



universität
wien

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

Gering empfundene soziale Unterstützung und Fläschchengeben als Risikofaktoren für Postpartale Depression?

verfasst von / submitted by

Sunitha Kavunga

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Magistra der Naturwissenschaften (Mag.rer.nat.)

Wien, 2019 / Vienna, 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 190 445 344

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Lehramtstudium UniStG UF Biologie und
Umweltkunde UniStG UF Englisch UniStG

Betreut von / Supervisor:

Ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Katrin Schäfer

Mitbetreut von / Co-Supervisor:

Mag. Dr. Sonja Windhager

Danksagung

Diese Seite ist all jenen gewidmet, die auf unterschiedlicher Weise zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben. Dafür möchte ich an dieser Stelle Danke für die Mitwirkung, Unterstützung und Motivation sagen.

Mein besonderer Dank gilt meinen Betreuerinnen Dr. Schäfer und Dr. Windhager für ihre Unterstützung, die aufgebrauchte Zeit und zahlreichen Feedbacks, ohne die diese Arbeit nicht zu Stande gekommen wäre. Sie ermöglichten es mir ein für mich bedeutendes Thema in meiner Abschlussarbeit zu behandeln.

Ein zweiter großer Dank möchte ich den ExpertInnen, Mag. Weichberger, Mag. Jahn, der Krankenschwester und Dr. Martin aussprechen. Ich bedanke mich für ihr Interesse, den Aufwand und das Engagement mit mir ihr Fachwissen zu teilen.

Ich bedanke mich auch herzlich bei meiner Familie für die tatkräftige Unterstützung. Hierbei gilt mein besonderer Dank meiner Mutter und meiner Tante Rosey, die einen großen Beitrag bei der ExpertInnensuche geleistet haben.

Bedanken möchte ich mich auch bei meinen Freunden für die Hilfe, Ermutigung und Motivation während des Studiums und der Erstellung der Arbeit. Namentlich erwähnen möchte ich an dieser Stelle meine Wegbegleiterin, Leidensgenossin und Freundin in Not Julia Litschauer, ohne die ich den Abschluss des Studiums nicht erreicht hätte. Danke für alles.

Mein Dank gilt auch meinem Freund Geo, der mich im Laufe der Arbeit auf jede Art und Weise unterstützt hat. Für deinen Aufwand, dein Verständnis, deine emotionale Unterstützung und die aufgebrauchte Zeit bin ich dir ewig dankbar.

Schließlich möchte ich Gott danken, dass er mich durchs Leben, mein Studium und diese Arbeit begleitet hat.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	2
Abstract	6
Zusammenfassung	8
1. Einführung	10
1.1. Hypothesen	11
2. Material und Methoden	13
2.1. Literatursuche	13
2.2. ExpertInneninterviews	13
3. Postpartale Depression (PPD)	16
3.1. Definition und Symptome	16
3.2. Häufigkeit	17
3.3. Abgrenzung zu anderen postpartalen Stimmungskrisen	19
3.3.1. Baby Blues	19
3.3.2. Postpartale Psychose (PPP)	20
3.4. Folgen und Verlauf der postpartalen Depression	21
3.5. Screening und Therapie	22
3.6. Risikofaktoren für PPD	24
3.6.1. Biologische Faktoren	24
3.6.2. Psychische Faktoren	26
3.6.3. Psychosoziale Faktoren	27
4. Postpartale Depression aus einem evolutionären Blickwinkel	29
5. „Geringer sozialer Support“ als Risikofaktor für die Entwicklung von PPD	33
5.1. Definition und Formen des sozialen Supports	33
5.2. Wirkungsmechanismen sozialer Unterstützung	36
5.3. Quellen sozialer Unterstützung	38
5.4. Bedeutung sozialen Supports im Zusammenhang mit PPD	40
5.4.1. Die Bedeutung des geringen sozialen Supports des Partners in der postpartalen Phase	40
5.4.2. Die Bedeutung von Familie und Freunden in der postpartalen Phase	44
5.4.3. Kulturelle Unterschiede in der postpartalen Phase und des sozialen Supports	45
5.5. Einfluss des sozialen Supports auf das Stillverhalten der Mutter	48
6. Stillen und Muttermilch	51
6.1. Evolutionärer Kontext	51
6.2. Psychische und physische Funktionen des Stillens	52

6.2.1.	Funktionen des Stillens für das Neugeborene (ultimat und proximat)	53
6.2.2.	Funktionen des Stillens für die Mutter (ultimat und proximat)	54
7.	„Bottle-feeding“ als Risikofaktor für die Entwicklung von PPD	55
7.1.	Definitionen „bottle-feeding“, „mixed feeding“ und „exclusive breastfeeding“	55
7.2.	Häufigkeit des „bottle-feeding“ und „exclusive breastfeeding“	56
7.3.	Einfluss von „bottle-feeding“ auf die Entwicklung von PPD	60
7.4.	Auswirkungen der PPD auf das Stillverhalten der Mutter	62
8.	Vergleich spezifischer ExpertInnenantworten	64
9.	Zusammenfassung der ExpertInneninterviews und deren Diskussion	68
10.	Diskussion	70
10.1.	Einschränkungen	73
10.2.	Empfehlungen für zukünftige Forschung	73
10.3.	Implikationen für die Zukunft	74
11.	Conclusio	76
12.	Literaturverzeichnis	78
13.	Abbildungsverzeichnis	86
14.	Tabellenverzeichnis	86
15.	Anhang 1 – Interviewtranskript Weichberger	87
16.	Anhang 2 – Interviewtranskript 001	98
17.	Anhang 3 – Interviewtranskript Jahn	106
18.	Anhang 4 – Interviewtranskript Martin	128

Abstract

Postpartum depression (PPD) occurs in 14.3% of new mothers in Austria after delivery. With a global prevalence of 17.7%, PPD currently is the second most common mental complication during the postpartum phase and a public health problem. So far, the medical perspective of PPD as a “psychological disorder” has been in the foreground, which fosters stigmatization and the treatment of the subject as a taboo. At this point, the evolutionary approach could be of advantage, which shows PPD as an adaptive psychological mechanism, evolved over time. Here it is elaborated that the investment in an offspring is not automatic. A decrease of resources, triggered by low social support for example, forces the mother to question her investment in the newborn, as it includes considerable costs for her. As a natural mechanism, PPD appears in order to survive such unfavorable circumstances by reducing her investment in her own child and, thus, ultimately serves to maximize her fitness. Disadvantageous conditions are represented in biological, psychological and psychosocial factors. At this point, lower social support seems to indicate the highest association with PPD-development. In this study it was hypothesized that considering unfavorable circumstances caused by inadequate social support, women who perceive lower social support, particularly from the family and significant other, experience PPD more often than women who perceive higher social support. Furthermore, it has been argued that women who are unable to or forgo breastfeeding and exclusively bottle-feed, experience PPD more often than women who practice “exclusive breastfeeding” during their first year postpartum. Here, the reduced physical contact between mother and child is claimed to restrict the establishment of the mother-infant bonding and, therefore, increases the risk of PPD. In addition, it is supposed that bottle-feeding cannot substitute the psychological and physical benefits of breastfeeding, which also enhances the development of PPD.

A literature search with a focus on the last 30 years was conducted in this study in order to test the hypotheses. For this, the electronic databases *u:search*, *PubMed*, *scopus*, *sciencedirect* and *Jstor* were used to retrieve peer-reviewed original research articles and peer-reviewed review articles. Apart from the literature search, interviews were conducted with four experts working in the field of postpartum depression. At this point, a nurse, a psychologist, a psychotherapist and an evolutionary anthropologist were questioned respectively. Also, personal experiences with PPD of the formerly affected author Ulrike Schrimpf were incorporated via her biographic report. The outcome of the expert interviews and the author's reports were discussed in the light of the existing literature.

The results show that perceived lower social support has a crucial influence on PPD-development and women who are confronted with an inadequate support system have a higher PPD-risk. However, this statement should be discussed by taking into account the cultural background, subjective perception, and individual needs of the mother, as these factors play a considerable role in terms of social support. Bottle-feeding, on the other hand, could not be pinned down as an individual risk factor for PPD. The assertion that women who are unable to or forgo breastfeeding and, therefore, exclusively bottle-feed, experience PPD more often cannot be confirmed. This is due to the fact that the reasons for refraining from breastfeeding as well as the psychological state of the mother and her breastfeeding behavior („mixed feeding“, „exclusive breastfeeding“) have to be taken into account. The complexity of the topic as well as insufficient data with regard to PPD-rates, risk factors and cultural influences require more precise data acquisition, current numbers, and further research in this field. Moreover, understanding the evolutionary basis of PPD should be emphasized in future investigations. By drawing comparisons with animals, its evolutionary background can be elucidated and general statements on this topic can be made. Also, the natural context of PPD would be highlighted, which eventually helps to fight stigmatization. In order to shed more light on PPD, an interdisciplinary research approach is needed while taking practical experiences of health workers into account. Taken together, the obtained insights finally allow training in the medical field, where knowledge can then be passed on to patients and their relatives. In addition, social and sociopolitical attention should be drawn to the topic of PPD, as informing society can prevent PPD and, therefore, increase women's and babies' health. This can be achieved through documentaries, publications of personal experiences with PPD and raising awareness on available support systems, such as PPD-mothers groups.

Zusammenfassung

Postpartale Depression (PPD) tritt in Österreich bei 14,3% aller neuen Mütter nach der Geburt auf. Mit einer globalen Prävalenz von 17,7% ist sie mittlerweile die zweithäufigste Wochenbettkrankung und stellt somit ein öffentliches Gesundheitsanliegen dar. In der Gesellschaft steht die medizinische Betrachtungsweise der PPD als „psychische Erkrankung“ im Vordergrund, welche die Tabuisierung und Stigmatisierung von PPD begünstigt. Evolutionär gesehen, könnte das Auftreten von PPD eine Anpassung an sehr schwierige Lebensumstände zum Zeitpunkt der Niederkunft sein. Da die Versorgung eines Säuglings immer mit enormen Kosten verbunden ist, könnte es in Notsituationen für die (Fitness der) Mutter notwendig gewesen sein, die zusätzlichen Ressourcen, die das Neugeborene einfordern muss, zu reduzieren: Weniger mütterliche Feinfühligkeit als Folge der PPD, die mit einer veränderten Mutter-Kind-Beziehung einhergeht, wäre ein Mechanismus dazu. Ungünstige Lebenssituationen können durch biologische, psychische und psychosoziale Faktoren hervorgerufen werden. In dieser Arbeit wird die Hypothese diskutiert, dass Frauen, die einen geringeren sozialen Support, vor allem vom Partner und von der Familie empfinden, eher von PPD betroffen sind als solche, die einen höheren sozialen Support wahrnehmen. Weiters wurde in der Arbeit angenommen, dass Frauen, die auf den Vorgang des Stillens verzichten (müssen) und somit ausschließlich das Fläschchen geben, eher von PPD betroffen sind als Frauen, die in den ersten Monaten der Postpartum-Phase ausschließlich stillen. Durch Stillen induzierte Vorteile für die Mutter-Kind-Bindung, den Körper und die Psyche der Mutter bleiben hier aus und begünstigen somit möglicherweise die Entwicklung einer PPD.

Die Hypothesen wurden anhand einer Literaturrecherche getestet, deren Ergebnisse sich auf die letzten 30 Jahre beschränken. Dabei wurden elektronische Datenbanken, wie *u:search*, *Pubmed*, *scopus*, *sciencedirect* und *Jstor* auf wissenschaftlich evaluierte originale Forschungsartikel (peer-reviewed original research articles) und Übersichtsartikel (peer-reviewed review articles) durchsucht. Zudem wurden im Zeitraum von Mai bis Juni 2019 vier Interviews mit ausgewählten ExpertInnen durchgeführt, deren berufliche Tätigkeitsbereiche PPD umfassen. Hierbei wurden eine Krankenschwester, eine Psychologin, eine Psychotherapeutin und ein Anthropologe zum Thema PPD befragt. Auch wurden Erfahrungen und Erlebnisse der ehemals erkrankten Schriftstellerin Ulrike Schimpf für die Recherche herangezogen. Die Erfahrungsberichte der Autorin und Antworten der standardisierten Fragen der ExpertInneninterviews wurden mit der ausgewählten Literatur verglichen, hinsichtlich der Hypothesen vergleichend dargestellt und kritisch diskutiert.

Die Ergebnisse zeigen, dass geringer wahrgenommener sozialer Support einen gravierenden Einfluss auf die Entwicklung von PPD hat und Frauen, die sozial weniger eingebettet sind ein höheres PPD-Risiko aufweisen. Diese Aussage ist jedoch stark von der kulturellen Herkunft, der subjektiven Wahrnehmung und den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen abhängig und muss unter Berücksichtigung dieser Faktoren betrachtet werden. Im Gegensatz dazu konnte „bottle-feeding“ nicht als eindeutiger Risikofaktor für PPD identifiziert werden. Die Annahme, dass Frauen die auf den Vorgang des Stillens verzichten (müssen) eher von PPD betroffen sind, kann nicht bestätigt werden, da hierbei die Gründe für den Verzicht des Stillens, die psychische Verfassung der Mutter und das genaue Stillverhalten („mixed feeding“, „exclusive breastfeeding“) berücksichtigt werden müssen. Sowohl die Vielschichtigkeit des Themas als auch unzureichend erforschte Aspekte wie PPD-Prävalenzen, Risikofaktoren und kulturelle Einflüsse, fordern genauere und aktuelle Datenaufnahmen und weitreichendere Untersuchungen. Außerdem ist in zukünftiger Forschung die Untersuchung der evolutionären Ausgangslage von PPD zu implementieren. Durch Vergleiche mit der Tierwelt, wo ähnliche Verhaltensweisen zu finden sind, können Rückschlüsse auf den evolutionären Hintergrund gezogen und somit allumfassendere Aussagen getätigt werden. Zudem wird der natürliche Kontext von PPD verdeutlicht, welcher der gegenwärtigen Stigmatisierung des Themas entgegenwirken kann. Um Aufklärung in diesem Bereich zu schaffen, ist demnach ein interdisziplinärer Forschungsansatz unter Berücksichtigung der Praxiserfahrungen des medizinischen Personals in den Vordergrund zu stellen. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse ermöglichen letztendlich Schulungen der klinischen Belegschaft, welche dann wiederum zur Aufklärung der Patientinnen und ihrer Angehörigen beitragen kann. Auch gesellschaftlich und gesellschaftspolitisch wäre dem Thema PPD mehr Bedeutung zuzusprechen, was durch Dokumentarfilme, Veröffentlichungen von Erfahrungsberichten und Hinweise auf Hilfsangebote wie Selbsthilfegruppen erreicht werden kann. Das Aufklären der Gesellschaft kann zur Prävention von PPD und somit zur Gesundheit der Frauen und ihrer Kinder beitragen.

1. Einführung

„Ich beginne, unentwegt vor Angst zu zittern.

Ich habe Angst, meinen Kindern keine gute Mutter zu sein.

Ich habe Angst, meine Beziehung zu ruinieren.

Ich habe Angst, nie mehr etwas Herausforderndes,

Interessantes in meinem Leben zu machen.“ (Schrimpf, 2013, S. 11)

Die Geburt eines Kindes ist in den meisten Fällen ein veränderndes Ereignis im Leben der Eltern. Vor allem für die neugewordene Mutter stellt die Anpassung an einen neuen und sehr abhängigen Menschen in der Familie eine große Umstellung und Herausforderung dar. Ihre absolute Hingabe und Zuwendung dem Neugeborenen gegenüber wird oft als selbstverständlich gesehen, wodurch Abweichungen davon häufig auf Kritik und Verständnislosigkeit von der Außenwelt stoßen (Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler, 2006). Die Realität zeigt jedoch, dass die Zeit nach der Geburt, auch postpartale Phase genannt, nicht immer nur positive Seiten hat, sondern einen heiklen Abschnitt für die Frau und den Nachwuchs darstellt. Das Neugeborene befindet sich hierbei in einer sensiblen Entwicklungsphase, welche viel Aufmerksamkeit und Zuwendung von der Mutter verlangt (Reck et al., 2004). Gleichzeitig dient die Postpartum-Phase dem Aufbau und der Stärkung der Mutter-Kind-Beziehung und der körperlichen und psychischen Erholung der Mutter (Härtl, Müller, & Friese, 2006). Dieser geht mit besonderen biologischen, psychologischen und sozialen Anforderungen einher, die positive oder auch unerwünschte Auswirkungen auf die Psyche der neugewordenen Mutter haben. Wird die Zeit der Erholung durch negative Faktoren gravierend beeinträchtigt, erhöht dies die Gefahr der Mutter an einer postpartalen Stimmungskrise zu erkranken; ein Thema, dem im medizinischen Berufsfeld, bei ExpertInnen, Patientinnen und deren Angehörigen, noch zu wenig Beachtung geschenkt wird und daher Aufklärung und genaue Forschung benötigt.

Unter postpartaler Depression, oft auch Wochenbettdepression genannt, wird im Allgemeinen eine schwere und behandlungsbedürftige depressive Erkrankung beschrieben, welche Mütter innerhalb des ersten Jahres „postpartum“, nach der Geburt, erleiden. Im Gegensatz zur Vergangenheit überwiegt heutzutage die Auffassung, dass es sich hierbei um keine gesonderte Krankheitsentität mit bestimmter Ätiologie handelt (Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler, 2006), sondern den anderen Formen der Depression gleichkommt mit dem Themenschwerpunkt der Mutterschaft (Jahn, Anhang 3, S. 19). Eine Depression in der postpartalen Phase kann aber auch Väter betreffen und eine solche trägt daher den Namen

„Paternal postnatal depression“, auf Deutsch „Väterliche postpartale Depression“ (Shaheen et al., 2019). Letztere jedoch unterscheidet sich in der Symptomatik, Häufigkeit und ihren Risikofaktoren zur postpartalen Depression und wird in dieser Arbeit nicht behandelt.

In den folgenden Kapiteln wird die Abkürzung PPD für postpartale Depression verwendet. Das Hauptaugenmerk der Arbeit liegt auf den beiden Risikofaktoren „geringer wahrgenommener sozialer Support“ und „bottle-feeding“. Bei der Aufarbeitung der soeben genannten Punkte werden ausschließlich heterosexuelle Paare für die Argumentationen in Betracht gezogen. Studien zu homosexuellen Partnerschaften in Bezug auf PPD sind noch nicht ausreichend veröffentlicht (Ross, 2005), was eine Forschungslücke in diesem Gebiet darstellt und demnach genauere Untersuchungen verlangt. Weiters werden die beiden Risikofaktoren und das Thema PPD aus einem evolutionär anthropologischen Blickwinkel beleuchtet, um deren natürliche und frühzeitliche Grundlage zu verdeutlichen. Dabei wird argumentiert, dass die Investition in den Nachwuchs kein automatisch stattfindender Prozess ist (Hagen, 1999; Tracy, 2005). Geringe soziale Unterstützung beispielsweise stellt eine verminderte Ressourcenlage für die Mutter dar, wodurch die Investition in das eigene Kind für sie mehr Kosten als Gewinn bedeuten kann. Die Frau wird dadurch vor die Entscheidung gestellt ihre wenigen Ressourcen in ihre eigene Fitness (Überleben, ältere Kinder) oder in das neugeborene Kind – mit ungewissem Ausgang - zu investieren. PPD kommt hierbei als ein psychischer Adaptionsmechanismus der Mutter zum Vorschein, emotionale Distanz zum Säugling aufzubauen. Demnach sollten Frauen mit geringer wahrgenommener Unterstützung eher PPD aufweisen als jene mit höherem Support vom Umfeld. In Hinblick auf das Fläschchengenügen als Risikofaktor wird argumentiert, dass der verminderte Hautkontakt zum Baby und der damit in Verbindung stehende beeinträchtigte Aufbau der Mutter-Kind-Bindung die Gefahr der PPD-Entwicklung erhöht. Auch die psychischen und körperlichen Vorteile des Stillens sollen durch die Verabreichung von Säuglingsersatznahrung nicht ersetzbar sein und die Entstehung von PPD begünstigen.

1.1. Hypothesen

Anhand Fachliteratur und ExpertInneninterviews werden die angeführten Risikofaktoren angesichts der folgenden Hypothesen diskutiert:

- **Hypothese 1:** Frauen, die einen geringeren sozialen Support, vor allem vom Partner und von der Familie empfinden, sind eher von PPD betroffen als Frauen, die einen höheren sozialen Support wahrnehmen.
- **Hypothese 2:** Frauen, die auf den Vorgang des Stillens verzichten (müssen) und

somit ausschließlich das Fläschchen geben, sind eher von PPD betroffen als Frauen die in den ersten Monaten der Postpartum-Phase ausschließlich stillen.

2. Material und Methoden

2.1. Literatursuche

Im Laufe der Arbeit wurde der aktuelle Stand der Literatur mittels einer Literaturrecherche erhoben. Dafür wurden elektronische Datenbanken, wie *u:search*, *Pubmed*, *scopus*, *sciencedirect* und *Jstor* auf geeignete Werke durchsucht. Die primäre Zielsetzung waren wissenschaftlich evaluierte originale Forschungsartikel (peer-reviewed original research articles) und Übersichtsartikel (peer-reviewed review articles). Kapitel aus Büchern und Web-Artikeln wurden ebenfalls, jedoch in geringem Maße, zur Veranschaulichung von Argumenten herangezogen. Das Ziel dieser Arbeit ist es, aktuelle Ergebnisse bezüglich geringem wahrgenommenen sozialen Support und „bottle-feeding“ als Risikofaktoren für PPD zu erheben und darzustellen. Aus diesem Grund wurden Artikel, die einen Fokus auf andere Risikofaktoren haben, innerhalb der Suche ausgeschlossen. Zudem wurden perinatale und antenatale Depressionen im Suchprozess nicht miteinbezogen. Folgende Suchbegriffe und Schlüsselwörter wurden getrennt und in Verbindung miteinander auf Englisch und Deutsch in die Datenbanken eingegeben: postpartum depression, risk factors for PPD, culture in association with PPD, postpartum rituals, cross-cultural PPD, paternal postpartum depression, prevalence of PPD, bottle-feeding, breastfeeding, origins of breastfeeding, health benefits of breastfeeding, functions of PPD, evolutionary aspects of PPD, lack of social support, absence of partner and functions of social support. Zusätzlich wurden mithilfe von *backward* und *forward reference* Suchinstrumenten, wie zum Beispiel *Web of Science*, *Google Scholar* und *SciFinder*, veröffentlichte Zeitschriftenartikel gefiltert und für die Arbeit ausgewählt.

Außerdem wurde, nach Empfehlung der Psychotherapeutin Mag. Jahn, das Buch „Wie kann ich dich halten, wenn ich selbst zerbreche?“ herangezogen. Der Text ist für diese Arbeit insofern relevant, da die Autorin Ulrike Schrimpf darin über ihre eigenen Erfahrungen in der postpartalen Zeit berichtet und auch über ihren persönlichen Umgang mit und Verlauf von PPD erzählt (Schrimpf, 2013). Zur Veranschaulichung und Untermauerung der in der Literatur gefundenen Argumente wurden Ausschnitte aus dem Buch ausgewählt und wiedergegeben.

2.2. ExpertInneninterviews

Abgesehen von der Literatursuche wurden vier ExpertInneninterviews durchgeführt. So wurden bei der Suche nach ExpertInnen vorwiegend Personen gewählt, welche im Bereich „Postpartale Depression“ tätig sind, langjährige Berufserfahrung haben, oder sich mit dem Thema wissenschaftlich befassen. Letztendlich erklärten sich vier ExpertInnen dazu bereit

ein Interview zu geben. Das erste Interview wurde mit der klinischen Psychologin Mag. Weichberger abgehalten, die Patientinnen der Abteilung für Geburtshilfe und fetomaternale Medizin im Wiener Allgemeinen Krankenhaus (AKH) begleitet. Weiters kam es zu einem Gespräch mit Psychotherapeutin Mag. Jahn, welche ebenfalls als klinische Psychologin an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie im AKH Wien tätig ist, jedoch auch als Psychotherapeutin eine eigene Praxis in Mödling führt. Zudem gab eine seit zwei Jahren pensionierte diplomierte Krankenschwester der Abteilung Geburtshilfe eines Wiener Krankenhauses ihr Einverständnis zu einem Interview, wobei sie aus privaten Gründen eine Anonymisierung einforderte. Aufgrund dessen wurde ihr Name mit der Zahl 001 ersetzt. Für den evolutionären Aspekt der Arbeit wurde Anthropologe und Experte für menschliche Reproduktionsbiologie Dr. Robert D. Martin kontaktiert. Dr. Martin ist auch Mitglied des Komitees für evolutionäre Biologie an der *University of Chicago* und ist zudem als Assistenzprofessor am Institut für Anthropologie an der *University of Illinois, University of Chicago* und *Northwestern University* tätig.

Die Teilnehmer wurden entweder per E-Mail oder telefonisch kontaktiert und zu einem Gespräch eingeladen. Es wurden unterschiedliche Orte für die Befragung vereinbart, wobei Weichberger im AKH, Jahn in ihrer Praxis, die Krankenschwester bei sich zu Hause und Martin im *Center for Organismal Systems Biology* das Interview gaben. Dabei wurde jeweils ein lärm- und störungsfreier Raum gewählt. Alle Beteiligten wurden vor der Durchführung des Gesprächs über die Studie, die Aufzeichnung, das Vorgehen bei der Verschriftlichung, Datenspeicherung und Auswertung des Interviews mündlich und in schriftlicher Form umfassend informiert. Dazu erhielten sie eine TeilnehmerInneninformation, in der alle soeben genannten Punkte klar formuliert und ihnen ihre Rechte mitgeteilt wurden. Anschließend wurde mittels einer Einverständniserklärung um die Erlaubnis gebeten, das Interview zu verschriftlichen und für den Zweck der Studie zu verwenden. Alle ExpertInnen, außer der Krankenschwester, stimmten einer Veröffentlichung der persönlichen Daten zu. Das Gespräch wurde erst nach der Unterzeichnung der Einverständniserklärung abgehalten. TeilnehmerInneninformation, Einverständniserklärung und Interviewleitfäden sind auf begründete Anfrage bei der Autorin erhältlich.

Alle Interviews wurden im Zeitraum von Mai bis Juni 2019 durchgeführt. Anhand eines Interviewleitfadens wurden die ExpertInnen zu dem Thema „Postpartale Depression“, dessen Prävalenz in Österreich, sozialer Support, Stillen und „bottle-feeding“ befragt. Dieser wurde im Vorfeld angefertigt und an die ExpertInnen angepasst, wobei der Abschluss immer dieselben drei Fragen beinhaltete (Kapitel 8). Abgesehen von Jahn, die auf Wunsch ihren

Interviewleitfaden vorab per E-Mail zugeschickt bekam, hatten die ExpertInnen vor dem Interview keine Einsicht in ihre Leitfäden. Das Interview wurde mithilfe eines Laptops und einem Handy elektronisch aufgenommen. Alle Interviews wurden auf Deutsch abgehalten und ihre Dauer betrug zwischen 30 und 60 Minuten. Da Martin einen britisch, amerikanischen Hintergrund hat und Deutsch somit nicht zu seiner Erstsprache zählt, waren die Inhalte etwas schwerer zu verstehen. Aufgrund der sprachlichen Barriere war Martins Wortwahl oft missverständlich formuliert. Da das Transkript jedoch vom Befragten kontrolliert wurde ist der Inhalt gewährleistet. Die Audiodateien sind passwortgeschützt abgespeichert und im Anschluss transkribiert worden. Das Transkript wurde nach Anfertigung den ExpertInnen zugeschickt um die Genehmigung der Freigabe einzuholen. Im Zuge der Freigabe wurden seitens der Befragten kleine sprachliche Veränderungen in den Transkripten vorgenommen. Die Interviews wurden auf freiwilliger Basis abgehalten. Eine Vergütung diesbezüglich war nicht vorgesehen. Die Ergebnisse der Interviews wurden im Laufe der Arbeit anhand der existierenden Literatur verglichen und diskutiert.

3. Postpartale Depression (PPD)

3.1. Definition und Symptome

„Postpartale Depression“ wurde im Jahr 1994 unter der Bezeichnung „Major Depressive Disorder with postpartum onset“ von der *American Psychiatric Association* in der vierten Ausgabe ihres *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) aufgenommen (Segre & Davis, 2013). Hierbei wurde keine genauere Unterscheidung zu der zu anderen Zeitpunkten auftretenden Depression getroffen. Somit ist sie noch heute in den offiziellen Klassifikationssystemen DSM-5 und ICD-11 nicht als eigenständige Krankheit gekennzeichnet. Sie wird in die allgemeine Gruppe der „schweren depressiven Erkrankungen“ mit dem Zusatz „postpartaler Krankheitsbeginn“ eingeordnet (American Psychiatric Association, 2013). Nach ICD-11 zählt PPD zu den „psychischen und Verhaltensstörungen im Wochenbett“, wobei sich der Krankheitsbeginn auf bis zu sechs Wochen (World Health Organization [WHO], 2018) und laut DSM-5 bis zu vier Wochen nach der Entbindung beschränkt (American Psychiatric Association, 2013). Wird PPD nicht behandelt kann sie sich, je nach Schweregrad, bis zu einem Jahr erstrecken (Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler, 2006).

Das Krankheitsbild der postpartalen Depression zeigt häufig für eine Depression typische Symptome, welche sich manchmal schon während der Schwangerschaft entwickeln können. Dazu zählen beispielsweise depressive Stimmung, Reizbarkeit, Weinerlichkeit und Interessensverlust in sozialen Interaktionen und alltäglichen Aktivitäten (Nonacs, Cohen, & Nonacs, 2005). Andere ebenfalls vermehrt auftretende Beschwerden sind Ängstlichkeit und Angstzustände, ein Gefühl der Überwältigung und starke Müdigkeit verursacht durch Schlafstörungen, die, abgesehen vom üblichen Schlafentzug, in den Anfängen der Mutterschaft, auftreten können (Stewart & Vigod, 2016). Frauen mit postpartaler Depression zeigen gehäuft auch ein niedrigeres Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, Appetitlosigkeit, Schwierigkeiten einfache Entscheidungen zu treffen, verminderte Selbstpflege und Hoffnungslosigkeit (Sit & Wisner, 2009). Zweifel und Sorgen bezüglich ihrer Fähigkeit als Mutter können die Frauen in ihren Tätigkeiten, sich um ihr Kind zu kümmern, einschränken. In den schweren und seltenen Fällen der PPD werden negative Gefühle gegenüber dem Neugeborenen berichtet, mit dem Wunsch das Kind oder sich selbst zu verletzen, welche zum Infantizid oder Suizid führen können (Nonacs et al., 2005). Während letztere Symptome einfacher zu erkennen und diagnostizieren sind, werden die milderen depressiven Anzeichen oft unbeachtet gelassen, oder als natürliche Folge der Geburt gesehen (Robertson, Celasun, & Stewart, 2003).

3.2. Häufigkeit

Postpartale Depression ist ein öffentliches und mittlerweile globales Gesundheitsanliegen, das zahlreiche Mütter auf der Welt betrifft (Robertson et al., 2003). Sie stellt das häufigste Leiden im Bereich psychische Gesundheitsprobleme nach der Geburt dar (Sit & Wisner, 2009). Eine Vielzahl an Studien wurde bereits durchgeführt um eine weltumfassende Prävalenzrate aufzustellen.

In einer der größten Metaanalysen wurden 291 Studien mit einer Anzahl von 296.284 Frauen aus 56 verschiedenen Ländern über alle Kontinente verteilt, wie zum Beispiel Malawi, Singapur und Spanien, miteinander verglichen. Die Arbeit ergab eine globale PPD-Prävalenz von 17,7%. Außerdem zeigen 16,7% der neuen Mütter eine Wahrscheinlichkeit PPD zu entwickeln (Hahn-Holbrook, Cornwell-Hinrichs, & Anaya, 2018). Ersteres übertrifft die üblicherweise genannte Häufigkeitsbilanz von 10 bis 15% (Sit & Wisner, 2009). Angaben bezüglich der weltweiten PPD Prävalenz sind aber relativ ungenau und nicht auf dem aktuellsten Stand (Halbreich & Karkun, 2006). In Industrieländern schwankt die PPD Rate zwischen 1,9 und 82,1%, wobei Deutschland die niedrigsten und die Vereinigten Staaten die höchsten Zahlen liefern (Slomian, Honvo, Emonts, Reginster, & Bruyère, 2019). In Österreich leidet laut Fleischer (2015) etwa jede 7. neugewordene Mutter, also 14,3%, an PPD. Im ExpertInneninterview mit Jahn (Anhang 3, S. 12) erklärte sie, dass in ihrer psychotherapeutischen Praxis in Wien ein bis zwei Frauen laufend zur Behandlung aufgenommen werden, so dass die Praxis übers Jahr stets ausgelastet ist. Die Patientinnen erscheinen hierbei zur wöchentlichen Betreuung. Auch in der Psychiatrie im AKH Wien sind laut der Psychotherapeutin die vier zur Verfügung stehenden Betten durchgehend besetzt.

Obwohl die allgemeine Annahme gilt, dass PPD eine westlich geprägte Erkrankung ist, weist die Literatur vermehrt darauf hin, dass Frauen in einkommensschwachen Ländern wesentlich häufiger betroffen sind (Abdollahi et al., 2014). Es wird argumentiert, dass das Fehlen bzw. die Knappheit an Ressourcen für das Aufrechterhalten der psychischen Gesundheit und die ungerechte Verteilung und ineffiziente Verwendung der Utensilien im Gesundheitsbereich dem zu Grunde liegen (Upadhyay et al., 2017). Zudem beeinträchtigen Faktoren wie Armut, beschränkter sozialer Support, niedriges Selbstwertgefühl der Mutter, Mehrlingsschwangerschaften und fehlende Ausbildung des Partners die Genesung in Entwicklungsländern (Abdollahi et al., 2014). Außerdem zeigt sich, dass, obwohl Krankenhausgeburten immer mehr bevorzugt werden, dennoch ein großer Anteil an Frauen aus diesem Milieu zu Hause gebärt. Zum Beispiel verweilen in Indien Frauen weniger als 48 Stunden nach der Entbindung in Gesundheitseinrichtungen. Dies lässt dem Personal wenig

Zeit, Mütter und Angehörige über PPD, ihre Symptome, Hilfe und Beratungsmöglichkeiten aufzuklären. Dies könnte zum Teil Indiens nationale PPD-Prävalenz von 22% begründen. Auch die Anzahl der Frauen, die sich nachgeburtlichen Untersuchungen unterziehen, hält sich in Ländern mit geringem und mittlerem Einkommen in Grenzen. Folglich bleiben viele Fälle mit psychischen Erkrankungen unbemerkt und unbehandelt, was vor allem jene, die in ihren eigenen vier Wänden gebären, betrifft. Die erhöhte Anzahl der PPD betroffenen Frauen in den wirtschaftlich schwachen Ländern ist aber auch durch andere Faktoren bestimmt, wie beispielsweise das Bewahren von postpartalen Ritualen, in denen ein Teil oder die ganze Familie mit der Mutter und dem Neugeborenen nach der Entbindung zusammenleben. Auch die stetige Tabuisierung des Themas trägt zur gesteigerten PPD-Betroffenheit bei (Upadhyay et al., 2017).

Weitere Aspekte, die mehrmals in Studien untersucht werden, sind kulturelle Häufigkeitsunterscheide. So wurde zum Beispiel in einer interkulturellen Studie von Evagorou, Arvaniti und Samakouri (2016) erwähnt, dass von PPD betroffene Mütter in Asien eine ausgeprägtere Symptomatik von PPD aufweisen als Frauen in Nord-Europa oder Australien. Taiwan liegt mit 13,5 bis 73,7% an der Spitze der PPD Prävalenz im asiatischen Bereich, wobei sich Singapur mit 0,5 bis 6,8% an unterster Stelle befindet. Die große Schwankungsbreite der Angaben sind Ergebnisse verschiedener Studien und deutet auf eine sowohl ungenaue als auch unstimmige Dokumentierung der PPD-Fälle. Grund für die gesteigerte PPD-Häufigkeit soll das in der Gesellschaft fehlende bzw. beschränkte Bewusstsein der Erkrankung und ihrer Schwere sein. Seit ein paar Jahren wird jedoch in diesen Ländern versucht, den erwähnten Problemen entgegenzuwirken. Mithilfe von Projekten wie beispielsweise das „Program for Improving Mental Health Care“ (PRIME), welches sich seit 2011 einer Verbesserung der psychischen Gesundheit in asiatischen und afrikanischen Ländern widmet, soll PPD vorgebeugt und Betroffenen geholfen werden.

Obwohl die Literatur auf eine erhöhte PPD-Häufigkeit in nicht-europäischen, entwicklungsschwachen Ländern hinweist, sind die interviewten ExpertInnen der Meinung, dass Frauen aus einem soziökonomisch stabileren Umfeld häufiger betroffen sind. Alle Befragten teilen ihr berufliches Umfeld in Österreich mit der Ausnahme von Martin, dessen Erfahrungen sich hauptsächlich auf Großbritannien und die USA beschränken. Die Kenntnisse der ExpertInnen beziehen sich somit auf industrielle Gebiete. So wird erläutert, dass die zunehmende Betroffenheit in einkommensstarken Ländern durch ein karriereorientierteres Leben, einen folglich späten Kinderwunsch und hohe Anforderungen an sich selbst verursacht wird. Zudem entwickeln Mütter in wirtschaftlich stabilen Ländern

auch häufig andere Vorstellungen des Mutterdaseins, wobei sie beispielsweise die mütterlichen Pflichten und eine frühzeitige Rückkehr in die Arbeitswelt zu balancieren zu versuchen. Diesen können sie nicht immer gerecht werden (Jahn, Anhang 3, S. 3). Auch die ehemals selbst erkrankte Autorin Schrimpf (2013) berichtet in ihrem Buch über ihre Erfahrungen mit dem Umgang mit PPD und die gesellschaftliche Situation in Deutschland. So meint sie, dass bis zu 70% der diagnostizierten Frauen die Matura oder sogar eine höhere Ausbildung vorweisen. An diesem Punkt spricht sie von einer Zunahme der PPD-Fälle in Deutschland durch das Festhalten am „überholte[n] Mutterbild“, welchem Frauen noch immer nachstreben aber das nicht zu ihrem beruflichen Werdegang und Status passt (S. 45). Exakte Häufigkeitsangaben und -verteilungen sind allgemein schwer zu ermitteln und verlangen noch gründlichere Forschungen, da vor allem in unterentwickelten Ländern viele Fälle undokumentiert bleiben.

3.3. Abgrenzung zu anderen postpartalen Stimmungskrisen

Da die Postpartale Depression sich in Verlauf, Dauer und Therapie wesentlich von den anderen klinischen Krankheitsbildern der postpartalen Phase unterscheidet, ist es wichtig sie von den anderen zwei Formen der Wochenbeterkrankungen, dem „Baby Blues“ und der „Postpartalen Psychose“, abzugrenzen.

3.3.1. Baby Blues

Innerhalb der ersten Woche nach der Entbindung erfahren ungefähr 70% aller Frauen ein Stimmungstief namens „postpartum blues“, „baby blues“, oder im Deutschen auch „Heultage“ genannt (Stewart & Vigod, 2016). Der Baby Blues stellt die mildeste Form der postpartalen Wochenbeterkrankungen dar und wird häufig dem Hormonabfall nach der Geburt zugeschrieben (Marques et al., 2017; Schiller, Meltzer-Brody, & Rubinow, 2015). Hierbei tauchen typischerweise leichte depressive Symptome wie Weinerlichkeit, Traurigkeit, ausgeprägte Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit und Ängstlichkeit auf (Stewart & Vigod, 2016), welche zwischen dem zweiten und fünften Tag nach der Geburt ihren Höhepunkt finden. Im Gegensatz zur PPD zeigt der Baby Blues keine psychotischen Symptome, wie Halluzinationen und Wahnvorstellungen, und beeinträchtigt die Mutter in ihrer Funktionsfähigkeit nicht. Normalerweise kommt es innerhalb von Stunden bis zwei Wochen postpartum zu einer spontanen Verminderung der Beschwerden, wodurch der Baby Blues keine therapeutische oder psychiatrische Behandlung benötigt. Dennoch ist ein psychologisches Gespräch beziehungsweise eine Aufklärung über das harmlose Auftreten und die Häufigkeit des Baby Blues von Vorteil für Mutter und Familie. Denn in bis zu 20% der Fälle entwickelt er sich zur postpartalen Depression weiter (Robertson et al., 2003).

Die Prävalenz dieser subdepressiven Stimmungslage zeigt in den Studien verschiedene Ergebnisse, wobei die Angaben zwischen 30 und 85% schwanken (Nonacs et al., 2005; Robertson et al., 2003; Sit & Wisner, 2009; D. Stewart & Vigod, 2016). Die Angaben bestätigen, dass der Baby Blues bedeutend häufiger auftritt als PPD oder die schwerwiegende Form der klinisch diagnostizierten Wochenbett-Erkrankung, die „Postpartale Psychose“.

3.3.2. Postpartale Psychose (PPP)

Die Postpartale Psychose, auch Puerperale Psychose beziehungsweise paranoid-halluzinatorische Puerperalpsychose genannt, bezeichnet die kritischste Form der postpartalen Wochenbett-Erkrankungen. Zwei bis vier Wochen nach der Geburt tritt sie bei 1 bis 2 von 1000 Frauen, das heißt bei 0,1 bis 0,2%, ein und stellt damit eine seltenere psychische Gefährdung da. Die Symptome zeigen sich in erheblicher Form und setzen innerhalb von 48 bis 72 Stunden nach der Entbindung ein (Nonacs et al., 2005). Langzeitstudien deuten darauf hin, dass es sich bei der Postpartalen Psychose um eine Manifestation einer bipolaren Störung handelt (Stewart & Vigod, 2016). Aus diesem Grund sind Frauen mit einer bipolaren oder schizoaffektiven Störung einem hohen Risiko an einer postpartalen Psychose zu erkranken ausgesetzt (Sit, Rothschild, & Wisner, 2006).

Die Symptome der Postpartalen Psychose ähneln meistens einer manischen, schizomanischen oder gemischten Krankheitsepisode. Die ersten Zeichen einer solchen Erkrankung, wie zum Beispiel Unruhe, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, Aufregung (Nonacs et al., 2005) ähneln den anderen Formen der postpartalen Stimmungskrisen, und erschweren deswegen eine präzise und frühzeitige Diagnose. Mit Fortschreiten der Psychose leiden die Betroffenen unter Verwirrung, depressiver oder gehobener Stimmung (Stewart & Vigod, 2016), einem schnellen Eintritt von Gemütsschwankungen, Zerrissenheit, Ideenflucht, desorientiertem Verhalten, Wahnvorstellungen, und Halluzinationen (Sit & Wisner, 2009). Letztere fixieren sich des Öfteren auf das Baby, in der Annahme, dass es geistesgestört ist, im Sterben liegt, übernatürliche Kräfte besitzt, oder den Teufel oder Gott repräsentiert (Nonacs et al., 2005). Aufgrund der rasch ändernden Natur der Psychose und dem fehlenden Einschätzungsvermögen der eigenen Handlungen (Tschoner, 2016) stellt sie eine große Gefahr für Mutter und Kind dar und kann auch zum Suizid, sexuellen Missbrauch, zu Verletzungen oder gar zur Tötung des Neugeborenen ausarten. Die postpartale Psychose erfordert daher zwingend eine stationäre, psychiatrische und medikamentöse Behandlung und kann ohne diese rezidivierend sein und einer vollständigen Genesung entgegenstehen (Sit et al., 2006).

3.4. Folgen und Verlauf der postpartalen Depression

PPD kann, wenn sie unbehandelt bleibt, schwere Konsequenzen sowohl für Mutter als auch Kind haben. Die depressive psychische Verfassung der Mutter umfasst Kurz- und Langzeitfolgen für den Säugling, wobei der Einfluss der Erkrankung auf die Entwicklung des Neugeborenen von Dauer und Intensität der PPD bestimmt werden. Zahlreiche Studien zeigen, dass PPD wesentliche Nachwirkungen auf die Entwicklung des Kindes im Bereich Verhalten, Emotionen und Gesundheit haben kann (Field, 2010; Stewart & Vigod, 2016; Teti & Towe-Goodman, 2008). Hierbei zählen Beeinträchtigungen der kognitiven Entwicklung, Verhaltenshemmungen und -auffälligkeiten, und sowohl aggressives als auch destruktives Auftreten zu den am häufigsten genannten Folgen. Kinder postpartal depressiver Frauen werden von ihren Müttern als emotional verletzlich, bedrückter, auffälliger und weniger interaktiv beschrieben. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass unklar ist, ob diese „negative“ Sichtweisen wahrheitsgetreu sind oder ob sie die depressive Stimmung der Mutter widerspiegeln (Teti & Towe-Goodman, 2008). Zudem reagieren die Nachkommen abweisender auf freundlichen Umgang und zeigen geringeres Interesse an aktiven und kreativen Spielen (Bernard-Bonnin, 2004). Ferner werden auch physische Folgen für den Säugling erwähnt, wie zum Beispiel die verminderte Zunahme an Gewicht, allgemeine körperliche Gesundheitsbedenken und ein häufigeres Betroffensein durch Kinderkrankheiten. Auch die Sprachentwicklung und das Schlafverhalten werden negativ beeinflusst und können in einem unruhigeren Schlaf-Wach-Rhythmus resultieren (Slomian et al., 2019).

PPD zeigt, neben den bereits erwähnten Symptomen, auch Wirkungen auf verschiedene Lebensbereiche der Mutter. So veranschaulichen Slomian et al. (2019) in ihrer Studie, dass die postpartale Erkrankung Einfluss auf die sozialen Beziehungen der Frau nehmen kann. An dieser Stelle wird ein Zusammenhang zwischen PPD und erhöhten Beziehungsschwierigkeiten, und den dementsprechenden geringeren sozialen Fähigkeiten der Frau aufgestellt. Auch die Beziehung zum Partner kann Folgen tragen. Hierbei beschreiben die Betroffenen der Studie ihr Verhältnis zum Partner im postpartalen Jahr als kalt, distanziert und schwierig. Zudem fühlen sie sich weniger selbstbewusst, melden mehr Beziehungsschwierigkeiten und Trennungen, und scheinen um das Dreifache mehr an Sexualstörungen zu leiden (Slomian et al., 2019).

Auch die Mutter-Kind Interaktionen, welche im ersten Jahr nach der Geburt aufgebaut und gestärkt werden sollten, nehmen Schaden. PPD ist typischerweise mit einer Belastung der Mutter-Kind Beziehung und Bindung assoziiert, welche eine bedeutende Rolle für die

Entwicklung des Säuglings spielen (Petrillo, Nonacs, Viguera, & Cohen, 2005). Depressive Mütter schenken dem Kind weniger emotionale und physische Hingebung, und nehmen sich weniger Zeit zum Spielen (Field, 2010). Letzteres muss aber nicht auf alle Betroffenen zutreffen, denn laut Bernard-Bonnin (2004) können Mütter mit PPD auf zwei verschiedene Arten mit ihrem Säugling interagieren: entweder durch Aufdringlichkeit oder durch Entzug. Während ersteres durch Überfürsorge einen feindseligen und störenden Effekt auf das Kind hat, spiegelt sich das desinteressierte, emotional distanzierte und passive Verhalten der Mutter auch beim Baby wider, wie zum Beispiel anhand weniger Aufbau von Augenkontakt. Es zeigt sich ein zunehmendes Zurückziehen der PPD betroffenen Frauen von ihren Kindern, was zur Folge hat, dass sie ein verringertes Bewusstsein für die Signale und das Aufmerksamkeitsverlangen ihres Neugeborenen haben (Teti & Towe-Goodman, 2008). Weiters wird auch darauf hingewiesen, dass eine vermehrte Anzahl an depressiven Symptomen in der nachgeburtlichen Phase in Korrelation mit einer erhöhten Suizidneigung und Selbstverletzung stehen (Petrillo et al., 2005), was die Notwendigkeit einer therapeutischen Behandlung hervorhebt.

