al., 2005). Während früher kinderlose Ehepaare als von Gott bestraft und von der Gesellschaft ausgeschlossen wurden, liegen heute Singles und bewusst kinderlose Paare im Trend. Nach wie vor sind es – vor allem in den ersten Lebensjahren – die Mütter, die in erster Linie für die Kinder verantwortlich sind. Nach der kurzen Zeit im Spital hilft der Mann in den ersten Tagen noch zu Hause, dann ist die Mutter aber auf sich selber gestellt, Hilfe aus der Familie ist meistens nur sehr beschränkt möglich.

Die heutige Mutter will perfekt sein, ihr Kind vor allen Gefahren schützen und seine Entwicklung in jeder Hinsicht fördern. An diesem Anspruch wird jede Mutter früher oder später schei-

tern. Selbstvorwürfe, Scham und Schuldgefühle sind häufig die Folge, psychische Verstimmungszustände können sich entwickeln (Hofecker et al., 2005). Aufgrund dieser bedeutsamen Rollenzuschreibung gerieten Mütter in Gefahr, zum einen idealisiert und zum anderen verurteilt zu werden, wenn sich der Säugling nicht gut entwickelt. Bis weit ins Schulalter hinein verläuft die Sozialisation von Jungen und Mädchen fast ausschliesslich von Frauen und in kindgerechter Umgebung. Die Mutter scheint die Alleinverantwortliche für das Wohl des Kindes zu sein, dies trotz der Gleichberechtigung im öffentlichen und beruflichen Bereich. Ein ghanisches Sprichwort zeigt einen anderen Erziehungsgedanken auf: „Es braucht zwei Personen, um ein Kind zu zeugen, aber ein ganzes Dorf, um es grosszuziehen“ (zit. nach Hofecker et al. 2005).

Frauen verzichten mit der Geburt eines Kindes oft auf Karriere, auf ein eigenes Einkommen. Dies führt zu einem erhöhten Armutsrisiko im Gegensatz zu kinderlosen Paaren.

Mütter haben auch immer weniger Vorkenntnisse, da zum Beispiel Haushaltsschulen aus der Mode gekommen sind. Die konsequente Unerstützung der Familie erfordert nicht zuletzt Staat und Gesellschaft.

Die heutige Mutter hat im Gegensatz zu ihren Vorfahren mehr Wahlmöglichkeiten sowie bessere und vielfältigere Informationen, doch erfährt sie mehr Verunsicherung und Orientierungslosigkeit in ihrer Rolle als Mutter, Partnerin und Berufsfrau.

5.2 Definition Partnerschaft

Im Folgenden ist mit Partnerschaft nicht nur die eheliche Beziehung gemeint, sondern eine Lebensgemeinschaft, die sich auszeichnet durch eine Individualität des einen wie des anderen Partners, intradyadische Verhaltensweisen der einzelnen Partner und die extradyadische Abgrenzung beider Partner gegenüber anderen (Hell, 1982; zit. nach Backenstrass, 1998). Nach Hell (1982) ist eine Partnerschaft jedoch ein offenes System, das weder nach innen noch nach aussen eindeutig abgrenzbar ist durch ständige Rückkoppelung ohne Anfang und Ende.

Gemäss der „Assortative Mating“-Theorie fühlen sich Menschen mit ähnlichen Charakteren zueinander hingezogen (Hell, 1982). Daraus könnte man ableiten, dass unter den Partnern depressiv Erkrankter mehr depressive Partner zu finden sind. Gemäss dem Interaktionsmodell können Beziehungsstörungen zwischen Ehegatten zum Auftreten psychischer Krankheiten beitragen und gemäss dem Stressmodell können äussere Belastungen psychische Störungen zur Auslösung bringen.

5.3 Liebesstile

In einer Studie von Schwennen und Bierhoff (2002) wurde festgestellt, dass depressiv Verstimmte eine niedrige Ausprägung des Liebesstils Eros (romantische Liebe) aufweisen. Dies weist darauf hin, dass das Symptombild von Depressiven in vielerlei Hinsicht den Merkmalen von Eros widerspricht. Bierhoff, Grau und Ludwig (1993) konnten aufzeigen, dass romantische Liebe und Beziehungsglück positiv zusammenhängen. Der negative Zusammenhang zwischen depressiver Verstimmtheit und partnerschaftlichem Glück kann also als gegeben angesehen werden.

Auch zeigen depressiv Verstimmte eine erhöhte Ausprägung im besitzergreifenden Liebesstil Mania. Mania hängt positiv mit Eifersucht und negativ mit dem Selbstwert zusammen.

Weiter konnte die Studie aufzeigen, dass der spielerische Liebesstil Ludos bei den depressiv verstimmtten Personen deutlich ausgeprägter war als bei den nicht depressiven Personen. Erstere beschrieben sich als weniger glücklich und geben an, mehr Ein-Nacht-Beziehungen gehabt zu haben. Dies lässt sich so erklären, dass die betroffenen Personen laufend nach positivem Feedback suchen, um die Zweifel bezüglich ihres eigenen Wertes zu lindern. Diese Erklärung ist aber in weiteren Studien zu prüfen. Andererseits kann diese spielerische Einstellung zur Liebe die depressive Symptomatik auch begünstigen. Besonders ausgeprägt ist diese Tendenz bei depressiven Männern.

5.4 Wert von Beziehungen

Beziehungen tragen wesentlich zur sozialen Integration bei (Argyle & Henderson, 1990; zit. nach Schwennen & Bierhoff, 2002). Die damit verbundene soziale Unterstützung bildet ein Schutzschild gegen Isolation und Einsamkeit (Stroebe, 2000; zit. nach Schwennen & Bierhoff, 2002). Das Vorhandensein einer Partnerschaft alleine kann zu besserem Wohlbefinden und verringertem Krankheitsrisiko führen (Gove, Style & Hughes, 1990; zit. nach Schwennen & Bierhoff, 2002). Jedoch haben Personen in unglücklichen, konfliktüberschatteten Beziehungen gehäuft psychische und psychosomatische Beschwerden. Besonders häufig ist die Korrelation zwischen Depressionen und unbefriedigter Partnerschaft (Beach, Fincham & Katz, 1998; zit. nach Schwennen & Bierhoff, 2002).

Eine Beziehung ist laut Pedrina (2006) grundsätzlich im ständigen Konflikt zwischen Abhängigkeit und Autonomie.

5.5 Partnerschaft und postnatale Depression

Depressionen stellen im Leben eines Paares oft eine erhebliche und lang andauernde Einbusse an persönlicher und familiärer Lebensqualität dar. Durch die Entwicklung entsteht ausserdem der Eindruck, wichtige Phasen des Kindes zu versäumen: Ängste und Schuldgefühle, dem Kind zu schaden, treten auf.

5.5.1 Veränderungen der Partnerschaft durch die Geburt eines Kindes

Viele Paare sind nicht darauf vorbereitet, welche Veränderung ein Kind in ihre Beziehung bringt (Bischkopf, 2002). Aus einer Zweierbeziehung wird plötzlich eine Dreierbeziehung. Paare bekommen Kinder, um ihrem Leben einen Sinn zu geben. Unter den Schuldgefühlen, die die Mutter durch die PND empfindet, kümmert sie sich fast ausschliesslich um das Kind. Dadurch fehlt ihr die Möglichkeit, sich selbst zu erholen, Kraft zu tanken und Energie aus der bis dahin gut funktionierenden Partnerschaft zu schöpfen. Auch für den Vater ist die Situation neu und belastender als vorher, er fühlt sich hilflos. Wichtig ist aber, dass sich das Paar bewusst ist, dass sie nicht nur 24 Stunden am Tag Eltern sind, sondern dass auch die Partnerschaft weiter gepflegt werden muss. Dazu gehört auch die Sexualität, die nach einer Geburt nicht immer von selber wieder in Gang kommt. Infektionsgefahr, Schmerzen und ein verändertes Körpergefühl verringern das Lustempfinden der Frau. Auch das Stillen hat einen lustmindernden Einfluss auf die sexuelle Lust bei der Mutter. Schlafmangel, Stress und Erschöpfung kommen verstärkend dazu. So kann der Rückzug, die Passivität, der Libidoverlust und die Ablehnung vom gesunden Partner als Hinweis auf eine Entfremdung in der Beziehung gedeutet, also als ein Symptom der Beziehung interpretiert werden (Bischkopf, 2002). In diesem Fall werden die depressiven Symptome als direkter Vorwurf oder Angriff wahrgenommen. Die Reziprozität und die Vertrautheit gehen verloren durch die Persönlichkeitsveränderung. Partnerinnen werden als fremd wahrgenommen. Männer fühlen sich mehr verantwortlich, haben keine gleichwertige Partnerin mehr, fühlen sich schuldig, nicht genug Unterstützung zu bieten und gleichzeitig vernachlässigt. Schlussendlich ist nicht nur die Depression verursachend für eine verminderte Lebensfreude und den sich darin spiegelnde Libidoverlust. Auch die antidepressiven Medikamente können den sexuellen Erregungszyklus beeinflussen. Funktioniert die Kommunikation nicht, ist oft auch die sexuelle Beziehung des Paares beeinträchtigt. Partner der Patientinnen erleben Gefühle von Einsamkeit und Traurigkeit über den Verlust von Intimität.

Gloger-Tippelt (1988; zit. nach Gröhe, 2003) betont den Prozesscharakter des Übergangs zur Elternschaft. Sie beschreibt eine Folge idealtypischer psychologischer Phasen, die über die Schwangerschaft und Geburt hinaus das erste Lebensjahr des Kindes umfassen. Dieses Modell kann einen Eindruck über die umfangreichen Anpassungsleistungen vermitteln, die eine Schwangerschaft den werdenden Eltern abverlangt. Besonders betont werden dabei Ängste, die durch die Ankunft eines Kindes mobilisiert werden. Ängste sind aus psychodynamischer Sicht als „zentrale Achse zum Verständnis aller psychischen Störungen, als der Affekt, der alle Abwehrmechanismen mobilisiert“ (Mentzos 1984, S. 27) zu betrachten.

Die Verwendung des Krisenbegriffs im Zusammenhang mit dem Übergang zur Elternschaft bleibt jedoch nicht unumstritten. Oerter und Montada (1995; zit. nach Gröhe, 2003) setzen das Konzept der phasenspezifischen Entwicklungsaufgaben entgegen. Die Elternschaft wird in der Literatur sowohl als Entwicklungsanreiz als auch als eine mögliche Auslösesituation für Konflikte und Krisen beschrieben.

5.5.1.1 Rollenveränderung

Bezüglich der Paarbeziehung berichtet Gloger-Tippelt (1988; zit. nach Gröhe, 2003) von einer überwiegend traditionellen Rollenverteilung insbesondere im ersten halben Jahr post partum. Die Beschränkung der Frau auf häusliche und kindbezogene Tätigkeiten übt dabei einen ungünstigen Einfluss auf deren Zufriedenheit aus. Andererseits kann sie Eifersucht und Minderwertigkeitsgefühle beim Partner auslösen, weil die Frau so stark auf das Kind fixiert ist.

Mütter haben oft das Gefühl, im Leben ihres Partners habe sich grundsätzlich nichts geändert, seitdem das Kind zur Welt gekommen sei. Ausser dem Prestige, das er am Arbeitsplatz gewonnen hat. Die Frau bleibt währenddessen zu Hause und der Vater hat das Gefühl, er müsse nun, da seine Frau zu Hause sei, gar nichts mehr im Haushalt tun. Die Frau läuft Gefahr, die Rolle der Mutter an sich zu reißen und den Mann nicht zu integrieren. Irgendwann läuft dieser davon, sobald das Kind zu schreien beginnt, die Frau ist frustriert und mit der Zeit ist sie froh, wenn der Vater aus dem Haus ist und sie ihre Ruhe hat (Gmür, 1995).

5.5.1.2 Erwartungen und Probleme

Krisensituationen verstärken die Erwartungen an den Partner und die Partnerin. Manche Partnerschaft wird durch eine Krise gestärkt, andere scheitern daran. Frauen beklagen sich oft zu recht über die mangelnde Präsenz ihrer Männer. Sie haben aber nicht die Kraft, um nach mehr Unterstützung zu bitten und die Angst, die Beziehung zu gefährden, behindert sie (Rohde, 2004). Selbstbeherrschung und Grösse beweisen zu wollen, ist aber fehl am Platz. Eine Depression lässt

sich leicht verkennen, sodass die Krankheit nicht als solche wahrgenommen wird, sondern als Charakterschwäche, Schlampigkeit und Faulheit der Frau interpretiert wird. Die Abhängigkeit von ihrem Mann kann die Frau in einen schweren Zwiespalt bringen. Einerseits sind die Frauen enttäuscht und frustriert, dass sich ihr Mann zu wenig um die Familie kümmert, andererseits möchten sie ihn nicht unnötig belasten und sind froh, wenn er sie nicht verlässt, zumal sie sich oft selbst unausstehlich finden.

Als besondere Schwierigkeit in der partnerschaftlichen Beziehung nach einer Geburt sind Probleme wie Gewichtszunahme, was als ein sich gehen lassen aufgenommen werden könnte. Verlust des Selbstvertrauens, Streitsüchtigkeit, Unzufriedenheit, Apathie, Erschöpfung und Weinerlichkeit kommen dazu. Zudem wirken sich Angst, Konzentrationsprobleme und körperliche Symptome wie Verspannungen und Magen-Darm-Probleme ungünstig auf die Befindlichkeit der Frau und indirekt auf die Beziehung aus (Dalton, 2003).

5.5.1.3 Ergebnisse aus Studien

Die Bedeutung der partnerschaftlichen Beziehung in Bezug auf Entstehung, Aufrechterhaltung und Verlauf der PND wurde in verschiedene Studien aufgezeigt (u. a. Backenstrass, 1998). Gotlib und Hooley (1988; zit. nach Backenstrass, 1998) erklären den Zusammenhang von Partnerschaftsproblemen und depressiven Störungen und stellen fest, dass eine depressive Symptomatik einer Person innerhalb der Partnerschaft zu Problemen und Unzufriedenheit führen kann. Umgekehrt kann auch angenommen werden, dass vermehrte Probleme in der Partnerschaft zu einer depressiven Episode einer der beiden Partner führen kann. Partnerschaftsprobleme und Depression können sich gegenseitig in einem wechselnden Prozess über eine längere Zeitdauer bedingen. Depressive sind mit ihrer Partnerschaft grundsätzlich unzufriedener. Als protektive Faktoren werden von Beach et al. (1990; zit. nach Backenstrass, 1998) unter anderem Akzeptanz, Intimität, Austausch positiver Gefühle und Verhalten, das den Selbstwert des anderen stützt, genannt. Ein wichtiges interaktions-theoretisches Modell stammt von Coyne (1976; zit. nach Backenstrass, 1998). Am Anfang einer depressiven Entwicklung steht das Äussern depressiver Verhaltensweisen. Diese sind eine Bitte an den Partner um Unterstützung und Bestätigung. Die interpersonelle Last des weiteren Verlaufs der Beziehung wird auf die Interaktionspartner übertragen. Diese versuchen, den Anforderungen Folge zu leisten. Die depressive Person setzt jedoch weiter die Symptome ein, um Rückmeldung über die Art der Akzeptanz und Sicherheit in der Beziehung zu erlangen, was für den Partner auf Dauer unverstänlich und aversiv ist. Die geäußerten Beschwerden rufen aber auch Schuldgefühle hervor. Ein direkter Austausch von Ärger

oder Feindseligkeit wird unterdrückt und die Partner Betroffener versichern verletzt, irritiert und sich schuldig fühlend, dass sie die depressive Person unterstützen und akzeptieren wollen. So entsteht laut Coyne eine wachsende Diskrepanz zwischen dem Inhalt und der affektiven Qualität der Kommunikation seitens der Interaktionspartner. Dies stellt für die depressive Person eine Bestätigung dar, dass sie nicht wirklich akzeptiert wird und sie zeigt mehr Symptome, um die zunehmend schwindende Sicherheit wiederherzustellen. Ein Muster wechselseitiger Manipulation etabliert sich. Die depressive Partnerin kontrolliert also durch depressiv-dysphorisches Verhalten ihr Gegenüber. Das Einlenken des Partners führt zu einer positiven Verstärkung und nur zu einer kurzfristigen Reduktion des depressiven Verhaltens. Dieser sich selbst verstärkende Prozess belastet über längere Zeit die Beziehung stark und wirkt destruktiv.

Unter anderen haben Johnson und Jacob (1997; zit. nach Backenstrass, 1998) herausgefunden, dass sich Paare mit einem depressiven Partner bezüglich ihres Interaktionsverhaltens von der Kontrollgruppe unterscheiden. So sind negative und aggressive Verhaltensweisen häufiger als unterstützende. Zudem besteht eine grössere Asymmetrie bezüglich partnerschaftlicher Interaktion. Depressive unterscheiden sich dabei auch vom nicht depressiven Partnern. Erstere bringen häufiger negative Gefühle zum Ausdruck, äussern mehr Selbstabwertungen und Unwohlsein, klagen mehr über negative Zukunftsaussichten. Auch kann ein Unterschied zwischen Partnern von depressiven Menschen und Partnern nicht depressiver Menschen ausgemacht werden. Erstere äussern mehr positive Selbstbewertung und machen häufiger Problemlösevorschläge. In der Studie von Munth und Fiedler (1994; zit. nach Backenstrass, 1998) wird wohl eine verkomplizierte interpersonelle Struktur in Partnerschaften mit einer depressiven Person beschrieben, jedoch eher eine Tendenz zu Konfliktvermeidung und eingeschränkter Authentizität der depressiven Patientinnen und deren Partner, weniger eine negative Interaktion. Eher stellt sich dort ein Bild der sozial erwünschten Person dar, die gefügig und zuverlässig ist. Eine stärkere interpersonelle Dependenz wurde als mögliche Erklärung dieser Befunde diskutiert. Paare mit einer depressiven Partnerin sprechen weniger miteinander und es kommt öfter zu Missverständnissen und Streit (Bischkopf, 2002). Ein Austausch über andere Themen als die Depression ist schwer möglich, was den gesunden Partner zu kurz kommen lässt. Die Patientin wird zum unattraktiven Gesprächspartner, weil sie keine anderen Perspektiven einnehmen kann und eine negative schwarzweiss Sicht der Welt hat.

Ausserpartnerschaftliche Kontakte sind herabgesetzt. Bei Paaren mit einer depressiven Partnerin fällt oft eine komplementäre Rollenverteilung auf. Bezüglich der Rückfallprädikation erwiesen sich zunächst krankheitsbedingte Merkmale wie Erkrankungsalter und vorangegangene Episoden

als bedeutsam. Laut Hell (1982) haben Partner Mühe, das abnorme Verhalten ihrer depressiven Partnerin festzustellen und zu definieren. Akzeptieren die Partner das Vorliegen einer Krankheit, hängt das von ihnen gewählte Krankheitsmodell stark von ihrem soziokulturellen Hintergrund ab. Angehörige aus einer höheren Schicht suchen eher nach einer psychologischen Erklärung, während Angehörige aus einer tieferen Schicht neben magischen eher nach somatischen Ursachen suchen. Scheidungen treten wenn dann eher vor einer manifestierten depressiven Erkrankung auf, nach einer depressiven Episode ist die Scheidungshäufigkeit gleich wie bei der Durchschnittsbevölkerung (Hell, 1982). Der Krankheitsverlauf der erkrankten Partnerin steht in engem Zusammenhang mit dem Selbstkonzept und der Befindlichkeit des Gesunden. Partner von chronisch Kranken sehen sich als sozial unattraktiver, kontrollierter und verschlossener als Partner von neu erkrankten Patienten.

5.5.2 Zur Lebenssituation der Partner depressiver Patientinnen

Die Depression eines Partners beeinflusst das Familienmanagement, die Familiengrenzen, das Familienklima und die familiäre Zukunft. Die Alltagsabläufe und Lebenszusammenhänge des Paares verändern sich. Spontane Aktivitäten oder längerfristige Planungen sind nur noch schwer möglich (Bischkopf, 2002). Häufig müssen Partner die Initiative und Organisation der familiären Abläufe übernehmen, die depressive Patientin ist keine zuverlässige Partnerin mehr. Auch kommt es oft zu einer Isolierung, da der depressive Partner soziale Kontakte ablehnt. Diese Isolierung stellt eine Gefahr des Alleingangs dar, Paare können sich auseinander leben, wenn der Gesunde Beziehungen ausserhalb der Familie weiterhin alleine pflegt. Auch auf die Stimmungslage der Familie hat die depressive Verstimmung einer Partnerin Einfluss. Wenn am Anfang der Erkrankung noch Kraft für Unterstützung da war, lässt diese bei fehlendem Erfolg nach, Wut und Hilflosigkeit können das Mitgefühl ablösen. Letztlich kommen auch Unsicherheiten bezüglich der Zukunft auf. Aus einer Berufsunfähigkeit resultiert eine Einkommenseinbusse, was das Paar in finanzielle Engpässe führen kann.

Fällt ein Partner in der Beziehung aus, muss der andere aushelfen. Es kommt zu einer (Neu)Verteilung von Rollen (Bischkopf, 2002). Dies ist aber nicht unbedingt unproblematisch, zumal sich der Andere überfordert fühlen oder der Kranke sich bevormundet oder überflüssig vorkommen kann. Eine Überforderung kann aber auch als Chance verstanden werden und der rollenübernehmende Partner kann in der Beziehung wachsen.

5.6 Beziehung Säugling-Mutter

5.6.1 Entwicklung der Bindung

Die mittelschwere Depression der Mutter korreliert mit einer zu engen Beziehung zwischen Mutter und Kind mit exzessiver innerer Beschäftigung und Tendenz zur Intrusion (Pedrina, 2006).

Sie stellt sich direkt in der Interaktion dar. Besteht neben der mittleren oder leichten Depression noch die Symptomatik einer Persönlichkeitsstörung, sind Mutter-Kind-Beziehungen festzustellen, welche Wechselhaftigkeit und dysharmonische Interaktionen aufweisen. Kinder reagieren darauf mit Rückzug oder Flucht nach vorne. Die leichte Depression der Mutter kann mit einer durchaus guten Mutter-Kind-Beziehung einhergehen. Ist diese in Mitleidenschaft gezogen, erscheint sie als (sub-)depressive Interaktion (Pedrina, 2006).

Eine wenig belastete Mutter-Kind-Interaktion ist am ehesten zu beobachten, wenn die Mutter gut mentalisiert und selbstreflexiv ist und wenn sie sich aufgehoben und unterstützt fühlt.

Im Vergleich zu gesunden Müttern zeigen depressive Mütter mehr negative und weniger positive Gefühle. Sie spielen und sprechen weniger mit dem Kind und lieblosen es seltener, obwohl sie vergleichbar viel Zeit mit dem Kind verbringen und es in aller Regel sorgfältig pflegen (Pedrina, 2006). Sie nehmen die Befindlichkeit ihres Kindes negativer wahr, berichten häufiger über Verhaltensstörungen des Kindes, reagieren verzögert auf Signale des Kindes und stimulieren sie insgesamt weniger als gesunde Mütter. Schrei- und Schlafstörungen des Babys können die depressiven Symptome der Mutter ebenso verstärken wie Fütterungs- und Gedeihstörungen (Schwarz-Gerö, 2006).

Papousek (2002) beschreibt einen Teufelskreis: depressive Mütter verstärken durch ihr Verhalten die kindliche Regulationsstörung. Die Ängstlichkeit, die Resignation und die Ungeduld irritieren das Kind und beunruhigen es, was wiederum zu einem Insuffizienzgefühl bei der Mutter führt und die Depression verstärkt.

Kinder depressiver Mütter versuchen, die mangelnde Verfügbarkeit der Mutter durch Protest und emotionale Dysregulation zu beeinflussen. Andererseits ziehen sie sich bei anhaltendem Nichterfolg zurück und scheinen die Reize aus der Umwelt kaum mehr wahrzunehmen. Generell lächeln und lautieren sie weniger und nehmen seltener Blickkontakt auf. Schwarz-Gerö (2006) interpretiert dieses Verhalten als Versuch des Kindes, sich vor der Leere oder der emotionalen Inkongruenz der mütterlichen Mimik zu schützen. Diese Reaktion nehmen Mütter oft persönlich und werten es als Ablehnung, was wiederum einen überregulierten, invasiven Interaktionsstil auslösen kann. Kinder depressiver Mütter zeigen mehr Verhaltensweisen der Selbstberuhigung als Kinder

gesunder Mütter. Sie zeigen weniger positive Gefühle und es kommt zu weniger positiven Aktivitäten mit der Mutter (Papousek, 2002; zit. nach Hofecker et al.). Säuglinge depressiver Mütter lösen auch bei anderen Bezugspersonen ein gehemmtes Verhalten aus. Dies mag eine Schutzfunktion gegen Überstimulierung sein, es ist aber auch eine Behinderung bei neuen Lernerfahrungen. Der Begriff der Säuglingsdepression ist nach Papousek jedoch mit Vorsicht anzuwenden.

In den vorangegangenen Kapitel wurden die theoretischen Hintergründe für die erarbeiteten Hypothesen aufgeführt und von verschiedenen Seiten beleuchtet. Im zweiten Teil dieser Arbeit, dem methodischen Bereich, wird die Vorgehensweise für die Datenerhebung, die Datenerhebung selbst sowie die Auswertung aufgeführt und beschrieben. Zusammen mit dem theoretischen Teil bilden diese grossen Bereiche dann die Grundlage für das Kapitel der Diskussion, in welchem die Fragestellungen beantwortet und die Hypothesen entweder verifiziert oder falsifiziert werden sollen.

6 Hintergrund und Aufbau der Studie

6.1 Fragestellungen und Hypothesen

6.1.1 Fragestellungen

1. Unterscheidet sich das Symptomprofil von Frauen im gebärfähigen Alter, die das Eingangskriterium für die Diagnose „depressive Erkrankung“ nach DSM-IV ausserhalb der Nachgeburtzeit nicht erfüllen, von ihrem Symptomprofil in der Postnatalzeit, in welcher sie ebenfalls die Eingangskriterien für eine Diagnose „depressive Erkrankung“ nach DSM-IV nicht erfüllen?

Aus den im Theorieteil dargestellten Inhalten bezüglich der Komorbidität von Depression und belastenden Lebensereignissen sowie Suchterkrankungen und der Wahrnehmung von Partnerschaft und Beziehung zum Kind bei einer postnatalen Depression ergeben sich zudem folgende Fragestellungen:

2. Warum zeigen die Frauen unterschiedliche Symptome der depressiven Erkrankung? Kann die Stärke oder Häufung der Symptome im Zusammenhang mit kritischen Lebensereignissen und oder zusätzlichen Suchterkrankungen erklärt werden?
3. Unterscheidet sich die Beurteilung der Beziehungen zu Partner und Kind durch die Frauen in und ausserhalb der Postnatalzeit und steht diese im Zusammenhang mit Symptomen der depressiven Erkrankung?

6.1.2 Hypothesen

Aus den obigen Fragestellungen werden folgende Hypothesen abgeleitet:

1. Das Symptomprofil von Frauen im gebärfähigen Alter, die das Eingangskriterium für die Diagnose „depressive Erkrankung“ nach DSM-IV ausserhalb der Nachgeburtzeit nicht erfüllen unterscheidet sich von ihrem Symptomprofil in der Postnatalzeit nicht, in welcher sie ebenfalls die Eingangskriterien für eine Diagnose „depressive Erkrankung“ nach DSM-IV nicht erfüllen.

2. Belastende Lebensereignisse und Suchterkrankungen haben einen Einfluss auf die Entwicklung und Stärke depressiver Symptome, sowohl in der Zeit unmittelbar nach der Geburt als auch zu einem späteren Zeitpunkt.
3. Frauen beurteilen aufgrund der Belastung der Geburt ihre Beziehung zu Partner und Kind in der Postnatalzeit negativer als ausserhalb der Postnatalzeit. Dabei haben Symptome der depressiven Erkrankung einen Einfluss auf die Wahrnehmung der Beziehungen.

7 Methodisches Vorgehen

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, Einblicke in das Befinden und den Lebenslauf der interviewten Frauen zu gewinnen, um die drei Fragestellungen zu beantworten und die Hypothesen zu prüfen.

