

Postpartale Depression

Gesellschaftliche Tabuisierung und Mutterschaftsideale

Nadine Konzack; Annemarie Jost

Zusammenfassung

Nach einer Entbindung entwickeln zehn bis 15 Prozent der Frauen eine postpartale Depression. Diese Störung scheint nicht ins öffentliche Bild einer idealisierten Mutterschaft zu passen und führt bei den betroffenen Frauen zu starken Schuld- und Versagensgefühlen, die den Zugang zum Hilfesystem erschweren. Der Artikel stellt die Entstehungsbedingungen der postpartalen Depression dar und zeigt Auswege aus der Tabuisierung auf.

Abstract

Ten to 15 per cent of women develop a postnatal depression after childbirth. This disorder does not comport with the idealized public image of motherhood and leads to strong feelings of guilt and failure, which make it difficult for the mothers to seek help. This article points out significant causes for postnatal depression and indicates ways to reduce the taboo.

Schlüsselwörter

Mutter - Geburt - Depression - Ursache - Tabu

Einleitung

Die Geburt eines Kindes und der Übergang in die Mutterschaft gehören im Bild der breiten Öffentlichkeit zu den glücklichsten Ereignissen im Leben einer Frau. Das gängige Bild der strahlenden, zufriedenen Mutter verschleiert aber womöglich die Realität. Die Ansprüche der Gesellschaft, aber auch die eigenen Erwartungen an die neue Mutterrolle können mit vielen Diskrepanzen verbunden sein. Es kann zu emotionalen Veränderungen, physischen Beeinträchtigungen durch fehlende Ruhepausen oder zur sozialen Isolation kommen. Die Mütter finden sich plötzlich in einer neuen Situation wieder, in der sie ihre eigenen Interessen und Bedürfnisse zu Gunsten des Kindes zurückstellen. Die finanzielle Abhängigkeit oder die Veränderungen in der Partnerschaft sind weitere Faktoren, die die Anpassung an den neuen Lebensabschnitt negativ beeinflussen können. Sehen sich die Frauen in ihrer dem Idealbild nicht gerecht werdenden Mutterrolle, kann es zu Schuld, Scham und Versagensängsten kommen. Die Frauen gehen oft davon aus, ihre Situation allein bewältigen zu müssen. Die Angst vor dem Unverständnis des Umfeldes und das Gefühl der eigenen Inkompetenz erschweren den notwendigen Hilfeprozess.

Häufigkeit und Erscheinungsbild

Obwohl sie im Bild der Öffentlichkeit kaum zu existieren scheint, ist die postpartale Depression (PPD) eine der häufigsten psychischen Störungen, die mit der Geburt eines Kindes zusammenhängen. Man grenzt sie sowohl von dem in der Regel nicht behandlungsbedürftigen postpartalen „Blues“ als auch von der postpartalen Psychose ab. Der postpartale „Blues“ – im Volksmund auch Heultage genannt – tritt bei 25 bis 40 Prozent der Frauen in der ersten Woche nach der Entbindung auf, zeigt sich durch häufiges Weinen und Stimmungslabilität und klingt innerhalb von Stunden oder Tagen von selbst wieder ab. Die postpartale Psychose ist selten (betroffen sind 0,1 bis 0,2 Prozent der Frauen) und zeigt sich als depressive, manische oder schizoaffektive, dringend behandlungsbedürftige Psychose.

Die Symptomatik der postpartalen Depression kann von einer leichten depressiven Verstimmung als Reaktion auf die Entbindung und die neuen Lebensumstände bis hin zu einer schweren Depression variieren (Rohde 2001). Die charakteristischen Symptome unterscheiden sich kaum von einer in einem anderen Lebensabschnitt auftretenden depressiven Episode (Riecher-Rössler 2001, Kapfhammer 1993, Arieti; Bemporad 1983). Im Unterschied zu einer typischen Depression fühlen sich die Frauen morgens besser (Dalton 2003). Erst im Laufe des Tages setzen Symptome wie zum Beispiel Niedergeschlagenheit ein. Abends geht es ihnen dann oft am schlechtesten (ebd.). Die Symptome nehmen meist allmählich zu und werden in manchen Fällen erst nach Wochen postpartum entdeckt (Arieti; Bemporad 1983).

Schlafstörungen, Ruhelosigkeit, verminderte Aktivität, mangelndes Interesse am Kind oder Vernachlässigung des Kindes, phobische oder zwanghafte Symptome, Angst, Traurigkeit, nervöse Spannungen, Verlust der Libido, Sorge und Niedergeschlagenheit sind typische Symptome der PPD. Die Mutter kann das Gefühl haben, den Ansprüchen des Kindes, des Partners oder den eigenen nicht gerecht zu werden und eine schlechte Mutter zu sein. Sie kann die Anwesenheit des Kindes als Belastung empfinden und es als Eindringling ansehen. Sie kann ihrem Kind gegenüber gleichgültig oder überbesorgt eingestellt sein. Darüber hinaus können sich starke Schuldgefühle und eine tiefe Hoffnungslosigkeit herausbilden (Ballard u. a. 1994, Arieti; Bemporad 1983). In schweren Fällen besteht die Gefahr eines Suizids beziehungsweise eines erweiterten Suizids, bei dem die Betroffene ihr Kind mit in den Tod nehmen möchte (Rohde 2001). Verlässliche Zahlen gibt es dazu bisher aber nicht (Riecher-Rössler 2001).

