

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Institut, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. J. Förstl)

Max-Planck-Institut für Ornithologie – Andechs  
Arbeitsgruppe Prof. Dr. W. Schiefenhövel (Humanethologie)  
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. B. Kempenaers)

**Befindlichkeitsstörungen im frühen Wochenbett  
im kulturellen Kontext:  
Eine empirische Untersuchung an Wöchnerinnen in Honduras**

Michael Arnegger

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen  
Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines  
Doktors der Medizin genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. D. Neumeier

Prüfer der Dissertation: 1. Univ.-Prof. Dr. J. Förstl

2. Univ.-Prof. Dr. K.-Th. M. Schneider

Die Dissertation wurde am 09.06.2010 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 21.07.2010 angenommen.

## Danksagung

An erster Stelle möchte ich allen honduranischen Wöchnerinnen danken, die mir ihr Vertrauen entgegengebracht und an meiner Studie teilgenommen haben. Ihre Offenheit, ihr Interesse und die Geduld mit der sie meine Fragen beantwortet und mir Einblick in den intimen Bereich des Wochenbetts gegeben haben, waren für mich beeindruckend und motivierend.

Ein weiterer großer Dank gilt meiner Familie. Meinen Eltern, denn sie haben durch ihre emotionale und auch finanzielle Unterstützung mein Studium sowie die Feldstudie in Honduras möglich gemacht. Ihr Rückhalt war ein wichtiger Beitrag bei der Fertigstellung dieser Arbeit. Anregungen und Hinweise meiner Brüder haben geholfen, die vielen kleinen und großen Herausforderungen zu meistern.

Wulf Schiefenhövel vom Max-Planck-Institut in Andechs möchte ich für die Betreuung und die interessanten und hilfreichen Gespräche danken, die im Verlauf der Arbeit stattgefunden haben. Dank auch an Herrn Prof. Dr. med. Förstl für die Betreuung seitens der TU München. Im Laufe meiner Arbeit hat sich die Zusammenarbeit mit den Teilnehmern des „Munich postpartum projects“ immer wieder als Hilfestellung bei der Überwindung von Problemen hervorgetan. Tibor Schuster vom IMSE gilt mein Dank für die statistische Betreuung der Arbeit.

Danken möchte ich den Hebammen von Honduras, die mir ihr Vertrauen geschenkt haben und zu denen ich eine enge Beziehung aufbauen konnte. Ferner Dra. Sofia Lagos und Dr. Carlos Arrita von der Clinica Solidaria sowie Dr. Emilio Campos und Dra. Nancy Rodriguez vom Gesundheitszentrum in Talanga (Honduras), für ihre große Hilfe bei der Erfassung der Wöchnerinnen.

Ein ganz besonderer Dank gilt „Nuestros Pequeños Hermanos“ in Honduras. Durch meinen Zivildienst im dortigen Waisenhaus lernte ich das Land, die Menschen und die Kultur kennen; ohne diese Erfahrung wäre diese Studie nicht möglich gewesen.

München, im Mai 2010

Michael Arnegger

## Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis der Diagramme .....	V
Verzeichnis der Tabellen .....	VI
Verzeichnis der Abbildungen .....	VI
Verzeichnis der Abkürzungen .....	VII
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Konzeption der vorliegenden Arbeit .....</b>	<b>2</b>
<b>1.2 Empirische Untersuchung .....</b>	<b>3</b>
<b>1.3 Ziel der Untersuchung .....</b>	<b>4</b>
<b>1.4 Aufbau der Arbeit .....</b>	<b>4</b>
<b>2 Literaturanalyse .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1 Der Baby Blues - Post Partum Blues (PPB) .....</b>	<b>5</b>
<b>2.2 Die postpartale Depression (PPD) .....</b>	<b>6</b>
<b>2.3 Die Postpartale Psychose .....</b>	<b>7</b>
<b>2.4 Andere Störungsbilder im Wochenbett.....</b>	<b>8</b>
<b>2.5 Krankheitswert der „Affektiven Störungen im Wochenbett“ und Klassifizierung.....</b>	<b>9</b>
<b>2.6 Symptome des Baby Blues .....</b>	<b>10</b>
<b>2.7 Präventive und therapeutische Ansätze für den Baby Blues .....</b>	<b>12</b>
<b>3 Erklärungsmodelle für den Baby Blues .....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 Endokrinologisch – biologisches Erklärungsmodell .....</b>	<b>14</b>
<b>3.1.1 Stand der Forschung .....</b>	<b>14</b>
<b>3.2 Umweltbedingt - psychologisches Erklärungsmodell .....</b>	<b>17</b>
<b>3.2.1 Stand der Forschung .....</b>	<b>17</b>
<b>3.3 Anthropologisch-evolutionsbiologisches Erklärungsmodell; der Blues als „culture bound syndrome“ .....</b>	<b>19</b>
<b>3.4 Der PPB - ein schwangerschaftsspezifisches Syndrom? .....</b>	<b>21</b>
<b>4 Das Studiengebiet – Honduras .....</b>	<b>23</b>
<b>4.1 Das Land .....</b>	<b>23</b>
<b>4.2 Die Bevölkerung .....</b>	<b>24</b>
<b>4.3 Bildung der Frau und berufliche Möglichkeiten.....</b>	<b>24</b>
<b>4.4 Die medizinische Versorgung im Land .....</b>	<b>25</b>
<b>4.5 Staatlich organisierte Gesundheitsversorgung im Studiengebiet .....</b>	<b>26</b>
<b>4.6 Betreuung der Schwangeren .....</b>	<b>27</b>
<b>4.7 Betreuung während der Geburt und im Wochenbett im Studiengebiet.....</b>	<b>28</b>
<b>4.8 Das traditionelle Wochenbett in Honduras .....</b>	<b>29</b>
<b>4.9 Die Rolle der Partera (traditional birth attendant, TBA, partera empirica) .....</b>	<b>34</b>
<b>4.10 Gründe für eine Hausgeburt .....</b>	<b>36</b>
<b>5 Durchführung der Studie .....</b>	<b>39</b>
<b>5.1 Hintergrund des MPPP .....</b>	<b>39</b>
<b>5.2 Untersuchungsgesamtheit und Methoden.....</b>	<b>39</b>
<b>5.2.1 Rekrutierung der Probandinnen .....</b>	<b>40</b>
<b>5.2.2 Übersetzung der Instrumente .....</b>	<b>41</b>
<b>5.2.3 Inhalte und Themen des Interviews im Wochenbett .....</b>	<b>42</b>
<b>5.3 Standardisierte Instrumente .....</b>	<b>43</b>
<b>5.3.1 Fragebogen nach Kennerley/Gath (1989) .....</b>	<b>43</b>
<b>5.3.2 Scale for measuring the Maternity Blues nach Stein (1980) .....</b>	<b>44</b>
<b>5.3.3 Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox, Holden, Sagovsky, 1987) .....</b>	<b>45</b>
<b>5.4 Hypothesen.....</b>	<b>46</b>
<b>5.5 Statistische Auswertung.....</b>	<b>49</b>

<b>6</b>	<b>Empirische Untersuchung</b> .....	51
	<b>6.1 Beschreibung der Stichprobe</b> .....	51
	<b>6.1.1 Soziodemographie</b> .....	51
	<b>6.1.1 Krankengeschichte und Schwangerschaftsanamnese</b> .....	56
	<b>6.1.3 Schwangerschaft und Geburt</b> .....	57
	<b>6.1.4 Das Wochenbett</b> .....	66
	<b>6.1.5 Angewandte Traditionen bei der Geburt und im Wochenbett</b> .....	70
	<b>6.1.6 Subjektiver Eindruck des Untersuchers</b> .....	71
	<b>6.1.7 Standardisierte Instrumente</b> .....	72
	<b>6.2 Ergebnisse</b> .....	73
	<b>6.2.1 Vergleich der standardisierten Instrumente</b> .....	73
	<b>6.2.2 Signifikante Variablen im Fragebogen nach Kennerley/Gath (1989)</b> .....	76
<b>7</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse</b> .....	92
	<b>7.1 Überprüfung der Hypothesen</b> .....	92
	<b>7.2 Diskussion: Material und Methodik</b> .....	106
	<b>7.3 Zusammenfassung</b> .....	107
<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	111
	<b>Anhang 1: Fragebogen im Wochenbett (deutsche Version)</b> .....	123
	<b>Anhang 2: Fragebogen im Wochenbett (spanische Version)</b> .....	138

## Verzeichnis der Diagramme

Diagramm 1: Partnersituation in Prozent .....	53
Diagramm 2: Anzahl der Kinder .....	54
Diagramm 3: Empfinden der Wohnsituation .....	54
Diagramm 4: Planung der Schwangerschaft in Prozent .....	58
Diagramm 5: Stimmung der Schwangeren .....	59
Diagramm 6: Erbrechen während der Schwangerschaft .....	60
Diagramm 7: Befinden in der Schwangerschaft in Abhängigkeit von Erbrechen .....	61
Diagramm 8: Vorbereitung auf die Geburt .....	62
Diagramm 9: Gefühlte Dauer der Geburt .....	64
Diagramm 10: Tatsächlicher Schmerz im Vergleich zu den Erwartungen .....	65
Diagramm 11: Entsprach die Geburt den Erwartungen? .....	65
Diagramm 12: Dauer bis zum Körperkontakt mit dem Neugeborenen .....	67
Diagramm 13: Wie geht es Ihnen, wenn Sie an Zuhause denken? .....	69
Diagramm 14: Empfinden der Besuchermenge sowie die Besuchsdauer .....	70
Diagramm 15: Subjektiver Eindruck des Interviewers .....	72
Diagramm 16: Kennerley Score in Abhängigkeit des PMS .....	77
Diagramm 17: Ging es Ihnen nach früheren Schwangerschaften seelisch gut? .....	78
Diagramm 18: Ist eines Ihrer Kinder bereits verstorben? .....	79
Diagramm 19: Vermehrtes Erbrechen während der Schwangerschaft .....	80
Diagramm 20: Stimmung während der Schwangerschaft .....	81
Diagramm 21: Besondere Ereignisse während der Schwangerschaft .....	81
Diagramm 22: Anwesenheit des Arztes als störend empfunden .....	83
Diagramm 23: Fühlen sie sich traurig? .....	84
Diagramm 24: Erschrecken Sie leicht? .....	84
Diagramm 25: Fühlen Sie sich einsam und alleine gelassen? .....	84
Diagramm 26: Angst vor Einsamkeit .....	85
Diagramm 27: Angst vor Überforderung .....	85
Diagramm 28: Haben sie Probleme mit dem Stillen? .....	86
Diagramm 29: Besucht Sie ihr Partner? .....	87
Diagramm 30: Wie empfinden Sie ihre Wohnsituation? .....	88
Diagramm 31: Erwarten Sie Unterstützung von den Schwiegereltern? .....	90
Diagramm 32: Subjektiver Eindruck des Interviewers .....	91

## Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Zusammenfassung der Symptome des PPB .....	12
Tabelle 2: Themenbereiche des Interviews nach der Geburt .....	42
Tabelle 3: Altersverteilung der honduranischen Wöchnerinnen.....	51
Tabelle 4: Religionszugehörigkeit .....	55
Tabelle 5: Schulbildung .....	56
Tabelle 6: Erkrankungen in der Vorgeschichte.....	56
Tabelle 7: Häufigkeit des „prämenstruellen Syndroms“ .....	57
Tabelle 8: War die Schwangerschaft dennoch erwünscht? .....	58
Tabelle 9: Veränderung der Partnerschaft während der Schwangerschaft .....	60
Tabelle 10: Unterstützung aus dem persönlichen Umfeld .....	61
Tabelle 11: Geburtssetting .....	63
Tabelle 12: Hätten sie gerne einen intensiveren Kontakt mit ihrem Baby gehabt? .....	67
Tabelle 13: Empfinden sie die Probleme beim Stillen als belastend? .....	68
Tabelle 14: Punktwerte der einzelnen Fragebögen .....	74
Tabelle 15: Die Häufigkeit des PPB in Abhängigkeit der Grenzwerte .....	75
Tabelle 16: Abhängigkeit von Kennerley Score und Stein Score .....	75
Tabelle 17: EPDS im Vergleich zu Kennerley Score und Stein Score .....	76
Tabelle 18: Psychische Vorerkrankungen in der Familie .....	77
Tabelle 19: Ernsthafte Erkrankungen in der Vorgeschichte .....	78
Tabelle 20: Vergleich der Subgruppen Krankenhausgeburt und Hausgeburt.....	82
Tabelle 21: Einflussfaktoren im Wochenbett.....	85
Tabelle 22: Gedanken an Zuhause .....	87
Tabelle 23: Besucht Sie Ihr Partner?.....	88
Tabelle 24: Haben sie vor wieder erwerbstätig zu arbeiten?.....	89
Tabelle 25: Ergebnisse der Teilstudien des MPPP (Munich Post Partum Project).....	92
Tabelle 26: Vergleich der Haus/Heim- und Krankenhausgeburten .....	94

## Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Topographische Karte Honduras .....	23
Abbildung 2: Doña Caya nach einer traditionellen Zeremonie .....	34
Abbildung 3: Hebammenkoffer .....	35
Abbildung 4: Setting im Haus einer Partera.....	36

## Verzeichnis der Abkürzungen

ASW	Affektive Störung im Wochenbett
BDI	Beck Depression Inventory
CESAMO	„Centro de salud con médico y odontólogo“ - Gesundheitszentrum mit Arzt und Zahnarzt
CESAR	„Centro de salud rural“ - Gesundheitszentrum im ländlichen Raum
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition - Diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen, 4. Edition
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
ICD 10	International Classification of Diseases, 10th Revision - Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision.
MPPP	Munich Post Partum Project - Münchner Postpartum Projekt
OPS	Organización Panamericana de Salud (span. für WHO)
PDA	Periduralanästhesie
PMS	Prämenstruelles Syndrom
PND	Perinatal mental disorder
PPB	Postpartum Blues
PPD	Postpartale Depression (engl.: Postpartum Depression)
PTSD	Posttraumatische Belastungsstörung (engl.: post-traumatic stress disorder)
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SSW	Schwangerschaftswoche
TBA	Traditional birth attendant, (span.: Partera empirica, deutsch: traditionelle Hebamme)
VAS	Visuelle Analogskala
WHO	World Health Organization

# 1 Einleitung

Biologische und physiologische Vorgänge laufen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in nahezu identischer Art und Weise ab. Die Wahrnehmung der Abläufe, die „soziale Matrix“ (Jordan, 1978, S.1), in die die Vorgänge eingebettet sind, sowie die Erklärungsmodelle weisen jedoch kulturell und traditionsbedingt große Unterschiede auf. In den letzten 100 Jahren haben sich die Geburtshilfe und das Geburtssetting in der westlichen Welt radikal verändert. An Stelle von Traditionen ist die moderne Medizin getreten. Kindersterblichkeit und Müttersterblichkeit konnten reduziert und große Fortschritte bei der Behandlung von Geburtskomplikationen oder Frühgeborenen erzielt werden. Gleichzeitig wurden aber auch evolutionär erprobte Konzepte verworfen und ersetzt. So wurden Dogmen bezüglich des Stillverhaltens, des zentralen Kinderzimmers in den Krankenhäusern oder des Ablaufs der hospitalisierten Geburt aufgestellt und wieder für nichtig erklärt. Im gleichen Zeitraum haben sich auch die sozialen Rahmenbedingungen in den westlichen Ländern enorm verändert. Früher dominierte die Großfamilie, junge Mütter waren zumeist umgeben von geburtserfahrenen Frauen und es herrschte eine klare soziale Rollenzuweisung. Mit der zunehmenden gesellschaftlichen Individualisierung entstehen neue Herausforderungen für die Geburtshilfe und die damit verbundene Betreuung in Schwangerschaft und Wochenbett.

Veränderungen im emotionalen Erleben der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts sind kritische und intensive Erfahrungen. Häufig gibt es eine große Diskrepanz zwischen den Erwartungen an Schwangerschaft und Geburt sowie dem tatsächlichen Erleben. Dies kann zu hohen emotionalen Herausforderungen und Belastungen führen. Prägende Vorstellungen stammen häufig nicht aus Erfahrungen im familiären Umfeld sondern aus Medien oder Literatur. Ein direkter Kontakt zu Schwangeren oder zu Neugeborenen, wie in der traditionellen Großfamilie üblich, besteht häufig nicht mehr. Angst, Unsicherheit, Verstimmtheit oder andere subdepressive oder depressive Symptome sind im Konzept der meisten Schwangeren nicht vorgesehen. Umso kritischer kann deshalb das Erleben dieser Symptome im Verlauf von Schwangerschaft und Wochenbett sein.

Im Zusammenhang mit der Befindlichkeit im Wochenbett werden verschiedene affektive Störungen definiert. Die Unterschiede liegen im zeitlichen Auftreten sowie in der Intensität. Der Volksmund bezeichnet diese Veränderungen der Affekte als Wochenbettdepression, in der Forschung unterscheidet man zwischen den „*affektiven Störungen im frühen Wochenbett*“<sup>1</sup>,

---

<sup>1</sup> Anstatt des Begriffs der „*affektiven Störungen im frühen Wochenbett*“ werden zudem im Laufe der Arbeit auch die Termini „PPB“ (*Post Partum Blues*), „Baby Blues“, „Blues“ oder „postpartalen Dysphorie“ als Synonyme verwendet.



der „*Wochenbettdepression*“ und der „*Postpartalen Psychose*“<sup>2</sup>. Diese Veränderungen des affektiven Erlebens sind in verschiedenen Kulturen bekannt und im jeweiligen kulturellen Kontext beschrieben.

In der vorliegenden Arbeit sollen Entstehungskonzepte des post partum blues (PPB) näher untersucht werden. Hierbei handelt es sich zumeist um transiente Stimmungsschwankungen, die häufig nicht als pathologisch eingestuft werden. Dennoch ist der Leidensdruck der betroffenen Frauen in dieser kritischen Übergangsphase nach der Geburt in eine neue Lebenssituation in vielen Fällen hoch. Von den Tagen im Wochenbett berichten Frauen noch Jahre nach den Symptomen als tiefgreifendes und prägendes Ereignis.

### **1.1 Konzeption der vorliegenden Arbeit**

Der Symptomkomplex des PPB wird in der historischen, psychiatrischen und ethnologischen Literatur beschrieben. Es existiert allerdings bislang keine einheitliche Definition.

In jüngerer Zeit wird die Stimmungsschwankung in zahlreichen Forschungsarbeiten und Publikationen untersucht. Bislang ist es jedoch nicht gelungen einen eindeutigen Zusammenhang von postpartaler Depression und postpartaler Psychose festzustellen. Aufgrund der mannigfaltigen Symptome, der kulturspezifischen Betrachtung des Wochenbettes, der unterschiedlichen Bewertung der Symptome und den damit einhergehenden Veränderungen ist ein klar abgrenzbares Krankheitsbild schwer herauszuarbeiten. Trotz hoher Inzidenzraten sind die „*affektiven Störungen im frühen Wochenbett*“<sup>3</sup> bislang nicht standardisiert im ICD 10<sup>4</sup> oder DSM IV<sup>5</sup> aufgeführt und es gibt keine eindeutigen therapeutischen und diagnostischen Richtlinien. Des Weiteren muss erforscht werden, ob die unterschiedlichen Störungen eine gemeinsame Ätiologie besitzen oder als gänzlich unabhängige Störungen anzusehen sind.

Bei den Untersuchungen zu den affektiven Störungen im Wochenbett wurden verschiedene Ätiologien überprüft. Neben einer biologisch-hormonellen Genese, wurde eine sozio-psychologische Genese sowie eine anthropologisch-humanethnologische Genese untersucht.

Bezüglich der Wochenbettdepression wird derzeit die Hypothese kritisch diskutiert, dass es sich beim Wochenbett um eine besonders vulnerable Phase handle und dass es daher im

---

<sup>2</sup> Verschiedene Autoren zählen zu den Störungen im Wochenbett ferner die „*Posttraumatische Belastungsstörung*“, die „*Obsessive Compulsive Disorder*“ (Zwangsstörungen) sowie die „*Generalized Anxiety Disorder*“ (Angststörungen).