Für die qualitative Studie wurden sieben Frauen mittels eines problemzentrierten, fokussierten Interviews befragt. Diese Interviews wurden anschliessend transkribiert und einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Weiter wurden sowohl den Frauen als auch ihren Partnern Fragebögen ausgeteilt, wobei es sich bei den Frauen dabei um eine vereinfachte Version des SKID-I-Fragebogens des DSM-IV handelte. Den Partnern der interviewten Frauen wurde ein Fragebogen abgegeben, welcher ihre Sichtweise der partnerschaftlichen Beziehung sowie die Beziehung zwischen Mutter und Kind untersuchen sollte.

Eine qualitative Studie scheint für diese Arbeit geeignet zu sein, da nicht für alle Fragestellungen standardisierte Instrumente zur Verfügung standen, ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden konnte und dadurch eine grösst mögliche Offenheit erzielt wurde. Im Sinne des Qualitätskriteriums der Triangulation (Mayring, 2002) wurde der SKID-Fragebogen quantitativ ausgewertet, um die Stichprobenbeschreibung vorzunehmen. Dieser Fragebogen fragte Symptome der depressiven Erkrankung, sowohl in der Postnatalzeit als auch ausserhalb dieser Periode ab.

7.1 Datenerhebung durch problemzentriertes fokussiertes Interviews

7.1.1 Interviewleitfaden

In erster Linie haben sich die Autorinnen für ein problemzentriertes und fokussiertes Interview (Mayring, 2002) mit den Frauen entschieden, da mit den oben aufgeführten Fragestellungen an einem gesellschaftlichen Problem angesetzt wird und wesentliche Aspekte bereits im Voraus im

Theorieteil dieser Arbeit erarbeitet wurden. Ebenfalls ist schon einiges über die Fragestellung bekannt und sie kann als dezidiert und spezifisch bezeichnet werden, was weiter für ein fokussiertes Interview spricht. Es wurde darauf geachtet, eine möglichst grosse Offenheit mit den Fragen zu schaffen, um die subjektive Sichtweise der Interviewpartnerinnen zu erfahren. Ebenfalls wurde darauf geachtet, eine Vertrauensbeziehung aufzubauen, auf welcher die Frauen frei erzählen konnten.

Die erste Frage soll als allgemeine Sondierungsfrage gelten, um zu erfahren, ob die Thematik im Groben für die zu interviewenden Frauen überhaupt von Interesse ist und um zu spüren, welche subjektive Bedeutung das Erzählte für die Frauen hat. Weiter wurde der Fragebogen mit Leitfadenfragen ergänzt, mit welchen auf die Themenaspekte eingegangen werden soll, die für die Fragestellungen und Hypothesen von Bedeutung sind. Spontane Ad-hoc-Fragen waren von Beginn an zugelassen.

Alle Fragen des Interviewleitfadens basieren auf der Literatur des vorliegenden Theorieteils dieser Arbeit und wurden aufgrund der Fragestellungen generiert. Der ganze Leitfaden kann im Anhang gesichtet werden.

Zur visuellen Darstellung wurden die Frauen zusätzlich gebeten, in speziell angefertigten Raster Zufriedenheitslinien einzuzeichnen.

7.1.2 Fragebogen zur Erkennung von depressiven Symptomen

Für die Erkennung von Symptomen einer depressiven Erkrankung wurde der bestehende SKIDI-Fragebogen (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV) der Achse eins vereinfacht und den Frauen in schriftlicher Form als Fragebogen zugestellt. Um die erste Fragestellung der vorliegenden Arbeit beantworten zu können, wurden die Frauen jeweils auf die ersten sechs Monate nach der Geburt (die Postnatalzeit) sowie auf die sechs Wochen vor der Datenerhebung hin befragt. Dieser Fragebogen wurde im Rahmen einer quantitativen Studie ausgewertet um eine Stichprobenbeschreibung garantieren zu können. Er ist im Anhang eingefügt.

7.1.3 Fragebogen an die Partner der interviewten Frauen

Weiter wurde an die Partner der interviewten Frauen ein Fragebogen abgegeben, um ein möglichst valides Gesamtbild erschaffen zu können. Die Partner wurden zu der Beziehung befragt, wie diese sich aus ihrer Sicht gestaltet. Ebenfalls wurde eine Frage zur Beziehung zwischen Mut-

ter und Kind gestellt. Dieser Fragebogen wurde vorwiegend als Validierung der Aussagen der Frauen gebraucht, um ein weiteres Qualitätskriterium der Einzelfallanalyse vorweisen zu können (Mayring, 2002). Die Fragebögen wurden systematisch, anhand des Kategoriensystems aus der Interviewauswertung der Frauen, ausgewertet. Einzelne Passagen wurden im Sinne von Unterstreichungen im nachfolgenden Auswertungsteil eingefügt.

Der Fragebogen (im Anhang ersichtlich) wurde durch die Autorinnen anhand des theoretischen Materials erarbeitet und in einem ersten Durchgang überprüft. Da die erste Variante sehr ausführlich und für den Partner mühsam zum Ausfüllen war, wurde der Fragebogen auf vier Fragen abgekürzt. Die zentralen Punkte, welche für die Auswertung wichtig waren, wurden als Stichworte angefügt, auf welche die Partner Bezug nehmen sollten.

7.1.4 Suche und Auswahl der Interviewpartnerinnen

Mehrere Frauen aus dem Umfeld der Autorinnen wurden im März 2008 schriftlich angefragt, ob sie bereit wären, an einem Interview teilzunehmen. Auch wurde in diesem Schreiben darauf hingewiesen, dass zusätzlich ein Fragebogen ausgefüllt werden sollte und die Autorinnen den Partnern gerne einen Fragebogen abgeben würden.

Folgende Kriterien waren für die Auswahl der teilnehmenden Mütter bestimmend:

- Die Frau gebar ihr letztes Kind im Zeitraum September 2006 – September 2007
- In ihrem Leben noch keine Diagnose einer depressiven Erkrankung nach DSM-IV

Acht Frauen meldeten sich schnell und waren mit einem Interview einverstanden.

Das versendete Schreiben ist im Anhang ersichtlich, genauso wie die Einverständniserklärung.

7.1.5 Interviewdurchführung

Anhand des Theorieteils der vorliegenden Arbeit wurden in einem ersten Schritt Fragestellungen für den Interviewleitfaden generiert sowie die Punkte zusammengetragen, die bei ungenügender Beantwortung durch die zu interviewende Untersucherin nachgefragt werden müssen. Nach Rücksprache mit einer Fachperson auf dem Gebiet der qualitativen Forschung wurden die Fragestellungen besser formuliert (von „Erzählen Sie mir die Geschichte von Ihnen und den Drogen“ zu „Haben sie schon einmal Drogen konsumiert? Was können Sie mir über allfällige Erfahrungen damit erzählen?“). Danach wurde der Leitfaden in einem Probeinterview getestet und in einem weiteren Schritt nochmals leicht angepasst, vorwiegend in den Punkten, die im Falle einer Nichtbenennung angesprochen werden sollten.

Die Interviews wurden alle bei den Interviewpartnerinnen zu Hause durchgeführt und auf Tonband aufgenommen. Die Dauer der Interviews betrug zwischen 45 und 75 Minuten. Alle Interviews wurden im März und April 2008 durch die Autorinnen der vorliegenden Arbeit durchgeführt. Leider hat eine Frau, die für eine Interviewdurchführung zugesagt hatte, relativ kurzfristig wieder abgesagt, wodurch die Anzahl der Probandinnen auf sieben sank.

7.1.6 Fragebogen

Die Fragebögen wurden den Frauen und deren Partnern bereits im Voraus zugestellt, damit sie sich diese schon ansehen und beim Interviewtermin allfällige Unklarheiten klären konnten.

7.2 Auswertungsverfahren

7.2.1 Fragebogenauswertung Quantitativ

Die Auswertung des vereinfachten SKID-Fragebogens erfolgte per quantitativer Methode. Die einzelnen angegebenen Symptome wurden tabellarisch dargestellt, damit sie ausgezählt werden konnten. Die Ergebnisse der Symptomerhebung werden in Kapitel 8 dargestellt und in der Diskussion in Kapitel 9 in Bezug zu den Interviewdaten gebracht.

7.2.2 Transkription

Alle sieben Interviews wurden in Schweizerdeutsch durchgeführt. Bei der Transkription wurden die Inhalte in normales Schriftdeutsch übertragen, was einer der bekanntesten Protokolliertechniken entspricht (Mayring, 2002). Bei diesem Vorgehen wird der Dialekt bereinigt, der Stil geglättet und Satzbaufehler behoben. Diese Art der Transkription wurde gewählt, da die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund steht. Zusätzlich wurde eine weitere Spalte in das Protokoll eingefügt, das Platz für Kommentare bietet (z.B. lacht, denkt nach, Pause, etc.).

Die Transkripte wurden aufgrund des Datenschutzes nicht in diese Arbeit eingefügt, sie können aber jederzeit bei den Autorinnen eingesehen werden.

7.2.3 Qualitative Inhaltsanalyse

Die Interviews wurden im Sinne einer zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Dabei war das Ziel, das Material so weit zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch diese Minimierung aber ein überschaubarer Datensatz entstehen kann, welcher immer noch ein gutes Abbild des Grundmaterials bietet (Mayring, 2002).

Nach Erhebung der ersten Interviews und deren Transkription wurden im Sinne eines Interrating-Trainings mehrere Transkripte von beiden Autorinnen durchgearbeitet. Dabei wurden die zuvor erstellten Kategorienbeschreibungen genutzt und mit Unterkategorien verfeinert. Die Verbindung zwischen Theorie, Fragestellung und erhobenem Material wurde dabei stets im Auge behalten. Nach diesen Arbeitsschritten resultierten folgende Kategorien:

- Beziehung zum Kind postnatal
 - o 1 Nähe / Distanz
 - o 2 Stress / Ruhe
 - o 3 Positiv konnotierte Emotionen
 - o 4 Negativ konnotierte Emotionen
 - o 5 Beziehung

- Beziehung zum Kind ausserhalb der Postnatalzeit (ab 7. Monat nach der Geburt)
 - o 6 Nähe / Distanz
 - o 7 Stress / Ruhe
 - o 8 Positiv konnotierte Emotionen
 - o 9 Negativ konnotierte Emotionen
 - o 10 Beziehung

- Beziehung zum Partner postnatal
 - o 11 Zweisamkeit / Intimität
 - o 12 Freiräume
 - o 13 Vertrauen / Ängste und Unsicherheiten
 - o 14 Unterstützung
 - o 15 Emotionen
 - o 16 Stress

- Beziehung zum Partner ausserhalb der Postnatalzeit (ab 7. Monat nach der Geburt)
 - o 17 Zweisamkeit / Intimität
 - o 18 Freiräume
 - o 19 Vertrauen / Ängste und Unsicherheiten
 - o 20 Unterstützung
 - o 21 Emotionen
 - o 22 Stress

- Kritische Lebensereignisse postnatal
 - o 23 Verlust- und Trennungsergebnisse
 - o 24 Ereignisse in den Bereichen hoher Verpflichtungen und Rollenkonflikten
 - o 25 Belastende Lebensereignisse und belastende Lebensbedingungen
 - o 26 Moderationsvariablen soziales Netzwerk und Persönlichkeit

- Kritische Lebensereignisse ausserhalb der Postnatalzeit (ab 7. Monat nach der Geburt)
 - o 27 Verlust- und Trennungsergebnisse
 - o 28 Ereignisse in den Bereichen hoher Verpflichtungen und Rollenkonflikten
 - o 29 Belastende Lebensereignisse und belastende Lebensbedingungen
 - o 30 Moderationsvariablen soziales Netzwerk und Persönlichkeit

- Sucht postnatal
 - o 31 Suchtmittel
 - o 32 Frequenz
 - o 33 Selbstbeurteilung: Süchtig: Ja / Nein
 - o 34 Einschätzung durch Interviewerin
 - o 35 Beginn der Sucht
 - o 36 Ende der Sucht

- Sucht ausserhalb der Postnatalzeit (ab 7. Monat nach der Geburt)
 - o 37 Suchtmittel
 - o 38 Frequenz
 - o 39 Selbstbeurteilung: Süchtig: Ja / Nein
 - o 40 Einschätzung durch Interviewerin
 - o 41 Beginn der Sucht
 - o 42 Ende der Sucht

8 Darstellung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die sieben Frauen kurz vorgestellt. Anschliessend folgt eine Zusammenfassung der 42 Kategorien. Im Anhang befindet sich die Übersichtstabelle über die kompletten Kategorien.

8.1 Daten aus den Interviews

8.1.1 Biografische Daten der Probandinnen und Erleben der Interviewerin

Frau A. ist 29 Jahre alt, verheiratet und lebt mit ihrer Familie in ländlicher Umgebung. Zum Zeitpunkt des Interviews ist Frau A. Mutter von zwei Kindern.

Frau A. gibt sich im Interview entspannt und locker. Sie erzählt sehr offen von ihren Erfahrungen. Sie spricht auch ehrlich über Gefühle der Überforderung und Hilflosigkeit.

Die Kinder sind zum Zeitpunkt des Interviews im Bett, der Partner im Wohnzimmer nebenan. Das ältere Kind steht einmal auf und kommt ins Esszimmer, lässt sich aber ohne Mühe vom Vater wieder ins Bett bringen.

Frau B. ist 34 Jahre alt, verheiratet und lebt mit ihrer Familie in einer Stadt. Frau B. ist Mutter von einem Kind.

Frau B. erzählt sehr offen im Interview und durchlebt emotional scheinbar noch einmal die Erlebnisse der Geburt. Eine intensive Auseinandersetzung mit sich selber, dem Kind und dem Partner wird spürbar.

Das Interview findet in gemütlicher Atmosphäre im Esszimmer statt, während der Partner mit dem Kind im Wohnzimmer spielt und es später ins Bett bringt.

Frau C. ist 31 Jahre alt, verheiratet und lebt mit ihrer Familie in einer Stadt. Frau C. ist Mutter von zwei Kindern.

Frau C. erzählt ausführlich vom Geburtsvorgang und den schweren Komplikationen nach der Geburt. Im Interview kommen negative Erinnerungen wieder hoch und das Interview muss einmal unterbrochen werden. Die Auswirkungen der Komplikationen auf die Beziehung zum Kind und zum Partner werden deutlich.

Das Interview findet im oberen Stock statt, während sich der Partner mit den Kindern im Wohnzimmer beschäftigt.

Frau D. ist 34 Jahre alt, verheiratet und lebt mit ihrer Familie in ländlicher Umgebung. Zum Zeitpunkt des Interviews ist Frau D. Mutter von zwei Kindern.

Frau D. erzählt spontan und klar von ihren Erfahrungen und den Komplikationen nach der Geburt. Die Priorität der Familie kommt während des Interviews stark zum Ausdruck.

Das anfänglich etwas unruhige Interview wird von der Küche ins Schlafzimmer verschoben, damit Interviewerin und Probandin ungestört sind, während der Partner im Wohnzimmer mit den Kindern spielt.

Frau E. ist 43 Jahre alt, verheiratet und lebt mit ihrer Familie in ländlicher Umgebung. Frau E. ist Mutter von einem Kind.

Frau E. erzählt offen und ausführlich von ihrem Geburtserlebnis und der Zeit nach der Geburt mit ihrem Kind und dem Partner. Die Probandin ist emotional sehr gut spürbar und eine tiefe Verbundenheit vor allem zum Kind aber auch zum Partner wird deutlich.

Die Atmosphäre ist entspannt, der Vater bringt das Kind ins Bett. Die Interviewpartnerin geht einmal vom Gespräch weg und nach dem Kind sehen, weil es den Schlaf nicht finden kann und weint.

Frau F. ist 31 Jahre alt, verheiratet und lebt mit ihrer Familie in einer Stadt. Frau F. ist Mutter von einem Kind.

Frau F. ist sehr interessiert an der Arbeit der Autorinnen und motiviert für das Interview. Sie erzählt offen und ausführlich von ihren Erlebnissen und spricht über Ängste und Schwierigkeiten in der Beziehung zum Kind und zum Partner.

Das Kind ist nicht zu Hause, es wird von den Grosseltern gehütet. Der Partner ist im Büro beschäftigt, während das Interview statt findet.

Frau G. ist 36 Jahre alt, verheiratet und lebt mit ihrer Familie in einer Stadt. Sie ist Mutter von einem Kind.

Frau G. erzählt sehr berührend von ihrer Geschichte und ihrem Zusammensein mit dem Kind. Die Interviewerin spürte eine tiefe Verbundenheit der Mutter zu ihrem Kind. Frau G. erzählt frei und offen und teilt mit, wenn sie eine Frage nicht beantworten möchte. Sie gibt aber auf konkretes Fragen hin gerne Auskunft.

Das Interview wird bei der Interviewpartnerin zu Hause durchgeführt. Das Kind befindet sich bereits im Bett, der Partner ist ausser Haus. Die Atmosphäre ist gemütlich entspannt.

8.1.2 Sucht

8.1.2.1 Suchtmittelkonsum in der Postnatalzeit

Drei Frauen geben an in der Zeit postnatal geraucht zu haben (A., F., G.). Frau A. habe dies während rund zwei Monaten, im 5. und 6. Monat getan und würde sich selbst für diese Zeitspanne nicht als süchtig einstufen. Frau F. gibt an, ca. alle zwei Wochen im Ausgang mehrere Zigaretten geraucht zu haben und würde sich selbst als süchtig beschreiben. Frau G. habe während dieser Zeitspanne ca. 3 – 4 Zigaretten pro Tag geraucht.

Sechs Frauen (B., C., D., E., F., G.) geben an, in der Zeit postnatal gelegentlich Alkohol konsumiert zu haben. Keine der Frauen würde sich als abhängig bezeichnen.

8.1.2.2 Suchtmittelkonsum ausserhalb der Postnatalzeit

Hier beschreibt sich ebenfalls Frau F. als abhängig vom Konsum von Zigaretten. Wie bereits in der Postnatalzeit konsumiere sie ca. alle zwei Wochen mehrere Zigaretten.

Fünf Frauen (B, C, D, E, F) geben an, gelegentlich Alkohol zu konsumieren, allerdings würde sich keine der Frauen als süchtig bezeichnen. Frau G. trinke und rauche heute gar nicht mehr.

8.1.3 Kritische Lebensereignisse

8.1.3.1 Verlust- und Trennungsergebnisse in der Postnatalzeit

Keine der Frauen beschreibt ein Verlust- oder Trennungsergebnis während der ersten sechs Monate nach Geburt, das für sie belastend gewesen wäre. Frau C. habe einen Todesfall einer relativ jungen Person zu beklagen, sei dadurch erschrocken, nicht jedoch schwer betroffen gewesen.

Frau C.: „Also, es sind jetzt sogar Leute gestorben, die ja, so in den Fünfziger waren, die mich schon betroffen gemacht haben, weil ich einfach erschrocken bin, irgendwie mit 50, also aus heiterem Himmel. Aber jetzt nicht jemand aus dem ganz nahen Bekanntenkreis.“

8.1.3.2 Verlust- und Trennungsergebnisse ausserhalb der Postnatalzeit

Auch hier wird lediglich ein Verlustereignis genannt, wobei es sich um den Tod des Grossvaters des Partners von Frau A. handelt und sie dieses Ereignis als nicht belastend einstuft.

8.1.3.3 Rollenkonflikte in der Postnatalzeit

Frau A. sei während der Postnatalzeit mit ihrer Familie auf einen Bauernhof gezogen. Dadurch habe sich der gesamte Lebensrhythmus verändert, was sich vorwiegend durch vermehrten Arbeitsanfall gezeigt habe.

Frau B., die vor der Geburt berufstätig war, habe sich zu Beginn eher schwer zurecht gefunden in der neuen Rolle als Frau, Partnerin und Mutter.

Frau B.: „Am Anfang ist das sicher noch schwierig. Dann hast du plötzlich zwei da, ja, da musst du alles auf die Reihe bringen. Als Frau musst... hast du viel mehr die Rolle, alles unter einen Hut zu bringen, der Mann ist da anders, er hat eine andere Beziehung zum Kind, er hat das vielleicht weniger.“

Bei Frau C. gäbe es Rollenkonflikte bezüglich des Haushaltes, wobei sie sich diesbezüglich im Austausch mit ihrem Partner befände.

Frau F. gibt an, dass es ihr nach der Geburt Mühe gemacht habe, für alle da zu sein, alles zu organisieren. Frau D. und E. geben keine Ereignisse in diesem Bereich an.

Frau G. ist die Umstellung von der erwerbstätigen Frau zur Mutter und Hausfrau sehr einfach gefallen.

Frau G.: „Also belastend definitiv nicht, nein. Das war ein Rollenwechsel, der mir sehr zusagt. Einschneidend eigentlich auch nicht, nein, es ist schon ein Bewusstsein, dass ich eine andere Rolle habe, aber ich habe mir jetzt überlegt, so, jetzt darf ich C. nicht mehr sagen, er soll hier mal etwas selbst machen, ich bin jetzt für den Haushalt verantwortlich und habe aber auch die wunderschönen Sachen, so dass ich z.B. zum Einkaufen gehe mit dem Kinderwagen und es mir die Mundwinkel hochgezogen hat vor Freude, dass das jetzt mein neuer Job ist, dass ich hier ins Coop gehe um Brot zu kaufen.“

8.1.3.4 Rollenkonflikte *ausserhalb* der Postnatalzeit

Hier berichten sowohl Frau B. als auch Frau C. von der Problematik der Haushaltsaufteilung zwischen ihnen und ihrem Partner, die bis zum heutigen Zeitpunkt noch nicht zufriedenstellend habe gelöst werden können.

Die anderen Frauen geben ausserhalb der Postnatalzeit keine weiteren kritischen Lebensereignissen in Rollenfragen oder Bereichen hoher Verpflichtungen an.

8.1.3.5 Belastende Lebensereignisse und Lebensbedingungen *in* der Postnatalzeit

Frau A beschreibt die ständige Anwesenheit auf dem Hof als eine belastende Lebensbedingung, da sie, auch wenn sie frei hat, trotzdem die Arbeit immer vor Augen habe. Es gäbe keinen richtigen Feierabend mehr.

Frau A.: „Ja, man sieht halt alles. Man kann nicht mehr sagen, so jetzt habe ich Feierabend und gehe nach Hause, man ist jeden Tag da, selbst wenn man mal frei machen will, rundherum wird gearbeitet. Die Angestellten kommen um zwölf zum Essen, ob ich jetzt frei

habe oder nicht. Tagsüber war ich halt nicht da, als wir noch unten gewohnt haben, dann ist es mich in dem Sinne nichts angegangen.“

Frau B. habe ab dem 3. Monat nach der Geburt Probleme mit der Ernährung ihres Kindes gehabt, da es viel zu wenig gegessen habe und nicht viel an Gewicht zugenommen habe.

Frau C. erzählt zu diesem Punkt von der Geburt und den Komplikationen, was sie als sehr belastend empfunden habe. Ebenfalls seien bei Ihrer Mutter veränderte Zellen festgestellt worden, die auf Krebs hingedeutet hätten, was für sie ebenfalls eine belastende Situation dargestellt habe.

Für Frau D. und Frau G. können die Komplikationen nach der Geburt zu den belastenden Lebensereignissen gezählt werden. Beide geben an, zu erneuten Spitalaufenthalten eingewiesen worden zu sein.

Frau D.: „Gefühlsmässig war das für mich ein Weltuntergang, weil ich wieder ins Spital musste.“

Frau D. habe auch die Zeit vor dem Umzug in das neu gebaute Haus belastet. Frau E. sei sich unsicher gewesen, wie es bezüglich der Arbeitssituation weitergehen würde. Das habe für sie eine belastende Lebensbedingung dargestellt, da die finanzielle Absicherung dadurch auch in Frage gestellt gewesen sei.

Frau E.: „Ja, ja also ich hatte es schwierig gefunden, dass ich mit meiner Arbeitsstelle, ähm, es war so abgemacht, dass ich eigentlich nach zwei drei Monaten ein Treffen habe und dann besprochen wird, ob es weitergeht. Und einfach diese Unsicherheit habe ich schwierig gefunden. Ich hätte gerne auch einfach wie gewusst, also ja, wir sind gesichert, wir haben auch genug Geld. Wir hatten auch gerade ein Haus gekauft. Und dann ja, es wäre schon knapp gewesen ohne meinen Verdienst.“

Ebenfalls sei für Frau E. belastend gewesen, dass die Erziehungsvorstellungen ihrer Eltern so weit von den eigenen abgewichen seien.

Frau F. kämpfe schon seit langem mit einer chronischen Darmentzündung und chronischen Rückenschmerzen, was für sie manchmal sehr belastend, manchmal weniger belastend sei. Ebenfalls berichtet sie über vermehrten Streit mit ihrem Partner.

8.1.3.6 Belastende Lebensereignisse und Lebensbedingungen *ausserhalb* der Postnatalzeit

Frau A. habe im 10. Monat nach der Geburt einen Autounfall gehabt, welcher ein Schleudert trauma mit Kopfschmerzen, Schwindel und depressiver Verstimmung mit sich gebracht habe. Die Symptome hätten zwei Monate angehalten. Ebenfalls erlebe sie es als belastend, dass ihre

Arbeit teilweise nicht wahrgenommen oder wertgeschätzt werde. Weiter belaste sie die schwierige Beziehung zum älteren Kind.

Frau A.: „Ja dann fängst du einmal ruhig an zu reden und versuchst jeden Tag aufs neue ruhig zu erklären, warum sie nicht schlagen darf, warum man nicht immer alles aus den Händen ‚rupfen‘ darf, ja und irgendwann fängst du an lauter zu erklären bis es zum Schreien ausartet, und am Schluss, wenn das ‚möge‘ auch nichts mehr nützt in dieser Lautstärke, dass es dir fast die Halsschlagader zerreisst, dann beginne ich halt sie zu packen, an den Haaren zu ziehen, an den Ohren zu rupfen, manchmal wirklich fest (...).“

8.1.3.7 Moderationsvariabel Persönlichkeit postnatal und heute

Tabelle 3: Übersicht über die Persönlichkeitsmerkmale

Zeit	Frau A.	Frau B.	Frau C.	Frau D.	Frau E.	Frau F.	Frau G.
Postnatal	Direkt / Selbstbewusst / Aufbrausend / Nicht extrem belastbar / Humor wechselhaft	Sensibel / Lustig / Lebensfroh / Tiefgründig / Spontan / Lebendig	Kein Power / Es gab nichts zu lachen	Zuverlässig / Ausgeglichene / Mit grossem Herz / Ohne Humor / Reizbar / Wenig Geduld	Körperlich gesund, stark und robust / Sensibel / Verletzlich / Phantasievoll / Ausdauernd / Differenzierte Aufnahmefähigkeit / Weich / Weiblich	Unkompliziert / Für Vieles zu haben / Probiert gerne Verschiedenes aus / Kann wütend werden / Vom Temperament her eher ruhig / Pflichtbewusst / Zuverlässig / Perfektionistin mit chaotischen Zügen / Ungeduldiger und unausgeglichener als üblich	Risiko-scheu / Humorvoll / Keine Perfektionistin / Teilweise belastbar, teilweise nicht / Weder extra noch introvertiert / Eigenständig
Heute	Gleich wie postnatal	Gleich wie postnatal	Viel Power / Aktiv / Ungeduldig	Humorvoll / Zuverlässig / Ausgeglichene / Mit grossem Herz	Gleich wie postnatal ohne das Weiche, Weibliche	Gleich wie postnatal	Gleich wie postnatal

8.1.4 Beziehung zum Kind

8.1.4.1 Nähe und Distanz *in* der Postnatalzeit

Von den sieben Frauen haben nach eigenen Angaben drei (B., E., F.) ihr Kind über längere Zeit (10 Wochen bis zu einem Jahr) gestillt, zwei Frauen haben ihr Kind nicht gestillt (A., C.), eine Teilnehmerin konnte aufgrund von Komplikationen nur drei Wochen stillen (G.). Eine Teilnehmerin hat keine Aussage zum Stillen gemacht (D.).

Von den sieben Frauen haben sechs angegeben, wieder ins Erwerbsleben eingestiegen zu sein (A., B., C., D., E., F.). Sie hätten zwischen sechs Wochen und sechs Monaten nach der Geburt Teilzeitpensen angetreten. Die Arbeitsaufnahme wird unterschiedlich erlebt. Frau C. sagt, sie wäre gerne noch länger zu Hause geblieben, während für Frau F. die neue Situation eine gute Abwechslung geboten habe, auf die sie nicht verzichten möchte. Frau G. sei nicht ins Erwerbsleben zurückgekehrt und genieße ihre neue Rolle als Mutter und Hausfrau sehr.