Das Bedingungsgefüge

Bezüglich der begünstigenden Bedingungen und der möglichen Ursachen widersprechen sich die Ergebnisse verschiedener Studien teilweise (zum Beispiel was das Alter der Mutter oder die Bedeutung des Stillens anbelangt), unstrittig scheint jedoch, dass es sich um ein multifaktorielles Bedingungsgefüge handelt und dass eine Verletzlichkeit für depressive Störungen eine Rolle spielt. Verschiedene Autoren (Cox u. a. 1993, Murray u. a. 1995, Rohde; Wendt 2002, Warner u. a. 1996) heben die Bedeutung von psychosozialen Risikofaktoren und Belastungen wie zum Beispiel ungewollte Schwangerschaft, berufliche Instabilität und belastende Folgen der Schwangerschaft hervor. Murray u. a. (1995) führen als Risikofaktor ein schlechtes Verhältnis zur eigenen Mutter an.

Chaudron u. a. (2001), Josefsson u. a. (2002) und Rohde; Wendt (2002) kommen zu dem Ergebnis, dass die Art der Entbindung – auch verletzende Erfahrungen während der Entbindung – als Einflussfaktoren nicht bestätigt werden konnten, während Cox u. a. (1993) Stressfaktoren während der Geburt als eine postpartale Depression begünstigend ansahen und Rohde; Wendt doch eingrenzend ausführen, dass eine als unzureichend empfundene Unterstützung während der Entbindung im Zusammenhang mit einer späteren Depression stehen kann. Wir möchten uns an dieser Stelle in erster Linie auf die *subjektive Bewertung der objektiven Gegebenheiten* durch die Mutter und den Vater *im gesellschaftlichen Kontext* konzentrieren.

Tiefenpsychologische Aspekte

Die Mutter als Ursache alles Guten und Bösen: Dies ist nach Rhode-Dachser (1991) die Perspektive, aus der vermutlich das kleine Kind die Mutter sieht. Diese Blickrichtung bestimmt aber auch allzu oft die Sichtweise der Erwachsenen, was dazu führt, dass die reale Mutter angesichts der ihr angesonnenen Omnipotenzzuschreibung zwangsläufig versagt. So wird der Ort der Mutter zum Ort der Schuld. Nach der Geburt eines Kindes erleben beide Elternteile neben den erwachsenen Anteilen, die sich mit der Fürsorge für das Kind befassen, auch regressive Tendenzen. Moeller (1990) zufolge wird der Vater unbewusst zum Kind seiner Frau. Ebenso wird die Frau erneut zum Kind, um dieses besser zu verstehen. Moeller spricht somit von der Geburt von Drillingen. Neben dem Säugling werden auch Mutter und Vater als Kind wiedergeboren.

Besonders dem Wunsch, eine bessere Kindheit zu geben als sie selber erfahren wurde, liegt eine große

Gefahr der Überforderung zu Grunde. Wurde die eigene Zuwendung der Mutter als mangelhaft erlebt, ist die junge Mutter besonders bemüht, diesen Mangelzustand bei ihrem eigenen Kind aufzuheben. Durch dieses Bestreben wird das Schuldbewusstsein, welches bei der Nichterfüllung des gesteckten Zieles empfunden wird, nur verstärkt. Die Angst, das eigene Kind könnte sie später selber als unzulänglich empfinden und negativ über sie sprechen, verstärkt ihre Ansprüche immer mehr (Gmür 2000). Hinzu kommen die medial vermittelten Bilder von glücklichen Müttern, die den Druck erzeugen, dieses Bild ebenso erfüllen zu müssen. Die Wahrnehmung der eigenen – an dem Ideal gemessenen – unzureichenden Liebesfähigkeit und die aggressiven Gefühlsanteile steigern die Schuldgefühle. Die Mutter ist nicht in der Lage, ihre wirklichen Empfindungen zuzulassen. Dadurch lernt sie nicht mit ihnen umzugehen und sie als natürliche Reaktion anzusehen.

In dem Versuch, Familie und Beruf in Einklang zu bekommen, gerät sie an ihre Grenzen. Sie hat häufig das Gefühl, beiden nicht gerecht zu werden. Entscheidet sie sich gegen den Wiedereinstieg ins Berufsleben, wird sie vom Mann abhängig. Die Konfliktfähigkeit schwindet, da sich nun zwei nicht mehr gleichgestellte Partner gegenüberstehen, und macht einem falschen Harmoniebedürfnis Platz. Nach Moeller (1990) bekommt das Kind dann unbewusst die Schuld an Berufs- und Statusverlust, gesellschaftlicher Isolation, veränderter Paarbeziehung und der Aufgabe von Anteilen der Ich-Identität der Frau.