<sup>3</sup> Hierzu zählt der Autor den PPB, nicht aber die postpartale Depression, und die Wochenbettpsychose

<sup>4</sup> „*International Classification of Diseases, 10th Revision*“ - Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision.

<sup>5</sup> „*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition*“ - Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 4. Edition.

Rahmen der Geburt als kritischem Lebensereignis vermehrt zu einer reaktiven Depression oder depressiven Verstimmung kommen könne. Studien haben ähnliche Inzidenzhäufigkeiten psychischer Erkrankungen in Kontrollgruppen und in den Kollektiven der Frauen im Wochenbett beziehungsweise in der Schwangerschaft gezeigt.

Die Arbeitsgruppe „MPPP - Munich Post Partum Project“ unter der Leitung von Prof. Dr. Wulf Schiefenhövel<sup>6</sup> und Dr. Gerhard Dammann<sup>7</sup> hat zum Ziel, über einen längerfristigen Zeitraum speziell die transkulturellen Aspekte der affektiven Störungen im Wochenbett zu untersuchen. Hierzu wurde ein standardisierter Fragebogen entwickelt und in verschiedene Sprachen übersetzt. Der Fragebogen wurde mit dem Fokus der Erfassung der Symptome sowie einer Vielzahl von Einflussfaktoren wie dem Geburtsverlauf, sozialen Rahmenbedingungen, Körperkontakt zwischen Mutter und Kind und eigenen Erfahrungen mit früheren Schwangerschaften, Geburten und Wochenbettperioden entwickelt.

Im Rahmen der Studie wurden in verschiedenen Kulturen<sup>8</sup> Wöchnerinnen befragt, um bestimmte Gruppen miteinander vergleichen zu können. Ein besonderes Augenmerk richtet sich auf die kulturspezifischen Traditionen. Spezielle Riten und Handlungsmuster beziehungsweise Bewertungen rund um die Schwangerschaft werden festgehalten und in den jeweiligen Arbeiten vorgestellt.

Die vorliegende Arbeit beschreibt Konzepte und Symptome des PPB im mittelamerikanischen Raum und untersucht deren Ursache und Zweck. Anschließend werden die eigenen Ergebnisse mit jenen der anderen Teilstudien des MPPP verglichen.

## **1.2 Empirische Untersuchung**

Als Grundlage der Arbeit dienen Untersuchungen zum PPB bei 105 honduranischen Wöchnerinnen. Untersucht werden Wöchnerinnen nach Heim- und Hausgeburten sowie Krankenhausgeburten. Die Wöchnerinnen werden einerseits als Gesamtpopulation betrachtet, andererseits werden die beiden Gruppen der Hausgeburten bzw. Krankenhausgebärenden auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten untersucht. Die Studienpopulation beinhaltet Wöchnerinnen nach vaginaler Geburt sowie nach Sectio Caesarea. Die Ergebnisse werden für die Gruppe der Hausgeburten sowie die der Krankenhausgeburten separat und zusammenfassend betrachtet.

---

<sup>6</sup> Gruppe Humanethologie, Max Planck Institut Andechs.

<sup>7</sup> Spitaldirektor, Chefarzt Psychiatrische Dienste Thurgau/CH.

<sup>8</sup> Untersuchungen in Deutschland wurden im Raum München (Delius, 2006; Strobl, 2002) durchgeführt. Weitere Untersuchungen fanden oder finden in Italien (Wanker, 2006; Complojer, 2006), Papua-Neuguinea, Kolumbien, Brasilien (Fink, 2009) und Bolivien statt. Ein Teil der Arbeiten ist bereits veröffentlicht.

Signifikant unterschiedliche Ergebnisse werden getrennt dargestellt. Für die Befragungen wurde das vom MPPP entwickelte Instrument verwendet. Eine genauere Darstellung erfolgt im Kapitel 5.3 S.43. Zusätzlich fand mit Hilfe offener Interviewtechnik eine Erfassung kulturspezifischer Riten und Traditionen statt. Dabei hatten die Frauen die Möglichkeit, eigene Worte und Formulierungen für Handlungsabläufe, Bewertungen und Erwartungen zu verwenden.

### **1.3 Ziel der Untersuchung**

Ziel der hier vorliegenden transkulturellen Untersuchung ist es, zu einem besseren Verständnis der Einflussfaktoren auf die Anpassungsprozesse im Verlauf des Wochenbetts und den damit einhergehenden Stimmungsschwankungen zu gelangen. Durch die frühzeitige Identifizierung der Risikofaktoren sowie das rechtzeitige Erkennen der Symptome und deren Bewertung kann eine optimale, den Bedürfnissen angepasste Betreuung der Frauen während der Schwangerschaft, im Verlauf der Geburt und des Wochenbetts ermöglicht werden.

### **1.4 Aufbau der Arbeit**

Im zweiten Kapitel der Arbeit werden die unterschiedlichen Störungen im Wochenbett vorgestellt und die unterschiedliche Bewertung des Krankheitswerts herausgearbeitet. Mögliche Erklärungsmodelle der Ätiologie und der Genese folgen im dritten Teil der Arbeit, in dem auch der aktuelle Forschungsstand anhand der unterschiedlichen Erklärungshypothesen dargestellt wird. Das Studiengebiet Honduras sowie dortige Gegebenheiten und Traditionen sind im folgenden vierten Abschnitt erläutert.

Im Methodikteil (Kapitel fünf) werden das von der „MPPP“ erstellte Instrument zur Erfassung der Symptome erklärt und Details zur Durchführung der empirischen Untersuchung in Honduras aufgezeigt. Anschließend wird die Stichprobe beschrieben (Kapitel sechs), werden Ergebnisse dargelegt und mit anderen Teilstudien in Bezug gesetzt. Im weiteren Verlauf folgen die Diskussion und eine Zusammenfassung (Kapitel sieben) der Studie.

## 2 Literaturanalyse

Bei der hier durchgeführten Untersuchung handelt sich um eine Studie zum PPB. Um die Bedeutung dieser Störung im Kontext zu betrachten ist es notwendig auch die *Wochenbettdepression* und die *postpartale Psychose* vorzustellen. Williams (1997), Ross (2006) und Reck (2009) zählen ferner die Zwangs- und Angststörungen sowie posttraumatische Belastungsstörungen zu den potentiellen Erkrankungen im Wochenbett.

### 2.1 Der Baby Blues - Post Partum Blues (PPB)

Der Baby Blues und die *postpartale Dysphorie* werden umgangssprachlich als *Heultage* bezeichnet. Im angloamerikanischen Sprachraum spricht man vom *maternity blues* oder *postpartum Blues*. Ursprünglich stammt der Begriff „Blues“ aus dem Englischen und drückt soviel wie Melancholie, Schwermut, Mutlosigkeit oder Trostlosigkeit aus. In der Literatur findet der Blues erstmalig durch Moloney 1952 (Henshaw, 2003) Erwähnung. Er beschreibt eine „*mild depressive reaction*“, welche Müdigkeit, Niedergeschlagenheit, Weinerlichkeit und Verwirrung beinhaltet, und bezeichnet sie als „Drei-Tages-Depression“. Hamilton (1962) interviewte zehn Krankenschwestern und stellt danach bei den Wöchnerinnen ein „Anpassungssyndrom“ fest.

Nach Kennerley/Gath (1989) tritt der Blues in den ersten zehn Tagen postpartum mit dem Höhepunkt zwischen dem vierten und fünften Tag nach der Entbindung auf. Andere Autoren wie beispielsweise Riecher-Rössler (1997) und Rohde (2001) beschreiben den Höhepunkt zwischen dem dritten und fünften Tag postpartum, Koshchavtsev (2006) zwischen dem dritten und sechsten Tag postpartum. Über die Dauer herrscht in der Literatur Uneinigkeit, obwohl sie vermutlich einen wichtigen Abgrenzungsfaktor zur postpartalen Depression darstellt. Kemp (2003) betont, dass Blues Symptome, die länger als eine Woche postpartum anhalten oder über zwei Wochen andauern in Bezug auf eine postpartale Depression evaluiert werden müssen.

Die Heultage sind in der Literatur mit einer Häufigkeit zwischen 15,3% (Murata, 1998) und 76% (Harris, 1981) angegeben. Riecher-Rössler (1997) gibt in ihrer Metaanalyse eine durchschnittliche Häufigkeit von 25-40% an, Henshaw (2003) nennt in einer weiteren Metaanalyse die Häufigkeit von 50-80%. In der transkulturellen Literatur existiert mittlerweile eine Vielzahl an Untersuchungen. Eine Studie in Nigeria (Abidodun, 2006) ergab eine Blueshäufigkeit von 30,5%, 1972 nennt Davidson (Stern/Kruckman, 1983) bei jamaikanischen Frauen eine

Häufigkeit von 60,4% und Harris (1981) gibt bei Frauen in Tansania eine Blues Inzidenz von 76% an. Die Schwankungen bei den Angaben zur Prävalenz des Blues ergeben sich wohl aufgrund der verschiedenen und nur unzureichend standardisierten methodischen Verfahren der Studien – eine Problematik, die im Verlauf der Arbeit thematisiert wird.

Häufigste Symptome sind eine labile Stimmungslage, Weinerlichkeit und allgemeine Irritierbarkeit. Eine umfassendere Auflistung häufiger und möglicher Symptome folgt in Kapitel 2.6 S.10 .

Als Risikofaktoren für eine Entwicklung des Blues sind unter anderem folgende Punkte in der Diskussion: Stimmungsschwankungen in der Schwangerschaft, eine positive Depressionsanamnese und frühere neurotische Episoden. Inwiefern der PPB prädisponierend für weitere Störungen im Wochenbett ist, bleibt nach wie vor unklar. Für Beck (1992) sowie für Kemp (2003) stellt sich der PPB als ein Risikofaktor für eine postpartale Depression dar. Yamashita (2003) zeigt in ihrer Studie einen klaren Zusammenhang zwischen dem Blues und der postpartalen Depression anhand des Edinburgh Postnatal Depression Score (EPDS). Kennerley/Gath (1989) betonen die Gutartigkeit und den transienten Charakter des Blues: „*Maternity Blues is brief and benign and therefore nor a serious problem in clinical practice*“.

## **2.2 Die postpartale Depression (PPD)**

Umgangssprachlich heisst die *postpartale Depression*<sup>9</sup> auch *Wochenbettdepression* oder *Kindbettdepression*. In der Populärliteratur wird, im Gegensatz zur Fachliteratur, zumeist keine Abgrenzung zwischen dem PPB und der PPD vorgenommen.

Im Großteil der Fälle tritt die PPD in den ersten zwei bis sechs Wochen nach der Entbindung auf und klingt bei den meisten unbehandelten Frauen bis zum sechsten Monat postpartum ab. Nach Kumar (1984) liegt die höchste Inzidenzrate drei Monate postpartum vor. Munk-Olson (2006) gibt das höchste Risiko für eine PPD für den Zeitraum zwischen dem 19. und dem 21. Tag postpartal an. Ein erhöhtes Risiko für eine PPD bestehe aber bis zum dritten postpartalen Monat.

Unterschiedliche Angaben über Inzidenz und Prävalenz sind häufig die Folge von unterschiedlichen Befragungszeiträumen sowie unterschiedlichen Befragungsmethoden. Kontrollstudien über die Häufigkeit einer Depression bei Nicht-Wöchnerinnen gibt es bislang nicht, es existieren aber wissenschaftliche Publikationen, welche die Theorie vertreten, die Prävalenz bei Nicht-Wöchnerinnen und Wöchnerinnen sei identisch.

---

<sup>9</sup> Im Weiteren wird die postpartale Depression auch mit PPD abgekürzt.

Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass 10-17% aller Frauen in den Monaten nach der Geburt eine Depression entwickeln oder daran leiden. Cox (1982) gibt eine Häufigkeit von 13% an, O'Hara (1990) von 10,4%, nach Kumar (1984) liegt die Rate bei 14,9%. Yamashita (2003) berichtet aus Japan von einer Inzidenz von 17%, davon lag bei 67% der betroffenen Wöchnerinnen der Beginn der Erkrankung in der ersten Woche postpartum. Whitton (1996) interviewte 78 Wöchnerinnen mit PPD, lediglich 32% der Frauen glaubten, sie würden an einer Depression leiden und lediglich 12% hatten zum Zeitpunkt des Interviews professionelle Hilfe in Anspruch genommen.

Von Interesse ist der Vergleich der Prävalenz sowie der Inzidenz von „Major und Minor Depressions“ bei Wöchnerinnen und einer Kontrollgruppe von Frauen ohne Neugeborenes. Cox (1993) verglich 232 Wöchnerinnen mit einer Kontrollgruppe. Die Prävalenz der Erkrankung war in beiden Gruppen nach sechs und zwölf Monaten nahezu identisch<sup>10</sup>. In der Studie wird jedoch auch eine dreifach erhöhte Inzidenz in der Gruppe der Wöchnerinnen festgestellt. Dies führt der Autor auf die Folgen der Geburt sowie den damit einhergehenden Konsequenzen zurück.

Als Hauptsymptomatik für die postpartale Depression beschreibt Riecher-Rössler (1997) nicht-psychotische Symptome der Depression wie beispielsweise Antriebsmangel, Energielosigkeit, Freudlosigkeit, Interessensverlust, Müdigkeit, Schlaf- und Appetitstörungen, Konzentrationsstörungen, verminderte Libido, Ängste, Sorgen, Schuldgefühle und Suizidgedanken. Hinzu kommen Probleme mit anderen Familienangehörigen, dem Ehepartner oder dem Baby. Charakteristisch für die PPD ist die ausgeprägte Stimmungslabilität, wie sie von Pitt (1968) und O'Hara (1987) ebenfalls für den Baby Blues beschrieben wird.

### **2.3 Die Postpartale Psychose**

Die *postpartale Psychose* wird auch als *Puerperalpsychose* oder *Wochenbettpsychose* bezeichnet. Riecher-Rössler (1997) weist daraufhin, dass das Wochenbett lediglich einen Zeitraum von sechs bis acht Wochen nach der Entbindung beschreibt, Psychosen jedoch auch später beginnen und länger andauern können. Im Formenkreis der affektiven Störungen im Wochenbett stellt die Postpartale Psychose die schwerste Störung mit einem akuten Verlauf dar.

Die Mehrzahl der Episoden treten in den ersten vier bis acht Wochen nach der Entbindung auf. Ross (2006) gibt für die Psychose einen durchschnittlichen Beginn nach 7,3 Wochen postpartum an. Ein Andauern bis zu einem Jahr postpartum ist beschrieben worden, auch

---

<sup>10</sup> Prävalenz einer Depression nach Cox (1993) unter Wöchnerinnen nach 6 bzw 12 Monaten 9,1% und 13,8% sowie in der Kontrollgruppe nach 6 bzw 12 Monaten 8,2% und 13,4%

wenn in der Mehrzahl der Fälle die Psychose in den ersten drei Monaten nach Ausbruch abklingt. Dean/Kendell (1981) kommen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass alle manischen Störungen innerhalb der ersten 19 Tage postpartum aufgetreten sind. Kumar (1994) schreibt in seiner Metaanalyse, dass die Wahrscheinlichkeit, an einer Psychose zu erkranken, im Wochenbett 16-20fach erhöht ist im Vergleich zu einem äquivalenten Zeitraum präpartum.

Krankenhausaufenthalte umfassen in der Regel zwei Monate, können aber unter Umständen auch bis zu einem Jahr andauern. Nach Kumar (1995) und Rohde (2001) entwickeln 0,1-0,2% der Wöchnerinnen innerhalb der ersten drei Monate postpartum eine Wochenbettpsychose, signifikant ist ein Anstieg der Prävalenz bei bekannter positiver Familienanamnese (Marks, 1992). Nach Rohde (1995) sind 75% der erkrankten Frauen Primipara. Weitgehende Einigkeit herrscht in der aktuellen Literatur darüber, dass es sich bei der postpartalen Psychose um eine Physiopathologie handelt und nicht um eine psychosoziale Pathologie. Damit stellt sie kein eigenes Syndrom dar sondern kann im Kontext der Psychosen zu anderen Zeitpunkten betrachtet werden.

In einem Großteil der Fälle handelt es sich um affektive Psychosen vor allem mit einem depressiven, manischen oder schizoaffektiven Bild (Brockington, 1981). Rohde (2001) nennt Symptome, die bei postpartalen Psychosen relativ häufig sind: Erregungszustände, Ideenflucht, Antriebssteigerung, Antriebsminderung, vermindertes Schlafbedürfnis, Halluzinationen, Größenideen, Wahngedanken und Beeinflussungserlebnisse. Dean/Kendell (1981) fügen dem noch Verwirrtheit und Desorientierung hinzu.

#### **2.4 Andere Störungsbilder im Wochenbett**

Verschiedene Autoren beschreiben zusätzliche Störungsbilder im Wochenbett. Rohde (2001) nennt die *posttraumatische Belastungsstörung* (PTSD) als weiteres relevantes Krankheitsbild im Wochenbett, besonders nach als traumatisch empfundenen Geburten. In einer retrospektiven Studie ermittelte er eine Prävalenz von 1,0%, zu einem ähnlichen Ergebnis gelangt Wijma (1997), der eine Prävalenz von 1,7% nennt. Ross (2006) ermittelt in einer Metaanalyse eine Häufigkeit zwischen 0% und 6,9%. Die großen Schwankungen in der Prävalenz werden auf die Unterschiede in der Erfassung zurückgeführt. Einige Studien betonen PTSD-Symptome, andere das klinische Bild einer PTSD.

Des Weiteren werden im Zusammenhang mit Geburt und Wochenbett Angststörungen beschrieben. Häufig zeigen PPD oder postpartale Psychose Anteile einer Angststörung. Außerdem können auch ausgeprägte Panikstörungen oder Zwangsstörungen auftreten. Wenzel

(2003) kommt in einer Studie zu dem Ergebnis, dass Angststörungen eine höhere Prävalenz aufweisen als die PPD.

Wenzel (2003) gibt für die Puerperalzeit eine Prävalenz von Zwangsstörungen<sup>11</sup> zwischen 2,7% und 3,9% an. In wie weit sich Angststörungen, Zwangsstörungen, PPD und die postpartale Psychose überschneiden, ist bislang kaum untersucht.

## **2.5 Krankheitswert der „Affektiven Störungen im Wochenbett“ und Klassifizierung**

Unbestritten ist der Krankheitswert der PPD und der postpartalen Psychose. Sie werden im ICD 10 unter den Ziffern F53.0 bis F53.9 angeführt. Der Absatz F53.- bezeichnet psychische Störungen mit Beginn innerhalb von sechs Wochen postpartum, die aufgrund ihrer klinischen Aspekte keiner anderen Klassifikation zugeordnet werden. F53.0. bezeichnet leichte psychische Verhaltensstörungen im Wochenbett, hierzu wird auch die PPD gezählt. F53.1 bezeichnet schwere Verhaltensstörungen inklusive der Puerperalpsychosen. Weitere Klassifikationsmöglichkeiten ergeben sich durch F43.0-F43.9 im Sinne einer Belastungsreaktion, einer PTSD oder einer Anpassungsstörung. Im DSM IV können verschiedene psychische Störungen über einen „postpartum onset specifier - genaue Beschreibung des Beginns in der postpartalen Phase“ näher definiert werden. Dieser Zusatz umfasst einen Zeitraum von bis zu vier Wochen postpartum.

Die Klassifizierung des PPB nach den aktuellen Kriterien stellt sich schwieriger dar. Er wird nicht als eigenständige Krankheitsentität erwähnt. Unterschiedliche Ansichten über den Krankheitswert des Blues stellen eine Abgrenzung zu anderen Störungen in Frage. Kennerley/Gath (1989) beschreiben den Blues als kurz und gutartig, Lucas (1994)<sup>12</sup> bezeichnet ihn als „ohne pathologische Bedeutung“, Hamilton (1962)<sup>13</sup> als „transitory syndrome“. Der Blues kann nach den gängigen Diagnosekriterien den Ziffern F43.0 im Sinne einer akuten Belastungsreaktion zugeordnet werden. Außerdem kann der Blues unter F53.0 als leichte psychische Verhaltensstörung im Wochenbett bezeichnet werden. Des Weiteren klassifiziert Koshchavtsev (2006) den Blues auch unter F43.2 im Sinne einer Anpassungsstörung.