Frau C.: „Nein, ich wäre gerne noch einen Monat länger zu Hause geblieben, aber es ist halt, bis man sich wieder daran gewöhnt. Nein, es ist schon gut so.“

Frau F.: „Also, er hat es total gern wenn er woanders ist und ich kann mir nicht vorstellen, 100 Prozent zu Hause zu sein, dass wäre mir einfach zu wenig Abwechslung und auch zu nah.“

Von den sieben Frauen geben sechs Auskunft darüber, wie sie ihr Kind zum Hüten abgegeben haben. Alle Frauen berichten davon, dass sie das Kind kaum weggegeben hätten, drei Frauen (C., D., G.) sagen, sie hätten aufgrund von Komplikationen nach der Geburt keine andere Wahl gehabt, da sie zu einem erneuten Spitalaufenthalt gezwungen gewesen seien.

Alle Frauen berichten, dass sie genügend bis viel Zeit mit ihrem Kind verbracht hätten. Frau B. fügt an, dass ihr Kind nicht so ein „Kuschelbär“ sei und deshalb solche Aktivitäten wie Babymassage eher weniger stattgefunden hätten. Sie habe das Kind aber häufig bei sich getragen, wodurch eine grosse körperliche Nähe entstanden sei. Frau D. habe nach ihren Geburtskomplikationen das Kind nicht herumtragen dürfen, was sie bedauere, da sie dem Kind körperlich gerne näher gewesen wäre.

Frau A.: „Das ist immer eine Frage, wie viel empfindet man als nötig, aber ich würde schon sagen, dass ich genug Zeit gehabt habe. Es gibt sicher andere, die haben mehr“.

Frau D.: „Ja, und was ich auch schön gefunden hatte, dass er gut auf unsere Nähe reagiert hat. Er hatte auch gerne Nähe, wenn man ihn gehalten oder herumgetragen hat, das hat ihm gut getan und da war er in der Regel zufriedener als sonst (...).“

8.1.4.2 Nähe und Distanz *ausserhalb* der Postnatalzeit

Sechs von sieben Frauen geben an, dass sie durch die erneute Arbeitsaufnahme automatisch weniger Zeit mit ihrem Kind verbracht hätten. Von den sieben Frauen sagen zwei (D., E.), dass sie ihre Erwerbstätigkeit ausserhalb der Postnatalzeit und vier (A., B., C., F.) in der Postnatalzeit wieder aufgenommen hätten. Frau G. sei nicht in die Erwerbstätigkeit zurückgekehrt, berichtet aber auch von weniger Zeit, die sie mit dem Kind verbracht hätte, da sie es zu vereinbarten regelmässigen Tagen zum Hüten geben könne.

Frau D. und Frau F. berichten über ihre Dankbarkeit, wieder arbeiten zu können und dadurch auch mehr Abwechslung zu haben.

8.1.4.3 Stress und Ruhe *in* der Postnatalzeit

Die sieben Frauen berichten unterschiedlich von ihren Geburtserfahrungen. Vier Frauen sagen, sie hätten eine spontane Vaginalgeburt gehabt (A., B., F., G.), bei Frau F. und Frau G. habe die Saugglocke eingesetzt werden müssen. Drei Frauen erzählen, sie hätten per Kaiserschnitt geboren (C., D., E.), wobei einer geplant (C.), die zwei anderen notfallmässig durchgeführt worden seien (D., E.). Drei Frauen erzählen, sie hätten nach dem Spitalaufenthalt erneut eintreten müssen, da Komplikationen aufgetreten seien (C., D., G.). Alle sieben Frauen konnten sich über ein gesundes Kind freuen, wobei Frau A. ergänzt, dass ihr Kind mit einem Herzfehler geboren worden sei, welcher allerdings in einem gewissen Alter operativ korrigiert werden könne und keine Einschränkungen mit sich bringe.

Frau A., E. und F. berichten über Stress, der durch häufiges Schreien des Kindes ausgelöst worden sei. Die Mutter B. habe Stress bezüglich der Ernährung und des Gewichtes ihres Kindes erlebt, Frau C. durch ihre traumatischen Geburtserlebnisse. Frau G. berichtet, dass sie kaum Stress gehabt hätte, jedoch manchmal mit Überforderung konfrontiert gewesen sei, zum Beispiel dann wenn neue Entwicklungsschritte angestanden hätten, die noch unbekannt waren und als Herausforderung angesehen wurden.

Frau A.: „Im ersten Monat hat sie uns fast wahnsinnig gemacht, weil sie immer „gemöckelt“ hat und wir keine ruhige Nacht mehr hatten und L. hat dann das ältere Kind geholt, dass ich am Morgen noch etwas schlafen konnte.“

Frau B.: „Dort hat es angefangen, es brauchte immer sehr viel Geduld, auch der Übergang nun zum Brei war sicher bei ihm auch nicht ganz einfach. Erst ein Löffelchen, dann zwei Löffelchen... und das ist auch so etwas, dass ich mir nicht so vorgestellt hatte. Gar nicht überlegt, das war echt kompliziert.“

Frau G.: „Ja, es war relativ stressig, einfach weil wir uns gefreut haben mit dem Kind zu Hause zu sein und schönes Wetter und nach draussen zu gehen und dann musste ich im Bett liegen und hatte nicht so Zeit Freunde zu empfangen. Es hat, es war von dem her schon eine stressige Zeit. Es ist eine wunderschöne intensive Zeit und ich hatte sie mehr mit meiner Gesundheit als mit meinem Kind verbracht.“

Sechs von sieben Frauen geben an, nach der Geburt Unterstützung von ihren Männern bekommen zu haben. Die Partner hätten sich für die ersten Wochen Ferien genommen (B., C., D., E., F., G.). Frau A. sagt, ihr Mann sei nach der Geburt nicht vollzeitig anwesend gewesen, was von ihr aber auch nicht erwartet worden sei.

Zwei Frauen (C., D.) geben an, dass sie das Kind wie eine Kraftquelle empfunden hätten.

8.1.4.4 Stress und Ruhe *ausserhalb* der Postnatalzeit

Frau C. und Frau D. berichten, dass sie mit ihren Kindern kaum Stress erleben würden. Die Kinder seien unglaublich zufrieden. Bei den anderen fünf Frauen ist Stress durchaus ein Thema. Frau A. berichtet von sehr viel Stress aufgrund dessen, dass ihr jüngeres Kind nach dem grossen Geschwister komme, mit welchem sie momentan viel zu kämpfen habe. Frau B. sei immer noch mit den Ernährungsproblemen konfrontiert, könne heute aber besser damit umgehen. Neu seien im zweiten halben Jahr nach der Geburt Schlafstörungen beim Kind aufgetreten, welche auch eine unmittelbare Auswirkung auf die Mutter und ihren Schlaf hätten, was von Frau B. als zusätzlicher Stressfaktor beschrieben wird. Frau E. berichtet davon, dass sie Stress durch Schreien und Weinen ihres Kindes erlebe, oder wenn es einfach nicht ruhig halten könne. Der Stress sei aber nicht bedenklich. Auch Frau F. erlebe teilweise stressige Momente. Frau G. spüre manchmal eine Überforderung bei neuen Entwicklungsschritten des Kindes und fühle sich dann gestresst, wenn sie mal eine Pause bräuchte, sich diese aber nicht gerade nehmen könne.

Frau B.: „Das stresst mich! Mega. Also es stresst mich, dass ich die Zeit nicht habe. Am Abend ist das viel so, dann koche ich und er hängt an meinem Hosenbein. Er ist dann müde und möchte einfach mit mir sein. Ich kann ja gar nicht anders, also was soll ich denn machen? Ich weiss, ich bin dann mega unter Druck. In der ersten Zeit habe ich ihn dann viel in die Trage genommen, weil man bekommt dann innerlich so wie eine Wut. Man bekommt richtig eine Aggression.“

Frau G.: „Ähm, es gibt schon immer solche Situationen wo, es gibt Situationen wo Überforderung oder Stress, wo einfach, wo ich gerne schnell eine Pause hätte. Das ist so ein wenig der Hauptstresspunkt.“

Frau A. erzählt, sie erhalte Ruhe durch die Unterstützung anderer Menschen, die ihr zwischen- durch die Kinder abnehmen würden. Frau B. habe teilweise Mühe sich abzugrenzen und sich ihre Ruhe zu nehmen, könne die bestehenden Problematiken aber heute besser nehmen und sei dadurch vermehrt ruhig. Frau C. und Frau D. berichten, wie oben erwähnt, kaum über Stress. Frau D., Frau E. und Frau F. sagen, sie könnten in der Abwechslung auftanken, die ihnen die erneute Aufnahme der Erwerbstätigkeit ermöglichen würde. Frau F. und Frau G. geben ihre Kinder ab, wodurch sie sich Momente der Ruhe nehmen könnten.

Frau D.: „Ich arbeite 30 Prozent. Eine schöne Abwechslung, tut gut.“

Frau F.: „Aber so ist es super. Ich könnte mir fast vorstellen etwas mehr zu arbeiten.“

8.1.4.5 Positiv konnotierte Emotionen *in* der Postnatalzeit

Vier Frauen berichten von Freude über das Kind. Glück, Stolz und Liebe werden weiter angege- ben. Auch Erleichterung wird genannt, dass alles gut gegangen sei und dass das Kind wachsen und sich entwickelt würde. Eine Frau beschreibt die tiefe Verbundenheit die sie zu ihrem Kind empfinde.

8.1.4.6 Positiv konnotierte Emotionen *ausserhalb* der Postnatalzeit

Sechs von sieben Frauen berichten über die Freude an ihrem Kind. Weiter werden Liebe, Ver- trauheit, Glück und Nähe genannt. Frau A. nennt spontan keine positiven Emotionen.

8.1.4.7 Negativ konnotierte Emotionen *in* der Postnatalzeit

Angst in Bezug auf das Neugeborene werden von vier Frauen genannt (A., B, E., G.).

Frau E.: „Also so gleich nach der Geburt habe ich noch etwas Angst gehabt, so ja, hof- fentlich wird er nicht ein schwieriges Kind, so weißt du, dass er so wahnsinnig fordernd wäre oder so und äh, einfach nicht zufrieden zustellen ist, das wäre schwierig gewesen, das auszuhalten.“

Frau G.: „Mh ja, Überforderung sicher, ja. Stress, weiss ich nicht, ob man das so nennen kann. Überforderung so in dem Sinne, Angst zu Hause, hat er genug zu essen, was hat es wenn es weint, halt so, ich hatte nicht so viel Erfahrungen mit Kindern, also so was ist jetzt los wenn es weint und was tue ich dann?“

Weiter nennen zwei Frauen das Gefühl der Wut über Komplikationen nach der Geburt (A.), Ärger und Aggression werden je einmal genannt (B.). Frau D. beschreibt Gefühle der Trauer, Einsamkeit, Weltuntergangsstimmung und Verlassenheit aufgrund der Komplikationen und dem erneuten Spitaleintritt. Auch Hilflosigkeit wird aufgezählt.

Fünf Frauen sprechen im Zusammenhang ihrer Beziehung zum Kind von Schuldgefühlen (A., C., D., E., F.), Frau G. habe ihrem Kind gegenüber kurzzeitig Schuldgefühle gehabt.

Frau A.: „Ja, wenn ich sie gerade wieder einmal ins Bett geworfen hatte, dann schon.“

Frau C.: „Ja, ganz massive natürlich. Ich habe sie an ihrem Geburtstag, ich habe sie schnell am Anfang, sie haben sie mir im Gebs schnell an die Brust gegeben, kurz und dann hat das angefangen und dann habe ich sie den ganzen Tag, wenn ich sie registriert habe, in ihrem Bettchen gesehen. Oder bei S., er hat sie viel gehabt. Aber... ähm, ja ich hatte natürlich massive Schuldgefühle. Das sicher.“

8.1.4.8 Negativ konnotierte Emotionen *ausserhalb* der Postnatalzeit

Frau A. berichtet darüber, dass die Kinder sie mindestens einmal pro Tag an den Rand ihrer Kräfte treiben würden. Frau B. berichtet von Wut, Aggression und Ohnmachtgefühlen. Frau C. habe die Schuldgefühle vollständig abbauen können, Ängste in Bezug auf das Geburtstrauma seien aber immer noch vorhanden. Frau D. und Frau G. nennen keine negativ konnotierten Emotionen ausserhalb von Stress und Überforderung. Frau E. mache sich manchmal Sorgen darüber, wie es zukünftig sein werde, wenn das Kind nicht mehr so leicht zu beruhigen sei und in die Trotzphase komme. Frau F. berichtet von Gefühlen der Genervtheit, wenn das Kind sehr quengelig sei.

8.1.4.9 Beziehung *in* der Postnatalzeit

Von sieben Frauen geben sechs an, dass ihr Kind ein Wunschkind sei. Frau F. erzählt, dass ihr Kind sich unerwartet angemeldet habe.

Frau B.: „Ja genau, es war ein bewusster Entscheid.“

Frau E.: „Ja, es war so. Wir haben lange überlegt ob Kind oder nicht. Irgendwann haben wir dann gefunden, wir probieren es und lassen es drauf ankommen und dann hat es sofort eingeschlagen

Die Frauen beschreiben die Beziehung zum Kind sehr liebevoll. Dass von Geburt an eine Beziehung bestanden habe beschreiben drei von sieben Frauen explizit.

8.1.4.10 Beziehung *ausserhalb* der Postnatalzeit

Frau A. beschreibt die Beziehung zu ihrem Kind postnatal als quasi perfekt. Von aussen betrachtet (Einschätzung der Autorinnen) ist die Beziehung allerdings teilweise gewaltbehaftet. Frau B. beschreibt die Beziehung zu ihrem Kind neben innig auch lustig, fröhlich und unbeschwert. Natürlich könne es auch anstrengend sein. Frau C. spricht darüber, wie sich die Beziehung durch die Verarbeitung des Geburtstraumas teilweise verändert habe, nicht mehr ganz so innig sei wie nach der Geburt. Frau D., E., F. und G. beschreiben die Beziehung zu ihrem Kind als wunderschön und nah. Frau F. betont, dass sie es schätze, dass mit zunehmendem Alter des Kindes immer mehr zurückkomme.

Frau E.: „Und ja, verändert, also grundsätzlich habe ich das Gefühl, es hat sich nichts verändert. Also ich habe wie, wie ein wenig mehr Freiraum und ich habe das Gefühl, ich genieße das mehr, wenn ich ihn dann habe.“

Frau D.: „Da er so ein zufriedenes Kind ist, ist die Zeit mit ihm einfach wirklich wunderschön und ich freue mich zu sehen wie er sich entwickelt!“

8.1.5 **Beziehung zum Partner**

8.1.5.1 Zweisamkeit und Intimität *in* der Postnatalzeit

Fünf der sieben Frauen geben an, dass die Zeit für Zweisamkeit deutlich abgenommen habe nach der Geburt. Für zwei Frauen (C.,D.) sei dies allerdings nicht neu gewesen, zumal sich diese Veränderungen bereits nach der Geburt des ersten Kindes ergeben hätten und nach der Geburt des zweiten Kindes nicht mehr so aufgefallen seien. Beide Frauen stellen aber das Familienerleben in den Vordergrund und berichten nicht über ein Bedauern der fehlenden Zeit zu zweit.

Frau C.: „Nein...klar gibt es Momente, wo man einfach denkt, jetzt möchte man etwas Ruhe, oder etwas Zeit haben füreinander. Aber irgendwie, man hat es so gewählt, und von dem her, also...ich vermisse es nicht, weil die Kinder geben mir etwas anderes zurück, das was man vorher mit dem Partner teilte, teilt man danach mit den Kindern. Oder als Familie, sagen wir es so.“

Frau E. berichtet, dass die Zeit zwar weniger geworden sei, dass sie aber immer im Gespräch mit ihrem Partner gewesen sei. Frau F. erzählt, dass sie oftmals, wenn sie Zeit gehabt hätten, zu müde gewesen seien, um diese Zeit aktiv zu nutzen. Häufig hätten sie dann einfach geschlafen.

Frau F.: „Wobei manchmal schon, da haben wir uns die Zeit organisiert, mal am Nachmittag oder so und dann wollten wir immer etwas machen und schlussendlich sind wir dann schlafen gegangen.“

Frau A. gibt an, dass sie auch vor der Geburt der Kinder nicht viel Zeit für Zweisamkeit gehabt hätten, weil die Arbeit auf dem Bauernhof sie immer schon stark in Anspruch genommen hätte. Lediglich Frau B. sagt, dass sie nach der Geburt eine sehr ruhige Zeit gehabt hätte und erzählt von Unternehmungen auch mit dem Partner alleine, die sie sich bewusst organisiert hätten.

Bezüglich der intimen Zweisamkeit machen Frau C., Frau D. und Frau G. keine Angaben. Alle anderen Frauen berichten, dass Schmerzen oder fehlende Spontaneität Gründe für wenig bis keine sexuellen Aktivitäten gewesen seien. Frau A., Frau E. und Frau F. berichten aber von körperlicher Nähe, die in Form von Kuschneln sehr wohl stattgefunden habe. Frau A. sagt, dass die Bedürfnisse beider Partner in der Sexualität berücksichtigt werden und beide zufrieden gewesen seien mit der Situation.

8.1.5.2 Zweisamkeit und Intimität *ausserhalb* der Postnatalzeit

Frau B. erzählt, dass sie im zweiten halben Jahr nach der Geburt ihres Kindes wieder mehr Zeit zu zweit zur Verfügung gehabt und sich diese auch eingerichtet hätten. Frau A. habe einen Auto-unfall gehabt, der sie körperlich und psychisch stark belastet habe und dadurch habe sie weniger intensive Zeit mit dem Partner verbracht.

Frau A.: „Ich war hauptsächlich einfach depressiv, glaube ich. Mehr glaube ich nicht unbedingt. Vermehrt Kopfweh und Druck hinter den Augen, ein heftiger Druck und immer einen sturmen Kopf, schwindelig, müde, schlapp, antriebslos. E. war hier und hat mir viel geholfen. Ja ich mag mich erinnern, ich habe häufig E. geholt, dass sie mir die Kinder nimmt. Auch die Nähe meines Partners habe ich nicht mehr vertragen.“

Tendenziell richten sich die Interviewpartnerinnen wieder vermehrt Zeit für die Partnerschaft ein, wobei es immer noch zu wenig sei.

Frau F.: „Zeit...haben wir jetzt ein wenig mehr Zeit und das tut auch gut, aber ich habe immer noch das Gefühl, es sei zu wenig, die Zeit hat man eigentlich gar nicht „vöorig“, die muss man sich wirklich einfach nehmen.“

8.1.5.3 Freiräume *in* der Postnatalzeit

Fünf Frauen geben an, dass beiden Partnern Freiräume gewährt würden.

Frau A. gibt zu, dass sie sich eher Freiräume nehme, diese ihrem Partner jedoch weniger zugestehen würde. Frau D. beschreibt die Familie als „Hobby“, sie brauche weniger Zeit, die sie für sich nutzen möchte. Auch ihr Partner pflege keine Aktivitäten ausser Haus ausser der Arbeit. Sie seien glücklich, Zeit miteinander zu verbringen.

8.1.5.4 Freiräume *ausserhalb* der Postnatalzeit

Allen Probandinnen scheint Freiraum in der Beziehung wichtig zu sein. Alle geben an, sich bewusst Auszeiten zu schaffen und diese auch dem Partner zu gewähren. Frau A. habe etwas Mühe, ihrem Partner die selben Freiräume zuzugestehen wie sich selber, Frau B. und ihr Partner erlauben sich gegenseitig Ferientage.

Frau E.: „Ja, genau. Aber es ist so eben, es ist so, dass ich zwei Wochentage habe, die ich für mich habe neben dem Arbeiten, und T. geht einmal die Woche meditieren, in der Regel einmal am Samstagmorgen oder Donnerstag Abend. Wir haben beide etwas nebenbei. Beide haben etwas, das für uns wichtig ist.“

8.1.5.5 Vertrauen, Angst und Unsicherheiten *in* der Postnatalzeit

Alle Frauen geben an, in der Postnatalzeit Vertrauen zu ihrem Partner gehabt zu haben. Frau F. berichtet von einem wachsenden Zusammengehörigkeitsgefühl nach der Geburt. Trotzdem hätten häufiger Streitigkeiten stattgefunden, die es bis zu diesem Zeitpunkt weniger gegeben hätte. Frau B. habe sich oft durch das Kind absorbiert gefühlt. Frau C. habe mit ihrem Partner noch nicht richtig über die traumatischen Geburtserlebnisse sprechen können und habe das Bedürfnis, dies noch mit ihm aufzuarbeiten.

Unsicherheiten oder Ängste bezüglich der Partnerschaft sind von keiner Probandin bestätigt worden. Frau G. sagt jedoch, dass die Beziehung bessere Zeiten erlebt habe als gleich nach der Geburt, dass sich Vieles neu einpendeln musste und das Verständnis auf beiden Seiten teilweise gefehlt habe.

Frau G.: „Mh, also, es ist eigentlich das ganze Leben, das sich ändert. Und die Beziehung gehört einfach in das Leben mit rein. Aber das ist, ähm, wir haben viel weniger Zeit die wir füreinander, ...Unsicherheiten waren schon da, ja. Es war einfach alles etwas schnell, oder von der einen Sekunde auf die andere war einfach alles anders – was nicht unbedingt zur Sicherheit beiträgt oder zum Gefühl der Sicherheit.“

8.1.5.6 Vertrauen, Ängste und Unsicherheiten *ausserhalb* der Postnatalzeit

Auch ausserhalb der Postnatalzeit hätten alle Frauen Vertrauen zu ihren Partnern gehabt. Frau F. und Frau G. geben zudem an, sich hin und wieder zu fragen, ob „es das nun wirklich ist“. Unsicherheiten gebe es immer wieder, jedoch handle es sich dabei um nicht wirklich ernsthafte Zweifel. Alle anderen Frauen geben an, Vertrauen in ihre Beziehung und keine Ängste diesbezüglich zu haben. Frau B. und Frau D. erzählen von intensiven Gesprächen, in welchen auch schwierige Themen wie Überforderung mit dem Kind Platz hätten.

Frau B.: „Ich denke, ich fühle mich eigentlich sehr gut aufgehoben und vertraut und getragen von ihm, es ist eine gute Nähe, ja.“

8.1.5.7 Unterstützung in der Postnatalzeit

Alle Frauen berichten, dass sie in der Betreuung der Kinder von den Partnern unterstützt werden.

Frau A. könne vor allem die ältere Tochter an ihren Ehemann abgeben, wenn die Situation zu Hause zu eskalieren drohe. Auch habe er postnatal geschaut, dass sie Schlaf nachholen konnte. Wenn sie ihn von der Arbeit nach Hause gerufen habe, damit er sie unterstützen könne, sei er immer gekommen. Auch Frau C. fühlt sich in der Betreuung der Kinder von ihrem Mann sehr unterstützt. Sie hätten die selbe Einstellung, was Erziehung betrifft.

Frau G. sei seit der Geburt des Kindes zu Hause, dadurch habe sich eine neue Rollenaufteilung ergeben, mit der sie sehr zufrieden sei. Gleich nach der Geburt hätte sie sich allerdings mehr Unterstützung im Haushalt gewünscht.

Die Haushaltsführung scheint eher ein Problem zu sein. Frau A. berichtet, dass ihre Arbeit teilweise nicht geschätzt werde und dass sie das wütend mache. Frau B. wünscht sich regelmässig mehr Unterstützung, auch ohne dass sie etwas sagen muss. Frau C. sagt, dass sie im Haushalt sozusagen gar keine Unterstützung erhalte. Lediglich bei Frau D., E. und F. scheinen auch die Haushaltarbeiten aufgeteilt zu sein. Frau F. berichtet, dass sie manchmal ein schlechtes Gewissen habe ihrem Mann gegenüber, weil er so viel mache.

Frau C.: „Also wir hatten darüber in dem Sinn auch schon eine Aussprache, weil ich wirklich das Gefühl hatte, es liegt alles bei mir. Und, aber ich glaube, bei ihm war das alles nicht so bewusst und von dem her, bevor man dann enttäuscht ist, muss man miteinander reden. Ich glaube, das ist ein Thema, das uns immer begleiten wird. Wir sehen es zum Glück erziehungsmässig relativ gleich.“

Frau F.: „Aber er macht ja, jetzt noch fast mehr im Haushalt und ich habe schon so das Gefühl, wir haben auch jemanden, der zwei Stunden in der Woche zum Putzen kommt. Ja und manchmal, da räumt S. ja auch alles aus und dann bin ich vielleicht am Kochen und dann denke ich manchmal ‚ja und jetzt kommt R. nach Hause in so einen Saustall‘ und das wäre ja mein Job.“

8.1.5.8 Unterstützung ausserhalb der Postnatalzeit

Frau B. würde sich manchmal mehr Eigeninitiative ihres Partner wünschen, wenn es um Unterstützung im Haushalt und um die Betreuung des Kindes geht. Auf Aufforderung helfe ihr ihr Mann, wo es nur gehe. Frau C. berichtet von regelmässigen Auseinandersetzungen, wenn es ums Thema Haushalt gehe. Sie fühle sich darin eindeutig zu wenig unterstützt. In der Kindererziehung

würden ihr Partner und sie aber am gleichen Strick ziehen, was als entlastend beschrieben wird. Die restlichen fünf Frauen finden, die Aufgabenteilung sei gerecht verteilt.

Frau G.: Ähm, also belastend definitiv nicht, nein. Das war ein Rollenwechsel, der mir sehr zusagt. Nein, es ist schon ein Bewusstsein, dass ich eine andere Rolle habe, ich bin jetzt für den Haushalt verantwortlich.“

8.1.5.9 Emotionen in der Postnatalzeit

Frau D. und Frau E. beschreiben ausschliesslich glückliche Gefühle im Zusammenhang mit der Partnerschaft. Betont wird die gemeinsame Freude über das Kind bei Frau B. und Frau G. Wenig Emotionen sind aus Frau A.'s Schilderungen zu entnehmen, sie erzählt eher sachlich, dass sie keine Unsicherheiten bezüglich der Beziehung hätte und dass alles in Ordnung sei. Da sie sonst sehr offen und ehrlich ist bezüglich Überforderung mit den Kindern, ist sie in ihren positiven Schilderungen bezüglich der Partnerschaft sehr glaubwürdig. Wut und Enttäuschung sind ein Thema bei Frau B., Frau C., Frau F. und Frau G. Als Gründe werden Überforderung, fehlendes Verständnis und fehlende Unterstützung angegeben.

Frau B.: „Ich hatte einen Blumenstrauss erwartet gleich am ersten Tag, der ist nicht gekommen von G., das hat mich enttäuscht.“

Frau C.: „Wütend war ich am Anfang auf S., weil er, weil er da bei der Geburt auch total überfordert war. Ich hätte mir gewünscht, dass er mich tröstet, dass er mir sagt., ich weiss nicht., dass ich stark sei, dass ich es gut mache. Das konnte er wie nicht. Ich glaube, er hat Schuldgefühle gehabt, mir gegenüber!“

Frau F.: „Das ist einfach, im ersten halben Jahr ein Thema gewesen, dass wir wenig Zeit füreinander hatten. Und wenig Energie füreinander. Ja, dann musste er noch die müde Partnerin am Abend trösten, nachdem er ja eh schon gearbeitet hat und S. beruhigt hat. Mir gut zureden, ja. Manchmal hätte ich mir gewünscht, er hätte mehr Zeit für Aufmerksamkeit, zum ‚Heben‘ für mich gehabt.“

8.1.5.10 Emotionen ausserhalb der Postnatalzeit

Frau D. und E. beschreiben ausschliesslich Glücksgefühle auch in der Postnatalzeit.

Frau B. betont die gemeinsame Freude am Kind, ebenso Frau G.

Frau A. beschreibt in der Beziehung Höhen und Tiefen, während Frau F. speziell die Schuldgefühle ihrem Partner gegenüber erwähnt, der ihr sehr viel Hilfe im Haushalt biete. Sie sei sich der Verantwortung ihrem Kind gegenüber bewusst.

8.1.5.11 Stress in der Postnatalzeit

Keine Angaben zu Stress in der Beziehung machen Frau D. und E. In der Partnerschaft von Frau A. scheinen Diskussionen um Freiräume des Partners eine Rolle zu spielen.