Die Männer fühlen sich häufig zurückgesetzt. Die Frau wendet sich bereits in der Schwangerschaft zunehmend ihrem Kind zu. Der Mann hat jedoch mit der Aktivierung des eigenen inneren Kindes das Bedürfnis, von seiner Frau seelisch, körperlich und sozial versorgt zu werden, damit er selbst leistungsfähig bleibt (ebd.). Diese Forderung muss er mit der Geburt des Kindes teilen. Das führt zu Neid, Enttäuschung und Eifersucht. Er hat die Frau nicht mehr für sich allein. Er erfährt statt einer gewünschten Entlastung seines Berufsstressses eine zusätzliche Belastung durch die Bedürfnisse des Kindes und der strazierten Mutter. Er fühlt sich überflüssig. „Es mobilisiert in ihm alle als Kind erlebten unbewussten Beziehungen zu seiner eigenen Mutter, in denen er sich abgehängt und abgeschoben fühlte“ (ebd., S. 197). Die Frau und der Mann projizieren in dieser von hohen Ansprüchen geprägten Situation beide die biographisch geprägten „negativen“ Mutteranteile auf den jeweils anderen Partner. Gefühlsmäßig wird so die Beziehung schwierig, da sie von Vorhaltungen, Vorwürfen oder Drohungen geprägt ist. „Jeder er-

lebt den anderen und – in ehrlichen Momenten – auch sich selbst so wie seine lange in Verdrängung gehaltene unzureichende Mutter“ (*ebd.*, S. 199). Um diesem Konflikt zu begegnen, brauchen die jungen Eltern selbst eine „gute Mutter“. Diese kann in unterschiedlicher Personifizierung, zum Beispiel aus dem Familien- oder Freundeskreis, auftreten. Sie bietet den Eltern Unterstützung und Halt. Zudem kann durch die bewusste Bearbeitung die „innere gute Mutter“ aktiviert und in den Alltag integriert werden, indem man sich beispielsweise Pausen gönnt, sich selbst etwas Gutes tut oder sich dem Partner liebevoll und vorbehaltlos zuwendet (*ebd.*).

Die soziologische Perspektive

Das Bild der traditionellen Geschlechterrollen hat sich durch Industrialisierung und Moderne stark gewandelt. Es kam zu einer Angleichung der Geschlechterrollen. Dabei näherten sich die Mädchen weitestgehend den Jungen an. Berufliche Wege, Bildung, Politik stehen ihnen nun offen. Von ihnen werden Selbstbehauptung und Eigenständigkeit gefordert (*Beck-Gernsheim 1989, Dally 1985, Thurer 1995*). Daneben haben sich auch die Erziehungsstile gewandelt, von der ehemals autoritären zu einer liberalen Erziehungsform (*Beck-Gernsheim 1989*). Die kindliche Persönlichkeit wird respektiert und geachtet. Damit ändert sich auch die Erziehung der Mädchen. Nicht mehr allein auf das Mutter- und Ehefrauendasein vorbereitet, werden sie jetzt als Persönlichkeiten mit gleichen Rechten und Möglichkeiten betrachtet. Hinter dieser Wandlung stehen gesellschaftliche, soziale und kulturelle Veränderungen. Durch den Prozess der Individualisierung ist der Einzelne in den Vordergrund gerückt. Die traditionellen Beziehungen lösen sich langsam auf (*ebd.*). Das macht eine Erziehung zur Selbstständigkeit notwendig. Bildung, Konkurrenz und Mobilität sind wichtig geworden, „... zielbewusstes Planen, rationelles Abwägen der Schritte im Lebenslauf, Orientierung an Leistungsstandards“ (*ebd.*, S. 21).

Von Mädchen und Frauen wird heute erwartet, dass sie ihren Lebenslauf selbst in die Hand nehmen. Dazu gehören auch Konkurrenz- und Durchsetzungsvermögen. Durch die verbesserten Bildungschancen ändert sich der weibliche Lebensentwurf. Dies hat einerseits Auswirkungen auf den gesellschaftlich-politischen Kontext, andererseits auch auf das Familien- und Privatleben (*ebd.*). Die Frau erhält durch ihr erlangtes Wissen mehr Macht, ist durchsetzungsfähiger und unabhängiger. Auch ökonomisch ist sie nicht mehr auf einen Lebenspartner angewiesen, der sie versorgt. Im Jahr 2000 betrug laut Statistischem Bundesamt die Erwerbstätigenquote der 15-

bis 64-jährigen Frauen in Deutschland 57,8 Prozent. Bei den 25- bis 49-jährigen sind es sogar 72,2 Prozent (*BMFSFJ 2003*). Viele Frauen versuchen heute die Kindererziehung, den Haushalt und die Berufstätigkeit miteinander zu vereinbaren. Das kann zu starken Rollenkonflikten, Schuldgefühlen und Frustrationen führen. Sie versuchen, jede dieser Rollen optimal zu erfüllen, haben jedoch das Gefühl, keiner hundertprozentig gerecht zu werden (*Schmidbauer 1987, Thurer 1995; Beck-Gernsheim 1989*). Hinzu kommen eine ständige Zeitknappheit und physische Überbelastung. Diese sind umso größer, wenn die Frau allein für das Kind und den Haushalt zuständig ist (*Beck-Gernsheim 1989, Sauer 1993*).