Andere Autoren beschreiben den Blues als Risikofaktor für eine PPD. Aus meiner Sicht erscheint es notwendig, in naher Zukunft den Blues als eigenständige Krankheitsentität zu definieren oder aber passend zu einem der bereits definierten Krankheitsbilder im Wochenbett zuzuordnen.

---

<sup>11</sup> Im Sinne einer „obsessive compulsive disorder“.

<sup>12</sup> Aus Henshaw (2003).

<sup>13</sup> Aus Henshaw (2003).



## **2.6 Symptome des Baby Blues**

Der Blues lässt sich anhand seiner Symptome nicht von anderen Störungsbildern im Wochenbett abgrenzen. Für eine genauere Definition der jeweiligen Störung spielt die Dauer der Symptome eine wichtige Rolle sowie deren Anzahl und Intensität. Kennerley/Gath (1989) untersuchten die Notwendigkeit einer tagspezifischen Erfassung der Symptome.

Ein vollständiger, für eine eindeutige Definition notwendiger Katalog der Symptome besteht nach wie vor nicht. Es sollen daher im Folgenden die wichtigsten Symptome dargestellt werden.

### **Weinen**

Das Weinen ist das Leitsymptom des Baby Blues. Es muss die Quantität und die Qualität des Weinens unterschieden werden. Bei der Quantität unterscheidet Stein (1981) zwischen kurzen Weinepisoden kurz nach der Geburt, die von den meisten Frauen als Freudentränen bezeichnet werden, und heftigerem Weinen in der postpartalen Phase zwischen dem dritten und zehnten Tag. Dieses Weinen hat den umgangssprachlichen Begriff der Heultage geprägt. Weinen tritt bei Stimmungsveränderungen auf. Häufig können die Frauen keinen Grund für ihre Tränen benennen (Rammsayer, 1996). Yalom (1968) betont, dass das Weinen nicht zwangsläufig mit einer bedrückten Stimmung einhergeht.

### **Niedergeschlagenheit und Depression**

Viele Wöchnerinnen fühlen sich nicht depressiv, wohl aber niedergeschlagen. Eine Trennung der beiden Begriffe ist kaum möglich und unterliegt der subjektiven Einschätzung des Leidensdrucks der Wöchnerin. Kendell (1981) verwendet hier eine visuelle Analogskala zur Erfassung des Symptoms.

Uneinigkeit besteht darüber, ob depressive Stimmungen typisch für den PPB sind oder nicht (Kennerley/Gath, 1986). Stein (1980) kommt zu dem Ergebnis, dass Frauen, die in ihrem Leben schon depressive Episoden durchlebt hatten, signifikant häufiger depressive Symptome im frühen Wochenbett zeigen.

### **Stimmungslabilität**

Hier handelt es sich um schnelle Stimmungsveränderungen innerhalb eines Tages oder von einem Tag zum anderen (Ballinger, 1979; Robin, 1962). Diese zeigen sich in Form eines häufigen, raschen Wechsels zwischen depressivem Weinen und herzlichen Lachen, wobei dies oft ohne ersichtlichen Grund geschieht.

## **Angst**

Hamilton (1962), Pitt (1973), Kennerley/Gath (1989) und Kendell (1981) beschreiben das Symptom Angst. Kendell (1981) verwendet eine visuelle Analogskala zur Erfassung und qualitativen Analyse.

## **Reizbarkeit und Nervosität**

Diese Symptome sind meist mit depressiven Symptomen assoziiert. Ziel der Feindseligkeit ist meist der Partner. Diese Gefühle sind am vierten bis fünften Tag am stärksten ausgeprägt und häufig mit Tränen, Schlaflosigkeit und Depression verbunden (Hamilton, 1962).

## **Schlafstörungen und Müdigkeit**

Riecher-Rössler (1997) weist daraufhin, dass Müdigkeit und Abgeschlagenheit nach der körperlichen und seelischen Anspannung nicht ungewöhnlich sind. Außerdem muss die Wöchnerin auch mehrmals in der Nacht den Schlaf unterbrechen, um zu stillen. Eine genaue Beobachtung dieses Symptoms ist also notwendig um abschätzen zu können, ob es sich um Erschöpfung im normalen Rahmen handelt und inwieweit der Zustand die Wöchnerin beeinträchtigt und sich auf die Mutter-Kind Bindung auswirkt.

## **Verwirrung und Vergesslichkeit**

Kennerley/Gath (1986) berichten, dass Wöchnerinnen häufig unter Konzentrationsschwierigkeiten und Vergesslichkeit leiden und sich als verwirrt und zerstreut betrachten. Andere Wissenschaftler schreiben diese Symptome der bereits erwähnten Müdigkeit und Abgeschlagenheit zu.

## **Freudige Erregtheit**

Frauen äußern häufig freudig-erregte Gefühle, die mit großer Begeisterung verbunden sind (Robin, 1962; Stein, 1980). Dieses Symptom tritt am häufigsten am ersten Tag nach der Geburt auf und wird als viel intensiver als gewöhnliches Glücklichein beschrieben.

## **Alpträume**

Stein (1981) zählt Alpträume zu den relevanten Faktoren, in anderen Studien wird dieses Symptom nicht als relevant erachtet. In der vorliegenden transkulturellen Untersuchung berichtet eine relativ große Zahl von Wöchnerinnen von Alpträumen im frühen Wochenbett.

## Kopfschmerzen

Hebammen beschreiben Kopfschmerzen als ein häufiges Symptom in der postpartalen Phase (Hamilton, 1962). Kennerley/Gath (1989) nehmen das Symptom nicht in ihr Erfassungsinstrument auf, da es sich bei den Vorstudien als nicht relevant herausgestellt hat. Je nach Studie spricht man von Häufigkeiten zwischen 30% und 35% (Hamilton, 1962; Pitt, 1968; Stein, 1981).

## Appetitverlust

Stein (1981) erfasst in seinem 13 teiligen Fragebogen Anorexie, was von Kennerley/Gath als nicht notwendig erachtet wird.

In der folgenden Tabelle wird die Erfassung der Symptome in den bislang wichtigsten Instrumenten dargestellt:

**Tabelle 1: Zusammenfassung der Symptome des PPB, (Delius, 2006, S.22)**

Hamilton 1962	Nach absteigender Häufigkeit wurden von den Hebammen folgende Symptome angegeben: <i>Müdigkeit, Weinen, Ängstlichkeit, Verwirrung, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Hypochondrie, Feindseligkeit gegenüber dem Ehemann</i>
Yalom 1968	Hauptsymptome: <i>Weinen, v.a. ohne Grund, Müdigkeit und Irritierbarkeit</i> Nebensymptome: <i>Schlaflosigkeit und Rastlosigkeit</i>
Pitt 1973	Frage die Symptome Hamiltons ab und fügte das Gefühl der Depression hinzu. Das gleichzeitige Auftreten von Weinen und Depressivität definierte das Vorhandensein des Blues. <i>Müdigkeit, Weinen, Ängstlichkeit, Verwirrung, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Feindseligkeit gegenüber dem Ehemann, Depression</i>
Stein 1981	Frage täglich in einem schriftlichen Instrument folgende Symptome ab: <i>Depression, Weinen, Ängstlichkeit, Erschöpfung, Verwirrung, Kopfschmerzen, Träume, Anspannung, Ruhelosigkeit, Vergesslichkeit, Anorexie, Irritierbarkeit, schlechte Konzentrationsfähigkeit</i> Ein Maximum am 4. bis 6. Tag zeigten die folgenden Symptome: <i>Depression, Weinen, Kopfschmerzen, Träume, Ruhelosigkeit und Irritierbarkeit</i>
Kendell und Mitarbeiter 1981	Auf einer visuellen Skala wurden folgende Symptome abgefragt: <i>Glück, Depression, Tränen, Ängstlichkeit, Irritierbarkeit, Labilität</i>

## 2.7 Präventive und therapeutische Ansätze für den Baby Blues

Vorschläge zur Prävention und Therapie des Baby Blues werden in der Literatur aufgrund des mangelnden Krankheitswerts selten gegeben. Strobl (2002) fasst in seiner Arbeit als allge-

meine ärztliche Einschätzung zusammen, dass der Blues keinen Krankheitswert besitze und deshalb keine therapeutische Intervention notwendig sei.

Riecher-Rössler (1997) hält eine therapeutische Intervention für wünschenswert. Schwerpunktmäßig postpartal empfiehlt sie aufklärende und supportive Gespräche. Prophylaktisch empfiehlt sie, in Anbetracht der Häufigkeit der Störung, bereits eine Aufklärung aller Schwangeren durch den Gynäkologen präpartal oder in den Geburtsvorbereitungskursen. Chabrol (2007)<sup>14</sup> schlägt eine ähnliche prophylaktische Strategie zur Reduzierung der Blues Inzidenz vor.

Therapeutisch werden eine Aufklärung über die Erkrankung, eine Entlastung der Mutter, sowie supportive Gespräche vorgeschlagen. Zusätzlich wird ein enger Kontakt zum Psychiater oder Psychotherapeuten, zum betreuenden Gynäkologen oder zu den betreuenden Hebammen empfohlen. Lusskin/Missri (2009)<sup>15</sup> raten zusätzlich zu einer Therapie mit Anxiolytika in niedriger Dosierung, um eine eventuelle Schlaflosigkeit besser kontrollieren zu können.

---

<sup>14</sup> Chabrol (2007) führte an 37 Schwangeren im letzten Trimester der Schwangerschaft sowie vom dritten bis fünften Tag postpartal eine Studie durch. Alle Teilnehmerinnen füllten jeweils den EPDS Fragebogen aus und wurden in drei Gruppen unterteilt. Eine Gruppe wurde bezüglich des Blues mündlich und schriftlich aufgeklärt, eine zweite Gruppe wurde lediglich schriftlich informiert. Die dritte Gruppe diente als Kontrollgruppe. Aufgrund der mangelnden Teilnehmerzahl ist die Studie nur bedingt aussagekräftig.

<sup>15</sup>Lusskin/Misri (2009) schlagen Clonazepam (0,5-1 mg) oder Lorazepam (0,5-1mg) oral vor dem zu Bett gehen vor, weisen aber ausdrücklich auf das Suchtpotential hin. Zusätzlich weisen sie daraufhin, dass auf Alkohol strikt verzichtet werden sollte.

### **3 Erklärungsmodelle für den Baby Blues**

#### **3.1 Endokrinologisch – biologisches Erklärungsmodell**

Verschiedene biologische und physiologische Veränderungen im Körper der Frau während der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett werden für die postpartale Dysphorie verantwortlich gemacht. In der wissenschaftlichen Diskussion sind zahlreiche Theorien über einen möglichen Zusammenhang des sich postpartal tiefgreifend verändernden Hormonhaushalts der Wöchnerin sowie der Entstehung des Blues.

Die ständig verbesserten labortechnischen Methoden sowie ein erweitertes Verständnis hormoneller Regelkreise des menschlichen Körpers haben die Forschung im Bereich der endokrinologischen Ursachen des Blues in den letzten 50 Jahren vorangetrieben. Eine große Zahl zum großen Teil kontroverser Studien und Publikationen stehen mittlerweile zur Verfügung. Nach Betrachtung der aktuellen Forschungsstände zeigt sich das Resümee von O'Hara (1987) „*There has been little consistent support for any of the hormonal hypotheses regarding the blues*“ als nach wie vor gültig.

##### **3.1.1 Stand der Forschung**

###### ***Glukokortikoide***

Handley (1977) glaubte einen Zusammenhang zwischen Kortisolspiegeln und positiver Stimmung gefunden zu haben, ehe er diesen Befund revidierte (Handley, 1980). Ballinger (1982) ermittelte einen Zusammenhang zwischen morgendlichen 11-Hydroxy-Cortisol Spiegeln im 24-Stunden-Urin. Untersuchungen der Kortisolspiegel am Mittag und Abend ergaben keine signifikanten Unterschiede bei Frauen mit und ohne Blues (Ehlert, 1990). Andere Studien zeigten signifikante Unterschiede bei gebundenem Kortisol in Vergleichsgruppen (Okano und Normura, 1992). O'Hara (1991) fand keine signifikanten Ergebnisse bezüglich Serumkortisolspiegeln und Kortisolspiegeln im Urin. Taylor (1994) konnte keinen Zusammenhang zwischen Kortisolspiegeln und EDPS Scores erkennen. Andere Forscher konnten keinen Zusammenhang zwischen Kortisol und den Stimmungsschwankungen im frühen Wochenbett entdecken (Kuevi, 1983; Brinsmead, 1985; Bonnin, 1992; Harris, 1994; Nappi, 2001). Magiakou (1996) untersuchte Corticotropin-Releasing-Hormon Mechanismen (CRH), stellte aber, den Blues betreffend, keine relevanten Resultate fest. Yim (2009) analysierte zu verschiedenen Zeitpunkten in der Schwangerschaft CRH- und ACTH(Adrenocorticotropes Hormon)-Spiegel sowie postpartum die Stimmungsschwankungen mittels EPDS. Die Studie zeigt einen Zusammenhang zwischen CRH Spiegeln präpartum und der Stimmung im Wochenbett.

## **Sexualhormone**

Bislang ist kein Zusammenhang zwischen Prolaktinspiegeln und dem Blues festgestellt worden (Kuevi, 1983; O'Hara, 1991; Nappi, 2001). Hohlagschwandtner (2001) zeigte einen Zusammenhang zwischen Testosteronspiegeln und depressiven Symptomen an den ersten zwei Tagen postpartum sowie Verärgerung an Tag drei postpartum.

Ballinger (1979) stellte einen erhöhten Urinspiegel von zyklischen Adenosinmonophosphat bei Wöchnerinnen mit ausgeprägter Bluessymptomatik fest. Außerdem konnten Ballingers Studien eine positive Korrelation zwischen den Veränderungen der cAMP Spiegel im Verlauf der Schwangerschaft und der unmittelbaren postpartalen Phase ermitteln. Feksi (1984) wies erhöhte Progesteronkonzentrationen und Estradiolkonzentrationen im Speichel der Wöchnerinnen mit schwerer Bluessymptomatik nach. O'Hara (1991) fand einen Zusammenhang zwischen der Bluessymptomatik und freiem Estriol. Harris (1994) zeigte erniedrigte Progesteronkonzentrationen im Speichel am Tag der höchsten Blues Rate wohingegen Heidrich (1994) und ebenso Nappi (2001) keinen Zusammenhang zwischen der Blues Inzidenz und Serum Estradiol und Progesteron finden konnte.

## **Endorphine**

$\beta$ -Endorphine sind bereits mehrfach Gegenstand von Studien gewesen. Newnham (1984) beschrieb eine negative Korrelation zwischen  $\beta$ -Endorphinspiegeln in der 36. Schwangerschaftswoche (SSW) und dem Blues, jedoch keinen Zusammenhang zwischen den Spiegeln während der Geburt oder postpartum. Im Rahmen einer Studie zeigte Kimball (1984) ebenfalls eine negative Korrelation zwischen postpartum gewonnenen uterinen Blutproben, Bluessymptomen und psychiatrischen Konsultationen. Brinsmead (1985) fand eine signifikante Korrelation der kognitiven Leistungen am Tag zwei bis vier postpartum mit dem Abfall der  $\beta$ -Endorphinspiegel von der Geburt bis zum vierten Tag postpartum. Eine andere Studie stellte einen Zusammenhang zwischen der Serum Prolyl-Endopeptidase Aktivität und Angstsymptomatik am ersten sowie am dritten Tag postpartum dar (Maes, 2000).

## **Tryptophan**

Tryptophan ist als essentielle Aminosäure ein wichtiger Bestandteil der Serotoninsynthese im menschlichen Körper. Schon früh wurde vermutet, dass Tryptophan eine Rolle bei den Störungen im frühen Wochenbett spiele. Studien zeigten erniedrigte Spiegel bei Frauen mit positiver Stimmung (Stein, 1976; Handley 1977), andere Studien fanden erniedrigte Spiegel bei Frauen mit PPB (Gard, 1986). Maes (1992)<sup>16</sup> zeigte, dass L-Tryptophan eine negative Korrelation mit der jeweiligen Stimmung der Wöchnerin aufweist. Später revidierte er diese Ergebnisse<sup>17</sup>:

*„...and that the lowered availability of plasma tryptophan is not related either to depressive or anxiety symptoms in the early puerperium or to post-partum depression ensuing some months later“.* Wilson (1981) vermutete einen Zusammenhang zwischen der Aktivität der Monoaminoxidase, dem Tryptophan-Plasmaspiegel sowie dem Serotoninspiegel und dem Auftreten von PPB, konnte aber ebenfalls keine konsistenten Ergebnisse gewinnen. Rouillon (1992) untersuchte den möglichen Zusammenhang eines Folsäuremangels am dritten postpartalen Tag mit dem PPB. Jedoch ergab sich keine signifikante Korrelation.

## **Immunologische Faktoren**

Maes untersuchte seit Mitte der 90er Jahre einen möglichen Zusammenhang zwischen immunologischen Faktoren und den dysphorischen Zuständen im frühen Wochenbett. Gegenstand der Studien waren vor allem Interleukin 1, 6, Clara Cell Protein 16 und leukaemia inhibitory factor receptor (LIF-R) (Maes, 2001; Maes, 2000; Maes, 1999; Maes 1998). Die Ergebnisse<sup>18</sup> der Vergleichsgruppen der Wöchnerinnen mit und ohne depressiver Symptomatik bezüglich Clara Cell Protein 16 wiesen keine Unterschiede auf. IL-1 und IL-6 zeigten erhöhte Spiegel bei Frauen, die einen erhöhten STAI besaßen sowie einen erniedrigten Spiegel an LIF-R. Boufidou (2008) stellte in seiner Studie eine positive Korrelation mit signifikanten Ergebnissen bezüglich IL-1, TNF- $\alpha$  und dem PPB in den ersten vier Tagen postpartum dar.

---

<sup>16</sup> Maes (1992) verwendet folgende Self-Rating-Scales zur Ermittlung der Stimmung: Zung Depression Scale, Zung Anxiety Scale, Beck Depression Inventory und State Anxiety Inventory.

<sup>17</sup> Maes (2001) verwendet zur Erfassung depressiver Symptome die Zung Depression Scale und das State Anxiety Inventory (STAI).

<sup>18</sup> Maes (1999) verwendet ZDS und STAI zur Evaluierung der Stimmung an Tag eins und drei.

## **Andere Hormone**

Ijuin (1998) zeigte, dass Wöchnerinnen mit Blues höhere Spiegel an freiem Trijodthyronin (FT3) im Serum aufwiesen. Kuevi (1983)<sup>19</sup> beschrieb eine negative Korrelation zwischen Stimmungslage, Adrenalin- sowie Noradrenalinspiegeln.

## **Andere biologische Ursachen**

Veränderungen im Schlafrhythmus, in der Schlafintensität und in der Schlafdauer wurden immer wieder aufgegriffen und diskutiert, lieferten aber bislang keine konstanten Ergebnisse (Wilkie, 1992; Swain, 1997). Stein (1980) vermutete eine mögliche Ursache des Blues im schnellen Gewichtsverlust und der damit verbundenen erhöhten Ausscheidung von Natrium.

## **3.2 Umweltbedingt - psychologisches Erklärungsmodell**

Die Schwangerschaft sowie das Wochenbett stellen hohe Anforderungen an die Frauen, an deren soziales Umfeld sowie an die institutionellen und gesellschaftlichen Voraussetzungen. Dieses Erklärungsmodell schreibt die Ursache des PPB externen umweltbedingten, psychischen, psychosozialen sowie interpersonellen Variablen zu. Diese Faktoren belasten die Wöchnerin und führen zu einer Reaktion in Form des Baby Blues. Der Blues ist demnach zum einen eine Reaktion auf externe Variablen, zum anderen eine Reaktion auf psychische Vorbelastungen und hohe psychische Belastungen vor, während oder nach der Geburt.