3.5. Screening und Therapie

Da die milden Symptome der PPD dem harmloseren und von alleine abklingenden Baby Blues ähneln, wird die Wochenbettdepression häufig übersehen und als natürliche Nachwirkung der Geburt betrachtet. Infolgedessen wird in vielen Fällen die Erkrankung nicht diagnostiziert und bleibt somit unbehandelt. Auch die Tatsache, dass eine verlässliche Vorhersage von PPD gefährdeten Frauen schwierig ist, deutet darauf hin, dass im idealsten Fall alle Frauen auf Depression getestet werden sollten (Nonacs et al., 2005). Die in meiner Arbeit interviewte Krankenschwester gab zu erkennen, dass es sich bei PPD um ein natürliches Phänomen handelt. Sie meinte zudem, dass während ihrer Berufstätigkeit Vorkehrungen nur bei Problemfällen getroffen und Frauen allgemein nicht auf externe Hilfsangebote wie beispielsweise *Caritas Frühe Hilfen* verwiesen wurden (001, Anhang 2, S. 1f.). PPD kann schwere Nachwirkungen haben, wodurch ein frühzeitiges Erkennen von äußerster Wichtigkeit für Mutter und Kind ist (Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler, 2006).

Die am häufigsten herangezogene Untersuchungsmethode zur Früherkennung von PPD ist die 10 Punkte *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), welche auch vom *American College of Obstetricians and Gynecologists* und der *American Academy of Pediatrics* empfohlen wird (Stewart & Vigod, 2016). Diese besteht aus einem Fragebogen mit spezifischen Aussagen zu Erfahrungen in der Postpartum-Phase, welchen die Patientinnen selbstständig ausfüllen sollen. Die Antworten sind Punkten von 0 bis 3 zugeordnet, die im

Anschluss zusammengezählt werden. Ein Ergebnis von 10 oder höher, vor allem bei der eindeutigen Zustimmung der Frage über Suizidgedanken, ist Anlass zur Besorgnis und verlangt weitere Beurteilungen seitens ExpertInnen. Ab 13 EPDS-Punkten oder mehr ist eine PPD Diagnose zu stellen (Sit & Wisner, 2009). Der idealste Zeitpunkt zum Testen mit der EPDS ist 4 bis 6 Wochen nach der Entbindung. Bedauerlicherweise werden die nachgeburtlichen Untersuchungen in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe bzw. beim Kinderarzt scheinbar häufig nicht zur Auswertung von postpartalen Stimmungskrisen genutzt (Coates, Schaefer, & Alexander, 2004). Auch die ExpertInnen erwähnen im Interview meiner Arbeit, dass sie sich allgemein mehr Aufklärung, Vorbereitung und Bewusstsein seitens des medizinischen Personals zum Thema PPD wünschen würden (Weichberger, Anhang 1, S. 10f.; Martin, Anhang 4, S. 8).

Eine weitere Untersuchungsmethode ist zum Beispiel das *Center for Epidemiologic Studies of Depression Instrument* (CES-D), welches 20 Fragen zum selbstständigen Ausfüllen beinhaltet und oft bei Teenager-Müttern und in multikulturellen Gesellschaften angewendet wird. Der 9-Punkte Fragebogen *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) und die *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS) werden ebenfalls zur Erkennung von PPD herangezogen, wobei letzteres bei Telefonscreenings von Gebrauch ist (Sit & Wisner, 2009). Eine gründliche und frühzeitige Evaluierung der Gefühle der Mutter ist grundlegend, um sich ein genaues Bild ihres Gesundheitszustandes zu machen. Aus diesem Grund ist es die Aufgabe des medizinischen Betreuungspersonals sich mit der anfänglichen Stimmungslage der Frauen vertraut zu machen und noch vor der Entbindung auf Depression zu testen (Corrigan, Kwasky, & Groh, 2015). Denn während der Schwangerschaft auftretende depressive Symptome stellen einen der einflussreichsten Risikofaktoren für PPD dar (Sit & Wisner, 2009).

Bei der Therapie von PPD unterscheidet man, wie auch bei anderen schweren Depressionen, zwischen der psychologischen und medikamentösen Behandlung, welche je nach Schwere der Erkrankung zum Einsatz kommen. Hierbei ist eine rasche Behandlung entscheidend, denn ohne Maßnahmen steigert sich das Risiko einer langen Krankheitsdauer, Verschlechterung der Symptome, gestörten Handlungsfähigkeit, Behandlungsresistenz und im schlimmsten Fall des Suizids (Sit & Wisner, 2009). Zuerst werden die Symptome und die Fähigkeit, sich um sich selbst und das Kind zu kümmern, beobachtet. Frauen mit milden Anzeichen werden psychotherapeutische Gespräche und psychosoziale Interventionen mit einer Miteinbeziehung des sozialen Umfelds, wie zum Beispiel Mutter-Selbsthilfegruppen und psychologische Beratungen, empfohlen (Stewart &

Vigod, 2016). Die sozialtherapeutische Integration der Freunde, Familie und des Partners wird auch in kritischen Fällen angewendet und soll die Mutter entlasten. Jedoch sollte auch in diesem Fall nicht voreilig die Therapie beendet werden, da sich leichte Symptome schnell weiterentwickeln können. Aus diesem Grund reichen oft ein bis drei Sitzungen nicht aus um die Probleme psychotherapeutisch zu behandeln (Fleischer, 2015). Eine mehrmalige Sitzung ist daher empfehlenswert.

Bei stärkeren und selbstgefährdenden Symptomen ist eine Behandlung mit Antidepressiva oder anderen Psychopharmaka nicht zu umgehen, welche eine effektive Methode darstellt. Dennoch bestehen Fragen und Bedenken bezüglich der Weitergabe der antidepressiven Wirkstoffe über die Muttermilch an das Kind, und die damit entstehenden Folgen (Sit & Wisner, 2009). Weiters ist noch unklar, ob Antidepressiva einen vorteilhaften oder schädlichen Einfluss auf die Laktation hat (Galbally, Watson, Ball, & Lewis, 2019). Das gewünschte Stillverhalten und mögliche Nachwirkungen werden im Vorfeld der Behandlung mit der Patientin besprochen, damit im Falle einer medikamentösen Behandlung dies beachtet wird und für das Stillen geeignete Psychopharmaka eingesetzt werden können (Jahn, Anhang 3, S. 16). Auch die Dauer der Therapie kann je nach Schwere der Erkrankung variieren, wobei sich üblicherweise die psychotherapeutische über drei Monate erstreckt und die stationäre einige Monate bis Jahre beansprucht (Jahn, Anhang 3, S. 14f.).

3.6. Risikofaktoren für PPD

Eine Vielzahl an Faktoren kann individuell aber auch in Verbindung stehend einen Einfluss auf die Entwicklung von PPD bei Müttern haben. Die gewöhnlichen drei Kategorien beinhalten biologische, psychische und psychosoziale Faktoren. Von Autor zu Autor werden verschiedene Unterteilungen der Risikofaktoren herangezogen, welche eine konkrete Gruppierung (Systematik) erschwert. Außerdem ist zu beachten, dass PPD meistens nicht nur eine Ursache hat, sondern aus einer Kombination mehrerer Komponenten resultiert (Robertson et al., 2003). So betont auch Jahn (Anhang 3, S. 6), dass das Auftreten von mehreren Risikofaktoren eine umso größere Gefahr für die Erkrankung an PPD darstellt.

3.6.1. Biologische Faktoren

Zum Teil wird der Hormonumstellung nach der Geburt die Entstehung von PPD zugeschrieben (Wisner, Parry, & Piontek, 2002). Kurz nach der Entbindung kommt es zu einem rapiden Abfall an Östrogen und Progesteron, die während der Schwangerschaft einen Höhepunkt erreichen. Dieser Rückgang der Sexualhormone steht in Assoziation mit Hilflosigkeit und Ängstlichkeit. Martin (Anhang 4, S. 3) steht ebenfalls sehr hinter dieser Annahme und beharrt sogar darauf, dass der PPD eine rein hormonelle Ursache zu Grunde

liegt. Der Anthropologe führt dabei das Stillverhalten der erkrankten Mutter und die Entstehung von PPD zusammen, welche seiner Meinung nach beide einen rein chemischen Ursprung haben. Dabei spricht er von einer Unterdrückung der Laktation, wenn das Östrogen in Relation höher als das Progesteron ist. Martin weist an dieser Stelle auf eine seiner Studien hin, welche das Stillverhalten von Gorillas untersuchte. Er und eine Kollegin fanden hierbei heraus, dass bei hohem Östrogen im Vergleich zu Progesteron, das Stillen bei Gorillamüttern nicht funktionierte. Bei einem niedrigen Östrogenwert gelang es jedoch. Da das Stillen, laut Martin, eine enorm vorbeugende Funktion gegenüber PPD hat und die Laktation über Hormone gesteuert wird, schließt er auf eine hormonelle Ursache für die Erkrankung. Auch Prolaktin und Oxytocin werden mit PPD in Verbindung gebracht. Beide spielen beim Laktationsprozess und Verhalten der Mutter eine Rolle. So kann ein niedriger Oxytocinspiegel im dritten Schwangerschaftstrimester ausschlaggebend für perinatale depressive Symptome sein (Schiller et al., 2015). Außerdem wird bei Ausbleiben des Stillens die Oxytocinausschüttung vermindert, da das Saugen des Kindes an der Brust diese stimuliert (Robertson et al., 2003). An dieser Stelle ist hervorzuheben, dass Reproduktionshormone bei der Emotionsverarbeitung einen entscheidenden Beitrag leisten und somit auch indirekt psychische und psychosoziale Risikofaktoren beeinflussen können (Schiller et al., 2015). So ist bestätigt, dass der Ausschuss von Östrogen einen anregenden und antidepressiven Effekt hat. Kommt es jedoch zu einem übermäßigen Einfluss von Östrogen resultiert es in Ängstlichkeit, Aufregung, Reizbarkeit und Labilität bei der Frau. Ein hohes Maß an Progesteron zeigt wiederum eine beruhigende Wirkung, führt aber gleichzeitig auch zu Depression (Herzog, 1999). Ein hormonelles Gleichgewicht ist ausschlaggebend und kann bei kleinen Abweichungen bereits zu Änderungen der Stimmungslage führen. Auch die Schilddrüsenhormone sollen in Zusammenhang mit der Entstehung von PPD stehen, da Schilddrüsenfunktionsstörungen und schwerwiegende Depressionen in Studien miteinander assoziiert wurden (Albacar et al., 2010; Pedersen et al., 2007). Dennoch fehlen hier weitere Untersuchungen, um dies zu bestätigen (Schiller et al., 2015). Weiters werden Parallelen zu Glykosestoffwechsel, Serotoninspiegel im Blut und Entzündungsreaktionen gezogen (Ghaedrahmati, Ashraf, Kheirabadi, Ebrahimi, & Bahrani, 2017). Diese stehen jedoch nicht in bedeutender Relation mit der Entstehung von PPD.

Einen weiteren biologischen Risikofaktor stellt das Alter der Mutter dar. So weisen im Durchschnitt jüngere Frauen höhere EPDS Ergebnisse auf (Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler, 2006). Eine Studie demonstrierte diesbezüglich, dass 13-19 jährige Mütter einer größeren Gefahr ausgesetzt sind an PPD zu erkranken als Frauen im Alter von 31-35 Jahren (Ghaedrahmati et al., 2017). In den meisten Fällen kommen andere psychische und

psychosoziale Risikofaktoren, wie ein geringer sozioökonomischer Status, mit dem jungen mütterlichen Alter bei PPD zusammen. Auch die zuvor erwähnten biologischen Faktoren sind alleine oft nicht ausschlaggebend, sondern stehen in Kombination mit vielen anderen psychischen und sozialen Einflüssen. Dennoch ist zu erwähnen, dass allen kognitiven Prozessen im Körper hormonelle Abläufe zu Grunde liegen (Hoffmann, 2019). Demnach können äußere Umwelteinflüsse endokrine Funktionen stimulieren, welche sich folglich auf die Stimmungslage eines Menschen auswirken. Dieses Zusammenspiel biologischer und anderer Faktoren führt letztendlich zu einer psychischen Belastung und zur Entwicklung von PPD.

3.6.2. Psychische Faktoren

Einer der maßgebenden und am stärksten mit der Entstehung von PPD assoziierten Faktoren ist die depressive Vorgeschichte einer Frau. Dabei sind das persönliche, familiäre und perinatale Auftreten von depressiven Episoden miteinbegriffen (Sit & Wisner, 2009). So zeigen eine Vielzahl an Studien, unter anderem Davey, Tough, Adair und Benzie (2011), dass Frauen, die an perinataler Depression leiden, einem höheren Risiko ausgesetzt sind an PPD zu erkranken. So bestätigt auch die Psychotherapeutin, dass die psychische Vorerkrankung und familiäre Prädisposition einen wesentlichen Einfluss auf die Entstehung von PPD haben (Jahn, Anhang 3, S. 6). Auslassen der Behandlung von Symptomen, die während der Schwangerschaft vorkommen, stellen ebenfalls eine große Gefahr dar. Demnach unterliegen Mütter, die keine Therapie für die vorgeburtlich (antenatal) auftretenden depressiven Symptome erhalten, einem siebenfach höherem Risiko an PPD zu erkranken als jene die antenatal keine Depression aufweisen (D. Stewart & Vigod, 2016).

Außerdem wird durch das Auftreten und die Häufigkeit von traumatischen Lebensereignissen, wie beispielsweise vorhergegangenen sexuellen Misshandlungen, Unfällen und Sterbefällen, die Entstehung von PPD stark begünstigt (Ghaedrahmati et al., 2017). Schwangerschaft und Geburt selbst stellen stressinitiiierende Ereignisse im Leben dar, da sie eine Lebensumstellung für Frau und Partner bedeuten. Dieser belastende Stress wird ebenfalls mit PPD assoziiert (Robertson et al., 2003). Auch geburts- und schwangerschaftsverbundene Faktoren, wie zum Beispiel Mehrlings- und Risikoschwangerschaften, können prägende Erfahrungen für die Mutter sein. So implizieren diese öfters sowohl Notfall-Kaiserschnitte, Komplikationen während und nach der Schwangerschaft als auch Fehl- und Frühgeburten, welche PPD begünstigen (Ghaedrahmati et al., 2017). Ein ebenfalls gravierender Faktor für die Entwicklung von PPD ist ein niedriges Selbstwertgefühl der Mutter und Stress in Bezug auf die Betreuung des

Neugeborenen (Marques et al., 2017b). Frauen, denen das Selbstvertrauen in ihre Fähigkeit als Mutter fehlen, sind deutlich anfälliger für PPD (Abdollahi et al., 2014). Zudem werden häufig selbstbezogener Perfektionismus (Marques et al., 2017) und hohe Erwartungen und Ansprüche an das Muttersein und sich selbst mit PPD in Verbindung gebracht (Jahn, Anhang 3, S. 3). Faktoren wie diese haben schwerwiegende Auswirkungen auf die Psyche der Frau und begünstigen dadurch die Entstehung von PPD.

3.6.3. Psychosoziale Faktoren

Obwohl den biologischen und psychischen Faktoren oft mehr Gewicht verliehen wird, haben außenstehende Aspekte einen wesentlichen Einfluss auf die psychische Verfassung der neugewordenen Mutter. Der wohl ausschlaggebendste unter den psychosozialen Risikofaktoren ist die soziale Unterstützung, in der Englischen Fachliteratur sozialer Support. Eine Vielzahl an Studien in verschiedenen Kulturen hat bereits bestätigt, dass geringe Unterstützung vom sozialen Umfeld der Frau die Entstehung von PPD signifikant fördert (Honjo et al., 2018; Lau, 2011a; Tambag, Turan, Tolun, & Can, 2018; Vaezi, Soojoodi, Banihashemi, & Nojomi, 2019). Hierbei meinen Ghaedrahmati et al. (2017) sogar, dass verminderter sozialer Support der bedeutendste Umweltfaktor für das Auftreten von Depressionen und Angststörungen ist.

Weiters spielt der sozioökonomische Status der Frau beziehungsweise ihrer Familie eine entscheidende Rolle. So haben ein geringes Einkommen, die Berufstätigkeit der Frau und ein allgemein niedriger Status in der Gesellschaft einen finanziellen Einfluss auf den Verlauf der Schwangerschaft und schließlich Auswirkungen auf die Psyche der Mutter (Robertson et al., 2003). Weiters wird auch der Familienstand und die dadurch resultierende Ab- oder Anwesenheit des Partners mit der Entwicklung von PPD beträchtlich in Verbindung gesetzt (Cabeza de Baca, Wojcicki, Epel, & Adler, 2018). Ehekonflikte, Feindseligkeit, aggressives Verhalten und Vorkommnisse von Gewalttätigkeit in der Familie und Beziehung belasten die Mutter stark und begünstigen dementsprechend eine postpartale Erkrankung (Evagorou et al., 2016).

Der Einfluss der Kultur auf die psychische Verfassung der Mutter ist noch nicht ausreichend erforscht worden. Dennoch zeigen sich Assoziationen zur Entstehung von PPD. So wurde bereits demonstriert, dass kulturelle Aspekte wie beispielsweise das Zusammenleben mit der Großfamilie und die in manchen Fällen damit einhergehende Belastung PPD fördern (Honjo et al., 2018). Auch postpartale Rituale, welche vor allem in asiatischen und nahöstlichen Lebensweisen präsent sind, können Belastungen in der postpartalen Phase darstellen und PPD begünstigen (Upadhyay et al., 2017). Zudem sind manche Kulturen noch

von einer veralteten Sichtweise geprägt, wie die Mutterrolle auszusehen hat. Dadurch werden oft die Bedürfnisse der Frau vernachlässigt (Schrumpf, 2013). Diese egalitär abweichende Haltung hat zusätzlich Verständnislosigkeit des Partners und der Familie für die Situation zur Folge, wodurch die Frau sich überfordert und nicht verstanden fühlt und das PPD-Risiko steigert. Auch der Druck einen männlichen Nachkommen zu produzieren, ist in manchen Kulturen noch immer präsent, was dazu führt, dass die Geburt eines Mädchens mit PPD einhergeht (Xie et al., 2010).

All die soeben genannten Faktoren führen zu Stress, der die Mutter während und nach der Schwangerschaft begleitet. Die ExpertInnen, und vor allem Martin, betonen die Auswirkungen des Stress auf die Psyche der Mutter und somit auf die Entstehung von PPD. Aus diesem Grund stellt Stress, verursacht durch verschiedene psychosoziale, psychische und biologische Faktoren, einen wesentlichen Risikofaktor für PPD dar.

4. Postpartale Depression aus einem evolutionären Blickwinkel

Laut den klinischen Definitionen stellt PPD eine schwere depressive Erkrankung in der postpartalen Phase dar. Jahrelange Forschung lässt jedoch Evolutionsforscher und Anthropologen daran zweifeln. Jene betrachten nämlich PPD aus einem evolutionären Blickwinkel, um der Frage ihrer Funktion auf den Grund zu gehen. So wurden bereits einige Theorien aufgestellt, welche PPD nicht als Erkrankung, sondern als eine natürliche Adaption erklären. Depression hat in diesem Kontext also weniger mit einer psychischen Störung als mit einem im Laufe der Evolution durch nachteilige Umstände entstandenen adaptiven Mechanismus der Mutter zu tun. Eine Aufarbeitung und ein Verständnis für die evolutionär grundlegenden Funktionen einer depressiven Erkrankung sind essentiell (Nesse, 1991), da sie einen Einfluss auf die Behandlungsmethoden haben können.

Viele evolutionäre Studien haben sich bereits mit dem Thema der Funktion und Bedeutung von negativen emotionalen Zuständen befasst. Dabei werden laut Nettle (2004) zwei Kategorien unterschieden. Die erste Kategorie beinhaltet „Fehlregulationsmodelle“ und verwendet evolutionäre Ansatzpunkte, um die psychologischen Mechanismen, die in der Depression stimuliert werden zu erklären. Hierbei gilt jedoch nicht die Annahme, dass es sich bei der Depression an sich um eine Adaption handelt. Anhänger dieser Auffassung sind der Meinung, dass Depression durch eine Fehlregulation, chronischen Überaktivierung oder eine gestörten Herbeiführung von Mechanismen innerhalb des Stimmungs- und Affektsystem hervorgerufen wird (Nettle, 2004). Diese soeben genannten Regelungen werden als Anpassungen gesehen.

Die zweite Kategorie verwendet „Adaptionsmodelle“, welche Depression selbst als eine Anpassung darstellt. Nesse (1991) zum Beispiel behauptet, dass es sich bei vielen Krankheiten um Warnmechanismen handelt, die den Organismus vor Schaden bewahren sollen. In gefährlichen Situationen sind negative Gefühle von großer Bedeutung, denn sie helfen dabei gewisse Handlungen zu vermeiden, die zu Verletzungen oder zum Tod führen können. Beispielsweise haben körperliche Beschwerden, wie Durchfall oder Fieber, eine vorbeugende Wirkung, indem sie Schadstoffe aus dem Körper tragen oder vor Infektionen schützen. Somit kann emotionales Leiden ebenso einen Nutzen haben wie physisches Unwohlsein. Auch die *Psychic-Pain*-Hypothese verwendet diesen Ansatzpunkt und erklärt, dass Schmerz eine Schutzfunktion hat, die den Organismus von der Schadensquelle weglenkt und zu heilungsfördernden Aktivitäten ermutigen soll (Hagen, 2011). Aus diesem Grund müssen unangenehme Emotionen im Laufe der Evolution von Vorteil gewesen sein und das Überleben gefördert haben. Im Falle von PPD informiert der psychische Schmerz

die Mutter vor den zu tragenden Kosten, die ihre eigene Fitness bedrohen. Aus diesem Grund wird angenommen, dass Mütter, die hohen Kosten bei geringen Ressourcen ausgesetzt sind, eher von PPD betroffen sind als jene mit geringeren Belastungen (Hagen, 1999). Somit tragen Gefühle, und vor allem negative Wahrnehmungen, zur Maximierung der darwinischen Fitness und nicht zum Wohlgefallen bei (Nesse, 1991). Demnach liegt die ultimate Ursache der Entstehung von PPD in der Steigerung der Fitness.

Die Life-history-Theorie basiert auf dem Konzept, dass Vorfahren egal welcher Art Überlebens-, Wachstums- und Entwicklungsprobleme überstanden und Fortpflanzungsbarrieren überwunden haben müssen, um Nachkommen in die Welt zu setzen. Da jedes dieser Hindernisse entsprechende Schwierigkeiten mit sich bringt und Zeit, Energie und Ressourcen begrenzt sind, sehen Organismen sich gezwungen ihre Mittel auf den „somatischen Aufwand“ (somatic effort) und „Fortpflanzungsaufwand“ (reproductive effort) aufzuteilen (Hagen, 1999). Unter den somatischen Aufwand fallen die Bereiche Wachstum, Entwicklung und Pflege des Organismus. Der Fortpflanzungsaufwand wird wiederum in „Paarungsaufwand“ (mating effort), welcher in das Finden eines passenden Kopulationspartners investiert wird, und den „elterlichen Aufwand“ (parenting effort) gegliedert, der der Schwangerschaft und Aufzucht des Nachwuchses dient (Hagen & Barrett, 2007).

Hagen (1999) erklärt in seinem Artikel *The Functions of Postpartum Depression*, dass Energie, die für Fortpflanzung aufgewendet wird, die Überlebens-, Wachstums- und Entwicklungsfähigkeiten eines Organismus senkt. Wenn die Energie allerdings in diese Bereiche investiert wird, bedeutet dies wiederum eine verminderte Chance sich zu vermehren. So zeigt sich auch, dass durch das Nutzen der Energie für die Partnersuche der elterliche Aufwand zu kurz kommt. Wenn elterliches Investment in den Nachwuchs gesteckt wird, bleiben weniger Ressourcen für die Partnersuche. Somit, wenn die Aufzucht der Nachkommen nur unter Beeinträchtigung des eigenen somatischen und Paarungsaufwandes stattfinden kann, sind Eltern dazu gezwungen sich zu entscheiden ihre begrenzte Zeit, Energie und Ressourcen den Kindern, dem Partner oder sich selbst zuzuordnen. Aus diesem Grund ist die Investition in den Nachwuchs kein automatisch stattfindender Prozess (Hagen, 1999).

Anpassungen haben sich im Laufe der Evolution entwickelt, um wiederkehrende Probleme im Hinblick auf Überleben und Reproduktion zu lösen. So sind Organe wie zum Beispiel das Auge ebenfalls eine Adaption, welches zur visuellen Aufnahme von Informationen dient. Die Funktionen dieser entsprechen den Problemen, welche sie zu beheben gedacht sind. So

entstanden durch natürliche Selektion auch psychische Anpassungen für die Lösung bestimmter Fortpflanzungsschwierigkeiten. Wichtig ist dabei zu erwähnen, dass Anpassungen auf unbewusster Ebene ablaufen können, ohne dass sich das Individuum dessen Funktionen klar ist (Hagen, 1999). Auf diese Weise argumentiert Hagen (1999) weiter, dass psychische Adaptionen im Laufe der Zeit entstanden sind, um für die Reproduktionsprobleme wichtige Informationen aus der Umwelt zu filtern und Verhaltensweisen hervorzurufen, welche Fortpflanzungsschwierigkeiten bewältigen sollen. Schwierigkeiten stellen für den Organismus ungünstige Umstände dar, und so, um mit diesen zurechtzukommen, haben sich an dieser Stelle negative Emotionen entwickelt (Nesse, 2000). Das Weinen des Säuglings beispielsweise ist eine adaptive Reaktion, welches Aufmerksamkeit von der Mutter entlocken soll (Crouch, 1999). Da Säugetiere und vor allem Menschen nach der Geburt alleine nicht überleben können sind sie jahrelang auf die direkte Hilfe und Pflege der Eltern angewiesen. Speziell die Mutter trägt enorme Energiekosten, weil das Kind wegen Nahrungsbedürfnis und der Entwicklung des anfänglich infantilen Gehirns von ihr abhängig ist (Tracy, 2005). Die Mutter wiederum versucht gleichzeitig ihre Fitnesskosten zu regulieren und genug Energie in ihre eigene Pflege zu stecken. An dieser Stelle kommt es zu Stress und einem Interessenskonflikt, da beide Individuen versuchen ihre Fitness zu maximieren (Trivers, 1974). So ist es möglich, dass eine für die Mutter ungünstige Situation entsteht, in der die Investition in das eigene Kind für sie mehr Kosten als Gewinn bedeutet (Crouch, 1999).

Menschen müssen in nachteiligen Lebenssituationen ebenfalls Entscheidungen treffen, wo, wann und wie sie ihre Ressourcen investieren sollen (Nesse, 1991). Fehlende Ressourcenlage durch finanzielle Schwierigkeiten, ein neues und unbekanntes Umfeld, geringer sozialer Support der Nahestehenden, die Alleinerziehung des Nachwuchses, Fertilitätsprobleme und erschütternde Lebensereignisse bilden für die Mutter unvorteilhafte Bedingungen und verursachen Stress (Martin, Anhang 4, S. 4). Unter derartigen ungünstigen Umständen kommt die psychologische Adaption in Form von PPD zum Vorschein, die der unter Stress stehenden Frau signalisiert, dass sie zurzeit enorme Kosten zu tragen hat. Die Mutter befindet sich nun in einer Situation, in der sie sich entscheiden muss, ob sie weiter dem Baby Fürsorge leisten oder diese einstellen soll (Tracy, 2005). Proximat erschwert der Stress der Mutter sich angemessen um ihr Neugeborenes zu kümmern. Da für beide Individuen die ungünstigen Umstände zu ignorieren enorme Folgen haben kann, dient PPD hier als Verteidigungsmechanismus und zeigt sich bei der Mutter als Reaktion auf ihre Unsicherheit, sich um den Nachwuchs zu kümmern (Crouch, 1999). Dies erscheint letztendlich auf eine sehr intensive und schnelle Weise (Nesse 1990), nämlich als

psychischer Schmerz. Letzteres ist ein offensichtliches Signal, eine Anpassung an die kostengünstige Situation und soll soziale Unterstützung einfordern (Crouch, 1999). Infolge von PPD reduziert die Mutter ihre Investition in das Kind um ultimativ ihre Ressourcen in ihre eigene Fitness zu stecken. Aus diesem Grund geht PPD mit einer erschwerten Kontaktaufnahme und Entwicklung einer Mutter-Kind-Bindung einher (Papousek, 2001), was auch bis zur Vernachlässigung des Nachwuchses führen kann.

Unter den Mammalia, auch Primaten betreffend, kann es zur Verstoßung oder Tötung der Nachkommen kommen. Jedoch werden sie im Anschluss nicht verzehrt, da der mütterliche Aufwand während der langwierigen Schwangerschaft zu groß sein soll, um auf diese Weise Kosten einzusparen (Martin, 2013). Im Gegensatz zu vielen anderen Säugetierarten ist es beim Menschen üblich, dass auch andere Individuen, wie der Kindsvater oder weitere Familienangehörige in die Aufzucht des Neugeborenen investieren. Somit sind Mütter nicht gezwungen ihren Nachwuchs zurückzulassen oder zu vernachlässigen, sondern können stattdessen soziale Hilfestellung von anderen beanspruchen, wenn dieser vorhanden ist (Hagen & Barrett, 2007). Letzteres ist auch ein ausschlaggebender Faktor, um die hohen Kosten der Kinderaufzucht zu reduzieren. Denn durch die Unterstützung des sozialen Umfelds wird der Aufwand der Mutter minimiert und somit auch die Lebensfähigkeit des Säuglings gesteigert (Hagen, 1999). Demnach ist soziale Zuwendung von außen ein wichtiger Aspekt in der postpartum Phase. Demnach ist soziale Zuwendung ein wichtiger Aspekt in der Postpartum-Phase. Sein Einfluss auf die Entwicklung einer PPD wird im nächsten Kapitel beleuchtet.

5. „Geringer sozialer Support“ als Risikofaktor für die Entwicklung von PPD

Aus evolutionärer Sicht zeigte sich schon früh, dass sozialer Support während der Schwangerschaft und vor allem nach Geburt von großer Bedeutung ist. So zeigen weibliche Paviane beispielsweise, die mit anderen Mitgliedern ihrer Gruppe in größerem Kontakt stehen, eine erfolgreichere Aufzucht der Nachkommen als jene die weniger sozial integriert sind (Silk, Alberts, & Altmann, 2003). Eine Studie von Hagen und Barrett (2007), welche in einem Shuar-Dorf mit indigenen Ureinwohnern in Ecuador durchgeführt wurde, demonstriert, dass auch hier Frauen unter Depressionen im Zeitraum zwischen Empfängnis bis 12 Monate nach der Geburt (= perinatal) leiden, da sie tagtäglich Entscheidungen bezüglich ihrer Investition von Ressourcen treffen müssen. Außerdem sind in ihrem Stamm kaum postpartale Brauchtümer verankert, welche auf angeordnete Bettruhe, soziale Abschirmung der Mutter zum Aufbau der Mutter-Kind-Bindung, Hilfestellung bei Aufgaben durch Verwandte oder Hebammen, Rituale und Geschenke setzen. So lässt ihre Kulturausübung nicht zu, dass Mütter ausreichend und wertvolle Unterstützung vom Umfeld bekommen (Hagen & Barrett, 2007). Dies ist einer der Gründe, weshalb Shuar-Frauen depressive Zustände vor und nach der Geburt erfahren.

Zudem wird erklärt, dass bei der Partnersuche zu den männlichen Paarungsqualitäten auch die Fähigkeit und das Interesse, in die Mutter und den Nachwuchs zu investieren, zählen (Hagen, 1999). Wenn nun diese Aspekte im Partner fehlen, entstehen ungünstige Umstände für die Aufzucht der Nachkommen und die Frau fühlt sich allein gelassen und mit den neuen Aufgaben als Mutter überfordert. Die nachteilige Lage führt zu Stress bei der Mutter. Sie muss alleine all ihre Energie in das Neugeborene stecken, zu Kosten ihrer eigenen Fitness. So zeigt sich in vielen Studien, dass ein geringer wahrgenommener Support ein hohes Risiko für die Entwicklung von PPD interkulturell darstellt (Cabeza de Baca et al., 2018; Iles, Slade, & Spiby, 2011; Vaezi et al., 2019; Xie et al., 2010). Einen vorbeugenden Effekt kann soziale Hilfestellung in jeglicher Form haben, da sie den Aufwand und Kosten der Aufzucht der Nachkommen reduziert (Hagen, 1999), wie beispielsweise durch finanzielle Unterstützung oder Erledigung von Hausarbeiten. Somit ist es den Müttern möglich ihre Energie und Ressourcen auch für sie vorteilhaft einzusetzen und erlaubt letztendlich eine angemessene Fürsorge des Kindes.

5.1. Definition und Formen des sozialen Supports

Definition:

Sozialer Support ist ein multidimensionales Konzept (Robertson et al., 2003), wodurch der Begriff nur schwer definierbar ist. Albrecht und Adelman (1987) erläutern „sozialen Support“

als eine verbale und non-verbale Kommunikation zwischen Sender und Empfänger, welche einen reduzierenden Effekt auf die Unsicherheit in Hinblick auf die gegebene Situation, sich selbst, andere, oder auch eine Beziehung hat. Zudem soll die Kommunikation die eigene Wahrnehmung der Kontrolle über eine Gegebenheit fördern. Somit sind die drei Hauptmerkmale sozialen Supportes Kommunikation, Reduzierung der Unsicherheiten und verstärkte Kontrolle über Lebenssituationen. Beim sozialen Support geht es sichtlich darum, Menschen unter unsicheren Umständen zu helfen, Beherrschung über eine Situation mithilfe jeglicher Art von Kommunikation zu erlangen (Mattson & Hall, 2011). Das *National Cancer Institute* dagegen definiert „social support“ als ein Netzwerk bestehend aus Familie, Freunden, Nachbarn und Mitgliedern einer Gemeinschaft, die in Zeiten der Not psychischen, physischen und finanziellen Beistand leisten. Diese Definition betont die Gesellschaft von Menschen, die für soziale Unterstützung zur Verfügung stehen (Mattson & Hall, 2011). Andere Definitionen zeigen sozialen Support als eine Art Hilfestellung zur Bewältigung von Hindernissen und Schwierigkeiten (Thoits, 1995), einen wahrgenommenen Komfort, Betreuung oder Hilfe von anderen Personen als auch einer Gruppe (Cohen & Wills, 1985), oder zur Verfügung gestellte Ressourcen, die einen negativen oder positiven Effekt auf die Gesundheit und das Wohlbefinden haben können (Cohen & Syme, 1985). All diese Bezeichnungen verdeutlichen den zwischenmenschlichen Aspekt, der bei der sozialen Unterstützung den Kern bildet. Dieser Ansatzpunkt wird als Grundlage für die Argumentation der ersten Hypothese verwendet, welche besagt, dass Frauen, die einen geringeren sozialen Support vom Umfeld wahrnehmen eine höhere PPD-Betroffenheit ausweisen als jene mit großer sozialer Unterstützung vom Partner und von der Familie. Außerdem werden die Wörter „Unterstützung“, „Hilfestellung“ und „Hilfe“ im Laufe der Arbeit als Synonyme für sozialen Support genutzt.

Formen und Funktionen:

Wenn es um die Formen von sozialem Support geht, stößt man auf die „drei A“ (Kahn & Antonucci, 1980), nämlich *affect*, *affirmation* und *aid*. *Affect* beschreibt die Wertschätzung, Respekt, Hochachtung und Liebe im Zusammenhang von Unterstützung. Zudem wird ein Gefühl der Sicherheit aufgebaut. *Affirmation* bezeichnet die Bestärkung der Person, das Beeinflussen von Entscheidungen, die getroffen werden müssen und Feedback. Die letzte Form *aid* stellt die ersichtliche Hilfe dar, welche Geld, Objekte, und die aufopfernde Zeit beinhaltet (Tarkka & Paunonen, 1996).

Diese drei Formen sind auch in den Begriffen *emotionaler*, *greifbarer* und *informationeller* Support vertreten. Ersteres beinhaltet Intimität, Sympathie, Bestärkung, und die Möglichkeit

sich auf jemanden verlassen und sich anvertrauen zu können. All diese Qualitäten sollen dem Betroffenen ein Gefühl geben, geliebt und umsorgt zu werden. Beim *greifbaren* oder *erfassbaren* Support geht es um die direkte Hilfestellung und Dienstleistung, wie zum Beispiel ein Darlehen, Geldgeschenke, sich um bedürftige Individuen zu kümmern oder den Haushalt zu führen (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981). So ist der Aufwand, jemandem eine Mahlzeit zuzubereiten oder zu einem Arzttermin zu fahren, ebenfalls Teil des *greifbaren* Supports. An dieser Stelle werden nur wenig Worte ausgetauscht und weniger Wert auf die verbale Kommunikation gelegt, denn manchmal „sagen Taten mehr als Worte“ (Mattson & Hall, 2011). Beim *mitteilenden* oder *informationellen* Support werden Ratschläge und Informationen vermittelt, welche zur Problemlösung und zum Austausch bezüglich des Wohlbefindens einer Person dienen (Schaefer et al., 1981). So kann es sein, dass bei der Diagnose einer Krankheit die betroffene Person mehr Informationen zur Behandlung und zum Gesundheitszustand benötigt, um sich angemessen auf das Problem einzustellen und vorzubereiten (Mattson & Hall, 2011).

Beim *strukturellen* und *funktionalen* Aspekt des sozialen Supports werden zwei theoretische Annahmen unterschieden. Unter dem *strukturellen* Aspekt versteht man das Verbindungssystem und dessen interne Vernetzungen. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der Anzahl der Personen, mit denen man eine soziale Beziehung hat (Wills, McNamara, & Vaccaro, 1995) und die grundlegende Struktur hinter diesen Bindungen (Wills, 1998). Ein Beispiel dafür wären soziale Netzwerke. Im Gegensatz dazu handelt es sich bei dem *funktionalen* Aspekt um die Qualität der zur Verfügung stehenden Ressourcen (Wills, McNamara, & Vaccaro, 1995). Auch hier wird, wie in Schaefer et al. (1981) beschrieben, zwischen der emotionalen, greifbaren, Zugehörigkeits-, und Selbstwertgefühl-Funktion unterschieden. Der Zugehörigkeitssupport weist auf die Teilnahme an sozialen und Freizeitaktivitäten und die Tatsache, jemanden um sich zu haben, hin. Der Selbstwertgefühl-Support soll die Person ermutigen Hand anzulegen und sie davon überzeugen, dass er/sie dazu fähig ist, sich Problemen zu stellen und diese zu meistern. Das Ziel ist hierbei, das Selbstwertgefühl durch Unterstützung zu steigern (Mattson & Hall, 2011). Beide diese Aspekte tragen zu einem verbesserten Gesundheitszustand bei (Wills, 1998).

Eine weitere wichtige Unterscheidung basiert auf der subjektiven Wahrnehmung der Person und teilt den sozialen Support in *wahrgenommene* und *erhaltene* Unterstützung. Der Glaube, dass in Not Beistand geleistet wird, wird wahrgenommener („perceived“) sozialer Support genannt. Beim perceived Support wird auch beurteilt, wie weit die erteilte Unterstützung als hilfreich und verfügbar angesehen wird. Somit wird Wert auf die individuelle Wahrnehmung

gelegt (Schaefer et al., 1981). Wenn soziale Hilfestellung tatsächlich geleistet wird, spricht man von erhaltenem („received“) sozialen Support (Wills & Shinar, 2000). Nurullah (2012, S. 174) fasst in seiner Arbeit unter diesem Begriff folgendes zusammen:

the experience of receiving actions and behavior that are considered supportive by the recipient in fostering emotional, instrumental, informational, appraisal, and companionship needs, [...] provided by close relations and significant others (e.g., spouse, friends, family, relatives, groups etc.) in an effort to improve well-being and effectively deal with life crisis (e.g., stress, depression, and other physical and psychological problems).

Somit geht es um die tatsächlich bereitgestellte Hilfeleistung, die der Empfänger erfährt, was in Wirklichkeit gesagt, getan und gegeben wird (Mattson & Hall, 2011). In der Literatur wird oft darüber diskutiert, welche der beiden Formen von größerer Wichtigkeit ist. Oftmals wird dem wahrgenommenen Support mehr Bedeutung zugeschrieben, weil er die psychische Gesundheit fördert und in Stresssituationen eine schützende Funktion haben soll (Norris & Kaniasty, 1996). In dieser Arbeit liegt der Fokus auf der erfahrenen Unterstützung, die Frauen mit PPD wahrnehmen. Es kann sein, dass sich Frauen, die ausreichend Hilfe erhalten, dennoch allein gelassen und nicht unterstützt fühlen. Zur Verdeutlichung der Effekte des sozialen Supports auf die Entstehung von PPD wird der erhaltene Support in die Argumentation dennoch miteinbezogen.

5.2. Wirkungsmechanismen sozialer Unterstützung

Direkteffekt-/ Haupteffekt-Modell:

Beim Direkteffekt, oder auch Haupteffekt genannt, stehen der soziale Support und das Resultat in direkter Verbindung, sodass kein Zwischenmedium vorhanden ist. Die Gesellschaft von anderen soll einen entspannenden Effekt und bessere affektive Zustände vermitteln (Wills & Fegan, 2001). So kann zum Beispiel sozialer Support eine positive Wirkung auf neuroendokrine Reizbeantwortungen/Reaktionen oder Funktionen des Immunsystems haben und auf diese Weise eine bessere psychische und physische Verfassung fördern (Cohen and Wills, 1985). Auf PPD bezogen stehen bei diesem Modell die zur Verfügung stehende wahrgenommene soziale Unterstützung und daraus resultierende depressive Symptome in direkter negativer Verbindung. So wird erklärt, dass Personen, welche die Verfügbarkeit des sozialen Supports wahrnehmen können (perceived support), weniger depressive Symptome haben (Wills & Fegan, 2001). Können sie soziale Hilfestellung nicht erfahren obwohl er möglicherweise vorhanden ist (received support), stellt die als fehlend wahrgenommene Unterstützung selbst einen Stressfaktor dar.

Im Artikel von Lau und Wong (2008) sind der Direkteffekt und der Wirkungsmechanismus des sozialen Supports als Schema dargestellt (vgl. Abbildung 1 aus Lau & Wong, 2008). An dieser Stelle werden als Resultat des Stresses perinatale (kurz vor, während und nach der Entbindung auftretend) depressive Symptome illustriert. In dem Schema ist zu erkennen, dass Familienkonflikte als ein Stressfaktor fungieren und unmittelbar perinatale Depressionen hervorrufen. Hierbei kann das Wahrnehmen des verfügbaren sozialen Supports einen direkten Einfluss auf perinatal depressive Symptome haben. Die zur Verfügung stehende Unterstützung kann die depressiven Anzeichen unabhängig von dem Schweregrad des stressinitiierenden Faktors reduzieren. Im Falle von PPD verursachen Familienkonflikte in der nachgeburtlichen Zeit Stress für die Mutter, der eine zunehmende Belastung und folglich depressive Symptome verursachen kann. Durch viel Beistand und Unterstützung vom sozialen Umfeld kann im Laufe der Depression enorme Hilfe und Entlastung geleistet, und der Verlauf der Erkrankung dadurch direkt beeinflusst werden.

Puffereffekt-Modell:

Beim Puffereffekt soll sozialer Support eine schützende Funktion haben und in Kombination mit Stress agieren (Cohen & Willis, 1985; Wolf, 1998). Das Puffereffekt-Modell beschreibt die Wirkung des sozialen Supports als Mediator auf den Stressfaktor (Wills & Fegan, 2001). Wolf (1998) beschreibt in seiner Arbeit, dass soziale Unterstützung den Effekt von Stress auf die psychische und physische Verfassung ausgleicht. Zum Beispiel kann durch die Hilfe vom Umfeld eine Situation weniger anstrengend und energieraubend auf die betroffene Person wirken (Lau & Wong, 2008). Somit wird die Wahrscheinlichkeit, dass negative Folgen des Stresses auftreten, vermindert oder adaptive Reaktionen zur Problemlösung bereitgestellt (Lau, 2011a). Ein Schema des Puffereffekts ist im Artikel von Lau und Wong zu finden (vgl. Abbildung 2 aus Lau & Wong, 2008). Die Illustration veranschaulicht die Rolle des sozialen Supports. Wie auch beim Schema des Direkteffekts sind als Stressfaktor Familienkonflikte und als Resultat perinatale Depression angegeben. Die Unterstützung vom sozialen Umfeld wirkt hierbei als eine Art Puffer im Hinblick auf die Stresssituation. Die Belastung der Mutter durch Familienprobleme wird durch sozialen Beistand vom Umfeld relativiert. Auch allgemein betrachtet wird beispielsweise die postpartum Phase, welche oft für die neugewordene Mutter überfordernd ist, als weniger belastend und erschöpfend angesehen, wenn sozialer Support von außen geleistet wird. Die folgende Grafik (Abbildung 1) ist der Idealfall des Puffereffekts und lässt deutlich die Wirkung des sozialen Supports erkennen. Während bei Personen mit schwacher Hilfestellung von Familien und Freunden ein Anstieg im Distress im Modell zu sehen ist, haben Betroffene mit hoher sozialer

Unterstützung keine Folgen zu befürchten (Wolf, 1998). Demnach ist bei erhöhtem Stress eine größere Wirkung des Supports wahrzunehmen. So kann sozialer Support in seiner stressreduzierenden Funktion psychische und physische Leiden mildern oder sogar beseitigen (Mattson & Hall, 2011).