Frau A.: „Vielleicht wäre es manchmal einfacher, er würde weggehen, aber für ihn ist seine Auszeit halt schon auch wenn er ein Autorennen schauen kann und ihm Wohnzimmer sitzen, und mich scheisst es dann an weil ich denke, man könnte was zusammen mit den Kindern machen, ich kann es eigentlich nicht haben, wenn hier jemand vor dem Fernseher sitzt den ganzen Nachmittag lang, das muss ich nicht haben. Ich sitze dann neben dran und tyrannisiere ihn so lange, bis er abschaltet und auch was macht.“

Frau B. spricht von einer allgemeinen Überforderung, weil sie das Gefühl hat, nicht allen und allem gerecht werden zu können.

Frau B.: „Man muss sich einfach so aufteilen. Ich denke, es ist nicht nur die Beziehung zum Partner, es ist auch die Beziehung zur Familie, zum Partner, zum Kind, zu dir selber, später auch zum Beruf, aber auch zu deinen Freunden. Das finde ich etwas vom Schwierigsten, dass man allen gerecht wird, dass man alles unter einen Hut bringt.“

Zudem sei das Thema Haushalt ein Dauerbrenner. Auch bei Frau C. scheinen die Hausarbeiten immer wieder zu Auseinandersetzungen zu führen. Es müssten immer wieder neue Kompromisse gesucht werden. Frau F. gibt an, sie habe sich in der Zeit nach der Geburt von ihrem Partner vernachlässigt gefühlt, weil er sich mehr um das schreiende Kind gekümmert habe als um sie.

8.1.5.12 Stress ausserhalb der Postnatalzeit

Frau A., B. und C. beschreiben das Thema Haushaltarbeit und Aufteilung der Aufgaben als immer wiederkehrende Konfliktherde.

Frau A.: „Ein Punkt ist sicher der, dass du das Gefühl hast, es wird nicht geschätzt. Kleider und Schuhe liegen verstreut herum und das ‚Brünneli‘ ist ‚vermooret‘, dann könnte ich davon laufen.“

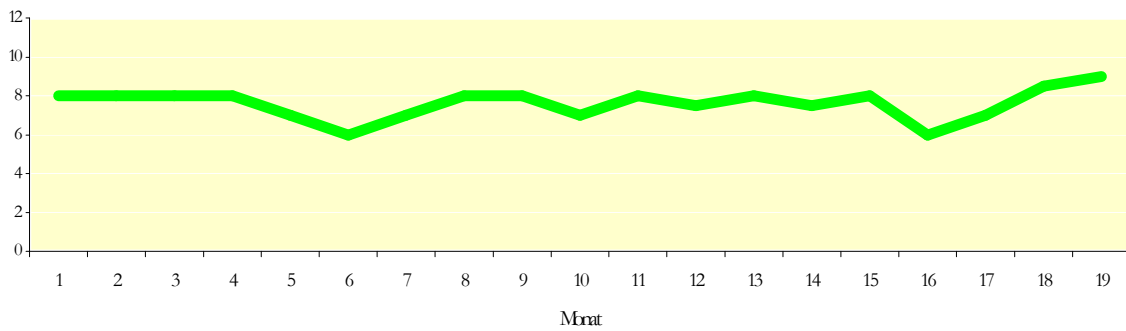
Die restlichen Interviewpartnerinnen nehmen keinen Bezug auf Stress in der Beziehung in der Postnatalzeit.

8.1.6 Zufriedenheitslinien zur Partnerschaft ab Geburt

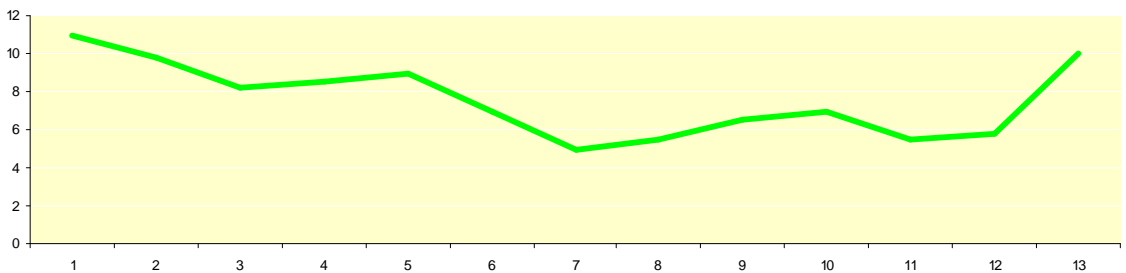
Alle interviewten Frauen wurden gebeten, in einer vorgezeichneten Tabelle ihre Zufriedenheit mit der Partnerschaft ab Geburt einzuzeichnen. Folgend die sieben Darstellungen der Zufriedenheitslinien, welche in der Diskussion weiter verwendet werden.

Abbildung 5: Zufriedenheitslinien bezüglich Partnerschaft

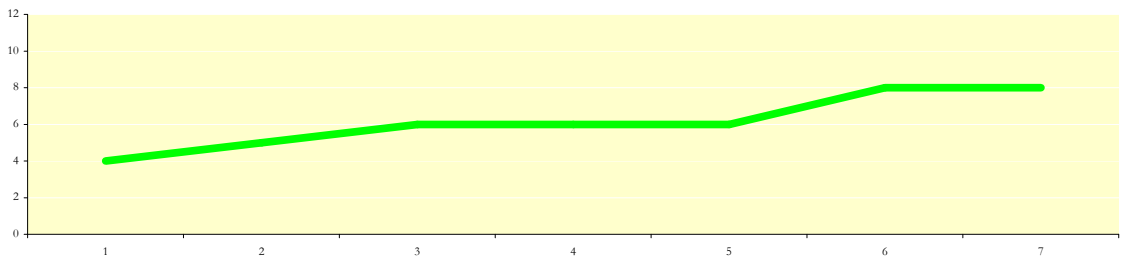
Frau A (19 Monate)



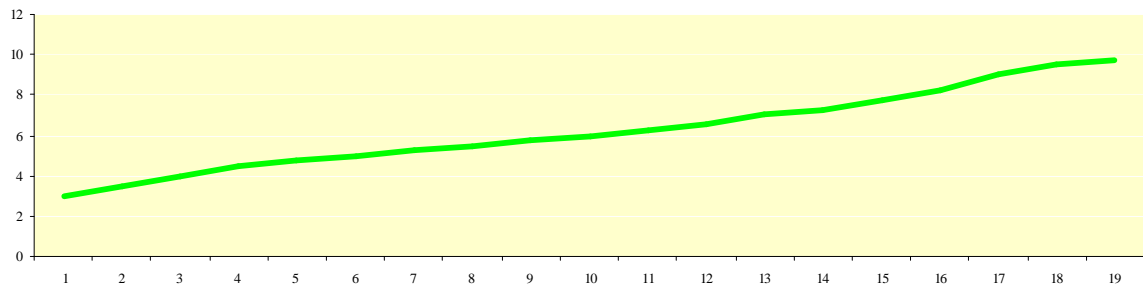
Frau B (13 Monate)



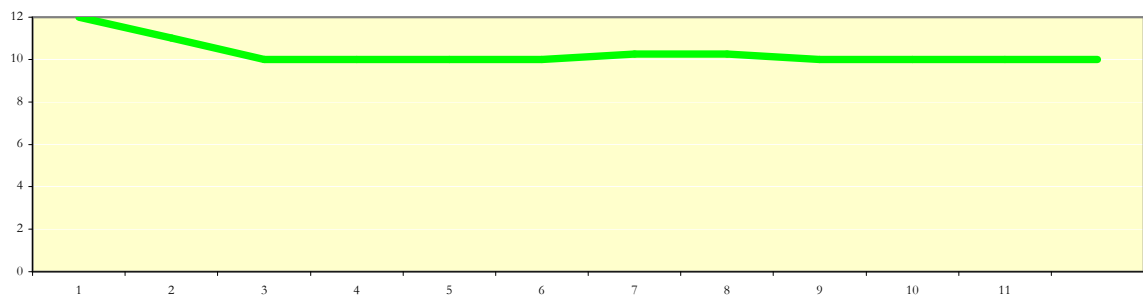
Frau C (7 Monate)



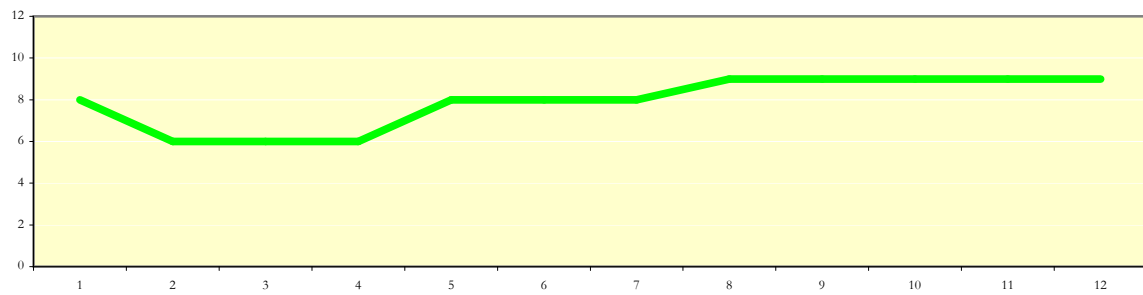
Frau D (19 Monate)



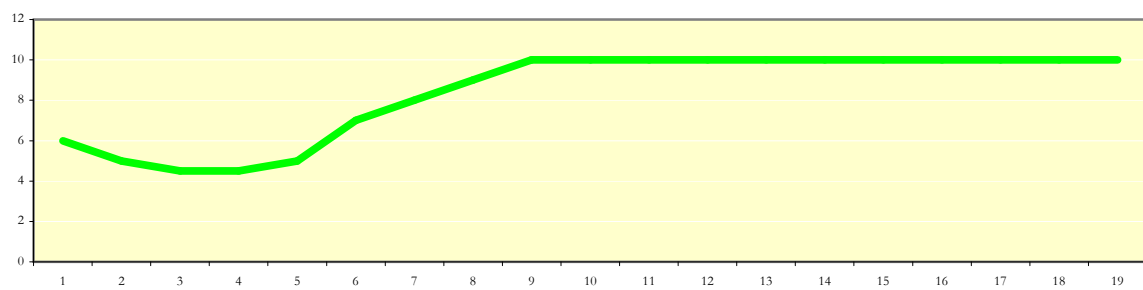
Frau E (12 Monate)



Frau F (12 Monate)



Frau G (19 Monate)



Frau A berichtet in den letzten 6 Wochen von den Symptomen des häufigen Erwachens (2 mal pro Nacht ohne äussere Störung), tagweisem Energieverlust, welchen sie auf Magnesiummangel zurückführt, sowie über wiederkehrende Todesgedanken ohne konkrete Selbstmordabsichten. Postnatal gibt sie an, während eines Monats Gefühle der Niedergeschlagenheit und Trauer empfunden zu haben, danach habe sich dies nächteweise fortgesetzt. Ebenfalls habe sie immer wieder Veränderungen im Gewicht, sowohl Gewichtszu- als auch abnahmen festgestellt. Die Todesgedanken ohne konkrete Selbstmordabsichten seien auch in dieser Zeit aktuell gewesen. Vor allem in den ersten drei Monaten habe sie nicht mehr als 3 Stunden schlafen können. Die Todeskontrollfrage ergab, dass eine nahestehende Person im Jahr nach der Geburt verstorben ist. Frau A. gibt an, dass sie bereits einmal in homöopathischer Behandlung bezüglich depressiver Symptomatik gewesen sei, es sei jedoch nie eine medizinische Diagnose gestellt worden. Die Behandlung habe nicht in den beiden Zeitperioden, die per Fragebogen eruiert worden sind, stattgefunden.

Frau B. gibt in Bezug auf die vergangenen 6 Wochen an, dass sie sich ständig unter Druck gefühlt habe, gewisse Dinge erledigen zu müssen. Für die Zeit postnatal beschreibt sie die Symptome der Niedergeschlagenheit und/oder Trauer, deren Stimmungen für ca. 3 Tage angehalten hätten. Weiter gibt Frau B. an, dass sie bis zu zweimal pro Nacht ohne äussere Störung erwacht sei. Ebenfalls berichtet sie, in dieser Zeitperiode Druckgefühle, Schuldgefühle, Konzentrationsprobleme sowie regelmässig Morgentiefs gehabt zu haben. Frau B. berichtet von langsameren Bewegungen oder langsamerem Sprechen, was sich vor allem nach schlechten Nächten gezeigt habe. Auch habe sie in der Zeit postnatal empfindlich darauf reagiert, wie sie von anderen Menschen behandelt worden sei. Frau B. sei noch zu keiner Zeit in ihrem Leben in Behandlung bezüglich depressiver oder ängstlicher Symptomatik gewesen.

Frau C. berichtet von Gefühlen des unter Druck seins in den 6 Wochen vor der Beantwortung des Fragebogens. In den ersten sechs Monaten nach der Geburt habe sie sich selbst verlangsamt in Bewegung und Sprache wahr genommen und über mangelnde Energie verfügt. Ebenfalls habe sie 4 - 6 Mal monatlich unter quälenden Erinnerungen an die Geburtserlebnisse gelitten, welche sie auch 4 - 6 Mal monatlich in Alpträumen überkommen hätten. Frau C. gibt an, dass sie bereits einmal in Behandlung bezüglich Angst oder Depression gewesen sei, dies bei der Hebamme für einen Zeitraum von drei Monaten. Dabei sei sie mit homöopathischen Mitteln behandelt worden. Eine medizini-

sche Diagnose sei nie gestellt worden. Weitere Behandlungen in ihrem Leben bezüglich Angst oder Depression verneint sie.

Frau D. berichtet in der Zeitperiode der vergangenen sechs Wochen unter quälenden Erinnerungen an ein schlimmes Ereignis einmal monatlich für ca. 15 Minuten gelitten zu haben. Dabei habe es sich um das Geburtserleben sowie die anschliessenden Komplikationen gehandelt. Für die ersten sechs Monate nach der Geburt gibt sie an, halbtägliche Gefühle der Niedergeschlagenheit und Trauer erlebt zu haben. Ebenfalls habe sie unter Schuldgefühlen gelitten, sei eher empfindlich im Kontakt mit den Mitmenschen gewesen und habe unter den bereits aufgeführten quälenden Erinnerungen gelitten. Frau D. gibt an, noch nie in Behandlung bezüglich ängstlicher oder depressiver Symptomatik gewesen zu sein.

Frau E. gibt keinerlei Symptome an, weder in den vergangenen sechs Wochen noch in der Zeit postnatal. Sie sei nie in Behandlung bezüglich depressiver oder ängstlicher Symptomatik gewesen.

Frau F. berichtet in den vergangenen sechs Wochen unter Konzentrations- und oder Denkproblemen gelitten zu haben. Wenn es ihr in dieser Zeit nicht gut gegangen sei, dann habe sie dies vorwiegend morgens gespürt. Ebenfalls habe sie eher empfindlich im zwischenmenschlichen Kontakt reagiert.

Im ersten halben Jahr nach der Geburt habe sie Gefühle der Niedergeschlagenheit und Trauer erlebt, welche sich mehrmals während jeweils zwei bis fünf Tagen gezeigt hätten. Auch gibt sie an, Freude und Interessen während zwei bis drei Tagen verloren zu haben. Sie berichtet über Energieverlust und Konzentrationsprobleme, Morgentief sowie von empfindlichen Reaktionen im zwischenmenschlichen Kontakt. Frau F. sei noch nie in Behandlung bezüglich depressiver oder ängstlicher Symptomatik gewesen.

Frau G. berichtet in den letzten sechs Wochen vor dem Ausfüllen des Fragebogens an häufigem Aufwachen ohne äussere Störung gelitten zu haben.

Im ersten halben Jahr nach der Geburt gibt sie starke Stimmungsschwankungen an, welche sie unter Niedergeschlagenheit und Trauer subsumiert. Ebenfalls berichtet sie in dieser Zeit von einer eher empfindlichen Reaktion im zwischenmenschlichen Kontakt.

Frau G. sei noch nie in Behandlung bezüglich depressiver oder ängstlicher Symptomatik gewesen.

8.3 Fragebögen zur Partnerschaft und der Beziehung Mutter – Kind

Die Fragebögen, die den Partnern zum Ausfüllen abgegeben wurden, sind sehr unterschiedlich ausgefüllt worden, die meisten unzureichend bis sehr knapp und nicht unter Berücksichtigung der vorgegebenen Stichworte. Ein Fragebogen kam gar nicht zurück. Unter diesen Umständen war eine Auswertung kaum möglich.

Trotzdem kann gesamthaft dazu gesagt werden, dass keine auffälligen Abweichungen zu den Aussagen der Frauen aufgefallen sind. So haben zum Beispiel mehrere Partner angegeben, vor allem in der Anfangszeit postnatal teilweise überfordert gewesen zu sein wenn das Kind viel geschrien habe und die Mutter selber an ihre Grenzen gestossen sei. Sie hätten dann Schuldgefühle gehabt, weil sie sich hilflos gefühlt hätten und ihre Partnerin nicht genügend hätten unterstützen können. Das deckt sich mit den Aussagen der Probandinnen, die sich teilweise kurz nach der Geburt unverstanden gefühlt und mehr Unterstützung erwartet hätten.

Das Thema Sexualität scheint bei den Partnern einen grösseren Stellenwert einzunehmen als bei den Frauen. Einige Männer haben berichtet, dass sie intime Momente mit ihrer Partnerin vermisst hätten. Dies hätte ihrerseits zu Unsicherheiten in der Beziehung geführt.

9 Zusammenfassung und Diskussion

Der erste Teil dieses Kapitels gibt in einer kurzen Zusammenfassung den Theorieteil wieder.

Diese Zusammenstellungen sollen in einem zweiten Schritt helfen, die leitenden Fragestellungen zu beantworten und die Arbeitshypothesen zu beurteilen.

In einem dritten Schritt werden die Ergebnisse interpretiert, diskutiert und es wird ein Fazit erstellt. Eine kritische Auseinandersetzung mit der Methodik und ein Ausblick runden die Diskussion ab.

9.1 Zusammenfassung der Theorie

Depression

Im Kapitel 2.2. wurden die Diagnosekriterien für eine Major Depression nach DSM-IV genau aufgelistet. Depressive Verstimmtheit, deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, deutliche Veränderungen in Gewicht und Appetit, Schlafstörungen, psychomotorische Veränderungen, Müdigkeit und Energieverlust, Wertlosigkeits- oder Schuldgefühle, Herabsetzung der Denk-, Konzentrations- oder Entscheidungsfähigkeit sowie Gedanken rund um den Tod sind Symptome der Depression. Man geht, wie bei fast allen psychischen Erkrankungen, von einem multifaktoriellen Vulnerabilitätskonzept aus (z.B. Möller et al., 2005). Laut Möller et al. verlaufen etwa 25 Prozent der Depressionen einphasig, die restlichen 75 Prozent rezidivierend. Die einzelnen Phasen klingen im unbehandelten Zustand nach rund sechs Monaten wieder ab. Man spricht von einer Rückfallrate zwischen 50 – 80 Prozent (Gmür et al., 2005; Schäfer, 2001). Das Risiko, im Laufe des Lebens an einer depressiven Episode oder einer rezidivierenden depressiven Störung zu erkranken, beträgt bei Frauen 10% bis 25%.

Postnatale Depression

Die Frage, ob die postnatale Depression ein eigenes Krankheitsbild darstellt oder als Depression angesehen werden sollte, die im zeitlichen Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes auftritt, wird kontrovers diskutiert (vgl. Kammerer, 2006; ICD-10; DSM-IV).

Postnatale Depressionen beginnen schleichend und treten innerhalb der ersten vier Wochen bis zu einem Jahr nach Geburt auf. Zur Symptomatik gehört eine ausgeprägte dysphorische Stimmung, Energielosigkeit, motorische Verlangsamung, Freudlosigkeit, innere Leere, Schlaf- und Appetitstörungen, somatische Beschwerden, sozialer Rückzug, Denk- und Konzentrationsstörungen, Ängste, Schuldgefühle, Suizidgedanken, starke Reizbarkeit, Ungeduld, negative, ambiva-

lente oder fehlende Gefühle dem Kind gegenüber, grosse Ängste bezüglich der Gesundheit des Kindes und Angst, den Aufgaben als Mutter nicht gewachsen zu sein.

Ätiologisch wird eine Multikausalität und eine hohe Interdependenz relevanter Einflussfaktoren angenommen. Die Dauer einer PND erstreckt sich über Wochen, Monate und kann bis zu einem Jahr dauern. In den meisten Fällen kommt es zu einer Vollremission. Brisch (1999, zit; nach Gröhe, 2003) betont die dringende Behandlungsbedürftigkeit, die über die persönliche Belastung der Frau zu einer Beeinträchtigung der Mutter-Kind-Beziehung führen kann. Es besteht die Gefahr des Suizides, des erweiterten Suizides oder des Infantizids (Riecher-Rössler, 2006).

Lediglich eine kleine Subgruppe von Frauen scheint psychische Störungen ausschliesslich in der Postnatalzeit zu erfahren (Hofecker et al., 2005).

Depression und Süchte sowie kritische Lebensereignisse

Löhner (2004) definiert zur Komorbidität Sucht und Depression die „primäre Sucht-“, sowie die „primäre Depressions-Hypothese“ (S. 83 – 84). Erstere meint, dass aufbauend auf einer Suchterkrankung und deren Symptome wie verminderter Kontrollfähigkeit, Vernachlässigung von Vergnügen und Interesse und Weiter, eine Depression entwickelt wird. In diesem Zusammenhang konnte auch auf neuropsychologischer Ebene aufgezeigt werden, dass der Konsum von Alkohol und Benzodiazepin zu hirnganischen Veränderungen führen kann, welche dem depressiven Zustandsbild ähnlich sind (Gonzales, 1996; zit. nach Löhner, 2004).

Die zweite Hypothese bezeichnet eine primäre Depression, auf welcher sich eine Suchtproblematik entwickelt. Symptome der Depression wie Angst, Unsicherheit, Schlafstörungen und Weiter, können, auch im Sinne einer Selbstmedikation, zu einer vermehrten Einnahme psychoaktiver Substanzen führen (Löhner, 2004). Der regelmässige Konsum von Cannabis kann zu einem „demotivationalen Syndrom“ (Löhner, 1996, S. 86) führen, welches dem Krankheitsbild der Depression sehr ähnlich ist.

Reck (2001) gibt an, dass bei rund 70 Prozent depressiv erkrankter Menschen der depressiven Episode ein kritisches Lebensereignis voraus ging. Sie teilt diese Ereignisse wie folgt auf:

(1) Verlust und Trennungsergebnisse (z.B. Verlust durch Tod, Trennung, der Arbeit, Güter, Gesundheit, Wunschvorstellung). (2) Kritische Lebensereignisse in den Bereichen hoher Verpflichtung und Rollenkonflikten (Kinder, Ehe, Partnerschaft, Hausarbeit, Arbeit und Aktivität ausser Haus). (3) Belastende Lebensereignisse (z.B. sexueller Missbrauch) und belastende Lebensbedingungen (mit einer Dauer zwischen drei Monaten und zwei Jahren). (4) Zeitliche Wirkintervalle: nur Ereignisse, welche einen Abstand von drei bis sechs Monate zum Ausbruch der depressiven

Episode aufwiesen hatten einen Einfluss auf die Symptomatik. (5) Soziales Netzwerk sowohl als Stütze wie auch als Belastung (Reck, 2001; Kühner, 2001). Bei der Persönlichkeit geht man davon aus, dass Menschen mit gewissen Eigenschaften sich eher in „Hoch-Risiko-Umgebungen“ (Reck, 2001, S. 56) aufhalten, in welchen kritische Lebensereignisse vermehrt auftreten.

Subjektive Wahrnehmung der Beziehung zum Kind und der Partnerschaft

Die postnatale Depression steht im unmittelbaren Zusammenhang mit der komplexen und konflikthaften Rolle des Mutterseins (Hofecker et al., 2005). Die leichte Depression der Mutter kann mit einer durchaus guten Mutter-Kind-Beziehung einhergehen. Ist diese in Mitleidenschaft gezogen, erscheint sie als (sub-)depressive Interaktion (Pedrina, 2006). Papousek (2002) beschreibt den Teufelskreis depressiver Mütter, welche durch ihre Symptomatik das Kind irritieren, welches dadurch wiederum Insuffizienzgefühle bei der Mutter auslöst und die Depression verstärkt. Eine wenig belastete Mutter-Kind-Interaktion ist am ehesten zu beobachten, wenn die Mutter gut mentalisiert und selbstreflexiv ist und wenn sie sich aufgehoben und unterstützt fühlt.

Beziehungen tragen wesentlich zur sozialen Integration bei (Argyle & Henderson, 1990; zit. nach Schwennen & Bierhoff, 2002). Die damit verbundene soziale Unterstützung bildet ein Schutzschild gegen Isolation und Einsamkeit (Stroebe, 2000; zit. nach Schwennen & Bierhoff, 2002). Das Vorhandensein einer Partnerschaft alleine kann zu besserem Wohlbefinden und verringertem Krankheitsrisiko führen (Gove, Style & Hughes, 1990; zit. nach Schwennen & Bierhoff, 2002). Jedoch haben Personen in unglücklichen, konfliktüberschatteten Beziehungen gehäuft psychische und psychosomatische Beschwerden. Besonders häufig ist die Korrelation zwischen Depressionen und unbefriedigter Partnerschaft (Beach, Fincham & Katz, 1998; zit. nach Schwennen & Bierhoff, 2002).

Viele Paare sind nicht darauf vorbereitet, welche Veränderung ein Kind in ihre Beziehung bringt (Bischkopf, 2002). Die Partnerschaft und auch die Sexualität müssen weiter gepflegt werden. Ein Rückzug der Frau kann vom Partner als Hinweis für eine Entfremdung in der Beziehung aufgefasst werden (Bischkopf, 2002).

Gloger-Tippelt (1988; zit. nach Gröhe, 2003) beschreibt die Anpassungsleistungen, die eine Schwangerschaft den werdenden Eltern abverlangt. Besonders betont werden Ängste, die durch die Ankunft eines Kindes mobilisiert werden. Die Elternschaft wird in der Literatur sowohl als Entwicklungsanreiz als auch als eine mögliche Auslösesituation für Konflikte und Krisen beschrieben. Krisensituationen verstärken grundsätzlich die gegenseitigen Erwartungen in einer Partnerschaft.

Bezüglich der Paarbeziehung berichtet Gloger-Tippelt (1988; zit. nach Gröhe, 2003) von einer überwiegend traditionellen Rollenverteilung insbesondere im ersten halben Jahr post partum.

9.2 Darstellung der Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellungen

9.2.1 Ausgangslage

Diese empirische Arbeit versuchte die Frage zu beantworten, ob sich das Symptomprofil der depressiven Erkrankung von psychisch gesunden Frauen im gebärfähigen Alter ausserhalb der Nachgeburtzeit von ihrem Symptomprofil der depressiven Erkrankung in der vorausgegangen Postnatalzeit unterscheidet. Bei den Probandinnen handelte es sich um Frauen, die alle das Eingangskriterium einer Depression nach DSM IV jeweils nicht erreicht hatten. Die Autorinnen vermuteten, dass sich das Symptomprofil nicht unterscheiden würde.

Ebenso interessierte die Komorbidität von Depression und belastenden Lebensereignissen sowie Suchterkrankungen. Warum zeigen Frauen unterschiedliche Symptome der depressiven Erkrankung? Die Autorinnen wollten wissen, ob die Stärke oder Häufung der Symptome im Zusammenhang mit kritischen Lebensereignissen und / oder zusätzlichen Suchterkrankungen erklärt werden kann. Es wurde vermutet, dass sowohl belastende Lebensereignisse als auch eine Suchterkrankung einen Einfluss auf die Entwicklung und Stärke depressiver Symptome haben können. Schlussendlich wollten die Autorinnen der Hypothese nachgehen, dass die Wahrnehmung der Frau von Partnerschaft und Beziehung zum Kind in und ausserhalb der Postnatalzeit unterschiedlich bewertet wird und dass dies im Zusammenhang mit einer depressiven Symptomatik stehen kann.

Für die qualitative Studie wurden sieben Frauen mittels eines problemzentrierten, fokussierten Interviews befragt. Diese Interviews wurden anschliessend transkribiert und einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Weiter wurden sowohl den Frauen als auch ihren Partnern Fragebögen ausgeteilt, wobei es sich bei den Frauen um eine vereinfachte Version des SKID-I-Fragebogens des DSM-IV handelte. Den Partnern der interviewten Frauen wurde ein Fragebogen abgegeben, welcher ihre Sichtweise der partnerschaftlichen Beziehung sowie die Beziehung zwischen Mutter und Kind untersuchen und die Aussagen der Probandinnen verifizieren sollte.