### **3.2.1 Stand der Forschung**

#### **Soziodemographische Variablen**

Verschiedene Versuche einen Zusammenhang zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit und dem Auftreten des Blues herzustellen scheiterten (Ballinger, 1979; Stein, 1980). Ebenso konnte kein Zusammenhang zwischen Alter, Bildungsstand und Qualität der Krankenversorgung festgestellt werden (O'Hara, 1980). Davidson (1972) sowie Ballinger (1979) fanden keinen Zusammenhang zwischen dem Familienstand und der Blues-Wahrscheinlichkeit. Ehler (1990) zeigte einen Zusammenhang zwischen Unzufriedenheit im Eheleben und dem Auftreten des Blues.

#### **Obstetrische Variablen**

Keinen Zusammenhang obstetrischer Variablen mit der Blueshäufigkeit oder Intensität ergaben Studien von Kennerley/Gath (1989), Hapgood (1988) und Stein (1980).

---

<sup>19</sup> Kuevi untersuchte hierzu 44 Wöchnerinnen zwischen dem zweiten und dem fünften Tag postpartum.



Einen Risikofaktor sehen einige Forscher in der Parität. Yalom (1968) und Nott (1976) bei erstgebärenden Frauen und in der Multiparität (Jarrahi-Zadeh, 1969). Andere Forscher konnten keinen Zusammenhang zwischen Parität und Stimmungsschwankungen feststellen (Handley, 1980; Stein, 1980; Kendell, 1981; Condon/Watson, 1987, Kennerley/Gath, 1989; Ehlert, 1990). Condon/Watson (1987) stellte einen Zusammenhang mit einer ungeplanten Schwangerschaft sowie einer theoretisch in Betracht gezogenen vorzeitigen Beendigung der Schwangerschaft fest. Hannah (1992) zeigte eine Korrelation zwischen einer Geburt per Sectio, einer schwierigeren Geburt als erwartet, niedrigem Geburtsgewicht (< 2kg) sowie Flaschenfütterung<sup>20</sup> auf. Andere Studien fanden keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Sectio per Kaiserschnitt oder einem verlängerten Geburtsverlauf und dem Blues (Kendell, 1984). McIntosh (1986) untersuchte eine Abhängigkeit zwischen medizinischen Interventionen<sup>21</sup> im Geburtsverlauf und dem Blues, konnte aber keine signifikanten Unterschiede in den Vergleichsgruppen feststellen. Ebenso sprechen andere Studien gegen eine erhöhte Blues Häufigkeit bei Flaschenfütterung (Kendell, 1981; Ballinger, 1979; Cox, 1982). Probleme beim Stillen sind laut Studien von Pitt (1973) und Lane (1997) Risikofaktoren, Hapgood (1988), Kendell (1981) sowie Kennerley/Gath (1989) stellen keinen Zusammenhang fest. Kein Unterschied konnte zwischen Vergleichsgruppen bei Hausgeburten und Krankenhausgeburten festgestellt werden (Pop, 1995). Kendell (1981) zeigte, dass die Aufenthaltsdauer postpartum im Krankenhaus keine signifikante Variable darstellt. Allerdings wies Kendell (1984) ebenfalls nach, dass Wöchnerinnen, die das Krankenhaus 48 Stunden nach der Geburt verlassen, weniger Blues Symptome aufweisen. Frauen mit vorausgegangener Erfahrung im Umgang mit Neugeborenen zeigten signifikante niedrigere PPB Raten (McIntosh, 1987).

---

<sup>20</sup> Hannah (1992) zeigte ebenfalls als konsistente prädiktive Faktoren für eine PPD die Flaschenfütterung sowie eine Geburt per Kaiserschnitt.

<sup>21</sup> Hierzu zählt McIntosh eine Einleitung der Geburt, eine Beschleunigung der Wehentätigkeit, Episiotomie, Zangengeburt, epidurale Anästhesie sowie eine weitere Schmerztherapie. McIntosh entwickelte eine Skala und korreliert die Anzahl der Eingriffe mit der Blueshäufigkeit.

### **Persönlichkeitsmerkmale, Ängste, Erwartungen, Stimmung in der Schwangerschaft sowie vorangegangene psychische Erkrankungen**

Psychiatrische Symptome wie Angst, Depression und Weinen in der Schwangerschaft werden in zahlreichen Studien als Risikofaktoren mit dem Blues assoziiert (Handley, 1980; Harris, 1980; Stein, 1980; O'Hara, 1991). Condon/Watson (1987) fanden eine Korrelation zwischen einer subjektiv als anstrengend empfundenen Schwangerschaft und pessimistischen, negativ belegten Erwartungen bezüglich der Geburt. Harris (1980) zeigte eine Verbindung zwischen Hysterie im achten Monat der Schwangerschaft und dem Blues auf. Yalom (1968) und Kennerley/Gath (1987) beschrieben Angst als assoziierte Variable. Neurotizismus (Kennerley/Gath, 1987; Kendell, 1984) spielte laut einigen Forschern eine wichtige Rolle, andere Forschungsgruppen negieren dies (Pitt, 1973). Eine positive psychiatrische Anamnese wirkte laut Stein (1980)<sup>22</sup> und Hapgood (1988) prädiktiv. Kennerley/Gath (1987) lehnten einen Zusammenhang zwischen Blues und einer positiven Anamnese bezüglich psychiatrischer Erkrankungen ab. Ein vieldiskutierter Faktor für die Entstehung des Blues stellt das PMS dar. Ballinger (1979), Hapgood (1988), Condon/Watson (1987) berichteten von einer Assoziation des PMS mit dem Blues.

### **Lebenserfahrungen und soziale Unterstützung**

Wöchnerinnen mit negativen Erlebnissen in der Anamnese zeigten auf einer visuellen Analogskala signifikant höhere Blueswerte als Frauen, die keine negativen Erlebnisse hatten (O'Hara, 1991). Pitt (1973) fand keinen Unterschied in der Blueshäufigkeit bei Wöchnerinnen mit oder ohne Geld- bzw. Wohnungssorgen. Murata (1998) führte den Blues auf mangelnde familiäre Unterstützung in der Schwangerschaft zurück.

### **3.3 Anthropologisch-evolutionsbiologisches Erklärungsmodell; der Blues als „culture bound syndrome“**

Das anthropologische Erklärungsmodell des Blues geht davon aus, dass die Geburt eines Kindes einen wichtigen Übergang im Leben der Mutter, vor allem der Erstgebärenden, darstellt. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett stellen eine natürliche Abfolge dar, die ständig mit dazugehörigen Verhaltensweisen und Rollenzuweisungen einhergehen. In dieser Zeit besteht eine Mutter Kind Dyade<sup>23</sup>, die durch das so genannte „Bonding“<sup>24</sup> geprägt wird, der Kontakt-

---

<sup>22</sup> Stein bezieht sich hier auf vorangegangene postpartale Depressionen oder neurotische Depressionen.

<sup>23</sup> Schiefenhövel (2007), Geburt und Tod - Religiöse Sinnstrukturen und Übergangsriten in melanesischen Kulturen. Humanethologische Perspektiven.

<sup>24</sup> Schiefenhövel (2007) schreibt, dass ein wichtiger Faktor für das Bonding unmittelbar nach der Geburt körpereigene Endorphine und Oxytocin sind.

aufnahme der Mutter mit dem Kind. Mutter und Kind sind einander zunächst fremd, sie müssen sich kennen und verstehen lernen. Das Bonding ist ein wichtiger Bestandteil des mütterlichen Verhaltens. Verläuft das Bonding nicht optimal, gibt es Probleme oder stimmen äußere Voraussetzungen nicht, so gibt es emotionale Störungen. Schiefenhövel (2007) beschreibt, dass diese Verhaltensweisen in traditionellen Kulturen wesentlich besser funktionieren. Den Übergang erleichtern dort Traditionen und Riten<sup>25</sup> und leiten die Frauen so in das Wochenbett über. Stern/Kruckman (1983) bezeichnen dies auch als „traditionelle Zwänge“. Sechs grundlegende Elemente für die soziale Strukturierung des Wochenbetts werden benannt: 1. ein kulturell geprägtes Bild des Wochenbetts, 2. Schutzmaßnahmen, die die besondere Vulnerabilität der Wöchnerin berücksichtigen, 3. Seklusion, 4. verpflichtende Ruhe, 5. Hilfe bei der Aufgabenbewältigung durch Verwandte oder die Hebamme, 6. soziale Anerkennung des neuen Status durch Geschenke, Rituale oder andere Mittel.

Ein Fehlen der Routine kann demnach das Auftreten psychischer Störungen in vielfältiger Weise beeinflussen und hervorrufen<sup>26</sup>. In traditionellen Gesellschaften in Melanesien gibt es keine oder nur eine sehr milde und selten auftretende postpartale Dysphorie (Damann/Schiefenhövel, 1998). Als Beispiel für eine gelungene Integration der Mutter und Wöchnerin beschreibt Schiefenhövel verschiedene Stadien und Örtlichkeiten sowie Rollen, die eine Wöchnerin in der traditionellen Gesellschaft Melanesiens durchläuft. Beispielsweise dient nach der Geburt das Frauenhaus zur Seklusion. Die Frauen werden dort mit Essen versorgt und erfahren Unterstützung durch die anderen Frauen. Der Verzicht auf Geschlechtsverkehr stellt ebenso einen wichtigen Punkt dar. Zum einen soll das Sperma die Brustmilch verderben lassen, zum anderen wird so ein Geburtsintervall erzeugt, was evolutionsbiologisch sinnvoll ist. Hieraus resultiert die Hypothese, dass eine ausschließlich hormonelle Genese nicht möglich ist, denn hierzu müsste sich die Auftretenswahrscheinlichkeit in den verschiedenen Kulturen gleichen. Da dies jedoch nicht zutrifft, müssen andere zusätzliche Faktoren eine Rolle spielen.

Aufgrund der Veränderungen in den modernen, industrialisierten Gesellschaften funktionieren diese Riten nur unzureichend oder gar nicht mehr, und es kommt zu den Symptomen des Baby Blues. In dieser Sicht spielen auch Störungen wie die Krankenhausroutine eine Rolle. In traditionellen Kulturen wurde beschrieben, dass die Wöchnerinnen während ihrer Zeit der Seklusion und auch bei der Wiedereingliederung in die Gesellschaft eine herausgehobene

---

<sup>25</sup> Hier sind im Wesentlichen die soziale Unterstützung, Seklusion sowie das Sexualtabu gemeint.

<sup>26</sup> Laut Stern/Kruckmann (1983) kann das Fehlen von Riten das Selbstvertrauen der Frau mindern, die Unsicherheit über den sozialen Rückhalt schaffen, physische Ermüdung hervorrufen und zusätzlich die persönliche Beziehung zum Partner belasten.

soziale Stellung einnehmen. Diese Stellung wird durch die Unterstützung älterer Frauen, Geschenke sowie Anerkennung nochmals unterstrichen. Im Vergleich zu den Einheimischen Melanesiens, wo die Mutter fast ständig Körperkontakt zu dem Neugeborenen hält, hat sich das Verhalten der Frauen in den modernen Gesellschaften stark verändert. In westlichen Gesellschaften ist diese Sonderbehandlung häufig nicht gegeben. Frauen tragen die Belastung der Geburt, erfahren aber dabei keine ausreichende Unterstützung. Danach sind sie mehrfach belastet, weil sie zum einen den Bedürfnissen des Neugeborenen gerecht werden, zum anderen sich um Haushalt, den Ehemann/Partner, Karriereplanung oder finanzielle Angelegenheiten kümmern müssen.

Die postpartale Dysphorie lässt sich als evolutionäre Anpassung an die besonderen Anforderungen an die Mutter-Kind Dyade verstehen. Die Mutter reagiert mit Dysphorie auf eine von ihr subjektiv als suboptimal empfundene Situation und sendet die entsprechenden Signale aus, was als Appell für zusätzliche Fürsorge und Aufmerksamkeit an die soziale Umgebung gewertet werden kann. Die betroffenen Kulturen haben sich von evolutionär bewährten Geburtsformen beziehungsweise Formen des Bonding entfernt. Der Blues kann in westlichen Gesellschaften auch als Trauerreaktion auf die Trennung zwischen Mutter und Kind nach der Geburt gewertet werden. Früher übliche klinische Routinemaßnahmen führen demnach zu einer dysphorischen Störung, da den angeborenen Erwartungen der Mutter nicht in vollem Umfang entsprochen wird<sup>27</sup>. Aufgrund der unterschiedlichen Inzidenz in verschiedenen Kulturen könnte man den Blues auch als „*culture bound syndrome*“ (Dammann/Schiefenhövel, 2000) bezeichnen. Dieses Erklärungsmodell wird von Stern/Kruckman (1983) sowie Ugarizza (1992)<sup>28</sup> unterstützt.

### **3.4 Der PPB - ein schwangerschaftsspezifisches Syndrom?**

Die Frage, ob die Stimmungsschwankungen nach der Geburt spezifisch für das Wochenbett sind oder ob sie eine generalisierte Antwort auf kritische Lebensereignisse sind, ist berechtigt und in verschiedenen Studien untersucht worden. Yalom (1968) schrieb, dass der Blues eine generalisierte Reaktion auf physische Belastungen darstellt. Kendell (1984) verglich Frauen nach einer Hysterektomie mit Frauen nach einem Kaiserschnitt sowie nach einer vaginalen

---

<sup>27</sup> Hierzu zählt der ständige Körperkontakt zum Kind im Sinne des Bonding, das frühe Stillen sowie die Versorgung des Kindes.

<sup>28</sup> Ugarizza (1992) bezieht sich auf die PPD als „*Culture bound syndrome*“.

Entbindung<sup>29</sup>. Die Frauen nach einer Hysterektomie zeigten ähnliche Stimmungsschwankungen, an den ersten beiden postoperativen Tagen jedoch stärkerer Ausprägung. Vom dritten bis zum fünften postoperativen Tag besserten sich die Symptome stetig. Es trat kein Gipfel der Symptome am fünften postpartalen Tag auf. Iles (1989)<sup>30</sup> kam bei seinem Vergleich zwischen Wöchnerinnen und Frauen nach einer elektiven gynäkologischen Operation zu folgenden Aussagen: Frauen nach einer Operation haben signifikant höhere Blues Werte mit den Gipfeln an den ersten postoperativen Tagen. Wöchnerinnen zeigten an den ersten postpartalen Tagen niedrigere Werte, jedoch zum fünften postoperativen Tag gipfelnde Werte. Das spezifische Auftreten der Symptome mit dem Gipfel am fünften postpartalen Tag führten Iles (1989) und Kendell (1984) zu der Aussage, dass es sich beim Baby Blues um eine geburtsspezifische Störung handelt. Levy (1986)<sup>31</sup> untersuchte getrennt die Symptome von Wöchnerinnen, von Frauen nach kleinen und großen chirurgischen Eingriffen. Verschiedene Symptome zeigten einen Gipfel, ähnlich den Symptomen der Wöchnerinnen, die den Blues aufwiesen. In zusätzlichen Interviews gaben Frauen in den postoperativen Vergleichsgruppen an, eine Stimmungsschwankung am vierten postoperativen Tag erlebt zu haben. Die Ergebnisse zusammenfassend betrachtet, zeigt die Intensität der Symptome sowie deren zeitlicher Verlauf eine identische Entwicklung zu den Ergebnissen der Studie von Iles (1989). Aufgrund des Verlaufs der einzelnen Symptome in den Vergleichsgruppen kommt Levy (1986) zu dem Schluss, dass es sich beim Baby Blues nicht um eine Wochenbett spezifische Symptomatik handelt, sondern in nahezu identischer Form auch bei Frauen im postoperativen Verlauf zu erkennen ist.

---

<sup>29</sup> Hierzu entwickelt Kendell (1984) sechs visuelle Analogskalen (VAS) zur täglichen Überprüfung der Symptome. Er interviewte 81 Wöchnerinnen nach vaginaler Entbindung, 30 Wöchnerinnen nach einem Kaiserschnitt und 30 Frauen nach einer Hysterektomie.

<sup>30</sup> Iles (1989) vergleicht 56 Frauen nach einer elektiven-gynäkologischen Operation mit 87 Wöchnerinnen über einen Zeitraum von zehn Tagen mithilfe des Kennerley & Gath Blues Questionnaire (1989).

<sup>31</sup> Levy (1986) verglich 37 Wöchnerinnen, 22 Frauen nach einem kleinen chirurgischen Eingriff und 28 Frauen nach einem großen chirurgischen Eingriff mithilfe des Stein Blues-Rating Score (1980) über einen Zeitraum von sechs Tagen.

## 4 Das Studienggebiet – Honduras

### 4.1 Das Land

Die mittelamerikanische Republik Honduras liegt zwischen dem 13. und dem 16. nördlichen Breitengrad und umfasst ein Territorium von 112.492 km<sup>2</sup>. Die Hauptstadt Tegucigalpa ist mit ca. einer Million Einwohner die bevölkerungsreichste Stadt des Landes, gefolgt vom wirtschaftlichen Zentrum San Pedro Sula (ca. 500.000 Einwohner)

Das Land besitzt Zugang zum Atlantik im Norden und zum Pazifik im Süden. Ein Grossteil des Landes ist geographisch vom mittelamerikanischen Festlanddrücken geprägt. 82% der Landesfläche sind gebirgig und relativ ungeeignet für die Landwirtschaft.

Das Studienggebiet liegt im zentralen Hochland, ca. 60 Kilometer nordwestlich der Hauptstadt im Tal der Kleinstadt Talanga. Das Einzugsgebiet von Talanga umfasst ca. 30.000 Menschen.

Abbildung 1: Topographische Karte Honduras



\*Studienggebiet

## **4.2 Die Bevölkerung<sup>32</sup>**

Honduras hat derzeit ca 7,2 Mio Einwohner. Die Bevölkerung setzt sich aus ca. 90% Mestizen<sup>33</sup>, 7% Ureinwohnern (Chorti, Lenca, Pesch, Miskitos) und 2% Afrikanern (Garifuna) zusammen. Im Nordosten des Landes lebt vorwiegend die indigene Bevölkerung des Landes, an der Küste die Bevölkerung mit afrikanischem Ursprung.

Das Bevölkerungswachstum ist mit 2,36% pro Jahr im lateinamerikanischen Durchschnitt hoch. 41% der Bevölkerung sind unter 15 Jahre alt. Durchschnittlich bekommt jede Frau in Honduras 4,4 Kinder. Diese Zahl variiert stark zwischen der ländlichen und der städtischen Bevölkerung. In ländlichen Gebieten bringt eine Frau im Durchschnitt 5,6 Kinder zur Welt, im städtischen Tegucigalpa hingegen ca. 3,3 Kinder. Die gewünschte Kinderzahl liegt deutlich unter der realen Kinderzahl bei 3,8 in ländlichen Gebieten und 2,5 in urbanen Regionen. Dieser Unterschied ist auf mangelnde Aufklärung sowie fehlendes Wissen und fehlende Akzeptanz einer Familienplanung zurückzuführen. Ein deutlicher Unterschied der Fruchtbarkeitsrate ist zwischen Frauen mit unterschiedlichen Bildungsniveaus zu erkennen. Die durchschnittliche Kinderzahl nimmt mit steigender Dauer der Schulbildung kontinuierlich ab. Frauen ohne Schulbildung haben im Durchschnitt 6,5 Kinder, wohingegen Frauen mit sieben oder mehr Jahren Schulbildung lediglich 2,7 Kinder haben. Dies hängt vermutlich mit zunehmendem Wissen über Familienplanung zusammen, aber auch mit der Zeit, die für die Bildung aufgewendet wird. Frauen, die nicht die Schule besuchen, haben in der Regel ihr erstes Kind wesentlich früher als Frauen, die an den Bildungsmöglichkeiten teilhaben.

20,7% der Bevölkerung hat weniger als einen US-Dollar pro Tag zur Verfügung. Auf dem Land leiden fast 60% der Bevölkerung unter extremer Armut. 54% der Bevölkerung leben auf dem Land, wobei sich ein ständiger Trend zur Urbanisierung abzeichnet. Die ländliche Bevölkerung ist wesentlich stärker von Armut betroffen als die städtische. 27% haben kein Trinkwasser, 30% leben unter schlechten hygienischen Bedingungen und 64% ohne Strom.