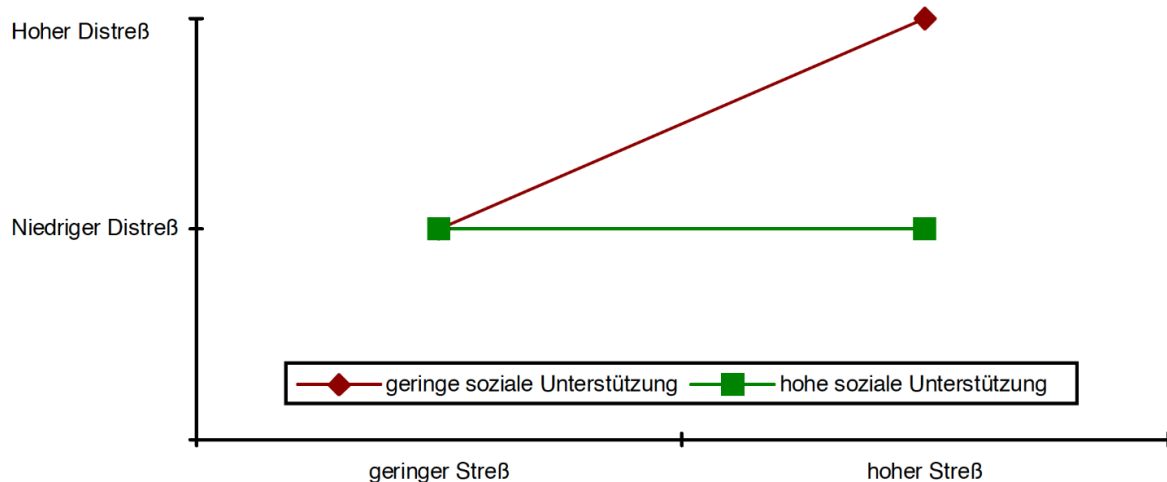


Abbildung 1. Wirkung des sozialen Supports auf Stress mittels Puffereffekt: Das Diagramm zeigt, dass es bei steigendem Stress und geringer sozialer Unterstützung zu einer Zunahme des Distresses kommt. Hoher sozialer Support wiederum wirkt als Puffer und verhindert dabei die Zunahme des negativen Stresses. (Abbildung aus Wolf, 1998)

5.3. Quellen sozialer Unterstützung

Entlastung kommt hauptsächlich vom sozialen Umfeld einer Person, welches in den meisten Fällen die Familie, Freunde und den Lebenspartner beinhaltet. Wenn Individuen soziale Unterstützung aufsuchen, spielen zwei Faktoren eine ausschlaggebende Rolle: die Reichweite der Quelle und die Verfügbarkeit des Supports. So tendieren Menschen dazu, sich an diejenigen Mitmenschen zu wenden, die in der Nähe aufzufinden und abrufbar sind (Mattson & Hall, 2011). Grundsätzlich wird zwischen *formellen* und *informellen* Supportquellen differenziert. Unterschiede liegen hierbei bei den Mitgliedern des sozialen Netzes und im Bestehen von Fachwissen.

Formeller Support:

Zu der *formellen* Kategorie werden Leistungen im freiwilligen und gesetzlichen Bereich, wie zum Beispiel staatliche Wohlfahrtsorganisationen und Wohltätigkeitsvereine gezählt (Lau, 2011a). Selbsthilfegruppen sind ebenfalls ein essentieller Bestandteil dieser Kategorie, in denen Unterstützung geboten wird und Hilfe eingeholt werden kann. Diese werden größtenteils in Anspruch genommen, wenn es dem eigenen sozialen Netzwerk nicht möglich

ist Hilfestellung zu leisten. Verwandte und Freunde befinden sich oft nicht in derselben Situation wie die betroffenen Personen, wodurch ihr Einfühlungsvermögen eventuell eingeschränkt sein kann. Folglich kann es für sie schwer sein, hilfreiche Informationen zur Verfügung zu stellen (Mattson & Hall, 2011).

Beim formellen Support im Krankenwesen wird die professionelle Beratung und Unterstützung von ÄrztInnen, Krankenschwestern, Hebammen, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen erwartet (Lau, 2001). Coates, Ayers und De Visser (2014) heben in ihrer qualitativen Studie hervor, dass sich ein Großteil der Frauen in der postpartalen Phase wenig vom Krankenhauspersonal unterstützt und informiert fühlt. Auch Schrimpf (2013) erzählt, dass das medizinische Fachpersonal häufig nur geringe Kenntnisse über die PPD-Symptome besitzen und betont, dass in ihrem Fall eine bessere Aufklärung damals zu einer schnelleren eigenständigen Diagnose verholfen hätte. Zudem sehen sich viele Frauen anonym und im Gesundheitswesen verloren, da sie keine Ansprechperson haben, die ihr Baby, sie selbst und ihren Krankenzustand ausreichend kennen. Studien zeigen, dass mit formellem Support bessere Geburtsresultate, verringerte Schwangerschafts- und Entbindungskomplikationen, und eine allgemeine Zufriedenheit mit der geburtlichen Betreuung zu erlangen sind (Blondel, 1998).

Informeller Support:

Im Gegensatz zum formellen besteht der *informelle* Support aus nicht professionellen Individuen, die Unterstützung und Hilfestellung für Personen leisten (Dobelstein & Johnson, 1985). Beim informellen Support wird auch von einem natürlichen Support-System geredet. Hierbei bezieht sich der Begriff „natürlich“ auf eine weniger organisierte, strukturierte und staatlich angeordnete Unterstützung, welche eine verringerte Fachkenntnis aufweist. Das informelle Support-System schließt enge und entfernte Familienmitglieder, Freunde, Nachbarn und Gruppen, mit denen man jegliche Art von sozialer Bindung teilt, mit ein (Lau, 2011a).

Beistand von Familie, Bekannten und Freunden ist von großer Bedeutung und hat eine immense Auswirkung auf die Entwicklung von PPD. Hierbei spielt im Vergleich zur Unterstützung anderer der Lebenspartner eine ausschlaggebende Rolle, da er auf verschiedene Arten die Frau bestärken kann (Lau, 2011a). Coates et al. (2014) heben hervor, dass sich Frauen mit ihrem Ehemann oft am meisten verbunden fühlen. Dem Partner wird zudem zugeschrieben, Unterstützung auf jegliche Art und Weise zu leisten. Wenn das nicht der Fall ist, kann der fehlende Support des Lebenspartners von der Mutter negativ aufgenommen werden.

5.4. Bedeutung sozialen Supports im Zusammenhang mit PPD

Forschungen haben im Laufe der Jahre die Rolle und Bedeutung von sozialem Support in der Postpartum-Phase verdeutlicht. Abgesehen von anderen Risikofaktoren, wie zum Beispiel eine depressive Vorgeschichte, ist geringe oder fehlende Unterstützung vom sozialen Umfeld ein ausschlaggebender Risikofaktor für PPD (Alhasanat-Khalil et al., 2018; Tambag et al., 2018; Vaezi et al., 2019; Xie et al., 2010). Bei Frauen mit niedrigerem sozialem Support ist PPD deutlicher vorhersagbar (Alhasanat-Khalil et al., 2018). Ergänzend dazu veranschaulichen Vaezi et al. (2019) in ihrer Studie, dass Frauen mit erhöhter Unterstützung vom Umfeld ein geringeres Entwicklungsrisiko von PPD haben. Außerdem zeigen sie, dass sozialer Support auf direkter Weise Stress in Bezug auf Schwangerschaft, Geburt oder anderen Lebensereignissen vermindert, während das Selbstwertgefühl der Mutter gehoben wird (Vaezi et al., 2019).

Es ist dokumentiert, dass wenig Unterstützung mit einem erhöhten Risiko von PPD in Verbindung steht (Xie et al., 2010). Außerdem zeigt sich auch, dass die Hilfe vom Partner und der Familie einen Einfluss sowohl auf die Entwicklung als auch die Gesundheit des Kindes haben kann (Flinn, 2006). Vor allem die Anwesenheit des männlichen Partners hat direkt und indirekt eine essentielle Funktion für das Wohlbefinden des Säuglings und der Mutter (Cabeza de Baca et al., 2018). Auch kulturelle Unterschiede bezüglich PPD Entwicklung und postpartaler Pflegerituale sind zu erkennen. Hierbei kann der Beistand von Partner und Familie positive aber auch negative Wirkungen bei der Mutter hervorbringen. Ein unerwünschter Effekt der sozialen Hilfestellung zeigt sich beispielsweise in der Vernachlässigung der mütterlichen Bedürfnisse durch zu starke Einmischung der Außenstehenden in die Erziehung des Kindes. In diesem Sinne muss sozialer Support nicht immer eine gesundheitsfördernde Eigenschaft haben.

5.4.1. Die Bedeutung des geringen sozialen Supports des Partners in der postpartalen Phase

Wie bei der Einführung erwähnt, liegt der Fokus der folgenden Argumentation auf heterosexuellen Paaren, wobei der Partner nicht ausschließlich auf den biologischen Vater des Kindes reduziert wird. In Stresssituationen sind Menschen eher dazu verleitet, sich an Freunde und Familie zu wenden als professionelle Beratung einzuholen. Vor allem der Partner stellt unter schwierigen Umständen eine Bezugsperson dar (Coates et al., 2014). Geringer pränataler sozialer Support von Familienangehörigen wird zwar nicht mit einem höheren Risiko an PPD zu erkranken in Verbindung gebracht, dafür aber fehlende Unterstützung vom Partner schon (Xie et al., 2010). In der Studie von Almutairi et al. (2017)

suchten 89,4% der Teilnehmerinnen bei persönlichen oder emotionalen Angelegenheiten den Beistand des Partners. Das plötzliche Mutterdasein und die Rolle des Versorgenden eines Kindes muss zunächst gelernt werden und stellen eine große Umstellung dar, welche Frauen verletzlich und von einem anderen Menschen abhängig macht (Coates et al., 2014). Ohne Hilfe vom Umfeld kann so eine Situation schnell zur Überforderung werden und folglich ein erhöhtes PPD Risiko mit sich bringen. Auch im Laufe der Erkrankung zeigen Frauen, die einen hohen Support vom Mann erfahren, eine schnellere Genesung (Misri, Kostaras, Fox, & Kostaras, 2000). Demnach sollte die Bedeutung der partnerschaftlichen Unterstützung während der Zeit nach der Geburt nicht unterschätzt werden. Sollte diese aber nicht vorhanden sein, wird dies negativer aufgenommen als das Versagen der Freunde Hilfe zu leisten (Hupcey, 1998).

Die Rolle des Partners in der postpartum Phase kann sich je nach Haushalt und Kultur unterscheiden. Eine Studie in Japan verdeutlicht, dass das Zusammenleben mit Partner und Kindern mit einem verringertem PPD Risiko assoziiert wird (Honjo et al., 2018). Abgesehen von emotionaler Unterstützung leistet der Mann oft indirekt, aber dennoch greifbare Hilfe, indem er in dieser Zeit die finanziellen Kosten übernimmt und Hausarbeiten erledigt. Allein die Tatsache, dass der Mann arbeitet ist für die Mutter eine große Hilfestellung, da sie während der Mutterskarenz nur ein beschränktes Einkommen zur Verfügung hat. Auf diese Weise wird die Frau finanziell entlastet und kann sich um das Kind und sich selbst kümmern (Cabeza de Baca et al., 2018). Auch im Haushalt und bei der Kinderbetreuung wünschen sich Mütter Hilfe, um sich an die neue Lebenssituation gewöhnen zu können (Ugarriza et al., 2007). Aus diesem Grund ist es für Angehörige essentiell nicht nur Unterstützung bei der Aufzucht des Babys anzubieten, sondern auch ein erweitertes Blickfeld zu haben und beispielsweise Alltagsaufgaben zu übernehmen (Corrigan et al., 2015). Auch bei Familienkonflikten und gestörten Haushaltsstrukturen, in denen beispielsweise Gewalt ausgeübt wird, kann eine erhöhte Beteiligung des Partners in der Kinderbetreuung einen reduzierenden Effekt auf Stress haben (Honjo et al., 2018). Dieser erfassbare Support zeigt sich zwar nicht immer offenkundig, wirkt aber dennoch der Entwicklung von PPD entgegen. Demnach sollten medizinische BetreuerInnen Frauen noch im pränatalen Stadium dazu anregen, Unterstützung für die nachgeburtliche Phase aufzusuchen, ob nun bei der Familie, beim Partner oder bei Freunden (Almutairi et al., 2017).

Aber nicht nur die Mutter, sondern die Partnerschaft selbst erfährt einen enormen Wandel mit der Geburt eines Kindes. Bei manchen Paaren wird die Beziehung durch ein Baby gestärkt (Misri et al., 2000), für manch andere erfordert der Zuwachs eine Umstrukturierung

des Familiensystems. An dieser Stelle müssen die Eltern über eine neue Aufgabenteilung entscheiden und diese umsetzen. Viele nehmen hierbei eher eine traditionelle Rollenverteilung an, wobei die Frau einen großen Anteil der Kinderbetreuung übernimmt (Robinson & Stewart, 2001). So ändert sich auch das Arbeitsverhältnis und mit dem Partner in der Arbeit entwickelt sich nicht nur das Gefühl alleine zu sein, sondern auch das steigende Bedürfnis, seine Emotionen jemandem anzuvertrauen (Coates et al., 2014). Die psychologischen und psychotherapeutischen Expertinnen betonen dies genauso und erklären, dass die Mütter tagsüber kaum Gesellschaft haben (Weichberger, Anhang 1, S. 4), und ihnen durch die langen Arbeitszeiten des Partners „eine Ansprechperson und Möglichkeit der Kommunikation“ genommen wird (Jahn, Anhang 3, S. 5). Außerdem können unterschiedliche Vorstellungen der Wochenbettphase und der Verteilung der Aufgaben Probleme hervorrufen. Letzteres ist jedoch stark vom kulturellen Hintergrund der Individuen abhängig. Schimpf (2013) gibt hierzu ein Beispiel einer bikulturellen Partnerschaft aus ihrem Freundeskreis. Der Mann, mit österreichischer Abstammung, hatte in der Beziehung eine völlig andere Auffassung der postpartum Phase als seine japanische Frau. Denn sie war es entsprechend ihrer Kultur gewöhnt, nicht nur ein langes, sondern auch sorgloses Wochenbett zu haben. Demnach werden üblicherweise die Haushaltsarbeiten von anderen Personen übernommen, sodass die Mutter sich ausruhen und erholen kann. Der Partner jedoch erwartete denn unmittelbaren Eintritt in den Alltag, was letztendlich Ehekonflikte und PPD bei der Frau auslöste.

Zudem fällt dem Ehepartner oft der emotionale Support schwer, da von ihm verlangt wird, dass er die Gefühle seiner Partnerin nachvollziehen kann (Alves, Martins, Fonseca, Canavarro, & Pereira, 2018). Schimpf (2013) berichtet in ihrem Buch über eine ihrer Erfahrungen, in welcher ihr Lebensgefährte verständnislos reagierte. Als sie ihn aufgrund von extremen Unwohlseins und eindeutigen PPD-Signalen darum bat, sie und das Kind ins Krankenhaus zu fahren, antwortet er lediglich „Aber du siehst überhaupt nicht blass aus! Keiner wird dir glauben, dass du krank bist!“ (Schimpf, 2013, S. 26). Frauen bringen aber auch ein, dass sogar sehr unterstützende Partner manchmal nicht in der Lage sind zu verstehen, was Mütter während und nach der Geburt durchmachen und was es bedeutet, sich den ganzen Tag lang um ein Kind zu kümmern (Coates et al., 2014). Dies befürworten auch die Expertinnen in ihren Interviews:

[A]uch dort wo Partner unterstützen [...] ist oft so das Gefühl vielleicht in den eigenen Belastungen nicht verstanden zu werden [...] [und] der Partner der am Abend kommt und da kurz hilft, der kann sich das gar nicht vorstellen und sich nicht einfühlen, was es bedeutet einen ganzen Tag lang [...] ganz abgestimmt auf [...] ein Baby zu sein, auf dessen Bedürfnisse zu achten. (Jahn, Anhang 3, S. 5)

„Dabei kann die körperliche Anwesenheit und emotionale Verfügbarkeit des Partners die neuen Umstände der Mutter sehr entlasten“ (Weichberger, Anhang 1, S. 5).

Auch die Absenz oder Präsenz des Partners kann deutlich das Risiko von PPD vorhersagen (Cabeza de Baca et al., 2018). So weisen Frauen, die in Abwesenheit des Partners in einem Haushalt leben, ein größeres Ausmaß an depressiven Symptomen auf (Cabeza de Baca et al., 2018). Im Gegensatz dazu wird in einer anderen Studie erwähnt, dass in einer ehelichen Gemeinschaft oder mit ihrem Kindsvater zusammen lebende Frauen im Vergleich zu unverheirateten oder alleinstehenden Frauen einer geringeren Gefahr ausgesetzt sind, an PPD zu erkranken (Yim, Tanner Stapleton, Guardino, Hahn-Holbrook, & Dunkel Schetter, 2015). Auch bei hohem wahrgenommenen sozialen Support ist statistisch nur ein niedriges PPD-Risiko zu sehen (Corrigan et al., 2015). Demnach ist auch dokumentiert, dass Frauen, die Unterstützung vom Partner erhalten, durchschnittlich niedrigere Ergebnisse nach der EPDS aufweisen (Tambag et al., 2018). Um fehlendem Support gegenzusteuern, kann beispielsweise der Partner in die PPD-Therapie involviert werden. Sowohl ein stärkeres Bewusstsein für PPD und dessen Symptome als auch ein besseres Einfühlungsvermögen sind durch das Miteinbeziehen des Mannes in die Behandlung erreichbar. Auf diese Weise wäre es auch für den Mann möglich zu lernen, adäquate Hilfestellung zu leisten (Alves et al., 2018). Coates et al. (2014) erwähnen, dass die Ehemänner in ihrer Studie oft das Aufsuchen von professioneller Hilfe empfohlen und befürwortet haben. In einer anderen Arbeit wird dargelegt, dass der Besuch der Therapie dem Partner ein besseres Verständnis für die psychische Verfassung der Frau ermögliche. Die Mütter zeigen auch eine effektivere Kommunikation ihrer Bedürfnisse. Über eine Steigerung des geleisteten Supports vom Partner wird ebenfalls berichtet (Alves et al., 2018). Jahn (Anhang 3, S. 13) deutet zudem darauf hin, dass Paargespräche ein wichtiger Bestandteil der Therapie sind, um an Kommunikation und Konflikten zu arbeiten. Jedoch hat nicht nur die Unterstützung vom Partner eine positive Auswirkung auf PPD. Die Familie und das soziale Umfeld bilden ebenfalls ein wichtiges soziales Sicherheitsnetz, welches in der postpartalen Phase eine tragende Rolle spielt.

5.4.2. Die Bedeutung von Familie und Freunden in der postpartalen Phase

Obwohl Pistrang und Barker (1995) hervorheben, dass der fehlende Support vom Ehepartner nicht mit anderen Unterstützungsquellen kompensiert werden kann, ist die Hilfestellung des restlichen sozialen Netzwerks der Frau, vor allem von der Familie, nicht zu verkennen. Hierbei ist wichtig zu beachten, wann, von wo, und auf welche Art und Weise der Support geleistet wird (Honjo et al., 2018). So wird zum Beispiel dem familiären postpartalem Support eine größere Bedeutung als der pränatalen Hilfestellung zugeschrieben (Xie et al., 2010). Bei Almutairi et al. (2017) wandten sich bei Problemen in der postpartalen Phase 85% der Beteiligten an die Familie und 60% an Freunde. Allgemein wird die Hilfe von Freunden positiver wertgeschätzt als jene der Familie, da letztere eine Form der Verpflichtung voraussetzt (Hupcey, 1998). Auch wenn der geringe pränatale Support der Familienangehörigen keine Assoziationen mit einem höheren PPD Risiko mit sich birgt, ist bei wenig Support von den eigenen Eltern das Gegenteil der Fall (Xie et al., 2010). Dennoch kann zu viel Hilfe, auch wenn gut gemeint, die Mutter psychisch sehr belasten (Hupcey, 1998) und Familienkonflikte, Stress und eine negative Stimmungslage verursachen.

Im Interview heben die ExpertInnen die Rolle und den Einfluss von Familie und Freunden in der postpartum Phase mehrmals hervor. So meint Weichberger (Anhang 1, S. 6), dass die Unterstützung der Eltern und Bekannten der neuen Mutter ermöglicht sich zu entspannen und sich dem Baby zu widmen. Darunter fällt beispielsweise nicht nur die emotionale Hilfestellung, sondern auch der greifbare Support, wie die Versorgung mit Essen und die Erledigung von Hausarbeiten. Da Freunde hierbei oft nur beschränkt helfen können, ist der emotionale Beistand von umso größerer Bedeutung. Manchmal kommt dieser aber zu kurz. Es wird erklärt, dass die Geburt eines Kindes nicht nur die Lebenssituation einer Frau, sondern auch die Bindungen innerhalb ihres sozialen Netzes stark verändert. Hierbei bestimmt, unter anderem das Ausmaß der Betroffenheit mit derselben Situation die Fähigkeit, jemandem anderen geeignete Hilfe zu bieten (Hupcey, 1998). Somit gewinnen plötzlich Freunde mit Kindern mehr an Bedeutung und das Verhältnis zu jenen ohne wird mäßiger, da letzteren der Bezug und das Einfühlvermögen für die neuen Umstände fehlen. Jahn (Anhang 3, S. 5f.) teilt ebenfalls diese Meinung und fügt noch hinzu, wie Mütter durch die anderswertigen Umstände etwas „herausgerissen [...] und isolierter“ werden. Auch Schrimpf (2013, S. 67) erzählt in ihrem Erfahrungsbericht, dass sie nach der Geburt ihr alltägliches Berufsleben und die Interaktion mit Kollegen und Freunden vermisste: „Ich fühlte mich isoliert, eingesperrt und gelangweilt und hatte das Gefühl, an meinem kleinen Leben zu ersticken.“ Zudem löst der Vergleich mit dem freundschaftlichen Umfeld enormen Druck

aus. Nach außen das perfekte Bild zu projizieren und sich mit dem oft täuschenden Leben von Freunden zu messen, kann die Psyche der Mutter stark unter Stress setzen (Jahn, Anhang 3, S. 6), was wiederum ein Risiko für PPD nach sich zieht.

Obwohl Lau (2011a) in seiner Literaturzusammenfassung behauptet, dass die Unterstützung von den Schwiegereltern einen reduzierenden Effekt auf depressive Symptome haben soll, ist dem nicht immer zuzustimmen. Honjo et al. (2018) weisen in ihrer Studie darauf hin, dass das Zusammenleben mit dem Partner, der Familie und den Kindern eine verringerte Assoziation mit PPD aufzeigt. Jedoch zeigen die Ergebnisse ein erhöhtes PPD-Risiko bei Frauen, die in Gemeinschaft mit den Schwiegereltern leben, wobei bei jenen, die ausschließlich mit den Eltern des Partners einen Wohnort teilten, der größte Anteil an PPD dokumentiert wurde. Die erhöhte Rate kann damit in Verbindung stehen, dass, obwohl meistens eine gute Absicht hinter der angebotenen Hilfe steckt, die eigenen Eltern und die des Partners manchmal nicht genau wissen, wann angemessene Hilfe von Nöten ist (Hupcey, 1998). Vor allem bei den Schwiegereltern können Konflikte oft vorprogrammiert sein, welche einen zusätzlichen Stressfaktor darstellen. Schrimpf (2013, S. 23) erzählt, wie durch die Anwesenheit ihrer Schwiegermutter für zwei Wochen nach der Geburt eine zusätzliche Belastung entstand: „[...] wie sehr es mich anstrengte, ständig einen Menschen in meiner Nähe zu haben, der nicht direkt zu unserer kleinen Familie gehörte, selbst wenn es sich um meine liebenswürdige Schwiegermutter handelte.“ Obwohl die eigenen Eltern und Schwiegereltern auch eine hilfreiche Stütze bei der Kinderbetreuung sind, wird durch die Geburt des Enkelkindes nicht nur der elterliche Kontakt erhöht (Lau, 2011b), sondern auch gleichzeitig das Einmischen in private Angelegenheiten. Letzteres trifft aber auch auf die eigenen Eltern zu. Die Expertin Weichberger (Anhang 1, S. 6) meint an dieser Stelle, dass der Support dann nützlich ist, „wenn die anderen [es] nicht besser wissen, sondern einfach [...] unterstützen dabei, dass sie [Anm. die Mutter] den Weg zu ihrem Baby finden kann.“ Dabei soll die Frau sich als „einzig richtige Mutter für dieses Kind sehen“ (Weichberger, Anhang 1, S. 6). Der zur Verfügung gestellte Support kann demnach bei zwischenmenschlichen Konflikten als unwirksam oder sogar negativ wahrgenommen werden (Hupcey, 1998). Somit hält sich die eigentlich nützliche Hilfe in Maßen, was wiederum die Entwicklung von PPD fördern kann.

5.4.3. Kulturelle Unterschiede in der postpartalen Phase und des sozialen Supports

Die postpartum Phase unterscheidet sich je nach Kultur und ist abhängig vom Familien- und Bekanntenengagement. So variieren die Vorstellungen der Aufgaben der neugeborenen

Mutter und ihre Rolle nach der Geburt. Zudem beinhalten manche Kulturen bestimmte Rituale, die nicht in anderen Sitten widergespiegelt sind. Postpartale Traditionen haben eine gravierende Auswirkung auf das Wohlbefinden der Frau und bedürfen näherer Forschung. In vielen Fällen ist die Anwesenheit der Familie und Freunde in der nachgeburtlichen Zeit eine große Hilfe, kann aber schnell zu einer psychischen Belastung für die Mutter werden. Klar ist jedoch, dass Kultur, auch wenn nur indirekt, einen ausschlaggebenden Faktor für PPD bildet. Kultur nimmt zwar Einfluss auf Menschen und ihre Handlungen und zeigt demnach keine direkten Auswirkungen auf die Entstehung von PPD. Dennoch können die kulturell geprägten Taten der Individuen einen Risikofaktor für depressive Symptome in der Postpartum-Phase darstellen. Der Zusammenhang von Kultur und PPD bedarf jedoch noch näherer Forschung. Ein großer Kontrast bezüglich sozialer Unterstützung vom Umfeld ist zwischen westlichen, nahöstlichen und asiatischen Kulturen zu erkennen. So kann allein das Geschlecht des Neugeborenen einen Einfluss auf den erhaltenen Support haben. Xie et al. (2010) weisen in ihrer in China durchgeführten Studie darauf hin, dass die von der Familie postpartal gemessene Unterstützung bei Frauen, die ein Mädchen gebären, deutlich niedriger war als bei jenen, die einen Jungen zur Welt brachten. Außerdem war bei den weiblichen Geburten ein erhöhtes PPD-Risiko zu sehen. Die Auswirkungen eines geringen familiären Supports bei Frauen, die ein Mädchen gebären, können somit gravierend sein. Dieses Problem ist auch in anderen Ländern, wie zum Beispiel Indien, zu finden. Dort stellt nämlich die Geburt eines Mädchens einen Risikofaktor für PPD dar (Upadhyay et al., 2017). In einer Studie in Ober-Ägypten wurden Frauen, die weiblichen Nachwuchs gebären, mit einer höheren Gefahr an PPD zu erkranken assoziiert (Hassanein, Fathalla, & Rahim, 2014). In westlichen Ländern scheint dieses Problem jedoch weniger präsent zu sein wie beispielsweise eine Studie in Schweden bestätigt, in der keine Assoziation zwischen dem Geschlecht des Kindes und PPD festgestellt werden konnte (Sylvén et al., 2011). Geschlechtspräferenzen bei Nachkommen und dessen Auswirkungen auf die Entstehung von PPD in westlichen Gebieten erfordern jedoch noch genauere Untersuchungen.

Ein weiterer wichtiger Faktor für die Entwicklung von PPD ist die noch immer präsente Tabuisierung und Stigmatisierung des Themas „Postpartale Depression“. Vor allem in nicht-westlichen Kulturen, aber auch in Österreich, stellt für viele Frauen PPD noch immer ein soziales Tabu dar (Jahn, Anhang 3, S. 1; Weichberger, Anhang 1, S. 6), welches mit vielen Vorurteilen, Schuld- und Versagensgefühlen behaftet ist. Frauen zögern dadurch öffentlich Unterstützung zu beziehen. Martin (Anhang 4, S. 10) betont dabei, dass den betroffenen Frauen verdeutlicht werden sollte, dass sie nicht selbst Schuld an der Entstehung der Erkrankung trifft. In Lateinamerika beispielsweise neigen Frauen eher dazu, sich an

Familienangehörige oder den Partner zu wenden als professionelle Hilfe aufzusuchen (Barrera & Nichols, 2015). Auch in Saudi Arabien ist das Einholen von Beratung bei ausgebildeten Fachleuten generell nicht üblich (Almutairi et al., 2017). In Österreich, und vor allem in Wien, hingegen soll in den letzten Jahren viel Öffentlichkeitsarbeit stattgefunden haben, wodurch PPD laut Weichberger (Anhang 1, S. 6) nicht mehr so stark tabuisiert ist wie beispielsweise in ihrer Heimat Ungarn. So erwähnt die interviewte Wiener Psychotherapeutin, dass in vielen Fällen der Kontakt zu ihr über die Patientinnen selbst oder die Familie aufgenommen wird (Jahn, Anhang 3, S. 2). Dennoch scheint auch in westlichen Ländern das Tabu noch nicht vollständig gebrochen zu sein. Grund dafür ist laut Schrimpf (2013) das veraltete Konzept des Mutterdaseins. So beschreibt sie, dass die Vorstellung, dass eine Frau nach der Geburt ihrem Kind auf Anhieb sowohl Liebe und Zuneigung schenken, als auch einen Instinkt für dessen Bedürfnisse haben muss, zum Leid der Mütter beisteuert. Solange PPD in der Gesellschaft negativ konnotiert ist, sehen Frauen sich nicht ermutigt Hilfe zu suchen, ob professionell, bei der Familie oder beim Partner. Dies wiederum schränkt den in dieser Notlage wertvollen Support ein und unterstützt den Verlauf der Krankheit.

Auch die Familienkonstellation und postpartale Traditionen spielen eine entsprechende Rolle beim sozialen Support nach der Geburt. In vielen asiatischen und nahöstlichen Kulturen wird der Familie viel Wert zugeschrieben, wodurch sie auch einen besonderen Einfluss im Leben und auf Entscheidungen hat. In China zum Beispiel ist die Familie ein wichtiger Bestandteil der sozialen Interaktion. Beim traditionellen chinesischen Wochenbett entlasten Verwandte die neugewordene Mutter bei Haushaltsarbeiten, wobei die Frau für einen Monat zu Hause verweilt. In der einheimischen Sprache wird dies auch „peiyue“ genannt, was übersetzt soviel wie „den Monat führen“ bedeutet. So leisten Familienangehörige in der postpartalen Phase Hilfe und kümmern sich um das Kind, wobei nicht nur die Harmonie innerhalb der Familie gefördert, sondern auch der frischgebackenen Mutter ein höherer Status und Selbstwertgefühl verliehen wird (Lau, 2011a). Auch in Japan ist die Anwesenheit der Familie und Bekannten typisch für das Wochenbett (Schrimpf, 2013). In Saudi-Arabien werden abgesehen vom Partner, die Familie und Verwandte als primäre Unterstützungsquellen gesehen. Zudem ist es üblich, dass Frauen in der saudischen Kultur nach der Geburt Besuch von der Großfamilie, Angehörigen und Freunden empfangen und Feste für den glücklichen Anlass veranstaltet werden (Almutairi et al., 2017). Weichberger (Anhang 1, S. 7) betont in ihrem Interview, dass solche Traditionen eine große „Haltefunktion“ haben und vorbeugend für die Mutter sein können: „[...] gerade bei türkischen Familien sehe ich oft, dass [...] einfach eine große Familie da ist. Da wird auch recht viel

dafür getan, dass die Mutter entlastet wird“. Vor allem für Frauen, die nicht in ihrer ursprünglichen Heimat leben, ist das Ausüben solcher postpartaler Rituale und der Zusammenhang der Familie von großer Bedeutung. Diese Traditionen haben die Funktion, der Mutter Support zu schenken und sie in der ihr neuen und teils fremden Situation zu entlasten. In westlichen Ländern sind solche Traditionen jedoch weniger aufzufinden. So meinen Corrigan et al. (2015), dass die amerikanische Kultur von Individualisten geprägt ist, was viele Frauen in der postpartalen Phase ohne Support vom sozialen Umfeld alleine lässt. Obwohl es im vorindustriellen Europa, sowie in anderen Sitten heutzutage, üblich war, dass die Mutter das Haus für 40 Tage nach der Geburt nicht verlässt (Brüne & Schiefenhövel, 2019), sieht die Lage in Deutschland und Österreich gegenwärtig anders aus. Denn dort ist das Problem des geringen sozialen Supports präsent. Schrimpf (2013, S. 45) erklärt an dieser Stelle, dass durch den „Verlust der Großfamilie“ deutsche Paare oft weniger Unterstützung von den eigenen Eltern erhalten. Letztere sind häufig geographisch distanziert oder noch selbst berufstätig, wodurch sie sich nur in beschränkten Maßen um die Enkelkinder kümmern können. Folglich kann der in westlichen Kulturen fehlende Support der Familie und Bekannten zur Entwicklung von PPD beitragen. Der soziale Support vom Familien- und Bekanntenkreis ist demnach von großer Bedeutung, da er vorwiegend eine entlastende und somit reduzierende Funktion auf PPD zeigt.

5.5. Einfluss des sozialen Supports auf das Stillverhalten der Mutter

Der Support vom sozialen Umfeld hat abgesehen vom stressreduzierenden Effekt auch einen Einfluss auf das Nährverhalten der Mutter. Evolutionär gesehen bilden Menschen eine Paarverbindung, unter anderem, um den Partner und das Kind während der nachgeburtlichen Phase zu versorgen (Marlowe, 2003). Vor allem in der Stillzeit ist die Betreuung durch beide Elternteile von großer Bedeutung (Quinlan & Quinlan, 2008). So zeigt Marlowe (2003) beispielsweise in seiner Beobachtung des Stammes "Hazda" in Tanzania, dass die Effizienz der Nahrungssuche bei Frauen durch ein Kind beträchtlich eingeschränkt wird. Die Männer gleichen hierbei den geringen Ertrag mittels ihrer intensiveren Suche nach Nahrung aus. Besonders stillende Hazda-Frauen profitieren von der Versorgung des Mannes, da ein Großteil ihrer Zeit und Energie in das Stillen fließt. Auch bei anderen indigenen Völkern wird die Abhängigkeit der Frau vom Partner deutlich. Demnach verbringen stillende Mütter der Stämme Ache und Hiwi weniger Zeit mit der Nahrungssuche, als jene, die nicht stillen (Hurtado, Hill, Hurtado, & Kaplan, 1992). Frauen ohne Hilfe des Gefährten haben demzufolge einen größeren Aufwand Essen zu sammeln, wodurch das Stillen negativ beeinträchtigt wird. Dies trifft wiederum auch auf die heutige Gesellschaft zu.

Denn Müttern, die durch die Abwesenheit des Partners gezwungen sind sich selbst finanziell zu versorgen, wird auch die Gelegenheit des Stillens genommen. So zeigen in einer Studie amerikanische Frauen, die innerhalb von drei Monaten wieder Vollzeit zu arbeiten begonnen haben, dass sie ihre erwünschte dreimonatige Stillzeit nicht erreichen konnten (Mirkovic, Perrine, Scanlon, & Grummer-Strawn, 2014). Schweden zeigt eine niedrige finanzielle Unterstützung vom Staat bei Frauen, die während der Schwangerschaft arbeitslos sind (Evagorou et al., 2016), wodurch eine Vielzahl an Müttern frühzeitig in die Arbeitswelt zurückkehren müssen um sich die anfallenden hohen Kosten der Elternschaft leisten zu können. Auch Martin (Anhang 4, S. 15) kritisiert, dass manche Länder wie die USA keinen bezahlten Mutterschaftsurlaub anbieten, wodurch vor allem alleinstehende Frauen während der Schwangerschaft in eine finanzielle Notlage geführt werden. Diese Umstände bewegen viele Frauen, sich schnell wieder dem Arbeitsleben zu widmen. Aus diesem Grund ist der Vater des Kindes wichtig, um die Mutter zu entlasten und so die Stillphase zu unterstützen (Quinlan & Quinlan, 2008). So hat er, wenn auch indirekt, einen Einfluss auf das Stillverhalten der Frau.

Der soziale Support des Umfeldes dient aber auch der Steigerung des Selbstwertgefühls der Mutter beim Stillen. Dieses wird in der postpartalen Zeit gefördert, wenn die Angehörigen dazu ermutigt werden, sozialen Support nach der Geburt zu leisten (Almutairi et al., 2017). Es ist wichtig eine unterstützende Atmosphäre aufzubauen, da das Selbstvertrauen einer Frau entscheidend für die Fortdauer des Stillens ist (Meedya, Fahy, & Kable, 2010). Emmott und Maces (2015) ermittelten in ihrer Studie, dass durch die Hilfestellung von Familienmitgliedern, vor allem von der eigenen Mutter, Frauen länger stillen und sich dazu mehr ermutigt fühlen. Außerdem stellten sie fest, dass durch die Anwesenheit des Vaters Mütter eine 33,6%ige höhere Wahrscheinlichkeit aufwiesen mit dem Stillen anzufangen als alleinerziehende Frauen. Martin (Anhang 4, S. 13) bekräftigt diese Annahme und fügt sogar hinzu, dass er selbst eine große Rolle beim Stillverhalten seiner Frau spielte und sie dazu überredete zu stillen. Jahn (Anhang 3, S. 11) hebt jedoch hervor, dass häufig das soziale Umfeld auch einen Druck auf die Mutter ausübt. So erklärt sie:

Betroffene [haben] oft das Gefühl [...] in eine Richtung [...] gedrängt zu [werden] oder gewissen Erwartungen entsprechen zu müssen. Also wenn sich eine Frau, zum Beispiel, aktiv entscheidet, [dass] sie nicht stillen möchte, weil sie gerne das Fläschchen geben möchte, kann das auch manchmal schwierig sein im System das durchzusetzen. Wenn eben, zum Beispiel, Eltern, Großeltern die Erwartung haben, dass gestillt wird.

Dies ist auch in Studien wiedergegeben. So wurde einem vermehrten Kontakt mit den Großeltern eine verminderte Aufnahme des Stillens und kürzere Stilldauer zugesprochen (Emmott & Mace, 2015). Die von außen, meistens gutgemeinten, Ratschläge können demnach Stress verursachen, wodurch das Selbstwertgefühl der Mutter weniger begünstigt wird. Letzteres wiederum übt sich schnell auf die Psyche und das Nährverhalten der Mutter aus.

Ein weiterer ausschlaggebender Faktor beim Stillverhalten der Frau ist die Unterstützung des medizinischen Personals nach der Geburt. In der Studie von Coates et al. (2014) gaben alle Teilnehmerinnen an, sich nicht vom Gesundheitspersonal unterstützt zu fühlen und suchten von sich aus Hilfe. Im Interview mit der Krankenschwester wurde klargestellt, dass im Wiener AKH heutzutage speziell ausgebildete „Stillschwester“ zur Verfügung stehen, um Hilfe zu leisten. Dabei werden Frauen dazu ermutigt, das Baby häufiger anzulegen, mit warmen Wasser den Milchfluss zu stimulieren und reichlich Flüssigkeit zu sich zu nehmen (001, Anhang 2, S. 6). Trotz ausgebildeter Fachkräfte scheinen sich dennoch viele Frauen in der postpartalen Phase unsicher oder unbeholfen zu fühlen. Frauen erfahren anfänglich oftmals Schwierigkeiten mit dem Stillen und klagen über Schmerzen und Behinderungen des Stillprozesses. Die auftretenden Probleme geben Grund für einen frühzeitigen Stillabbruch (Taveras et al., 2003). Hierbei wird erwünscht, dass das Gesundheitspersonal Initiative ergreift und von sich aus die Mutter beim Stillvorgang begleitet (Coates et al., 2014). Auf diese Weise wird deutlich, dass je mehr Unterstützung und Bekräftigung die Frau in ihren Entscheidungen nach der Geburt erfährt, desto besser wirkt es sich auf das Stillverhalten (Jahn, Anhang 3, S. 12) und letztendlich auf ihre psychische Verfassung aus.

6. Stillen und Muttermilch

6.1. Evolutionärer Kontext

Um die Bedeutung des Stillens zu verdeutlichen, müssen zunächst einmal die Funktionen der Muttermilch genauer erkundet werden. Fest steht, dass Muttermilch viele Nährstoffe enthält (Schulkin & Power, 2016), und sie sich bei Säugetieren von Art zu Art unterscheidet. So kann man anhand des Vorhandenseins und der Konzentration von Komponenten den Verlauf der Evolution, die gegenwärtige Ökologie und die Entwicklungslaufbahn der Nachkommen nachvollziehen (Hinde & German, 2012). Zum Beispiel soll die erste milchähnliche Substanz kaum Lipide enthalten haben, was auch bei heutigen Säugetieren, wie zum Beispiel dem Rhinoceros, der Fall ist (Schulkin & Power, 2016). Mützenrobben (*Cystophora cristata*) weisen einen über 60%igen Fettanteil in ihrer Muttermilch auf, was sie zur fetthaltigsten unter den Säugern macht. Dieser hohe Fettgehalt ist für die Jungtiere zum Aufbau einer Fettschicht äußerst wichtig, da ihre Stillphase nur vier Tage beträgt und die Jungen infolgedessen auf sich allein gestellt sind (Hinde & German, 2012). Primaten und vor allem Menschen, im Gegensatz dazu, sind anfangs noch relativ wenig entwickelt und benötigen jahrelange direkte Pflege (Tracy, 2005). Dementsprechend ist die Stillzeit länger und die Muttermilch wasserhaltiger und mit einer geringeren Fett- und Proteinanreicherung (Hinde & German, 2012). Da die Laktationsphase viele Monate beansprucht, ist die schnelle Verabreichung von großen Fettmengen nicht notwendig, jedoch steigt dadurch die Abhängigkeit des Säuglings von der Mutter.

Muttermilch und das Stillen hatten allerdings nicht immer ausschließlich eine nährstoffübertragende Aufgabe und wurden im Laufe der Evolution in ihren Funktionen angepasst. So war die einst mütterliche Fürsorge um die Eier eine Präadaptation des Stillens und eine Notwendigkeit für dessen Entwicklung (Schulkin & Power, 2016). Dies lässt darauf schließen, dass das Stillen nicht nur ein zentraler evolutionärer Bestandteil des Elternaufwandes ist (Quinlan & Quinlan, 2008), sondern auch ein wichtiger Faktor fürs Überleben und bei der Fortpflanzung der frühen Organismen war (Schulkin & Power, 2016). Schulkin und Power (2016) erklären, dass die erste milchähnliche Flüssigkeit, eine Hautsekretion vorzeitiger Amnioten, nicht unbedingt zur Ernährung gedacht war. Die ersten Vertebraten verweilten auf dem Land und waren deshalb gezwungen ihren Flüssigkeitshaushalt zu regulieren. Da der Wasserverlust in allen Lebensstadien ein Problem darstellte, entstanden folglich Adaptionen wie zum Beispiel mütterliche Fürsorge, und Haut- und Eierschalenanpassungen. So wird argumentiert, dass die anfänglichen kleinen Pergamenteier einen höheren Wasserverlust hatten als harte Schalen. Zudem

enthielten die kleinen Eier nicht genug Dotter, eine wesentliche Wasserressource, um lebensfähige Nachkommen hervorzubringen. So verbrachte das Muttertier viel Zeit damit den Eiern Körperkontakt zu schenken und sie mit ihrem Sekret zu versorgen. Die „milk-for-eggs“-Hypothese geht davon aus, dass die prototypische Milch zum Eintunken der Eier in Flüssigkeit zur Verwendung kam, um den Wasserverlust auszugleichen (Ofstedal, 2002). Somit ersetzte die nährstoffreiche Muttermilch das Eigelb, und wurde zur primären Nahrungsquelle der Mutter für die Junglinge. Dies lässt darauf schließen, dass das Stillen erst später seinen Anfang nahm und sein Ursprung bei anderen Tiergruppen liegt. Demzufolge ist die Verabreichung von Muttermilch über die Brust eine Adaption im Säugetierreich, welche sich erst im Laufe der Zeit zu einem charakteristischen Merkmal dieser Gruppe entwickelte (Schulkin & Power, 2016).

Im evolutionären Vorbereitungsprozess für das Stillen passten sich Drüsenhäute und die daraus resultierenden Brustwarzen an, um die Nahrungszufuhr für die Jungtiere zu erleichtern (Schulkin & Power, 2016). So hat sich auch das Stillverhalten über die Zeit verändert. Im Gegensatz zu anderen Primaten weist der Mensch heutzutage eine kurze Stillphase auf. Interessanterweise jedoch wurde nun durch Untersuchungen fossiler Zähne bekannt, dass *Australopithecus africanus* wohl ebenfalls eine relativ kurze Stillzeit von zwölf Monaten praktizierte. Zudem kam das Stillen bei unseren Vorfahren auch in Notlagen zur Verwendung. So wurde beispielsweise bei Nahrungsknappheit während der Trockenperiode den Kindern des *Australopithecus africanus* Muttermilch zugeführt (Joannes-Boyau et al., 2019). Derartige Probleme treten in der heutigen Zeit, vor allem in Industrieländern, weniger auf. Gegen Ende des 18. Jahrhundert kam es zu einer Abnahme der Stilldauer durch die Industrialisierung, Urbanisierung und Entwicklung im Bereich Nahrungsergänzungsbeziehungsweise -ersatzmittel im Säuglingsalter. So wurde mit dem 19. Jahrhundert Säuglingsnahrung eingeführt und war in den USA und Europa ab diesem Zeitpunkt erhältlich (Wyness, Stanner, & Buttriss, 2013), was das Stillverhalten drastisch änderte. So zeigte sich beispielsweise zwischen 1960 und 1970 ein Stillrückfall in Deutschland durch den wachsenden Einfluss der Babynahrungsindustrie. Dies beeinflusste auch die Sterblichkeitsrate der Neugeborenen im Südosten Deutschlands, wo ein geringer Teil nur mehr gestillt wurde und somit ein Anstieg an Säuglingstodesfällen zu messen war (Heininger, 2013).

6.2. Psychische und physische Funktionen des Stillens

Heutzutage ist das Stillen von großer gesundheitlicher Bedeutung für das Kind, was durch eine Vielzahl an Forschungsarbeiten belegt wurde. Dabei wird argumentiert, dass es

deutliche Vorteile gegenüber dem Fläschchengenügen hat (Martin, 2017). Vielen ist jedoch nicht der Nutzen für die Mutter, der sowohl Körper als auch Psyche betrifft, bekannt. Das Stillen kann sich nämlich für Mutter und Kind lang- und kurzfristig bewährt machen.

6.2.1. Funktionen des Stillens für das Neugeborene (ultimat und proximat)

Ultimate Ursachen:

Mayr (1993) erklärt in seiner Arbeit, dass der Begriff *ultimat* alle Ursachen beschreibt, die für die Formung des genetischen Programms verantwortlich sind. Dabei deutet er auch auf die evolutionäre Funktion. Demnach liegt die ultimate Ursache des Stillens in der Steigerung der Fitness der Nachkommen. So erklärt auch Martin (Anhang 4, S. 11), dass die grundlegende biologische Funktion des Stillens in der Ernährung des Kindes liegt. Denn ohne Zufuhr von Muttermilch wären die Nachkommen nicht überlebensfähig (Hagen, 1999). So zeigt sich die wichtige evolutionäre Funktion des Stillens in der Investition in den eigenen Nachwuchs und deren Erhaltung, was auf lange Zeit wiederum den Fortpflanzungserfolg und somit die eigene Fitness steigert.