Entscheidet sich die Frau gegen die Berufstätigkeit und widmet sich allein der Familie und der Hausarbeit, kann dieser Zustand ebenso konfliktbeladen für sie sein. Sie gibt ihren bis dahin erlangten Status und ihre finanzielle Unabhängigkeit auf (*Beck-Gernsheim 1989, Dally 1985, Thurer 1995*). Dies kann zu einer Schwächung des Selbstwertgefühls führen. Durch die „Nur-Hausfrauen-Tätigkeit“ kommt es zu einer Verminderung der sozialen Kontakte. Daraus können Isolation und Einsamkeit entstehen.

Je höher die berufliche Qualifikation vor der Geburt war, desto größer sind auch die Unzufriedenheit und der Sinnverlust der Frau (*Beck-Gernsheim 1989, Greenglas 1982*). Viele Mütter mit kleinen Kindern wünschen sich, wieder ein Arbeitsverhältnis aufzunehmen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) fand in einer repräsentativen Untersuchung von 1 461 Frauen aus Deutschland heraus, dass nur zwei Prozent es für ideal halten, dass eine Mutter mit kleinen Kindern nicht mehr in die Erwerbstätigkeit zurückkehrt (*BZgA 2000*). Des Weiteren ergab die Untersuchung, dass Frauen mit hoher Bildung schneller ins Berufsleben zurückkehren wollen als jene mit geringerer Bildung. Mit dem Prozess des Mutterseins kommt es zu einer Angleichung der Tätigkeiten aller Frauen, unabhängig von ihrem Bildungsniveau. Ihre bisherigen Interessen und Beschäftigungen werden durch sich wiederholende Tätigkeiten ersetzt: windeln, füttern, waschen, staubsaugen. Je anspruchsvoller die Frau ist und je mehr sie von sich fordert, desto anfälliger ist sie dafür, eine Depression zu entwickeln (*Sauer 1993*).

Der Betreuungsaufwand für kleine Kinder ist sehr hoch. Die gesamte mit dem Kind verbrachte Zeit beträgt etwa neun Stunden täglich, wenn es jünger als drei Jahre ist (*BMFSFJ 2003*). Häufig fehlen durch die berufliche Mobilität familiäre Systeme wie Großeltern oder Geschwister, die Entlastung bringen wür-

den (Hellmann; Borchers 2002). Die junge Mutter hat somit auch weniger eigene Zeit und keine Freiräume mehr (Beck-Gernsheim 1989). Die früheren Erholungspausen durch Feierabende oder Wochenenden müssen nun einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung weichen. Das Kind plant ihre Zeit, nicht sie selbst. Die ständigen Anforderungen des Kindes ermöglichen es ihr kaum, eine Tätigkeit zu Ende zu bringen. Immer wieder ist sie gezwungen, ihre Arbeit dem Kind zuliebe zu unterbrechen. Das kann zu Frustrationen und zur Resignation führen (ebd.). Die Aufgabe der Berufsrolle bringt zusätzlich eine Reduzierung sozialer Kontakte mit sich, der Partner und andere Mütter mit kleinen Kindern werden so möglicherweise zu den einzigen Kontaktpersonen. Die Möglichkeiten, eigene Bildungsangebote wahrzunehmen und sich gesellschaftlich über die Familie hinaus oder politisch zu engagieren, schwinden.

Familienformen wandeln sich, die Scheidungsraten steigen. Laut BMFSFJ (2003) betrug die Scheidungsrate im Jahr 2000 zirka 37 Prozent, im Jahr 1970 lag sie noch bei etwa 21 Prozent. Ein Viertel aller Ehen wird zirka 15 Jahre nach der Eheschließung geschieden (ebd.). Das zeigt, dass die Beziehungen austauschbar werden. Dadurch, und durch die Gefühlsarmut des Alltags, wird gerade die Beziehung zum Kind zu einer ganz besonderen. In dieser werden Gefühle erfahren und gelebt, die in der Öffentlichkeit scheinbar nicht mehr zugelassen werden können (Beck-Gernsheim 1989). Die Mutter kann von einer Liebe überwältigt sein, die sie in diesem Maße zuvor nie erlebt hat. In der Beziehung zwischen Mutter und Kind lässt sich eine Art von Nähe, Liebe und Vertrautheit beobachten, die in keinem anderen Lebensbereich vorherrscht. Ein Kind kann aber auch eine Belastung für die Frau sein, besonders in Krisensituationen, bei Eheproblemen oder finanziellen Schwierigkeiten. Es bedeutet Selbstaufgabe und die Übernahme von Verantwortung.