## **4.3 Bildung der Frau und berufliche Möglichkeiten**

Das honduranische Bildungssystem gliedert sich im Wesentlichen in vier wichtige Teilbereiche. Die Primaria (Grundschule) umfasst die ersten sechs Jahre der schulischen Ausbildung. Darauf folgt die Secundaria und schließlich Bachillerato, jeweils drei Jahre dauernd. Nach zwölf Jahren kann die Universität besucht werden.

---

<sup>32</sup> Die Angaben sind den folgenden Quellen entnommen: Secretaria de Salud-Honduras: Indicadores Basicas 2005, Mujeres en Cifras 2004, Indicadores de salud, enfermedad de hombres y mujeres: un analisis de genero, 2006, Encuesta Nacional de Epidemiologia y salud familiar (ENESF-2001), Encuesta nacional de epidemiologia y salud familiar. Es wurden jeweils die aktuellsten Daten verwendet.

<sup>33</sup> Es handelt sich hierbei um Mischlinge aus weißen Einwanderern und indigener Bevölkerung.

Bildung muss in Honduras gebietsspezifisch und klassenspezifisch betrachtet werden. Die Bildungsstandards in ländlichen Gebieten unterscheiden sich stark im Vergleich zu den urbanen Gebieten. In ländlichen Gebieten sind Schulen qualitativ wesentlich schlechter und werden seltener bzw. weniger lange besucht. Je nach sozialem Status versuchen die Eltern, Kindern den Besuch einer privaten Schule zu ermöglichen. Im Regelfall sind hier die Lehrer besser ausgebildet, Materialien vorhanden und die Organisation funktioniert reibungsloser. Im Schnitt sind in ländlichen Gebieten ca. 30% der Bevölkerung Analphabeten<sup>34</sup>, wobei hier kein Unterschied zwischen der männlichen und der weiblichen Bevölkerung festgestellt werden kann. Im Durchschnitt besuchten im Jahr 2003 junge Frauen in ländlichen Gebieten 4,1 Jahre die Schule, das heißt viele beenden die sechsjährige Grundschule nicht. 19,7% der Frauen besuchten niemals die Schule, 57,1% die Grundschule. 19,3% der Frauen nahmen am Unterricht der Klassen sechs bis neun teil. Speziell in ruralen Regionen wird in der Regel wenig Wert auf schulische Ausbildung gelegt. Mädchen und junge Frauen werden sehr früh zur Erledigung der häuslichen Pflichten herangezogen oder arbeiten im informellen Sektor<sup>35</sup>.

#### **4.4 Die medizinische Versorgung im Land**

Zur Skizzierung der medizinischen Versorgung werden hier Eckdaten vorgestellt. Die Geburtenrate beträgt derzeit 30,8 Geburten/1.000 Einwohner (2005), die Kindersterblichkeit 34/1.000 Geburten in urbanen Gegenden und 38/1.000 Geburten in ruralen Gebieten. Die neonatale Sterblichkeit liegt bei 19/1.000 Geburten. Gegenwärtig beträgt die Müttersterblichkeit 108/100.000 Geburten, bei jungen Müttern im Alter von 12 bis 19 Jahren allerdings 391/100.000 Geburten. 15% aller Geburten finden bei Frauen zwischen 12 und 19 Jahren statt. Die häufigste Todesursache bei Frauen im reproduktiven Alter ist AIDS. Die durchschnittliche Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung beträgt 72,1 Jahre.

Staatlich registriert sind 1658 Ärzte, im Durchschnitt 0,24 Ärzte pro 1000 Einwohner. Für 1000 Menschen steht ein Krankenhausbett zur Verfügung.

Die medizinische Versorgung umfasst im wesentlichen drei große Bereiche:

1. die staatlich organisierte, kostenfreie oder kostengünstige Versorgung, 2. die staatlich organisierte, beitragspflichtige Versorgung - IHSS, Instituto Hondureno de Seguridad Social und 3. private Kliniken, Arztpraxen, Traditionelle Heiler (Curanderos), Hexer (Brujos) und Parteras (Hebammen).

---

<sup>34</sup> In urbanen Gebieten beträgt die Analphabetenrate ca.10%, im Gesamtdurchschnitt der Bevölkerung ca. 20%.

<sup>35</sup> Beispiele für informelle Tätigkeiten in ländlichen Gebieten: Tortillas (Maisfladen) backen und verkaufen, am Marktstand aushelfen oder hauswirtschafterische Tätigkeiten in anderen Haushalten.



Die Bevölkerung kann die staatlich organisierte Versorgung nutzen. Diese Versorgung umfasst Krankenhäuser, Gesundheitsstationen, Impfprogramme und Präventionsprogramme. Oftmals finden die Behandlungen kostenlos statt, es müssen jedoch in vielen Fällen Medikamente oder Materialien für die Behandlungen hinzugekauft werden.

Die staatlich organisierte beitragspflichtige Versorgung (IHSS) können nur Berufstätige mit einer festen Anstellung und deren Ehefrauen in Anspruch nehmen. Zumeist ist die Qualität dieser Versorgung wesentlich hochwertiger als die staatliche Grundversorgung.

Private Kliniken und Praxen gibt es vor allem in urbanen Gegenden. Service und Preis variieren stark. Traditionelle Heiler, Hexer und Parteras (Hebammen) sind im ganzen Land verfügbar. Zumeist genießen sie ein hohes Ansehen und werden häufig in Anspruch genommen. In der Regel wird das Honorar für eine Behandlung individuell festgelegt.

#### **4.5 Staatlich organisierte Gesundheitsversorgung im Studiengebiet**

Die staatlich organisierte Versorgung der Bevölkerung findet in ländlichen Gebieten vor Ort in sogenannten CESAR - Centro de Salud Rural (ländliches Gesundheitszentrum) ohne Arzt statt. In regional bedeutenderen Städten gibt es das CESAMO - Centro de salud con médico y odontólogo (Gesundheitszentrum mit Arzt und Zahnarzt). In diesen lokalen Einrichtungen findet die Grundversorgung statt. Betreuung finden auch Schwangere im Verlauf der Schwangerschaft und im Wochenbett. Sprechstunden und Medikamente werden gegen ein geringes Entgelt, in der Regel ca. 0,05 – 0,10 US\$ pro Patienten gewährt.

Überregionale Kliniken versorgen komplexe Fälle. Das einzige Universitätsklinikum des Landes in Tegucigalpa betreut medizinische Notfälle sowie medizinisch anspruchsvollere Bereiche, wie zum Beispiel die Neonatologie. Ultraschall- oder Röntgenuntersuchungen müssen in der Universitätsklinik der Hauptstadt oder in privaten Kliniken durchgeführt werden.

Das CESAMO in Talanga deckt die Versorgung der ca. 30.000 Einwohner zählenden Bevölkerung im Tal von Talanga ab. Im CESAMO arbeiten neben einem Arzt, ein Zahnarzt sowie zwei Medizinstudenten in ihrem Anerkennungsjahr. Das Gesundheitszentrum beherbergt außer den drei Behandlungsräumen noch jeweils einen gesonderten Raum für Zervix-Abstriche, Impfungen, Prävention von Malaria und Dengue, ein Labor und eine kleine Apotheke.

Generell ist die Versorgung in den staatlichen Einrichtungen mangelhaft. Im CESAMO in Talanga gab es häufig weder Strom noch sauberes Wasser. Medikamente werden zentral vom Gesundheitsministerium in Tegucigalpa beschafft und dann verteilt. Häufig sind Medikamente rar und selbst Antibiotika oder Folsäure über Wochen nicht vorhanden.

#### 4.6 Betreuung der Schwangeren

Die Betreuung der Schwangeren in den staatlichen Einrichtungen läuft theoretisch nach einem von der WHO entwickelten Schema ab. Alle Frauen erhalten bei der ersten Vorsorgeuntersuchung, nach Feststellung der Schwangerschaft, ein *Carnet Perinatal* (eine Art Schwangereausweis).

Das Carnet Perinatal erfasst alle Daten über die Schwangere sowie Untersuchungen und vorhandene Laborbefunde. Im Verlauf der Schwangerschaft nehmen ca. 83% der Frauen an mindestens einer Vorsorgeuntersuchung teil (Secretaria de Salud-Honduras, Indicadores básicos, 2005). In den ersten drei Monaten der Schwangerschaft kommen 51,3% der Schwangeren in ländlichen Gebieten zu einer Vorsorgeuntersuchung, in urbanen Gegenden liegt diese Zahl höher. 45,9% der Frauen gehen zu vier oder weniger Kontrolluntersuchungen. Häufig nehmen die Schwangeren unregelmäßig an den Untersuchungen teil, im ländlichen Gebiet nutzen ca. 26% der Frauen alle monatlichen Untersuchungen.

Verschiedene Aspekte beeinflussen die Häufigkeit der Teilnahme an der Vorsorge. Zuvor-derst ist die Zugänglichkeit zu den Gesundheitszentren zu nennen. In vielen ländlichen Gebie-ten müssen die Schwangeren lange Wege auf sich nehmen, um eine Anlaufstelle zu erreichen. Andere Frauen betrachten die Schwangerschaft als einen natürlichen Prozess und eine Kon- trolle bzw. Untersuchungen als unnötige Beeinflussung von außen. Oft fehlt die familiäre Unterstützung um die nötige Zeit für den Besuch einer Gesundheitsstation aufzubringen. Ebenfalls eine wichtige Rolle dürfte die Qualität der ärztlichen Betreuung spielen. Häufig wer- den Schwangere regelrecht abgefertigt, das Verhältnis Arzt-Patientin ist ausgesprochen un- gleich, und nicht selten fühlen sich die Schwangeren gedemütigt und ungerecht behandelt.

Zur Routine der Untersuchungen gehören die Feststellung der Höhe des Uterusfundus und die Auskultation der kindlichen Herztöne. Bei Komplikationen oder Problemen während der Schwangerschaft erfolgt die Überweisung an die zentrale Universitätsklinik. Theoretisch sol- len alle Schwangeren Eisen und Folsäure kostenlos zur Verfügung gestellt bekommen; da die Medikamente häufig nicht vorhanden sind, müssen die Schwangeren sie in der lokalen Apo- theke kaufen.

#### **4.7 Betreuung während der Geburt und im Wochenbett im Studiengebiet**

In der Studiengegend um Talanga gibt es für die Schwangeren keine Möglichkeit unter klinischer Betreuung zu entbinden. Dazu müssen die Frauen ca. 60 Kilometer in die Hauptstadt zurücklegen.

Prinzipiell werden alle Schwangeren mit Risikofaktoren an das Universitätsklinikum überwiesen. Zu möglichen Risikofaktoren zählen beispielsweise Präeklampsie, Diabetes mellitus, Infektionen, vorherige Kaiserschnitte, prolongierte Wehen, Lageanomalien oder Blutungen. Ohne Überweisung können die Frauen zwischen verschiedenen hauptstädtischen Kliniken wählen. Das Universitätsklinikum ist mit Abstand am kostengünstigsten, allerdings sind hier Komfort und Service auf ein Minimum reduziert. Viele Frauen verbringen die Nacht vor der Entbindung auf dem Boden, es gibt keine Bettlaken, das Essen bringen in der Regel Verwandte. Traumatisierend für viele Schwangere sind häufig wechselndes Personal, bis zu zehn Studenten, die die Gebärenden vaginal untersuchen, sowie die Entfernung zur Familie (Ehemann oder Mutter dürfen die Gebärende nicht begleiten). Die Kosten für Transport und Klinik betragen ca. 40 Euro<sup>36</sup>. Andere Kliniken bieten mehr Service, verlangen aber auch einen höheren Preis. Als weitere Klinik soll das „Hospital San Felipe“ genannt werden, das sich größerer Beliebtheit erfreut. Allerdings werden hier keine Sectiones durchgeführt. Die Kosten für Geburt und Transport betragen hier ca. 50 Euro. In beiden Krankenhäusern bleiben die Frauen in der Regel zwischen 12 und 24 Stunden postpartum. Lediglich bei Kaiserschnitt oder behandlungsbedürftigen Neugeborenen verlängert sich diese Zeit.

Als Alternative zu den Krankenhäusern gibt es in den meisten Dörfern und Städten die Hebammen, „Parteras“ genannt. Insgesamt fanden 2001 55,2% aller Geburten in Krankenhäusern statt. Mit steigendem Alter der Mütter sinkt die Zahl der Krankenhausgeburten stetig. Die 40-49jährigen weisen eine Rate der Krankenhausgeburten von 44,3% auf, wohingegen diese bei Frauen unter 20 Jahren bei ca. 60% liegt. Die Rate der Krankenhausgeburten schwankt sehr stark, in urbanen Gebieten finden 82,4% aller Geburten in Krankenhäusern statt, im ländlichen Raum hingegen lediglich 37,5%. Dieser deutliche Unterschied ist auf verschiedene Faktoren wie mangelnde Erreichbarkeit von Krankenhäusern, wesentlich höhere Kosten, häusliche Pflichten, Versorgung der Tiere oder andere landwirtschaftliche Aufgaben zurückzuführen. Außerdem fassen viele Frauen im Laufe der Schwangerschaft Vertrauen zu den Parteras und entschließen sich, mit deren Hilfe zu gebären. In ländlichen Gebieten werden 4,7% der Neugeborenen per Sectio entbunden, in urbanen Gegenden fast 8%.

---

<sup>36</sup> Das durchschnittliche Monatsgehalt liegt bei ca. 100 Euro.

Im Studiengebiet in und rund um Talanga erschienen 60% der Wöchnerinnen nicht zur ärztlichen Kontrolle im Wochenbett. Verschiedene für die Studie nicht uninteressante Faktoren spielen hierfür eine Rolle. In ländlichen Gebieten verlässt die Frau häufig für 40 Tage nach der Geburt ihr Zuhause nicht und hält sich an traditionelle Vorschriften<sup>37</sup>. Andere Gründe mögen wiederum die häuslichen Pflichten sowie die mangelnde Kenntnis des „Sinn und Zweck“ der Nachsorgeuntersuchung sein.

95,6% der Frauen stillen ihr Kind. Frauen ohne formelle Ausbildung legen ihr Neugeborenes in der Regel wesentlich früher an als Frauen aus gebildeteren Schichten. 25,9% der Frauen ohne Ausbildung legen ihr Kind bereits in den ersten zehn Minuten postpartum an. In der Gruppe der Frauen mit Ausbildung legen lediglich 15,8% ihr Kind in diesem Zeitraum an. Dieser Unterschied ist begründet in der größeren Anzahl an institutionalisierten Geburten, bei denen in der Regel die Möglichkeit zum sofortigen Anlegen nicht gegeben ist.

#### **4.8 Das traditionelle Wochenbett in Honduras**

Das traditionelle Wochenbett ist in Honduras stark an die kulturelle und ethnische Zugehörigkeit gebunden. Je nach Bevölkerungsgruppe und regionaler Lokalisation gibt es weitere Riten und Traditionen. Im Folgenden wird das traditionelle Wochenbett im Raum Talanga beschrieben, wie es während des Studienaufenthalts beobachtet wurde.

Im Studiengebiet gibt es aufgrund der geographischen Lokalisation verschiedene Arten, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu bewältigen. In den Dörfern ist der Einfluss der modernen Schulmedizin noch sehr begrenzt, wohingegen in Talanga selbst die traditionelle Medizin auf die moderne Medizin trifft. Für diese Studie wurden zur besseren Erfassung der Traditionen und der realen Situation sieben offene Interviews durchgeführt, davon vier Interviews mit traditionellen Hebammen und drei Interviews mit Ärzten aus Talanga<sup>38</sup>.

#### **Ernährung**

Die Ernährung spielt im Wochenbett für die Wöchnerin eine ganz besonders wichtige Rolle. Genaue Regeln die Nahrungsaufnahme betreffend sind traditionell festgelegt und werden nur geringfügig von den Hebammen variiert. Die Familie bzw. die Hebamme überwachen die Einhaltung der Regeln. Geprägt sind die Vorstellungen im Allgemeinen vom Farbsymbolismus. Falls eine Wöchnerin sich nicht an die vorgegebenen Regeln hält, sind negative Auswir-

---

<sup>37</sup> Dies entspricht der von Autoren wie beispielsweise Jordan (1978) oder Schiefenhövel (1996) beschriebenen Seklusion.

<sup>38</sup> Zu den interviewten Hebammen zählen Doña Caya, Doña Guillermina, Doña Moncha und Doña Adriana. Die interviewten Ärzten und Ärztinnen sind Doctor Morel, Leiter des örtlichen Gesundheitszentrum in Talanga, Doctora Lagos und Doctor Arrita, beides Ärzte aus der Clinica Solidaria in Talanga.

kungen für die Wöchnerin selbst, aber auch für den Säugling zu befürchten. Beispielsweise kann bei Mutter und Kind ein Empacho<sup>39</sup> auftreten, eine Magen-Darm Erkrankung mit Koliken, Verstopfung oder Durchfall.

Es dürfen beispielsweise keine grünen Gemüsearten aufgenommen werden, denn das ergibt grünen Durchfall bei den Säuglingen. Bohnen und Ei sind untersagt, weil dadurch ein schlechter Geruch der Lochien entsteht. Leidet das Kind unter erhöhter Schleimsekretion, darf die Mutter keinen Reis und keine Butter essen. Bei Blähungen besteht ein Verbot, Bohnen zu essen. Die Nahrung vieler Wöchnerinnen beschränkt sich aufgrund der zahlreichen Beschränkungen vorwiegend auf Maisfladen (Tortillas), Käse und Hühnchenfleisch. Für den Milcheinschuss sowie die Milchproduktion werden Haferflocken und Milch empfohlen. Zum einen soll dies die Qualität der Milch verbessern und zum anderen die Menge der Milch erhöhen. Aufgrund der Regeln haben sich auch eine Vielzahl der Probandinnen mit Krankenhausgeburten geweigert, die Mahlzeiten in den Krankenhäusern zu verzehren. Von ähnlich strikten Regeln berichtet Burgos Ligan (1995) in ihrem Beitrag über das kulturelle Verständnis des Wochenbetts im andinen Raum, vor allem in Peru.

### **Umgang mit dem Neugeborenen**

In der unmittelbar postpartalen Phase verbringt die Wöchnerin nahezu 24 Stunden mit dem Kind. Die Wöchnerin teilt ihr Bett mit dem Säugling oder mit Mann und Säugling. Dem Neugeborenen wird bald nach der Geburt ein rotes Armband um das Handgelenk gebunden um die Krankheit des „Ojo“<sup>40</sup> (spanisch „Auge“; der „böse Blick“) fernzuhalten. Alternativ wird ein roter Fleck auf die Stirn geklebt. Gerne schenken Familienmitglieder oder Bekannte dieses Armband, um ihre Fürsorge für das Kind auszudrücken. Häufig wird auch ein roter Fleck auf die Nase gemalt. Dies soll vor Krankheiten schützen, zugleich aber ist es vermutlich ein Ritual aus der Zeit der Maya. Schielende Menschen galten unter den Maya als außergewöhnliche Menschen. Darum versucht man bereits kurz nach der Geburt die Pupillenstellung durch Bemalen der Nase zu korrigieren<sup>41</sup>.

---

<sup>39</sup> Vgl. „Buscando Raizes“, hier wird der Empacho im Zusammenhang mit dem erkrankten Arzt Dr. Ruy B. Nutter der „United Fruit Company“ beschrieben. Der Arzt konnte sich, trotz vieler Untersuchungen und Therapieversuchen nicht helfen wurde letztendlich durch eine Einheimische durch eine traditionelle Massage des Abdomens („sobar“) geheilt.

<sup>40</sup> Vgl. Girrbach (1995, S. 184) Geburtshilfe als Beruf und Berufung: Quiché - Hebammen in Guatemala

<sup>41</sup> Ebenfalls dargestellt wird dieses Verhalten von Anne Simons (2000).

## **Gottesgläubigkeit der Hebammen und der Wöchnerinnen**

Um den strengen Glauben der Wöchnerinnen und die herausgehobene Stellung der Hebammen zu analysieren, muss man die Hintergründe der heimischen Kultur näher betrachten. Schon unter den Maya gab es Heiler und Hexer, die die Menschen mit verschiedenen Naturrezepten und Kulten heilten.