Proximate Ursachen:

Unter den proximativen Ursachen sind die Vorgänge und Aspekte zu verstehen, die zur Sicherung der genetischen Informationen führen (Mayr, 1993). So ergeben sich durch die Zufuhr von Milch über die Brust der Mutter zahlreiche kurz- und langfristige positive Folgen, welche für das Überleben (ultimate Ursache) von Vorteil sind. Abgesehen von den vielen Nährstoffen, welche gleichzeitig hygienisch und einfach zu verdauen sind, werden dem Kind auch entzündungshemmende Faktoren mittels der Muttermilch zugeführt (Wyness et al., 2013). Die entzündungshemmenden Faktoren dienen als Schutz und führen zu einem verminderten Mortalitätsrisiko. So weist eine Studie darauf hin, dass Säuglinge aus einkommensschwachen Familien, welche weniger als 5 Monate ausschließlich gestillt werden, einem allgemein höheren Sterberisiko ausgesetzt sind als jene, denen rein Milch über die Mutter zugeführt wird. Zudem steigt die Gefahr an einer Infektion zu erkranken um gleich 70% wenn das Baby nicht ausschließlich gestillt wird (Chowdhury et al., 2015). Auch wird was das *sudden infant death*-Syndrom betrifft, auf Deutsch „plötzlicher Kindstod“ genannt, ein um das 2-fache höheres Sterblichkeitsrisiko mit der Verabreichung von Säuglingsnahrung assoziiert (Ip et al., 2007). Die kurzfristigen Vorteile des Stillens beinhalten auch laut Eidelmans und Schanlers (2012) Analyse eine 64%ige Reduzierung von gastrointestinalen Infektionen, welche durch die Zufuhr von verdauungsfördernden Enzymen für die Magen-Darm Flora resultiert.

Langfristige Auswirkungen des Stillens sind auch in der Vorbeugung von vielen Krankheiten zu sehen, wie zum Beispiel Übergewicht, Diabetes Typ 1 und 2, Asthma, Kinderleukämie, und kardiovaskulären Erkrankungen (Bauer & Kämmerer, 2018; Eidelman & Schanler, 2012; Ip et al., 2007). Abgesehen davon wirkt sich das Stillen positiv auf die kognitive Entwicklung des Kindes aus, wobei es dazu noch an genauer Forschung fehlt. Jedoch ist der enge Körperkontakt signifikant für die Mutter-Kind Bindung, welche dem Kind sowohl Wärme als auch Sicherheit bietet (Martin, 2013), und sich dementsprechend positiv auf die Verhaltensentwicklung auswirkt (Liu, Leung, & Yang, 2014).

6.2.2. Funktionen des Stillens für die Mutter (ultimat und proximat)

Ultimate Ursachen:

Das Stillen hat auch große körperlich und psychische Vorteile für die Mutter. Auch hier liegt dem Stillen die ultimate Funktion des Überlebens zu Grunde. Wenn die Mutter auf diese Weise in ihr Kind investiert, steigert es nicht nur ihre eigene Fitness, sondern auch den indirekten Fortpflanzungserfolg (Klug & Bonsall, 2014).

Proximate Ursachen:

Die Fitness der Mutter wird durch verschiedene Aspekte gesteigert. So zeigen sich beispielsweise kurzfristigen Auswirkungen durch eine gesenkte Pulsfrequenz, sympathische Stressreaktion (Sibolboro Mezzacappa, Kelsey, & Katkin, 2005) und einem niedrigeren Blutdruck (Ebina & Kashiwakura, 2012). Zudem fördert Stillen die Rückbildung der Gebärmutter (=Uterusinvolution). Mittels dem entstehenden Hautkontakt und der Stimulation der Brust durch das Saugen wird eine gesteigerte Menge an Oxytocin im Blut ausgeschüttet (Abou-Dakn, 2018), welche die Gebärmutterkontraktionen beschleunigt (Martin, 2017). Dadurch wird die Uterusrückentwicklung unterstützt und Infektionen in der Uterusschleimhaut vorgebeugt (Abou-Dakn, 2018). Dies bietet zudem längerfristige positive Nachwirkungen, wie zum Beispiel Schutz vor Anämie (Bauer & Kämmerer, 2018). Auch wird die anovulatorische Phase, in der der Eisprung ausbleibt, durch das Stillen bis zum 6. Monat hinausgezögert und soll die Frau vor einer frühzeitigen nochmaligen Schwangerschaft schützen. Die Laktations-Amenorrhoe kann hierbei als Verhütungsmethode dienen, ist jedoch nicht zuverlässig (Abou-Dakn, 2018). Manche Studien behaupten auch, dass das Stillen bei der Gewichtsreduktion nach der Geburt von Vorteil sein soll. Es zeigt sich, dass das Stillen mit einem hohen Kalorienverbrauch, etwa 500 kcal pro Tag (Scaccia, 2019), in Verbindung gesetzt wird. Jedoch ist der Gewichtsverlust stark von der Dauer und Intensität des Stillens und der Nahrungszufuhr der Mutter abhängig und benötigt noch Forschung.

Das Stillen gewinnt für die Mutter auch aus langfristiger Sicht an Wert, da es nicht nur das Krebsrisiko senkt, sondern auch vor anderen Krankheiten wie zum Beispiel *Diabetes mellitus* schützt (Abou-Dakn, 2018). Vor allem zur Vorbeugung von Brustkrebs hilft das Stillen: Frauen, die eine längere Stilldauer als 12 Monate aufweisen, haben eine um 28% geringere Gefahr an Brustkrebs zu erkranken als jene, die nicht stillen (Chowdhury et al., 2015). Grund dafür sollen Inhaltsstoffe in der Muttermilch sein, welche in der Lage sind Tumorzellen zu terminieren (Abou-Dakn, 2018). Auch was das Risiko von Eierstockkrebs betrifft, ist eine signifikante Reduktion durch das Stillen zu erkennen. Weiters beugt das Stillen kardiovaskulären Erkrankungen vor und schützt vor Verstopfungen in allgemeinen Arterien und innerhalb der Brust (Martin, 2017). Letztlich hat das Stillen auch einen Einfluss auf die Psyche der Mutter, da es eine präventive Wirkung auf die Entwicklung von PPD hat (Eidelman & Schanler, 2012).

7. „Bottle-feeding“ als Risikofaktor für die Entwicklung von PPD

Der Begriff „bottle-feeding“ umfasst verschiedene Aspekte und kann daher nur schwer auf eine konkrete Definition reduziert werden. Die Annahme, dass das Fläschchengeben automatisch einen Risikofaktor für PPD darstellt ist weithergeholt und bedarf kritischer Hinterfragung, weil die Gründe und Ursachen für das Fläschchengeben bei der Entwicklung der Erkrankung eine gravierende Rolle spielen. Die Formulierung der zweiten Hypothese (Kapitel 1.1) impliziert, dass jegliche Art des Stillens (über Mutter oder Amme) ausgeschlossen wird. Zudem wird die Verabreichung von Muttermilch über das Fläschchen nicht berücksichtigt. Aus diesem Grund behandelt die Arbeit ausschließlich das Fläschchengeben mit Muttermilchersatzmittel, was unter dem Begriff „bottle-feeding“ zusammengefasst wird. Im Zusammenhang mit PPD wird der Fokus auf das ausschließliche Stillen im Kontrast zum ausschließlichen Fläschchengeben mit Muttermilchersatzmittel gelegt.

7.1. Definitionen „bottle-feeding“, „mixed feeding“ und „exclusive breastfeeding“

Laut der *World Health Organization* (WHO, 2019) wird unter dem Begriff *exclusive breastfeeding* die ausschließliche Ernährung des Säuglings mit Muttermilch sechs Monate postpartum verstanden. Dazu zählt nicht die Verabreichung von fester Nahrung und anderweitigen Flüssigkeiten, inklusive Wasser. Dennoch darf das Kind hierbei orale Rehydrationslösungen, Vitamine, Mineralien und Medizin in Form von Tropfen oder Sirups erhalten.

Der Begriff „bottle-feeding“ umfasst mehrere Aspekte und kann somit nicht nur auf eine Definition festgelegt werden. So beinhaltet die Bezeichnung das Verabreichen von künstlicher Säuglingsnahrung oder abgepumpter Muttermilch über das Fläschchen. Auch beim Ernähren des Kindes ausschließlich mit künstlicher Milch kann es tropfen- oder sirupförmige Vitamine, Mineralien und Medizin mitbekommen (Thulier, 2010).

„Mixed feeding“ beschreibt das Stillverhalten, wenn die Mutter abseits von Muttermilch auch andere Lebensmittel in Erwägung zieht. Hierbei besteht die Säuglingsernährung, laut Thulier (2010), zu 25 bis 75% aus Muttermilch, wobei Wasser, Säfte, feste Nahrung oder künstliche Milch die restlichen Anteile bilden.

7.2. Häufigkeit des „bottle-feeding“ und „exclusive breastfeeding“

Obwohl die WHO (2019) ein exklusives Stillen von 6 Monaten stark empfiehlt, sieht das tatsächliche Stillverhalten bei Müttern sehr unterschiedlich aus. Trotz Veröffentlichung zahlreicher Vorteile des Stillens, ist die Stillrate in den letzten beiden Jahrzehnten nicht signifikant gestiegen. Im Jahr 2002 wurden weltweit weniger als 35% der Kinder bis zum 4. Monat ausschließlich gestillt (WHO, 2002). 2016 traf die Mehrheit der Länder nicht das von der *World Health Assembly* festgelegte Ziel von 50% in Bezug auf exklusives Stillen (WHO, 2016). Ein weiteres Problem stellen die unzureichenden Daten zum Stillverhalten der Frauen dar, welche noch an reichlicher Forschung erfordern. Victora et al. (2016) führten hierzu eine von der WHO geförderte Studie durch, um weltweite Häufigkeitsverteilungen in Bezug auf die Verabreichung von Muttermilch zu erfassen. Abbildung 2 stellt hierbei den globalen Anteil der Kinder im Alter von 12 Monaten dar, die zu diesem Zeitpunkt gestillt wurden. Es ist zu beachten, dass in der Grafik von Kindern, die im 12. Monat Muttermilch verabreicht bekommen, die Rede ist. Es geht demnach nicht hervor, ob es sich bei den Angaben ausschließlich um „exclusive breastfeeding“-Raten handelt oder ob Frauen die Muttermilch über das Fläschchen geben beziehungsweise zusätzlich Alternativen zur Muttermilch anwenden ebenfalls miteinbezogen werden. Die Häufigkeitsverteilung bezieht sich auf 153 Länder, dessen Daten zwischen 1995 und 2013 aufgenommen wurden.

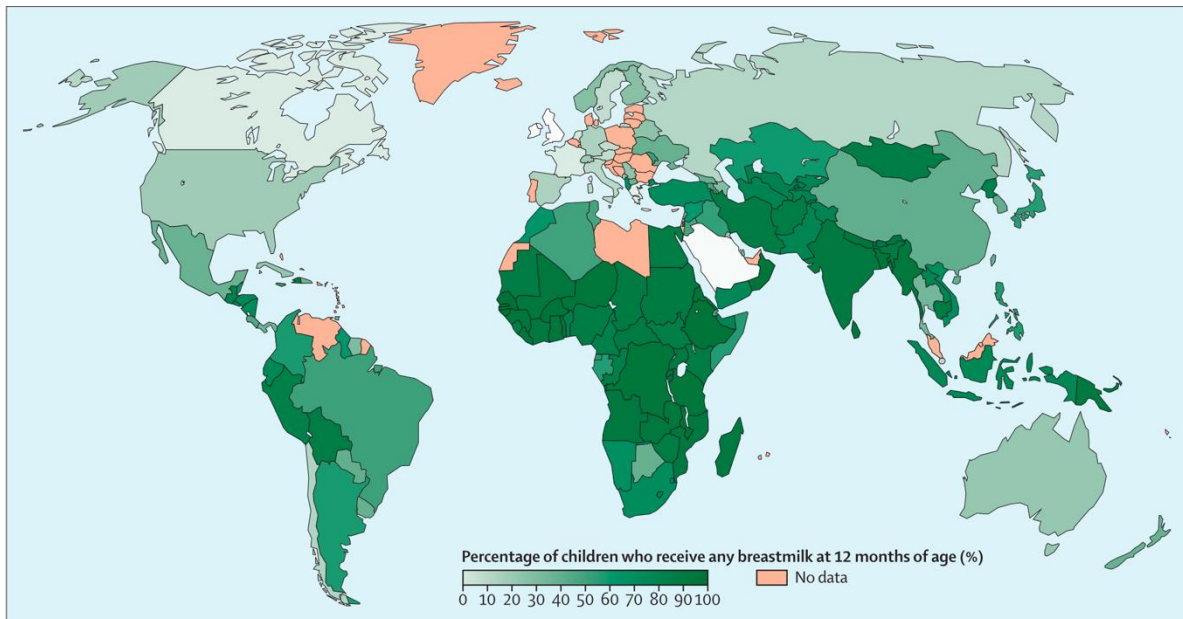


Abbildung 2. Weltweite Häufigkeitsverteilung der Kinder, die im Alter von 12 Monaten Muttermilch erhalten: Die Darstellung zeigt von Land zu Land die unterschiedlichen Prozentanteile der Kinder, die im 12. Monat gestillt werden. Hierbei weisen entwicklungsschwache Länder eine höhere Rate auf als wirtschaftlich stabile Länder. (Abbildung aus Victora et al., 2016)

In Abbildung 2 ist zu erkennen, dass zwischen ärmeren und reicheren Ländern ein erheblicher Unterschied bezüglich dem Stillen herrscht. Dabei zeigen Afrika südlich der Sahara, Südasien und Teile von Lateinamerika die global gesehen die höchsten Stillprävalenzen zum Zeitpunkt von 12 Monaten nach der Geburt (Abbildung 2). Ein Großteil der Industrieländer, wie die USA oder Australien, deuten im Vergleich dazu auf eine schwache Stillprävalenz. In wirtschaftlich stabileren Ländern liegt die Stillrate unter 20%, wobei auch innerhalb der Industrieländer Auffälligkeiten zu sehen sind. So demonstrieren beispielsweise das Vereinigte Königreich eine Stillhäufigkeit von unter 1%, wogegen die USA 27% einnimmt. Zudem ist bemerken, dass in entwicklungsstarken Regionen allgemeine Angaben zum Stillverhalten kaum zu ermitteln sind (Victora et al., 2016).

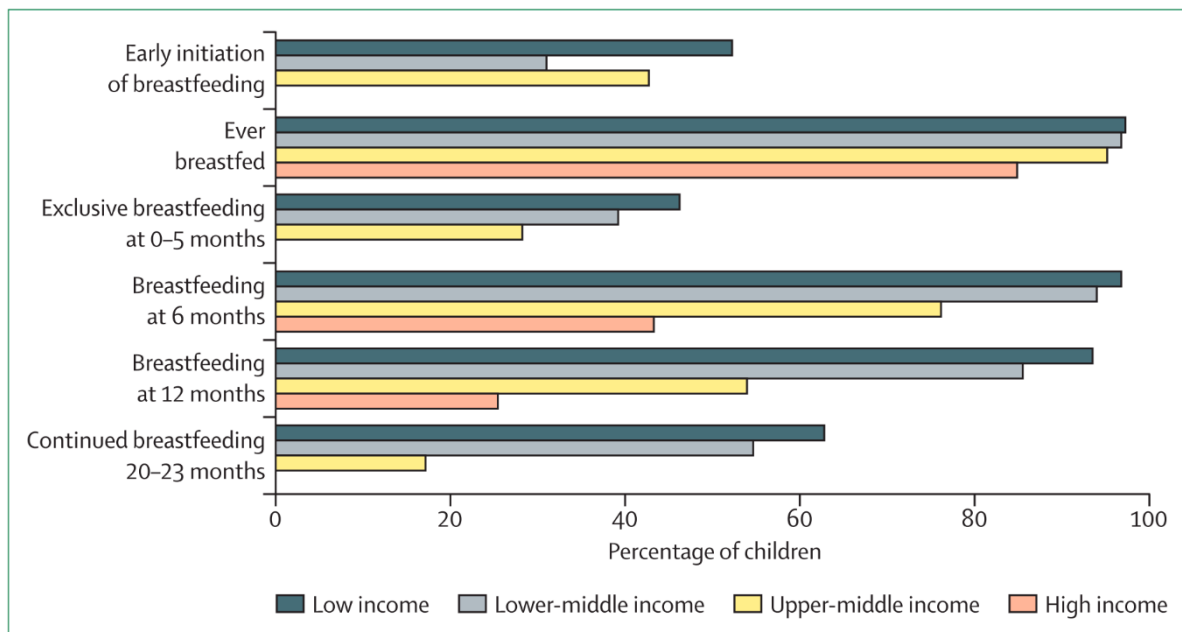


Abbildung 3. Aspekte des Stillverhaltens nach Einkommensgruppen: Die Abbildung zeigt die Unterschiede im Stillverhalten von Ländern zum Zeitpunkt von 6, 12 und 20 bis 23 Monaten, eingeteilt nach dem durchschnittlichen Einkommen der BewohnerInnen. Weiters werden auch die frühzeitige Einführung des Stillens und „exclusive breastfeeding“ im Zeitraum von 0 bis 5 Monaten dargestellt. Einkommensschwache Länder weisen in allen genannten Aspekten höhere Raten auf als einkommensstarke Länder. Ebenso überragen die Werte der Länder mit niedrigem mittlerem Einkommen jener mit hohem mittlerem Einkommen. (Abbildung aus Victora et al., 2016)

Weitere Indikatoren und Unterschiede was das „exclusive breastfeeding“ und den Beginn und die Dauer des Stillens betrifft zeigen sich überdies in Abbildung 3. Die Werte verdeutlichen, dass einkommensschwache Länder zu allen Zeitpunkten der Messungen (0 bis 5, 6, 12 und 20 bis 23 Monate nach der Geburt) beim Stillen vorne liegen (Abbildung 3). Grund für die vergleichsweise hohe Stillrate in wirtschaftlich armen Regionen könnte der fehlende Zugang zu Säuglingsergänzungsnahrung sein. So meinen auch Victora et al. (2016), dass die niedrigen Raten des weiterführenden Stillens („continued breastfeeding“) in reicheren Familien darauf hinweisen, dass ärmere Mütter mit steigendem Einkommen zu Säuglingsergänzungsnahrung tendieren. Auch in einkommensschwachen Ländern wird nur jedes fünfte Kind im Alter von 12 Monaten gestillt (WHO, 2016). Obwohl die Angaben der entwicklungsschwachen Länder derer wirtschaftlich stabiler überbieten, sind bei allen untersuchten Gebieten niedrige Raten der frühzeitigen Einführung des Stillens und „exclusive breastfeeding“ mit unter 60% festzustellen. Die Werte des ausschließlichen Stillens sind dementsprechend auch in armen Ländern nicht zufriedenstellend (Victora et al., 2016) und zeigen seit 20 Jahren nur einen bescheidenen Fortschritt. Zwischen 1995 und

2010 kam es in Entwicklungsländern, ausgenommen China, gerade einmal zu einem Anstieg von 6% im „exclusive breastfeeding“ von Kindern unter 6 Monaten, wobei in West- und Zentralafrika die deutlichste Zunahme zu sehen war (Cai, Wardlaw, & Brown, 2012). 2016 wurden weltweit nur 40% der Kinder unter 6 Monaten gestillt (WHO, 2016). Konkrete Erkenntnisse bezüglich Stillprävalenzen und Stillverhalten sind jedoch noch nicht ausreichend zugänglich, da oft nur beschränkte, ungenaue oder unregelmäßige Daten zur Verfügung stehen. Vor allem bei einkommensstarken Ländern ist letzteres der Fall (Victora et al., 2016; WHO, 2016).

Eine allgemeine Rate der PPD betroffenen Frauen, die stillen, aufzustellen ist problematisch. Denn allein die Zahlen in Bezug auf die PPD-Prävalenz schwanken von Studie zu Studie, wodurch genaue Angaben nur schwer zu bestimmen sind. Dennoch wird dokumentiert, dass Frauen die postpartale depressive Symptome zeigen, eine niedrigere Stillrate aufweisen. Die Abbildung von Woolhouse, James, Gartland, McDonald und Brown (2016; Abbildung 4) demonstriert die Ergebnisse einer Erhebung in Australien. Dort stillten 6 Monate nach der Geburt nach wie vor 61% der gesunden Frauen. Im Gegensatz dazu kam das Stillen unter jenen Frauen, die zum Zeitpunkt des 3. Monats depressiv waren, lediglich bei 49% vor. Aus dem Diagramm ist deutlich herauszulesen, dass es ab dem 3. Monat zum größten Rückgang des Stillens kam. Die Studie stellt jedoch nur beschränkte Informationen zur Verfügung, denn die psychische Verfassung im 6. Monat postpartum wurde allgemein nicht erfasst. Dadurch ist es schwer zurückzuverfolgen, ob auch ein halbes Jahr nach der Geburt die Frauen depressive Symptome vorwiesen und die zu diesem Zeitpunkt niedrige Stillrate mit der Erkrankung in Verbindung stand. Zudem bezieht sich die Studie ausschließlich auf Australien, wodurch allgemeine Tendenzen nicht zu entnehmen sind. Dennoch könnte der signifikante Unterschied der erkrankten und gesunden Frauen ein frühzeitiges Abstillen bei PPD Müttern implizieren. Auch in Bezug auf PPD- und nicht betroffene Frauen, vor allem hinsichtlich der Einführung des Stillens, sind Angaben nur in geringem Maße zu finden. Zudem sind diese auch oft nicht auf dem aktuellsten Stand, wie auch Halbreich und Karkun (2006) zu erkennen gibt. Dem Mangel und der Ungenauigkeit der Stilldaten kann durch die Aufnahme in Inventaren beispielsweise und mehr Forschung entgegengetreten werden.

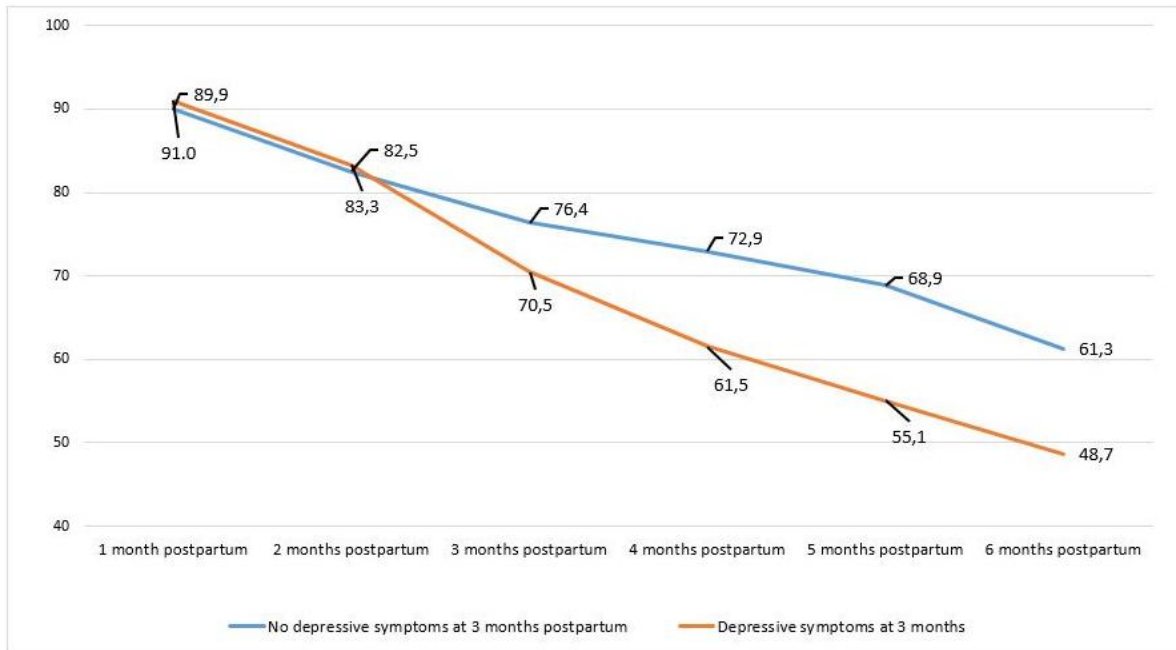


Abbildung 4. Abfall der Stillrate bei depressiven Müttern im Vergleich zu gesunden Müttern in Australien: Die Grafik zeigt die Ergebnisse einer Studie an 1258 Frauen in Australien, wobei die y-Achse den prozentualen Anteil jener Frauen, die nach der Geburt stillten, beschreibt. Dabei geht hervor, dass Frauen mit postpartal depressiven Symptomen im 3. Monat eine deutlich reduzierte Stillrate demonstrieren als Mütter ohne Depressionen. (Abbildung aus Woolhouse, James, Gartland, McDonald, & Brown, 2016)

7.3. Einfluss von „bottle-feeding“ auf die Entwicklung von PPD

Das Fehlen der Laktation und PPD treten verhäuft zusammen auf. So hat das frühzeitige Abstillen ebenfalls Folgen für die Psyche der Mutter (Lara-Cinisomo, Mckenney, Florio, & Meltzer-Brody, 2017). Während der Laktation macht das Gehirn der Mutter Veränderungen durch. Die proximate Ursache liegt hierbei bei dem für die Laktation relevanten Hormon Oxytocin. Dieses stimuliert nicht nur den Milchfluss, sondern beeinflusst auch die psychische Verfassung und das Verhalten der Mutter (Bell, Erickson, & Carter, 2014). Der Saugmechanismus des Kindes stellt hierbei den zentralen Faktor für die postpartale Oxytocinausschüttung dar (Mezzacappa, 2010; Robertson et al., 2003). Bei der Laktation steigen die Oxytocinimpulse im Gehirn und das Hormon wird ins Blut verteilt (Bell et al., 2014). Eine Studie ergab, dass jene Gruppe mit einem höheren Oxytocinwert mehr Frauen die stillten beinhaltete als Mütter die das Fläschchen gaben (Light et al., 2000). Wenn das Oxytocinlevel im Kreislauf ansteigt, werden die Neurone, welche für die Stress-Reizbeantwortung verantwortlich sind, beeinflusst. So zeigen stillende Frauen durch ihren angehobenen Oxytocinspiegel eine verminderte Reaktion auf Stress und demonstrieren weniger ängstliches Verhalten als jene die nicht stillen (Bell et al., 2014). Das

Fläschchengeben und der damit einhergehende Verzicht auf das Verabreichen von Muttermilch über die Brust bewirkt einen niedrigeren Oxytocinspiegel im Blut, was die Mutter wiederum anfälliger für Stress macht. Die Frau reagiert somit empfindlicher auf Stressfaktoren, die letztendlich einen erheblichen Einfluss auf die Entwicklung von PPD haben.

Ein weiteres Argument, das für eine PPD Begünstigung durch das Fläschchengeben spricht, ist der dabei reduzierte Hautkontakt. Martin (Anhang 4, S. 10f.) erklärt ein seit 80 Millionen-jähriges Phänomen, wobei nichtmenschliche Primaten ihren Nachwuchs am Körper tragen und somit automatisch eine enge Verbindung entsteht. Der Kontakt zur Mutter ist für den Säugling essentiell um Körperwärme zu erlangen und allgemein um die Mutter-Kind-Bindung aufzubauen. So zeigt sich, dass stillende Frauen vier Monate postpartum eine stärkere Bindung und positive Verstärkung in Bezug auf ihr Kind nachweisen als jene die zum Fläschchen greifen (Else-Quest, Hyde, & Clark, 2003). Es wurde jedoch auch veranschaulicht, dass nach dem Abstillen diese Wirkung verlorenggeht (Mezzacappa, 2010). Dem für den Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung wichtigen Oxytocin wird auch hier die proximate Ursache zugesprochen. Beim physischen Kontakt kommt es zur Oxytocinausschüttung, was das Belohnungssystem des Körpers angeregt, und somit die Ausladung von Opioiden und Dopamin, dem sogenannten „Glückshormon“, bewirkt. Dadurch senkt sich das Stresslevel und die Mutter nimmt die Nähe zu ihrem Kind als angenehm war (Moberg, 2016). Ist nun der Hautkontakt nur in reduzierter Form vorhanden, ist wieder ein verminderter Oxytocinwert die Folge, wodurch die Mutter die Beziehung als weniger positiv empfinden mag und die Bindung erschwert wird. Dies wiederum führt zu Schuld- und Versagensgefühlen bei der Frau, ein eindeutiger Prädiktor für PPD.

Zudem argumentieren Gallup, Pipitone, Carrone und Leadholm (2010), dass das Fläschchengeben den Verlust eines Kindes darstellt. Dabei gehen sie auf einen evolutionären Aspekt ein, der erklärt, dass die Abwesenheit des Stillens oder der frühzeitige Abbruch einst zum Kindstod führte, da es noch keine Alternativen für die Ernährung des Säuglings gab. In diesem Fall, wenn die Mutter ihr Baby verliert und keine Nachfrage an Muttermilch mehr vorhanden ist, wird die Milchproduktion eingestellt. Das System basiert auf dem Prinzip der Rückkoppelung, denn je mehr gesaugt wird, desto mehr Milch wird erzeugt. Umgekehrt, saugt das Kind weniger an der Brust, stellt der Körper geringere Mengen an Milch her (Brüne & Schiefenhövel, 2019). Wird nun das Stillen eingestellt oder das Fläschchen gegeben, kommt es zur Hemmung der Milchproduktion. Dies soll unwissentlich die Umstände des Verlustes eines Kindes nachahmen (Gallup et al., 2010).

Der Tod wird folglich zum Auslöser für tiefe Trauer und depressive Symptome seitens der Eltern (Stevens & Price, 2000). Da das Fläschchengen geben physiologisch das Verlieren des Nachkommens imitiert, kann es auch auf die Entwicklung von PPD einen Einfluss haben kann (Gallup et al., 2010). Dieser Annahme kann wieder ein durch das Ausbleiben der Laktation hervorgerufener niedriger Oxytocinspiegel zugrunde liegen, welcher eine negative Wirkung auf die Psyche der Mutter nimmt. Die Argumentation bietet jedoch nicht eindeutige Evidenz und bedarf daher noch an Forschung.

7.4. Auswirkungen der PPD auf das Stillverhalten der Mutter

Ob das Stillen oder Nicht-Stillen einen Einfluss auf die Entstehung von PPD hat oder ob PPD das Stillverhalten beeinträchtigt, ist ein viel diskutiertes Thema. Eine eindeutige Aussage hierzu ist demnach noch nicht näher bestimmt. Dennoch ist klar, dass das Stillen und PPD in Wechselwirkung zueinanderstehen. Da das Stillen beziehungsweise Nicht-Stillen eine Auswirkung auf die Entstehung von PPD hat und die psychische Verfassung das Stillverhalten beeinflusst, taucht die Frage auf, ob der Stillprozess für die Mutter immer von Nutzen ist.

Die Behauptung, dass postpartal depressive Frauen einen geringeren Wunsch haben oder weniger in der Lage sind zu stillen, ist unberechtigt (McCarter-Spaulding & Horowitz, 2007). So erklärt Weichberger (Anhang 1, S. 7), dass manche Frauen kontinuierlich stillen und großen Wert darauf legen, weil sie annehmen, dass es „das Einzige [ist] was sie für das Baby tun können.“ Dennoch ist zu erwähnen, dass bei PPD Erkrankungen häufiger Stillprobleme auftreten, wie zum Beispiel Hohlwarzen oder ein verzögerter Milcheinschuss (001, Anhang 2, S. 6). So berichtet Schrimpf (2013, S. 16) von ihren anfänglichen Erfahrungen: „Qualvolle Minuten vergehen, bis die Milch endlich richtig zu fließen beginnt. Die ständige Anspannung, unter der mein Körper steht, und der dauerhafte Schlafmangel führen dazu, dass die Milchproduktion zurückgeht.“ So kann sich die Depression auch auf die Physiologie der Mutter auswirken. Wie eine Frau mit Schwierigkeiten bezüglich des Stillens umgeht, hängt jedoch davon ab, welchen Wert sie dem Stillen verleiht. So setzen manche Frauen das Stillen mit der Fähigkeit als Mutter für ihren Nachwuchs zu sorgen gleich (McCarter-Spaulding & Horowitz, 2007). Ist das Stillen von großer Bedeutung für die Frau und „versagt“ sie nun dabei, kann es sie tiefer in die Depression treiben.

Obwohl nur wenige eindeutige Angaben bezüglich des Stillverhaltens von PPD-Frauen zu ermitteln sind, zeigt sich, dass erkrankte Mütter frühzeitiger abstillen (Woolhouse et al., 2016). Die Zufuhr von Muttermilch über die Brust geht mit einem hohen körperlichen und psychischen Energieaufwand einher (Hagen, 1999). Beinhaltet der Vorgang des Stillens für

die Mutter nun mehr Kosten als Vorteile, kann es den Verlauf von PPD sogar begünstigen. Jene Mütter, die durch die Depression negative Erfahrungen mit dem Stillen machen, sind rasch dazu verleitet zum Fläschchen zu greifen beziehungsweise Ersatznahrung heranzuziehen (Weichberger, Anhang 1, S. 7). Die Wahl das Kind mit der Flasche zu füttern kann in diesem Fall langfristig Entlastung bringen. Andererseits besteht die Möglichkeit, dass der Griff zum Fläschchen bei PPD zwar vorübergehend eine Erleichterung darstellt, jedoch im Laufe der Zeit Versagens- und Schuldgefühle auftreten (Weichberger, Anhang 1, S. 7). Dies kann in einem Teufelskreis enden und die zerrüttete Lage weiter verstärken. Eine andere Folge könnte sein, dass der Abbruch des Stillens eine körperliche Entlastung bietet, jedoch die Mutter von Anfang an diese Erfahrung mit Misserfolg und einem schlechten Gewissen assoziiert. Hierbei werden die betroffenen Frauen tiefer in die Depression gedrängt und die kritischen Zustände intensiviert (Brüne & Schiefenhövel, 2019). Aus diesen Gründen ist zu bedenken, ob das Stillen in einer psychisch instabilen Situation eine zusätzliche Belastung darstellt und folglich ein Abbruch von Vorteil wäre oder ob letzteres den Verlauf von PPD weiter begünstigt (McCarter-Spaulding & Horowitz, 2007).

8. Vergleich spezifischer ExpertInnenantworten

Die Meinungen und Aussagen der ExpertInnen wurden im Verlauf der Arbeit anhand von ausgewählter Literatur behandelt. Da sich die Interviewleitfäden im Aufbau der Fragen unterscheiden und ein dementsprechender Vergleich schwierig ist, werden ausschließlich die Antworten der Abschlussfragen, die für alle InterviewpartnerInnen gleich waren, in der nachfolgenden Tabelle (Tabelle 1) dargestellt. Diese sind gleich formuliert und stellen unter anderem die in der Arbeit behandelten Hypothesen vor. Zudem spricht einer der Punkte die Thematik, ob PPD eine Erkrankung der Mutter ist, an. Zur vollständigen Dokumentation wurden die gesamten Transkripte dem Anhang beigelegt (Anhang 1 bis 4).

Tabelle 1

Abschlussfragen der Interviewleiterin und Antworten der TeilnehmerInnen im Rahmen der ExpertInneninterviews

Frage 1	Antworten der InterviewteilnehmerInnen			
	Weichberger	Jahn	001	Martin
Sind Sie der Meinung, dass PPD eine psychische Erkrankung der Mutter ist?	Was sonst? [...] Also es ist [...] sicher etwas was sich bei der Mutter manifestiert. Bei der Vorbeugung und bei der Behandlung kann man [...] ja an ganz vielen Schrauben drehen. Also nicht nur bei der Mutter, sondern da muss man auch auf das Baby schauen und [...] auf das soziale Umfeld [...]. Also es ist sicher eine komplexe Sache, aber die Symptome sind am deutlichsten wahrscheinlich bei der Mutter wahrnehmbar, und eigentlich auch beim Baby. [...] [I]ch bin der Meinung, dass wenn eine Frau eine postpartale Depression hat, dann werden wir auch Auffälligkeiten bei dem Baby finden (S. 9).	Ja definitiv. Also es ist auch wichtig zu unterscheiden [...] zwischen, zum Beispiel „Baby Blues“ als vorübergehendes Phänomen nach ein paar Tagen, das von sich aus wieder abklingt meistens und jetzt keine eigenständige Krankheit ist. Da [ist] wirklich klar zu sagen, dass die postpartale Depression, wenn sie als solche auch diagnostiziert wird, [...] auf jeden Fall eine Erkrankung die einen hohen Leidensdruck hat [und] auf jeden Fall Behandlung braucht. Also auch wenn die Erkrankung natürlich eingebettet ist [im] sozialen Kontext und all diese Belastungsfaktoren mitspielen, ist es eine psychische Erkrankung die Behandlung braucht (S. 20).	Nein, in dem Sinne nicht. Es ist nur eine vorübergehende Erscheinung [,die] auch gleich wieder verschwindet. Es sei denn es kommt noch irgendwas dazu, dann kann es natürlich in irgendetwas anderes ausarten. All das was ich gesagt habe ist nur meine Erfahrung und Meinung. Das ist nicht wissenschaftlich (S. 7).	Ja es hat [eine] psychische Auswirkung, aber wie gesagt ich denke die Basis ist physiologisch. Für mich ist es [...] eine Pathologie die behandelt werden sollte. Und man hat verschiedene Ansätze verwendet, dass man durch psychologische Behandlung [...] versucht die Depression herunterzusetzen, aber soweit wie ich das verstande[n] [habe] funktioniert das kaum. Ich denke es ist ein Fehler. [I]ch denke [,dass] psychologische Umstände eine Rolle spielen [...]. Es kann sein das eigentlich alles in Ordnung ist in der Außenwelt, aber man setzt sich selber unter Stress. [A]ber [...] zu versuchen Depression zu verstehen ohne Stress zu berücksichtigen, das ist für mich vollkommen falsch (S. 16).

Fortsetzung Tabelle 1

Frage 2	Antworten der InterviewteilnehmerInnen			
	Weichberger	Jahn	001	Martin
Einer meiner Hypothesen in der Diplomarbeit lautet „Frauen die einen geringeren sozialen Support, vor allem vom Partner und von der Familie empfinden, sind eher von PPD betroffen als Frauen die einen höheren sozialen Support wahrnehmen“ – Wie stehen Sie dazu?	Das kann ich wiederum nicht beantworten. Da müsste man auch die Studien anschauen [...]. Also jetzt aus dem Bauch heraus sage ich sofort „Ja“. Also das ist sicher [...] ein riesengroßes Problem und es ist sicher auch teils [...] ein [...] gesellschaftliches Phänomen, weil so [...] wie hier [...] in der westlichen Welt Babys [...] im ersten Jahr großgezogen werden. Also diese Isolation der Frauen, [...] das ist nicht das, was eine junge Mutter braucht. Also da [...] bräuchte sie viel mehr soziale Einbettung, viel mehr Austausch, viel mehr Unterstützung, [...]viele Hände die das Baby auch herumtragen, die dafür sorgen, dass sie auch mal schlafen kann, dass sie auch mal ein bisschen aufatmen kann. Also das ist sicher so (S. 9f.).	Das würde ich auf jeden Fall unterstreichen. Also [...] das zeigt sich schon, dass das oft ein wesentlicher Belastungsfaktor ist, dass Mütter sich entweder wenig unterstützt fühlen oder auch wenig verstanden fühlen in ihren Belastungen. Also ich glaub das ist so der zweite Faktor. Oder sich eben ein Stück alleine fühlen, isoliert fühlen, möglicherweise auch doppelt belastet mit Haushalt und aufs Kind schauen. Und, dass je besser dieses Netz ist, je mehr sie gehalten und getragen sind vom Umfeld, desto geringer ist das Risiko zu erkranken (S. 20).	Das kann ich nicht [...] so beantworten, weil bei ganz [...] bei ganz normalen, viel behüteten [Frauen], also Support von Ehemann, Familie [...] haben und trotzdem haben manche dieses Gefühl allein gelassen zu sein mit ihren Problemen. Das hat mit dem [...] allen nichts zu tun (S. 7).	Ich bin absolut damit einverstanden. Das hängt auch mit Stress zusammen, nicht? Wenn man vom Partner, von der Gesellschaft nicht unterstützt wird steht man zwangsläufig unter Stress (S. 16).

Fortsetzung Tabelle 1

Frage 3	Antworten der InterviewtenehmerInnen			
	Weichberger	Jahn	001	Martin
Meine zweite Hypothese lautet, dass „Frauen die auf das Stillen verzichten, beziehungsweise verzichten müssen und dadurch nur mehr das Fläschchen geben, sind ebenfalls eher von postpartaler Depression betroffen, als Frauen die in den ersten Monaten ausschließlich dann stillen.“ Was sagen Sie dazu?	Ich denke da muss man ein bisschen differenzierter schauen, weil es gibt unterschiedliche Gründe warum eine Frau nicht stillt. [...] [Z]um Beispiel, jetzt habe ich eine Patientin die ist psychisch krank. Die hat eine Schizophrenie und sie muss Medikamente nehmen, damit sie nicht einen schizophrenen Schub bekommt. Und wir haben während der ganzen Schwangerschaft immer wieder darüber gesprochen wie wichtig für sie das Stillen ist [...] sie sagt ganz klar „Es ist mir viel wichtiger, dass ich das Baby bei mir behalten kann und, dass ich keinen Schub krieg“, als dass ich stillen kann.“ Also ich glaub' da muss man [sich] anschauen welche Wertigkeit das Stillen für die Frau hat. Also generell „wie kann sie sich als gute Mutter erleben“. Ich glaube das ist viel viel wichtiger als das Stillen selbst, weil stillen kann auch für viele Frauen [...] einen ganz großen Druck erzeugen, ja? Wenn [...] das Stillen gut funktioniert, [...] da bin ich mir ganz sicher, dass die Frau etwas glücklicher ist, das Kind ausgeglichener ist. Also, dass bei Frauen [...] die gut stillen können wahrscheinlich weniger Frauen depressiv sind, als dort [...] wo [es] Schwierigkeiten mit dem Stillen gibt. Aber er schließt eben Frauen nicht aus, die ganz bewusst oder aus bestimmten Grund auf das Stillen verzichten müssen. Also ich glaub' da muss man einfach die Motive anschauen warum eine Frau nicht stillt, [...] weil die Aussage ist ein bisschen zu pauschal für mich (S. 10).	Ich glaub' da muss man genau unterscheiden warum Frauen womöglich nicht mehr stillen. Also wenn eine Frau selbstbestimmt die Entscheidung trifft, dass sie nicht stillen möchte und sich aktiv fürs Fläschchen entscheidet und mit dieser Entscheidung wohlfühlt, dann stellt's glaub ich keinen Risikofaktor dar. [E]s gibt so oft die Idee, dass das Stillen dann so viel förderlicher für die Mutter-Kind-Beziehung sei. Da kann man natürlich klar antworten, dass die Beziehung auch sehr gut sein kann oder mindestens genauso gut [...] wenn man das Fläschchen gibt und das auf eine bindungsfördernde Art tut. Da würd' ich sagen muss es keinen Risikofaktor darstellen. Wenn Mütter nicht stillen, [...] weil diese erste Zeit, diese Stillbeziehung sich nicht so etablieren konnte, weil sie da sozusagen schwierige Erfahrungen gemacht haben, frustriert wurden oder abstimmen mussten, weil sie zum Beispiel Medikamente einnehmen mussten und sie das verunmöglicht haben [...], dann glaub ich ist es auf jeden Fall ein Risikofaktor, weil das oft dann eben so das Gefühl ist in etwas, was ihnen ganz wichtig ist für die Mutter-Kind-Beziehung [...] oder in ihrer Mutterrolle versagt zu haben. Und schwierig ist natürlich da schon auch das gesellschaftliche Thema, wo viel Druck noch immer ausgeübt wird, wo sie sich rechtfertigen müssen und das Gefühl da ihrem Kind womöglich etwas vorzuenthalten das es eigentlich verdient hätte. Und das produziert ja dann wieder Schuldgefühle und kann in einer Depression treiben. Aber Natürlich weiß man, dass Stillen auch bissal so einen produktiven Faktor hat, [...] dass es auch hormonell Stressreduzierend wirkt und Verbindungsaufbau fördert. [...] Stillen das unter viel Druck passiert, unter Schmerzen und wo Mütter eigentlich im Rahmen ihrer Erschöpfung sind, das muss nicht mehr bindungsfördernd und positiv sein. Da [...] kann's wirklich eine große Entlastung sein zu einem Fläschchen zu greifen. Aber umgekehrt, ähm eine Frau die gerne gestillt hätte und das gerne tut und dabei nicht unterstützt wird und aus Problemen das nicht machen kann, für die ist das ein großes Thema (S. 21).	Kann ich auch nicht bestätigen. Was ich mal, bevor ich überhaupt hier gearbeitet habe [...] erlebt hab'. Eine Frau hat zum Beispiel Zwillinge bekommen. Plötzlich war sie so depressiv und hat geweint und wollte die Kinder nicht haben, weil sie gedacht hat wie soll sie die zwei Kinder ernähren. Das ist ein Problem, ja? Besonders in der heutigen Zeit [...] vielleicht nicht, aber wenn man am Lande ist oder wo anders ist wo man das [Anm. Muttermilchersatzmittel] alles nicht so gut haben kann. Sie war Krankenschwester. Sie hat gesagt „ich will die Kinder nicht sehen, ich mag sie nicht“ und so weiter. Und sie hatte eine Depression, weil sie dachte „Es sind zwei Kinder, so viel Milch hab' ich nicht.“ Das gibt's auch, ja? (S. 7f.)	Ja, wie ich erklärt habe. Das ist belegt, also da gibt es kein[e] Zweifel weil es gibt sehr viele Studien, [die] zeigen, dass eine Depression nach der Geburt viel häufiger vorkommt, wenn eine Frau nicht stillt (S. 16).

Die Ergebnisse der im Rahmen der Interviews gestellten Fragen zeigen deutliche Unterschiede bezüglich der Klassifizierung von PPD. Dies weist darauf hin, dass sogar im ExpertInnenkreis Diskrepanzen herrschen. Frage 1 „Sind Sie der Meinung, dass PPD eine psychische Erkrankung der Mutter ist?“ führte zu keiner gänzlichen Einstimmigkeit unter den Befragten. Weichberger (Anhang 1, S. 9) und Jahn (Anhang 3, S. 20) waren sich einig, dass es sich bei PPD um eine psychische Erkrankung der neugeborenen Mutter handelt. Die Tatsache, dass die Psychologin und Psychotherapeutin PPD als behandlungsbedürftige Erkrankung sehen liegt vermutlich an ihrem medizinischen Arbeitsumfeld und der entsprechend erlangten Ausbildung. Die ehemalige Krankenschwester ist der Meinung, dass es sich bei PPD um eine „vorübergehende Erscheinung“ handelt und sie somit keine psychische Erkrankung darstellt (001, Anhang 3, S. 5f.). Die Antwort lässt darauf schließen, dass selbst ausgebildetes Krankenhauspersonal keinen aktuellen Wissensstand über das Krankheitsbild, die Diagnose und die Behandlung von PPD besitzen, was zum Nachteil der betroffenen Frauen führt. Denn so werden beispielsweise Frauen mit dem herkömmlicheren Baby Blues fehldiagnostiziert, die Anzeichen von PPD als natürliche Folge der Geburt angesehen und die Symptome bleiben unbehandelt (Robertson et al., 2003). Martin (Anhang 4, S. 16) erläutert, dass PPD Auswirkungen auf die Psyche nimmt, es hormonell bedingt ist und mit Stress in Verbindung steht (S. 3). Die beiden hypothesentestenden Fragen des allgemeinen Teils des Interviews werden in der Diskussion (Kapitel 10) genauer behandelt.