Die Tabuisierung der postpartalen Depression und die Idealisierung der Mutterschaft

Frauen sind immer noch unzureichend darüber aufgeklärt, dass psychische Probleme während der Schwangerschaft und nach der Entbindung nicht selten sind und eine normale Anpassungsreaktion darstellen können (Rohde 2001). Verschiedene Mechanismen, wie gesellschaftliche Erwartungen, Idealvorstellungen der Mutterschaft und Tabuisierung, spielen dabei eine wichtige Rolle. Eine unzufriedene, überforderte Mutter zu sein, gilt als befremdendes, nicht zulässiges Thema. Die Mutter kann ihre eigenen negativen Empfindungen und Gefühle dem Kind gegenüber nicht zulassen. Sie lösen Konflikte und

Ängste in ihr aus, die sie verdrängt. Dies lässt sich auch auf die Gesellschaft übertragen. Die Mutterschaft wird als das höchste Gut, die Mutter-Kind-Beziehung als intensivste Einheit des Menschen verstanden. Der Gedanke, dass diese Einheit aufgelöst oder zerstört wird, ist nur schwer zu ertragen.

Manche Autorinnen und Autoren gehen davon aus, dass die Ideale der Mütterlichkeit von Männern gemacht und beeinflusst werden (Lucke 2001, Chodrow 1994, Schmidbauer 1987). Dabei gibt es scheinbar ein klar gezeichnetes Rollenbild von Gut und Böse. Die „gute“ Mutter entspricht den Anforderungen des Mannes und der Gesellschaft in Selbstaufgabe und Zuwendung. Durch die alleinige Zuständigkeit für das Kind ist sie auch allein verantwortlich, kontrollierbar und Adressatin für sämtliche Schuldzuweisungen (Lucke 2001). Eine „schlechte“ Mutter indes lehnt sich womöglich auf, weigert sich zu Gunsten der Berufstätigkeit, nur für die Familie da zu sein. Sie ist alleinerziehend, ledig, emanzipiert oder gibt ihr Kind zur Betreuung an fremde Institutionen ab. Das kann die männliche Ordnung gewaltig durcheinanderbringen (ebd.).

Als psychologischer Prozess wird die Idealisierung dann notwendig, wenn „... Ängste als so bedrohlich erlebt werden, dass sie gleichzeitig mit den positiven Gefühlen als unvereinbar erlebt werden“ (Ringler 1993, S. 1317). Hat die junge Mutter in ihrer eigenen frühkindlichen Entwicklung selber eine ambivalente oder unzureichende Erfahrung mit ihrer Mutter gemacht, können unbewusste Prozesse eine Verklärung der eigenen Kindheit zur Folge haben. Je stärker, früher und traumatischer die Enttäuschungen in der eigenen frühen Kindheit gewesen sind, umso mehr bleibt, nach Schmidbauer, die Suche nach einem idealisierten Elternbild erhalten. „Das Ideal wird an die Stelle der fehlenden oder enttäuschten Eltern gesetzt. Es verspricht Entschädigung, dauernde Vollkommenheit, Glück“ (Schmidbauer 1987, S. 278).

Nur das Gute und Schöne werden wahrgenommen, die strahlende Mutter mit ihrem Neugeborenen im Arm, das sich liebevoll an sie schmiegt. Ein aus dieser Situation hervorgehender Zustand des Nicht-gewollt-Seins oder der Aggression wird als so unerträglich und bedrohlich wahrgenommen, dass er nicht zugelassen werden kann (Pines 1982, zitiert nach Ringler 1993, Gmür 2000). Die Idealisierung des Ungeborenen oder auch des eigenen Mutterbildes kann also eine Reaktion auf feindselige Gefühle dem Kind oder auch der eigenen Mutter gegenüber sein (Gmür 2000). Sie dient der Beruhigung des dadurch aufkommenden schlechten Gewissens. Akzep-

tiert die Frau ihre Aggressionen, hat sie die Möglichkeit, diese idealen Vorstellungen zu relativieren. Sie bleiben bestehen, wenn es ihr nicht möglich ist, sich diese bewusst zu machen und zuzulassen (*ebd.*). Der therapeutische und diagnostische Fortschritt der Medizin suggeriert zudem die Möglichkeit einer problemlosen Schwangerschaft, des idealen, gesunden Kindes und natürlich der idealen Mutter.

Die Folgen für die betroffenen Frauen

Etwa zehn bis 15 Prozent aller Frauen bekommen nach einer Entbindung eine PPD (*Riecher-Rössler 1997*). Nur fünf bis acht Prozent der Betroffenen suchen ärztliche Hilfen auf (*Brockington 2001*). Es stellt sich die Frage, weshalb der Bekanntheitsgrad dieser Erkrankung noch so gering ist, obwohl sie mit einem erheblichen Leidensdruck für Mutter und Kind einhergeht. Gerade im deutschsprachigen Raum gibt es – im Vergleich zum angloamerikanischen – nur wenige Forschungsberichte. Hilfeangebote wie Selbsthilfegruppen, spezialisierte und geschulte Ansprechpersonen, zum Beispiel Ärzte, Psychiaterinnen, Psychotherapeuten und Hebammen sowie stationären Mutter-Kind-Einrichtungen sind kaum vorhanden. Nur die Hälfte der Frauen spricht überhaupt mit anderen Personen über ihre Situation. Dadurch ist das Behandlungsdefizit enorm.