Die Ankunft der Spanier zu Beginn des 16. Jahrhunderts markierte einen Wendepunkt in der Geschichte der Medizin der Maya. Erstmals wurde 1555 von der Kirche „Nueva España“ der Beschluss gefasst, bei den geplanten Konventen Krankenstationen zu bauen. In den folgenden 200 Jahren waren medizinische Versorgung und christlicher Glauben eng verwoben. Es existieren verschiedene Dokumente mit Bauplänen der Klöster, zu denen stets auch eine Krankenstation oder ein Krankenhaus errichtet wurde. Eine medizinische Versorgung konnten sich meist nur wohlhabende Spanier leisten, der Bevölkerung blieb also weiterhin nur die Zuflucht zu den kirchlichen Asylen oder zu den traditionellen Heilern und Helfern. Verschiedene Versuche, die traditionellen Heilformen mit der modernen westlichen Medizin zu verschmelzen, scheiterten. Obwohl einige Ärzte durchaus gute Erfahrungen mit den Kenntnissen der Einheimischen bei der Behandlung der dortigen Erkrankungen machten, konnte keine gegenseitige Akzeptanz gefunden werden. Bis 1870 wurden in Honduras keine Mediziner ausgebildet, das heißt, dass die wenigen Ärzte sich um Wohlhabende kümmerten. Ab den 30er bis zu den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts gab es erstmals eine systematische Ausbildung von Krankenschwestern und Pflegern, die durch katholische Nonnen in den Krankenhäusern erfolgte. Die traditionellen Heilformen veränderten sich über die Zeit vor allem durch den Einfluss des christlichen Glaubens. Die Organisationsform und die Heilmittel blieben jedoch beinahe unverändert. Über Jahrhunderte hatte sich eine breite Palette an traditionellen Methoden entwickelt, die bis heute erhalten ist und zunehmend auch von der westlichen Medizin erforscht und verwendet wird<sup>42</sup>. Aufgrund der schwierigen politischen Verhältnisse in Mittelamerika dauerte es bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts, bis eine flächendeckende moderne medizinische Versorgung etabliert werden konnte. Zwar ist heute die medizinische Versorgung zum Teil von der Religion getrennt<sup>43</sup>, die Gottesgläubigkeit und der Glaube an die Hebammenkunst ist erhalten geblieben. Häufig wird vor den Geburten gebetet. Die Hebammen bitten um Beistand und die Schwangeren legen ihr Schicksal in Gottes Hand. Schwangere antworten auf die Frage nach dem Geschlecht des Kindes mit: „Was Gott mir schenkt“ oder „was Gott mir gibt“. In einem Interview bestätigte mir Doctor Morel, der Leiter der örtlichen Gesundheits-

---

<sup>42</sup> Hier kann das Projekt „Enda Cariba“ zur systematische Erfassung der Pflanzen und Tiere in der Karibik hervorgehoben werden (Vgl. World Bank Ik Notes - No 93, Juni 2006).

<sup>43</sup> Heute locken viele Pfingst- und Freikirchen neue Mitglieder mit sehr guter medizinischer Versorgung.

station, dass einigen Hebammen nachgesagt wird, „die Hand Gottes“ zu besitzen und damit zu handeln. Dies symbolisiert die Sonderstellung der Hebammen und stellt den Kontext ihres Handelns dar.

### **Das Stillen**

Wie bereits im Kapitel 4.7 S.28 aufgezeigt, stillt ein Großteil der Wöchnerinnen das Neugeborene. Nur in seltenen Fällen konnte im Rahmen dieser Studie beobachtet werden, dass das Kind entweder zusätzliche Nahrung bekam oder die Muttermilch ersetzt wurde. Zusätzlich Nahrung bekam der Säugling, wenn die Mutter glaubte, der Säugling würde nicht satt werden. Je nach Wohlstand der Familien kauften sie adäquate Ersatzmilch oder gaben Kamillentee mit Zucker<sup>44</sup>. Ersetzt wurde die Muttermilch, wenn die Frau nicht stillen konnte, z.B. bei Mastitis oder bei räumlicher Trennung der Mutter vom Kind nach einer Geburt per Kaiserschnitt. Der Ersatz der Muttermilch bringt generell Probleme mit sich. Aus Mangel an sauberem Trinkwasser und sauberen Flaschen erkrankten viele Neugeborene an Infektionskrankheiten. Wenige Frauen sind in der Lage, die finanziellen Mittel für entsprechende Säuglingsnahrung aufzubringen.

Traditionell wird der Schwangeren zur Verbesserung des Milchflusses und der Milchmenge spezielle Nahrung gegeben. Diese besteht, wiederum entsprechend einem Farbsymbolismus, aus einer weißen Mischung aus Haferflocken und Milch. Wichtig für das Stillen ist auch die Stimmung der Frau. Es besteht der Glaube, das Gemüt schlage sich auf die Milch nieder, schlechte Stimmung lasse die Milch verderben und die Säuglinge erkranken. Tränen oder dysphorische Stimmung haben, den Hebammen zufolge, besonders schlimme Auswirkungen auf das Neugeborene. Während der Studie zeigte sich, dass Frauen, die häufig weinten, Schmerzen hatten oder Verstimmtheit zeigten, sich zurückzogen und den Kontakt zur Außenwelt mieden. Weinen und andere Bluessymptome werden der Wöchnerin zum Vorwurf gemacht. Sie bekommt dann zusätzlich zu den Symptomen, aufgrund des sozialen Drucks, ein schlechtes Gewissen und das Gefühl, schlechte Milch zu geben und damit einen schlechten Einfluss auf das Kind auszuüben. In einem Fall wurde der Wöchnerin aufgrund ihrer schlechten Stimmung durch die Familie das Kind entzogen.

---

<sup>44</sup> Frauen berichteten, dass das Kind nach der Zufütterung mit Zucker unter Blähungen oder Durchfall litt.

## **Ruhezeit und sexuelle Abstinenz**

Im Studiengebiet müssen Frauen unmittelbar nach der Entbindung selten die häuslichen Pflichten selbst erledigen. Meist steht ihnen die Mutter oder Schwiegermutter zur Seite und betreut sie während der ersten Tage nach der Geburt. Eine feste Zeitspanne, wie Fink (2009) oder Burgos-Lingan (1995) sie festschreiben, konnte nicht beobachtet werden. Doctora Sofia Lagos berichtet in einem Gespräch von der Tatsache, dass es in manchen Familien Brauch ist, die Frau bis zu acht Tagen nicht aufstehen und zusätzlich fasten zu lassen. Ähnliches wird von Burgos Lingan (1995) auch aus dem andinen Raum berichtet. Die Frauen bleiben dort die ersten Tage nach der Geburt im Bett, im Gegensatz zu den Angaben von Dra. Sofia Lagos werden sie mit ausreichend Nahrung versorgt. Es bestehen spezielle Hygieneregeln in den ersten Tagen des Wochenbetts. Eine Frau sollte sich im frühen Wochenbett nicht duschen, nur kalt und vorsichtig waschen.

In der Zeit nach der Geburt wird den Frauen von den Hebammen sexuelle Abstinenz empfohlen. Es wurden Zeitspannen zwischen einem Monat und einem halben Jahr genannt.

Häufig ist dies jedoch schwer mit der Einstellung der Männer zu vereinbaren. Ein Ehemann versicherte mir, dass eine Frau, die seinen sexuellen Bedürfnissen nicht gerecht werde, nicht bei ihm bleiben könne.

## **Kulturspezifische Krankheitsbilder im Wochenbett**

Wöchnerinnen oder Schwangere im letzten Trimenon werden häufig als „enferma“ (spanisch „krank“) bezeichnet. Hierbei handelt es sich nicht um einen physischen Krankheitszustand, sondern vielmehr um einen Zustand, in dem die Frauen Ruhe, Zuspruch und Unterstützung benötigen.

„Mal de Ojo“ (unter dem „bösen Blick“, ein häufig vermuteter Schadenszauber) kann einen Säugling treffen, wenn ihn beispielsweise eine Frau mit Menstruation auf dem Arm gehalten hat. Außerdem kann er an „ojo“ erkranken, wenn andere Menschen ihn zu oft auf dem Arm halten, sich zu viel oder zu intensiv mit dem Säugling beschäftigen. Das Kind kann auch „ojo“ bekommen, wenn es seine Ruhepausen nicht einhält oder „aire“ (span. Luft)<sup>45</sup>, das heißt einem kalten Luftzug ausgesetzt ist.

Die Krankheit äußert sich in der Regel durch Durchfall oder/und Erbrechen, Schwitzen und Schreien. Um nicht zu erkranken, muss das Kind die nötige Pflege und den nötigen Schutz erhalten. Dazu zählt eine adäquate Kleidung. Trotz häufig großer Hitze im Untersuchungsge-

---

<sup>45</sup> Burgos - Lingan (1995) beschreibt den „Mal Viento“ (Span. Schlechter Wind) im Wochenbett. Ausgelöst wird dieser durch verschiedene Windarten, Kontakt zu Wasser, Metalle oder Windströmungen. Der Kontakt zu Objekten, die kulturell als „kalt“ beschrieben werden, wird untersagt.



biet konnte ich immer wieder Säuglinge beobachten, die mit Mütze bekleidet und in zahlreiche Decken eingewickelt waren.<sup>46</sup> Wichtig ist eine warme Kleidung auch für die Wöchnerin. Häufig werden die Ohren des Kindes mittels Ohrstöpsel verschlossen, um ein Eindringen der Krankheit zu verhindern. Protektive Armbänder werden angelegt, und wenn möglich, ein Stück roter Stoff umgebunden, der beschriebene Farbklecks auf Stirn oder Nase aufgemalt und eine rote Mütze aufgesetzt.

„La mollera caida“ (span. eingefallene Fontanelle) ist eine weitere Erkrankung des Säuglings. Es handelt sich um mangelnden Turgor an den Fontanellen, schulmedizinisch ein Zeichen für Dehydratation. Nach den Vorstellungen der Hebammen ist jedoch Dehydratation keineswegs die Ursache, sondern eine falsche Ernährung, schlechter spiritueller Einfluss der Menschen um das Kind, Neid, Missgunst oder gar Hexerei. Symptome sind Fieber, Schreien oder ein deliranter Zustand. Geheilt werden kann die Krankheit nur durch die Hebammen. Die Zeremonie läuft nach einem festgelegten Schema ab. Nachdem ein rohes Ei über den Körper gerollt wurde, wird es in einem Behälter mit Wasser aufgeschlagen. Zeigt sich ein festes Eigelb, hat das Ei die Hitze aus dem Körper des Kindes aufgesogen und das Kind ist geheilt. Ist das Ei nach wie vor weich, muss die Zeremonie wiederholt werden. Das Neugeborene oder



Abbildung 2: Dona Caya nach einer traditionellen Zeremonie um die „Mollera Caida“ zu heilen. Das Ei ist bereits aufgeschlagen im Wasserglas. Die Konsistenz des Eis zeigt eine erfolgreiche Behandlung.

Kleinkind kann in solchen Fällen nicht vom schulmedizinisch gebildeten Arzt geheilt werden, sondern lediglich durch traditionelle Curanderos (Heiler), Hebammen oder Brujos (Hexer).

„Soleado“ ist ein fiebriger Zustand des Kindes nach Sonnenlichtexposition. Das direkte Sonnenlicht soll gemieden werden, um eine Überhitzung zu vermeiden.

#### **4.9 Die Rolle der Partera (traditional birth attendant, TBA, partera empirica)**

Um für die geplanten Untersuchungen das Vertrauen der Wöchnerinnen zu gewinnen, Informationen über Geburten zu erhalten und Kontakt zu Schwangeren herzustellen, war für mich eine Zusammenarbeit mit den traditionellen Hebammen unerlässlich. Die traditionellen Hebammen gibt es in jedem Dorf und in jeder Stadt. Häufig bekleiden sie vielfältige Rollen in der Gesellschaft. Die Frauen sind universelle Ratgeber in Gesundheits- und Beziehungsfra-

<sup>46</sup> Girrbaach (1995) beschreibt, dass die Kinder gut eingewickelt sein müssen, um sie vor heißer Sonne und/oder „heissen“ Personen zu schützen.

gen, spielen eine wichtige Rolle bei der Konfliktbewältigung im jeweiligen sozialen Gefüge und sind Wächter über Traditionen und Mythen. Oft haben die Hebammen einen tiefen Einblick in familiäre Strukturen, da sie die Menschen über Jahrzehnte begleiten. Die Hebamme entwickelt sich so zur Vertrauensperson mit einer intimen Beziehung zu den Menschen. Vor allem in der dörflichen Gesellschaft nehmen sie deswegen eine exponierte Stellung ein.

Die TBA sind mit der kulturspezifischen Krankheitslehre vertraut und wenden diese im Kontext den traditionellen Heilverfahren an. Aufgrund der Tatsache, dass der Hebammenberuf häufig über Generationen weitergegeben wird, sind die Frauen auch mit Mythen und speziellen Riten vertraut. Girrbach (1995) beschreibt zwei Möglichkeiten wie eine Frau Hebamme werden kann. Erstens kann eine Frau auf verschiedenen Wegen „berufen“ werden. Hierzu zählen Schicksalsschläge, Träume, häufige Krankheit oder der spezifische Geburtstermin. Der zweite Weg ist die Weitergabe innerhalb der Familie. Ist eine Frau berufen oder sie bekommt das Handwerk innerhalb der Familie weitergegeben, ist dies von besonderem Vorteil. Die Hebammen im Studiengebiet verfügten oft nur über eine geringe oder gar keine formelle Bildung. Für die soziale Stellung spielt das eine untergeordnete Rolle, wohl aber für die Stellung innerhalb der modernen medizinischen Versorgung. Hebammen können den Menschen sehr häufig verständliche pathogenetische Konzepte und Therapievorschläge vermitteln. Zwar können sie nicht immer Lösungen für die Probleme anbieten, mindestens jedoch ein Gefüge aus Erfahrung, Ratschlägen und Trost. Die traditionellen Heiler und Hebammen bilden ein sehr dichtes Netz und besitzen große Akzeptanz in der Bevölkerung.

In den 1950er Jahren wurden erstmals Schritte seitens des staatlichen honduranischen Gesundheitswesens unternommen, die Hebammen in Kursen und Seminaren fortzubilden. Daraufhin etablierte sich der Begriff der „Partera Empirica“ – die empirische Hebamme, die auf diese Art und Weise von der honduranischen Ärztekammer anerkannt wurde. In den 1970er Jahren begann man mit einer systematischen Erfassung und Fortbildung der Hebammen. Spezielle Schriften wurden verfasst und Anleitungen erstellt. Nach einer Analyse der Mütter- und Kindersterblichkeit stellte sich heraus, dass die bisherigen Maßnahmen keine wesentlichen Erfolge zeigten. Fehler in der



Abbildung 3: Die Hebammen besaßen nach wie vor den Koffer, den sie während der Fortbildungsprogramme erhielten und präsentierten ihn, und seinen Inhalt mit großem Stolz. Hier Doña Guillermina.

Methodik der Fortbildung und Fehler bei den Ausbildern wurden für die schlechten Ergebnisse verantwortlich gemacht.

Im Rahmen eines weltweiten Programms der WHO/OPS (Organización panamericana de salud) wurden ab Mitte der 80er Jahre neue Programme zur Fortbildung aufgelegt. Mit neuen methodischen und didaktischen Techniken wurden ca. 3.000 Hebammen fortgebildet<sup>47</sup>. Grundziele der Fortbildung waren die Förderung der Fähigkeiten der TBA sein, Risiken in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbett zu identifizieren und richtig zu behandeln. Die Risikofaktoren wurden in drei Gruppen eingeteilt: soziale, biologische und kulturelle Risikofaktoren. Außerdem sollte ihnen ein Verständnis von Hygiene vermittelt werden zum Schutz vor Infektionskrankheiten und um eine Geburt unter hygienisch relativ unbedenklichen Umständen zu ermöglichen.

Die Hebammen wurden während der Ausbildungszeit in den Seminaren finanziell entschädigt, was sich als äußerst wichtig herausstellte, da die Frauen während der einwöchigen Seminare kein Einkommen erzielen konnten. Außerdem wurden die Hebammen mit Materialien in einem Koffer ausgestattet. Nach den Seminaren arbeiteten sie im regionalen Gesundheitszentrum und durften auch die dortigen räumlichen Möglichkeiten nutzen. Die hoffnungsvollen Ansätze wurden jedoch nicht weiter verfolgt; bis zur Studiendurchführung hatte sich die Zusammenarbeit auf monatliche Seminare beschränkt. Eine kontinuierliche, fachgerechte Ausbildung der Hebammen findet nicht statt.



Abbildung 4: Setting im Haus einer Partera.

#### 4.10 Gründe für eine Hausgeburt

Der Begriff Hausgeburt wird im Studiengebiet zumeist dadurch definiert, dass Schwangere ihre Kinder im Haus der Hebamme zur Welt bringen. Viele der Hebammen sind Frauen im fortgeschrittenen Alter und betreuen Geburten zumeist in ihren eigenen Häusern.

Die Hebammen begleiten die Frauen während der Schwangerschaft, so entsteht eine enge emotionale Bindung. Im Vergleich zur vertikalen, hierarchistischen Beziehung zu den Ärzten im Gesundheitszentrum oder im Krankenhaus entsteht zwischen den Hebammen und den Schwangeren eine horizontale Beziehung. Im Falle von Erstgebärenden (Primerizas) konnte

<sup>47</sup> Im Studiengebiet haben zwei von 21 erfassten Hebammen an den Fortbildungen teilgenommen.

häufig ein inniges, mütterliches Verhältnis beobachtet werden. Die Frauen fühlen sich geborgen und vertrauen den Hebammen. Hinzu kommt die räumliche Nähe. Häufig sind die Häuser der Hebammen wesentlich leichter und schneller zu erreichen als eine geeignete Geburtsklinik. Die räumliche Nähe ermöglicht es den Frauen, die Zeitspanne, die für die Geburt notwendig ist, zu verkürzen. Auf diese Art und Weise können die Schwangeren den Haushalt länger führen, ihre Kinder betreuen und den Tierbestand oder den Mann versorgen. Andere Familienmitglieder werden in den Tagesablauf integriert und können so enger an den Vorgängen teilhaben. Für den Mann bedeutet die Geburt bei einer Hebamme eine aktive Teilnahme am Geschehen. In den meisten Fällen sind die Hebammen auch den Männern wohl bekannt, sie wissen, wo sich das Haus befindet. Sollten sie selbst keinen Zutritt zur Geburt haben, so können sie unmittelbar nach der Geburt Kontakt zur Hebamme oder den Helferinnen aufnehmen.

Viele Frauen, die einmal ein Kind in einem Krankenhaus zur Welt gebracht haben, bringen weitere Kinder mit den Hebammen zur Welt. Dies hängt mit dem fremden, ungewohnten Umfeld in den Krankenhäusern und dem unbekanntem Personal zusammen. Die Frauen berichten häufig über schlechte Behandlung durch die Ärzte, Einsamkeit vor der Geburt oder danach sowie schmerzhaftes Infusionen und mangelndes Einfühlungsvermögen der Ärzte. Parteras lassen den Frauen mehr Freiheiten bei der Gestaltung der Peripartalzeit. Die Gebärenden können selbst entscheiden, ob sie während der Geburt liegen oder stehen wollen, ob die Hebamme eine weitere „sobada“<sup>48</sup> durchführen soll, ob sie einen speziell zubereiteten Kräutertee trinken wollen oder ob andere Familienmitglieder anwesend sein sollen. Jordan (1978) nennt diesen Prozess „*buscar la forma – find her own style*“. Der Wöchnerin wird also ein Gestaltungsrahmen bei ihrer Geburt überlassen.

Außerdem übernehmen die Hebammen für die Wöchnerin wichtige Aufgaben, wie das Waschen der Wäsche nach der Geburt und die Fürsorge für das Kind, falls die Frau noch sehr erschöpft ist. Essensvorschriften werden respektiert und die Hebamme steht mit Rat und Tat zur Seite. Je älter die Frauen, desto häufiger bringen sie ihr Kind nicht in einem Krankenhaus zur Welt.