9. Zusammenfassung der ExpertInneninterviews und deren Diskussion

Die Meinungsverschiedenheiten könnten daraus resultieren, dass die ExpertInnen PPD aus unterschiedlichen Blickwinkel betrachten. Obwohl PPD offiziell als „psychische Verhaltensstörung im Wochenbett“ klassifiziert ist (WHO, 2019), sollte diese rein medizinische Betrachtungsweise kritisch hinterfragt werden. So kann ebenso wenig gesagt werden, dass es sich bei PPD um eine rein hormonelle Störfunktion handelt (Martin, Anhang 4, S. 4). Da der Körper auf hormoneller Basis funktioniert und somit auch die psychischen Zustände durch hormonelle Vorgänge kontrolliert werden (Hoffmann, 2019), ist der Annahme zuzustimmen, dass PPD physiologischen Veränderungen unterliegt. Die hormonellen Umstellungen besagen jedoch nicht, wie Martin meint, dass PPD einen physiologischen Ursprung haben muss. Der postpartale Abfall von Östrogen und Progesteron führt häufig zu depressiven Symptomen kurz nach der Geburt, welche typisch für den anfänglichen Baby Blues sind. Dieser klingt jedoch nach ein bis zwei Wochen wieder ab und führt nur in 20% der Fälle zu PPD (Robertson et al., 2003). Letzteres tritt auf, wenn

psychische und psychosoziale Risikofaktoren, wie zum Beispiel geringer sozialer Support, dazukommen. Wenn diese von außen und innen wirkenden Faktoren die Frau zusätzlich belasten, wird Stress bei ihr verursacht, der wiederum einen beträchtlichen Einfluss auf die Physiologie der Mutter nimmt und depressive Symptome hervorruft. Jedoch können psychische und psychosoziale Risikofaktoren schon während der Schwangerschaft einwirken und die Frau in eine Depression stürzen. Zudem ist die Behauptung, dass eine psychische Behandlung keine Ergebnisse erzielen kann (Martin, Anhang 4, S. 16) beziehungsweise im Falle der Erkrankung Frauen nur abwarten können, bis diese vorübergeht (Martin, Anhang 4, S. 9f.) stark zu hinterfragen. Denn in der Gesprächstherapie können die belastenden Faktoren analysiert und beredet werden, wodurch Stress reduziert, der Hormonhaushalt im Körper reguliert und die psychische Verfassung gezielt verbessert werden können. Zudem lernt das soziale Umfeld in der verbalen Therapie Verständnis für die Situation zu zeigen, auf Bedürfnisse Anderer einzugehen, Wert auf Kommunikation zu legen und auf diese Weise hilfreiche Unterstützung zu leisten (Coates et al., 2014).

10. Diskussion

Zieht man die evolutionäre Funktion von PPD in Betracht, geht man davon aus, dass es sich bei PPD nicht, wie medizinisch festgelegt, um eine Erkrankung der Psyche handelt, sondern um einen Anpassungsmechanismus der Frau, der sich im Laufe der Zeit entwickelt hat. Die für die Mutter ungünstigen Umstände verursachen Stress, der Reaktionen in Form von depressiven Symptomen mit sich bringt (Thornhill & Furlow, 1998). Der nachteilige Kontext, welcher durch die Umwelt geprägt wird, drängt die Mutter dazu die Investition in das eigene Kind zu überdenken, um ihre Überlebenschancen und gegebenenfalls die der weiteren Nachkommen zu erhöhen (Hagen, 1999). Demnach liegt die ultimate Ursache von PPD in der Steigerung der Fitness. Verständnis für solch eine außermedizinische Sichtweise kann den Stand von PPD in der Gesellschaft verändern. So trägt die Sichtweise auf PPD als Störfunktion oder psychische Erkrankung eine negative Behaftung, die letztendlich zum Leiden der Betroffenen Tabuisierung und Vorurteile begünstigt. Die evolutionäre Perspektive impliziert einen natürlichen und weit zurückliegenden Ausgangspunkt von PPD, was der Stigmatisierung des Themas entgegenwirken, aber die Erkrankung nicht weniger behandlungsbedürftig erscheinen lassen soll. Verständnis für den evolutionären Aspekt von PPD als Adaption zur Steigerung der Fitness kann Frauen bei der Diagnosestellung und beim Aufsuchen von Hilfe bestärken. Demnach ist PPD keine eindeutige Ursache zuzusprechen und nicht nur aus einem Blickwinkel zu betrachten. In vielen Fällen resultiert die Erkrankung aus der Kombination von verschiedenen biologischen, psychischen und psychosozialen Faktoren, die für die Mutter belastende Umstände bereiten. Diese für sie nachteilige Situation drängt sie dazu ihren Elternaufwand zu überdenken, was in Form von PPD zum Vorschein kommt.

Die zweite allgemeine Frage im Rahmen der ExpertInneninterviews untersuchte die Stellungnahme der Befragten zu Hypothese 1 meiner Arbeit, welche besagt, dass Frauen, die einen geringeren sozialen Support, vor allem vom Partner und von der Familie empfinden, eher von PPD betroffen sind als Frauen, die einen höheren sozialen Support wahrnehmen. Alle ExpertInnen, außer der Krankenschwester, kamen hierbei zu einem Konsens: Sie wiesen darauf hin, dass geringer sozialer Support eine enorme Belastung ist und Stress verursachen kann und folglich ein Risiko für PPD darstellt. Dennoch waren letztendlich alle Befragten mit dem Großteil der Literatur im Einklang, dass eine gute soziale Einbettung der Frau nach der Geburt einen großen Schutz bietet. Auch Schrimpf (2013) unterstreicht mehrmals in ihrem Buch, dass Unterstützung vom sozialen Umfeld eine ausschlaggebende Rolle bei PPD spielt. Die in Kapitel 3 verdeutlichte Assoziation von

niedrigem sozialem Support mit einem erhöhten Entwicklungsrisiko von PPD wird somit unterstützt und bestätigt. Die Antwort der Krankenschwester weist jedoch auf einen wichtigen Aspekt hin, der hervorhebt, dass großer sozialer Support nicht automatisch eine vorbeugende Funktion haben muss (001, Anhang 2, S. 7). So ist es möglich, dass, wie sie erläutert, auch in gutbehüteten Fällen PPD zum Vorschein kommen kann. Hierbei ist die subjektive Wahrnehmung des sozialen Supports (*perceived support*) der Mutter entscheidend (Schaefer et al., 1981), welche stark von der kulturellen Herkunft geprägt ist. Auch wenn die Frau hohe soziale Unterstützung vom Partner, Familie und Freunden erhält, muss sie diese nicht immer als positiv empfinden. Während manche Frauen den greifbaren Support, wie die finanzielle Hilfe des Partners oder Entlastung im Haushalt, als eine hohe Unterstützung ansehen (Mattson & Hall, 2011), fühlen sich andere wiederum erst ausreichend unterstützt, wenn emotionaler Beistand geleistet wird und zwischenmenschliche Kommunikation stattfindet. Hypothese 1 kann bestätigt werden, da Frauen, die einen geringeren sozialen Support vom Umfeld wahrnehmen deutlichermaßen ein höheres PPD Risiko aufweisen. Dennoch ist zu betonen, dass die Hypothese unter Berücksichtigung der subjektiven Wahrnehmung, kulturellen Aspekte und individuellen Bedürfnissen der Mutter in Bezug auf soziale Hilfestellung diskutiert werden muss.

Frage 3 des allgemeinen Interviewteils behandelte die zweite Hypothese und die entsprechenden ExpertInnenmeinungen. In der Hypothese wird argumentiert, dass Frauen, die auf den Vorgang des Stillens verzichten (müssen) und dadurch nur das Fläschchen geben, eher von PPD betroffen sind als Frauen, die in den ersten Monaten der Postpartum-Phase ausschließlich Stillen. Die ExpertInnen sind hier gespaltenen Ansicht. Martin verwies innerhalb des Interviews kontinuierlich auf den Zusammenhang des Stillens und der Entwicklung von PPD und befürwortete die Annahme somit zweifellos. Jahn, Weichberger und die Krankenschwester gaben jedoch zu erkennen, dass die Argumentation etwas weit hergeholt sei, da die Gründe, weshalb eine Frau nicht stillt, in der Formulierung der Hypothese außer Acht gelassen werden. Wie in den Punkten 7.3 und 7.4 dargelegt wurde, stehen PPD und das Stillverhalten der Mutter in Wechselwirkung. Obwohl die Hemmung der Laktation physiologische Folgen wie einen niedrigen Oxytocinwert und eine daraus resultierende Anfälligkeit für Stress mit sich zieht (Light et al., 2000), ist die Hypothese nicht einfach zu bestätigen. Frauen, denen das Stillen wichtig ist und denen es aus physiologischen Gründen nicht möglich ist dem Kind die Brust zu geben, zeigen eine durch Schuldgefühle erhöhte Gefahr depressive Symptome zu entwickeln. Im Gegensatz dazu ist bei Müttern, die prinzipiell Stillen könnten, jedoch bewusst zum Fläschchen greifen und mit ihrer Entscheidung zufrieden sind, „bottle-feeding“ weniger als Risikofaktor anzusehen

(Jahn, Anhang 3, S. 21). Weiters ist der Zeitpunkt der Erkrankung und die damit verbundenen Auswirkungen auf das Stillverhalten zu beachten. Bei einer bereits an PPD erkrankten Frau kann das Verabreichen von Muttermilch über das Fläschchen als Erleichterung dienen und somit die Genesung begünstigen, aber auch die depressive Lage durch Schuld- und Versagensgefühle verstärken. Aus diesen Gründen ist der Hypothese, dass durch den Verzicht aufs Stillen Frauen eher von PPD betroffen sind, nicht gänzlich zuzustimmen. Vielmehr sind die individuellen Gründe einer Frau für den Verzicht auf das Stillen und zusätzlich der allgemeine psychische Zustand der Frau ausschlaggebend dafür, ob das Fläschchengeben Auswirkungen auf eine mögliche PPD hat.

Zusätzlich zu den geführten Interviews zeigten sich im Laufe der Literaturrecherche strittige Aspekte zum Thema PPD. Zunächst ist es alarmierend, dass heutzutage pränatal nur in auffällig kritischen Fällen PPD vor den Schwangeren und Angehörigen angesprochen wird (001, Anhang 2, S. 1) und auch in den Geburtsvorbereitungskursen nur ein „Randthema“ darstellt (Jahn, Anhang 3, S. 2). So kommt es zur Vernachlässigung der Vermittlung von Risikofaktoren, Behandlungsmethoden und anderen Beratungsmöglichkeiten wie beispielsweise Selbsthilfegruppen. Hierbei benötigt es Aufklärungsmaßnahmen, die Frauen und ihr soziales Umfeld im Vorhinein über die Risiken von PPD und wichtige Faktoren wie zum Beispiel hoher prä- und postpartaler sozialer Support informieren, um die postpartum Phase so angenehm wie möglich für die Mutter zu gestalten und letztlich PPD vorzubeugen. Um Maßnahmen gegen PPD zu setzen, ist auch im medizinischen Bereich Aufklärung erforderlich. Die aus den Interviews hervorgehende Unkenntnis der Unterschiede zum Baby Blues und der Risiken von PPD deuten auf ein mangelndes Wissen beim Krankenhauspersonal hin. Dennoch ist zu erwähnen, dass im Laufe der Arbeit nur eine Krankenschwester befragt wurde und daher weitreichende Aussagen mit Vorsicht zu betrachten sind. Um umfassende Angaben darlegen zu können wird mehr Forschung im Krankenhausbereich benötigt.

Zudem zeigen die PPD-Häufigkeitsangaben von Land zu Land sowohl ungenaue als auch unterschiedliche Aufnahmen. Dies weist darauf hin, dass viele Fälle undokumentiert und unbehandelt bleiben. Vor allem Entwicklungsländer sind von letzterem stark betroffen, da sich viele den nachgeburtlichen Untersuchungen entziehen oder diese nicht zugänglich sind und sowohl medizinische Ressourcen als auch Aufklärung in diesem Bereich häufig fehlen (Upadhyay et al., 2017). Diese Unklarheiten in Bezug auf die Zahlen der PPD betroffenen Frauen führt folglich zu ungenauen und teils widersprüchlichen globalen PPD-Raten. Zudem sind diese nicht auf dem aktuellsten Stand. Auch im Punkto Stillen werden präzisere

Aufzeichnungen und Maßnahmen zur Dokumentation verlangt. Die Unterschiede in „exclusive breastfeeding“, „mixed feeding“ und „bottle-feeding“ Raten sind sogar bei den Angaben der WHO nicht deutlich ersichtlich. Um Parallelen zwischen PPD und Stillen zur Bestimmung von Risikofaktoren ziehen zu können, benötigt es in beiden Bereichen genaue Dokumentation. Weiters demonstrieren Entwicklungsländer höhere Stillraten als Industrieländer, welche zu beachtende Auffälligkeiten sind. Grund dafür könnte der durch das schwache Einkommen verminderte Zugang zu Säuglingsergänzungsnahrung sein, wodurch viele Frauen und das Kind auf Muttermilch angewiesen sind. Welchen Einfluss diese Gebundenheit ans Stillen auf die Psyche der Mutter nimmt geht nicht eindeutig hervor und verlangt mehr Forschung.

10.1. Einschränkungen

Die Argumentation und Behandlung der Hypothesen beschränkt sich auf die ausgewählte Literatur und behandelt geringen sozialen Support und „bottle-feeding“ als eigenständige Risikofaktoren und deren Auswirkungen auf die Entstehung von PPD. Der Einfluss von anderen biologischen, psychischen und psychosozialen Faktoren, wie beispielsweise psychische Vorerkrankungen, sozioökonomischer Status und stressverbundene traumatische Lebensereignisse, in Kombination mit den erwähnten Risikofaktoren wurde in dieser Arbeit nicht berücksichtigt. Weiters gilt für die Literatur eine zeitliche Beschränkung auf die letzten 30 Jahre. Zudem reduziert sich die Beweislage auf die Aussagen und persönlichen Meinungen von lediglich fünf ExpertInnen. Hierbei handelt es sich bei einer der ExpertInnen um eine seit zwei Jahren pensionierte Krankenschwester. Ihre Äußerungen beziehen sich demnach auf ihre ehemaligen beruflichen Ereignisse und Erfahrungen, wodurch aktuelle Wissensstände und Umstände des Krankenhauspflegepersonals nicht ermittelt werden konnten. Zudem stammt der Großteil der ExpertInnen aus Wien, wodurch sich die Daten und Aussagen auf die Situationslage dieser Stadt beschränken. Die globalen Angaben wurden somit ausschließlich aus der Literatur entnommen, mit Ausnahme von Martin, der die Umstände von Frauen in den USA vor Augen führte.

10.2. Empfehlungen für zukünftige Forschung

Ein Aspekt, der noch wenig Aufmerksamkeit im Forschungsbereich erlangt hat, ist der kulturelle Faktor bei der Entwicklung von PPD. Die Literatur weist vermehrt darauf hin, dass Kultur in Verbindung mit sozialem Support und der postpartalen Phase steht, die je nach Land variieren. Dennoch ist noch nicht deutlich gezeigt worden, welchen Einfluss Kultur auf die Psyche der Frau und Entstehung von PPD nimmt. Hierbei ist zu überlegen, ob die kulturelle Herkunft einen eigenständigen Risikofaktor für PPD darstellt. Da doch kulturelle

Faktoren, wie zum Beispiel die Geburt eines Mädchens, vor allem in östlichen Ländern und Entwicklungsländern eine gravierende Rolle spielen und Auswirkungen auf das PPD Risiko haben, ist es von Bedeutung diese vor Ort und in westlichen Ländern genauer zu untersuchen. Auf diese Weise kann in gefährdeten Gebieten und in andere Regionen gezielt präventive Maßnahmen gegen PPD gesetzt werden.

Die bereits erwähnten ungenauen Raten in Bezug auf PPD und das allgemeine Stillverhalten von Frauen weltweit verlangen genauere Untersuchungen und Dokumentation. Auch die auftretenden Unterschiede, die sich diesbezüglich in Entwicklungs- und Industrieländern zeigen und Gründe für das Auftreten dieser, sind noch nicht ausreichend erforscht. Sowohl aktuelle Studien als auch übereinstimmende Datenaufnahmen des Stillverhaltens von gesunden und vor allem an PPD erkrankten Frauen sind wünschenswert, um präzisere Aussagen zu „bottle-feeding“ als Risikofaktor aufstellen zu können. Diese sind jedoch nur mithilfe genauer PPD Angaben möglich. Dazu bedarf es an umfangreicheren Hormonmessungen, unter anderem des Oxytocinwertes, bei Frauen nach der Geburt und vor allem bei jenen die ausschließlich das Fläschchen geben.

Weiters verlangt die Klassifizierung von PPD noch weitere Untersuchungen, um im medizinischen Bereich Unklarheiten zu verringern. Nichtsdestotrotz sollte in der Forschung auch den außermedizinischen Perspektiven von PPD, wie beispielsweise den evolutionären Kontext, mehr Beachtung geschenkt werden. Die in diesem Zusammenhang zu erkennenden Ursachen von PPD und die damit verbundenen Risikofaktoren fordern weiterführende Studien um Behandlungsmethoden zu verbessern und anzupassen. Außerdem liegt der Schwerpunkt der PPD-Forschungen auf heterosexuellen Paaren, wodurch PPD-Betroffenheit in gleichgeschlechtlichen Beziehungen relativ wenig Aufmerksamkeit erlangte. Da homosexuelle Partnerschaften zunehmend an gesellschaftlicher und gesellschaftspolitischer Relevanz gewinnen, sind Untersuchungen in diesem Bereich erforderlich.

10.3. Implikationen für die Zukunft

Um im beruflichen Feld Aufklärung über das Thema postpartale Depression zu schaffen sind beispielsweise Ringvorlesungen oder Seminare in klinischen oder universitären Einrichtungen zu empfehlen, die als verpflichtende Fortbildung vom medizinischen Personal zu erfüllen sind. Hierbei sollte ein interdisziplinärer Ansatz verfolgt werden, der besonderen Wert auf eine außermedizinische, evolutionäre Herangehensweise an PPD legt, um gesellschaftlichen Vorurteilen gegenüber Betroffenen entgegenzutreten. Um auch in der Öffentlichkeit und vor allem bei Frauen mehr Bewusstsein für das Thema aufzubringen, sind

Dokumentarfilme, die zum Beispiel Erfahrungen ehemals erkrankter oder gegenwärtig betroffener Mütter veranschaulichen, ans Licht zu bringen. Auch leistet die Veröffentlichung von Erfahrungsberichten wie der der deutschen Autorin Ulrike Schrimpf oder der US-amerikanischen Schauspielerin Brooke Shields einen wesentlichen Beitrag zur gesellschaftlichen Aufklärung. Da die persönlichen Erzählungen die Realität und den Alltag vieler Betroffener widerspiegelt, können Frauen sich mit den beschriebenen Erlebnissen identifizieren und sind womöglich ermutigt Hilfe zu suchen. Auf diese Weise kann in manchen Fällen bereits im Vorfeld geholfen und auch Angehörige in Kenntnis gesetzt werden. Zudem ist es erforderlich Hilfsangebote, wie Selbsthilfegruppen, online Portale für PPD-Mütter und Gesprächsmöglichkeiten mit PsychologInnen, mehr ins öffentliche Blickfeld zu rücken und für Frauen zugänglicher zu machen. Indem dem Thema mehr Wichtigkeit beigemessen wird, kann nicht nur der Stigmatisierung entgegengewirkt, sondern auch PPD vorgebeugt werden.

11. Conclusio

Postpartale Depression stellt mit einer globalen Prävalenz von 17,7% mittlerweile die häufigste Wochenbettkrankung nach dem Baby Blues dar und ist somit ein öffentliches und weltweites Gesundheitsanliegen. Im Forschungsbereich ist diesbezüglich und in Hinblick auf die Kategorisierung, Prävalenzen und Risikofaktoren von PPD noch viel Arbeit zu leisten. Bei letzteren steht dennoch fest, dass geringer sozialer Support einen gravierenden Einfluss auf die Entwicklung von PPD nehmen kann und mit einem höheren PPD-Risiko verbunden ist. Auch bei den interviewten ExpertInnen und innerhalb der Literatur überwiegt die Meinung, dass soziale Einbettung in der postpartalen Phase nicht nur von großer Bedeutung ist, sondern auch einen Schutzfaktor für PPD darstellt. Demnach ist der Annahme zuzustimmen, dass Frauen, die einen geringen sozialen Support vom Umfeld wahrnehmen, eher von PPD betroffen sind als jene, die hohe Unterstützung vom Partner und der Familie empfinden. Jedoch ist dies von der subjektiven Wahrnehmung der Frau, kulturellen Aspekten und den individuellen Bedürfnisse der Frau abhängig. „Bottle-feeding“ ist im Gegensatz dazu nicht einfach als Risikofaktor für PPD hinzunehmen, da es, wie PPD selbst, ein vielschichtiges und komplexes Thema darstellt. Obwohl Stillen viele gesundheitliche Vorteile mit sich bringt, ist es im Falle von PPD nicht allen Patientinnen zu raten, da es für manche eine weitere Belastung darstellen kann. Zudem müssen die Gründe für das Fläschchengeben, die Dauer und das Ausmaß des Stillens ermittelt werden, um „bottle-feeding“ als Risikofaktor einstufen zu können. Dementsprechend ist die Aussage, dass Frauen, die auf den Vorgang des Stillens verzichten (müssen), eher von PPD betroffen sind als Mütter, die ausschließlich nach der Geburt stillen, mit Vorsicht zu handzuhaben.

Die postpartale Depression per medizinischer Definition als „schwere depressive Erkrankung“ (American Psychiatric Association, 2013) zu sehen, findet in der Gesellschaft und im Expertenkreis vorwiegend Akzeptanz. Diese einseitige Betrachtungsweise der PPD als psychische Erkrankung verlangt jedoch kritische Hinterfragung und Überdenken des medizinischen Konzepts, da es Symptome wie Schuld und Versagensängste und eine Stigmatisierung und folglich Tabuisierung des Themas hervorruft. Aus diesem Grund wäre der evolutionäre Ansatz, der PPD als eine psychische Adaption der Mutter in ungünstigen Umständen darstellt (Hagen, 1999), gesellschaftlich und gesellschaftspolitisch in den Vordergrund zu bringen, da er die ultimate Ursache der Fitnesssteigerung hervorhebt und somit die negative Assoziation der PPD als Erkrankung in den Hintergrund rückt. Aufklärung diesbezüglich und im Allgemeinen über PPD sollte beim medizinischen Personal und unter den ExpertInnen anfangen, deren Wissen dann den Patientinnen und deren Angehörigen

weitervermittelt werden kann. Durch Erkenntnisse im Bereich PPD können für die Gesundheit und das Wohlbefinden von Müttern vorbeugende Maßnahmen getroffen werden, welche per se und besonders in unterentwickelten Ländern, stark erforderlich sind.

12. Literaturverzeichnis

- Abdollahi, F., Sazlina, S. G., Zain, A. M., Zarghami, M., Asghari Jafarabadi, M., & Lye, M. S. (2014). Postpartum depression and psycho-socio-demographic predictors. *Asia-Pacific Psychiatry*, 6, 425–434.
- Abou-Dakn, M. (2018). Gesundheitliche Auswirkungen des Stillens auf die Mutter. *Bundesgesundheitsblatt*, 61, 986–989.
- Albrecht, T. L., & Adelman, M. B. (1987). Communicating social support: A theoretical perspective. In T. L. Albrecht, & M. B. Adelman (Eds.), *Communicating social support* (pp. 18–39). Newbury Park, CA: Sage.
- Alhasanat-Khalil, D., Fry-McComish, J., Dayton, C., Benkert, R., Yarandi, H., & Giurgescu, C. (2018). Acculturative stress and lack of social support predict postpartum depression among U.S. immigrant women of Arabic descent. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32, 530–535.
- Almutairi, A. F., Salam, M., Alanazi, S., Alweldawi, M., Alsomali, N., & Alotaibi, N. (2017). Impact of help-seeking behavior and partner support on postpartum depression among Saudi women. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 1929–1936.
- Alves, S., Martins, A., Fonseca, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2018). Preventing and treating women's postpartum depression: A qualitative systematic review on partner-inclusive interventions. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 1–25.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Barrera, A. Z., & Nichols, A. D. (2015). Depression help-seeking attitudes and behaviors among an internet-based sample of Spanish-speaking perinatal women. *Revista Panamericana de Salud Publica (Pan American Journal of Public Health)*, 37(3), 148–153.
- Bauer, Z., & Kämmerer, B. (2018). *Bedeutung des Stillens. Eine Bewertung der aktuellen Studienlage, März 2017*, 1-6.
- Bell, A. F., Erickson, E. N., & Carter, C. S. (2014). Beyond labor: The role of natural and synthetic oxytocin in the transition to motherhood. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 59, 35–42.
- Bernard-Bonnin, A.-C. (2004). Maternal depression and child development. *Paediatrics & Child Health*, 9(8), 575–598.
- Blondel, B. (1998). Social and medical support during pregnancy: An overview of the randomized controlled trials. *Prenatal Neonatal Medicine*, 3, 141-144.
- Brüne, M., & Schiefenhövel, W. (2019). *The Oxford handbook of evolutionary medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Cabeza De Baca, T., Wojcicki, J. M., Epel, E. S., & Adler, N. E. (2018). Lack of partner impacts newborn health through maternal depression: A pilot study of low-income immigrant Latina women. *Midwifery*, 64, 63–68.
- Cai, X., Wardlaw, T., & Brown, D. W. (2012). Global trends in exclusive breastfeeding. *International Breastfeeding Journal*, 7, 1-5.
- Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., ... Martines, J. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104, 96–113.
- Coates, A. O., Schaefer, C. A., & Alexander, J. L. (2004). Detection of postpartum depression and anxiety in a large health plan. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(2), 117–133.

- Coates, R., Ayers, S., & De Visser, R. (2014). Women's experiences of postnatal distress: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 1–14.
- Cohen, S., & Willis, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310–357.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. Orlando: Academic Press, Inc.
- Corrigan, C. P., Kwasky, A. N., & Groh, C. J. (2015). Social support, postpartum depression, and professional assistance: A survey of mothers in the midwestern United States. *The Journal of Perinatal Education*, 24(1), 48–60.
- Crouch, M. (1999). The evolutionary context of postnatal depression. *Human Nature*, 10(2), 163–182.
- Davey, H. L., Tough, S. C., Adair, C. E., & Benzies, K. M. (2011). Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women. *Maternal and Child Health Journal*, 15, 866–875.
- Dobelstein, A. W., & Johnson, A. B. (1985). *Serving older adults: Policy, programs, and professional activities*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Ebina, S., & Kashiwakura, I. (2012). Influence of breastfeeding on maternal blood pressure at one month postpartum. *International Journal of Women's Health*, 4(1), 333–339.
- Eidelman, A., & Schanler, R. J. (2012). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *American Academy of Pediatrics*, 129(3), 827–841.
- Else-Quest, N., Hyde, J. S., & Clark, R. (2003). Breastfeeding, bonding, and the mother-infant relationship. *Merrill-Palmer Quarterly*, 49(4), 495–517.
- Emmott, E. H., & Mace, R. (2015). Practical support from fathers and grandmothers is associated with lower levels of breastfeeding in the UK millennium cohort study. *PLoS ONE*, 10(7), 1–12.
- Evagorou, O., Arvaniti, A., & Samakouri, M. (2016). Cross-cultural approach of postpartum depression: Manifestation, practices applied, risk factors and therapeutic interventions. *Psychiatric Quarterly*, 87(1), 129–154.
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 1–6.
- Fleischer, M. (2015). *Postpartale Depression*. Retrieved August 20, 2019, from <https://www.minimed.at/medizinische-themen/psyche/postpartal-depression/>
- Flinn, M. (2006). Evolution and ontogeny of stress response to social challenges in the human child. *Developmental Review* 26, 138-174.
- Galbally, M., Watson, S. J., Ball, H., & Lewis, A. J. (2019). Breastfeeding, antidepressants, and depression in the Mercy pregnancy and emotional well-being study. *Journal of Human Lactation*, 35(1), 127–136.
- Gallup, G. G. J., Pipitone, R. N., Carrone, K. J., & Leadholm, K. L. (2010). Bottle feeding simulates child loss: Postpartum depression and evolutionary medicine. *Medical Hypotheses*, 74, 174–176.
- Ghaedrahmati, M., Ashraf, K., Kheirabadi, G., Ebrahimi, A., & Bahrami, M. (2017). Postpartum depression risk factors: A narrative review. *Journal of Education and Health Promotion*, 6(60), 1–7.
- Härtl, K., Müller, M., & Friese, K. (2006). Wochenbettdepression. *Der Gynäkologe*. 39(10), 813-819.
- Hagen, E. H. (1999). The functions of postpartum depression. *Evolution and Human Behavior*, 20, 325–359.

- Hagen, E. H. (2011). Evolutionary theories of depression: A critical review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(12), 716–726.
- Hagen, E. H., & Barrett, H. C. (2007). Perinatal sadness among Shuar women: Support for an evolutionary theory of psychic pain. *American Anthropology Quarterly*, 21(1), 22–40.
- Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., & Anaya, I. (2018). Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries. *Frontiers in Psychology*, 8, 1–23.
- Halbreich, U., & Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 91, 97–111.
- Hassanein, I., Fathalla, M., & Rahim, T. (2014). The role of newborn gender in postpartum depressive symptoms among women in Upper Egypt. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 125, 138–140.
- Heininger, L. (2013). *Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990. Eine Oral-History Studie*. Dissertation. Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.
- Herzog, A. G. (1999). Psychoneuroendocrine aspects of temporolimbic epilepsy: Part I. Brain, reproductive steroids, and emotions. *Psychosomatics*, 40(2), 95–101.
- Hinde, K., & German, B. J. (2012). Food in evolutionary context: Insights from mother's milk. *Journal of the Science of Food and Agriculture*, 92(11), 1–8.
- Hoffmann, C. (2019). *Gehirngerechte Führung. Wirkungsvoll führen nach neuropsychologischen Erkenntnissen*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Honjo, K., Kimura, T., Baba, S., Ikehara, S., Kitano, N., Sato, T., ... Kishi, R. (2018). Association between family members and risk of postpartum depression in Japan: Does “who they live with” matter? The Japan environment and children's study. *Social Science & Medicine*, 217, 65–72.
- Hupcey, J. E. (1998). Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1231–1241.
- Hurtado, A. M., Hill, K., Hurtado, I., & Kaplan, H. (1992). Trade-offs between female food acquisition and child care among Hiwi and Ache foragers. *Human Nature*, 3(3), 185–216.
- Iles, J., Slade, P., & Spiby, H. (2011). Posttraumatic stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: The role of partner support and attachment. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 520–530.
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., ... Lau, J. (2007). Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. In *Agency for healthcare research and quality*, 1-186.
- Joannes-Boyau, R., Adams, J. W., Austin, C., Arora, M., Moffat, I., Herries, A. I. R., ... Fiorenza, L. (2019). Elemental signatures of *Australopithecus africanus* teeth reveal seasonal dietary stress. *Nature*, 572(7767), 112–115.
- Kahn, R. L., & Antonucci, T. (1980). Convoys over the life course attachment, roles and social support. In P. B. Baltes, & O.G. Grim (Eds.), *Life-span development and behavior* (pp. 253-286). New York: Academic Press.
- Klug, H., & Bonsall, M. B. (2014). What are the benefits of parental care? The importance of parental effects on developmental rate. *Ecology and Evolution*, 4(12), 2330–2351.
- Lara-Cinisomo, S., Mckenney, K., Florio, A. Di, & Meltzer-Brody, S. (2017). Associations between postpartum depression, breastfeeding, and oxytocin levels in Latina mothers. *Breastfeeding Medicine*, 12(7), 436–442.

- Lau, Y. (2011a). Literature review of roles of social support between stressors and perinatal depressive symptoms. In *The roles of social support, perinatal depressive symptomatology, and family conflicts among Hong Kong Chinese women* (pp. 49–61). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Lau, Y. (2011b). Literature review of stressors of perinatal (antenatal and postnatal) depressive symptoms. In *The roles of social support, perinatal depressive symptomatology, and family conflicts among Hong Kong Chinese women* (pp. 39–46). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Lau, Y., & Wong, D. F. K. (2008). The role of social support in helping Chinese women with perinatal depressive symptoms cope with family conflict. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37(5), 556–571.
- Light, K. C., Smith, T. E., Johns, J. M., Brownley, K. A., Hofheimer, J. A., & Amico, J. A. (2000). Oxytocin responsivity in mothers of infants: A preliminary study of relationships with blood pressure during laboratory stress and normal ambulatory activity. *Health Psychology*, 19(6), 560–567.
- Liu, J., Leung, P., & Yang, A. (2014). Breastfeeding and active bonding protects against children's internalizing behavior problems. *Nutrients*, 6, 76–89.
- Marlowe, F. W. (2003). A critical period for provisioning by Hadza men. Implications for pair bonding. *Evolution and Human Behavior*, 24, 217–229.
- Marques, M., Pereira, A. T., Bos, S. C., Maia, B. R., Soares, M. J., Marques, C., ... Macedo, A. F. (2017). Risk factors for postpartum depression: A dimensional and categorical approach. In G. Anderson (Ed.), *Postpartum Depression* (pp. 85–117). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Martin, R. (2013). *How we do it. The evolution and future of human reproduction*. New York: Basic Books.
- Martin, R. (2017). *The benefits of breastfeeding... for mothers*. Retrieved August 11, 2019, from <https://www.psychologytoday.com/us/blog/how-we-do-it/201703/the-benefits-breastfeeding-for-mothers>
- Mattson, M., & Hall, J. G. (2011). Linking health communication with social support. In *Health as communication nexus: a service-learning approach* (pp. 181–218). Dubuque, IA: Kendall Hunt Publishing Company.
- Mayr, E. (1993). Proximate and ultimate causations. *Biology and Philosophy*, 8, 93–94.
- McCarter-Spaulding, D., & Horowitz, J. A. (2007). How does postpartum depression affect breastfeeding? *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(1), 10–17.
- Meedya, S., Fahy, K., & Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women and Birth*, 23, 135–145.
- Mezzacappa, E. S. (2010). Breast-feeding and alterations to the maternal brain and central circuitry: Pilot case studies. In W. G. Nueland (Ed.), *Breastfeeding: Methods, benefits to the infant and mother, and difficulties* (Vol. 4, pp. 57–81). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Mirkovic, K. R., Perrine, C. G., Scanlon, K. S., & Grummer-Strawn, L. M. (2014). Maternity leave duration and full-time/part-time work status are associated with US mothers' ability to meet breastfeeding intentions. *Journal of Human Lactation*, 30(4), 416–419.
- Misri, S., Kostaras, X., Fox, D., & Kostaras, D. (2000). The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(6), 554–558.
- Moberg, K. (2016). Oxytocin und Eltern-Kind-Bindung. In U. Streit & F. Jansen (Eds.), *Oxytocin, das Hormon der Nähe* (Vol. 76, pp. 83–125). Berlin, Heidelberg: Springer Spektrum.

- National Cancer Institute (n. d.). *NCI Dictionary of Cancer Terms*. Retrieved August 20, 2019, from <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/social-support>
- Nesse, R. (1991). What good is feeling bad? The evolutionary benefits of psychic pain. *The Sciences*, 30–37.
- Nesse, R. (2000). Is depression an adaptation? *Archives of General Psychiatry*, 57, 14–20.
- Nettle, D. (2004). Evolutionary origins of depression: A review and reformulation. *Journal of Affective Disorders*, 81, 91–102.
- Nonacs, R. M., Cohen, L. S., & Nonacs, R. M. (2005). postpartum mood disorders. In L. S. Cohen & R. M. Nonacs (Eds.), *Mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum* (pp. 77–104). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Norris, F. H., & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 498–511.
- Nurullah, A. S. (2012). Received and provided social support: A review of current evidence and future directions. *American Journal of Health Studies*, 27(3), 173–188.
- Oftedal, O. T. (2002). The origin of lactation as a water source for parchment-shelled eggs. *Journal of Mammary Gland Biology and Neoplasia*, 7(3), 253–266.
- Papousek, M. (2001). Wochenbettdepressionen und ihre Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. In: Braun-Scharm, H. (Ed.), *Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Petrillo, L. F., Nonacs, R. M., Viguera, A. C., & Cohen, L. S. (2005). Course of psychiatric illness during pregnancy and the postpartum. In L. S. Cohen & R. Nonacs (Eds.), *Mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum* (pp. 1–15). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Pistrang, N., & Barker, C. (1995). The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Social Science and Medicine*, 40(6), 789–797.
- Quinlan, R. J., & Quinlan, M. B. (2008). Human lactation, pair-bonds, and alloparents. A cross-cultural analysis. *Human Nature*, 19, 87–102.
- Reck, C., Weiss, R., Fuchs, T. et al. (2004). Psychotherapie der postpartalen Depression. *Der Nervenarzt*, 75(11), 1068–1073.
- Robertson, E., Celasun, N., & Stewart, D. E. (2003). Risk factors for postpartum depression. In D. . Stewart, E. Robertson, C. Dennis, S. Grace, & W. T (Eds.), *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*. Toronto.
- Robinson, G. E. & Stewart, D. E. (2001). Postpartum disorders. In N.L. Stotland, & D. E. Stewart (Eds.), *Psychological aspects of women's health care* (2nd ed.). (pp. 117–139). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Ross, L. E. (2005). Perinatal mental health in lesbian mothers: A review of potential risk and protective factors. *Women & Health*, 41(3), 113–128.
- Scaccia, A. (2019). *How many calories does breastfeeding burn?* Retrieved August 12, 2019, from <https://www.healthline.com/health/parenting/breast-feeding-calories>
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381–406.

- Schiller, C. E., Meltzer-Brody, S., & Rubinow, D. R. (2015). The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS Spectrums*, 20, 48–59.
- Schulkin, J., & Power, M. L. (2016). The birth of milk. In L. Pellicani (Ed.), *Milk: The biology of lactation* (pp. 43–61). New York: Telos Press.
- Schrimpf, U. (2013). *Wie kann ich dich halten, wenn ich selbst zerbreche?* München: Südwest Verlag.
- Segre, L. S., & Davis, W. N. (2013). Postpartum depression and perinatal mood disorders in the DSM. In *Postpartum Support International*, 1-6.
- Shaheen, N. A., Alatiq, Y., Thomas, A., Alanazi, H. A., Alzahrani, Z. E., Abdul, S., & Hussein, M. A. (2019). Paternal postnatal depression among fathers of newborn in Saudi Arabia. *American Journal of Men's Health*, 21–12.
- Sibolboro Mezzacappa, E., Kelsey, R. M., & Katkin, E. S. (2005). Breast feeding, bottle feeding, and maternal autonomic responses to stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 351–365.
- Silk, J. B., Alberts, S. C., & Altmann, J. (2003). Social bonds of female baboons enhance infant survival. *Science*, 302(5648), 1231–1234.
- Sit, D., Rothschild, A., & Wisner, K. (2006). A review of postpartum psychosis. *Journal of Women's Health*, 15(4), 352–368.
- Sit, D., & Wisner, K. (2009). The identification of postpartum depression. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52(3), 456–468.
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J.-Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15, 1–55.
- Stevens, A., & Price, J. (2000). *Evolutionary psychiatry. A new beginning* (2. ed.). London: Routledge.
- Stewart, D., & Vigod, S. (2016). Postpartum depression. *The New England Journal of Medicine*, 375(22), 2177–2186.
- Sylvén, S. M., Papadopoulos, F. C., Mpazakidis, V., Ekselius, L., Sundström-Poromaa, I., & Skalkidou, A. (2011). Newborn gender as a predictor of postpartum mood disturbances in a sample of Swedish women. *Archives of Women's Mental Health*, 14, 195–201.
- Tambag, H., Turan, Z., Tolun, S., & Can, R. (2018). Perceived social support and depression levels of women in the postpartum period in Hatay, Turkey. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 21, 1525–1530.
- Tarkka, M.-T., & Paunonen, M. (1996). Social support and its impact on mothers' experiences of childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 70–75.
- Taveras, E. M., Capra, A. M., Braveman, P. A., Jensvold, N. G., Escobar, G. J., & Lieu, T. A. (2003). Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics*, 112(1), 108–115.
- Teti, D. M., & Towe-Goodman, N. (2008). Postpartum depression, Effects on Infant. *Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development*, 562–572.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, 53-79.
- Thornhill, R., & Furlow, B. (1998). Stress and human reproductive behavior: Attractiveness, women's sexual development, postpartum depression, and baby's cry. *Advances in the Study of Behavior*, 27, 319–369.

- Thulier, D. (2010). A call for clarity in infant breast and bottle-feeding definitions for research. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 39(6), 627–634.
- Tracy, M. (2005). Postpartum depression: An evolutionary perspective. *Nebraska Anthropologist*, 20, 93–114.
- Tschoner, L. (2016). *Postpartale Depression und Partnerschaftsqualität: Besondere Beziehungsaspekte betroffener Paare*. Masterarbeit. Universität Wien.
- Upadhyay, R. P., Chowdhury, R., Salehi, A., Sarkar, K., Singh, K., & Sinha, B. (2017). Postpartum depression in India: A systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*, 95, 706–717.
- Vaezi, A., Soojoodi, F., Banihashemi, A. T., & Nojomi, M. (2019). The association between social support and postpartum depression in women: A cross sectional study. *Women and Birth*, 32, 238–242.
- Victora, C., Bahl, R., Barros, A., França, G., Horton, S., Krasevec, J.,... Richter, L. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387, 475-490.
- Wills, T. A., McNamara, G., & Vaccaro, D. (1995). Parental education related to adolescent stress-coping and substance use. *Health Psychology*, 14, 464-478.
- Wills, T. A. (1998). Social support. In E. A. Blechman, & K. D. Brownell (Eds.), *Behavioral medicine and women: A comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press.
- Wills, T. A., & Fegan, M. F. (2001). Social networks and social support. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 209-234). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wills, T. A., & Shinar, O. (2000). Measuring perceived and received social support. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 86-135). New York: Oxford.
- Wimmer-Puchinger, B., & Riecher-Rössler, A. (Hrsg.). 2006. *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis*. Wien: Springer-Verlag.
- Wisner, K. L., Parry, B. L., & Piontek, C. M. (2002). Clinical practice. Postpartum depression. *The New England Journal of Medicine*, 347(3), 194–199.
- Wolf, I. A. (1998). *Effekte von Stress, sozialer Unterstützung und Persönlichkeitsvariablen auf psychisches Befinden*. Dissertation. Philipps-Universität Marburg.
- Woolhouse, H., James, J., Gartland, D., McDonald, E., & Brown, S. J. (2016). Maternal depressive symptoms at three months postpartum and breastfeeding rates at six months postpartum: Implications for primary care in a prospective cohort study of primiparous women in Australia. *Women and Birth*, 29, 381–387.
- World Health Organization. (2002). Infant and young child nutrition. Global strategy on infant and young child feeding. In *Fifty-fifth world health assembly*, 1-18.
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revision). Retrieved August 28, 2019, from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- World Health Organization. (2019). *The World Health Organization's infant feeding recommendation*. Retrieved August 28, 2019, from https://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/en/

- Xie, R. H., Yang, J., Liao, S., Xie, H., Walker, M., & Wen, S. W. (2010). Prenatal family support, postnatal family support and postpartum depression. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 50, 340–345.
- Yim, I., Tanner Stapleton, L., Guardino, C., Hahn-Holbrook, J., & Dunkel Schetter, C. (2015). Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: Systematic review and call for integration. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 99–137.

13. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Wirkung des sozialen Supports auf Stress mittels Puffereffekt	38
Abbildung 2. Weltweite Häufigkeitsverteilung der Kinder, die im Alter von 12 Monaten Muttermilch erhalten	57
Abbildung 3. Aspekte des Stillverhaltens nach Einkommensgruppen	58
Abbildung 4. Abfall der Stillrate bei depressiven Müttern im Vergleich zu gesunden Müttern in Australien	60

14. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Abschlussfragen der Interviewleiterin und Antworten der TeilnehmerInnen im Rahmen der ExpertInneninterviews	65
--	----

15. Anhang 1 – Interviewtranskript Weichberger

ExpertInneninterview 1
für Diplomarbeit „Postpartale Depression“

2019



Transkript: ExpertInneninterview 1

InterviewpartnerIn: Mag. Anita Weichberger (gekennzeichnet als W)

InterviewerIn: Sunitha Kavunga (gekennzeichnet als K)

Datum: 31. Mai 2019

Uhrzeit: 13.15-13.45 Uhr

Ort: Allgemeines Krankenhaus - Klinische Abteilung für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin

K: So, gut. Ähm... PPD ist ein schwieriges Thema für die Patientinnen. Was für Schwierigkeiten treten bei der Kontaktaufnahme bzw. Beratung auf?

W: Ah... Also zur Einleitung. Ich arbeite in der Geburtshilfe Universitätsklinik für Frauenheilkunde und ähm... ah... an der Abteilung Geburtshilfe und fetomaternale Medizin. Ähm...postpartale Depression tritt per Definitionen nach der Geburt auf. Das ist...das sind depressive Erkrankungen die im ersten Lebensjahr nach der Geburt eines Kindes auftreten. Ähm...Hier an der Klinik sehen wir relativ wenig Frauen...ah mit einer manifesten postpartalen Depression, weil ah...der Kontakt beschränkt sich auf wenige Tage nach der Geburt. Also da ist es noch relativ schwierig zu entscheiden ob das jetzt nur ein Baby Blues ist, also so ein Stimmungstief nach der Geburt, was bis zu achtzig Prozent aller Frauen haben oder geht es in Richtung postpartale Depression. Also, eigentlich wäre es schön wenn man im Vorfeld schon screenen könnten, also im Laufe der Schwangerschaft. Dazu gibt's gute Instrumente auch ... ähm ... bei der Geburtsanmeldung erfragen schon unsere Hebammen...ah ein paar Sachen die darauf Hinweise liefern könnten und Frauen die...die irgendwie gefährdet erscheinen die werden Psychologinnen zugewiesen. Ähm... aber die Schwierigkeit ist, dass es keine flächendeckende Screening gibt und so rutschen uns wahrscheinlich hier auf der Geburtshilfe ziemlich viele Frauen durch die, den Lappen... durch den Rost. Ja.

K: Okay. Ähm...Wie erfolgt in der Regel die Kontaktaufnahme?

W: Na eben ah... wenn eine Frau, also man schaut was sind die Risikofaktoren für postpartale Depression. Ich rede jetzt hauptsächlich über der Schwangerschaft, weil

die postpartale Zeit ist eigentlich nicht mehr unser Metier. In der Schwangerschaft, da erfragt man schon, ob...ah, ob die Frauen Psychopharmaka nehmen. Also das könnte ein Hinweis auf eine psychiatrische Vorerkrankung geben. Man weiß, dass äh... wenn eine Frau in der Anamnese, also in der Vorgeschichte eine depressive Erkrankung hat oder Angststörungen, Panikattacken, dass sie mit einer viel höheren Wahrscheinlichkeit eine postpartale Depression entwickelt nach der Geburt. Ähm... also das wird erfragt. Was war jetzt die Frage?

K: Ähm...wie in der Regel die Kontaktaufnahme erfolgt.