9.2.2 Beantwortung der Fragestellungen und Hypothesen

Die erste Fragestellung kann eindeutig bejaht werden. Die Symptomprofile der befragten Frauen, welche das Eingangskriterium für die Diagnose „depressive Erkrankung“ nach DSM-IV nicht erfüllt haben, unterscheiden sich in der Postnatalzeit von den Symptomprofilen ausserhalb der Nachgeburtszeit. Somit muss die Hypothese der Autorinnen falsifiziert werden.

Die befragten Frauen haben während der Postnatalzeit deutlich mehr (28) depressive Symptome angegeben als nach dem ersten halben Jahr nach Geburt (10). Auch haben sich die angegebenen Symptome unterschieden. Während in der Postnatalzeit Niedergeschlagenheit / Trauer, Energieverlust und empfindliches Reagieren auf die Behandlung durch Mitmenschen genannt wurde, gaben die Probandinnen an, in den sechs Wochen vor der Befragung durch die Autorinnen unter Druck gestanden zu haben und in der Nacht vermehrt aufgewacht zu sein.

Die zweite Fragestellung nach dem Zusammenhang depressiver Symptome und Suchterkrankungen beziehungsweise kritischen Lebensereignissen kann nicht eindeutig beantwortet werden. Die vorliegende Studie hat ergeben, dass sowohl Suchterkrankungen als auch kritische Lebensereignisse einen Risikofaktor für eine depressive Symptomatik darstellen können, jedoch nicht müssen. Die Frage, warum die Frauen unterschiedliche Symptome depressiver Erkrankung zeigen, kann so nicht beantwortet werden. Vermutlich kommen hier Resilienzfaktoren und Vulnerabilitätsrisiko zum tragen. Daher wird die Hypothese weder verifiziert noch falsifiziert.

Drei Frauen gaben an, postnatal geraucht zu haben (A., F., G.). Zwei Probandinnen wurden von den Autorinnen als süchtig eingeschätzt (F., G.). Ausserhalb Postnatalzeit beschrieb sich noch eine Frau als süchtig nach Nikotin (F.). Frau G. habe ganz aufgehört zu rauchen und zu trinken. Sechs Probandinnen haben gesagt, sie würden zum Essen ab und zu Alkohol trinken. Eine Sucht in diesem Bereich konnte somit bei allen Frauen zum Zeitpunkt der Befragung ausgeschlossen werden. Niemand hat den Konsum von anderen Drogen bestätigt. Frau A. hat angegeben, in ihrer Jugendzeit gekifft zu haben und übermässig Alkohol konsumiert zu haben.

Die meisten depressiven Symptome in der Postnatalzeit haben Frau B. und Frau F. angegeben. Frau F. habe auch in den sechs Wochen vor der Erhebung des Fragebogens noch unter drei Symptomen gelitten. Während Frau F. sich sowohl postnatal als auch danach als süchtig bezeichnet hat, hat Frau B. nie geraucht. Frau G. habe weder in der Postnatalzeit noch in den sechs Wochen vor dem Ausfüllen des Fragebogens stark unter depressiven Symptomen gelitten. Frau A. hat angegeben, sowohl in der Zeit postnatal als auch in den sechs Wochen vor der Befragung mässig unter depressiven Symptomen gelitten zu haben. Sie sei in Lauf ihres Lebens schon ein-

mal in Behandlung gewesen wegen Depression. Eine medizinische Diagnose sei nie gestellt worden.

Somit kann im Fall von Frau A. und Frau F. gesagt werden, dass Sucht und depressives Erleben einen Zusammenhang haben könnten. Insbesondere Frau B. zeigt aber, dass Suchtverhalten nicht zwingend mit depressiven Symptomen einhergehen muss.

Bezüglich der Belastung ist durch diese Studie ein ähnliches Bild entstanden. Grundsätzlich wurden Umzüge, eigenen Krankheit Unfall, Beziehung zum älteren Kind, Sorge um das Neugeborene und die neue Rollenfindung als belastend empfunden. Am meisten subjektive Belastungen geben Frau A. und Frau C. an. Frau A. sagte, vor allem durch die Arbeit auf dem Bauernhof und das ältere Kind belastet gewesen zu sein. Auch habe ihr ein Autounfall 10 Monate nach Geburt des zweiten Kindes gesundheitlich stark zugesetzt. Frau C. hatte ein traumatisches Geburtserlebnis geschildert, welches sie in der Zeit postnatal stark beschäftigt habe. Während die Belastung im Falle von Frau C. hauptsächlich in der Postnatalzeit beschrieben wurde, scheint für Frau A. sowohl die Postnatalzeit als auch die Zeit danach belastend gewesen zu sein. Dies widerspiegelt sich in den Angaben bezüglich ihrem depressiven Erleben. Frau A. hat in den sechs Wochen vor der Befragung ein Symptom weniger angegeben als postnatal. Wiederum bestätigt Frau B., dass zu einer depressiven Symptomatik nicht zwingend belastende Lebensereignisse bestehen müssen.

Die dritte Fragestellung lässt sich wieder klarer beantworten. Die befragten Frauen haben ihre Beziehung zum Kind und auch zu ihrem Partner unterschiedlich beschrieben in der Postnatalzeit und nach dem ersten halben Jahr nach Geburt. Die beschriebenen Unterschiede beziehen sich vor allem auf die Nähe zum Kind und in der Paarbeziehung auf die Zweisamkeit. Vor allem die Mütter, die postnatal Komplikationen erlebt haben, sagten aus, dass das Neugeborene ihnen enorm viel Kraft gegeben habe und dass die Beziehung in der Postnatalzeit besonders innig gewesen sei. Alle Frauen haben in der Nachgeburtszeit mehr depressive Symptome angegeben als in der Zeit danach, es wurden zudem mehr negative Emotionen, darunter auch Schuldgefühle dem Kind gegenüber, genannt als in der Zeit nach dem ersten halben Jahr nach Geburt. Eine Ausnahme machte Frau E., die ausgesagt hat, in keiner Zeit unter depressiven Symptomen gelitten zu haben. Somit kann die dritte Hypothese der Autorinnen verifiziert werden.

Bezüglich der Beziehung zum Kind gaben drei der befragten Frauen an, ihr Kind über längere Zeit gestillt zu haben. Schon diese Aussage macht eine intensive Nähe zum Kind unabdingbar. Die Probandinnen sagten aus, ihre Kinder in der Zeit postnatal wenig zum Hüten abgegeben zu haben. Sie hätten auch noch vermehrt Angst gehabt um das Kind. Dies habe sich nach den ersten

sechs Monaten geändert. Sechs der sieben Frauen haben erzählt, dass sie innerhalb von sechs Wochen bis sieben Monaten nach der Geburt wieder ins Erwerbsleben eingestiegen seien, wobei dies als willkommene Abwechslung beschrieben wurde.

Über die Nachgeburtszeit haben die Probandinnen berichtet, dass sie Stress vor allem durch das schreiende Kind wahrgenommen hätten. Einige gaben an, sie hätten das Neugeborene viel herumtragen müssen. Weiter wurden unter Stressfaktoren postnatal Ernährungsprobleme, neue Entwicklungsschritte und Geburtskomplikationen genannt.

Ausserhalb der Postnatalzeit sind Stressfaktoren wie Schlafprobleme (beim Kind und damit auch bei der Mutter), Ernährungsprobleme, quengelige Kinder, ältere „schwierige“ Geschwister, und dauernde Präsenz genannt worden. Mit dem Stress scheinen die Mütter besser umgehen zu können als im ersten halben Jahr postnatal.

Bei allen Frauen kommen sowohl postnatal als auch nach dem ersten halben Jahr nach Geburt starke Gefühle der Verbundenheit, Glück, Liebe, Nähe und Stolz zum Ausdruck. Sechs der Kinder seien Wunsch Kinder gewesen, eine Schwangerschaft sei nicht geplant gewesen, die Freude über das Kleine nun aber gross. Ausserhalb Nachgeburtszeit beschrieben einige Probandinnen die Freude an der körperlichen Entwicklung und der Tatsache, dass nun immer mehr vom Kind zurückkomme.

Bezüglich der Partnerschaft gaben postnatal fünf Frauen an, dass die Zeit zu zweit deutlich abgenommen habe. Drei Frauen sagten, dass sie die Veränderung nicht mehr als einschneidend empfunden hätten, weil sie bereits eine Familie gewesen seien. Trotzdem sagten alle Frauen, sie hätten zu wenig Zeit zu zweit. Ausserhalb der Postnatalzeit wurde grundsätzlich wieder über mehr Zeit zu zweit berichtet.

Schmerzen und fehlende Spontaneität wurden angegeben als Gründe für weniger Intimität. Die Sexualität habe sich weitgehend normalisiert.

Alle Probandinnen erzählten, sie hätten immer Vertrauen zu ihren Partnern gehabt, keine hat Unsicherheiten oder Ängste bestätigt. Die grossen Veränderungen postnatal hätten jedoch schon zu Verunsicherungen geführt. Eine Frau berichtete von vermehrtem Streit, aber auch von einem stärkeren Zusammengehörigkeitsgefühl.

Keine Unterschiede zeigten sich in der Unterstützung. Alle Frauen seien von ihren Partnern sowohl in der Postnatalzeit als auch danach in der Betreuung und Erziehung der Kinder unterstützt worden. Die Haushaltsführung sei eher ein Problem, da hätten einige Frauen gerne mehr Unterstützung.

Emotional beschrieben die Frauen postnatal eher negative Gefühle ihrem Partner gegenüber. Dazu gehörten Wut und Enttäuschung über mangelhaftes Verständnis oder Unterstützung. Diese Ergebnisse spiegeln sich auch in den Zufriedenheitskurven der Probandinnen. Sechs Frauen gaben an, nach der Geburt bis zum Zeitpunkt des Interviews eine steigende Zufriedenheit in der Partnerschaft erlebt zu haben. Frau E. hat als einzige die Geburt ihres Kindes als Höhepunkt in der Beziehung beschrieben, danach sinkt ihre Kurve leicht, bleibt aber auf hohem Niveau beständig.

9.2.3 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Die vorliegende empirische Arbeit hat aufzeigen können, dass sich das Symptomprofil der befragten Frauen, die das Eingangskriterium für eine depressive Erkrankung nach DSM-IV nicht erfüllt haben, in der Zeit postnatal von ihrem Symptomprofil in der Zeit ausserhalb der Postnatalzeit unterscheidet. Ein Zusammenhang zwischen einer depressiven Symptomatik und Suchterkrankungen beziehungsweise belastenden Lebensereignissen ist wahrscheinlich, muss jedoch nicht zwingend vorhanden sein. Schliesslich bewerten die Probandinnen die Beziehung sowohl zu ihrem Kind als auch zu ihrem Partner anders.

9.2.3.1 Symptomprofil der Frauen

Im Kapitel 3.3 wurde beschrieben, dass die Frage, ob die postnatale Depression ein eigenes Krankheitsbild darstellt oder als Depression angesehen werden sollte, die im zeitlichen Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes auftritt, in der Literatur kontrovers diskutiert wird. Kammerer (2006) empfiehlt, nicht nur die Unterscheidung von Depressionen perinatal und zu anderen Zeiten im Leben einer Frau zu machen, sondern auch die Depressionen während einer Schwangerschaft und nach einer Geburt getrennt zu erfassen und demzufolge unterschiedlich zu behandeln. Obwohl die Probandinnen dieser Studie keine medizinische Diagnose einer Depression aufwiesen, zeigten sie sowohl postnatal als auch ein halbes Jahr danach depressive Symptome. Diese Symptome unterschieden sich jedoch deutlich voneinander. Somit kann der Aussage von Herrn Kammerer aus der Sicht der Autorinnen zugestimmt werden.

9.2.3.2 Sucht und belastende Lebensereignisse

Aus Kapitel 4.1. zur Komorbidität von Sucht und Depression geht hervor, dass einerseits eine Sucht depressive Symptomatiken auslösen kann, andererseits durch depressive Symptomatiken Suchterkrankungen auftreten können. Schlussendlich ergibt sich, egal auf welchem Wege aufgebaut, eine Wechselwirkung, die therapeutisch schwierig zu behandeln ist.

In der vorliegenden Stichprobe der sieben Frauen wurde angegeben, dass einige Frauen hin und wieder ein Glas Wein zum Essen trinken. Keine der interviewten Mütter gab für die Zeiten, die für die vorliegende Arbeit von Relevanz sind, Suchterkrankungen im Bereich von Alkoholkonsum an. Drei Frauen berichteten davon, dass sie postnatal Zigaretten konsumierten, eine Frau konsumierte auch zum Zeitpunkt des Interviews in circa zweiwöchentlichen Abständen Zigaretten.

Da in der konsultierten Literatur nicht auf den Zusammenhang zwischen der Abhängigkeit von Zigaretten und Depression eingegangen wurde, kann zur vorliegenden Situation der drei Frauen keine Aussage in Bezug auf die Fragestellung gemacht werden. Auch scheint die Stichprobe zu klein, um signifikante Unterschiede zu benennen. So wurden am meisten depressive Symptome sowohl von einer Frau angegeben die laut ihren Angaben Nichtraucherin ist (B.) als auch von einer Frau, welche regelmässig Zigaretten konsumiert (F.).

Kapitel 4.2 hat sich auf der theoretischen Ebene mit den kritischen Lebensereignissen und deren Auswirkung auf depressive Erkrankungen befasst. Reck (2001) zeigte in ihrem Werk auf, dass bei rund 70 Prozent der depressiv Erkrankten ein kritisches Lebensereignis vorausging. Am häufigsten sind laut Literatur Verlustereignisse Auslöser für eine depressive Episode. In der vorliegenden Untersuchung zeigten sich zwei Verluste durch Tod bekannter Personen, welche beide jedoch nicht als einschneidende und belastende Ereignisse bezeichnet wurden. Bei der einen Frau schlug sich der Todesfall in der Zeit der Nachgeburtszeit nicht in den angezeigten Symptomen der depressiven Erkrankung nieder. Die andere Frau hingegen gab postnatal, in der Zeit des Todesfalls, vier Symptome mehr an als ausserhalb der Nachgeburtszeit. Allerdings hatte sie nicht nur dieses Ereignis zu verarbeiten, auch unter den Kategorien der Rollenkonflikte und belastender Lebensereignisse gab es bei ihr relevante Punkte.

Ereignisse in den Bereichen hoher Verpflichtungen und Rollenkonflikten können ebenfalls relevante Auslöser für depressive Episoden sein (Kühner, 2001). Vier Frauen berichteten in der Zeit postnatal von Ereignissen in dieser Sparte. Sie gaben gleichzeitig auch am meisten depressive Symptome für diese Zeit an. Von einem Zusammenhang zwischen der depressiven Symptomatik und den von ihnen genannten Ereignissen kann daher ausgegangen werden. Ab dem 7. Monat nach Geburt nannten noch zwei Frauen Ereignisse in dieser Sparte. Dabei handelt es sich nicht mehr um die Frauen, welche für die benannte Zeit am meisten Symptome aufzeigten. Alle vier Frauen, welche in der Postnatalzeit Ereignisse im Bereich der hohen Verpflichtung und Rollenkonflikt angaben, sind wieder berufstätig. Eine Berufstätigkeit der Frau kann laut Theorien (Hurst et al., 1995; zit. nach Kühner, 2001) den familiären Stress moderieren, da verschiedene

Rollen in Anspruch genommen werden können, die im weiteren Sinne als Stress-Puffer andere Rollenbereiche abmindern oder kompensieren. Allerdings sollte hier auch erwähnt sein, dass jene Frau, welche nicht wieder in die Erwerbstätigkeit zurückgekehrt ist, auch eine Abnahme der Anzahl depressiver Symptome nach Ablauf der postnatal Zeit aufgezeigt hat.

Belastende Lebensereignisse wurden postnatal von allen Frauen aufgezeigt. Ab dem 7. Monat nach Geburt gaben nur noch zwei Frauen Ereignisse an. Die Geburtskomplikationen könnten allenfalls auch unter einer anderen Kategorie subsumiert werden (z.B. unter Verlustereignisse: Verlust der Gesundheit). Da postnatal alle Frauen, also auch diejenige mit keinerlei depressiver Symptomatik, Ereignisse im Bereich belastender Lebensereignisse angaben, kann in dieser Arbeit nicht auf den Zusammenhang mit der depressiven Symptomatik eingegangen werden. Ausserhalb der Zeit postnatal geben nur die beiden Frauen Ereignisse an, die auch am meisten Symptome der Depression aufwiesen. Hier könnte man also von einem weiteren Zusammenhang ausgehen. In der Theorie wurde allerdings aufgezeigt, dass die durchschnittliche Wirkungsdauer von Ereignissen unterschiedlichster Schweregrade zwischen drei und sechs Monaten betrug, worauf die Annahme basiert, dass der Effekt chronischer Belastungen über die Zeit hinweg nachlässt (Reck, 2001). Daher könnten die gezeigten depressiven Symptome der zwei Frauen auch mit anderen Faktoren in Verbindung stehen.

Bei der Persönlichkeit wurden die Fragen zu wenig spezifisch auf die erwünschten Eigenschaften hin beantwortet, weshalb eine Interpretation der Ergebnisse nicht möglich ist.

9.2.3.3 Wahrnehmung der Partnerschaft und der Beziehung zum Kind

In Kapitel 5.1 war zu lesen, dass die heutige Mutter im Gegensatz zu ihren Vorfahren über mehr Wahlmöglichkeiten sowie bessere und vielfältigere Informationen verfügt. Sie erfährt jedoch mehr Verunsicherung und Orientierungslosigkeit in ihrer Rolle als Mutter, Partnerin und Berufsfrau als früher (Hofecker et al, 2005). Dies lässt sich als Begründung heranziehen, warum die Probandinnen von Unsicherheiten gesprochen haben, was ihre neue Rollenfindung betrifft. In dieser Arbeit sind die Autorinnen nicht der Frage nachgegangen, ob postnatale Depressionen früher weniger häufig waren als heute. Sicherlich war das Kinderkriegen einige Generationen vor unserer Zeit jedoch etwas, das selbstverständlicher war als es das heute ist. Dies belegen die Geburtszahlen. Auch war die Rolle der Mütter klarer definiert. Heute versuchen viele Frauen, Familie und Beruf unter einen Hut zu bringen. Eine Probandin hat sehr ausführlich beschrieben, wie schwierig sie dies manchmal fände.

Als Problem in der Partnerschaft wurde von mehreren Frauen die unbefriedigende Rollenverteilung im Haushalt genannt. Dies scheint jedoch nach Aussage von Gloger-Tippelt (1988, zit. nach

Gröhe, 2003) häufig vorzukommen. Sie beschreibt, dass insbesondere im ersten halben Jahr post partum die Rollenverteilung eher traditionell ist. Die Beschränkung der Frau auf häusliche und kindbezogene Tätigkeiten übt dabei einen ungünstigen Einfluss auf deren Zufriedenheit aus. Das haben auch die befragten Probandinnen ausgesagt. Es ist anzunehmen, dass sich die heutige Mutter wünscht, nach der Geburt eines Kindes nicht nur ihrem Beruf wieder nachgehen zu können, sondern dass auch die Rollenverteilung zu Hause neu definiert wird. So liesse sich die Zufriedenheit der Mütter sowohl postnatal als auch in der Zeit danach optimieren.

Das Kapitel 5.5 widmete sich der Rolle der Depressionen im Leben eines Paares. Oft stellt letztere eine erhebliche und lang andauernde Einbusse an persönlicher und familiärer Lebensqualität dar. Durch die Entwicklung entsteht ausserdem der Eindruck, wichtige Phasen des Kindes zu versäumen: Ängste und Schuldgefühle, dem Kind zu schaden, treten auf. Auch die befragten Frauen der vorliegenden Untersuchung haben ausgesagt, in der Postnatalzeit Schuldgefühle ihrem Kind gegenüber gehabt zu haben. Besonders die Frauen, welche nach der Entbindung unter Komplikationen gelitten haben, haben Ängste bezüglich dem Verpassen einer wichtigen Phase der Beziehung zum Kind beschrieben. Dies habe sich später gelegt.

Unter 5.3 wurden die verschiedenen erforschten Liebesstile beschrieben beziehungsweise deren Zusammenhang einer depressiven Symptomatik. Der negative Zusammenhang zwischen depressiver Verstimmtheit und partnerschaftlichem Glück konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden (Schwennen et al, 2002). Ausser einer Probandin haben alle Frauen angegeben, in der Zeit postnatal an verschiedenen depressiven Symptomen gelitten zu haben. Laut den Aussagen von Bierhoff et al. (1993) war eine unterschiedliche Wahrnehmung der Probandinnen bezüglich der Partnerschaft und der Beziehung zum Kind zu erwarten. Laut Beach et al. (1998; zit. nach Schwennen et al., 2002) ist die Korrelation zwischen Depressionen und unbefriedigter Partnerschaft besonders häufig. Die Probandinnen haben zwar nicht ausgesagt, dass sie postnatal unglücklich gewesen seien in der Partnerschaft, sie haben jedoch deutlich mehr negative Emotionen ihren Partnern gegenüber genannt als nach dem ersten halben Jahr nach Geburt des Kindes. Auch das Thema Sexualität kam in den Interviews und vor allem in den Partnerschaftsbögen zum Vorschein. Bischoff (2002) beschreibt, dass der Rückzug der Frau, die Passivität, der Libidoverlust und die Ablehnung vom Partner als Hinweis auf eine Entfremdung in der Beziehung gedeutet werden kann und somit als ein Symptom der Beziehung interpretiert werden kann. Genau diese Aussage hat ein Partner aus der vorliegenden Studie gemacht. Er habe sich verunsichert und auch vernachlässigt gefühlt durch die stark reduzierte Intimität. Die Vermutung liegt nahe,

dass dies wiederum die Partnerin irritiert haben könnte. Die Probandinnen, die eine Aussage bezüglich der Sexualität gemacht haben, gaben an, dass sich letztere nach der Postnatalzeit wieder weitgehend normalisiert habe.

Drei Frauen haben sich in der Postnatalzeit und in der Zeit nach dem ersten halben Jahr nach Geburt anders beschrieben. Sie sagten von sich, dass sie postnatal weniger geduldig und eher reizbar gewesen seien. Sie hätten nichts zu lachen gehabt, hätten sich weiblicher, weicher wahrgenommen und hätten weniger Power gehabt, seien weniger aktiv gewesen. Die Vermutung liegt auch hier nahe, dass sich dies auf die Beziehung zum Kind und zum Partner ausgewirkt hat.

Im Kapitel 5.6 wurde schliesslich über die Interaktion zwischen Mutter und Kind geschrieben. Laut Pedrina (2006) ist eine wenig belastete Mutter-Kind-Interaktion am ehesten zu beobachten, wenn die Mutter gut mentalisiert und selbstreflexiv ist und wenn sie sich aufgehoben und unterstützt fühlt. Anlässlich der geführten Interviews hat keine Mutter weder in der Postnatalzeit noch nach dem ersten halben Jahr nach Geburt negative Gefühle ihrem Kind gegenüber beschrieben oder ausgesagt, sie habe sich zu einer bestimmten Zeit zu wenig um es gekümmert. Eine Frau beschrieb teilweise starke Überforderung mit ihrem erstgeborenen Kind und sagte aus, dies habe einen Einfluss auf die Beziehung zu ihrem zweiten Kind. Insgesamt scheinen die Probandinnen demzufolge gut mentalisiert und selbstreflexiv zu sein. Dieser Eindruck entstand auch bei den Autorinnen während den geführten Interviews.

Gloger-Tippelt (1988) und Mentzos (1984) beschreiben die Anpassungsleistungen eines Paares nach der Geburt eines Kindes und beurteilen die Ankunft eines Babys als einen potentiellen Krisenauslöser, während Oerter und Montada (1995) von einer zu überwindenden Entwicklungsstufe sprechen. Die Paare aus der vorliegenden Studie scheinen diese Hürde in jedem Fall trotz beschriebener Schwierigkeiten vor allem in der Postnatalzeit genommen zu haben. So auch das Paar, das über eine ungeplante Schwangerschaft berichtet hat.

9.2.4 Kritische Auseinandersetzung mit dem Studiendesign und der Methodik

Durch externe Umstände waren die Autorinnen mit der Aufgabe konfrontiert, innerhalb kürzester Zeit Probandinnen für die vorliegende Untersuchung akquirieren zu müssen. Aus diesem Grund stammen fast alle befragten Frauen aus dem Bekanntenkreis der Autorinnen und kennen sich teilweise auch untereinander. Dies hat sich sicherlich auf die Offenheit im Interview sowohl positiv als auch negativ ausgewirkt. Eine Frau hat sich zum Beispiel bereit erklärt, das Interview weiterzuführen, obwohl es für sie schwierig gewesen sei. Sie hat gesagt, dass sie dies nicht getan

hätte, hätte sie die Interviewerin nicht gekannt. Andere Probandinnen haben eventuell Details verschwiegen, weil sie nicht wollten, dass die Interviewerinnen davon erfahren. Genau dasselbe gilt natürlich auch für die Partner. Schlussendlich war es schwierig für die Autorinnen, Aussagen der befragten Paare so wiederzugeben, dass diese den betroffenen Personen zum Lesen gegeben werden können. Für die Aushändigung der Arbeit mussten zudem einzelne Seiten aus Datenschutzgründen entfernt werden, zumal die Aussagen sonst von den Frauen untereinander hätten zugeordnet werden können.

Ideal wäre für eine vergleichende Untersuchung der depressiven Symptomatik innerhalb und ausserhalb der Postnatalzeit, des Beziehungserlebens, der Belastungen sowie des Suchtverhaltens, wenn alle befragten Probandinnen ihre Kinder innerhalb der selben Zeit geboren hätten, das heisst, innerhalb von zwei bis drei Monaten. Dadurch wären die Aussagen besser vergleichbar. Die Partnerschaftsfragebögen konnten nicht ausgewertet werden, wie das von den Autorinnen vorgesehen gewesen wäre. Ein Grund dafür war sicherlich das stark begrenzte Zeitmanagement, welches durch die externen Umstände zustande gekommen ist. Dadurch konnten die Fragebögen zu wenig detailliert ausgearbeitet werden. Ebenfalls war eine sorgfältige Einführung der Partner bezüglich der Aufgabe nicht möglich, die Fragebögen wurden lediglich ausgehändigt. Mit den Probandinnen hat ein einführendes Gespräch stattgefunden, was sich sehr positiv auf die Zusammenarbeit und die Qualität der Interviews ausgewirkt hat.

Die Idee der Triangulation hätte in der vorliegenden Arbeit besser umgesetzt werden können. Die Frage ist, wie stark man den Gütekriterien Beachtung schenken möchte / sollte. Ist es im Sinne der Triangulation notwendig, alle Aussagen abzusichern? Könnte dabei eventuell auf eine detaillierte Ausarbeitung der einzelnen Teile wie beispielsweise eines Fragebogens verzichtet werden? Oder ist es sinnvoll, mehr Wert auf die detaillierte Ausarbeitung eines Interviewleitfadens zu setzen und die Triangulation weniger zu berücksichtigen?

Schlussendlich haben sich die Autorinnen etwas schwer getan mit der Ausarbeitung der Kategorien zur Auswertung der Interviews. Viele Aussagen hätten mehreren Kategorien zugeteilt werden können, was die Abgrenzung erschwerte und keine eindeutige Auswertung erlaubte. Als besondere Schwierigkeit haben sich dabei die Übertitel erwiesen. So kann das Problem der Rollenfindung der Frau postnatal unter der Kategorie „belastende Lebensereignisse“, aber auch unter der Kategorie „Partnerschaft“ subsumiert werden.

9.2.5 Weiterführender Ansatz

Natürlich wäre eine grössere Stichprobe im Zusammenhang mit der vorliegenden Untersuchung wünschenswert gewesen, um eine allgemeine, fundierte Aussage machen zu können. Auch wäre

es interessant, die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit mit den Aussagen von Probandinnen zu vergleichen, die an einer postnatalen Depression erkrankt sind. Die Autorinnen vermuten, dabei auf mehr belastende Lebensereignisse und allenfalls auch auf Suchtverkrankungen zu stossen. Wie in der Beantwortung der Fragestellungen beschrieben wurde, haben nicht alle Frauen, die postnatal an depressiven Symptomen gelitten haben, schwerwiegende belastende Lebensereignisse oder Konsum von Suchtmitteln bestätigt. Interessant wäre hier nachzuforschen, welche Resilienzfaktoren bei der Entstehung einer postnatalen Depression oder einer depressiven Symptomatik eine Rolle spielen beziehungsweise wie die einzelnen Frauen ihr Vulnerabilitätsrisiko einschätzen würden.