Der Mythos der Mutterschaft wird von Generation zu Generation aufrechterhalten (*Gmür 2000, Thurer 1995*). So bleiben auch die damit zusammenhängenden idealisierten Vorstellungen bestehen (*Gmür 2000*). Die öffentliche Darstellung der PPD erfolgt derzeit in geringem Umfang. Mit Hilfe der Medien wäre nach *Klier u. a. (2001)* ein öffentlicher Umgang und eine Enttabuisierung der Depression nach der Geburt möglich. Wenn über die depressiven Zustände berichtet wird, erkennen Betroffene sich wieder oder erinnern sich an eine zurückliegende depressive Episode. Das ermöglicht es ihnen, über ihre Erfahrungen zu sprechen und Hilfemöglichkeiten in Anspruch zu nehmen (*Gmür 2000*).

Eigene Eindrücke

Bei einer Informationsveranstaltung (eher vergleichbar mit einer Werbeveranstaltung) einer größeren Frauen- und Kinderklinik im Land Brandenburg zum Thema Geburt, Rooming-In und Wochenbett wurde die Darstellung der Schwangerschaft und Geburt nicht nur idealisiert, sondern geradezu romantisch verklärt. Ständig war die Rede vom Urlaub, den die Frau in der Klinik erlebte: vom „Erholungsurlaub“ vor der Geburt zum „Abenteuerurlaub“ während und nach der Entbindung. Dieser Vortrag spiegelte die öffentlichen Klischees wieder: strahlende Mütter,

stolze Väter, süße Babys. Die Fotos, die zur Untermalung des Textes dienten, zeigten entspannte, glückliche, schöne Mütter. Wiederholt wurde die Geburt als das allerschönste und ein völlig unproblematisches Erlebnis beschrieben. Dass sie auch mit großen Schwierigkeiten und Kraftanstrengungen verbunden ist, wurde eher beiläufig erwähnt. Auf den „Baby-blues“ wurde nur kurz hingewiesen, welcher völlig normal nach wenigen Tagen wieder verschwindet. In Anbetracht der sinkenden Geburtenraten kann es politisch von großem Interesse sein, den Frauen die Mutterschaft so attraktiv wie möglich darzustellen. Durchschnittlich wurden im Jahr 2000 im gesamten Bundesgebiet nur 136 Kinder auf 100 Frauen, also 1,36 Kinder pro Frau geboren (*BMFSFJ 2003*). Das Interesse an familienfreundlichen politischen Strukturen ist in der Öffentlichkeit gestiegen, auch wenn die momentane Ausgangssituation mit fehlenden Kinderbetreuungsangeboten, fehlenden Freizeitmöglichkeiten und der zunehmenden Einschränkung der öffentlichen Räume für Mütter mit ihren Kindern etwas anderes vermuten lassen.

Bei einer eigenen (nicht repräsentativen) orientierenden Recherche in einer Stadt mit knapp 800 Geburten pro Jahr im südlichen Brandenburg boten sich folgende Eindrücke: Die Mehrzahl der Gesprächspartnerinnen und -partner in ambulanten Beratungsstellen für Schwangere, für Mütter oder für psychisch kranke Menschen hatte in ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeit nie mit einer PPD zu tun und auch nur geringe oder gar keine Kenntnisse zu der Thematik. Die Frage, ob sich Frauen mit psychischen Veränderungen und Störungen nach der Geburt nach Hilfemöglichkeiten erkundigten, wurde in den meisten Fällen verneint. Auf die Frage nach spezifischen Angeboten für betroffene Frauen wurde an das zuständige Klinikum und die dortige psychiatrische Station verwiesen. Weiterhin waren weder Fälle bei Betroffenen, noch bei Kollegen und Kolleginnen oder bei anderen Institutionen bekannt. Hebammen konnten keine oder nur wenige Fälle benennen. Die höchste Zahl belief sich auf zwei bis drei Fälle innerhalb der letzten Jahre.

Ähnliche Eindrücke ergaben sich auch in einer sächsischen Großstadt. Innerhalb eines Vereins für Schwangere und Mütter mit ihren Babys traf sich einmal monatlich eine Selbsthilfegruppe für Frauen mit einer PPD. Diese wurde von einer ehemaligen Betroffenen geleitet und bestand meist nur aus zwei bis drei wechselnden Teilnehmerinnen. In manchen Monaten musste sie auf Grund fehlender Teilnahme ganz ausfallen. Besteht hier kein Bedarf? Eine Selbsthilfegruppe in einer ostsächsischen Kleinstadt wird

ebenso wenig in Anspruch genommen. Die Leiterin berichtete, dass das Gruppenangebot nicht genutzt werde. Dafür führt sie Einzelgespräche, Hausbesuche und Telefonberatungen durch, die ihrer Meinung nach guten Zuspruch finden. In anderen Mutter-Kind-Gruppen und in der Säuglings- und Kleinkindberatung findet sie immer wieder überlastete, verzweifelte Frauen vor. Diese wagen sich jedoch mit ihren Problemen nur sehr zögerlich an die Öffentlichkeit.