W: Aso ja, ja. Ah... Und das Ähm... das wird bei der Anamnese erfragt bei der medizinischen Anamnese oder bei der Anamnese bei der Lieberman. Und eben wenn Psychopharmaka Einnahme gibt, wenn anamnestisch ähm... Schwierigkeiten nachweisbar sind, also eben wie schon gesagt Depressionen, Angststörungen, Panikattacken oder wenn... wenn offensichtlich sozial schwierige Situation ist. Wenn ähm... die Frau alleinstehend ist, wenn sie über Partnerschaftsprobleme klagt, wenn sie berichtet, dass sie schon nach der letzten Geburt oder nach irgendwann im Laufe ihres Lebens ähm... mit Depressionen Schwierigkeiten hatte, dann wird, dann gibt der Hebamme ihr unsere Kontaktdaten. Also wir sind, es ist schwierig. Eigentlich sind wir zwei Vollzeit äquivalente... ah... an der Geburtshilfe Psychologinnen. Das sind drei Personen plus noch einer Person die der Chefin zugeteilt ist, aber sie steht auch hin und wieder der Geburtshilfe zur Verfügung. Also es gibt psychologische Ressourcen und unsere Kontaktdaten werden weitergegeben und... ah... meistens suchen dann die Frau selbständig den Kontakt mit uns oder es ist so, dass ah... die Hebamme oder der Arzt in der Ambulanz anruft, entweder mich oder meine Kollegin der gerade an diesem Tag zuständig ist und... ah wir stellen uns dann persönlich der Frau vor und besprechen mit ihr, entweder gleich wenn wir Zeit haben für ein Gespräch oder wir machen einen Termin aus und dann schauen wir was sie braucht.

K: So, ähm... Zeichnen sich die betroffenen Patientinnen durch bestimmte Faktoren oder Merkmale aus?

W: Mhm... Genau. Also da können wir in der Schwangerschaft schon nach bestimmten Risikofaktoren suchen und das sind eben entweder eine psychiatrische Vorgeschichte oder Depressionen, Angststörungen, Panikattacken oder andere psychiatrische

Erkrankungen in der Vorgeschichte... ah oder.... Frauen die, die alleinstehend sind, die partnerschaftliche Probleme haben, die sozial einen niedrigen Status haben, die schon in einer vorhergegangenen Schwangerschaft eine Depression hatten... ah, oder eben keine Manifeste Depression, weil sie berichten darüber dass die Kinder so schwierig waren, dass sie nur geweint haben, dass sie die ganze Zeit das Kind herumtragen mussten... ah, also Faktoren wo man keine Diagnose gestellt hat, die aber hellhörig machen sollten, dass... dass da eigentlich auch eine postpartale Depression im Hintergrund stehen könnte. Also eben das sind so Fütterungsschwierigkeiten. Also alles was so unter Interaktionsschw- äh... -störungen mit dem Baby fallen, die... die können auch Hinweise auf eine postpartale Depression geben. Also sehr oft wird keine Diagnose gestellt, also wenn man mit den Frauen spricht dann... dann entsteht schon der Verdacht, dass es eine Depression sein könnte. Ja.

K: Und ähm... bezüglich kultureller Herkunft, kann sich da auch etwas abzeichnen?

W: Puh mhm... Also dazu kenne ich keine Studien. Ah... Ich glaub das wäre jetzt unbegründet wenn ich wenn ich irgendetwas sagen würde. Also ich glaub schon, dass ah... wenn keine Familie da ist, ja... also wenn soziale Isolation vorhanden ist, wenn die Frau keine Familie da hat, nur Schwiegermutter und Familie vom Mann wo vielleicht auch noch Spannungen sind mit der Familie. Das ist sicher auch ein Risikofaktor wo man näher hinschauen muss was die eigentlich für Unterstützung brauchen würde oder eben Familien die komplett allein da sind. Also so Mann und Frau beide mit Migrationshintergrund. Die Familien sind irgendwo ganz weit weg. Null soziale Unterstützung. Das ist sicherlich auch etwas was die erste Zeit mit einem Baby erschwert und eben weil sogar auch zu einer Depression führen kann bei der Frau.

K: Mhm... ähm. Wie beschreiben die betroffenen Frauen ihre... ihre körperlichen und seelischen Zustände?

W: Äh... also bei einer manifesten postpartalen Depression, viele sagen, dass sie... ah... vielen können kaum schlafen. Entweder weil das Baby nicht so viel schläft oder, weil wenn das Baby endlich schläft kommen sie selbst nicht zur Ruhe. Ähm...Viele klagen darüber, dass es auch mit sehr viel Scham behaftet, dass sie... dass sie nicht so eine

Liebe für das Baby empfinden können wie sie sich das erwartet haben, dass dieser große Verliebtheitshieb nicht eingestellt hat, dass sie manchmal auch wütend auf das Baby sind, dass sie... dass sie manchmal Angst haben, dass sie dem Kind etwas antun oder, dass sie sich selbst was antun. Ah... Manche berichten von einer inneren Leere, dass sie einfach tun aber irgendwie als würden sie von den Gefühlen abgeschnitten. Ähm... ja große Hilflosigkeit wenn sie nicht wissen was das Kind hat und wenn es nur weint und... und sie alles Mögliche probieren. Verzweiflung. Ja.

K: Okay, ähm... Wie beschreiben die Patientinnen ihre sozialen Umstände?

W: Das ist eben unterschiedlich. Ja, also je nachdem. Je nachdem wie die Familie aufgestellt ist.

K: Okay.

W: Also es ist schon recht oft so, dass die Frauen ziemlich allein sind mit dem Baby. Also der Partner geht dann meistens schon arbeiten. Ähm... Recht oft gibt's auch kaum jemand, die tagsüber Gesellschaft leistet. Viele schaffen es nicht wirklich aus der Wohnung raus. Oft wenn das Kind einfach unruhig ist und sie trauen sich nicht. Vielleicht haben sie zu Hause schon irgendeine Routine zurecht gelegt, aber ah... trauen sich dann eben nicht raus. Also ich habe schon das Gefühl, dass recht viele isoliert sind sozial.

K: Und... ähm sagen die Patientinnen oft auch, dass sie sich nicht ähm... unterstützt fühlen von der Familie oder vom Partner?

W: Es ist sehr... Ich kann nur theoretisch was sagen, weil ich konkret recht wenig mit Frauen mit postpartaler Depression zu tun hab. Ah... Da möchte ich jetzt gar nicht drauf antworten, weil ich glaube, dass wäre einfach aus der Luft gegriffen. Ich weiß nicht ob ich Ihnen über der Station 4a erzählt hab. Das ist die... das ist auch unsere Psychiatrie eine Station und dort sind vier Betten für Mütter vorbehalten oder halt für Familien wo die Mutter eine psychiatrische Erkrankung hat, unter anderem auch postpartale Depression, wo sie mit dem Baby mit aufgenommen werden können. Und dort gibt's eine Kollegin von mir, eine Psychologin und ich glaube das wäre schon sehr interessant auch mit ihr ein Interview zu führen. Ich gebe Ihnen dann den Namen. Weil ich glaub sie kann viel konkreter auf diese Fragen antworten. Sie ich kann recht viel über die

Risikofaktoren erzählen, wie ihnen in der Schwangerschaft geht, aber relativ wenig konkrete Erfahrung darüber wie es dann tatsächlich ist wenn sie das dann haben.

K: Okay. Äh... Gut dann gehen wir gleich zu den Risikofaktoren über. Ihrer Meinung und Erfahrung nach, was zählt zu den ausschlaggebendsten Risikofaktoren für postpartale Depression?

W: Also es ist sicher ein großes Risikofaktor wenn der Kinderwunsch sehr groß war, wenn es sehr lange gedauert hat bis die Frau schwanger geworden ist. Vielleicht werden sogar künstliche Befruchtung vor der... zu der Schwangerschaft geführt hat. Also lange Kinderwunsch, große Erwartungen an das Kind und auch an sich selbst als Mutter, was alles sich dann verändern wird im Leben... ah wird diese Erwartungen nicht erfüllen. Das ist sicher auch ein Risikofaktor. Probleme in der Schwangerschaft sind sicher auch Risikofaktoren, noch zusätzlich zu denen was ich hier schon gesagt habe. Also Blutungen, wenn sie in der Schwangerschaft viel liegen müssen. Also wenn einfach medizinische Komplikationen gibt. Also viele haben so diesen Wunsch: „Ich kann dann die Schwangerschaft genießen.“ Und wenn... wenn dieses Genießen nicht stattfinden kann dann hoffen sie nachher wenn das Baby dann da ist, dann meistens ist das Leben viel komplizierter mit einem Kind. Das ist sicher auch etwas, was die Situation erschwert. Ja eben, die Risikofaktoren habe ich eh schon gesagt.

K: Mhm... Okay. Ihrer Meinung nach jetzt, welche Rolle spielen denn Familie, Freunde und äh... der Partner bei PPD?

W: Also es ist sicher wichtig ein einfühlsamer Partner, ja, der vielleicht auch informiert ist darüber wie es einer Frau nach der Geburt geht. Dass äh... Also die meisten Frauen sind sehr weinerlich nach der Geburt, vor allem um den Milcheinschuss herum. Also wenn da viel Verständnis von dem Partner da ist, was das für eine große Umstellung für die Frau ist, nicht nur körperlich sondern auch gerade beim ersten Kind. Da steht wirklich alles am Kopf. Also diese große Verantwortung was auf einmal auf sie lastet, ah... wenn eben... die Sorgen die Frau hat, ob das Stillen funktioniert, ob sie mit dem Kind zurechtkommt. Also wenn der Partner da wirklich physisch anwesend ist und auch emotional verfügbar ist, das erleichtert sicher die Situation für die Frau. Ah... Wenn keine Ratschläge kommen von der Familie sondern wenn... wenn die erweiterte Familie oder Freundeskreis dafür sorgen kann, dass... dass die Frau sich wirklich

zurücklehnen kann und sich um das Baby kümmern kann. Also wenn sie mit Essen versorgt wird, wenn die Wohnung irgendwie in Schuss gehalten wird, wenn ah... wenn viel Akzeptanz dafür da ist wie sie ist und wie sie mit dem Baby tut. Also wenn, wenn... wenn die anderen nicht besser wissen, sondern einfach sie unterstützen dabei, dass sie den Weg zu ihrem Baby finden kann. Also, dass sie... Es dauert einfach einige Wochen bis...bis die Mutter sich auf das Kind einstellen kann. Und ah... die gute Ratschläge sind eigentlich eher verunsichernd wenn alle anderen Besserwissen. Eigentlich braucht sie dabei Unterstützung damit sie sich als die...die einzig richtige Mutter für dieses Kind sehen kann. Und wenn sie diese Unterstützung bekommt ist, das ist jetzt meine Meinung, ich weiß nicht ob es dazu Studien gibt, aber ich glaube schon, dass... dass das auch das Risiko für eine Depression senkt.

K: Mhm, ähm...Und welche Rolle spielen Scham und Schuldgefühle im Umgang mit PPD?

W: Nein, das ist halt nicht das Bild was man vor sich hat. Ja? Eine Mutter hat glücklich zu sein. Eine Mutter muss sich über das Kind freuen. Eine Mutter muss das in der Erfüllung ihres Lebens sehen. Also dieses ideale Bild, was von der Gesellschaft vermittelt wird, ist sicher sehr stark und... äh zugeben, dass man da Probleme hat, dass man nicht so viel Freude empfinden kann oder nicht so glücklich ist wie...wie man das erwartet hätte, ähm... dafür schämen sich die meisten Frauen und es... das steht sicher auch vielen im Wege, dass sie überhaupt Hilfe suchen. Es wird versucht zu rationalisieren und zu erklären warum das eh passend ist. Ja... Und die meisten fühlen sich natürlich schuldig, weil sie haben das Gefühl sie... sie können nicht auf das Baby so reagieren wie das Baby das möchte. Sie können nicht so die Mutter sein, die das Baby braucht, ja? Und das erschwert natürlich die Situation, weil dann sehen sie oft in ihrer Schuldgefühle so versunken, dass sie erst recht nicht den Weg zum Baby finden. Also sie sehen nicht das Baby mit seinen Bedürfnissen, sondern „Ich kann schon wieder nicht so reagieren wie das Kind braucht“ und es kann zu einem Teufelskreis führen.

K: Mhm... Und ähm... vielleicht Ihrer Erfahrung nach, welche Rolle spielen Kultur und Tabu im Umgang mit PPD?

W: Mhm... Tabu. Ja es ist sicher etwas, was wofür es wenig Verständnis gibt. Gerade in Österreich, in Wien ist ziemlich viel Öffentlichkeitsarbeit passiert. Ich glaube es ist jetzt hier nicht mehr so tabuisiert. Ich komme selbst aus Ungarn dort sehe ich schon, dass

das... dass das viel mehr tabuisiert wird und viel weniger Hilfe geholt wird. Und das hat einfach nichts zu sein. Ah... also ich... also ich glaube es gibt Kulturkreise da, wo ich sehe da gibt es einfach traditionell einen Umgang mit Schwangerschaft, Geburt, mit der... mit der Frau, die stillt, die ein junges Baby hat. Und ah... diese... diese Strukturen, ja. Generell... Ich weiß es nicht wie...wie sie da mit Depressionen umgehen. Das weiß ich leider nicht.

K: Okay, ähm... Und jetzt zum Stillverhalten der Patientinnen. Ah... Wie würden Sie das Stillverhalten der Patientinnen, auch wenn sie jetzt nicht so viele betreuen, im Vergleich zu Frauen die nicht betroffen sind beschreiben?

W: Hmm... Also es ist sicher... sicher. Da kann ich nur fantasieren. Ah... Und ich denke bei PPD...ah ist die Möglichkeit das Leben mit seinen Bedürfnissen wahrzunehmen ist ziemlich eingeschränkt, ja? Das Stillen idealerweise ist das Stillen ein...ein Angebots-Nachfrage Geschichte. Das heißt die Mutter sollte irgendwann erkennen „das Baby hat Hunger“, dann leg ich's an, dann trinkt es, dann stoßt es auf. Oder manchmal merkt sie auch das Baby ist unruhig, vielleicht will er ein bisschen nuckeln. Und dann ist die Frage, ob sie das bereit ist zu machen oder sie dem Baby einen Schnuller gibt. Aber wenn eine Frau in... in ihrer Feinfühligkeit nicht beeinträchtigt ist, ähm... dann... dann entwickelt sich eben dieses Gefühl dafür „was braucht das Baby gerade“. Eine Depression beeinträchtigt schon sehr die Feinfühligkeit. Also ob sie dann wirklich erkennt was das Baby braucht und es wird sich ja auch auf das Stillverhalten auswirken. Also das sind Frauen die vielleicht nur mehr stillen. Also es gibt solche die... die Stunden und Tage im Bett oder auf der Couch verbringen, weil sie das Gefühl haben das ist das Einzige was sie für das Baby tun können. Das ist auch... hilft dann auch nicht. Oder dann andere sind verunsichert und... und haben das Gefühl sie bieten nicht genug Milch, und relativ schnell zur Flasche greifen oder halt Ersatznahrung, was natürlich auch wieder bei vielen Schuldgefühle auslöst, weil sie das Gefühl haben „ich sollte stillen, weil es das Beste für das Baby“, aber mein Körper funktioniert halt nicht so. Also Stillen ist auch sehr ideologisch behaftet. Also das ist die Ernährungsform. Ah... da sehe ich auch recht wenig Flexibilität und das sind auch sehr viele gesellschaftliche Erwartungen. Und ich glaube wenn eine Frau diese Erwartungen nicht erfüllen kann, dass... und depressiv veranlagt ist, das ist wieder etwas was die... die... Situation verschärft für sie. Also eigentlich eher hilfreiche Rutscher zur Depression bieten kann.

K: Mhm, ähm... Äußern die Patientinnen bestimmte Probleme bezüglich des Stillens oder des Fläschchen-Gebens?

W: Na wie gesagt ich habe recht wenig konkret.... Also mir fällt eher... ah also ich hab immer wieder mit Frauen zu tun die... die sagen „sie sitzen und stillen und tun nichts anderes“, ja? Aber das ist... ich weiß es nicht, ob das allgemein so ist, ja?

K: Ähm... Gibt es bezüglich des Stillens Verhaltensmaßnahmen zur Vorbeugung von postpartaler Depression?

W: Na ich glaub, wenn die Frau von Anfang an, vielleicht von einer Hebamme, ich sage ganz absichtlich Hebamme und nicht Krankenschwester, weil die Hebammen sind dafür wirklich gut ausgebildet und... und die haben eine Sicht auf die Frau und auf das Baby, eine gemeinsame Sicht. Und... ich finde wenn... wenn die Frau von Anfang an so betreut wird, dass ah... dass sie dabei unterstützt wird, dass sie die Signale des Kindes erkennt, das heißt das Kind braucht nicht Brüllen um zu... um zu wissen „jetzt hat er Hunger“, sondern weil sie lernt wie die Hungerzeichen vom Baby ausschauen. Und wenn sie darauf reagiert und wenn sie dabei ermuntert wird, dann kann sie sich auch als... als äh effizient, erfolgreich erleben. Und das ist wiederum etwas was... was vorbeugend wirken kann. Also je mehr sie dabei unterstützt wird sich selbst als... als eine gute Mutter zu erleben, umso weniger ist die Gefahr, dass sie dann in eine Depression abrutscht.

K: Mhm...sie... jetzt zum Thema Therapie. Sie selber behandeln jetzt nicht Patientinnen, aber... Entschuldigung. Sie führen aber schon Gespräche mit ihnen oder?

W: Also ich sehe wirklich ganz wenig Frauen nach der Geburt. Wenn dann noch hier auf der Wochenbettstation, wo es eben um Abklärung geht. Aber nachher... es erlauben einfach die Ressourcen nicht, ja? Also ich glaub' die gute Adressen wären ah... „die Frühen Hilfen – Gut begleitet“. Ich weiß nicht, ob Sie das kennen.

K: Ja ja. Mhm.

W: Also dort die... die Beraterinnen sind sicher sehr sehr gute Ansprechpersonen, weil sie sehen einfach die Familien zu Hause dann nach der Geburt. Ah.... genau. Ja, und die

Kollegin auf der Psychiatrie, ja? Die Frau Dr. Reiner- Lawugger, ich glaub' den Namen habe ich Ihnen eh schon gesagt.

K: Genau, ja. Mhm... Gut. Dann kommen wir noch zu den letzten paar Fragen. Und zwar ähm... Sind sie der Meinung, und da geht's jetzt nur um ihre Meinung, persönliche Meinung, dass postpartale Depression eine psychische Erkrankung der Mutter ist?

W: Was sonst?

K: Also was sagen Sie dazu?

W: Ähm... Ja. Ja. Also es ist... es ist sicher etwas was sich bei der Mutter manifestiert. Bei der Vorbeugung und bei der Behandlung kann man sich ja an ganz vielen Schrauben drehen. Also nicht nur bei der Mutter, sondern da muss man auch auf das Baby schauen und dann muss man auf das soziale Umfeld schauen. Also es ist sicher eine komplexe Sache, aber die Symptome sind am deutlichsten wahrscheinlich bei der Mutter wahrnehmbar, und eigentlich auch beim Baby. Also ich bin eigentlich... ich bin der Meinung, dass wenn eine Frau eine postpartale Depression hat, dann werden wir auch Auffälligkeiten bei dem Baby finden.

K: Okay. Ähm... Ich würde noch gern zu meinen Hypothesen in der Diplomarbeit kommen. Und zwar einer meiner Hypothesen lautet „Frauen die einen geringen sozialen Support vor allem von dem Partner und der Familie empfinden, sind eher von postpartaler Depression betroffen, als Frauen die einen höheren sozialen Support wahrnehmen.“ Wie stehen Sie dazu?

W: Ziemlich sicher, ja? Das glaub ich schon, ja?

K: Gibt es da auch Auffälligkeiten? Also sieht man das auch öfter?

W: Das kann ich wiederum nicht beantworten, ja? Da müsste man auch die Studien anschauen, die größeren Studien was die sagen. Also jetzt aus dem Bauch heraus sage ich sofort „Ja“. Also das ist sicher ein... ein riesengroßes Problem und es ist sicher auch teils ein... ein ah gesellschaftliches Phänomen, weil so wie... wie hier in... in der westlichen Welt Babys geboren dann zu Hause. Vor allem im ersten Jahr großgezogen werden. Also diese Isolation der Frauen, meistens der Frauen, das ist nicht das, was eine junge Mutter braucht, ja? Also da... da bräuchte sie viel mehr soziale Einbettung,

viel mehr Austausch, viel mehr Unterstützung, ja..., viele Hände die das Baby auch herumtragen, die dafür sorgen, dass sie auch mal schlafen kann, dass sie auch mal ein bisschen aufatmen kann. Also das ist sicher so.

K: Okay. Und meine zweite Hypothese lautet, dass „Frauen die auf das Stillen verzichten, beziehungsweise verzichten müssen und dadurch nur mehr das Fläschchen geben, sind ebenfalls eher von postpartaler Depression betroffen, als Frauen die in den ersten Monaten ausschließlich dann stillen.“ Was sagen Sie dazu?

W: Ich denke da muss man ein bisschen differenzierter schauen, weil es gibt unterschiedliche Gründe warum eine Frau nicht stillt. Und es können Gründe sein, wie zum Beispiel jetzt habe ich eine Patientin die ist psychisch krank. Die hat eine Schizophrenie und sie muss Medikamente nehmen, damit sie nicht einen schizophrenen Schub bekommt. Und wir haben während der ganzen Schwangerschaft immer wieder darüber gesprochen wie wichtig für sie das Stillen ist und... und sie sagt ganz klar „Es ist mir viel wichtiger, dass ich das Baby bei mir behalten kann und, dass ich keinen Schub krieg‘, als dass ich stillen kann. Also ich glaub‘ da muss man anschauen welche Wertigkeit das Stillen für die Frau hat. Ähm... Also generell „wie kann sie sich als gute Mutter erleben“. Ich glaube das ist viel viel wichtiger als das Stillen selbst, weil stillen kann auch für viele Frauen ein... einen ganz großen Druck erzeugen, ja? Aber das glaube ich schon. Wenn... wenn das Stillen gut funktioniert, ja? Also da bin ich mir ganz sicher, dass die Frau etwas glücklicher ist, das Kind ausgeglichener ist. Also, dass bei Frauen die... die gut stillen können wahrscheinlich weniger Frauen depressiv sind, als dort wo... wo Schwierigkeiten mit dem Stillen gibt. Aber er schließt eben Frauen nicht aus, die ganz bewusst oder aus bestimmten Grund auf das Stillen verzichten müssen. Also ich glaub‘ da muss man einfach die Motive anschauen warum eine Frau nicht stillt, um... weil die Aussage ist ein bisschen zu pauschal für mich.

K: Mhm... Ähm... Zum Abschluss gibt es noch etwas was Sie gerne oder das Sie gerne zum Thema erwähnen möchten?

W: Hm... Also ich finde es ganz wichtig wenn... wenn eine Frau auffällig wird, dass sie nicht ganz allein behandelt wird, sondern eben mit dem Baby. Und... unter einem interdisziplinären Ansatz und das da ganz viel Aufmerksamkeit an die Interaktion zwischen Mutter und Kind gewidmet wird, ja? Und, dass Kinderärzte vielleicht

aufmerksamer sind, dass sie dann auch wissen wo sie die... die Mütter hinschicken können, wo sie Hilfe holen können, ja. Ja eigentlich wünsche ich mir viel mehr Zeit in den Kinderarzt Ordinationen, weil das die Anlaufstelle, wo... wo die Frauen immer hingehen mit den Kindern oder halt mit der Familie.

K: Okay gut. Dann bedanke ich mich noch einmal.

W: Bitte sehr.

Einwilligungserklärung:

Die persönlichen Daten und im Interview wiedergegeben Informationen werden nach den im Voraus bekanntgegebenen und unterschriebenen Datenschutzbestimmung vertraulich behandelt. Ich habe das Transkript gelesen und bin mit der Wiedergabe des Inhaltes einverstanden. Ich stimme hiermit der Freigabe des Transkripts für die Verwendung und Veröffentlichung in der Diplomarbeit „Postpartale Depression“ an der Universität Wien zu.

Name: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

16. Anhang 2 – Interviewtranskript 001

ExpertInneninterview 2 für Diplomarbeit „Postpartale Depression“
– TeilnehmerIn auf Wunsch anonymisiert



Transkript: ExpertInneninterview 2

InterviewpartnerIn: auf Wunsch anonymisiert (gekennzeichnet als 001)

InterviewerIn: Sunitha Kavunga (gekennzeichnet als K)

Datum: 3. Juni 2019

Uhrzeit: 11.15-11.45 Uhr

Ort: bei InterviewpartnerIn zu Hause

K: So, ähm... Wie lange waren Sie in der Abteilung für Geburtshilfe als Krankenschwester tätig?

001: Ich war 32 Jahre dort.

K: 32 Jahre. Mhm... Ähm Ihrer Einschätzung nach, nahmen die Fälle von Postpartaler Depression in den Jahren Ihrer Tätigkeit zu?

001: Ja.

K: Ähm... Wird vor der Geburt das Thema der Postpartalen Depression in irgendeinem Kontext vor der Patientin erwähnt?

001: Bei Problemfällen ja.

K: Mhm. Ähm... Und welches Verhalten zeigen die Patientinnen, welches zum Verdacht von Postpartaler Depression führen kann?

001: Sie sind unruhig, weinerlich, manchmal auch äh... ohne Motivation.

K: Mhm. Und äußern die Patientinnen bestimmte Beschwerden die zum Verdacht von PPD führen?

001: Mmm... Beschwerden vielleicht nicht, aber sie...sie wissen selber nicht was das ist. Sie fangen an plötzlich zu weinen ohne Grund, obwohl sie glücklich sein müssten. Ah...und dann müssen wir also, die wir schon jahrelang dort arbeiten, wir kommen schon meistens drauf, dass es halt die...man nennt es Baby Blues.

K: Mhm. Ehm...an wen wenden sich die Patientinnen meistens als Erstes bei Beschwerden?

001: Bei den Schwestern.

K: Bei den Schwestern.

001: Ja.

K: Ähm... Bei Verdacht auf postpartale Depression, wie gingen Sie an die Patientinnen heran?

001: Ähm... Positiv würde ich sagen. Also wir erklären der Patientin, dass das ganz normal ist, dass die Hormone... also durch diese Hormonumstellung, dass es zu einer... äh depressiven Phase und das wird in paar Tagen wieder behoben sein und wenn äh... es schwerer äh...erscheint, dann ziehen wir eine Psychologin hinzu und äh... wenn notwendig auch medikamentöse Behandlung.

K: Ähm... Boten Sie als Krankenschwester interne oder externe Hilfe den Patientinnen bei Verdacht auf postpartale Depression an?

001: Interne.

K: Mhm.

001: Was meinen Sie mit externer Hilfe?

K: Äh... zum Beispiel Caritas Frühe Hilfen oder Selbsthilfegruppen, so etwas.

001: Das ist eigentlich nicht notwendig, weil diese meistens passiert diese postpartale Depression während der Stationsaufenthalt. Das heißt, wenn... wenn es nicht behoben ist, dann können sie immer noch also zu unseren Psychologinnen, also sprechen oder einen Termin mit ihnen ausmachen.

K: Mhm. Ähm... Zeigen sich kulturelle Unterschiede im Verhalten der Patientinnen im Umgang mit postpartaler Depression? Also zum Beispiel ein Tabu-Thema?

001: Mm... das nicht, aber ich glaube in der modernen Welt vielleicht. Wahrscheinlich haben viele also..., wie soll ich sagen, die also in der diesigen Welt leben, also hier leben...äh sag ma auch die Österreicher vielleicht, haben wahrscheinlich mehr Depressionen als sagen wir eine vielleicht nicht sehr studierte, ganz normale Hausfrau. Das... das ist nur meine...äh also Empfehlung. Ich hab das so gesehen.

K: Mhm. Ähm... Ihrer Meinung und Erfahrung nach, was zählt zu den ausschlaggebendsten Risikofaktoren für postpartale Depression?

001: Äh... meistens zu frühe Geburt, Komplikationen in der Schwangerschaft. Oder auch..., es sind alles nur meine Meinung, ja? Oder auch familiäre äh Situationen, zum Beispiel sie haben ein kleines Kind zu Hause und sie wissen nicht wie sie da weiterkommen und so. Oder sie verstehen sich mit dem Partner nicht. Es gibt mehrere Gründe, aber meistens hat das mit all dem nichts zu tun, sondern ist eine hormonelle Umstellung, dass zum... bei vielen zu Depressionen führt und auch bei ganz normalen, ohne komplizierten Familienverhältnisse. Das kann man nicht sagen. Ich, zum Beispiel, als Mutter habe das nicht gehabt.

K: Mhm. Ähm... Ihrer Meinung nach, welche Rolle spielen Familie, Freunde und Partner in der Zeit nach der Geburt?

001: Eine sehr, sehr wichtige Rolle. Also der Partner muss... also ihre Situation richtig einschätzend, immer zur Stelle sein, Seite sein, helfen. Selbst wenn die Frau ein bisschen hormonell nicht unter Kontrolle ist, Verständnis zeigen. Auch Freunde.

K: Mhm. Und welche Rolle spielen Familie, Freunde und Partner bei postmortale Depression?

001: Äh... Ich meine, wenn sie das verstehen also, dass das eine postpartale Depression ist, sollten sie also die Patientin aufmuntern, also ihre Probleme zu erklären oder halt...äh der jungen Mutter sagen, dass das ganz natürlich sei und das sind die Hormone. Das wird sich in ein paar Tagen wieder legen. Und sie soll halt mehr Zeit für sich nehmen, soweit es möglich ist schlafen, und das Kind auch mal abgeben, damit sie auch ein bisschen allein sein kann.

K: Mhm. Ähm... Welche Rolle spielen Scham und Schuldgefühle im Umgang mit postpartaler Depression?

001: Ah... Scham und Schuldgefühl, also meiner Meinung nach... also... Ein Schuldgefühl, warum sollte sie ein Schuldgefühl haben? Und ein Scham... also so wie ich gesehen hab, die meisten Patientinnen, die schwangeren, während der Geburt haben sie sowas wie ein Schamgefühl nicht. Also mich inkludiert. Ich bin eine sehr, sehr schamhafte Person gewesen, aber während der Geburt vergisst du's einfach. Also es ist wichtig, dass das Kind da ist und äh, dass das Kind irgendwie raus kommt, ja? Und da vergisst du wirklich, ob jetzt da zehn Leute da stehen um mehr zuschauen oder so. Also es ist... also das glaube ich nicht, dass da ein Schuldgefühl und äh Schamgefühl eine Rolle spielt. Das ist meine Meinung, ja?

K: Mhm. Äh und dieses äh... diese Scham- und Schuldgefühle, welche Rolle spielen die ähm im Umgang mit postpartaler Depression, wenn sie von postpartaler Depression betroffen sind?

001: Ah... Schuldgefühle vielleicht ja, dass sie vielleicht nicht alles... vielleicht war das ungewollt, zum Beispiel, ja? Oder... sonst sehen ich eigentlich keinen Grund. Also vielleicht war das ungewollt und es tut ihnen irgendwie leid, dass sie eben schlecht... also das Kind nicht gewollt war. Aber an und für sich ein Schamgefühl wüsste ich nicht warum.

K: Mhm. Und ähm bei der Behandlung von Patientinnen nach der Geburt, konnten sie kulturelle Unterschiede wahrnehmen bezüglich der Angehörigen? Zum Beispiel häufige Besuche.

001: Ja unbedingt. Die Österreicher sie waren... also sagen wir eine normale Bevölkerung haben... waren sehr äh den Regeln gebunden. Also sind zu... zu der Besuchszeiten gekommen und waren auch nicht äh in großer Anzahl. Während, zum Beispiel andere Länder, wenn ich das so nennen darf, äh mediterrane... äh anderes Religion und so weiter. Sie sind in Scharen gekommen, vielleicht schon in der Früh, und wollten nicht äh weggehen und haben es nicht verstanden warum sie nicht da sein durften. Ja... Und das waren auch eher wenig gebildete äh Leute. Also alle anderen auch, auch von

anderen... also mediterranen Bevölkerung oder sonstige Ausländer, wenn man das so nennen darf. Ah... Also sie haben sich schon also bemüht die Regeln nicht zu verletzen.

K: Ähm... Und welche Rolle spielen Kultur und Tabu im Umgang mit postpartaler Depression? Gibt es da vielleicht kulturelle Auffälligkeiten?

001: Äh... das kann ich so direkt nicht sagen, weil ich mein wegen der Kultur ist mir nicht irgendwie was aufgefallen, außer... also außer bei den Leuten die ohnehin eine schwierige Geburt oder vorgeburtliche Zeit hinter sich haben. Und... und die anders also andere kulturelle Leute würden's auch vielleicht nicht so zum Ausdruck bringen. Und äh da sind sie vielleicht eher ein bisschen verschlossen.

K: Mhm.

001: Das sind wiederum... das sind meine Eindrücke, ja?

K: Mhm. Ähm... Jetzt kommen wir zum Stillverhalten. Wie würden Sie das Stillverhalten der Patientinnen mit postpartaler Depression, im Vergleich zu Frauen, die nicht betroffen sind, beschreiben? Also tun sie mehr stillen oder eher Fläschchen geben?

001: Stillen würden sie schon, nur es kann auch, zum Beispiel also dieser sehr spät einsetzende Milcheinschuss, kann auch eine Rolle spielen, dass die Patientinnen depressiv sind, ja? Dass sie dann äh wirklich weinerlich sind. Einerseits wollen sie das Kind nur das Beste geben, aber das können sie nicht. Oder das Kind ist zu schwach oder ist nicht gewillt die Brust zu nehmen. Äh... das sind schon, aber... wiederum bei den äh... wie soll ich sagen, einfachen Leuten ist das alles nicht so kompliziert. Also äh sie haben keine Probleme also egal wie viele Leute da sind das Kind zu stillen oder anzulegen. Während die sogenannten „Gebildeten“ vielleicht doch ein bisschen zögerlich sind. Aber die Schwestern sind immer sehr bemüht, dass sie während den Stillzeiten die Besucher nicht empfangen, ja? Aber das war vielleicht nicht die Antwort auf meine äh ihre Frage.

K: Nein das macht nichts. Ähm... Zeigen die Patientinnen bestimmte Probleme bezüglich des Stillens nach der Geburt?

001: Ja es gibt's sehr viele verschiedene Probleme. Also dieser verzögerte Milcheinschuss, äh, dass das Kind nicht also die Brust nehmen will, weil die Flasche leichter ist oder das Kind zu schwach ist. Dann gibt es zum Beispiel bei den Brüsten auch also Hohlwarzen. Dann können die Kinder auch nicht sehr gut saugen. Da gibt es aber Hilfen. Also es gibt's so Stillhütchen oder so was. Ja.

K: Mhm. Ähm... Suchen die Patientinnen von sich aus Hilfe bei Stillproblemen oder mussten Sie auf sie zugehen?

001: Meistens suchen sie schon Hilfe. Also äh sie bitten äh ihnen zu helfen. Oder wenn man das sieht, dass sie irgendwie nicht zurechtkommen, dann natürlich äh habe ich meine Hilfe angeboten, soweit es möglich war. Und heutzutage müssen die Schwestern das nicht mehr machen. Es gibt speziell ausgebildete äh Stillschwestern nennt man sie, ja? Sie machen das und... und wenn sie nicht Zeit haben, wenn sie nicht kommen oder übers Wochenende oder so, natürlich müssen dann die normalen Schwestern hingehen.

K: Mhm. Ähm... Und wie helfen jetzt die Krankenschwestern den Patientinnen, oder die Stillschwestern, bei Problemen?

001: Äh sie werden angehalten, dass Kind öfters anzulegen. Äh... vor der...vorm Stillen die Brüste sanft zu massieren oder unter warmen Wasser sanft zu massieren. Und viel zu trinken. Es gibt auch einen speziellen Stilltee. Äh... und es gibt auch, zum Beispiel homeopathische Hilfsmittel, dass die Milch leicht fließt. Alle halten nicht viel davon, aber es gibt Schwestern die das anwenden, zum Beispiel ich.

K: Mhm. Ähm... Zeigen die Patientinnen Anzeichen bezüglich ihrem Stillverhalten das zum Verdacht von postpartaler Depression führen kann?

001: Da bin ich überfragt. Natürlich wenn keine Milch kommt kann es schon äh... Ich hab viele gesehen, die dann... sie sind sehr bemüht also immer wieder anzulegen und alles mögliche zu machen. Und wenn man auch keinen Erfolg kommt dann ist man schon depressiv, ja? Das hat eigentlich mit der postpartalen Depression nichts zu tun. Das ist eine ganz natürliche Situation, ja? Also das ist nicht... hat mit den Hormonen nichts zu tun.

K: Mhm. Ähm... Gibt es bezüglich des Stillverhaltens Maßnahmen zur Vorbeugung von postpartaler Depression?

001: Da wäre ich überfragt. Ich bin ja kein Spezialist.

K: Okay. Ähm... Jetzt noch zu den letzten Fragen. Sind Sie der Meinung, dass postpartale Depression eine psychische Erkrankung der Mutter ist?

001: Nein, in dem Sinne nicht. Es ist nur eine vorübergehende Erscheinung. Dass das auch gleich wieder verschwindet, ja? Es sei denn es kommt noch irgendwas dazu, dann kann es natürlich in irgendetwas anderes ausarten. All das was ich gesagt habe ist nur meine Erfahrung und Meinung. Das ist nicht wissenschaftlich.

K: Mhm. Ähm... Einer meiner Hypothesen in der Diplomarbeit lautet „Frauen die einen geringen sozialen Support, vor allem vom Partner und von der Familie empfinden, sind eher von postpartale Depression betroffen, als Frauen die einen hohen Support bekommen“. Wie sagen Sie dazu?

001: Das kann ich nicht so...äh so beantworten, weil bei ganz äh natürlichen...also bei ganz normalen, viel behüteten... also Support von Ehemann, Familie... alles haben und trotzdem haben manche dieses Gefühl allein gelassen zu sein mit ihren Problemen. Das hat mit dem... äh also mit dem allen nichts zu tun.

K: Mhm. Und ähm... Ich vermute auch, dass Frauen die auf das Stillen verzichten oder beziehungsweise verzichten müssen und somit nur das Fläschchen geben, eher von postpartale Depression betroffen sind als Frauen die in den ersten Monaten der postpartum Phase ausschließlich stillen. Wie sagen Sie dazu?

001: Kann ich auch nicht bestätigen. Es gibt manchmal ein Problem. Was ich mal, bevor ich überhaupt hier gearbeitet habe, äh... also erlebt hab. Eine Frau hat zum Beispiel Zwillinge bekommen. Plötzlich war sie so depressiv und hat geweint und wollte die Kinder nicht haben, weil sie gedacht hat wie soll sie die zwei Kinder ernähren. Das ist ein Problem, ja? Besonders in der heutigen Zeit äh... vielleicht nicht, aber wenn man am Lande ist oder wo anders ist wo man das alles nicht so gut haben kann. Diese... Sie war Krankenschwester. Sie hat gesagt „ich will die Kinder nicht sehen, ich mag sie nicht“

und so weiter. Und sie hatte eine Depression, weil sie dachte „Es sind zwei Kinder, so viel Milch hab ich nicht.“ Das gibt’s auch, ja?

K: Mhm. Gut, und zum Abschluss, gibt es noch etwas, das Sie gerne zu diesem Thema, zum Thema „postpartale Depression“ erwähnen möchten?

001: Mhm... man könnte zum Beispiel den Patientinnen vor der Geburt einen Hinweis geben, dass es vielleicht zu einer depressiven Phase kommen könnte, dass sie sich deswegen keine Sorgen machen sollen, dass das natürlich ist. Das wird auch wieder vergehen. Dann sind die Frauen vielleicht auch nicht so beunruhigt wenn sie diese Trauer fühlen. Aber das vergeht auch. Also heute weinen sie den ganzen Tag und am anderen lachen sie wieder. Also das ist ohne Behandlung. Also wenn man das weiß würde es denen vielleicht besser helfen.

K: Gut. Dann vielen Dank nochmal für das Interview und, dass Sie sich Zeit genommen haben.

Einwilligungserklärung:

Die persönlichen Daten und im Interview wiedergegeben Informationen werden nach den im Voraus bekanntgegebenen und unterschriebenen Datenschutzbestimmung vertraulich behandelt. Ich habe das Transkript gelesen und bin mit der Wiedergabe des Inhaltes einverstanden. Ich stimme hiermit der Freigabe des Transkripts für die Verwendung und Veröffentlichung in der Diplomarbeit „Postpartale Depression“ an der Universität Wien zu.

Name: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

17. Anhang 3 – Interviewtranskript Jahn

ExpertInneninterview 3
für Diplomarbeit „Postpartale Depression“

2019



Transkript: ExpertInneninterview 3

InterviewpartnerIn: Mag. Catherina Jahn (gekennzeichnet als J)

InterviewerIn: Sunitha Kavunga (gekennzeichnet als K)

Datum: 18. Juni 2019

Uhrzeit: 16.00-17.00 Uhr

Ort: Psychologisch- psychotherapeutische Praxis (Eduard-Jäger-Gasse 5, 1130 Wien)

K: Okay. Äh... PPD ist ein schwieriges Thema für die Patientinnen. Was für Schwierigkeiten treten bei der Kontaktaufnahme bzw. Beratung auf?

J: Äh... also bei der Kontaktaufnahme ist... ist oft eher das Thema, dass die Patientinnen überhaupt an die richtigen ExpertInnen kommen. Also es ist nach wie vor eher ein tabuisiertes Thema. Ähm... Das heißt viele Mütter haben eher dann das Gefühl, dass mit ihnen was nicht stimmt oder haben, ja, Schuldgefühle oder Versagensgefühle als Mutter und versuchen relativ lange das irgendwie selbst zu schaffen und alleine zurechtzukommen. Ähm... und denken sozusagen gar nicht daran, dass das eigentlich eine Krankheit sein könnte und...und auch behandlungsbedürftig ist. Das heißt es dauert oft wirklich viele Wochen. Ähm... bei der Postpartalen Depression ist es meist sogar oder oft sogar Monate bis die Patientin in Behandlung kommen und ja... das ist einerseits dieses Unwissen... ähm, dass es eine Erkrankung ist, dass es auch wirklich gute Behandlungsmethoden gibt aber auch schon noch so eine Scham und Unsicherheit ja mit dem Thema irgendwie überhaupt ähm... ja sich an andere zu wenden. Weil dann nach wie vor einfach das Thema ist, wenn man ein... ein neues Baby hat, dann hat's einem gut zu gehen, hat man glücklich zu sein. Also gerade die Mütter wo eigentlich rundherum alles passt und... und ja das Kind gesund ist und sie einen Partner haben und die „Rahmenbedingungen“ passen, die haben oft eine hohe Hemmschwelle auch in Behandlung zu kommen.

K: Mhm. Wird vor der Geburt das Thema der postpartalen Depression in irgendeinem Kontext vor der Patientin erwähnt?

J: Also es gibt äh..., da muss man jetzt unterscheiden, einige Frauen haben ja schon psychische Erkrankung in anderen Lebensphasen erlebt. Also eine große Gruppe der

Frauen die postpartale Depression haben waren schon zu anderen Zeiten im Leben auch depressiv erkrankt. Ähm... das heißt die haben auch ein hohes Risiko eben ähm... zu erkranken nach der Geburt und die haben das teilweise dann schon gehört oder haben ein Wissen dazu ähm... zum Beispiel wenn sie in Psychotherapie sind, es mit einem Psychotherapeuten besprochen haben oder mit einem Psychiater oder mit ähm Gynäkologen, Hebamme. Ähm das heißt sie wissen's manchmal. Die, die sozusagen bisher eigentlich noch gar keine psychische Erkrankung oder Krise in der Form erlebt haben, die haben das manchmal irgendwie in den Medien oder so gehört und kennen das Thema, denken dann aber oft gar nicht daran wenn sie selbst betroffen sind, dass das sein könnte. Also meine Erfahrung ist eher, dass jetzt in der... in der Schwangerschaftsbetreuung, in der Geburtsvorbereitung das noch immer ein Randthema ist. Also es gibt äh diverse Kampagnen, dass... dass man auch die... die Frauen gerade im Wochenbett und so schon rechtzeitig screenen und informiert, aber wirklich in der Zeit der Schwangerschaft, dass... ich weiß es ist noch immer zu wenig besprochen.

K: Mhm.

J: Also da muss man schon Glück haben und... und an eine sehr engagierte Hebamme oder so geraten, die einfach sowas auch erfragt und thematisiert.

K: Mhm. Wie erfolgt in der Regel die Kontaktaufnahme?

J: Ähm... Da muss ich jetzt quasi unterscheiden so Klinik oder Privatpraxis. Ähm... oder eigentlich ist es in beiden Fällen so, dass sehr oft die Kontaktaufnahme dann so passiert, dass sich die Betroffenen oder die Angehörigen im Internet irgendwie auch schlau machen oder ja... im Bekanntenkreis erfragen was es gibt. Äh und dann aufmerksam werden auf das Angebot und ähm oftmals melden sich Angehörige, die Kindsväter oder Partner, und ähm oder auch Mütter oder so, und machen einen Termin aus. Hmm... Sonst ist es manchmal so wenn's sehr akut ist äh, dass die Kontaktaufnahme dann in so psychotherapeutischen Behandlung oder Mutter-Kind-Behandlung auch über andere psychiatrische Kliniken erfolgt. Oder zum Beispiel wenn... wenn eine Patientin sehr früh erkrankt hat auch im Wochenbett schon Thema sein, also im... im Krankenhaus auf der Geburtsstation, dass irgendwie schon auffällt, dass eine Mutter depressiv ist und dass man sich sozusagen dem professionellen Systemen weitermeldet.

K: Mhm. Und zeichnen sich die Betroffenen durch bestimmte Faktoren oder Merkmale aus?

J: Ähm... ob's so Gemeinsamkeiten gibt sozusagen ist die Frage.

K: Genau.

J: Es gibt schon so eine Gruppe an... an betroffenen Frauen. Wenn man so dazuschreibt das sind oft eher die gut situierten Frauen, die vielleicht auch eher später Kinder bekommen, die vorher womöglich irgendwie ja Karriere gemacht haben oder zumindest eine gute Ausbildung gemacht haben. Eben mit der Kinderplanung oft noch warten und alles ähm sehr genau vorbereiten, sehr genau planen, quasi auch kontrollieren wollen und die einen hohen Anspruch an sich haben, hohe Erwartungen wie sie die Mutterrolle auch leben wollen oder die Beziehung dann auch. Und da ist ein hohes Risiko eben auch danach eine postpartale Depression zu bekommen. Im Sinne auch von Erschöpfung, dass man diesen eigenen Ansprüchen, Erwartungen nicht gerecht werden kann, aber auch zum Beispiel das Thema, dass das Berufliche fehlt, der Selbstwert der da auch gestärkt wurde und... die Isolation die dann auch passieren kann wenn man sozusagen nicht mehr arbeitet und plötzlich mehr zuhause ist. Also das wär so eine Risikogruppe, eher die gut gebildeten Frauen. Dann ist ähm natürlich schon auch ein Thema wenn mehrere Risikofaktoren zusammenkommen und das betrifft dann oft Frauen die ähm ja vielleicht einen niedrigeren sozioökonomischen Status haben, die viele Sorgen haben rund um ja finanzielle Themen, Wohnung, vielleicht Arbeitslosigkeit des Partners, schon mehrere Kinder die sie versorgen müssen. Also wo einfach viel zusammenkommt und viel Belastung da ist und mit wenig Unterstützung. Das wär eine andere Gruppe. Und dann gibt's, wie vorher schon gesagt, auch die Frauen, die bereits vorerkrankt waren. Also die zu anderen Zeiten im Leben schon Depressionen hatten, aus welchen Gründen auch immer oder andere Angsterkrankungen und Zwangserkrankungen, die dann sozusagen ein höheres Risiko haben zu erkranken. Das wären so typische Konstellationen ja.