Überrascht hat die Autorinnen anlässlich der durchgeführten Studie, dass die Frauen, die teilweise schwere Komplikationen nach der Geburt angegeben haben, weniger depressive Symptome aufgezählt haben als Frauen, die keine oder geringe Komplikationen erlitten haben. Auch hier stellt sich die Frage der Resilienzausprägung. Spezifischeres Nachfragen wäre hier sicherlich aufschlussreich. Laut Hofecker et al. (2005) erfährt lediglich eine kleine Subgruppe von Frauen psychische Störungen ausschliesslich in der Postnatalzeit. Spannend wäre demnach auch die Frage, welche Krankheitsgeschichten Frauen mit einer postnatalen Depression aufweisen.

Im Rahmen der Partnerschaftsfragebögen konnte festgestellt werden, dass die Männer sensibler auf das Thema Sexualität reagiert haben als die Frauen. Einige haben angegeben, dass sie zu wenig intime Nähe zu ihrer Partnerin erfahren und dies vermisst hätten. Ein Partner hat ausgesagt, er habe sich durch die reduzierte sexuelle Aktivität in der Partnerschaft verunsichert gefühlt. Von den Probandinnen hat niemand ausgesagt, die Sexualität sei ihrer Ansicht nach zu kurz gekommen. Spannend wäre in diesem Zusammenhang zu untersuchen, inwieweit sich die Wahrnehmung der Partnerschaftsqualität innerhalb einer Beziehung während der Postnatalzeit unterscheidet. Ist die Wahrnehmung der Sexualität beziehungsweise das Bedürfnis nach intimer Nähe bei Männern und Frauen grundsätzlich unterschiedlich? Welche anderen Punkte innerhalb einer Beziehung stehen für den Mann im Vordergrund, welche für ihre Partnerinnen? In der vorliegenden Arbeit konnte auf dieses Thema zu wenig eingegangen werden.

Schlussendlich haben einzelne Frauen, die anlässlich der vorliegenden Untersuchung befragt wurden, ausgesagt, sie hätten vor der Schwangerschaft, teilweise in ihren Jugendjahren, vermehrt Alkohol getrunken und Cannabis konsumiert. Interessant wäre deshalb zu untersuchen, wie frühere Süchte mit einer aktuellen depressiven Symptomatik zusammenhängen. Können Auswir-

kungen von Suchtmittelkonsum zu einem bestimmten Zeitpunkt im Leben das Auslösen einer depressiven Symptomatik zu einem späteren Zeitpunkt im Leben begünstigen?

Obwohl über depressive Erkrankungen bereits viel geschrieben und geforscht wurde gibt es auf diesem Gebiet immer noch unzählige Fragezeichen. Weitere Untersuchungen und vor allem Aufklärung zum Thema postnatale Depression könnten entscheidend zur Prävention, Behandlungsqualität und Akzeptanz des Störungsbildes führen.

10 Abstract

Diese Arbeit thematisiert Unterschiede in und ausserhalb der Postnatalzeit bezüglich (1) depressiver Symptomprofile psychopathologisch unauffälliger Frauen, (2) Zusammenhänge der Symptomstärke und Symptommhäufung der Depression mit kritischen Lebensereignissen oder Suchterkrankungen und (3) Unterschiede in der Beziehungsbeurteilung zu Partner und Kind. Qualitative (Interviews) und quantitative (Fragebogen, Zufriedenheitslinien) Datenerhebung an einer Stichprobe von sieben Müttern (Geburtszeitraum: 09.2006 - 09.2007).

(1) Depressive Symptome wurden postnatal vermehrt genannt, was zur Aussage passt, dass Depressionen je nach Auftretungszeitpunkt getrennt erfasst und therapiert werden sollten.

(2) Komorbiditäten mit kritischen Lebensereignissen ausserhalb der Postnatalzeit konnten nicht abschliessend bestätigt werden, postnatal wurden keine Zusammenhänge nachgewiesen.

(3) Unterschiede der Beziehungsbeschreibungen in/ausserhalb der Postnatalzeit zeigten sich. Die postnatale Rollenfindungsunsicherheit stimmt mit der Theorie vermehrt vorhandener Verunsicherung aufgrund Gesellschaftswandel überein. Negative Gefühle dem Partner gegenüber wurden postnatal vermehrt genannt, was die häufige Korrelation zwischen Depression und unbefriedigter Partnerschaft bestätigt. Zusammenhänge zwischen Sexualitätsreduktion und partnerschaftlichen Verunsicherung zeigten sich ebenfalls. Bezüglich Beziehung zum Kind bestätigten sich theoretisch bekannte postnatale Ängste und Schuldgefühle.

11 Quellenverzeichnis

- Andres, B., Hawton, K., Fagg, J. & Westbrook, D.** (1993). Do psychosocial factors influence outcome in severely depressed female psychiatric inpatients? *British Journal of Psychiatry*, 163, 747 – 754.
- Argyle, M. & Henderson, M.** (1990). *Die Anatomie menschlicher Beziehungen*. München: mvg- Verlag.
- Avison, W.R. & Turner, R.J.** (1988). Stressful life events and depressive symptoms: Disaggregating the effects of acute stressors and chronic strains. *Journal of Health and Social Behavior*, 29, 253 – 264.
- Azoulay, I.** (1998): *Die Gewalt des Gebärens. Streitschrift wider den Mythen der glücklichen Geburt*. München: List.
- Backenstrass, M.** (1998). *Depression und partnerschaftliche Interaktion*. Berlin: Waxmann.
- Beach, S.R.H., Fincham, F.D. & Katz, J.** (1998). Marital therapy in the treatment of depression: toward a third generation of therapy and research. *Clinical Psychology Review*, 18, 635-661.
- Bierhoff, H.w., Grau, I. & Ludewig, A.** (1993). *Marburger Einstellungs-Inventar für Liebesstile (MEIL)*. Göttingen: Hogrefe.
- Billings, A.G. & Moos, R.H.** (1985). Life stressors and social resources affect post-treatment outcomes among depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 140 – 153.
- Bischkopf, J.** (2002). *Zur Lebenssituation der Partner depressiver Patienten*. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie am Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie der Freien Universität Berlin.
- Brazelton, T.B. & Cramer, B.G.** (1994). *Die frühe Bindung. Die erste Beziehung zwischen dem Baby und seinen Eltern*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K.H.** (1999): *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart.
- Brown, G.W. & Harris, T.O.** (1978). *Social origins of depression*. London: Tavistock.
- Brown, G.W. & Harris, T.O.** (1986). Stressor, vulnerability and depression: A question of replication. *Psychological Medicine*, 16, 739 – 744.
- Brown, G.W., Bifulco, A. & Harris, T.O.** (1987). Life events, vulnerability and onset of depression. *British Journal of Psychiatry*, 150, 30 – 42.
- Brown, G.W. & Harris, T.O.** (1989). Depression. In: G.W. Brown & T.O. Harris (Eds.). *Life events and illness*. (S. 49 – 93) New York. Guilford Press.

- Brown, G.W., Lemyre, L. & Bifulco, A.** (1992). Social factors and recovery from anxiety and depressive disorders: A test of specificity. *British Journal of Psychiatry*, 161, 44 - 54.
- Champion, L.A. & Power, M.J.** (1995). Social and cognitive approaches to depression: towards a new synthesis. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 485 – 503.
- Coyne, J.C.** (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39, 28-40.
- Dalton, K.** (1992). *Mütter nach der Geburt.* (Erweiterte Neuauflage). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.
- Dalton, K.** (2003). *Wochenbettdepression. Erkennen-Behandeln-Vorbeugen.* Bern: Huber.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H.** (Hrsg.). (2005). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. 5. Aufl. Bern: Huber.
- DSM-IV.** (1996 u. 1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen.* Göttingen: Hogrefe.
- Gloger-Tippelt, G.** (1988): *Schwangerschaft und erste Geburt. Psychologische Veränderungen der Eltern.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Gmür, P.** (1995). *MutterSeelenAllein. Erschöpfung und Depression bei Müttern von Kleinkindern.* Zürich: pro juventute
- Gmür, P. & Kessler, H.** (2005). *Wege aus der Depression. So finden Betroffene und ihre Angehörige Hilfe.* Zürich: Beobachter.
- Gonzales, R.** et al. (1996) In Vivo links between neurochemistry and behavioral effects of ethanol. *Alcohol Clin Exp Res*, 120, 203 – 205.
- Gotlib, I.H. & Hooley, J.M.** (1988). Depression and marital functioning.: Current status and future directions. In: I. S. Duck (Ed.), *Handbook of personal relationships: Theory, research and interventions* (pp. 543-570). New York: Wiley.
- Gove, W.R., Style, C.B & Hughes, M.** (1990). The effect of marriage on the well-being of adults. *Journal of Family Issues*, 11, 4-35.
- Gröhe, F.** (2003): *Nehmt es weg von mir. Depression nach der Geburt eines Kindes.* Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Haas, E. Th.** (2006). *Transzendenz-Verlust und Melancholie. Depression und Sucht im Schatten der Aufklärung.* Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Hawton, K.** (1992). Suicide and attempted suicide. In E.S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders.* (S. 635 – 650). Edinburgh: Churchill Livingstone.

- Hell, D.** (1982). *Eben depressiver und schizophrener Menschen*. Berlin: Springer.
- Hofecker Fallahpour, M., Zinkernagel, Ch., Frisch, U., Neuhofer, C., et al.** (2005): *Was Mütter depressiv mach... und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen. Ein Therapiehandbuch*. Bern: Huber
- Hurst, S.A., & Genest, M.** (1995). Cognitive-behavioural therapy with a feminist orientation. A perspective for therapy with depressed women. *Canadian Psychology*, 36, 236 – 257.
- Johnson, S.L. & Jacob, T.** (1997). Marital interactions of depressed men and women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 15-23.
- Kammerer, M., A. Taylor, et al.** (2006). The HPA axis and perinatal depression: a hypothesis. *Arch Womens Ment Health* 9(4): 187-96.
- Keller, F.** (1997). *Belastende Lebensereignisse und der Verlauf von Depressionen*. Münster: Waxmann.
- Kendler, K.S., Karowski, L.M. & Prescott, C.A.** (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 156, 837 – 841.
- Kessler, R.C. & McLeod, J.D.** (1984). Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *American Sociological Review*, 49, 620 – 631.
- Kühner, Ch.** (2001). Affektive Störungen. In: A. Franke, & A. Kämmerer (Hrsg.). *Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch* (S. 165 –208). Göttingen: Hogrefe
- Kunert H.J. et al.** (1999). Neuropsychologische Auswirkungen der akuten und chronischen Cannabisintoxikation. In: H.J. Kunert. *Cannabis, das unterschätzte Kraut*. (S. 23). Aachen: Ariadne.
- Löhrer, F.** (2004). Abhängigkeit und Depression – Eine Unterschätzte Komorbidität. In: H.-P. Steingass (Hrsg.). *Geht doch! Soziotherapie chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängiger*. (S. 81 – 89). Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft.
- Marneros, A.** (2004). *Das neue Handbuch der Bipolaren und Depressiven Erkrankungen*. Stuttgart: Thieme.
- Mayring, P.** (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- McGrath, E., Keita, G.P., Strickland, B.R. & Russo, N.F.** (Hrsg.). (1993). *Frauen und Depression. Risikofaktoren und Behandlungsfragen*. Bergheim: Mackinger.
- Mentzos, S.** (1984). *Neurotische Konfliktverarbeitung*. Frankfurt.
- Moggi, F. & Donati, R.** (2004). *Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen*. Göttingen: Hogrefe.

- Möller, H.-J., Laux, G., Deister, A.** (2005). *Psychiatrie und Psychotherapie*. (3. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Monroe, S.M., Bellack, A.S., Hersen, M. & Himmelhoch, J.M.** (1983). Life events, symptom course, and treatment outcome in unipolar depressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 604 – 615.
- Müller, A.** (2001). Diagnostik süchtiger Störungen. In: F. Tretter & A. Müller (Hrsg.). *Psychologische Therapie der Sucht*. (S. 251 - 277). Göttingen: Hogrefe.
- Munth, Ch. & Fiedler, P.** (1994). Abschlussbericht zum BMFT-Projekt mit dem Titel: „*Verlaufsstudie zur Erforschung psychosozialer Rückfallprädiktoren der Depression: Psychopathologischer Verlauf, Expressed Emotion und Beziehungsmuster in den Eben depressiver Patienten*“. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Nazroo, J.Y, Edwards, A.C & Brown, G.W.** (1997). Gender differences in the onset of depression following a shared life event: a study of couples. *Psychological Medicine*, 27, 9 – 19.
- Oerter, R. & Montada L.** (1995): *Entwicklungspsychologie*. 3. Auflage. Weinheim: Beltz.
- O'Hara, M.W. & Swain, A.M.** (1996). Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8: 37-54.
- Papousek, M.**(2002). Wochenbettdepression und ihre Auswirkung auf die kindliche Entwicklung. In: Braun-Scharm, H. (Hrsg.). *Depression und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Paykel, E.S. & Cooper, Z.** (1992). Life events and social stress. In: E.S. Paykel (Ed.). *Handbook of affective disorders*. 2nd ed. (S. 149 – 170). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Paykel, E.S., Cooper, Z., Ramana, R. & Hayhurst, H.** (1996). Life events, social support and marital relationships in the outcome of severe depression. *Psychological Medicine*, 26, 121 – 133.
- Pedrina, F.** (2006). *Mütter und Babys in psychischen Krisen*. Frankfurt: Brandes und Apsel.
- Prescott, Ca. A. et al.** (2000). Sex-Specific Genetic Influences on the Comorbidity of Alcoholism and Major Depression in a Population-Based Sample of US Twins, *Arch Gen Psych*, 57, 803 – 811.
- Raimo, E.B. / Schuckit, M.A.** (1998) Alcohol dependence and mood disorders. *Addictive Behaviors*, 23, 933 – 946.
- Reck, C.** (2001). *Kritische Lebensereignisse und Depression. Life-Event-Forschung im Überblick*. Lengerich: Pabst Science Publisher.

- Riecher-Rössler, A.** (1997): Psychische Störungen und Erkrankung nach der Entbindung. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 65, 97-107.
- Riecher-Rössler, A. & Rohde, A.** (2001). *Psychische Erkrankungen bei Frauen. Für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie.* Basel: Karger.
- Riecher-Rössler, A.** (2006). Was ist postpartale Depression? In: B. Wimmer-Puchinger & A. Riecher-Rössler (Hrsg.). *Postpartale Depression.* (S. 11-20). Wien: Springer.
- Rodrega, H.** (1993). Zur Sozialgeschichte der Sucht. In: F. Löhner (Hrsg.). *Sucht und Freiheit.* (S. 11 – 31). Aachen.
- Rohde, A.** (2004). *Rund um die Geburt eines Kindes: Depressionen, Ängste und andere psychische Probleme.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Rudolf, G.** (1993). *Psychotherapeutische Medizin: Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage.* Stuttgart: Enke Verlag.
- Schäfer, U.** (2001). *Depression im Erwachsenenalter.* Bern: Huber.
- Schwarz-Gerö, J.** (2006). Postpartale Depression und Säuglingspsychosomatik – Interaktion und Therapie. In: B. Wimmer-Puchinger & A. Riecher-Rössler (Hrsg.). *Postpartale Depression.* (S. 127-140). Wien: Springer.
- Schwennen, Ch. & Bierhoff, H.W.** (2002). Einstellung zur Partnerschaft – Unterschiede zwischen Personen mit und ohne depressiver Verstimmtheit. *Zeitschrift für Psychologie*, 210 (3), 134-140. Göttingen: Hogrefe.
- Schwoon, D.R.** (2001). Konzidienz psychischer Störungen und Sucht. In: F. Tretter & A. Müller (Hrsg.). *Psychologische Therapie der Sucht.* (S. 503 -518). Göttingen: Hogrefe.
- Solomon, A.** (2001). *Saturns Schatten. Die dunklen Welten der Depression.* Frankfurt am Main: F. Fischer.
- Solowij, N.** (1998). *Cannabis and cognitive functioning.* Cambridge.
- Springer-Kremser, M., Fischer-Kern, M., Leithner-Dziubas, K. & Löffler-Stastka, H.** (2006). Depressionsbehandlung – was brauchen Frauen? In: C. Buddeberg et al. (Hrsg.). *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.* Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.
- Sprock, J. & Yoder, C.Y.** (1997). Women and depression: An update on the report of the APA Task Force. *Sex Roles*, 36, 269 – 303.
- Stern, D.N.** (1998): *Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stroebe, W.** (2000). *Social psychology and health* (2nd ed.). Buckingham: Open University Press.

Suh, E., Diener, E. & Fujita, F. (1996). Events and subjective well-being. Only recent events matter: Erratum. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 842.

Thoits, P.A. (1991). On merging identity theory and stress research. *Social Psychology Quarterly*, 54, 101 – 112.

Tölle, R. (2000). *Depressionen. Erkennen und Behandeln*. München: Beck.

Tretter, F. & Müller, A. (Hrsg.). (2001). *Psychologische Therapie der Sucht*. Göttingen: Hogrefe.

Warner, R., Appleby, L., Whitton, A. & Faragher, B. (1996). Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *British Journal of Psychiatry* 168: 607-611.

Wolfersdrof, M. (1995). Depressive Störungen. Phänomenologie, Aspekte der Psychodynamik und –therapie. *Psychotherapeut*, 40, 330 – 347.

12 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Abbildung 1:	Diagnosekriterien für eine Major Depression nach DSM-IV	S. 5
Abbildung 2:	Aufteilung in Schweregrade nach DSM-IV und ICD-10	S. 6
Abbildung 3:	Mögliche Faktoren, die zu einer Depression führen können	S. 7
Abbildung 4:	Verlaufsform einer rezidivierenden depressiven Störung	S. 8
Abbildung 5:	Zufriedenheitslinien bezüglich Partnerschaft	S. 58/59

Tabellen

Tabelle 1:	Einfluss akuter Drogenapplikation auf das Serotonin-System	S. 16
Tabelle 2:	Entwicklung depressiver Symptome während Intoxikation resp. Entzug von Drogen	S. 17
Tabelle 3:	Übersicht über Persönlichkeitsmerkmale	S. 46
Tabelle 4:	Auswertung der Häufung depressiver Symptome	S. 60

13 Anhang

- (A) Schreiben an die Frauen
- (B) Einverständniserklärung
- (C) Interviewleitfaden
- (D) Zufriedenheitslinien
- (E) Angepasster SKID-I-Fragebogen
- (F) Fragebogen zur Partnerschaft und Beziehung zum Kind
- (G) Auswertungsmappe Interviews

(A) Schreiben an die Frauen

Liebe ...

Im Rahmen unserer Bachelorarbeit an der Zürcher Fachhochschule für Angewandte Wissenschaft, Departement Psychologie, schreiben wir über folgende Thematik:

„Frauen in der Postnatalzeit (die ersten sechs Monate nach der Geburt) und ausserhalb der Postnatalzeit (ab dem 7. Monat nach der Geburt): Zusammenhänge zwischen Symptomen depressiver Erkrankungen, kritischer Lebensereignisse, Sucht und subjektiver Wahrnehmung der Partnerschaft.“

Ursprünglich waren wir für diese Fragestellung in ein Projekt eingebunden, in dessen Rahmen wir bereits einige Arbeit geleistet haben. Aufgrund von Differenzen mit dem für uns zuständigen Referenten, mussten wir aber aus dem Projekt aussteigen und schlagen jetzt einen neuen Weg für unseren wissenschaftlichen Teil der Arbeit ein (Studie).

Dafür suchen wir nun Frauen und Mütter, welche die letzte Geburt vor ungefähr einem bis anderthalb Jahre hatten (Zeitraum September 2006 – September 2007). Gerne würden wir Dich für folgende Untersuchungen anfragen:

- Durchführung eines Interviews (Dauer ca. 1 Stunde, kann bei Dir zuhause durchgeführt werden, auf Wunsch aber auch an einem anderen Ort)
- Beantwortung eines Fragebogens (Dauer ca. 15 Minuten)

Für den Zusammenhang zwischen Symptomen der depressiven Erkrankung und subjektiver Wahrnehmung der Partnerschaft würde es uns freuen, wenn wir auch den Männern und Vätern einen Fragebogen zukommen lassen dürften (Dauer ca. 20 Minuten).

Selbstverständlich werden alle erhobenen Daten anonymisiert und von uns mit äusserster Vertraulichkeit behandelt. In der fertigen Bachelorarbeit werden keine, oder geänderte Namen genannt und die Informationen bei Bedarf so abgeändert, dass sie Euch nicht zugeordnet werden können.

Wenn Ihr Interesse an der Arbeit habt, stellen wir Euch nach der Annahme durch die Fachhochschule gerne eine PDF-Version zu.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Ihr teilnehmen würdet. Da wir aufgrund der Turbulenzen auch einen neuen Terminplan erstellen mussten, wären wir Euch über eine schnellst mögliche Rückmeldung sehr dankbar.

Ihr erreicht uns am bestens via folgenden Wegen:

Ann-Kathrin Eber
ann-kathrin.ebner@bluemail.ch

Barbara Bachmann
barbara.bachmann@yahoo.de

076 424 05 27

076 399 14 04

Mit lieben Grüssen

Ann-Kathrin Ebner

Barbara Bachmann

(B) Einverständniserklärung

Einverständniserklärung

Frau Barbara Bachmann und Frau Ann-Kathrin Ebner haben mich im Rahmen Ihrer Bachelorarbeit an der Zürcher Fachhochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Psychologie, angefragt, ob ich für die Teilnahme an der Studie unter folgendem Thema bereit bin:

„Frauen in der Postnatalzeit und ausserhalb der Postnatalzeit: Zusammenhänge zwischen Symptomen depressiver Erkrankungen, kritischer Lebensereignisse, Sucht und subjektiver Wahrnehmung der Partnerschaft.“

Ich bestätige hiermit, dass ich mit der Verwendung des mit mir durchgeführten Interviews für die oben genannte Arbeit einverstanden bin. Ebenfalls kann der von mir ausgefüllte Fragebogen und die eingezeichneten Lebenslinien für die Arbeit verwendet werden.

Ich wurde darüber informiert, dass alle Daten anonymisiert und vertraulich behandelt werden.

Das Interview kann zur Verarbeitung auf Band aufgenommen werden, wird aber nach der Transkription gelöscht.

Ich bestätige, die oben aufgeführten Punkte gelesen zu haben und bin mit dem Vorgehen einverstanden:

Ort und Datum:

Unterschrift:

(C) Interviewleitfaden

INTERVIEW-LEITFADEN (PROBLEMZENTRIERT, TEILSTRUKTURIERT)

Interview-Nr.:

Interview durchgeführt am:

TeilnehmerIn:

UntersucherIn:

Vorstellen der eigenen Person (Interviewerin)

Alter:

Zivilstand:

Wohnort (Stadt/Land):

Wohnsituation (alleine/mit Partner):

Religion:

Job:

Kinder:

Alter der Kinder:

Hobbies:

Dauer der aktuellen Beziehung:

Begrüssung und Einführung in das Interview

Herzlichen Dank, dass Sie sich für ein Interview bereit erklärt haben. Unser Gespräch wird etwa eine Stunde dauern.

Im Rahmen unserer Ausbildung an der Zürcher Fachhochschule für Angewandte Wissenschaft, Departement Psychologie in Zürich gehen wir für unsere Bachelorarbeit der Frage nach, ob Frauen in und ausserhalb der Postnatalzeit unterschiedliche Symptome aufweisen, welche auch im Rahmen depressiver Störungen genannt werden. Ebenfalls interessiert uns in diesem Zusammenhang, ob Suchterkrankungen und kritische Lebensereignisse einen Einfluss auf die Symptome haben. Auch möchten wir Sie gerne zu Ihrer Beziehung zu Ihrem Partner und Kind befragen. Die erste Frage bezieht sich auf die Geburt selbst, danach werden die Fragen jeweils bezogen auf die ersten sechs Monate nach der Geburt sowie auf die Zeit ab dem 7. Monat nach der Geburt gestellt. Selbstverständlich können Sie jederzeit sagen, wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten.

Sie haben ja bereits einen Fragebogen ausgefüllt, wofür wir ihnen bestens danken.

Gerne informieren wir Sie zu einem späteren Zeitpunkt, zu welchen Schlussfolgerungen wir gelangt sind. Auf Wunsch stellen wir Ihnen auch ein PDF-Exemplar der fertigen Arbeit zu.

Mit Ihrem Einverständnis nehmen wir das folgende Interview auf Tonband auf, es wird aber nach der Bearbeitung gelöscht. Natürlich behandeln wir alle Informationen, die wir von Ihnen bekommen, vertraulich. In der fertigen Bachelorarbeit werden keine Namen genannt werden.

Haben Sie noch Fragen oder Unklarheiten?