Fazit und Ausblick

Bei Frauen, die mit Erziehungsproblemen ihrer Kinder institutionelle sozialpädagogische Hilfen aufsuchen, sollten routinemäßig Untersuchungen zur PPD durchgeführt werden (Wolke; Kurstjens 2002). Diese könnten neben der Thematisierung der Häufigkeit der postpartalen Depression im Beratungsgespräch mit Hilfe von speziell konzipierten Fragebögen erfolgen. Bereits bei frühen Interaktionsschwierigkeiten von Mutter und Kind sollten rechtzeitig Hilfestellungen gegeben werden. Dies kann in Zusammenhang mit einer Stillberaterin oder dem Kinderarzt, der Kinderärztin erfolgen, aber auch in Eltern-Kind- und Krabbelgruppen oder Erziehungsberatungsstellen. Betroffenen Müttern sollte parallel zu Erziehungshilfestellungen auch die Möglichkeit einer Behandlung der depressiven Symptomatik angeboten werden (ebd.). Dabei ist eine Aufklärung über die Art der Behandlung notwendig.

Weiterhin ist es wichtig, im Dialog mit dem Partner oder einer anderen Bezugsperson herauszufinden, an welcher Stelle die Betroffene weitere Unterstützung benötigt. So können eine Entlastung durch eine Haushaltshilfe, die Betreuung älterer Geschwisterkinder, die Anbindung an eine Stillberaterin oder Eltern-Kind-Gruppe notwendig sein. Die Frau kann auf diesem Weg soziale Kontakte knüpfen, findet zum einen Austauschmöglichkeiten mit anderen Müttern und zum anderen auch professionelle Hilfe. Besonders die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe ist für die Betroffene sinnvoll, was jedoch auf Grund der wenigen Angebote vielerorts nicht möglich ist. Eine Kontaktaufnahme mit dem Verein „Schatten und Licht“ kann bei der Vermittlung professioneller Unterstützung hilfreich sein. Dieser kann Informationen über regionale Angebote geben oder bei der Entstehung einer neuen Gruppe behilflich sein. Zusätzlich bietet er eine Reihe von Informationsmaterialien, die für die Mutter, aber auch den Vater sinnvolle, entlastende Hinweise geben (Salis 2003, Gmür 2000). Werden die idealen Erwartungen der Mutter über einen längeren Zeitraum nicht erfüllt (beispielsweise wenn sich das Kind nicht beruhigen lässt oder unentwegt weint), ist es für sie kaum möglich, die positiven

Seiten der Beziehung zum Kind wahrzunehmen. Die Frau erlebt nur noch das, was nicht gelingt (Schmidbauer 1987). Ein positives Feedback des Kindes und eine gelingende Interaktion bleiben ihr verborgen. Es ist daher für die Angehörigen und Helfenden wichtig, sie immer wieder auf die gelingenden Seiten ihrer Mutter-Kind-Beziehung hinzuweisen und ressourcenorientiert zu arbeiten. Dies stärkt ihr Selbstvertrauen, bringt Sicherheit im Umgang mit dem Kind und lässt sie empfänglicher für die positiven Erlebnisse werden. Mütter in depressiven Phasen bewerten sich selber als minderwertig und versagend. Mit Hilfe von Videoaufzeichnungen in der Beratung oder der Therapie kann die Mutter die Interaktion mit ihrem Kind von einer völlig neuen Seite betrachten. Anhand dieses Mittels kann ihr aufgezeigt werden, was sie selber nicht mehr wahrnehmen kann, etwa ein Lächeln oder die Zufriedenheit des Kindes.

Die Hemmungen, psychiatrische und psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, müssen abgebaut werden. Der Frau, aber auch ihrem Umfeld sollte verdeutlicht werden, dass es keine Schande ist, eine Behandlung wahrzunehmen (Rohde 2001). Der Nutzen und die Vorteile müssen klar herausgestellt werden. Frauen können eine Entlastung erfahren, wenn sie eine ärztliche Diagnose erhalten. Sie erkennen, dass sie in ihrer Mutterrolle nicht versagt haben. Der Mutter wird klar, dass sie nicht allein betroffen ist und dass durch eine gezielte Behandlung eine Besserung möglich ist. Gerade in diesem Bereich ist Öffentlichkeitsarbeit und eine Enttabuisierung über einen ehrlichen, öffentlichen Austausch notwendig (ebd.). Das kann in Form von Informationsveranstaltungen, Veröffentlichungen oder durch alltägliche Gespräche in der Praxis geschehen. So sollte die PPD als „mögliche“ Erkrankung nach der Geburt immer auch thematisiert werden. Es soll keine Verunsicherung der Frauen stattfinden, sondern lediglich eine Aufklärung. Daneben muss auch die Rolle der Mutterschaft in den Institutionen neu bedacht werden. Nicht allein die Bedürfnisse des Kindes, sondern auch die der Mutter sollten Beachtung finden und ernst genommen werden. Wichtig ist, dass die Betroffene Hilfeangebote in ihrer unmittelbaren Umgebung vorfindet, dass andere Helfende wie Hebammen, Ärzte und Sozialarbeiterinnen diese Hilfen gezielt vermitteln und dass die Mütter vor allem bereit sind, diese auch zu nutzen.