K: Ja. Und wie beschreiben die betroffenen Frauen ihre körperlichen und seelischen Zustände?

J: Äh... was sehr so im Vordergrund steht ist ebenso ein Gefühl der Erschöpfung, der... der Energielosigkeit, der Müdigkeit. Ähm... sehr oft haben sie Schlafstörungen, also

Einschlaf- und Durchschlafstörungen, wachen sie früh auf selbst wenn das Kind schlafen würde, sozusagen nicht mehr schlafen können. Ähm... Dann natürlich diese depressive Verstimmung, also das wäre dann so eine Interessenslosigkeit, äh Gefühl, dass... dass irgendwie alles ja irgendwie ein bisschen hoffnungslos ist. Ähm... Manche spüren auch wenig Beziehung zum Kind. Das war auch so ein typisches Symptom der Depression. Äh das Gefühl zu haben, dass da keine gute Mutter-Kind Bindung im Entstehen ist. Äh... Was haben wir noch für Symptome? Ähm Appetitverlust kann ein Thema sein. Sie ziehen sich oft so zurück und sind weniger... weniger aktiv, weniger draußen, vermeiden Kontakte. Ähm... Viel dreht sich eben auch so um... um das Gefühl des eigenen Versagens als Mutter, so Insuffizienzgefühle, Schuldgefühle, das Gefühl der Rolle nicht gerecht zu werden, das Kind nicht gut versorgen zu können. Und das kann dann eben bis zu einer Hoffnungslosigkeit gehen oder auch so lebensmüden Gedanken oder Suizidgedanken. Also da... da ist oft so die Idee dahinter „dem Kind wird es besser gehen wenn ich nicht da wäre“. Ähm wenn eben das sozusagen eine... eine starke Ausprägung hat. Sonst... Was haben wir noch? Ja Ängste jeglicher Art können vorkommen. Ähm... also... einerseits oft auch Angst mit dem Kind alleine zu sein, ähm Angst das Kind nicht gut versorgen zu können und was auch interessant ist bei... bei Depressionen können ähm, bei postpartalen Depressionen können eben auch Zwangsgedanken auftreten. Das muss dann nicht unbedingt eine eigenständige Zwangserkrankung sein, aber manchmal tauchen so Zwangsgedanken auf, wie die Idee man könnte das eigene Kind verletzen ähm... oder misshandeln... oder solche Ideen. Also oft so schambesetzte, aggressive Inhalte. Und das ist dann wieder extrem belastend und führt dann erst recht wieder dazu, dass Schuldgefühle da sind, dass sie sich zurückziehen, dass sie sich dafür schämen. Genau.

K: Mhm.

J: Also ein recht breites Bild eigentlich.

K: Ja. Und äh... Wie beschreiben die Patienten denn ihre sozialen Umstände? Fühlen Sie sich da unterstützt oder eher alleingelassen?

J: Es beschreiben schon sehr viele Patientinnen und Mütter ihrer Situation mit Kind so, dass sie sich deutlich mehr alleine fühlen als das vorher der Fall war. Also, dass einfach, dass diese frühe Mutterschaftsphase schon eine gewisse Isolation oft mit sich bringt.

Also gerade die, die im Beruf etabliert waren, die ein... ein großes soziales Netz hatten erleben dann oft diese Konzentration auf Zuhause und auf das Kind als recht belastend. Gerade wenn der Partner auch sehr viel arbeitet und viel ähm oder lange auswärts ist ähm... ja fehlt ihnen dann auch sowie eine Ansprechperson und Möglichkeit der Kommunikation. Das ist schon sehr typisch. Und wie sie die... die Unterstützung erleben ist unterschiedlich, aber es geht ja mehr ums subjektive erleben. Also auch dort wo Partner unterstützen und da sind... ist oft so das Gefühl vielleicht in den eigenen Belastungen nicht verstanden zu werden. Äh... was es zum Beispiel bedeutet den ganzen Tag mit einem kleinen Baby zu Hause zu sein. Da ist oft so das Gefühl, der Partner der am Abend kommt und da kurz hilft, der kann sich das gar nicht vorstellen und sich nicht einfühlen, was es bedeutet einen ganzen Tag lang ähm ganz abgestimmt auf... auf ein Baby zu sein, auf dessen Bedürfnisse zu achten. Das ist eben oft Thema. Und es ist schon so, denk ich, dass es ein Risikofaktor ist wenn da weniger Unterstützung da ist. Also wenn zum Beispiel keine Eltern, Familien in der Nähe hat ähm... oder vielleicht nicht die finanziellen Ressourcen um sich Unterstützung leisten zu können... zusätzliche.

K: Ja. Und wie beschreiben die Patientinnen ihre Beziehungen zur Familie?

J: Das kann in unterschiedliche Richtungen gehen. Also eh typisch ist auch nach der Geburt von einem Kind, manchmal verbessern sich auch Beziehungen oder werden enger und sie fühlen sich irgendwie gut unterstützt von ihren Eltern oder Großeltern quasi... ähm auch den Partnern. Manchmal geht's aber auch in eine konflikthafte Richtung. Also, dass plötzlich so das Gefühl ist „sie stellen Ansprüche, die fordern sehr viel, unterstützen aber wenig“ oder, dass so enttäuschte Erwartungen da sind, dass eine Hoffnung war „da würde mehr kommen an Unterstützung“. Äh... Also bei Patientinnen mit Depressionen ist... ist schon oft ein Thema, dass die Beziehungen auch dann eher konfliktuell sind und da Enttäuschungen sind und wenig Unterstützung. Es muss aber nicht so sein. Also es gibt auch die Fälle, ähm ja die so das Gefühl es wär doch eh alles da, es helfen alle, es ist alles wunderbar und trotzdem geht's ihnen so wie es ihnen geht.

K: Mhm. Wie nehmen die Patientinnen ihren Freundeskreis wahr?

J: Das ist auch ähm... kann natürlich auch sehr unterschiedlich sein, je nach Lebensphase auch in der man gerade ein Kind bekommt. Ähm... ab und zu ist es eben Thema, dass... dass vielleicht gerade im Freundeskreis so ist, dass sie nicht zur gleichen Zeit auch kleine

Kinder bekommen und man dann plötzlich so ein bisschen herausgerissen aus dem und isolierter. Das wird dann oft problematisch erlebt. Ähm... oder auch dieses Thema der sozialen Vergleiche also das ist sehr oft das Gefühl haben bei den anderen sei doch alles so perfekt und gelingt alles so gut und sie selbst ähm ja versagen in ihrer Rolle. Also auch so dieses Bild das nach außen transportiert wird kann einen hohen Druck erzeugen, gerade wenn's ein Wunschkind ist, man erst spät ein Kind bekommt und eigentlich so alles perfekt wäre. Dann gibt es schon hohen Druck das auch nach außen so zu zeigen.

K: Mhm... Äh, Ihrer Meinung und Erfahrung nach, was zählt zu den ausschlaggebendsten Risikofaktoren für postpartale Depression?

J: Also so wie es eigentlich fast immer Thema bei psychischen Erkrankungen ist, ist es meistens eine Kombination aus mehreren Faktoren. Also es gibt nicht so „den einen“ Risikofaktor, sondern sag ma das Risiko ist umso höher je mehr Risikofaktoren zusammenkommen. Aber was ganz wesentlich ist, ist ähm... sind Vorerkrankungen. Wenn man bereits in anderen Lebensphasen psychische Erkrankungen hatte oder auch eine Schwangerschaft schon hat, dann ist das ein... ein hohes... sehr wesentlicher Risikofaktor. Ähm ein weiterer ganz wichtiger ist auch die familiäre Prädisposition. Das heißt, wenn es nahe Angehörige gibt die auch psychische Erkrankungen haben oder vielleicht sogar eine Mutter die selbst eine postpartale Depression erlebt hat, ist das auch ähm... erhöht das... das Risiko. Dann haben wir auf jeden Fall, was wir vorher angesprochen haben, das Thema soziale Unterstützung dabei. Also je weniger Unterstützung erlebt wird, also subjektiv egal jetzt wie vielleicht die Realsituation ist, ähm desto schwieriger ist es für die betroffenen Frauen, desto eher kann es in so eine Richtung gehen. Ähm... Sonst dieser Themenkomplex „hohe eigene Ansprüche“, „Perfektionismus“, ähm auch so ein Druck, dass alles perfekt sein muss und gut gelingen muss, hohes Kontrollbedürfnis kann auch so ein... ein Risikofaktor sein. Ja dann jegliche Partnerschaftskonflikte oder auch soziale Konflikte sind... sind wichtig da auch zu berücksichtigen. Ähm also das ist oft ein Thema mit dem sie auch kommen. Am Anfang, dass der Übergang in die Elternschaft als Paar irgendwie schwierig ist. Was haben wir noch für Risikofaktoren? Ja natürlich wenn jetzt dann irgendwie real Dinge auch schwierig laufen rund um die Geburt eines Kindes, also zum Beispiel schon eine belastete Schwangerschaft, ähm wohlmöglich gab's in der Vergangenheit ähm Fehlgeburten, Frühgeburten ähm... oder eine aktuell schwierige Schwangerschaft,

schwierige Geburtserfahrungen oder sogar traumatische Erfahrungen, oder Dinge wie eine Frühgeburt, sodass... sodass ein hoher Betreuungsbedarf oft da ist. Ängste um das Kind. Also wenn dann so reale Themen oft da sind, die... die den Alltag erschweren. Und dann ähm... wie meistens auch typische Sorgensängste, finanzielle Sorgen, Arbeitslosigkeit, ähm ja... spielen dann auch mit. Das heißt es gibt so verschiedene Quellen, das eine eben eher diese... diese inneren, psychischen Faktoren, Rahmenbedingungen, das soziale Netz, aber auch diese Prädisposition zur Erkrankung. Und natürlich je mehr davon dann da ist, desto höher ist das Risiko.

K: Mhm. Welche Rolle spielen Familie, Freunde und Partner bei postpartaler Depression?

J: So wie vorhin eigentlich schon erwähnt, es kann in zwei Richtungen gehen. Einerseits sind sie ein ganz wichtiger protektiver Faktor, weil natürlich je besser das Netz ist, je mehr Unterstützung da ist, je besser es dem Paar auch gelingt diesen Übergang in die Elternschaft gut zu schaffen, äh desto geringer ist das Risiko auch zu erkranken oder belastet zu sein. Äh oder auch wenn eine Mutter schon eben eine Prädisposition hat, kann das einiges abpuffern und auffangen, oder dazu beitragen, dass sie sich schneller erholt. Umgekehrt wenn diese Unterstützung fehlt oder es gerade umgekehrt Konflikte gibt ähm wo Erwartungen, Druck, sich sehr alleingelassen fühlen, dann ist das ein wesentlicher Risikofaktor. Und eben diese Konflikte können ja auch Konflikte mit den eigenen Eltern dann sein. Also es muss jetzt nicht nur den eigenen Partner betreffen. Es geht in beide Richtungen. Ganz wichtig... eine ganz wichtige Rolle spielen sie dann eben auch für die Gesundung, als ähm Entlastung und Verständnis.

K: Mhm. Äh, welche Rolle spielen Scham und Schuldgefühle im Umgang mit postpartaler Depression?

J: Im Umgang ist damit gemeint für die Betroffenen selbst?

K: Genau, für die Patientinnen.

J: Mhm. Also da ist es so, dass das weiterhin, wie wir am Anfang erwähnt haben, ein großes Thema ist, weil es auch dieses Tabu gibt in der ersten Zeit mit Kind überhaupt zu belastet zu sein und sie ganz oft auch von anderen hören „ja aber du hast doch ein gesundes Kind, ist doch alles gut und es wird schon wieder“. Also, dass das irgendwie bagatellisiert wird

oder ebenso dieser Widerspruch da ist „der darf's doch gar nicht schlecht gehen on so einer Lebenssituation“. Und auch die Mütter selbst erleben das sehr oft so und... und verstehen nicht warum es ihnen dann eigentlich so geht. Ähm das heißt es ist schon eine hohe Hemmschwelle sich an andere da zu wenden, sich zu öffnen, weil es ja auch den eigenen Erwartungen Ansprüchen an sich so widerspricht. Ähm da ist auf jeden Fall Scham. Dann... dann noch größeren Scham produzieren natürlich Symptome wie Zwangsgedanken, die... die so aggressive Inhalte haben oder der Art, oder auch Suizidgedanken sind auch sehr Scham besetzt.

K: Und welche Rolle spielen Kultur und Tabu im Umgang mit postpartaler Depression?
Gibt's kulturelle Auffälligkeiten?

J: Da muss ich zugeben, dass mir da irgendwie ein bisschen die... die Erfahrung fehlt, weil ähm... ja also um das wirklich fundiert beantworten zu können, ob's da irgendwie Unterschiede gibt. Ich glaub, von meiner Erfahrung her, dass es eigentlich in allen Kulturen noch ein Stück tabuisiert ist. Es wird zwar immer mehr Thema in den Medien. Es gibt Bücher dazu, Filme dazu, Informationsmaterialien, aber für die Betroffenen selbst, wenn man diese Depression erlebt in der ersten Zeit mit Kind, glaub ich, dass die meisten berichten, dass sie noch immer ein starkes Tabu spüren und... und eben selbst unter Schuldgefühlen, Schamgefühlen leiden. Also ich glaub', dass sich das eigentlich durch... durch alle Kulturen noch immer durchzieht. Ähm sonst... ist auch so die Frage wie sich's zeigt quasi? Oder, oder...

K: Genau, das wär jetzt die nächste Frage. Zeigen sich kulturelle Unterschiede im Verhalten der Patientinnen im Umgang mit Postpartaler Depression?

J: Also was man einfach weiß von psychischer Erkrankung, dass sie sich teilweise kulturell ein Stück anders zeigen können, dass zum Beispiel ähm... es... es sein kann, dass in manchen Kulturen eher körperliche Symptome vorherrschen oder... oder gezeigt werden. Also, dass zum Beispiel mehr geklagt wird über körperliches Unwohlsein, über Erschöpfung und weniger über depressive Gedankeninhalte oder so. Also, dass da was anderes im Vordergrund steht und kommuniziert wird. Und dann gibt's womöglich auch Unterschiede in der Inanspruchnahme von Hilfe, also ob jetzt zum Beispiel eher medikamentöse Hilfe in Anspruch genommen wird, psychiatrische Unterstützung oder

ob die Patientin auch in Psychotherapie gehen. Aber da muss ich sagen habe ich jetzt nicht... nicht genug Erfahrung, um das jetzt so zu verallgemeinern zu können. Ja.

K: Mhm. Ähm... jetzt zum Stillverhalten. Wie würden Sie das Stillverhalten der Patientinnen mit postpartaler Depression, im Vergleich zu Frauen die nicht betroffen sind beschreiben. Also geben Sie mir das Fläschchen oder stillen sie eher?

J: Das ist schwer zu verallgemeinern, weil ich natürlich nur eine selektive Stichprobe sehe. Also ich habe gerade mit den Müttern zu tun, die schon psychisch erkrankt sind. Ähm... Und da zeigt sich, dass... dass doch viele das Fläschchen geben, aber nicht nur. Ähm es ist oft so, dass Mütter versucht haben zu stillen und das aber schon ein sehr schwieriges Thema war. Also das kann verschiedene Ursachen haben. Oft ähm ist einfach dieser Beginn der Stillbeziehung sehr problematisch, zum Beispiel weil die Geburt schwierig war, beim Kaiserschnitt, sie danach irgendwie nicht die ausreichende Unterstützung wie sich's gewünscht beim Stillen hatten, und starke Schmerzen erleben oder auch das Kind nicht ausreichend zunimmt. Sie also sozusagen frühzeitig ähm ein Fläschchen dazugeben und schnell so in den Kreislauf kommen. Also oft berichten Mütter, das zieht sich auf jeden Fall durch, dass diese erste Zeit sehr belastet war, diese erste Zeit der Stillaufnahme quasi, der Stillbeziehung. Ähm dann braucht es natürlich sehr viel auch Rückhalt vom Partner, sehr viel Unterstützung, um... um das irgendwie ja begleiten zu können und um das Stillen weiterführen zu können. Und da ist... ist schon die Erfahrung, dass ja..., dass viele dann sozusagen auch... auch zum Fläschchen greifen, nicht so unterstützt wurden und das schon ein Thema ist das noch nagen kann, weil sozusagen das doch für viele ein Wunsch war zu stillen und sie das Gefühl haben, dass sie da dann in ihrer Mutterrolle versagen und... und nicht ihren oder anderen Erwartungen gerecht werden. Es gibt aber auch das umgekehrte Phänomen, dass ein sehr hoher Druck verspürt wird stillen zu... stillen zu müssen, weil es das Beste für's Kind ist laut Expertenmeinung, gesellschaftlicher Meinung und ähm..., dass sehr viele Frauen das Gefühl haben „um eine gute Mutter zu sein müssen sie stillen“ und wir schon auch viele depressive Mütter erleben, die... die da ganz an den Rand der Erschöpfung kommen mit dem Stillen. Also, dass sie ähm sich selbst einfach in extrem Vernachlässigung kommen, kaum Selbstfürsorge betreiben, weil sie ihr Kind sehr häufig stillen, weil sie damit die Hauptbezugsperson sind, aber auch die Hauptperson die quasi Nahrung geben kann, ernähren kann. Damit kann man natürlich viel schwieriger in der ersten Zeit auch mal

einen Partner oder jemanden anderen zum Aufpassen einsetzen, wenn man jetzt nicht abpumpt oder Fläschchen auch gibt oder solche Maßnahmen ergreift. Das heißt wir... wir kennen auch diese Mütter, die... die eigentlich schon sehr ausgebrannt sind von diesem Stillen und sehr erschöpft sind, oft auch sehr viel Gewicht abgenommen haben, kaum mehr schlafen und eben das Kind auch damit kaum anders betreuen lassen können, und da sehr dran festhalten, weil das dann auch so ihre Idee ist, das... „das können sie für ihr Kind noch tun und da sind sie eine gute Mutter“. Das heißt, ich glaube es geht in beide Richtungen und es ist natürlich jetzt, bei diesem Problem am Anfang immer die Frage „Was war zuerst da? Waren zuerst psychische Belastungen da, die die Stillbeziehung erschweren oder ist es umgekehrt so, dass das ein Risikofaktor ist?“ Ähm also wenn das Stillen nicht gut gelingt ein Risikofaktor für die Depression. Also ich glaube das kann in beide Richtungen gehen, je nach individueller Situation.

K: Mhm. Bezüglich der... der Unterstützung die Sie vorher erwähnt haben. Fühlen sich die Patientinnen unterstützt während der Stillphase vom Partner bzw. von der Familie?

J: Ich höre es sehr oft, dass sie sich nicht ausreichend unterstützt gefühlt haben, ähm sowohl im Krankenhaus wo das ein bisschen so Thema ist das viele einfach berichten, subjektiv so erleben, dass viele Hebammen oder Kinderkrankenschwestern unterschiedliche Informationen geben, sie sich da sozusagen nicht konstant an eine Person wenden können oder sie natürlich oft dann schon so frühzeitig zuhause sind, dass sie mit dem Thema einfach alleine sind und es oft ein... ein großer Aufwand ist dann erst mal eine Stillberaterin zu organisieren oder in eine Stillgruppe zu gehen. Gerade Mütter die da Schwierigkeiten haben, haben ja dann auch Schwierigkeiten aus dem Haus zu kommen, mit dem Kind unterwegs zu sein und trauen sich das dann gar nicht so zu. Also da wird schon, ich sag mal auch von professioneller Seite zu wenig Unterstützung berichtet. Und innerhalb der Familien ist es unterschiedlich. Also ich glaub' für eine gelingende Stillbeziehung braucht es auf jeden Fall auch den Rückhalt vom Partner und von der Familie, aber es kann auch in so eine Richtung gehen, dass sie zum Beispiel... Manchmal geistern auch so Meldungen von Verwandten oder eigenen Müttern „ja ich habe selbst auch keine Milch gehabt“ oder „ihr seids auch gut großgeworden ohne Stillen“. Also irgendwelche Sätze die man gehört hat oder Erfahrungen der anderen Verwandten mit dem Stillen spielen eine große Rolle, ob das

eher aufrechterhalten wird oder man frühzeitig das Gefühl hat ja dem nicht gerecht zu werden.

K: Mhm. Äußern die Patientinnen bestimmte Probleme bezüglich des Stillens oder auch Fläschchen-Gebens?

J: Ja ein großes Thema ist eben das der Fremdbetreuung, dass das natürlich ein... ich sag mal ein „Nachteil“ der Stillbetreuung ist, dass... dass Mutter und Kind da sehr aufeinander bezogen sind mit der Ernährung. Und wenn man jetzt nicht flexibel jetzt zum Beispiel auch die Flasche einführen möchte, abpumpen möchte oder dazu füttert, dann ist es einfach ja halt so, dass die Mutter für die Ernährung zuständig ist und relativ kurze Pausen einfach am Anfang möglich sind, wo andere Personen oder auch im Nachhinein unterstützen können. Ähm das ist oft ein Thema. Sonst ähm gibt's natürlich gerade Mütter, die recht ängstlich sind, was auch bei der postpartalen Depression der Fall sein kann, haben sehr oft auch Sorgen rund um die Ernährung und Gewichtszunahme des Kindes. Und das kann dann sowohl das Stillen als auch das Fläschchen betreffen. Ähm so die Sorge... oder gerade wenn sie abstillen mussten zum Beispiel wegen Medikation, die Sorge, dass das dem Kind jetzt schaden wird, dass das Kind sich nicht gut entwickeln wird... ähm ja, dass sie da irgendwie einen permanenten Schaden dem Kind zufügen und, dass der Bindungsaufbau nicht gut gelingen wird.

K: Welche Rolle spielen denn Partner und Familie bei der Ernährung des Kindes?

J: Ich glaub insofern schon eine große. Also, wie gesagt, der Rückhalt der Familie oder grad des Partners, die Unterstützung des Stillens ähm wichtig ist für eine gute und auch... auch Stillbeziehung oder auch in einer Dauer die man sich so wünscht das durchzuhalten. Umgekehrt kann aber auch wieder der Druck da sein und... und Erwartungen von anderen. Und ich glaube, dass ein großes Thema ist, dass Betroffene oft das Gefühl haben in eine Richtung auch da gedrängt zu sein oder gewissen Erwartungen entsprechen zu müssen. Also wenn sich eine Frau, zum Beispiel, aktiv entscheidet sie nicht stillen möchte, weil sie gerne das Fläschchen geben möchte, kann das auch manchmal schwierig sein im System das durchzusetzen. Wenn eben, zum Beispiel, Eltern, Großeltern die Erwartung haben, dass gestillt wird. Also das kann dann auch zu Konflikten führen. Und idealerweise wird da einfach die Entscheidung der Mutter gut unterstützt und begleitet.

K: Okay. Gibt es bezüglich des Stillverhaltens Maßnahmen zur Vorbeugung von postpartaler Depression?

J: Ob's da schon... Ähm... Ist damit gemeint allgemein etablierte Maßnahmen oder irgendwie so kleine individuelle Maßnahmen?

K: Beides.

J: Mhm. Also ich glaub', dass alles was die Mutter entlastet und stärkt gerade in der erste Zeit ist einmal positiv. Und ähm wenn man jetzt die Stillbeziehung fördern möchte, ähm dann braucht's sicher viel an Informationen, Unterstützung, aber auch so an Entlastung, zum Beispiel praktischer Entlastung im Haushalt, im Alltag, dass die Mütter wirklich sich fühlen sie können sich auf diese Stillbeziehung grad konzentrieren können, einen guten... guten Start haben mit ihrem Baby. Das heißt je geschützter diese erste Zeit ist und je mehr Rückhalt sie haben in ihrer individuellen Entscheidung, desto besser. Und ich denke damit kann man sicher... also wenn das problematisch ist, ist das bestimmt auch einer der Risikofaktoren für eine depressive Entwicklung. Das kann bestimmt schützen.

K: Mhm. Ich hätte jetzt noch ein paar Fragen zur Therapie. Wie häufig betreuen Sie Patientinnen mit postpartalen Depressionen?

J: Also ich betreue sie einerseits im stationären Setting. Da haben wir meistens so, mal sagen, zwei Patientinnen aufgenommen ähm die an postpartalen Depressionen leiden.

K: Ist das jetzt pro Woche oder...?

J: Nein durchgängig sozusagen. Ja laufend sozusagen zwei Patientinnen in Behandlung. Sonst ähm liegt der Schwerpunkt nämlich auch auf postpartalen Psychosen oder Angst- und Zwangserkrankungen, ähm aber es sind bestimmt, würde ich mal sagen, meistens zwei zumindest wenn nicht sogar mehr die die Kriterien für eine postpartale Depression erfüllen. Und in der Privatpraxis betreue ich sozusagen laufend ein bis zwei Patientinnen die das Krankheitsbild haben. Und die kommen dann wöchentlich, in die... wenn die Behandlung dann schon fortschreitet selten in größeren Abständen.

K: Wie läuft die Therapie im Allgemeinen ab? Gehen Sie bei den Patientinnen nach einem bestimmten Schema vor?

J: Also die Therapie läuft ähm... Generell läuft Psychotherapie immer individualisiert ab, das heißt ähm es geht immer darum die jeweilige Patientin in ihrer aktuellen Lebenssituation möglichst umfassend zu verstehen und zu schauen was sie da braucht. Das heißt am Anfang ähm gibt's immer eine ausführliche Anamnese und Erstellung eines Bedingungsmodells wo man eben schaut „Was sind denn die Faktoren, die prädisponierend waren, die Auslöser der Erkrankung waren oder auch Faktoren die die Erkrankung weiter aufrechterhalten?“ Und da hat man dann immer schon Ansatzpunkte für die Behandlung. Ähm dann ist es sehr wichtig auch zu erfassen die ganze Phase der... also Phase „Kinderwunsch“, „Schwangerschaft“, „wie hat die Patientin die Geburt erlebt?“, äh die erste Zeit der Mutterschaft, die Beziehung zum Kind zu erfragen, Bindung zum Kind. Ja ob's da... was es da alles an Ängsten, Schwierigkeiten, Belastungen gab. Das weitere soziale Umfeld spielt eine wichtige Rolle. Und ähm je nachdem wo man dann eben auch die Belastungen identifiziert oder die auslösenden, aufrechterhaltenden Faktoren, kann man der Therapie anknüpfen. Teilweise unterscheidet sich das dann gar nicht so von Therapien die sonst ähm bei Depressionen die nicht im postpartalen Zeitraum auftreten stattfinden. Also eben, dass man mit kognitiven Methoden, Aktivitätensteigerung, Entlastung und so weiter ähm arbeitet. Je nachdem was dann speziell auch so das Thema ist, kann es sich um Aufarbeitung von belastenden Erfahrung, zum Beispiel rund um die Geburt, handeln. Aber was auf jeden Fall gemeinsam ist für alle Patientinnen mit postpartalen Depression, dass einfach diese Zeit der Mutterschaft schon im Zentrum auch steht. Das heißt, es ist... ist ja auch die Phase in der das stattfindet. Oder oft ist es auch so wie das einschneidende Erlebnis, dass die Depressionen irgendwie ausgelöst hat. Und ja da braucht's einfach so Unterstützung beim Übergang in die Elternschaft, Unterstützung auch auf... auf der Paarebene, können auch Paargespräche stattfinden, um zu schauen „Wie stellt man sich gemeinsam die Elternschaft vor?“, „was sind da auch für Werte, Ziele?“ oder an der Kommunikation zu arbeiten, um Konflikte zu bearbeiten. Und ja auch so... ich hab vorhin schon erwähnt dieses Thema „hohe Ansprüche, hohe Erwartungen an sich“. Das ist auf jeden Fall ein wichtiger Teil der Auseinandersetzung, dass man also schaut „Wie kann man für sich die Mutterrolle so definieren, dass sie gut lebbar ist?“ und, dass man sich damit wohlfühlt. Genau. Und dann fehlt noch ein Aspekt, ähm das wichtig ist, dass bei Behandlung der

Patientinnen auch die Mutter-Kind-Beziehung immer im Fokus zu haben. Und ähm wenn's da Schwierigkeiten gibt eben auch bindungsfördernde Maßnahmen zu setzen.

K: Ähm, wird das soziale Umfeld der Patientinnen auch in die Therapie involviert? Und wenn ja, wer und weshalb?

J: Also gerade im stationären Setting ist das ein wesentlicher Teil der Behandlung. Ähm gerade die Partner, Kindsväter, wie auch immer da grad die Lebenssituation ist, werden auf jeden Fall involviert. Erstens wenn die Mütter stationär aufgenommen sind, nehmen wir oft eine Begleitperson mit auf. Das kann eben der Kindsvater sein, es kann aber auch die eigene Mutter, also die Großmutter vom Baby sein, die in der Betreuung von Kindern unterstützt, weil man einfach weiß wie wichtig es ist, dass sich die Mutter erholen kann und einmal sozusagen eine Entlastung erfährt, dass noch jemand da ist der die Kinderbetreuung mitübernimmt. Und das ist... je schwerer die Erkrankung, desto wichtiger ist es natürlich. Das heißt, da werden die automatisch schon miteinbezogen und... und auch informiert. Also es ist ganz wichtig, dass die Angehörigen auf jeden Fall Informationen zur Erkrankung haben, dass sie eben wissen, dass es eine Erkrankung ist ähm ja... was da für Risikofaktoren da sind, wie sie sich entwickeln, wie man sie behandeln kann und, dass man auch ebenso miteinander schaut wie sie da als Paar oder als Familie einen guten Weg finden. Und je nach Familienkonstellation kann das mal umfassender sein, mal weniger. Also manchmal umfassende Paargespräche, Familiengespräche, ähm es wird viel an Unterstützung auch für nachher geplant. Manchmal ist aber auch, dass ein... ein ganz stabiles Umfeld schon, die da sich ja gut unterstützt und es braucht weniger davon. Es ist unterschiedlich.

K: Über welche Dauer oder welchen Zeitraum erstreckt sich denn die Therapie?

J: Also im stationären Setting ähm dauert diese Akutphase der Behandlung ich würd mal sagen zwei Wochen ist wirklich die unterste Grenze. Oft bleiben Patientinnen schon auch bis zu drei Monate in Behandlung bis sie eben ausreichend stabil sind um den Alltag bewältigen zu können und ambulant dann weiterbehandelt zu werden. Im ambulanten Setting oder eben dann nach dem stationären erstreckt sich die Behandlung dann schon über einige Monate. Da ist wieder der Unterschied, ob's sich um Patientinnen handelt, die womöglich erstmals in dieser Phase erkranken, ähm sehr schnell in Behandlung kommen und... und vielleicht auch medikamentöse Therapie plus Psychotherapie

erhalten, dann kann sich die Symptomatik sehr schnell verbessern. Natürlich je schwerer die... der Erkrankungsgrad oder je chronifizierter es ist, je später sie in Behandlung kommen, desto länger dauert's dann oft. Oder wenn, zum Beispiel, Vorerkrankungen sind oder Persönlichkeitsstörungen im Hintergrund, dann braucht's oft doch eine jahrelange Therapie und Begleitung.

K: Wie viele der Patientinnen brechen die Therapie ab und wie viele werden dann tatsächlich geheilt? Gibt's da eine bestimmte Dunkelziffer?

J: Ich muss sagen zu der Abbruchsquote kann ich persönlich nicht viel sagen. Ich hab' selbst noch selten erlebt, dass die Behandlung abgebrochen. Ich kann mich jetzt eigentlich gar nicht daran erinnern, dass die Behandlung abgebrochen wurde. Eher also im Sinne von, dass Patientinnen frühzeitig die Behandlung beenden oder auch vom stationären Setting entlassen werden wollen, wo wir empfehlen würden, dass man noch ein bisschen länger bleibt, aber trotzdem schon eine längere Zeit behandelt war. Also so Abbruch ganz früh ist meines Erachtens nach sehr selten. Was war die andere Frage?

K: Ähm, wie viele tatsächlich geheilt werden.

J: Ähm das schließt sich wieder an die Beantwortung der letzten Frage, an, dass es sehr damit zu tun hat, ob das eine einmalige Episode war und wie der Schweregrad ist. Also wenn' ähm... wenn Patientinnen Komorbiditäten haben, womöglich Persönlichkeitsstörungen im Hintergrund auch, dann ist „vollständige Heilung“ unter Anführungszeichen eher unrealistisch oder auch eine... eine längerfristige Angelegenheit, längerfristige Therapieangelegenheit. Aber Patientinnen die... die bald in Behandlung gehen und eher kurzfristig erkranken, können eine... haben eine sehr gute Prognose.

K: Mhm. Wie viele werden diagnostiziert und machen keine Therapie?

J: Das ist jetzt für mich auch schwer zu beantworten, weil ich mit denen zu tun hab', die schon eine Therapie machen. Ich glaube aber, dass das Problem eher dort liegt, dass viele nicht diagnostiziert werden. Ich glaube nicht, dass es viele gibt die diagnostiziert werden und nicht in Therapie gehen. Ähm also wenn wir Therapie jetzt umfassender sehen, dass sie sie zumindest entweder psychiatrisch, medikamentöse Behandlung in Anspruch

nehmen oder psychotherapeutische, psychologische Behandlung, glaube ich schon, dass die meisten sich entscheiden, weil die Erkrankung ja auch einen hohen Leidensdruck mit sich bringt und eben auch für das ganze System, fürs Kind belastend ist. Ähm umgekehrt wird's aber doch einige gegeben, die nicht diagnostiziert werden und wo sich die Erkrankung dann auch so ein Stück chronifizieren kann. Manchmal bessert sie sich ein Stück, ähm aber es gibt sozusagen persistierende Symptome über einen längeren Zeitraum.

K: Mhm. Diejenigen die tatsächlich jetzt diagnostiziert werden dann und sich doch entscheiden keine Therapie zu machen, gibt's da irgendwelche kulturellen Auffälligkeiten?

J: Ich wüsste jetzt wirklich nicht unbedingt in welchem Szenario das passieren kann, dass man diagnostiziert wird, aber keine Behandlung macht, weil meistens ja die Patientinnen aktiv erst wo hingehen um auch diagnostiziert zu werden. Äh das heißt, sie wenden sich vielleicht an eine psychiatrische Ambulanz, Psychotherapeuten, einen Psychiater oder ein anderes Setting. Das heißt wenn sie da diagnostiziert werden, dann haben sie oft schon einen großen Leidensdruck und auch ein Interesse an einer Form der Behandlung. Es kann natürlich der Fall sein, dass zum Beispiel Patientinnen sagen sie wollen keine medikamentöse Therapie, weil sie zum Beispiel stillen und für sie abstillen nicht denkbar ist oder, dann geht's darum sie zu motivieren eine andere Form der Behandlung auszuprobieren. Oder vielleicht die Hemmschwelle vor Psychotherapie haben und sich dann nur medikamentös behandeln lassen wollen. Aber, dass jemand diagnostiziert ist und sich gar nicht behandeln lässt, ist mir nicht bekannt bei Depression. Also wird schon mal der Fall sein, aber es ist wirklich eher selten. Vielleicht am ehesten in einem Kontext, wo ganz wenig sichtbar ist und vielleicht Mütter mit ihren Kindern wohin in Behandlung kommen, ähm zum Beispiel wenn Babys Regulationsstörungen haben oder so, oder „Schreibabys“, wo die Annahme ist das Problem liegt beim Kind und wo vielleicht dann das Helfersystem identifiziert, dass es viel mit der Beziehung zu tun hat und die Mutter auch sehr belastet ist, womöglich postpartal erkrankt ist. Da könnte ich mir vorstellen, dass es so Szenarien geben kann wo Mütter dann auch verweigern selbst behandelt zu werden.

K: Mhm: Zur Therapie nochmal: Welche Probleme treten häufig während der Therapie auf?

J: Problematisch ist in diesem Zusammenhang natürlich ähm sag ma mal das Setting im Sinne von: Die Mütter haben ganz kleine Babys, weil die postpartale Depression ja sozusagen in diesem Zeitraum auftritt. Das heißt, es ist oft schwer ähm Betreuung für die Babys zu haben in der Zeit oder wenn man sie im Therapiesetting mit dabei hat, ist das natürlich etwas was möglich ist, manchmal auch sehr sinnvoll ist, aber natürlich auch viel ähm Aufmerksamkeit von der Mutter erfordert und für die Mütter oft ein Spagat ist, dann einerseits an ihren Themen zu arbeiten und gleichzeitig das Kind zu versorgen. Und da ist einfach die Erfahrung, dass je älter die Kinder werden, desto schwieriger ist es zu vereinen. Und wenn's ein Baby ist, das noch viel schläft dann kann man auch ganz gut daneben noch Gespräche führen, Behandlung haben, aber wenn dann die Kinder mobil werden und noch mehr Aufmerksamkeit einfordern wird es immer schwieriger. Ähm dann ist es natürlich oft so, dass zum Beispiel die Partner arbeiten gehen, die Mütter dann keine Betreuung für's Kind haben oder es auch schwer ist in den Abendstunden oder so dann Therapiezeiten zu finden. Das finanzielle Thema spielt auch oft mit, das natürlich... dass es auch grad eine Zeit ist wo man vielleicht in Elternkarenz ist, weniger finanzielle Mittel zur Verfügung hat, und je nach Behandlungssetting kann das halt auch ein Thema sein. Also das sind sicher Probleme. Sonst ähm würd ich sagen üblich wie sonst in Therapien.

K: Berichten die Patientinnen über Veränderungen zu Hause aufgrund der Therapie?

J: Ja da gibt's auf jeden Fall Veränderungen und zwar wenn man auch so arbeitet, dass man die Mütter auch sehr stärkt darin auf sich selbst gut zu achten und mehr Selbstfürsorge zu betreiben, zu schauen, dass sie vielleicht gewisse Auszeiten für sich haben, dass... dass andere Personen mehr involviert werden in die Kinderbetreuung, ähm dann wirkt sich das natürlich auf das System aus, weil da dann das System gefragt ist. Also sehr oft werden Väter dann mehr einbezogen, bekommen da sozusagen eine wichtigere Rolle oder ja übernehmen auch Nachtschichten quasi grad in den... wenn die Mütter auch mit dem Fläschchen füttern ist es ja durchaus möglich. Ähm ja oder... oder übernehmen andere Aufgaben im System, Haushalt, wie auch immer... und das... das verändert natürlich einiges. Das spüren sie dann schon. Ja sonst verändert sich oft

einfach auch die Kommunikation durch die Therapie im Paar. Also es kann sein, dass Frauen, zum Beispiel lange eigene Bedürfnisse nicht angestellt haben, nicht über ihre Wünsche, Problemthemen geredet haben oder wenig da eingefordert haben. Und durch die Therapie da auch bestärkt werden das zu tun und auf sich zu achten. Und das kann dann manchmal auch kurzzeitig wieder zu Konflikten führen oder braucht dann erst wieder eine Phase der Abstimmung und der Aushandlung.

K: Mhm. Ähm werden innerhalb der Therapie Medikamente verschrieben?

J: Also im stationären Setting ist das ja klar auch aufgeteilt auf die Berufsgruppen und da im stationären Setting meist Mütter in Behandlung kommen die eine schwerere Form der Depression haben, ähm... wird also quasi fast in jedem Fall auch eine medikamentöse Behandlung empfohlen, auch meistens auch angenommen. Im niedergelassenen Bereich ist es so, dass oft auch Mütter mit leichten Formen der Depression behandelt werden. Und da genau ist auf jeden Fall, also zumindest ich empfehle auf jeden Fall, immer eine psychiatrische Abklärung. Aber natürlich ist es dann die Entscheidung der Mütter, ob sie Medikation einnehmen wollen oder nicht. Und bei leichten Formen der Depression kann auch eine psychotherapeutische Behandlung allein ausreichend sein. Ich find's aber auf jeden Fall wichtig, dass immer psychiatrisch einfach abzuklären und immer wieder gut ja zu beobachten, ob sich die Symptomatik dann ausreichend verbessert, weil es sonst ähm die Empfehlung wäre beide Therapiemethoden zu kombinieren.

K: Ähm wenn diese Medikamente verschrieben werden, also welche Art von Medikamenten sind das und ähm auf welcher Basis wirken diese Medikamente in den Körpern der Frauen?

J: Also das ist jetzt eher eine Frage, die sich auch an einen Psychiater oder Psychiaterin richtet. Nur ganz grob gesprochen: Es handelt sich um Antidepressiva und da gibt's verschiedene Substanzgruppen. Ähm Neuere... ältere Antidepressiva, die wirken auf das Neurotransmittersystem des Gehirns ein und beeinflussen eben diesen Neurotransmitterstoffwechsel, also zum Beispiel Neurotransmitter wie ähm Serotonin, Dopamin und genau greifen dann in den Stoffwechsel ein.

K: Empfinden die Patientinnen die Therapie als hilfreich? Wenn ja, inwiefern?

J: Meinen Sie jetzt die... die psychotherapeutische Therapie oder allgemein gesprochen?

K: Psychotherapeutische.

J: Ja meiner Erfahrung schon, dass bisher meiner Erfahrung nach alle Patientinnen die Therapie als hilfreich erleben. Gerade diese Kombination aus medikamentöser Therapie und Psychotherapie oder dann auch im stationären Setting diese Entlastung vom Alltag. Sie erleben's auf jeden Fall als hilfreich. Also meistens bessert sich doch deutlich die Stimmung. Sie haben wieder mehr Energie, sind wieder aktiv oder äh trauen sich auch wieder mehr zu, haben weniger Ängste. Ähm meistens verändert's schon dieses Erleben der eigenen Mutterrolle, dass sie sich kompetenter fühlen, selbstsichere im Umgang mit dem Kind sind und die Mutter-Kind-Beziehung positiver erlebt wird. Das ist auch ein wichtiger Faktor. Ähm dann kommt's auf jeden Fall zu einer Besserung auch der Schlaf- ähm -störungen, dass sie dann wieder besser schlafen. Da hilft dann oft auch die Medikation, ähm ja... dass sich der Appetit wieder reguliert, dass sie wieder besser auf sich schauen, dass sie eigene Bedürfnisse besser wahrnehmen, kommunizieren. Dann hab ich vorhin schon gesagt, es verbessert sich oft einiges in der Kommunikation der Paare oder Familien, in der Beziehungsqualität diesbezüglich. Und ähm oft ist ein Thema auch, dass haben die Depression die Mütter schon isoliert waren, zurückgezogen waren da ist es immer ein Therapieziel und oft eben auch ein Therapieerfolg, dass sie wieder mehr Austausch mit anderen haben, mehr Kontakte, vielleicht in die Mutter-Kind Gruppen in der Art gehen oder zumindest wieder ihr soziales Netz mehr aktivieren.

K: Jetzt zum Abschluss noch ein paar Fragen. Unterscheidet sich postpartale Depression von anderen Formen der Depression? Wenn ja, inwiefern?

J: Ähm sie unterscheidet sich im Grunde nicht von anderen Formen der Depression. Also die Symptome, die auch so erfragt werden, sind im Grunde die gleichen, aber sie beziehen sich einfach auf die Themen der Mutterschaft, weil das das zentrale Thema ist. Das heißt, ähm Insuffizienzgefühle, Versagensgefühle, Schuldgefühle betreffen dann oft diesen Themenkomplex „Mutterschaft“ oder Ängste sind besonders aufs Kind bezogen, Ängste das Kind nicht versorgen zu können, Ängste das Kind könnte krank sein oder so. Also da findet man oft diese Themen. Oder sogar... was ist sonst so Thema? Ja also dieses zentrale Thema der Mutterrolle, Mutterschaft, Mutter-Kind-Beziehung spielt sehr hinein. Aber an und für sich sind sonst die Symptome sehr ähnlich, wie es sich zeigt ja?

K: Mhm. Sind Sie der Meinung, dass postpartale Depression eine psychische Erkrankung der Mutter ist?

J: Ja definitiv. Also es ist auch wichtig zu unterscheiden auch zwischen, zum Beispiel „Baby blues“ als vorübergehendes Phänomen nach ein paar Tagen, das von sich aus wieder abklingt meistens und jetzt keine eigenständige Krankheit ist. Da wirklich klar zu sagen, dass die postpartale Depression, wenn sie als solche auch diagnostiziert wird, da gibt's ähm im psychiatrischen, psychologischen, psychotherapeutischen Kontext diagnostiziert wird, auf jeden Fall eine Erkrankung die einen hohen Leidensdruck hat und ähm... auf jeden Fall Behandlung braucht auch, ähm weil sie einerseits die Patientin selbst sehr belastet, aber auch das weitere System. Und natürlich die nächste Person, die im System betroffen ist, ist das Baby. Ähm genau, das kann sich auf die Mutter-Kind-Beziehung auswirken. Also auch wenn die Erkrankung natürlich eingebettet ist in diesen sozialen Kontext und all diese Belastungsfaktoren mitspielen, ist es eine psychische Erkrankung die Behandlung braucht.

K: Ähm ich würd noch gern kurz meine Hypothesen erläutern. Frauen, die einen geringeren sozialen Support, vor allem vom Partner und von der Familie empfinden, sind eher von postpartaler Depression betroffen, als Frauen die einen höheren sozialen Support wahrnehmen. Das ist einer meiner Hypothesen. Wie stehen Sie dazu?

J: Das würde ich auf jeden Fall unterstreichen. Also das... das zeigt sich schon, dass... dass oft ein wesentlicher Belastungsfaktor ist, dass Mütter sich entweder wenig unterstützt fühlen oder auch wenig verstanden fühlen in ihren Belastungen. Also ich glaub das ist so der zweite Faktor. Oder sich eben ein Stück alleine fühlen, isoliert fühlen, möglicherweise auch doppelt belastet mit Haushalt und aufs Kind schauen. Und, dass je besser dieses Netz ist, je mehr sie gehalten und getragen sind vom Umfeld, desto geringer ist das Risiko zu erkranken.

K: Mhm. Und die andere Hypothese lautet, dass Frauen, die auf das Stillen verzichten bzw. auf das Stillen verzichten müssen und somit nur das Fläschchen geben, eher von postpartaler Depression betroffen sind als Frauen die in den ersten Monaten der postpartalen Phase ausschließlich stillen. Wie sehen Sie das?