Von der/dem Interviewenden festzuhalten:

Erscheinen der Interviewpartnerin (Gepflegtheit, Stimmung, ...)	
Eindruck über die Wohnsituation der Interviewpartnerin	
Sonstige Bemerkungen	

Leitfragen	Checkliste: Wurde das erwähnt? Punkte nur in Fragen formulieren, wenn Sie nicht von alleine angesprochen wurden.	Besonderes
TEIL I Geburt		
Erzählen Sie mir die Geschichte der Geburt Ihrer Tochter / Ihres Sohnes.	<p>Datum, Zeit?</p> <p>Wo geboren: Zuhause, im Spital, im Geburtshaus?</p> <p>Art der Geburt (Vaginal, Kaiserschnitt)?</p> <p>Wer war bei der Geburt dabei?</p> <p>Besondere Umstände?</p> <p>Schmerzen? Komplikationen? Medikamente?</p> <p>Dauer des Krankenhausaufenthaltes?</p> <p>Emotionen?</p> <p>Gesundheit des Kindes</p> <p>Wunschkind?</p> <p>Stress / Überforderung?</p> <p>Umstände bei Spitalaustritt: War Vater zu Hause, Unterstützung?</p> <p>Arbeitssituation der Frau?</p>	

TEIL II: Beziehung zu Kind		
<p>Erzählen Sie mir von der Beziehung zu Ihrem Kind in den ersten sechs Monaten.</p>	<p>Häufigkeit der Beschäftigung mit dem Kind / Hütemomente</p> <p>Überforderung / Stress / Ruhemomente</p> <p>Ernährung des Säuglings</p> <p>Schuldgefühle</p> <p>Vertrautheit</p> <p>Reagiert Kind auf Tröstung durch Mutter</p> <p>Häufige Liebkosungen / Körperkontakt</p> <p>Wie berichtet sie über die Befindlichkeit des Kindes?</p> <p>Reaktionszeit auf Rufe des Kindes</p>	<p>Lebenslinientechnik</p>
<p>Erzählen Sie mir von ihrer Beziehung zu Ihrem Kind, wie sie heute ist.</p>	<p>Häufigkeit der Beschäftigung mit dem Kind / Hütemomente</p> <p>Überforderung / Stress / Ruhemomente</p> <p>Ernährung des Säuglings</p> <p>Schuldgefühle</p> <p>Vertrautheit</p> <p>Reagiert Kind auf Tröstung durch Mutter</p> <p>Häufige Liebkosungen / Körperkontakt</p> <p>Wie berichtet sie über die Befindlichkeit des Kindes?</p> <p>Reaktionszeit auf Rufe des Kindes</p>	

TEIL III: Beziehung zum Partner		
<p>Häufig ändert sich nach der Geburt eines Kindes einiges in der Beziehung zum Partner. Was können Sie mir dazu erzählen?</p>	<p>Schuldgefühle</p> <p>Sexualität</p> <p>Zeit für Gespräche, Unternehmungen zu Zweit, Austausch</p> <p>Unterstützung</p> <p>Vertrautheit / Fremdheit</p> <p>Ängste und Unsicherheiten</p> <p>Verständnis</p> <p>Freude / Liebe</p>	<p>Lebenslinientechnik</p>
<p>Wie würden Sie Ihre Beziehung zueinander heute / im Moment beschreiben?</p>	<p>Schuldgefühle</p> <p>Sexualität</p> <p>Zeit für Gespräche, Unternehmungen zu Zweit, Austausch</p> <p>Unterstützung</p> <p>Vertrautheit / Fremdheit</p> <p>Ängste und Unsicherheiten</p> <p>Verständnis</p> <p>Freude / Liebe</p>	

TEIL IV: Kritische Lebensereignisse		
<p>Gab es im ersten halben Jahr nach der Geburt einschneidende Erlebnisse in Ihrem Leben, von denen Sie mir berichten mögen?</p> <p>Gab es seit dem 7. Monat nach der Geburt einschneidende Erlebnisse, die Sie mir mitteilen mögen?</p>	<p>Verlust- und Trennungsergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Verlust durch Tod</i> - <i>Verlust durch Trennung</i> - <i>Verlust von Arbeit</i> - <i>Verlust von materiellen Gütern (gestohlen, verloren, etc.)</i> - <i>Verlust der Gesundheit (Unfall, Krankheit, bei sich selber, bei anderen?)</i> - <i>Verlust von Wunschvorstellungen, welche mit Vertrauensverlusten einhergehen?</i> <p>Kritische Lebensereignisse im Zusammenhang mit Rollen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Kinder</i> - <i>Ehe</i> - <i>Partnerschaft</i> - <i>Hausarbeit</i> - <i>Aktivitäten und Arbeit ausser Haus</i> <p>Chronische Belastungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Pflege von Angehörigen</i> - <i>Behinderungen in der Familie (erböhter Betreuungsaufwand)</i> - <i>Armut</i> - <i>Sexueller Missbrauch</i> - <i>Anderes</i> 	<p>Lebenslinientechnik</p>
<p>Wie würden Sie sich selbst mit ein paar Worten beschreiben?</p> <p>Hätten Sie sich im ersten halben Jahr nach der Geburt Ihrer Tochter / Ihres Sohnes anders beschrieben? Wenn ja, wie?</p>	<p>Risikofreudig / Risikoscheu / Ängstlich</p> <p>Humor</p> <p>Perfektionismus</p> <p>Belastbarkeit</p> <p>Extraversion / Introversion</p> <p>Autonomie / Soziotropie</p>	

Teil IV: Sucht		
<p>Haben Sie in den ersten sechs Monaten nach der Geburt Suchtmittel konsumiert? Was können Sie mir über allfällige Erfahrungen damit erzählen?</p>	<p>Was? - Alkohol - Zigaretten - Drogen</p> <p>Wann?</p> <p>Beginn und allenfalls Ende bei längerem Konsum</p> <p>Frequenz</p> <p>Anzahl / Menge?</p> <p>Würden Sie sich selbst als abhängig bezeichnen? (Diese Frage wird nur gestellt, wenn die Interviewerin das Gefühl hat, der Konsum ist im Rahmen einer Sucht).</p>	
<p>Haben Sie ab dem 7. Monat nach der Geburt Suchtmittel konsumiert? Was können Sie mir über allfällige Erfahrungen damit erzählen?</p>	<p>Was? - Alkohol - Zigaretten - Drogen</p> <p>Wann?</p> <p>Beginn und allenfalls Ende bei längerem Konsum</p> <p>Frequenz</p> <p>Anzahl / Menge?</p> <p>Würden Sie sich selbst als abhängig bezeichnen? (Diese Frage wird nur gestellt, wenn die Interviewerin das Gefühl hat, der Konsum ist im Rahmen einer Sucht).</p>	
<p>Gibt es etwas, dass ich zu fragen vergessen habe oder dass Sie noch sagen möchten?</p>		

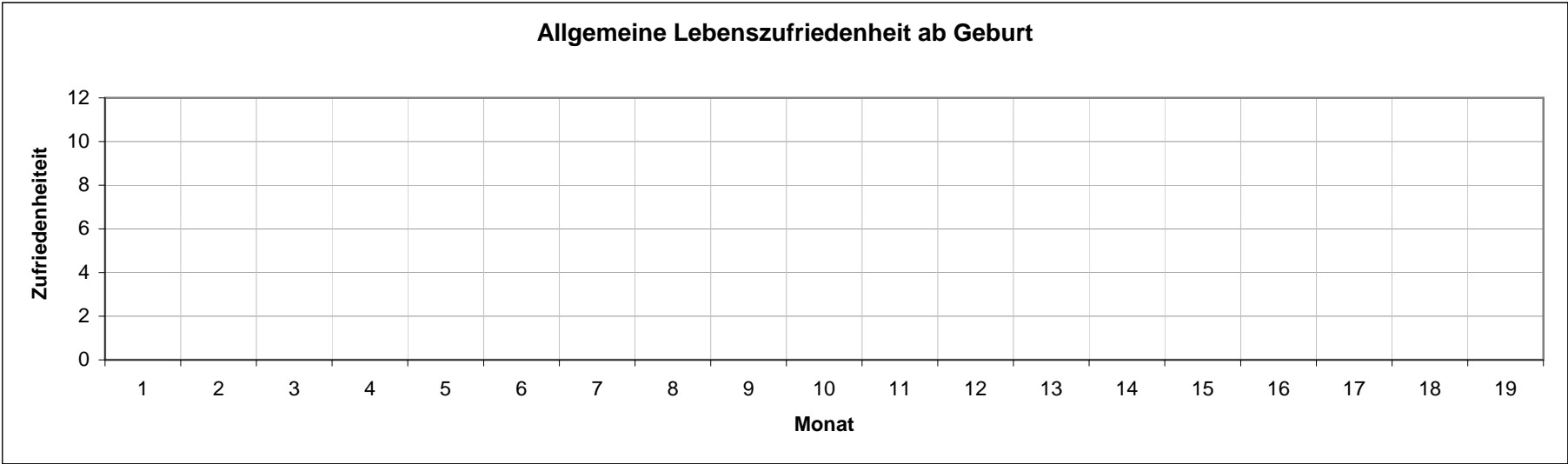
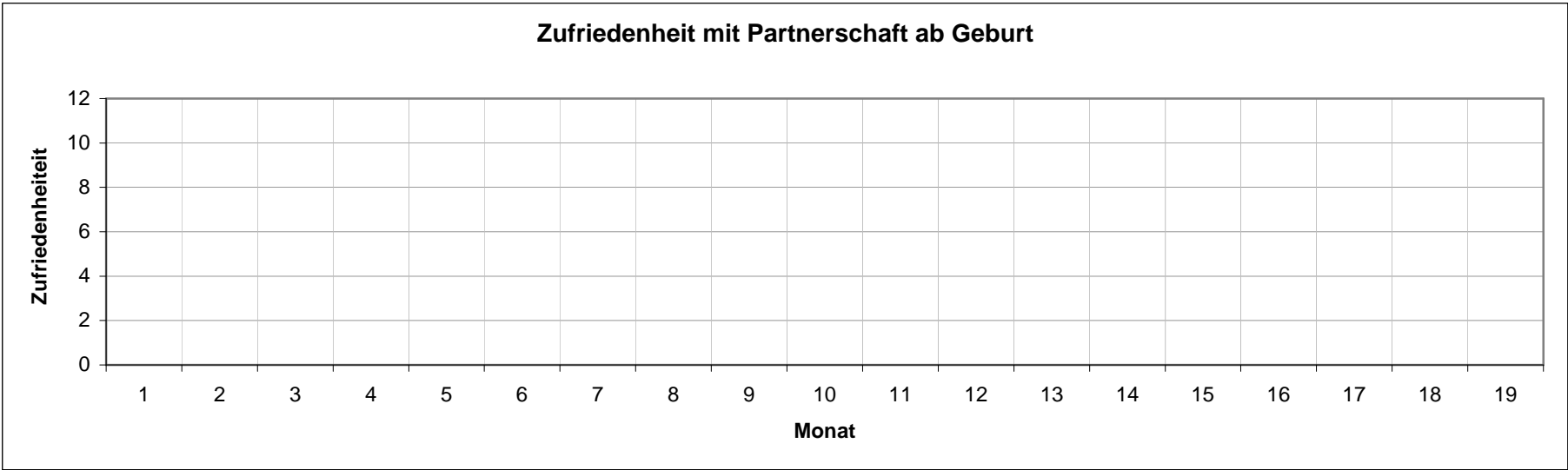
Ich bedanke mich herzlich für die Zeit, die Sie sich für dieses Interview genommen haben und für Ihre Offenheit. Wie ich Ihnen bereits zu Beginn des Interviews mitgeteilt habe, werde ich das Interview transkribieren, d.h. niederschreiben, und danach die Tondatei löschen. Frau Bachmann und ich werden für unsere Bachelorarbeit Ihre Angaben zusammen durchgehen, allerdings dann schon in anonymisierter Art und Weise.

Wurde Fragebogen bereits ausgefüllt und kann mitgegeben werden? Wenn ja, bedanken.

Wurde Fragebogen von Partner bereits ausgefüllt und kann mitgegeben werden? Wenn ja, bedanken.

Sind im Verlauf des Interviews noch Fragen aufgetaucht, die Sie gerne stellen würden?

(D) Zufriedenheitslinien



(E) Angepasster SKID-I-Fragebogen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die letzten 6 Wochen (von heute an gerechnet)			
	Ja	Nein	Weiss ich nicht mehr
Ist Ihnen aufgefallen, dass Sie sich fast jeden Tag niedergeschlagen oder traurig gefühlt haben?			
Wenn ja, wie lange hielt diese Stimmung an? _____ Tage			
Ist diese Stimmung immer noch vorhanden?			
Haben Sie das Interesse oder die Freude an fast allen Aktivitäten verloren, die Ihnen gewöhnlich Freude machten?			
Wenn ja, war dies fast jeden Tag der Fall?			
Wie lange hielt das an? _____ Tage			
Ist diese Stimmung immer noch vorhanden?			
Wie häufig wachen Sie in der Regel pro Nacht auf, wegen Ihrem Kind? _____ pro Nacht			
Wie häufig wachen Sie in der Regel pro Nacht auf, nicht wegen dem Kind? _____ pro Nacht			
Können Sie am Morgen den Schlaf noch nachholen?			
Haben Sie in den vergangenen 6 Wochen zu- oder abgenommen ohne dass Sie eine Diät gemacht haben?			
Wenn Ja: Gewichtszunahme?			
Wenn Ja: Gewichtsabnahme?			
Wie schwer waren Sie nach der Geburt? _____ kg			
Wie schwer sind Sie heute? _____ kg			
Wie gross sind Sie? _____ cm			
Waren Sie in den letzten 6 Wochen so nervös oder unruhig, dass Sie nicht stillsitzen konnten?			
Fühlten Sie sich ständig unter Druck, Dinge zu erledigen?			
Sprachen oder bewegten Sie sich langsamer als sonst?			
Haben Sie Ihre Energie verloren, fühlten Sie sich ständig müde oder abgespannt?			
Hatten Sie Schwierigkeiten beim Denken oder Konzentrieren?			

Wenn ja, wie häufig? _____			
War Ihr Selbstwertgefühl in den letzten 6 Wochen wie immer?			
Wenn nein, haben Sie sich wertlos gefühlt?			
	Ja	Nein	Weiss ich nicht mehr
Wenn es den Menschen manchmal nicht so gut geht, kommt es vor, dass sie Gedanken an den Tod haben. War das bei Ihnen in den letzten 6 Wochen der Fall?			
Wenn ja, hatten Sie auch Selbstmordgedanken?			
Wenn sich etwas Schönes ereignet hat oder jemand versucht hat sie aufzumuntern, konnten Sie sich dann für eine Weile besser fühlen?			
Unterscheidet sich bei Ihnen das Gefühl der Niedergeschlagenheit vom Gefühl der Trauer, dass man z.B. dann hat, wenn eine nahe stehende Person gestorben ist?			
Wenn es Ihnen nicht gut ging, fühlten Sie sich dann am Morgen schlechter?			
Haben Sie sich schuldig gefühlt für Dinge, die Sie getan oder nicht getan haben?			
Wie viele Stunden konnten Sie in den letzten 6 Wochen in einer Zeitspanne von 24 Stunden gewöhnlich schlafen? _____ Std.			
Fühlten sich Ihre Arme oder Beine häufig bleischwer an?			
Reagierten Sie in den letzten 6 Wochen besonders empfindlich darauf, wie andere Sie behandelten?			
Wenn es Ihnen nicht gut ging, gab es da quälende Erinnerungen an irgendein schlimmes Ereignis in ihrem Leben?			
Wenn ja, wie häufig kam dies etwa vor? _____ pro Monat			
Wenn ja, wie lange dachten Sie in der Regel daran? _____ Minuten			
Fällt es Ihnen leicht zu sagen, was das für ein Ereignis ist?			
Wenn ja, können Sie uns sagen, um was es sich handelte?			
Wann fand dieses Ereignis statt? _____ (Jahr)			
Hatten Sie in den letzten 6 Wochen häufig Alpträume, in denen Sie sich mit diesem schlimmen Ereignis beschäftigten?			
Wenn ja, wie häufig kam dies etwa vor? _____ pro Monat			
Waren Sie in den letzten 6 Wochen in Behandlung wegen Angst oder Depression?			
Wenn ja, wann war das genau? _____ (Datum und Dauer)			

Wenn ja, bei wem waren Sie in Behandlung? _____ (Hausarzt, Psychologe, etc.)			
	Ja	Nein	Weiss ich nicht mehr
Nahmen oder nehmen Sie Medikamente ein wegen dieser Beschwerden?			
Wenn ja, haben Sie diese Medikamente selbst gekauft?			
Wurden Sie vom Hausarzt verordnet?			
Wurden Sie vom Frauenarzt verordnet?			
Wurden Sie vom Psychiater verordnet?			
Wissen Sie, wie das Medikament heisst? _____ (Name des Medikamentes)			
Die nächsten Fragen beziehen sich auf das erste halbe Jahr nach der Geburt (Monat 1 – 6)			
Gab es eine Zeit im ersten halben Jahr nach der Geburt, wo Sie sich fast jeden Tag niedergeschlagen oder traurig fühlten?			
Wenn ja, wie lange hielt diese Stimmung an? _____ Tage			
Haben Sie das Interesse oder die Freude an fast allen Aktivitäten verloren, die Ihnen gewöhnlich Freude machten?			
Wenn ja, war dies fast jeden Tag der Fall?			
Wie lange hielt das an? _____ Tage			
Wie häufig wachten Sie in der Regel pro Nacht auf, ohne äussere Störung? _____ pro Nacht			
Sind Sie im ersten halben Jahr nach der Geburt früher aufgestanden als sonst?			
Haben Sie das Gewicht, dass Sie vor der Schwangerschaft hatten, wieder erreicht?			
Wenn ja, in welchem Monat? _____			
Haben Sie seither zu- oder abgenommen, ohne dass Sie eine Diät gemacht haben?			
Wenn ja, Gewichtszunahme?			
Wenn ja: Gewichtsabnahme?			
Wie schwer waren Sie nach der Geburt? _____ Kg			
Wie schwer waren Sie ein Jahr nach der Geburt? _____ Kg			
Waren Sie in den ersten 6 Monaten nach der Geburt so nervös oder unruhig, dass Sie nicht stillsitzen konnten?			
Fühlten Sie sich ständig unter Druck, Dinge zu erledigen?			
Sprachen oder bewegten Sie sich langsamer als sonst?			

Haben Sie Ihre Energie verloren, fühlten Sie sich ständig müde oder abgespannt?			
Hatten Sie Schwierigkeiten beim Denken oder Konzentrieren?			
Wenn ja, wie häufig? _____			
	Ja	Nein	Weiss ich nicht mehr
War Ihr Selbstwertgefühl im ersten halben Jahr nach der Geburt wie immer?			
Wenn nein, haben Sie sich wertlos gefühlt?			
Wenn es den Menschen manchmal nicht so gut geht, kommt es vor, dass Sie Gedanken an den Tod haben. War das bei Ihnen der Fall?			
Wenn ja, hatten Sie auch Selbstmordgedanken?			
Wenn sich in den ersten 6 Monaten nach der Geburt etwas Schönes ereignet hat oder jemand versucht hat Sie aufzumuntern, konnten Sie sich dann für eine Weile besser fühlen?			
Unterschied sich bei Ihnen das Gefühl der Niedergeschlagenheit vom Gefühl der Trauer, dass man z.B. dann hat, wenn eine nahe stehende Person gestorben ist?			
Wenn es Ihnen in dieser Zeit nicht gut ging, fühlten sie sich dann am Morgen schlechter?			
Haben Sie sich schuldig gefühlt für Dinge, die Sie getan oder nicht getan haben?			
Wie viele Stunden konnten Sie im ersten halben Jahr nach der Geburt in einer Zeitspanne von 24 Stunden gewöhnlich schlafen? _____ Std.			
Fühlten sich Ihre Arme oder Beine häufig bleischwer an?			
Reagierten Sie besonders empfindlich darauf, wie andere Sie behandelten?			
Wenn es Ihnen nicht gut ging, gab es da quälende Erinnerungen an irgendein schlimmes Ereignis in Ihrem Leben?			
Wenn ja, wie häufig kam dies etwa vor? _____ pro Monat			
Wenn ja, wie lange dachten Sie in der Regel daran? _____ Minuten			
Fällt es Ihnen leicht zu sagen, was das für ein Ereignis ist?			
Wenn ja, könnten Sie uns sagen, um was es sich handelte?			

Wann fand dieses Ereignis statt? _____ (Jahr)			
Hatten Sie im ersten halben Jahr nach der Geburt häufig Alpträume, in denen Sie sich mit diesem schlimmen Ereignis beschäftigten?			
Wenn ja, wie häufig kam dies etwa vor? _____ pro Monat			
Waren Sie in den ersten 6 Monaten nach der Geburt in Behandlung wegen Angst oder Depression?			
Wenn ja, wann war das genau? _____ (Datum und Dauer)			

Wenn ja, bei wem waren Sie in Behandlung? _____ (Hausarzt, Psychologe, etc.)			
Nahmen Sie Medikamente ein wegen dieser Beschwerden?			
Wenn ja, haben Sie diese Medikamente selbst gekauft?			
	Ja	Nein	Weiss ich nicht mehr
Wurden Sie vom Hausarzt verordnet?			
Wurden Sie vom Frauenarzt verordnet?			
Wurden Sie vom Psychiater verordnet?			
Wissen Sie, wie das Medikament heisst? _____ (Name des Medikamentes)			
Allgemeine Fragen zum Abschluss			
Waren Sie in Ihrem Leben schon einmal in Behandlung wegen Depression?			
Waren Sie in Ihrem Leben schon einmal in Behandlung wegen Angst?			

(F) Fragebogen zur Partnerschaft und zur Beziehung zum Kind

Fragebogen zur Partnerschaft und der Beziehung Mutter - Kind

<p>Wie würden Sie die Beziehung Ihrer Partnerin zu Ihrem gemeinsamen Kind im ersten halben Jahr nach der Geburt beschreiben?</p>	<p>Bitte nehmen Sie dabei Bezug auf:</p> <ul style="list-style-type: none">- Nähe (körperlich und geistig) / Distanz- Zeitliche Beschäftigung und Art der Beschäftigung mit dem Kind- Emotionen Ihrer Partnerin in Bezug auf das Kind- Schwierigkeiten / Ängste- Stress / Ruhe	
<p>Wie würden Sie diese Beziehung heute beschreiben?</p>	<p>Bitte nehmen Sie wiederum Bezug auf die oben genannten Punkte.</p>	

<p>Wie würden Sie die Beziehung zwischen Ihnen und Ihrer Partnerin im ersten halben Jahr nach der Geburt beschreiben?</p>	<p>Bitte nehmen Sie dabei Bezug auf:</p> <ul style="list-style-type: none">- Vertrautheit- Zeit zu Zweit- Sexualität / Intimität- Freude / Liebe- Unterstützung- Schuldgefühle- Ängste / Unsicherheiten	
<p>Wie würden Sie diese Beziehung heute beschreiben?</p>	<p>Bitte nehmen Sie wiederum Bezug auf die oben genannten Punkte.</p>	

Vielen Dank für Ihre Zeit und Bemühungen!

(G) Auswertungsmappe Interviews

Auswertung

Postpartalzeit

Ausserhalb Postpartalzeit

Beziehung zum Kind

	Frau A.	Frau B.	Frau C.	Frau D.	Frau E.	Frau F.	Frau G.
Nähe / Distanz							
Stillen ja/nein	Nicht gestillt	Hat gestillt.	Problemlose Ernährung per Flasche, da stillen nicht möglich war.	Keine Angabe zum Stillen.	Hat das Kind 6 Monate voll gestillt.	Die ersten 10 Wochen gestillt, dann Schoppen eingeführt.	3 Wochen gestillt, dann Schoppen.
Arbeitsbeginn	Hat nach 6 Wochen wieder begonnen zu arbeiten.	Ab 6. Monat wieder gearbeitet.	Arbeitsbeginn vier Monate nach der Geburt, war etwas zu früh, wäre gerne noch ein wenig zu Hause geblieben.	Arbeitsbeginn ab 7. Monat.	Arbeitsbeginn ab 7. Monat.	Arbeitsbeginn nach 4,5 Monaten.	Ist seit Geburt Hausfrau und Mutter.
Zeit die man mit Kind verbringt	Kinder wurden vorwiegend während den Arbeitszeiten der Mutter zum Hüten abgegeben.	Hat viel Zeit mit ihrem Kind verbracht.	Kind war oft bei Grosseltern.	Musste aufgrund der Komplikationen nach der Geburt das Kind häufig in die Obhut anderer Menschen geben.	War im ersten halben Jahr hauptsächlich bei Mutter und Vater, selten auswärts, obwohl Angebot da war.	Kind wurde oft zum Hüten abgegeben, aber nicht regelmässig.	Verbrachte sehr viel Zeit mit Kind im ersten halben Jahr, kaum abgegeben zum Hüten.
Hütendienste	Zeit zusammen verbracht - man könnte aber sicher mehr, aus ihrer Sicht jedoch genug	Grosse Vertrautheit und Sicherheit zwischen Mutter und Kind.	Sehr grosse emotionale Nähe durch traumatische Geburtserlebnisse.	Konnte nach der Geburt aufgrund Komplikationen das Kind körperlich nicht so nahe haben, wie sie es sich gewünscht hätte.	Hat das Kind viel herumgetragen, grosse körperliche Nähe, wirkte auch beruhigend.	Nahe und innige Beziehung zum Kind.	Emotionen sehr stark, fühlte sich dem Kind stark verbunden.
Emotionen in Bezug auf Nähe und Distanz							
Vertrautheit							
körperliche und örtliche Nähe und Distanz	Distanzierung aufgrund Wiedereinnahme der Pille.	Kind sei kein "Kuschelbär" - daher auch keine Baby-massage, dafür Bad.	Örtliche Distanz durch Komplikationen nach Geburt.			Vertrautheit durch Baby-massage und Babyschwimmen.	Zu Beginn örtliche Distanz aufgrund Geburtskomplikationen. Hätte gerne mehr Zeit mit ihrem Kind verbracht.

<p>Stress / Ruhe Art der Geburt</p> <p>Geburtsort</p> <p>Komplikationen</p> <p>Unterstützung</p> <p>Verhalten des Säuglings</p> <p>Inseln der Ruhe</p> <p>Stress auf körperlicher, situativer, psychischer und zwischenmenschlicher Ebene</p>	<p>Spontane Vaginal-Geburt.</p> <p>Gebar im Geburtshaus.</p> <p>Keine Geburtskomplikationen. Ein Geräusch auf dem Herz wurde nach der Geburt festgestellt, diese Begebenheit macht eine Operation notwendig, allerdings erst im Alter von ca. 5 Jahren.</p> <p>Partner war bei der Geburt anwesend.</p> <p>Danach war er wieder berufstätig und somit ausser Haus. Die Mutter hätte sich aber auch nicht mehr Unterstützung gewünscht.</p> <p>Säugling hat aufgrund Bauchkoliken die ersten 1.5 Monate nach der Geburt viel geweint und geschrien, vorwiegend nachts wurde dies von der Mutter als grosse Belastung wahrgenommen.</p> <p>Nach der Geburt musste die Mutter mit Schmerzen (Dammriss) und Verstopfungen kämpfen, was sie als stressig beschrieben hat.</p>	<p>Spontane Vaginalgeburt.</p> <p>Privatspital.</p> <p>Keine Komplikationen. Brustentzündung nach Milcheinschuss ca. 3 Tage nach der Geburt, die aber noch rechtzeitig entdeckt werden konnte.</p> <p>Partner war bei der Geburt anwesend und danach auch zwei Wochen zu Hause. Wurde als unterstützend beschrieben.</p> <p>Die ersten drei Monate werden als sehr ruhig beschrieben, Mutter versuchte das Kind vor Reizen zu schützen.</p> <p>Gewichtsprobleme beim Kind und Probleme bei der Ernährung drei Monate nach Geburt haben Stress und Überforderung ausgelöst.</p> <p>Die Entstelltheit durch die Brustentzündung hat der Mutter in der ersten Zeit nach der Geburt sehr viel Stress beschert.</p>	<p>Geplanter Kaiserschnitt.</p> <p>Geburtsort Spital.</p> <p>Komplikationen (arterielle Blutung in Bauchraum). Fühlte sich von den Ärzten im Stich gelassen.</p> <p>Traumatische Erfahrung mit Todesängsten.</p> <p>Partner bei der Geburt anwesend, nach Rückkehr aus Spital zwei Wochen zu Hause. Auch Unterstützung durch Eltern.</p> <p>Gesunder Säugling gab viel Kraft, war wie eine Kraftquelle für Mutter. Etwa vier bis sechs Wochen nach der Geburt war sie wieder bei vollen Kräften.</p> <p>Noch nie einen Grund gehabt, Stress wegen ihrem Kind zu empfinden. Sei ein Traumbaby.</p> <p>Fehlende emotionale Unterstützung, Geburtstrauma und dadurch Schuldgefühle.</p>	<p>Geburt per Notfall-Kaiserschnitt.</p> <p>Spital.</p> <p>Komplikationen (offener Bauch) haben nach Spitaltritt einen zweiten Spitalaufenthalt von der Dauer eines Monates erforderlich gemacht.</p> <p>Partner war bei der Geburt anwesend und auch nach Spitalaufenthalt. Grosseltern haben ebenfalls sehr viel Unterstützung geboten.</p> <p>Gesundes Kind wurde als Kraftquelle empfunden.</p> <p>Grosser emotionaler und auch körperlicher Stress aufgrund der eigenen Komplikationen.</p> <p>Stress, weil sie dem Kind nicht so nahe sein konnte, wie sie gerne gewesen wäre.</p>	<p>Notfallkaiserschnitt.</p> <p>Spital.</p> <p>Notfallkaiserschnitt aufgrund schwächer werdender Herztönen des Kindes.</p> <p>Partner war bei der Geburt anwesend, ebenfalls 2 Wochen zu Hause.</p> <p>Das Kind hat in den ersten Monaten sehr viel geschrien, was bei der Mutter Ängste weckte, ob es ein zufriedenes Kind gäbe und ob es bei ihnen glücklich sein könne.</p> <p>Nähe zwischen Mutter und Kind wird als eng beschrieben.</p>	<p>Vaginale Spontangeburt mit Einsatz der Saugglocke.</p> <p>Spital.</p> <p>Keine Komplikationen.</p> <p>Vater war sowohl bei der Geburt als auch nach der Rückkehr von Mutter und Kind für drei Wochen zu Hause.</p> <p>Säugling hat zu Beginn sehr viel geschrien, was auf die Mutter stressig gewirkt hat. Schuld suchte sie aber keine beim Kind.</p> <p>Konnte sich gut ruhige Momente nehmen.</p>	<p>Spontane Vaginalgeburt mit Einsatz der Saugglocke.</p> <p>Im Spital geboren.</p> <p>Komplikationen bei der Mutter führten zu einem erneuten Spitalaufenthalt.</p> <p>Mann war bei der Geburt und auch nach der Rückkehr nach Hause verfügbar. Mutter hätte sich mehr Unterstützung gewünscht.</p> <p>Säugling schrie sehr wenig, war ein sehr liebes Kind.</p> <p>Musste sich zu Beginn Ruhe nehmen, dies gelang ihr nach Abklingen der Komplikationen auch.</p> <p>Stress durch Komplikationen und Enttäuschung, dass sie nicht so mit dem Kind zusammen sein konnte, wie sie es gerne gewesen wäre.</p>
<p>Positiv konnotierte Emotionen</p> <p>Alle positiv konnotierten Emotionen, die im Zusammenhang mit dem Kind genannt werden. Ausgeschlossen sind Emotionen im Zusammenhang mit Stress / Ruhe / Nähe / Distanz</p>	<p>Freude</p>	<p>Glück, Stolz.</p>	<p>Gefühl, dass Tochter ihr Kraft gibt.</p> <p>Tiefe Verbundenheit.</p>	<p>Freude (kam aber erst spät, zu Beginn hauptsächlich Beschäftigung mit sich selbst)</p>	<p>Nähe und Glück. Erleichterung, als sie sieht, dass es dem Kind gut geht, dass es trinkt und gedeiht und weniger weint, dankbar</p>	<p>Freude</p>	<p>Glück, Freude, Liebe</p>