Literatur

- Arieti, S., Bemporad, J.:** Depression. Krankheitsbild, Entstehung, Dynamik und psychotherapeutische Behandlung. Stuttgart 1983
- Ballard, C.G. u. a.:** Prevalence of Postnatal Psychiatric Morbidity in Mothers and Fathers. In: British Journal of Psychiatry 164/1994, S. 782-788
- Beck-Gernsheim, E.:** Mutterwerden – der Sprung in ein anderes Leben. Frankfurt am Main 1989
- BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend:** Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik. Lebensformen, Familienstrukturen, wirtschaftliche Situation der Familien und familiendemographische Entwicklung in Deutschland. Bonn 2003
- Brockington, I.:** Die Psychiatrie der Mutterschaft – Ein neues Fachgebiet. In: Klier, C.M.; Demal, U.; Ketsching (Hrsg.): Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression. Wien 2001
- BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:** Frauen leben. Studie zu Lebensläufen und Familienplanung im Auftrag zur Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Kurzfassung. Köln 2000
- Chaudron, L.H. u. a.:** Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression. In: Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology 22/2001, S. 103-112
- Chodrow, N.:** Das Erbe der Mütter. Psychoanalyse und Soziologie der Geschlechter. München 1994
- Cox, J. L.; Murray, D.; Chapman, G.:** A Controlled Study of the Onset, Duration and Prevalence of Postnatal Depression. In: British Journal of Psychiatry 163/1993, S. 27-31
- Dally, A.:** Die Macht unserer Mütter. Stuttgart 1985
- Dalton, K.:** Wochenbettdepression. Erkennen-Behandeln-Vorbeugen. Bern 2003
- Gmür, P.:** Mutterseelenallein. Erschöpfung und Depression nach der Geburt. Zürich 2000
- Greenglass, E.R.:** Geschlechterrolle als Schicksal. Soziale und psychologische Aspekte weiblichen und männlichen Rollenverhaltens. Stuttgart 1982
- Hellmann, M.; Borchers, A.:** Familien- und Kinderfreundlichkeit: Prüfverfahren – Beteiligung – Verwaltungshandeln. Ein Praxisbuch für Kommunen. Schriftenreihe des BMFSFJ, Band 221. Stuttgart 2002
- Josefsson, A. u. a.:** Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressiv symptoms. In: Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology. 99/2002, S. 223-228
- Kapfhammer, H.P.:** Psychische Störungen im Zusammenhang von Geburt und Wochenbett. In: Münchener Medizinische Wochenschrift 135/1993, S. 29-35
- Klier, C.M.; Lenz, G.; Lanczik, M.:** Psychotherapie bei Depressionen in Schwangerschaft und nach der Geburt. In: Klier, C.M.; Demal, U.; Katsching (Hrsg.): Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression. Wien 2001
- Lucke, D.:** Mutterschaft als kulturelles Konstrukt. In: Rohde, A.; Riecher-Rössler, A. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen bei Frauen. Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie. Regensburg 2001
- Moeller, M.L.:** Die Liebe ist das Kind der Freiheit. Reinbek 1990
- Murray, D. u. a.:** Childbirth: Life Event or Start of a Long-Term Difficulty? Further Data from the Stoke-on-Trent Controlled Study of Postnatal Depression. In: British Journal of Psychiatry 166/1995, S. 595-600
- Riecher-Rössler, A.:** Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung. In: Fortschritte Neurologischer Psychiatrie 65/1997, S. 97-107
- Riecher-Rössler, A.; Rohde, A. (Hrsg.):** Psychische Erkrankungen bei Frauen. Für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie. Basel 2001
- Ringler, M.:** Idealisierung von Schwangerschaft, Geburt und postpartaler Periode. In: Archives of gynecology and obstetrics 254/1993, S. 1317-1322
- Rohde, A.:** Psychiatrische Erkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett. In: Der Gynäkologe 4/2001, S. 315-323
- Rohde, A.; Wendt, A.:** Risk factors for the development of postnatal Depression. In: Journal of affective disorders 68/2002, S. 130-131
- Rohde-Dachser, Ch.:** Expedition in den dunklen Kontinent. Heidelberg 1991
- Salis, B.:** Freudentränen und Babyblues. Reinbek 2003
- Sauer, B.:** Postpartale Depression. Die Geburt eines Kindes als kritisches Lebensereignis bei Frauen. Münster 1993
- Schmidbauer, W.:** Alles oder nichts. Über die Destruktivität von Idealen. Reinbek 1987
- Thurer, S.:** Mythos Mutterschaft. Wie der Zeitgeist das Bild der guten Mutter immer wieder neu erfindet. München 1995
- Warner, R. u. a.:** Demographic and Obstetric Risk Factors for Postnatal Psychiatric Morbidity. In: British Journal of Psychiatry 168/1996, S. 607-611
- Wolke, D.; Kurstjens, S.:** Mütterliche Depression und Auswirkungen auf die Kinder. In: Rollett, B.; Werneck, H. (Hrsg.): Klinische Entwicklungspsychologie der Familie. Göttingen 2002