J: Ich glaub' da muss man genau unterscheiden warum Frauen womöglich nicht mehr stillen. Also wenn eine Frau selbstbestimmt die Entscheidung trifft, dass sie nicht stillen möchte und sich aktiv fürs Fläschchen entscheidet und mit dieser Entscheidung wohlfühlt, dann stellt's glaub ich keinen Risikofaktor dar, weil ähm also...eben es gibt so oft die Idee, dass das Stillen dann so viel förderlicher für die Mutter-Kind-Beziehung sei. Da kann man natürlich klar antworten, dass die Beziehung auch sehr gut sein kann oder mindestens genauso gut sein kann wenn man das Fläschchen gibt und das auf eine bindungsfördernde Art tut. Da würd ich sagen muss es keinen Risikofaktor darstellen. Wenn Mütter nicht stillen, weil... weil diese erste Zeit, diese Stillbeziehung sich nicht so etablieren konnte, weil sie da sozusagen schwierige Erfahrungen gemacht haben, frustriert wurden oder abstimmen mussten, weil sie zum Beispiel Medikamente einnehmen mussten und sie das verunmöglicht haben oder so, dann glaub ich ist es auf jeden Fall ein Risikofaktor, weil das oft dann eben so das Gefühl ist in etwas, was ihnen ganz wichtig ist für die Mutter-Kind-Beziehung oder... oder in ihrer Mutterrolle versagt zu haben. Und schwierig ist natürlich da schon auch das gesellschaftliche Thema, wo viel Druck noch immer ausgeübt wird, wo sie sich rechtfertigen müssen und das Gefühl da ihrem Kind womöglich etwas vorzuenthalten das es eigentlich verdient hätte. Und das produziert ja dann wieder Schuldgefühle und kann in einer Depression treiben. Also das ist sehr vielschichtig zu sehen. Aber Natürlich weiß man, dass Stillen auch bissal so einen produktiven Faktor hat, dass... dass es auch hormonell Stressreduzierend wirkt und Verbindungsaufbau fördert. Ähm aber ich denke es ist immer wichtig sich anzuschauen „wie geht's der Mutter?“, weil Stillen, das unter viel Druck passiert, unter Schmerzen und wo Mütter eigentlich im Rahmen ihrer Schöpfung sind, das muss nicht mehr bindungsfördernd und positiv sein. Da... da kann's wirklich eine große Entlastung sein zu einem Fläschchen zu greifen. Aber umgekehrt, ähm eine Frau die gerne gestillt hätte und das gerne tut und dabei nicht unterstützt wird und aus Problemen das nicht machen kann, für die ist das ein großes Thema. Und ähm das ist oft auch ein Konflikt dann in der Behandlung wenn's um psychiatrische Medikation geht, dass die Mütter oft... ja es sehr schwer ist abzustillen. Und, dass halt eben eine Analyse so auch Kosten-Nutzen braucht, ob das wirklich sinnvoll ist und wichtig ist.

K: Mhm. Zum Abschluss, gibt es noch irgendetwas, das sie gerne zum Thema erwähnen möchten?

J: Ich glaub das war jetzt eh recht umfassend. Nein wenn Sie jetzt noch irgendeine bestimmte Frage gibt...

K: Von mir aus wär's das schon. Dann bedanke ich mich noch einmal, dass sie sich Zeit genommen haben und die Fragen beantwortet haben.

J: Gerne.

Einwilligungserklärung:

Die persönlichen Daten und im Interview wiedergegeben Informationen werden nach den im Voraus bekanntgegebenen und unterschriebenen Datenschutzbestimmung vertraulich behandelt. Ich habe das Transkript gelesen und bin mit der Wiedergabe des Inhaltes einverstanden. Ich stimme hiermit der Freigabe des Transkripts für die Verwendung und Veröffentlichung in der Diplomarbeit „Postpartale Depression“ an der Universität Wien zu.

Name: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

18. Anhang 4 – Interviewtranskript Martin

ExpertInneninterview 4
für Diplomarbeit „Postpartale Depression“

2019



Transkript: ExpertInneninterview 4

InterviewpartnerIn: Dr. Robert Martin (gekennzeichnet als *M*)

InterviewerIn: Sunitha Kavunga (gekennzeichnet als *K*)

Datum: 24. Juni 2019

Uhrzeit: 16.00-17.00 Uhr

Ort: UZA I (Biozentrum) – Department für Evolutionäre Anthropologie

K: Ähm von einer biologisch, anthropologischen Sichtweise aus, was zählt zu den Aufgaben einer Mutter?

M: Also ich bin Primatologe. Also ich äh... aber ich kenne auch Befunde aus den anderen Bereichen, aber für mich als Primatologe gibt's äh gewisse Verhaltensweisen die... die allgemein für Säugetiere für andere Primaten gelten. Und vor allem ist die äh... die Dauer der Stillzeit. Und das ist ein Grundproblem, äh das ziemlich lange diskutiert wurde. Und natürlich ist äh ist das Stillen heute viel zu kurz. Also und das Problem ist herauszufinden was wir uns biologisch relevant wäre. Ich habe aus verschiedenen Untersuchungen das Ergebnis bekommen, dass ein... eine menschliche Mutter mindestens drei Jahre stillen sollte. Es ist schwierig eine Obergrenze zu geben, aber für mich ist es mindestens drei Jahre. Das ist kürzer als bei den großen Menschen Affen. Das sind unsere nächsten Verwandten und bei denen es ist zwischen 4 und 6 Jahre Stillzeit. Also das Mindeste wäre für 3 Jahre für den Menschen und das heißt, dass es kürzer geworden wäre in der Evolution. Also ich hab meine Zweifel, ob das stimmt, ob es nicht länger als zwei Jahre wär. Und es gibt verschiedene auch äh geologische Befunde. Man kann in der Archäologie mit Isotopen bestimmen mit welchem Alter äh Kinder abgewöhnt... abgewöhnt wurden. Das stimmt auch etwa damit überein. Also mindestens drei Jahre.

K: Mhm. Ähm, evolutionär gesehen, welche Funktion bzw. Bedeutung hat Depression?

M: Also auch ich habe mich dafür interessiert aus vergleichender Sicht. Ich habe meine Doktorarbeit mit Spitzenhörnchen gemacht und die haben ein ganz komisches Mutterverhalten. Die Mutter baut ein getrenntes Nest und säugt die zwei oder drei Jungtiere nur einmal pro 48 Stunden, also pro zwei Tage werden die... die Jungtiere

gesäugt. Und das dauert ein Monat. Also sie besucht die Jungtiere 5 Minuten lang, tankt sie auf und geht weg, sodass das Minimum an Mutterverhalten, das sich bei den Säugetieren überhaupt kenne. Und das... das Gegenteil von den Primaten wo man ein ganz intensives Mutterverhalten hat. Aber äh bezüglich der Depression: Also was man sieht bei Spitzenhörnchen, deshalb habe ich mich seit dem sechsten Jahr dafür interessiert, ist, dass wenn man Stress hineinbringt, also wenn man ein Pärchen in einem Käfig hat, wenn äh das Weibchen irgendwie gestresst wird und dann das Erste was darunter leidet ist das Säugeverhalten. Und sie fängt an häufiger zu säugen, aber insgesamt weniger Milch abzugeben. Und bei Spitzenhörnchen zufälligerweise kann man sehr leicht äh bestimmen wie viel Stress existiert, weil die äh Schwanz... Schwanzhaare werden gestäubt. Man kann einfach von weit weg aufschreiben wie weit äh... wenn die... wenn die äh Schwanzhaare ganz glatt sind, dann sind die überhaupt nicht gestresst, und wenn sie maximal gespreizt sind dann heißt das, dass sie sehr unter Stress stehen. Und es ist vor allem sozialer Stress. Also wenn man zwei Weibchen im selben Käfig hält, wird bei einem Weibchen die Fortpflanzung unterdrückt. Und wenn irgendwie anders Stress existiert, weil äh... zum Beispiel wenn zu viele Menschen in... ins Labor kommen. Das ist auch ein Stress für die Tiere und dann findet man Probleme mit dem Säugen. Das ist das Allererste was irgendwie schief geht. Äh mit steigendem Stress werden die... die Weibchen letzten Endes infertil. Und da gibt es alle Zwischenstadien. Die können schwanger werden, aber der äh Fötus wird verloren und so. Aber der leichteste Stress hängt damit zusammen, dass das Säugen nicht richtig läuft. Und das ist auch eine Verbindung mit der ersten Frage. Also äh ich hab' mir vorgestellt, dass bei Frauen wenn man Depression nach der Geburt hat, dass das irgendwie mit dem Säugen zusammenhängt. Und... äh ich... es hat mich erstaunt seit dem Anfang etwa 20 Prozent mindestens von Frauen heute Leiden unter äh Stress, also kurz nach der... Depression, eigentliche Depression. Also mindestens zehn Prozent können eine eigentliche Depression haben. Es ist ungemein häufig und es scheint äh bei... bei Menschen besonders ausgeprägt zu sein. Also man sieht diesen Grad von... von äh Depression nicht bei nichtmenschlichen Primaten meiner Erfahrung nach. Aber eine andere Beobachtung die wichtig ist, dass wenn man Menschenaffen in Gefangenschaft hält, das heißt Schimpansen, Gorillas, Orang-Utans, ist es immer noch heute, also mit den besten Bedingungen die man hat, werden die Hälfte der Jungtiere nicht gesäugt. Und äh dann muss das Kind mit der Flasche äh ernährt werden. Ich habe immer

gedacht das sei mit Stress korreliert und ich habe auch Hinweise darauf... Ich habe eine Doktorandin darauf gesetzt. Sie hat bei Gorillas geschaut, ob das... die Mutter das Jungtier richtig aufzieht oder nicht. Sie hatte neun Mütter. Sie hat dann... Sie hat dann Harnproben gesammelt um äh Steroidhormone zu messen, weil ich habe immer die Hypothese gehabt, dass irgendwas... irgendwas mit den Hormonen nicht stimmt, weil äh eine Mutter, ein Gorilla zum Beispiel, kann plötzlich von einem Tag auf den anderen äh geheilt werden. Genau dasselbe sieht man bei... beim Menschen. Das ist wie äh ein Lichtschalter. Für mich ist das dann chemisch. Das ist nicht etwas vom Verhalten her, weil die meisten Forscher meinen, wenn ein... ein Schimpanse nicht aufgezogen wird, dann ist weil die Mutter nicht gelernt hat wie sie sich als Mutter verhalten soll. Aber es ist ganz klar, wenn man Beobachtungen in Gefangenschaft. Es gibt sehr viele Menschenaffen die einwandfrei ohne irgendwelche Erfahrung das Jungtier aufziehen. Äh und... Aber ich hab ein sehr schönes Beispiel aus dem Zoo Jersey. Sie hatten eine Gorillazucht gehabt. Die hatten zwei Weibchen und ein Männchen und beide Weibchen hatten drei Kinder nacheinander gehabt und hatten nie gesäugt. Das Kind wurde in allen Fällen nach einigen Tagen weggenommen. Und das war in einem relativ kleinen Affenhaus. Dann haben sie ein... einen neuen äh neuen Käfig gebaut mit einem riesen Innenraum, ungeheuer großen Außenraumlandschaft mit Pflanzen und so weiter. Und beide Weibchen haben dann bald ein Kind bekommen und haben einwandfrei aufgezogen. Von einmal auf den anderen. Also drei Kinder nacheinander nicht aufgezogen, die kommen in ein riesen Gehege hinein und da sofort klappt es. Und die haben nie Erfahrung gehabt weil die hatten nie Kinder außer... außer von den gehabt. Also für mich war das eine... ein Hormonellschalter. Und ich hab' die äh Erwartung gehabt, dass man das auch immer ... es gibt inzwischen Veröffentlichungen von äh... über den Menschen, dass das hormonell bedingt ist. Und was wir... was Nina bei dieser Doktorarbeit herausgefunden hat, ist das Verhältnis zwischen Östrogen und Progesteron nach der Geburt wenn das äh Verhältnis... wenn Östrogen zu hoch ist relativ zu Progesteron, hat man Unterdrückung des Säugeverhaltens. Und wenn äh das Verhältnis niedrig ist, dann funktioniert das. Und es gibt Hinweise darauf, dass es bei Frauen genau so ist. Also das war meine Überzeugung. Es gibt relativ wenig Forschung darüber. Und wie gesagt, viele Verhaltensforscher haben gemeint große Menschenaffen müssen das Mutterverhalten lernen. Und ich denke das hat absolut nichts mit Lernen zu tun.

K: Mhm. Ähm, wie würden Sie das Auftreten bzw. die Funktion von postpartaler Depression erklären?

M: Ja für mich ist das nicht ein Funktion, weil also das ist eine Störfunktion. Also das normale Verhalten wär das Kind ohne Depression, äh ohne irgendwelche Probleme zu stillen und aufzuziehen. Also wenn man Depression sieht, äh dann heißt es, dass da irgendetwas schief gegangen ist. Und deshalb meine Hypothese, dass eine hormonelle Störung ist. Also es hat keine Funktion. Es ist eine Pathologie.

K: Mhm. Äh jetzt zu den Risikofaktoren. Wie sieht die postpartale Phase beim Menschen aus?

M: Also es gibt ein sehr schönes Buch einer Schauspielerin äh die... Das hat Mut gebraucht. Sie hat ein... ein Buch über äh... der Name kommt mir nicht mehr in den Kopf. Es gibt sogar zwei Bücher die von berühmten Frauen in den Vereinigten Staaten. Brook Shields war die erste. Und ich habe das Buch mit sehr großem Interesse gelesen. Und vorher hatte ich eine Art Psychologie geschrieben um die Risikofaktoren. Wie ich das Buch von Brook Shields gelesen habe, da waren etwa zehn Risikofaktoren. Ich habe alle zehn abgehakt. Sie ist alles mögliche. Sie ist umgezogen. Also sie war nicht mehr in der gewohnten Wohnung. Äh ihr Vater ist kurz vorher gestorben. Sie hatte Probleme mit der Fertilität gehabt und das hat nach einer langer Zeit dann geklappt. Und das soll ein großer Stress sein. Also da waren etwa zehn Faktoren. Und das... wenn ich das alles mit einem Wort zusammenfassen möchte, dann ist das das Wort „Stress“. Also sie gestresst. Auch von der Arbeit her sie hat so lange wie möglich weitergearbeitet und so. Und... also sie hat absolut kein Problem in der Ehe gehabt. Also die kam mit ihrem Mann sehr gut aus. Es war einfach der Stress den Sie zu dieser Zeit erfahren hat. Und sie beschreibt es kann sehr lange dauern bis es wieder in Ordnung kommt und man... Es gibt keine eigentliche Behandlung. Man kann mit Hormonen versuchen und so weiter. Aber äh... aber ich habe auch gelesen von einem Tag auf den nächsten ist plötzlich okay. Und ich denke das hängt... es ist nicht unbedingt der einzige Faktor, aber die Hormone sind... sind daran beteiligt.

K: Ähm, allgemein jetzt, wie sieht denn die Phase nach der Geburt beim Menschen aus? Ganz allgemein auch ohne der Depression gesehen.

M: Also die Phase äh des Mutterverhaltens oder nach der Geburt?

K: Äh nach der Geburt, wie... wie sieht die Phase da aus? Was macht die Mutter und wie... auch mit dem Kind?

M: Ja, ich... also ich komme noch einmal zum Säugen zurück. Ich hab gesagt eine Frau sollte mindestens drei Jahre säugen, aber das heißt nicht exklusiv. Es ist nicht ganz klar, ob exklusiv sechs Monate oder ein Jahr sein sollte. Aber es gibt diese Zeit wo äh die Mutter äh exklusiv äh sollte. Die meisten Mütter machen das heute nicht, aber das... das wäre das Natürliche. Und wenn man Naturvölker anschaut, dann findet man so etwa drei Jahre lang, aber sechs Monate bis einem Jahr exklusiv. Aber anschließend bekommen die dazu Weichfutter äh aber es soll. Für mich werden da in zwei Phasen das exklusive Stillen dann nach einer... einer Mischnahrung äh die zweieinhalb, zwei Jahre lang dauert. Und das menschliche Kind ist... relativ äh schlecht entwickelt bei der Geburt. Also man... man nennt das menschliche Kind ein sekundäres Nesthocker, weil äh und das hängt direkt mit dem Gehirn zusammen wenn man andere Merkmale anschaut dann sind die Menschenkinder bei der Geburt nicht schlecht entwickelt. Die Augen und die Ohren sind offen zum Beispiel. Und äh... äh das Haarkleid war vorhanden also bis äh im achten Monat, hat ein Kind ein Haarkleid aber das fällt dann ab vor der Geburt. Also die Haare waren da. Auch das sind alle Merkmale von Nestflüchter, nicht, dass es Säugetiere gehören, bei diesen zwei großen Gruppen bei Nesthockern bei normalen sind die Augen und Ohren mit Membranen äh verschlossen und das Gehirn ist nicht sehr gut entwickelt. Und was beim äh Menschen passiert ist da das Gehirn, das erwachsene Gehirn, so groß geworden ist, kann der bei der Geburt ist es nicht möglich das normale den normalen Zustand zu haben der normale Zustand von einem Nestflüchter ist dass das... das Gehirn bei der Geburt 50 Prozent der erwachsenen Größe etwa sein sollte. Bei uns ist es noch etwa 25 Prozent. Und das Gehirn relativ zum Körper entwickelt sich nach dem fötalen Muster ein Jahr nach der Geburt weiter. Während dieser Zeit ist, wie ich das sehe, ist das Gehirn immer noch unreif im Vergleich zu mit den anderen. Mit zwölf Monaten nach Geburt erreicht ein menschliches Kind den Zustand vom Gehirn gesehen den man bei der Geburt bei nichtmenschlichen Primaten sieht. Also das Gehirn ist dann relativ schlecht entwickelt während der ersten zwölf Lebensmonate. Und Adolf Portmann, der sehr viel über Nesthocker und Nestflüchter geschrieben hat, hat gesagt: „Eigentlich ist die Schwangerschaft da ja beim

Menschen 21 Monate, neun Monate in der Gebärmutter und zwölf Monate außerhalb der Gebärmutter.“ Und das heißt, dass unsere Kinder sehr abhängig sind, weil das Gehirn sehr unreif ist. Und also äh ich stelle mir vor das erste Jahr ist aus vielen Gründen für die Mutter besonders... schwierig. Das Kind lernt auch erst oder das Kind zeigt erst ab einem Jahr äh die normale Bewegungsweise aufrecht zu gehen, also bis dahin sind mindestens 12 Monate lang kriecht es. Und das... und das ist da, das hängt auch damit zusammen, dass das Gehirn erst mit 12 Monaten reif ist. Ich stelle mir vor, dass es nach diesem Zeitpunkt leichter wäre. Aber soweit ich verstanden habe, wenn Depression existiert dauert es normalerweise nicht ein Jahr. Es ist während des ersten Jahres und vor allem während der ersten sechs Monate. Und weiß nicht wie man das auf Deutsch nennt, aber in Englisch unterscheiden wir zwischen eigentlicher postnataler Depression und was man äh Babyblues nennt. Und das ist viel häufiger, nämlich, dass es vielleicht die Hälfte der Frauen nach der Geburt zeigen irgendeine Form der Blues. Eigentliche Depression sieht man erst bei diesen 10 Prozent und es ist ziemlich hartnäckig.

K: Mhm. Ihrer Meinung und Erfahrung nach was zählt zu den ausschlaggebendsten Risikofaktoren für postpartale Depression?

M: Das habe ich nicht verstanden.

K: Ähm...ihrer Meinung nach was zählt zu den... ähm zu den wichtigsten Risikofaktoren, die zu postpartaler Depression führen können.

M: Ja, also wie gesagt es ist allgemein Stress. Und... ich denke nicht, der.. der Vater von Brook Shields war, der zwei Monate vor der Geburt gestorben. Und ich denke das ist ein riesen Stress für irgendjemand, dass sie äh jemand in der Familie stirbt. Und ein Umzug, also man hatte eine... äh eine übliche Lebenszone und wenn man umzieht ist es auch ein Stress, da muss man alles neu lernen und äh es ist alles äh unbekannt. Und dummerweise ist sie zwei Monate vor der Geburt umgezogen in eine neue Wohnung. Also ich denke man sollte äh... äh während der Mutter sagen äh nicht umziehen nicht, also nicht kurz vor der Geburt, das war nicht eine gute Idee. Es gibt ja auch andere Faktoren die wir nicht kontrollieren können, zum Beispiel wenn es Streit in der Ehe gibt. Häufig ist es so, wenn eine Frau spät schwanger ist, dann... dann hat man krach in der Familie und das ist auch ein Stress. Es gibt auch Stress, bei... äh bei der Arbeit oder

äh bei der äh Nahrungsquelle nicht, das... das man Geldprobleme hat. Und ich finde, dass... oder es ist schwierig da etwas zu unternehmen ich denke die Gesellschaft sollte erkennen, dass... äh dass wenn wir Frauen haben die unter sozialen Stress leben und... unter schweren Bedingungen leben müssen, dass... das Auswirkungen auf Entwicklung des Kindes und auch auf die postnatale Depression haben wird. Ja, für mich sind das die wichtigsten Faktoren.

K: Mhm. Im Hinblick auf postpartale Depression und die Risikofaktoren, gibt es da Homologien bzw. Analogien im Tierreich?

M: Also wie ich erwähnt habe, also bei den nicht menschlichen Primaten, weil meine... meine Interesse dafür hat mit den Spitzhörnchen angefangen, die sind weit von uns entfernt, aber seitdem habe ich die Idee. Also allgemein bei den Säugetieren... das Empfindlichste ist das... äh das Säugen. Und das könnte eine Funktion haben nicht, dass wenn ein Weibchen gestresst ist, aus irgendeinem Grund, Nahrung, sozialer Stress, egal. Das ein Stress bedeutet, dass die Bedingungen ungünstig sind für die Entwicklung des Nachwuchs. Und es könnte dann sinnvoll sein, dass man äh, dass das Tier mit diesem Kind aufhört und einfach äh sagt äh, oder einfach die... die Physiologie sagt, wir machen das wieder später wenn äh die Bedingungen äh günstiger sind. Also es könnte ein natürlicher Mechanismus sein mit einem Tier wie Spitzhörnchen wenn Stress existiert, dann wird das nicht weitergeführt. Aber wenn man äh eine sehr lange Schwangerschaft hat und ein relativ großes Kind hat wo man sehr viel investiert hat. Äh und das ist wie beim menschlichen Kind, also das ist wirklich eine große Investition. Ich denke in dem Fall ist es nicht so sinnvoll, äh da hat man so viel investiert und in dem Fall sollte man eigentlich weiter machen in der Hoffnung, dass es besser wird. Aber ich denke bei äh... bei Säugetieren die äh Nesthocker sind, also relativ schlecht entwickelte Kinder. Es ist vielleicht physiologisch sinnvoll äh bei einem Wurf aufzuhören. Und es gibt bei den Säugetieren, äh häufig werden die Jungtiere aufgefressen, Spitzhörnchen machen das und Hamster machen das, also das ist häufig. Es ist seltsam für Kinder weil wenn sie Hamster zu Hause haben und dann plötzlich hat das Weibchen ein Jungtier und frisst sie auf. Aber ich denke das ist Stress, weil die Haltungsbedingungen für solche Tiere sind nicht besonders gut. Und ich denke das sei ein natürlicher Mechanismus mit... mit Nesthockern. Aber mit Nestflüchtern denke ich das die Investition schon so groß sei, dass es nicht mehr sinnvoll wäre.

K: Mhm. Welche Rolle spielen Familie, Freunde und Partner in der Zeit nach der Geburt?

M: Also das soziale Umfeld ist enorm wichtig. Und deshalb habe ich bei Brooke Shields betont, soweit ich weiß, hatte sie keine Probleme in dieser Beziehung, obwohl der Vater gestorben war. Das heißt, das soziale äh Umfeld schwer angegriffen wurde durch den Tod des Vaters. Aber der Mann in dem Fall war äh... Ich kann mir vorstellen, dass Väter schlecht darauf reagieren, dass die Frau depressiv wird weil das scheint unerklärbar zu sein. Brooke Shields hatte äh gesagt, es war sehr schwer, dass alle gedacht haben sie sollte sich freuen, sie hatte ein Kind und besonders in dem Fall, sie hatte Schwierigkeiten mit Fertilität, endlich klappte es. Und sie ist nicht glücklich. Das stört die Umgebung, also man... man muss wirklich etwas Verständnis dafür haben. Und ich denke das... das wird sehr schlecht vorbereitet. Also meine Frau... meine Frau hat drei Kinder gehabt. Zum Glück hat sie nie ernsthaft Depressionen gehabt und ein bisschen Stimmungs äh...

K: Tief?

M: Eine Reduktion äh der Stimmung gehabt, aber äh nicht eine Depression. Aber äh... ich denke, dass sie... sie hat äh pränatale äh Unterricht gehabt, nicht wahr, das wird durch den Arzt organisiert. Da geht man hin, dann lernt man den Vorgang der Geburt und so weiter. Aber kein Wort wird gesagt über die postnatale Depression. Also Frauen die darunter leiden haben absolut keine Vorbereitung. Und das... das ist ein riesen Schock für das System. Also an sich ist das ein großer Stress. Eine Frau sollte glücklich sein im Prinzip, alle erwarten, dass sie glücklich sein wird und... stattdessen hat sie ganz... äh dunkle Gefühle. Ich denke das könnte schon ein riesen Fortschritt machen denn äh, beim Unterricht vor der Geburt den Frauen klar gemacht wird, dass wenn das passiert, dass sie nichts dafür äh können, das ist physiologisch. Und das ist nicht ihre Schuld, weil die Schuldgefühle gehören auch dazu. Und ein bisschen... ein bisschen Vorbereitung wäre sehr gut.

K: Mhm. Ist der Support vom Partner in der postpartum Phase von besonderer Bedeutung? Wenn ja weshalb?

M: Ja, ich weiß nicht ob äh es vom Partner ist, dass in der modernen Gesellschaft ist es so, dass der Partner der einzige ist, oder äh... aber ursprünglich war es so, dass eine Frau

sehr viele Verwandte, äh Großmütter, Mütter so weiter dabei hatte. Und das ist eine soziale Unterstützung und wie weit der Mann darin eine Rolle spielt ist variabel, denke ich, je nach Gesellschaft. Aber was wichtig ist, dass man eine soziale Einbettung hat. Und so wie ich denke es braucht nicht unbedingt der Partner zu sein, aber der Partner kann diese Rolle spielen. Bei modernen Bedingungen sollte er auch. Aber äh, wenn man eine Großmutter... Also ein Problem für meine Frau ist, dass sie Französin ist und die Mutter war in Frankreich, also wir waren praktisch allein. Meine Mutter wohnte weit weg, also wir haben das alleine durchgemacht. Und äh wir haben Glück gehabt, dass alles glänzend abgelaufen ist. Aber ich kann mir gut vorstellen, also äh wir hätten keine soziale Unterstützung gehabt falls ein Problem aufgetaucht wäre. Das äh... das ist das Problem in der heutigen Gesellschaft, dass diese soziale Einbettung, die eine Rolle spielt. Äh wenn sie weg ist, und wenn der Ehemann auch nicht besonders viel beiträgt, dann ist es sehr gefährlich.

K: Mhm. Welche Rolle spielen Familie, Freunde und Partner bei postpartaler Depression?

M: Bitte?

K: Welche Rolle spielen Familie, Freunde und Partner bei postpartaler Depression?

M: Habe ich das nicht beantwortet? Ich weiß nicht was neu, bei dieser Frage ist.

K: Ähm...das eine war nach der Geburt allgemein und wie können, was für eine Rolle...

M: Was kann man... was kann man in der Praxis machen, ja. Das ist eben das Problem, weil... sehr viele Leute meinen das die postnatale Depression psychologisch ist und sie suchen nach psychologischen Problemen. Und ich denke das ist Stress, es könnte psychologischer Stress sein. Aber ich denke jeder Stress, könnte ein Problem sein. Also wenn eine Frau stark unter Stress steht, dann ist viel wahrscheinlicher, dass sie eine Depression haben wird. Und das Problem ist, dass äh ein Ehemann oder ein Freund können versuchen... die Frau aufzumuntern, aber das hilft alles es nicht. Es ist sehr schwierig für Frauen die darunter leiden. Die können selber nicht erklären warum das so ist. Und äh... da man das auch nicht unbedingt behandeln kann. Es gibt verschiedene Möglichkeiten mit Hormonen, so wie ich erklärt habe. Das funktioniert alles nicht zuverlässig. Also man muss eigentlich abwarten. Also das Höchste, dass ein Ehemann

oder Freund machen kann ist der Frau zu helfen, diese Wartezeit abzu... Aber sowie wie ich das sehe wartet man einfach ab, dass es weg geht.

K: Mhm. Welche Rolle spielen Kultur und Tabu im Umgang mit postpartaler Depression?

M: Ja, also das erste Problem ist, dass die Leute gar nicht darüber reden. Deshalb hat Brooke Shields diese äh... dieses Buch geschrieben. Und äh... und auch andere berühmte Frauen haben darüber geschrieben, weil es ist... Das kommt vollkommen unerwartet auch für solche Leute. Kein Mensch hat denen erklärt, dass es eine Möglichkeit ist. Und dort steht man davor. Man sollte glücklich sein und alles scheint düster zu sein. Und äh... es ist... es ist zu einem gewissen Grade ein äh... ein Tabuthema, es wird nicht diskutiert. Und das müsste... müsste man viel öfter diskutieren. Ein ähnliches Problem ist Missgeburt, Fehlgeburt. Das äh... da wird man gar nicht darauf vorbereitet. Und da sind auch Schuldgefühle dabei. Also häufig fragt eine Frau nach einer... einer Fehlgeburt, was habe ich falsch gemacht, nicht wahr. Und das sind äh dann Schuldgefühle. Also das ist auch etwa die Gesellschaft, ähm müsste erstens offen sein, dass man solche Probleme diskutiert und man eine Frau darauf vorbereitet, dass so etwas passieren könnte. Man muss... man muss vor allem überzeugen, dass es... dass es nicht die Schuld der Frau ist, wenn das passiert.

K: Mhm. Inwiefern hängen die Attachmentstyles mit der Entwicklung von postpartaler Depression zusammen?

M: Ja... ja ich bin äh der Überzeugung das hängt mit dem Stillen zusammen, weil wenn man natürliches Mutterverhalten hat dann ist das Kind anfänglich dauernd bei der Frau. Und es wird irgendwie rumgetragen. Es braucht nicht unbedingt die Frau zu sein, aber irgendjemand muss das Kind... Und man braucht die Körperwärme, den Kontakt und so weiter. Ich halte das für unbedingt notwendig. Also der Vorfahr der Primaten existierte vor 80 Millionen Jahren. Und seitdem, bei sämtlichen Primaten hat man einen engen Kontakt. Also bei den nichtmenschlichen Primaten wird das Kind auf dem Fell herumgetragen. Man hat automatisch eine enge Verbindung. Und was man hier findet, also wenn das Kind herumgetragen wird, hat man äh das Säugen auf äh Nachfrage wo das Kind entscheidet wann es gesäugt wird. Also auf dem Fell, wenn es Durst hat dann klettert es hoch und wird gesäugt. Ja, es gibt andere Säugetiere wo das nach Zeitplan gemacht wird und das Extrembeispiel ist das Spitzenhörnchen. Das äh die zwei drei

Kinder sind in einem Nest und die Mutter kommt einmal pro 48 Stunden zum Säugen. Also das ist... Sie entscheidet wann sie hingeht. Und das ist ein riesen Unterschied. Das heißt beim... bei sämtlichen Primaten, der Mensch gehört auch dazu, ist das Säugen auf Nachfrage vom Kind wichtig. Und man hat sehr viele äh Kinderärzte gehabt in Amerika, England aber auch in äh in Festlandeuropa, die gesagt haben, dass das Kind soll in einem getrennten Zimmer sein, einem getrennten Bett und soll alle vier Stunden gesäugt werden. Das ist das absolute Gegenteil von dem was biologisch sinnvoll wäre. Also äh... für mich ist äh „Attachment Parenting“ absolut äh klar. Das existierte seit dem Ursprung der Primaten, wie gesagt seit 80 Millionen Jahren, also wir sollten ein bisschen Respekt davor haben.

K: Mhm. Beim Menschen jetzt, welche Funktionen erfüllt das Stillen für Mutter und fürs Kind?

M: Ja also.... also die biologische Funktion ist ganz offensichtlich die Ernährung des Kindes, aber das Verhalten des Stillens heißt auch Kontakt mit der Mutter. Und da kommt das „Attachment Parenting“ hinein, nicht? Da das Kind dauernd in der Nähe von der Mutter ist und geschützt wird. Und auch die Körpertemperatur kommt von der Mutter. Wenn man das Kind von der Mutter trennt, vor allem während der ersten sechs Monate, dann ist das nicht sinnvoll. Aber das Säugen äh.... also ich habe sehr viel darüber geschrieben, weil es gibt sehr viele Hinweise, dass Kinder die äh normal gesäugt werden äh bessere Gehirnentwicklung haben als Kinder die mit der Flasche ernährt werden. Es ist nur ein paar äh Punkte auf der Skala. Aber es gibt signifikante Unterschiede. Also ein Kind, das gesäugt wird, hat eine etwas bessere kognitive Entwicklung als ein Kind das mit der Flasche ernährt wird. Äh und also ich hab äh... es gibt sehr viele Untersuchungen darüber und ich bin absolut äh überzeugt, dass es stimmt. Und es gibt etwas, dass die Leute vergessen, weil man hat Veröffentlichungen die vergleichen, gesäugt oder nicht gesäugt. Aber in der modernen Gesellschaft wenn man sagt gesäugt dann heißt das maximal sechs Monate. Wenn es mit der Flasche ist dann äh ist es sofort aber... höchstens hat man sechs Monate äh... Säugen. Es ist sehr sehr selten, dass sein Kind drei Jahre lang gesäugt wird. Also wenn man Daten sieht, dass man zwei Punkte Unterschied in äh Intelligenzquotient hat, dann ist das... dann heißt es, wenn ein Kind zwischen einem Tag und sechs Monaten gesäugt wird, häufig ist es zwei Wochen manchmal etwas mehr. Aber es heißt zwischen null und sechs Monate. Aber wir wissen

gar nicht wie viele Punkte das ausmacht wenn man drei Jahre lang säugt. Was man hat, Ergebnisse die zeigen, dass die Auswirkung steigt. Also je länger gesäugt wird, desto höher ist der Intelligenzunterschied. Also ich schätze, dass nach drei Jahren, dass man einen Unterschied von sagen wir acht Punkte haben wir und das ist ziemlich massiv. Und äh... heutzutage kommt es überhaupt nicht vor. Es... es gibt da einige Frauen die ziemlich lange säugen, aber es ist sehr selten.

K: Mhm.

M: Und... also das heißt, dass... das Säugen, dass die Muttermilch äh die Entwicklung des Gehirns äh fördert. Aber was häufig vergessen wird, es gibt auch Vorteile für eine Frau. Wenn sie säugt, also die Frequenz von Brustkrebs, Ovarienkrebs und äh Gebärmutterkrebs sinkt mit dem äh Säugen. Und je länger eine Mutter säugt desto größer ist die Schutzwirkung. Also das heißt, dass eine Frau die gar nicht äh säugt dann nicht diese Schutzwirkung hat. Aber es gibt ein äh... ein Problem dabei. Wenn man statistisch äh untersucht, ist, dass die Schwangerschaft an sich eine Schutzwirkung hat. Also wenn eine Frau drei Schwangerschaften hat aber nie gesäugt hat, hat sie doch eine gewisse Schutzwirkung. Aber wenn sie drei Schwangerschaften hat und die Kinder lange säugt, dann ist viel größer noch.

K: Mhm.

M: Also es hat eine Schutzfunktion. Und auch gleich nach der Geburt, gibt es sehr viele Frauen heute die an äh Verblutung nach der Geburt sterben, vor allem in den Entwicklungsländern. Und äh, wenn die Mutter säugt, dann äh hat das Säugen einen Einfluss auf die Gebärmutter. Die Gebärmutter wird viel schneller heil, wenn eine Mutter säugt als sie es nicht tut. Und äh... das heißt es fördert äh Kontraktionen in der Gebärmutter und äh das wird schneller wieder heilen. Also... es gibt Vorteile nicht nur für das Kind sondern auch für die Mutter.

K: Mhm. Sie haben jetzt viele Funktionen erwähnt, also zum Beispiel, dass die Ernährung des Kindes die Schutzfunktion oder auch die Mutter-Kind-Beziehung. Welche davon sind die... sind ihrer Meinung nach die ultimatsten äh... die ultimatsten Funktionen und welche die proximatsten Funktionen?

M: Äh es ist... die sind alle proximat, nicht? Die haben alle.... das sind alle Beispiele wo das eine direkte Wirkung hat. Und die Frage ist zu welchem Grad die Evolution dahintersteht, ja? So eine längerfristige Wirkung. Und ich denke auch fast bei allen. Also ich denke, dass äh... auf jeden Fall die Entwicklung des Gehirns, ist eine langfristige... langfristige zusammenhängende, die allgemeine Ernährung des Kindes und Schutzfunktionen und so weiter. Und das nicht nur beim Menschen, sondern auch allgemein bei Primaten. Aber wie gesagt bei uns ist es etwas Besonderes da das Kind relativ schlecht entwickelt ist bei der Geburt. Und wir haben dieses Jahr wo das Kind vom Gehirn her gesehen nachholt. Aber, da ist ein Sonderfall beim Menschen. Aber in äh einigen Fällen Krebs ist natürlich... äh es ist nicht eine Funktion äh gegen Krebs zu schützen. Es heißt... es sei eine Nebenwirkung in dem Fall, wenn man an äh Krebs.... Aber ich denke die Schutzfunktion bei der Gebärmutter ist natürlich, dass eine Mutter bei den Primaten... gebärt und dann säugt sie und dann wird die Gebärmutter schnell heilen. Also was wir sehen beim Menschen ist, dass es unnatürlich, dass eine Mutter nicht säugt. Und das ist... man weiß... wenn man von der Frequenz der Depression spricht ist äh... Ich habe das vergessen auf der Liste von Brook Shields. Wenn eine Mutter säugt, ist es weniger wahrscheinlich, dass sie Depression erlebt. Und sie konnte nicht... das hat bei ihr nicht geklappt. Die Milch kam einfach nicht und sie hat nicht gesäugt. Also das Kind wurde vom ersten Tag ab mit der Flasche ernährt. Also das ist auch ein Faktor dabei, also... wie gesagt ich habe diesen Artikel gelesen und habe das alles abgehakt. Sie hat sämtliche Stressfaktoren auf der Liste. Also das Säugen schützt gegen Depression.

K: Mhm. Welche Rolle spielen Partner und Familie bei der Ernährung des Kindes, heute und jetzt evolutionär gesehen?

M: Ja das ist auch ein sehr guter Punkt, weil es gibt... also von der Gesellschaft allgemein, aber die Familie spielt eine... spielt eine besondere Rolle, ob eine Frau von Anfang an säugen wird oder von Anfang an nur die Flasche. Weil heute ist es so, dass viele Frauen Angst haben, dass äh... dass die Brüste weniger schön werden wenn sie säugen. Und das auch von der... das kann von einer Mutter verstärkt werden oder äh sie kann Gegenargumente bringen. Also die Mutter kann da einen großen Einfluss äh darauf bringen. Meine Frau wollte zuerst nicht säugen. Sie sagte „nein nein ich mache das nicht“. Und ich hab sie überzeugt, dass sie.... dass sie säugen soll. Sie hat höchstens sechs

Flasche verwendet. Also mir wäre drei Jahre lieber gewesen, aber sechs Monate war besser als nichts. Aber von sich aus hat sie dann das letzte Kind äh, ein Mädchen, hat sie ein Jahr lang gesäugt. Und äh, da habe ich persönlich einen Einfluss gebracht.

K: Mhm. Gibt es bezüglich des Stillverhaltens, Maßnahmen zur Vorbeugung von postpartaler Depressionen? Ich glaub das haben Sie schon erwähnt.

M: Ja äh aber genau... aber ich werde das wiederholen, nicht.

K: Mhm.

M: Ich denke man sollte bei der Vorbereitung für die Geburt äh ausdrücklich das Risiko von der Depression nennen und sagen, was man unter Umständen äh dagegen machen könnte. Und vor allem es ist schwierig. Der beste Ratschlag ist, dass die Frau unbedingt Stress vermeiden sollte im letzten Monat vor der Geburt, weil die... die Probleme bauen sich schon vor der Geburt auf, nicht? Ich habe einen Doktoranden gehabt bevor Nina damals mit mir gearbeitet hat. Er hat mit äh Krallenäffchen gearbeitet, mit Tamarinen. Und... er hat mit einer Laborkolonie gearbeitet, weil sie Probleme hatte. Viele Mütter haben ihr Jungtiere nicht aufgezogen, aber etwa die Hälfte haben es gemacht. Er konnte dann einfach äh die Paare beobachten und er hat Harnproben genommen und hat Steroidhormone gemessen. Und hat das Verhältnis zwischen Östrogen und Progesteron untersucht. Aber der hat hauptsächlich Östrogen angeschaut. Und er fand einen signifikanten Unterschied von mitten in der Schwangerschaft, also die Schwangerschaft dauerte etwa äh sechs Monate, und so etwa nach drei Monaten äh Mütter die nicht aufgezogen haben, hatten höhere Östrogenwerte mitten in der Schwangerschaft als die Mütter die aufgezogen haben. Das heißt, dass man mitten in der Schwangerschaft sagen könnte, diese Mutter wird ihre Jungtiere nicht aufziehen. Das heißt, dass Probleme schon lange vor der Geburt da sind. Also nicht das.. das in der modernen Gesellschaft ist es sehr schwierig Frauen ständig gegen Stress zu verteidigen, aber das war... das eigentlich Notwendige.

K: Und bezüglich des Stillverhaltens kann man da etwas machen das vor postpartaler Depressionen schützen soll?

M: Ja also, der beste Ratschlag da ist, dass eine Frau unbedingt stillen sollte, nicht? Wenn sie es nicht mehr als sechs Monate machen möchte, na gut dann ist das nicht so schlimm. Sechs Monate ist besser als gar nichts. Aber wenn sie mindestens sechs Monate stillt nach der Geburt hat sie viel weniger Wahrscheinlichkeit einer Depression...

K: Mhm, dann.. jetzt kommen mir die letzten paar Fragen. Glauben Sie, dass mit zunehmender Urbanisierung die Häufigkeit von postpartaler Depression steigen wird?

M: Ja wenn man nichts dagegen unternimmt. Es ist schon... ich weiß nicht ob es schon Daten gibt, ob es ansteigt oder ob es stabil geblieben ist, weil wie gesagt, die Hälfte der Frauen allgemein gesagt leiden unter Blues und etwa einmal... eine Schwangerschaft in zehn hat man eine Depression. Weiß nicht, ob das... das Problem ist eine Definition. Also medizinisch hat man daran gearbeitet eine genaue Definition gehabt und diese Definition wurde nicht so lange verwendet. Also ich glaube deshalb ist es schwierig vergleichbare Daten zu haben. Aber meine Erwartung wäre, dass ein steigendes Problem gewesen ist. Also bei Frauen unter riesen Stress gesetzt werden, nicht? Und ein Problem dabei ist Mutterschaftsurlaub, ist eine sehr praktische Beispiel, weil in... in den USA gibt es keine offizielle äh... keinen offiziellen Drang, dass Firmen äh bezahlte Mutterschaftsurlaube geben. Ich habe eine Weltkarte gesehen. Es gibt nur vier Länder in der ganzen Welt die keinen Mutterschaftsurlaub vom Gesetz her bezahlen und die USA ist eine von diesen vier. Die drei anderen sind Entwicklungsländer. Und ich finde das eine Schande, dass die Vereinigten Staaten keinen bezahlten Mutterschaftsurlaub zahlen. Ich habe Frauen... Professorinnen getroffen, die zwei Wochen nach der Geburt wieder an der Uni arbeiteten. Also das ist... so etwas sollte gar nicht passieren. Also Amerika ist als glaub ich... die wollten nicht einmal eine... einen medizinischen Schutz äh haben. Das war eine riesen Geschichte in den Vereinigten Staaten. Und man sieht das Ergebnis in den Vereinigten Staaten. Die Muttersterblichkeit ist wie ein Drittweltland in den Vereinigten Staaten. Also sie liegen genau an der Grenze. Das Schlimmste der äh Industriestaaten und an der oberen Grenze der Entwicklungsländer. Und ich finde, dass es höchstwahrscheinlich eine äh Verbindung zwischen fehlenden Mutterschaftsurlaub und äh allgemeine Stress während der Schwangerschaft, weil die müssen alles bezahlen. Wenn eine Frau schwanger wird muss sie alles bezahlen. Und es gibt keine staatliche äh...keine staatliche äh Versicherung, Gesundheitsversicherung.

K: Welche sind die proximalen Ursachen die das psychologische... Welche sind die proximalen Ursachen die das psychische Wohlbefinden der Mutter beeinflussen?

M: Ich denke wir haben das abgedeckt, also das... das fällt alles unter dem Stress. Proximal ist der Stress, hat eine direkte Auswirkung auf äh Depression.

K: Mhm. Und äh sind sie der Meinung das postpartale Depression eine psychische Erkrankung der Mutter ist?

M: Ja es hat psychische Auswirkung, aber wie gesagt ich denke die Basis ist physiologisch. Für mich ist es eine... eine Pathologie die behandelt werden sollte. Und man hat verschiedene Ansätze verwendet, dass man durch psychologische Behandlung äh versucht die Depression herunter zusetzen, aber soweit wie ich das verstande funktioniert das kaum.

K: Mhm.

M: Ich denke es ist ein Fehler... Ich denke psychologische Umstände eine Rolle spielen, weil man kann unter psychologischen Stress stehen, nicht. Es kann sein, dass eigentlich alles in Ordnung ist in der Außenwelt, aber man setzt sich selber unter Stress. Also das kann schon eine Rolle dazu... aber äh zu versuchen Depression zu verstehen ohne Stress zu berücksichtigen, das ist für mich vollkommen falsch.

K: Mhm. Die letzten zwei Fragen noch. Ähm, einer meiner Hypothesen in der Diplomarbeit lautet, dass Frauen die einen geringen sozialen Support, vor allem von Partnern von der Familie empfinden, sind eher betroffen von postpartaler Depression betroffen als Frauen die einen höheren sozialen Support wahrnehmen. Wie sagen Sie das?

M: Ich bin absolut damit einverstanden. Das hängt auch mit Stress zusammen, nicht. Wenn man vom Partner, von der Gesellschaft nicht unterstützt wird steht man zwangsläufig unter Stress.

K: Mhm. Und die andere Hypothese in meiner Arbeit lautet, dass Frauen die auf das Stillen verzichten, beziehungsweise verzichten müssen, ähm sind eher von postpartaler Depression betroffen als Frauen die ausschließlich stillen in der postpartum Phase.

M: Ja, wie ich erklärt habe... das ist belegt, also da gibt es keinen Zweifel, weil es gibt sehr viele Studien die zeigen, dass eine Depression nach der Geburt viel häufiger vorkommt, wenn eine Frau nicht stillt.

K: Mhm. Gut, gibt es noch etwas das Sie gerne zu diesem Thema erwähnen möchten?

M: Äh, nein.

K: Okay. Dann Dankeschön vielmals fürs Interview.

Einwilligungserklärung:

Die persönlichen Daten und im Interview wiedergegeben Informationen werden nach den im Voraus bekanntgegebenen und unterschriebenen Datenschutzbestimmung vertraulich behandelt. Ich habe das Transkript gelesen und bin mit der Wiedergabe des Inhaltes einverstanden. Ich stimme hiermit der Freigabe des Transkripts für die Verwendung und Veröffentlichung in der Diplomarbeit „Postpartale Depression“ an der Universität Wien zu.

Name: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____