Hinzu kommen finanzielle Aspekte. Eine Geburt bei einer Hebamme ist wesentlich kostengünstiger, und zusätzliche Transportkosten entfallen. Eine Hebamme verlangt ca. 5-15 US\$ für eine Geburt. Allein die Transportkosten in das nächstgelegene Krankenhaus betragen ca. 40-50 US\$ in einem Krankenwagen. Zusätzlich werden je nach Krankenhaus nochmals 10-50

---

<sup>48</sup> Bei der „sobada“ handelt es sich um eine Art der Massage. Hierbei wird der Unterleib mithilfe von Öl oder Fett massiert.

US\$ für die Geburt berechnet. Besitzt eine Frau nicht die finanziellen Mittel, um die Geburt zu bezahlen, kann sie die Hebamme auch mit Hühnern, Schweinen oder Mais entlohnen<sup>49</sup>.

---

<sup>49</sup> Die Hebamme Doña Caya legte Wert darauf, dass jeder Frau geholfen werden. Früher verlangte sie beispielsweise für einen entbundenen Jungen zwei Hühner, für ein Mädchen eines.

## 5 Durchführung der Studie

### 5.1 Hintergrund des MPPP

Im Rahmen des Münchner-Postpartum-Projekts (MPPP) wurden zunächst 1019 Mütter in Deutschland angeschrieben. Eine retrospektive schriftliche Befragung fand schließlich mit 585 Müttern statt, die drei bis sechs Monate zuvor an zwei Münchner Frauenkliniken entbunden hatten (Strobl, 2003). Basierend auf den Ergebnissen dieser Vorstudie wurde eine prospektive Untersuchung zur Befindlichkeit im Wochenbett geplant. Ein halbstrukturiertes Interview zur Durchführung im frühen Wochenbett wurde entwickelt. Neben der Integration vorhandener standardisierter Instrumente in den Fragebogen erschien eine ausführliche Symptomerfassung unerlässlich, da im Rahmen der Studie der Vergleich interkultureller Subgruppen geplant wurde. Dies ergab einen ausführlichen Fragenkatalog zu verschiedenen Themenbereichen<sup>50</sup>. Im Falle der Durchführung außerhalb Zentraleuropas schloss man dem Fragenkatalog ein offenes Interview zum traditionellen Wochenbett in der jeweiligen Kultur an. An vier Münchner Frauenkliniken, deren Ausrichtung zwischen „hoch technisierter“ und „sanfter“ Geburtshilfe variieren, wurden verschiedene Gruppen von Frauen interviewt. Strobl (2003) befragte 585 Frauen, Stemple<sup>51</sup> 82 Frauen ausschließlich nach Sectio caesarea und Winkler<sup>52</sup> 40 Frauen nach einer Hausgeburt. Neben diesen Befragungen in München führte das MPPP Untersuchungen in Rumänien (Strungaru), Kolumbien (Pastrana, 2007), Brasilien (Fink, 2009), Papua Neuguinea (Fellacher, 2005) und Japan (Matsuoka) durch<sup>53</sup>.

### 5.2 Untersuchungsgesamtheit und Methoden

Die hier vorgestellte Studie beruht auf der Befragung von 105 Wöchnerinnen nach Krankenhausgeburten sowie Hausgeburten in Honduras. Nach einer Literaturrecherche der Veröffentlichungen zum Thema und der katamnesticen Vorstudie von Strobl (2003) erstellte die MPPP-Arbeitsgruppe zwei Fragebögen: einen als Leitfaden eines mündlichen Interviews im frühen Wochenbett, einen zweiten zur schriftlichen Befragung sechs Wochen nach der Geburt. Bei der in Honduras durchgeführten Studie kam aus logistischen und zeitlichen Gründen nur der Fragebogen zur Erhebung der Stimmungsschwankungen im frühen Wochenbett zum Einsatz. Er beinhaltet, neben den gängigen Instrumenten zur Messung des PPB, Fragen zu

---

<sup>50</sup> Der Fragebogen kann im Anhang eingesehen werden (siehe Anhang 1 und Anhang 2).

<sup>51</sup> Die Arbeit wurde im Rahmen des MPPP durchgeführt.

<sup>52</sup> Die Arbeit wurde im Rahmen des MPPP durchgeführt.

<sup>53</sup> Die Ergebnisse der einzelnen Autoren sind teilweise veröffentlicht, es handelt sich zum Großteil um Dissertationen.

allen Daten, die zur Überprüfung der Hypothesen notwendig erscheinen. Die ethnologische Literatur zum traditionellen Wochenbett in Honduras wurde gesichtet. Allerdings gibt es hier nur eine begrenzte Anzahl an wissenschaftlichen Veröffentlichungen<sup>54</sup>. Für die Untersuchung der Wöchnerinnen wurde neben dem vergleichenden vorstrukturierten Teil ein offener Teil zur qualitativen Datenerhebung vorgesehen. Auf Grundlage der Erfahrungen durch von Sarnowski in Bolivien und Fink in Brasilien (2009) wurde der Fragebogen nochmals überarbeitet und neu strukturiert. Die Reihenfolge ist nicht mehr ursprünglich, es sind jedoch nach wie vor alle Variablen im Fragebogen unverändert enthalten.

### **5.2.1 Rekrutierung der Probandinnen**

Die in der Studie erfassten Wöchnerinnen wurden im Zeitraum zwischen Juli 2006 und Januar 2007 in spanischer Sprache interviewt. Den Wöchnerinnen wurde die Studie sowie der Ablauf der Befragung erläutert. Alle Wöchnerinnen erhielten die Zusicherung eines sorgsamem Umgangs mit den Daten und der Bindung des Untersuchers an die Schweigepflicht. Den Wöchnerinnen stand es offen, an der Studie teilzunehmen. Alle Befragungen fanden in ziviler Kleidung statt. Die Dauer des Interviews betrug 45 bis 75 Minuten und erwies sich hinsichtlich der Länge für die Wöchnerinnen als unproblematisch. Um die Gesprächssituation und den klinischen Eindruck festzuhalten wurde am Ende des Interviews ein separater Abschnitt für Anmerkungen des Untersuchers hinzugefügt.

Für die Rekrutierung der Probandinnen musste im Studiengebiet zuerst eine geeignete Strategie zur Erfassung und Auffindung der Schwangeren und Wöchnerinnen entwickelt werden.

Durch die Unterstützung des leitenden Arztes Dr. Eduardo Morel im CESAMO sowie der anderen Krankenschwestern und Hebammen vor Ort, wurden alle Schwangeren, sofern sie an den Vorsorgeuntersuchungen teilnahmen und sich bereit erklärt hatten, sich an der Studie zu beteiligen, erfasst. Neben der Unterstützung durch das staatliche Gesundheitszentrum konnten weitere 30 Frauen in „Consultorios“ (Arztpraxen) und durch die Mitarbeit von Dr. Carlos Arrita und Dra. Sofia Lagos in einer privaten Klinik erreicht werden. Die Erfassung beinhaltete den genauen Wohnort, evtl. Telefon, der Name der kommunalen Krankenschwester sowie der geplante Geburtsort. Mit Hilfe der Höhe des Fundus Uteri wurde der ungefähre Geburtstermin errechnet. Dadurch gelang es innerhalb von zwei Monaten, 220 Frauen zu erfassen. Eine Tabelle ermöglichte die Abschätzung, wo und wann eine Frau ein Kind bekommen würde. Über Ärzte, Krankenschwestern, Hebammen, Busfahrer und Marktverkäufer konnten weitere Informationen eingeholt werden.

---

<sup>54</sup> Vgl. Kap. 4.8, S.29

Dr. Orlando Lara<sup>55</sup> ermöglichte eine Vorstellung der Untersuchung im lokalen Radio, um den Bekanntheitsgrad zu steigern und eine erhöhte Akzeptanz bei der Bevölkerung zu erreichen.

Die zweite wichtige Informationsquelle, neben den Ärzten, waren die traditionellen Hebammen<sup>56</sup>. In den üblichen monatlichen Treffen stellte ich die Studie den Hebammen vor, erklärte ihnen Sinn, Zweck und Hintergrund der Studie. Jeden Morgen besuchte ich zwei bis drei Hebammen, erkundigte mich nach Geburten oder bevorstehenden Geburten. Normalerweise waren die Hebammen eine zuverlässige Informationsquelle nicht nur über Hausgeburten, sondern auch über bezüglich überwiesener Frauen oder Frauen, die sich auf den Weg in die Klinik gemacht hatten. Im Untersuchungsgebiet konnte ich 17 praktizierende Hebammen erfassen.

Ein kleiner Teil der Frauen konnte im CESAMO befragt werden. Diese Frauen hatten oft Probleme, die Tage bis zur ersten Vorsorgeuntersuchung richtig abzuzählen. Sie kamen daher verfrüht mit dem Säugling zur Routineuntersuchung im Wochenbett.

Um alle Frauen mit Neugeborenen zu interviewen, mussten zum Teil lange Wegstrecken mit dem Bus, per Anhalter und häufig zu Fuß auf teilweise unwegsamen Straßen, Wegen oder Pfaden zurückgelegt werden<sup>57</sup>. Die ausgedehnten Fußmärsche konnten genutzt werden um unterwegs durch Gespräche weitere Informationen einzuholen beziehungsweise zusätzlich Vertrauen zu gewinnen. Im Regelfall verbringen die Frauen nicht mehr als 24 Stunden bei der Hebamme oder im Krankenhaus. Aus logistischen Gründen war es deshalb nicht möglich, alle Interviews zwischen dem 3. und 5. Tag durchzuführen. Das Zeitfenster für die Befragung wurde in Absprache mit Wulf Schiefenhövel und Gerhard Dammann<sup>58</sup> bis zum zehnten Tag postpartum erweitert.

### **5.2.2 Übersetzung der Instrumente**

Innerhalb der „Münchener Baby Blues Studie“ verwendete bereits von Sarnowski in Bolivien eine spanische Übersetzung des Fragebogens. Fink (2009) modifizierte den Fragebogen und übersetzte ihn ins Portugiesische. Pastrana (2007) verwendete in Kolumbien ebenfalls die spanische Fassung des Fragebogens. Für die hier vorliegende Studie in Honduras musste der Fragebogen angepasst werden. Mithilfe der Ärzte und Hebammen vor Ort konnten lokale

---

<sup>55</sup> Inhaber eines „Consultorio“ (Arztpraxis) in Talanga.

<sup>56</sup> Parteras (Traditional Birth Attendants, TBA): Frauen die traditionell für die Versorgung von Geburten verantwortlich sind. Ihr Wissen und Können wird häufig über Generationen weitergegeben.

<sup>57</sup> Häufig waren die Dörfer bis zu zwei Stunden von Talanga entfernt. Aufgrund ungenauer Ortsangaben gestaltete sich auch die Suche nach den Wöchnerinnen vor Ort schwierig und zeitaufwändig.

<sup>58</sup> Leiter des MPPP.



Sprachbesonderheiten berücksichtigt und der Fragebogen im Rahmen von pre-Tests auf Verständlichkeit überprüft werden.

### 5.2.3 Inhalte und Themen des Interviews im Wochenbett

Zur Überprüfung der Hypothesen umfasst das Instrument zur Befragung im frühen Wochenbett 135 Items zu verschiedenen Themenbereichen, die in Tabelle 2 vorgestellt werden:

**Tabelle 2: Themenbereiche des Interviews nach der Geburt**

<i>Befindlichkeit im Wochenbett</i>	<i>Abfragen des Vorhandenseins verschiedener psychischer Symptome, Sorgen und Ängste, bereits vorhandene Instrumente</i>
<i>Schwangerschaftsverlauf</i>	<i>Komplikationen, kritische Lebensereignisse</i>
<i>Geburt</i>	<i>Geburtsmodus, Zufriedenheit mit dem Verlauf</i>
<i>Wochenbett</i>	<i>Verlauf in der Klinik, Unterbringung, Besuche, Störungen, Stillen</i>
<i>Kindliche Gesundheit</i>	<i>Frühgeburtlichkeit, Erkrankungen, Behandlungen</i>
<i>Körperkontakt mit dem Kind</i>	<i>Unterbringung des Kindes, Dauer des Körperkontaktes</i>
<i>Anamnese</i>	<i>Psychiatrische und körperliche Vorerkrankungen, Befinden nach vorangegangenen Geburten</i>
<i>Soziodemographische Daten</i>	<i>Parität, Herkunft, Wohnort der Eltern und Schwiegereltern, Religiosität, Schulabschluss, Berufstätigkeit, Einkommen, Wohnverhältnisse</i>

Neben offenen Fragen sind die meisten Fragen dichotom (ja/nein) oder können anhand einer Likert-Skala beantwortet werden. Das zentrale Anliegen des Fragebogens ist die Erfassung der Befindlichkeit der Mütter. Darüber hinaus erfolgte die Befragung zu den oben genannten Themen. Als wichtigstes und ausführlichstes Instrument wurde der von der Arbeitsgruppe um Kennerley/Gath (1989) erarbeitete Fragebogen verwendet. Die Fragen zur Befindlichkeit von Yalom (1968), Pitt (1973) und Stein (1980) wurden, falls sie nicht im Katalog von Kennerley/Gath (1989) enthalten waren, hinzugefügt. Einige dieser Instrumente sind auf eine tägliche Symptomerfassung über mehrere Tage hinweg angelegt. Sie wurden hier einmalig zum Zeitpunkt des Interviews genutzt. Das MPPP entschied sich in dieser Studie für eine Datenerfassung durch ein persönliches Interview und gegen das tägliche Abfragen per schriftlichem Fragebogen<sup>59</sup>.

<sup>59</sup> Aufgrund mangelnder Lese- und Rechtschreibkenntnisse war eine schriftliche Befragung nicht durchführbar.

### 5.3 Standardisierte Instrumente

Im Fragebogen des MPPP sind drei standardisierte und international anerkannte Fragebogen verarbeitet. Hierzu zählen:

1. der Fragebogen nach Kennerley/Gath (1989), der den momentanen Gefühlszustand der Wöchnerin erfasst.
2. die Skala zur Erfassung des PPB nach Stein (1980), die den Zustand der Wöchnerin am Tag des Interviews erfasst.
3. der „Edinburgh Postnatal Depression Scale“ (1987) zur Erfassung der Gefühle der Wöchnerin innerhalb der letzten Woche einschließlich dem Tag des Interviews.

#### 5.3.1 Fragebogen nach Kennerley/Gath (1989)

Die Arbeitsgruppe um Kennerley/Gath (1989) entwickelte, basierend auf einer qualitativen Vorstudie, einen Fragebogen mit 28 Items zur täglichen, schriftlichen Symptomerfassung im frühen Wochenbett. In der Vorstudie war nach dem Vorhandensein verschiedenster Symptome gefragt worden. Die 28 für den Fragebogen ausgewählten Items zeichneten sich durch ein Maximum in der Häufigkeit des Auftretens zwischen dem dritten und fünften postpartalen Tag aus. Das Instrument war so konzipiert worden, dass die Symptome zunächst auf ihr Vorhandensein durch eine mit ja oder nein zu beantwortende Frage überprüft wurden. In einer anschließenden zweiten Frage wurde für jedes Symptom untersucht, ob dieses stärker, schwächer oder genauso ausgeprägt wie außerhalb des Wochenbetts vorhanden war. In einem weiteren Untersuchungsschritt erfolgte aus diesen 28 Items mit Hilfe der Faktorenanalyse die Gruppenbildung zusammengehöriger Symptome. Es ergaben sich klare Trennungen der Symptomgruppen. Die erste und häufigste Gruppe, die sich durch die Faktorenanalyse ergab, wurde *Primary Blues* genannt und umfasste folgende Symptome: *tearful (weinerlich)*, *tired (müde)*, *anxious (ängstlich)*, *over-emotional (emotional überreagierend)*, *up and down in mood (Hochs und Tiefs in der Stimmung)*, *low spirited (bedrückt)*, *muddled in thinking (durcheinander)*. Als wichtiges Ergebnis dieser Analyse zeigte sich, dass eine depressive Stimmungslage nicht als Teil des *Primary Blues* auftrat. Die Autoren hielten eine tägliche Symptomerfassung für unerlässlich, um den charakteristischen Gipfel der Symptome zwischen dem dritten und dem fünften postpartalen Tag zu erfassen. Die Nutzung des Fragebogens in unserer Studie ist als Anlehnung an das Instrument zu verstehen, da die Anwendung nicht nach allen Kriterien der Autoren erfolgte. Einige zusätzliche Symptome wurden in unserer Studie einbezogen. Die deutsche sowie spanische Fassung des Fragebogens wurde mittels Übersetzung und

Rückübersetzung von Sarnowski und mir erstellt, da keine validierte Fassung vorhanden war. Kennerley/Gath (1989) waren von einer hormonellen Genese des Blues ausgegangen. Sie werteten Symptome, die sich nach den Angaben der Frauen im Wochenbett verändert hatten, und demnach anders waren als vor der Geburt, als charakteristisch für den Blues. In dieser Untersuchung wurde nicht überprüft, ob eine Bluessymptomatik bereits in der Schwangerschaft aufgetreten war. Der Entwicklung ihres Fragebogens lag wie erwähnt die Auffassung zu Grunde, dass der Blues postpartal durch hormonelle Veränderungen entstehe und in der Schwangerschaft nicht auftrete.

In den Untersuchungen des MPPP kam der Fragebogen in einer abgeänderten Form zum Einsatz, da es uns nicht zulässig erschien, Symptome, die schon in der Schwangerschaft vorhanden waren, in der Erfassung des Blues auszuschließen. Würden vorher aufgetretene Symptome aus der Erhebung ausgeschlossen, wäre eine Überprüfung verschiedener Hypothesen letztlich nicht zulässig, da nur die Annahme der Verursachung durch endokrine Faktoren diese Art der abrupten Veränderungen rechtfertigen würde. In unserer Untersuchung wird daher nur das Vorhandensein beziehungsweise das Nicht-Vorhandensein der Symptome gewertet.

Bei der statistischen Auswertung des Fragebogens werden die Fragen 3, 5, 12, 18, 19, 24 und 28 umkodiert, um die kompletten Scores bilden zu können. Der Wert 0 wurde durch 1 ersetzt und vice versa.<sup>60</sup>

### **5.3.2 Scale for measuring the Maternity Blues nach Stein (1980)**

Stein (1980) vermutete einen Zusammenhang zwischen einer Veränderung des Körpergewichts und des mentalen Zustands. Zur Erfassung der Symptome entwickelte er einen Fragebogen. 15 Fragen zur Befindlichkeit sollten den momentanen Zustand der Wöchnerin erfassen. Im Fragebogen werden folgende Symptome abgefragt: Depression, Weinen, Ängstlichkeit, Erschöpfung, Verwirrtheit, Kopfschmerzen, Träume, Anspannung, Ruhelosigkeit, Vergesslichkeit, Anorexie, Irritierbarkeit, Schmerzen, die nicht auf die Geburt zurück zu führen sind, und mangelnde Konzentrationsfähigkeit. Dabei zeigte sich, dass einige Symptome (Depression, Weinen, Kopfschmerzen, Träume, Ruhelosigkeit und Irritierbarkeit) zwischen dem vierten und sechsten postpartalen Tag ein Häufigkeitsmaximum erreichten. Dies hielt Stein für ein spezifisches Charakteristikum des Baby Blues.

Im ersten Teil des Fragebogens (Frage A-H) gab es für jede Antwort einen eigenen Punktwert (von 0-4). Die Fragen im zweiten Teil (I-O) werden mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet (für jedes „Ja“ wird ein Punkt gewertet). Ursprünglich war der Fragebogen zur täglichen Erfas-

---

<sup>60</sup> Dieses Verfahren wurde bei allen Arbeiten des MPPP gleichermaßen angewandt um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten.

sung eines Punktwerts konzipiert worden. Auf eine tägliche Befragung der Wöchnerinnen wurde aus den bereits in Kapitel 5.2.3 S.42 erläuterten Gründen verzichtet.