<p>Negativ konnotierte Emotionen</p> <p>Alle negativ konnotierten Emotionen, die im Zusammenhang mit dem Kind genannt werden. Ausgeschlossen sind Emotionen im Zusammenhang mit Stress / Ruhe / Nähe / Distanz</p>	<p>Angst wegen Herzgeräusch Wut über das Ausgeliefertsein durch Umstände nach Geburt Ärger und Ausraster Schuldgefühle</p>	<p>Trauer, Wut, Aggression, (alles vor allem im Zusammenhang mit dem Milcheinschuss). Überforderung (Geburtstag des Partners, alles zu viel).</p>	<p>Todesangst während und nach Geburt., Trauer, Schuldgefühle, weil Mutter am Tag der Geburt nicht für das Kind da sein konnte, Schmerzen durch Komplikationen</p>	<p>Tiefe Trauer, Einsamkeit, Weltuntergangsstimmung, Verlassenheit, Verzweiflung aufgrund Komplikationen und erneutem Spitaleintritt. Schuldgefühle, dass sie dem Kind nicht mehr geben konnte. Angst, eine wunderschöne Zeit zu verpassen durch Spitalaufenthalt. Hilflosigkeit, wenn Kind viel geweint hat.</p>	<p>Angst, dass das Kind nicht zufrieden sein könnte, dass es ihm nicht gut gehen könnte. Schuldgefühle</p>	<p>Stress, Schuldgefühle, Ängste</p>	<p>Überforderung, Unsicherheit, Angst, Schuldgefühle ganz kurz.</p>
<p>Beziehung Wunschkind</p> <p>Beschreibung der Beziehung durch die Mutter.</p>	<p>Wunschkind. Beziehung war von Anfang an vorhanden, ging etwas zu schnell, wenig Zeit um Geburt zu verarbeiten. Kind war von Anfang an eigenes Kind das man gerne hat. In grossen Stresssituationen (Kind schreit anhaltend) auch gewaltbehaftete Beziehung.</p>	<p>Es sei ein bewusster Entscheid gewesen, Wunschkind. Beziehung wird als innig aber auch verletzlich beschrieben. Rituale auf Wickeltisch, am Morgen im Bett. Eine ruhige Zeit. Die Mutter hat das Kind sehr von Aussenreizen abgeschirmt.</p>	<p>War ein Wunschkind. Beziehung war von Anfang an sehr intensiv, starkes Gefühl der Zusammengehörigkeit durch traumatische Geburtsergebnisse. Die Mutter beschreibt, wie die Chemie zwischen ihnen einfach stimme. Die Kleine sei stets zufrieden.</p>	<p>Wunschkind. Beziehung bestand von Anfang an, auch wenn sie eine zeitlang durch die Komplikationen nach der Geburt bei der Mutter belastet war.</p>	<p>Wunschkind. Beziehung wird nicht nur als schön beschrieben. Es gibt auch Momente von Stress und Ängsten. Viele Momente der intensiven Nähe und wo die Mutter das Gefühl hat, dass das Kind gut auf sie reagiert, zeigt grosse Dankbarkeit darüber</p>	<p>Kein Wunschkind, waren aber glücklich über die Schwangerschaft. Mutter beschreibt die Beziehung stressig, anstrengend. Es kommt noch nicht viel zurück. Teilen aber viele schöne Momente zusammen. Schlechtes Gewissen als sie abgestillt hat (fand es zu früh).</p>	<p>Wunschkind. Es sein ein Wunder, die Beziehung wird sehr liebevoll beschrieben, sehr viel Nähe und Geborgenheit, abwechslungsreich.</p>
<p>Nähe / Distanz</p> <p>Zeit die man mit Kind verbringt. Hüten. Emotionen in Bezug auf Nähe und Distanz. Vertrautheit. Körperliche und örtliche Nähe und Distanz.</p>	<p>Durch Arbeitsaufnahme wird automatisch weniger Zeit mit den Kindern verbracht. Durch Arbeitssituation ist das Kind häufig in Obhut anderer Menschen. Die Mutter fühlt sich dem Kind nahe, hat es sehr gerne. Nach einem Autounfall brauchte die Mutter viel mehr Distanz, konnte das Kind auch nicht mehr "schöseln".</p>	<p>Bewusst Zeit nehmen für die Beziehung. Manchmal sei mehr Nähe nicht möglich. Durch Arbeitsbeginn automatisch mehr räumliche Distanz vorhanden.</p>	<p>Durch Arbeitsbeginn weniger Zeit, die die Mutter mit dem Kind verbringt. Kind ist regelmässig bei den Grosseltern. Durch Abbau der Schuldgefühle hat die Beziehung nicht mehr die selbe Intensität. Mutter arbeitet wieder.</p>	<p>Arbeitsbeginn im 7. Monat nach der Geburt. Arbeitet 30%, wird als angenehme Abwechslung empfunden. Jetzt auch mehr körperliche Nähe, da Komplikationen der Geburt abgeklungen sind.</p>	<p>Arbeitsbeginn ab 7. Monat 50% Kind verbringt zwei Tage in der Krippe. Nähe und Harmonie entsteht schnell wieder nach "Störungen". Durch mehr Abstand ist die Freude auf das Kind wieder grösser geworden, man schätzt die Zeit zu zweit mehr.</p>	<p>Trotz Arbeit genügend Zeit die sie mit Kind verbringen kann. Mutter geniesst es, dass nun mehr vom Kind zurückkommt mit zunehmendem Alter.</p>	<p>Verbringt viel Zeit mit Kind. Kann es zu vereinbarten Zeiten zum Hüten abgeben. Sehr nahe Beziehung. Sehr vertraut. Viel körperliche Nähe.</p>

<p>Stress / Ruhe Schwierigkeiten</p> <p>Unterstützung</p> <p>Verhalten des Säuglings</p> <p>Inseln der Ruhe,</p> <p>Stress auf körperlicher, situativer, psychischer und zwischenmenschlicher Ebene</p>	<p>Viel Stress.</p> <p>Praktikantin hütet Kinder ab und zu.</p> <p>Tochter kommt nach ihrer grossen Schwester, was auch viele Zukunftssorgen bereitet.</p> <p>Herzgeräusch momentan nicht weiter bedrohlich, wird im Alter von 5 Jahren operiert werden können.</p>	<p>Ernährungsprobleme immer noch vorhanden (Kind will manchmal nicht recht essen), konnten aber von der Mutter besser verstanden werden. Kind ist gesund.</p> <p>Wenn das Kind viel weint. Abgrenzung teilweise schwierig.</p> <p>Schlafstörungen des Kindes, war nachts teilweise stundenlang wach, Mutter hat zu wenig Schlaf bekommen und ist an ihre Grenzen gestossen</p>	<p>Das Kind wird als Traumbaby beschrieben. Es habe bis heute noch keinen Grund gegeben, auf das Kind wütend zu sein.</p>	<p>Das Kind wird als unglaublich zufrieden beschrieben. Deshalb wenig Stress in Bezug auf das Kind.</p> <p>Arbeitsaufnahme ergibt angenehme Abwechslung für die Mutter.</p>	<p>Stress durch Schreien und Weinen. Wenn die Mutter müde ist und das Kind z.B. beim Wickeln nicht ruhig hält, wird aber nicht als sehr schlimm beschrieben.</p> <p>Stress habe durch die Arbeitsaufnahme auch wieder abgenommen, muss nicht immer nur für das Kind da sein.</p>	<p>Teilweise stressige Momente.</p> <p>Ist froh über Ausgleich bei Arbeit und Unterstützung. Grenzt sich ab. Kann Kind abgeben, auch über Nacht (Kinderhort, Grosseltern) und sich Inseln der Ruhe gönnen.</p>	<p>Überforderung bei neuen Entwicklungsschritten, gibt sich immer schnell wieder. Kann das Kind abgeben, wenn sie Ruhe benötigt.</p> <p>Stress, wenn sie mal einen ruhigen Moment bräuchte und ihn nicht gerade bekommen kann.</p>
<p>Positiv konnotierte Emotionen</p> <p>Alle positiv konnotierten Emotionen, die im Zusammenhang mit dem Kind genannt werden. Ausgeschlossen sind Emotionen im Zusammenhang mit Stress / Ruhe / Nähe / Distanz</p>	<p>-</p>	<p>Freude Liebe "Oberzuckerschnügel" ein grosses Geschenk</p>	<p>Freude, Intensität, Vertrautheit</p>	<p>Freude</p>	<p>Freude</p>	<p>Freude, Glück</p>	<p>Schön, Freude, Glück, Nähe</p>
<p>Negativ konnotierte Emotionen</p> <p>Alle negativ konnotierten Emotionen, die im Zusammenhang mit dem Kind genannt werden. Ausgeschlossen sind Emotionen im Zusammenhang mit Stress / Ruhe / Nähe / Distanz</p>	<p>Kinder treiben sie täglich mindestens einmal an den Rand.</p>	<p>Wut Agression Ohnmacht</p>	<p>Schuldgefühle konnten bis heute vollständig verarbeitet werden. Ängste sind immer noch vorhanden.</p>	<p>-</p>	<p>Macht sich manchmal Gedanken über die Zukunft, wie es wird, wenn das Kind nicht mehr so leicht zu beruhigen ist und zu trözeln anfängt</p>	<p>Genervtheit, wenn Kind sehr quengelig ist.</p>	

Beziehung Beschreibung der Beziehung durch die Mutter.	Gut, eigentlich perfekt. Teilweise gewaltbehaftet.	Lustig, fröhlich, unbeschwert, manchmal aber auch beschwert, wenn keine Zeit da ist und das Kind nach viel Aufmerksamkeit verlangt (z.B. beim Kochen). Sehr "gspürig"	Anders intensiv durch Aufarbeitung des Geburtstraumas. Wurde mit dem Kind zusammen gemacht, gab nochmals eine andere Verbindung. Die Beziehung wird immer noch als sehr schön beschrieben.	Beziehung wird als wunderschön beschrieben und die Freude über das Wachstum ist sehr gross.	Die schönen Momente überwiegen die weniger Schönen ganz klar.	Wird als schöne Beziehung beschrieben, die durch die Distanz (Arbeit) auch an Intensität gewonnen hat. Für die Mutter scheint die Beziehung intensiver geworden zu sein, dadurch, dass vom Kind auch etwas zurückkommt.	Sehr nahe und glückliche Beziehung, kennen sich gegenseitig gut, reagiert schnell auf die Tröstung der Mutter, kommt von selber. Es sei einfach eine schöne Beziehung.
------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Beziehung zum Partner

	Frau A.	Frau B.	Frau C.	Frau D.	Frau E.	Frau F.	Frau G.
Zweisamkeit/ Intimität Bewusste und unbewusste Zeit, die gemeinsam verbracht wird, Angaben zur Sexualität	Auch vor der Geburt nicht so viel Zeit zu zweit (Bauernhof). Manchmal wurde der Samstag-Abend zusammen auswärts verbracht, war aber nicht so toll, daher wurde dies nicht beibehalten. Bezüglich der intimen Zweisamkeit sei alles bestens. Die Bedürfnisse beider würden berücksichtigt.	Zusammen Geburtshaus ausgewählt grosse Nähe als Geburt sich ankündete Viele Unternehmungen zu Zweit / Dritt bis Arbeitsbeginn Spontanität fehlt in der intimen Zweisamkeit	Ist nach der Geburt (vor allem nach dem ersten Kind wird Unterschied beschrieben) weniger geworden. Vermisst es nicht, weil die Kinder etwas zurückgeben, was man vorher mit dem Partner teilte, und man nun mit den Kindern und der ganzen Familie teilt. Nehmen sich aber Zeit für Gespräche und auch mal für gemeinsame Momente, wo sie die Kinder abgeben können.	Mussten sich neu organisieren, haben sich aber bewusst Zeit füreinander genommen (diese Umstellung erfolgte jedoch bereits beim ersten Kind).	Nicht so viel bewusste Zeit zusammen verbracht, aber immer im Gespräch. Der Draht füreinander war vorhanden. Sexualität eher eingeschränkt durch körperliche Schmerzen, körperliche Nähe aber immer vorhanden.	Hat abgenommen. Sowohl Zeit als auch Energie füreinander wurden weniger, oftmals sehr müde, darum geschlafen wenn Kind bei Grosseltern war Mehr kuschelig zusammen. Aufgrund Schmerzen und Erschöpfung nicht sofort intim.	Zeit zu Zweit hat stark abgenommen
Freiräume Geben und nehmen sich Zeit für Unternehmungen alleine	Nimmt sich die Zeit die sie braucht und erhält sie auch (Turnverein, Mann Feuerwehr)	Geben sich beide Zeit.	Ja, beide haben getrennte Zeiten zum Geniessen.	Haben keine Hobbies in dem Sinn, die Familie wird als Hobby bezeichnet	Ja, bewusst organisiert	Ja, spontan.	Ja

<p>Vertrauen/Ängste/ Unsicherheiten Gespräche, in denen auch schwierige Dinge angesprochen werden (eigene Aggression dem Kind gegenüber etc.), geistige und emotionale Nähe, Ängste bezüglich der Partnerschaft</p>	<p>Ruft Mann an, wenn sie überfordert ist. Keine Ängste oder Unsicherheiten bezüglich der Beziehung</p>	<p>Vertrauen vorhanden, fühlt sich jedoch oft absorbiert durch das Kind. Keine Ängste oder Unsicherheiten bezüglich der Beziehung.</p>	<p>Über die Geburtserlebnisse wurde noch nicht zusammen gesprochen. Hier ist bei der Mutter noch das Bedürfnis der gemeinsamen Verarbeitung vorhanden. Keine Ängste oder Unsicherheiten bezüglich der Beziehung.</p>	<p>Gespräche fanden statt, grosse Vertrautheit.</p>	<p>Der Draht gegenseitig war vorhanden. Auch über Ängste etc. konnte gesprochen werden. Keine Ängste oder Unsicherheiten bezüglich der Beziehung.</p>	<p>Zusammengehörigkeitsgefühl gestärkt durch Geburt des Kindes. Vertrautheit war vorhanden. Berichtet von vermehrten Streiten, die es vorher nicht so gab.</p>	<p>Vertrauen war wie vorher da. Es gab aber bessere Zeiten als gleich nach der Geburt, da gab es schon Unsicherheiten, weil sich alles neu einpendeln musste, von beiden Seiten her zu wenig Verständnis. Weniger Gespräche, in denen es nicht um Kind ging, viel werden organisatorische Dinge besprochen</p>
<p>Unterstützung Wird wahrgenommen, fühlt sich gleichberechtigt, wurde bei und nach der Geburt unterstützt, erfährt Unterstützung im Alltag</p>	<p>Mann war nach der Geburt nicht zu Hause, wäre auch nicht erwartet worden Er schaut für ältere Tochter, wenn es zu Hause turbulent zu und her geht. Mann hat sich morgens um Kinder gekümmert, damit sie Schlaf nachholen kann. Wurde als entlastend beschrieben</p>	<p>Partner war bei der Geburt anwesend und auch danach die erste Zeit zu Hause Erfährt auch Unterstützung im Haushalt hätte manchmal grundsätzlich gerne mehr Eigeninitiative vom Mann.</p>	<p>Unterstützung wird in der Erziehung wahrgenommen, gleiche Einstellung zur Erziehung der Kinder. Im Haushalt kaum Hilfe</p>	<p>Ja, im Haushalt und mit den Kindern</p>	<p>Ja, alles aufgeteilt</p>	<p>Ja, fühlte sich immer gut unterstützt.</p>	<p>Rollenwechsel von der berufstätigen zur home-working-Frau, daher neue Rollenaufteilung Zu Beginn wäre mehr Unterstützung erwünscht gewesen.</p>
<p>Emotionen Fühlt sich traurig, wütend, schuldig, überfordert, freudig, stolz, überschwänglich etc.</p>	<p>Sachlich beschrieben, zeigt wenig Emotionen</p>	<p>Enttäuschung (hat nicht am ersten Tag einen Blumenstrauss erhalten) Wut Freude</p>	<p>Wütend, enttäuscht (in Bezug auf die Geschehnisse während der Geburt, fühlte da die Überforderung des Partners, hätte sich von ihm mehr Anerkennung und Trost gewünscht) Sicherheit, Vertrautheit</p>	<p>Glück</p>	<p>Glück</p>	<p>Vernachlässigt im Haushalt immer sehr unterstützt, deshalb manchmal Schuldgefühle dem Partner gegenüber</p>	<p>Freude, Liebe Enttäuschung (hätte gerne mehr Unterstützung gehabt)</p>

Stress Diskussionspunkte in der Beziehung, Unstimmigkeiten	Gibt Partner wenig Freiraum.	Überforderung (zwei zu versorgen, Freunde und Familie und eigene Bedürfnisse unter einen Hut zu bringen) Wer steht auf, wenn das Kind ruft Haushalt	Das Thema Haushalt führt immer wieder zu Auseinandersetzungen, Kompromisse werden gesucht.	-	-	Fühlte sich vernachlässigt, weil Partner sich oft um das schreiende Kind kümmerte, hätte auch gerne mehr Aufmerksamkeit bekommen.	Es ist teilweise schwierig, sich Zeit füreinander zu nehmen. Diese Thematik ist jedoch eher unterschwellig vorhanden und führt nicht zu einem offenen Konflikt.
Zweisamkeit/ Intimität Bewusste und unbewusste Zeit, die gemeinsam verbracht wird	Nach Autounfall weniger Zeit zu zweit. Organisieren sich Zeit eher nicht. Bezüglich der intimen Zweisamkeit sei alles bestens. Die Bedürfnisse beider würden berücksichtigt.	Ja, wieder mehr. Hat Zeit und Platz. Bewusst Zeit nehmen und planen. Bewusstes Einrichten von Kuschelabenden.	Ist nach der Geburt weniger geworden. Vermisst es nicht. Nehmen sich Zeit für Gespräche und auch mal für eine Unternehmung zu zweit.	Nehmen sie sich bewusst.	Draht füreinander ist da, man ist aber mehr auf das Kind fokussiert. Sexualität eher eingeschränkt, körperliche Nähe aber immer vorhanden, müssten sich mal wieder richtig Zeit nehmen füreinander	Bewusst organisiert, Zeit generell zu wenig, man muss sie sich nehmen Sexualität sei wieder wie vor Schwangerschaft	Eher weniger.
Freiräume Geben und nehmen sich Zeit für Unternehmungen alleine	Nimmt sich die Zeit die sie braucht und erhält sie auch (Turnverein) Gewährt dem Partner seine Freiräume weniger.	Beide nehmen und geben sich ihre Auszeiten, gehen auch alleine in die Ferien für einige Tage	Ja	-	Ja, darauf wird geachtet.	Ja, spontan, nicht nur geplant.	Ja.
Vertrauen/ Ängste/ Unsicherheiten Gespräche, in denen auch schwierige Dinge angesprochen werden (eigene Aggression dem Kind gegenüber etc.), geistige und emotionale Nähe, Ängste bezüglich der Partnerschaft	Keine Ängste oder Unsicherheiten bezüglich der Partnerschaft.	Vertrauen da, sie fühlt sich aufgehoben und getragen in der Beziehung. Kann z.B. über Aggressionen dem Kind gegenüber mit Partner sprechen. Keine Ängste oder Unsicherheiten bezüglich der Partnerschaft.	Vertrauen vorhanden. Ziel wäre, auch über das Geburtstrauma mit dem Partner zu sprechen, aufzuarbeiten. Keine Ängste oder Unsicherheiten bezüglich der Partnerschaft.	Vertrauen vorhanden, es wird häufig miteinander gesprochen, können sich aufeinander verlassen. Haben gemerkt, dass ihre Beziehung funktioniert. Keine Ängste oder Unsicherheiten bezüglich der Partnerschaft.	Vertrauen vorhanden. Keine Ängste oder Unsicherheiten bezüglich der Partnerschaft.	Vertrauen vorhanden. Vermehrter Streit. Fragte sich manchmal, ja ist es das jetzt?	Immer noch vorhanden. Es gibt immer wieder einmal Unsicherheiten, aber nicht ernsthafte.

Unterstützung Wird wahrgenommen, fühlt sich gleichberechtigt, wurde bei und nach der Geburt unterstützt, erfährt Unterstützung im Alltag	Partner nimmt die ältere Tochter mit zur Arbeit, wenn es zu Hause stressig wird. Beide machen gleich viel.	Ja. Sie würde sich jedoch wünschen, dass er mehr von sich aus tut.	Unterstützung wird in der Erziehung wahrgenommen, im Haushalt nicht.	Ja, im Haushalt und mit den Kindern	Ja, alles aufgeteilt	Ja, vorwiegend im Haushalt und in der Erziehung.	-
Emotionen Fühlt sich traurig, wütend, schuldig, überfordert, freudig, stolz, überschwänglich etc.	Beziehung wird mit Höhen und Tiefen beschrieben, eher sachlich.	Gemeinsame Freude am Kind.	-	Glück	Glück	Schuldgefühle vorhanden gegenüber Partner, fühlt sich unterstützt. Verantwortung dem Kind gegenüber bewusst	Freude, Liebe
Stress Diskussionenpunkte in der Beziehung, Unstimmigkeiten	Wenn die Hausarbeit nicht geschätzt wird.	Aufteilung der Arbeiten. Angst, nicht allen in allem gerecht werden zu können.	Haushalt	-	Nein	-	-

Kritische Lebensereignisse

	Frau A.	Frau B.	Frau C.	Frau D.	Frau E.	Frau F.	Frau G.
Verlust- und Trennungsergebnisse	-	-	Relativ junge Bekannte gestorben, erschrocken, aber nicht betroffen	-	-	-	-
Ereignisse in den Bereichen hoher Verpflichtungen und Rollenkonflikten	Umzug auf den Bauernhof - Veränderung des Lebensrythmus und der Rollen, verbunden mit mehr Arbeit	Haushalt und der verschiedene Tagesrhythmus der Eheleute (Partner schläft morgens gerne lang, wodurch sie sich benachteiligt fühlt, Rolle des Kindermädchens). Neue Rolle des Mutterseins zu Beginn schwierig zu vereinbaren mit Rolle der Partnerin.	Haushaltsaufteilung nicht gelöst, gibt immer wieder Anlass zu Standortgesprächen und Auseinandersetzungen	-	-	Mutter und Partnerin sein - diese Organisation wurde zu Beginn schwierig erlebt.	Von der Berufsfrau zur Hausfrau, positiv erlebt.
Belastende Lebensereignisse und belastende Lebensbedingungen	"Daueranwesenheit" auf dem Hof.	Ernährungsproblematik beim Kind.	Geburt und Komplikationen. Operation der Mutter (Hysterektomie wegen "veränderten Krebszellen")	Geburtskomplikation offener Bauch, welcher zu erneutem Spitalaufenthalt (1 Monat) zwang. Zeit bis zum Umzug in neu gebautes Haus.	Arbeitssituation war unklar, spürte finanzielle Unsicherheit, war belastend. Konflikte mit den Eltern (andere Erziehungsvorstellungen)	Chronische Darmentzündung, chronische Rückenschmerzen, manchmal sehr belastend. Vermehrter und regelmäßiger Streit mit Partner.	Komplikationen nach der Geburt
Moderationsvariabel: Persönlichkeit	Direkt, selbstbewusst, aufbrausend, nicht extrem belastbar, Humor wechselhaft	Sensibel, lustig, lebensfroh, tiefgründig, spontan, lebendig	Kein Power, es gab nichts zu lachen.	Zuverlässig, ausgeglichen, Mensch mit grossem Herz, Humor war weg, reizbarer, weniger Geduld	Körperlich gesund, stark, robust aber auch sensibel, verletzlich, phantasievoll, ausdauernd, kann differenziert erfassen, etwas Weiches, Weibliches	Unkompliziert, für Vieles zu haben, Verschiedenes ausprobieren ist spannend, ausgeglichen, kann wütend werden, vom Temperament her eher ruhig, pflichtbewusst, zuverlässig, Perfektionistin mit chaotischen Zügen, ungeduldiger und unausgeglichener als sonst	Risikoscheu, humorvoll, nicht unbedingt eine Perfektionistin, teilweise belastbar, teilweise weniger, weder extro- noch introvertiert, eigenständig.

Verlust- und Trennungsergebnisse	Tod des Urgrossvaters ihrer Kinder - wurde nicht als belastend beschrieben.	-	-	-	-	-	-
Ereignisse in den Bereichen hoher Verpflichtungen und Rollenkonflikten	-	Die Haushaltsaufteilung ist immer wieder Thema, auch würde sie es begrüßen, wenn er von sich aus einfach etwas mehr machen würde. Wobei sich die Situation verbessert habe in letzter Zeit	Haushaltsaufteilung nicht gelöst, gibt immer wieder Anlass zu Standortgesprächen und Auseinandersetzungen	-	-	-	-
Belastende Lebensereignisse und belastende Lebensbedingungen	Autounfall im 10. Monat nach der Geburt - Schleudertrauma mit Kopfschmerzen, Schwindel und depressiver Verstimmung (keine Diagnose), hielt 2 Monate an, erhielt Hilfe bezüglich Kinderbetreuung. Ihre Arbeit wird teilweise nicht wahrgenommen oder geschätzt. Schwierige Beziehung zum älteren Kind.	Krise der Schwester - wurde jedoch nicht als belastend erlebt.	-	-	-	Chronische Darmentzündung, chronische Rückenschmerzen, manchmal sehr belastend	-
Moderationsvariabel: Persönlichkeit	Direkt, selbstbewusst, aufbrausend, nicht extrem belastbar, Humor wechselhaft	Sensibel, lustig, lebensfroh, tiefgründig, spontan, lebendig	Viel Power, aktiv, ungeduldig	Humorvoll, zuverlässig, ausgeglichen, Mensch mit grossem Herz	Körperlich gesund, stark, robust aber auch sensibel, verletzlich, phantasievoll, ausdauernd, kann differenziert erfassen	Unkompliziert, für Vieles zu haben, Verschiedenes ausprobieren ist spannend, ausgeglichen, kann wütend werden, vom Temperament her eher ruhig, pflichtbewusst, zuverlässig, Perfektionistin mit chaotischen Zügen	Risikoscheu, humorvoll, nicht unbedingt eine Perfektionistin, teilweise belastbar, teilweise weniger, weder extro- noch introvertiert, eigenständig.

Sucht und deren Ausmass

	Frau A.	Frau B.	Frau C.	Frau D.	Frau E.	Frau F.	Frau G.
Suchtmittel	Rauchen	Alkohol	Alkohol	Alkohol	Alkohol	Rauchen nach Stillzeit Alkohol	Rauchen
Frequenz	Täglich	Gelegentlich	Gelegentlich	Gelegentlich	Gelegentlich	Alle 2 Wochen im Aus- gang viel. (Rauchen) Gelegentlich (Alkohol)	Täglich drei - vier Zigaretten. Gelegentlich (Alkohol)
Selbstbeurteilung Süchtig: ja / nein	nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja (Rauchen) Nein (Alkohol)	-
Einschätzung durch Interviewe- rin	nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja (Rauchen) Nein (Alkohol)	Ja (Rauchen) Nein (Alkohol)
Beginn der Sucht	5. Monat nach der Geburt wieder mit Rauchen angefan- gen, nicht süchtig	-	-	-	-	Vor Geburt	Ab 5. Monat gelegentlich
Ende der Sucht	6. Monat nach der Geburt, durch Homöopathie aufgehört	-	-	-	-	-	Januar 08 (erneute Schwanger- schaft)
Suchtmittel	-	Alkohol	Alkohol	Alkohol	Alkohol	Rauchen Alkohol	-
Frequenz	-	Gelegentlich	Gelegentlich	Gelegentlich	Gelegentlich	Alle zwei Wochen im Ausgang viel (Rauchen). Gelegentlich (Alkohol)	-
Selbstbeurteilung Süchtig: ja / nein	-	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja (Rauchen) Nein (Alkohol)	-
Einschätzung durch Interviewe- rin	-	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja (Rauchen) Nein (Alkohol)	-
Beginn der Sucht	-	-	-	-	-	Vor Geburt	-
Ende der Sucht	-	-	-	-	-	-	-

B. Bachman

A stylized handwritten signature in black ink, consisting of a large loop at the top and a long horizontal stroke extending to the right.

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst haben.