Bei der Auswertung des Fragebogens wurden die für die verschiedenen Aussagen angegebenen Punkte addiert. So konnte ein Minimalwert von 0 Punkten und Maximalwert von 28 Punkten erreicht werden. In der hier vorliegenden Studie wurde, in Absprache mit den anderen Teilnehmern der Forschungsgruppe, ein Cut-Off Wert von 8 Punkten festgelegt<sup>61</sup>. Ist ein Wert gleich 8 oder größer, spricht man von einem Baby Blues.

### **5.3.3 Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox, Holden, Sagovsky, 1987)**

Die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ist derzeit wohl das bekannteste und wichtigste Instrument zur Erfassung der Wochenbettdepression, wird aber auch in verschiedenen Studien als Screening Instrument für den Baby Blues verwendet (Hannah, 1992; Yamashita, 2003; Kosińska-Kaczyńska, 2008). In einem Selbsteinschätzungsfragebogen kommen zehn Fragen zur Befindlichkeit in einer vierstufigen Skala schriftlich zur Beantwortung vor. Jede Frage wird mit einem Punktwert von null bis drei bewertet.

1987 wurde das Instrument von Cox, Holden und Sagovsky zur sekundären Prävention der postpartalen Depression entwickelt, da bisher vorhandene Screening Instrumente zur Erfassung der Depression im Wochenbett als nicht geeignet angesehen wurden. Die EPDS erfasst, anders als andere Depressionsinstrumente keine körperlichen Symptome, da diese im Wochenbett nicht eindeutig auszuwerten sind. Der EPDS als Selbsteinschätzungsfragebogen ist ein Screening Instrument und kann nicht ohne weiteres als diagnostisches Mittel genutzt werden (Eberhard-Gran, 2001). In einer Übersichtsarbeit wurden Validierungsstudien des EPDS in verschiedenen Sprachen untersucht<sup>62</sup> (Eberhard-Gran, 2001). Das Screening Instrument wurde in mehreren Untersuchungen gegen die klinische Diagnose einer Wochenbettdepression getestet, um so die Sensitivität und Spezifität zu erfassen. Da es für den EPDS keinen einheitlichen Grenzwert gibt - dieser wird im Bereich des Summenwertes zwischen 8,5 und 12,5 angegeben - variieren die Werte der Sensitivität zwischen 65% und 100%, die der Spezifität zwischen 49% und 100%. Ein hoher Grenzwert hat eine niedrigere Sensitivität und eine höhere Spezifität für die Erfassung der Depression zur Folge. Umgekehrt ergibt ein niedriger Grenzwert eine höhere Sensitivität sowie eine geringere Spezifität (Eberhard-Gran, 2001).

---

<sup>61</sup> Stein (1980) verwendete ebenfalls einen Cut-Off Wert von 8 Punkten. Zeigte sich bei einer Probandin ein Wert von 8 oder mehr Punkten, lag eine Stimmungsveränderung vor.

<sup>62</sup> Vgl. exemplarisch: deutsch: Bergant et al. 1998a und 1998b; italienisch: Carpiello et al. 1997, Benvenuti et al. 1999; chinesisch: Lee et al. 2001; türkisch: Engindeniz, Küey und Kültür 1996; punjabi: Clifford, Day und Cox 1999 und viele andere Sprachen.

Die Diskussion um den adäquaten Grenzwert führte bisher nicht zu einer einheitlichen Lösung.

Im Rahmen dieses Forschungsprojekts ist der EPDS als Screening Instrument in den verwendeten Fragebogen implementiert. Als Grenzwert ist ein Wert von 9,5 (Delius, 2006) für die postpartale Depression angenommen, der gleiche Wert ist auch als kritischer Wert für den PPB festgelegt.

#### **5.4 Hypothesen**

Folgende Hypothesen und daraus entstehende Fragestellungen werden in der Studie anhand der erhobenen Daten und den daraus gewonnenen Ergebnissen überprüft.

##### **I. In Honduras tritt der Blues weniger häufig auf als in Kulturen der westlichen Länder.**

Der Blues stellt eine pathologische Reaktion dar auf zunehmende Entfernung und Entfremdung von traditionellen, evolutionär bewährten Formen der Geburt, des Wochenbetts und auf die zunehmende Institutionalisierung der Geburt und der Postpartalzeit. Eine hohe Prävalenz des PPB wäre demnach im Sinne des „*culture bound syndrome*“ (Stern/Kruckman 1983; Ugarriza, 1992) kulturspezifisch. Er tritt, so die Hypothese, in traditionellen Kulturen weniger häufig auf.

Daraus resultieren folgende Fragestellungen:

Wie häufig ist der Blues im frühen Wochenbett in Honduras?

Ist die Häufigkeit vergleichbar mit der Häufigkeit in anderen Studien?

Ist das Konzept, das die Wöchnerinnen und die Hebammen vom PPB in Honduras haben vergleichbar mit dem Konzept des Blues in Deutschland?

##### **II. In Honduras tritt bei Hausgeburten der Blues weniger häufig auf als bei institutionalisierten Geburten.**

Wird der PPB im Sinne eines „*culture bound syndrome*“ (Dammann/Schiefenhövel, 1998) betrachtet, muss davon ausgegangen werden, dass eine zunehmende Entfernung von traditionellen Geburtsformen (Pop, 1995) und Geburtsriten und eine zunehmende Medikalisierung und Unterbrechung der heimischen Routine eine vermehrte Störungsanfälligkeit für Stimmungsschwankungen hervorruft.

Daraus resultieren folgende Fragestellungen:

Wie häufig ist der Blues in Honduras bei Hausgeburten im Vergleich zu Krankenhausgeburten?

Ist das subjektive Empfinden bei einer Hausgeburt im Haus der Schwangeren oder der Hebamme vorteilhaft für die Vermeidung des Blues?

Welche Faktoren spielen bei der individuellen Entscheidung für die Art der Geburt eine Rolle?

### **III. Der PPB ist ein multifaktoriell bedingtes Störungsbild.**

Aufgrund der bisherigen Erkenntnisse kann davon ausgegangen werden, dass es sich beim PPB um ein multifaktoriell (biologisch, psychisch, sozial) bedingtes Störungsbild handelt. Als mögliche Faktoren werden unter anderem angenommen: der Verlauf der Schwangerschaft (Handley, 1980), die Geburt (Hannah, 1992), die erfahrene Unterstützung durch das familiäre und soziale Umfeld, das Wohlbefinden im Wochenbett und Krankenhaus (Schiefenhövel, 2007a), vorhandene psychische Erkrankungen in der Familie (Stein, 1980; Hapgood, 1988) sowie der Körperkontakt mit dem Säugling. Es wird angenommen, dass vor allem psychosoziale Faktoren, wie die mehr oder weniger intensive Unterstützung durch den Partner die Entstehung eines PPB fördern (Murata, 1998).

Daraus resultieren folgende Fragestellungen:

Gibt es Hinweise, dass es sich beim Baby Blues um ein unifaktorielles Krankheitsbild mit rein endokrinologischem Ursprung handelt?

Welches sind die häufigsten Symptome des PPB?

Handelt es sich um eine eigene Störungsentität?

### **IV. Prädisponierende Faktoren und Persönlichkeitsmerkmale beeinflussen den PPB entscheidend.**

Prädisponierende Faktoren sind in der Regel nicht veränderbar und bereits zum Zeitpunkt der Schwangerschaft vorhanden. Hierzu zählen nicht Risikofaktoren rund um die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett.

Persönlichkeitsmerkmale wie Alter, Parität (Yalom, 1968), Religion (Fink, 2009), die familiäre Situation (Ballinger, 1979), psychische Vorerkrankungen in der Familie (Stein, 1980) oder das prämenstruelle Syndrom (Hapgood, 1988) beeinflussen die PPB Wahrscheinlichkeit signifikant.

Daraus resultieren folgende Fragestellungen:

Welche Faktoren spielen hierbei die entscheidende Rolle?

Wie variieren diese Faktoren in den unterschiedlichen Vergleichsgruppen?

#### **V. In Honduras prädisponieren Risikofaktoren im Verlauf der Schwangerschaft für Stimmungsschwankungen im frühen Wochenbett.**

Stimmungsschwankungen und physische Beschwerden in der Schwangerschaft sind ein wichtiger Prädiktor für dysphorische Zustände im Wochenbett (Harris, 1980; Stein, 1980). Physische Faktoren wie Schmerzen oder vermehrtes Erbrechen (Becker, 2004) in der Schwangerschaft haben einen negativen Einfluss auf das Befinden nach der Geburt.

Verschiedene soziale Einflussfaktoren wie beispielsweise die Partnerschaftssituation und die Unterstützung aus dem familiären Umfeld spielen für das subjektive Erleben einer Schwangerschaft und das Erleben des frühen Wochenbetts eine entscheidende Rolle.

Daraus resultieren folgende Fragestellungen:

Welche psychischen Faktoren spielen während der Schwangerschaft eine wichtige Rolle?

Welche physischen Faktoren weisen auf eine erhöhte Prädisposition für einen PPB hin?

#### **VI. In Honduras spielt der Geburtsverlauf eine maßgebliche Rolle bei der Entstehung des Blues.**

Obstetrische Faktoren stehen im Verdacht, die Häufigkeit des PPB zu beeinflussen. Hierzu zählen der Ablauf der Geburt, die Anwendung von Schmerzmedikation (Hannah, 1992) oder einer Medikation zur Beschleunigung der Geburt, operative Eingriffe wie der Kaiserschnitt, die Dauer bis zum ersten Anlegen an die Brust der Mutter, das Verhältnis zur Hebamme sowie der Kontakt zum Kind in der postpartalen Phase.

Daraus resultieren folgende Fragestellungen:

Welche Faktoren spielen hierbei die entscheidende Rolle?

Wie variieren diese Faktoren in den unterschiedlichen Vergleichsgruppen?

#### **VII. In Honduras beeinflussen Faktoren im Wochenbett die Blueshäufigkeit maßgeblich.**

Besuche und andere Störungen der Wöchnerin (Schiefenhövel, 2007a), das Stillverhalten (Kennerley/Gath,1989), Ängste (Yalom, 1968) oder auch die Behandlungsbedürftigkeit des Kindes werden in der Literatur als Faktoren für den PPB verantwortlich gemacht. Ein unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang zwischen der Ursache, den Symptomen und der Störung wird somit angenommen (Dammann/Schiefenhövel, 2007).

Daraus resultieren folgende Fragestellungen:

Welche Faktoren spielen hierbei die entscheidende Rolle?

Spielt ein gestörtes Bonding eine Rolle bei der Entstehung des PPB?

Gibt es Hinweise, dass es sich beim PPB um ein Signalsystem für Unwohlsein, Missbefinden oder Bedürfnisse im frühen Wochenbett handelt?

### **VIII. Ein besseres Verständnis und eine bessere Kenntnis des PPB ermöglichen eine bessere Vorbereitung auf die Geburt, eine humanere Geburt sowie eine bessere Nachsorge im Wochenbett.**

Der PPB ist eine Folge mangelnder Vorbereitung auf die Geburt sowie fehlender Erfahrung im Umgang mit dem Neugeborenen. In traditionellen Kulturen, wie beispielsweise in Honduras, funktionieren die Kompensationsmechanismen für psychische und physische Belastungen besser. Es existiert eine klare Rollenzuweisung sowie ein evolutionsbiologisch bewährtes Rituenschema für die Frauen. Außerdem weisen oft bereits Erstgebärende Erfahrungen mit den Geburtssituationen auf.

Daraus resultieren folgende Fragestellungen:

Gibt es eine praktische Anwendung der in der vorliegenden Studie gewonnenen Ergebnisse für die Wöchnerinnen in Honduras und in Deutschland?

Wie können diese umgesetzt werden?

Inwieweit können kulturelle Adaptationsmechanismen Frauen in Deutschland helfen, sich besser auf die Herausforderungen im Wochenbett vorzubereiten bzw. einzustellen?

### **5.5 Statistische Auswertung**

Die Dateneingabe erfolgte in eine vom MPPP standardisierte Eingabemaske. Die Auswertung folgte den, durch das MPPP festgelegten, Anleitungen und Richtlinien.

Die Datenauswertung wurde mit der Statistiksoftware SPSS für Windows (Version 17.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA) vorgenommen. Als deskriptive Statistiken für quantitative Merkmale wurde der Mittelwert bzw. Median, die Standardabweichung sowie die Spannweite



(Minimum und Maximum) angegeben. Für kategoriale Merkmale wurden absolute und relative Häufigkeiten (in %) berichtet.

Um zwei unabhängige Individuengruppen hinsichtlich der Verteilung kontinuierlicher Merkmale zu vergleichen, wurde als nicht-parametrisches Verfahren der Mann-Whitney-U Test angewandt. Für den Vergleich von mehr als zwei unabhängigen Gruppen wurde zunächst ein Gesamttest auf Verteilungsheterogenität mittels Kruskal-Wallis Test durchgeführt. Nur im Falle eines signifikanten Omnibustestwertes wurden dann, entsprechend einer hierarchischen Testprozedur, paarweise post-hoc Vergleiche mittels Mann-Whitney-U Test vorgenommen. Mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests wurde geprüft, ob signifikante Assoziationen zwischen kategorialen Merkmalen bestehen, bzw. ob sich die Häufigkeitsverteilung qualitativer Variableausprägungen in unabhängigen Subgruppen unterscheidet.

Um den monotonen Zusammenhang zweier quantitativer Merkmale zu analysieren (nicht-parametrische bivariate Korrelation) wurde der Korrelationskoeffizient nach Spearman berechnet.

Alle statistischen Analysen erfolgten zu einem zweiseitigen Signifikanzniveau von 5%.

Aufgrund des explorativen Charakters der vorliegenden Arbeit in Honduras und der daraus resultierenden Vielzahl an Untersuchungen (Subgruppenanalysen), konnte der Problematik des „multiplen Testens“ nicht effizient Rechnung getragen werden, da eine Korrektur des Signifikanzniveaus für alle vorgenommenen Tests zu stark konservativen Ergebnissen geführt hätte.

## 6 Empirische Untersuchung

### 6.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Interviews wurden im Zeitraum von August 2006 bis Januar 2007 im Studiengebiet in Honduras durchgeführt. An der Studie nahmen 105 Probandinnen teil<sup>63</sup>. Eine Frau mit einer Totgeburt wurde nicht in der Studie berücksichtigt, eine weitere Wöchnerin brach die Befragung aufgrund eines langen Heimwegs ab und wurde nicht in das Studienkollektiv aufgenommen.

Die Interviews erfolgten in spanischer Sprache. Ursprünglich sollten die Wöchnerinnen im Rahmen des MPPP den Fragebogen selbstständig ausfüllen; dies war aufgrund mangelnder Lese- und Schreibkenntnisse jedoch nicht möglich. Deshalb wurden die Fragebögen in Form von Interviews beantwortet, die durch den Verfasser durchgeführt wurden und in der vorgegebenen Reihenfolge abliefen.

Die Gespräche wurden überwiegend im Wohnhaus der Wöchnerinnen, teilweise im Gesundheitszentrum von Talanga durchgeführt. Zum Zweck der Befragung besuchte ich die Probandinnen in ihren Dörfern oder bekam einen Raum im Gesundheitszentrum zur Verfügung gestellt. In den meisten Fällen bevorzugten die Wöchnerinnen ihr Zuhause, um sich besser um das Neugeborene sowie den Haushalt kümmern zu können. Alle Probandinnen nahmen freiwillig und ohne Entlohnung an der Studie teil.

#### 6.1.1 Soziodemographie

##### Alter

Die 105 befragten honduranischen Wöchnerinnen waren im Mittel 25,0 Jahre alt. Die jüngsten drei Probandinnen zum Zeitpunkt der Geburt waren 15 Jahre, die älteste Frau 42 Jahre alt.

**Tabelle 3: Altersverteilung der honduranischen Wöchnerinnen.**

Alter in Jahren	Anzahl der Probandinnen	in Prozent
≤20	32	30,5
21-25	27	25,7
26-30	23	21,9
31-35	17	16,2
36-40	4	3,8
>40	2	1,9
Gesamt	105	100,0

<sup>63</sup> Einige Fragen konnte nicht von allen Wöchnerinnen beantwortet werden. Hieraus ergeben sich bei der Beschreibung der Stichprobe und im Ergebnisteil abweichende Zahlen an Probandinnen (z.B, n=104; n=103 usw.)

## **Herkunft**

Alle Wöchnerinnen wurden in Honduras geboren. In einem Dorf wuchsen 43,8% (n=46), in einer Kleinstadt 43,8% (n=46) und 12,4% (n=13) in einer Großstadt auf. Alle Partner der Wöchnerinnen wurden ebenfalls in Honduras geboren. Zum Zeitpunkt der Befragung wohnten 39,6% (n=42) der Wöchnerinnen im Haus der Eltern, im Haus der Schwiegereltern 19,8% (n=21). Mit weiteren Angehörigen unter einem Dach wohnten 20,8% (n=22) der Wöchnerinnen und 61,3% (n=65) hatten Verwandte in der Ortschaft oder im Dorf.

## **Familienstand und Partnersituation**

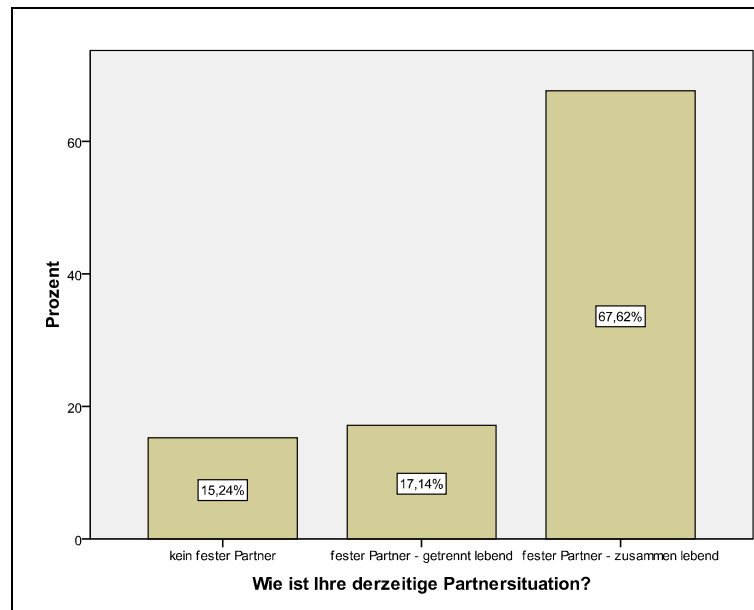
Zum Zeitpunkt der Befragung waren 84,8% (n=89) der Wöchnerinnen ledig, 14,2% (n=15) verheiratet und 1% (n=1) getrennt oder geschieden lebend. Der außergewöhnlich hohe Anteil der ledigen Frauen beruht auf der Tatsache, dass ein großer Teil der Befragten nicht die finanziellen Mittel besitzt, eine Hochzeit auszurichten. In der honduranischen Kultur ist es üblich, ein großes Hochzeitsfest zu feiern und danach ein eigenes Haus zu beziehen. Diese finanzielle Belastung können die meisten Paare nicht bewältigen. Obwohl sie in einer häuslichen Gemeinschaft leben, bleibt „ledig“ der Zivilstatus. Relativiert wird der hohe Prozentsatz der ledigen Wöchnerinnen durch den hohen Prozentsatz der festen Partner. Haben die Paare nicht die Möglichkeit zu heiraten, so leben sie in „union libre“, einer festen Beziehung mit eheähnlichen Umständen.

Mit einem festen Partner lebten 67,6% (n=71) der Probandinnen. 17,1% (n=18) hatten einen festen Partner, lebten aber räumlich getrennt<sup>64</sup>. Ohne einen festen Partner lebten 15,2% (n=16).

---

<sup>64</sup> Der relativ hohe Anteil der getrennt lebenden Partner rührt aus der häufigen Migration in die USA oder nach Spanien. Häufig gehen die Partner in diese Länder, um das wirtschaftliche Überleben zu sichern und lassen die Schwangeren bei Familienangehörigen zurück.

**Diagramm 1: Partnersituation in Prozent (n=105)**



Mit ihrer gegenwärtigen Partnersituation zufrieden zu sein gaben 81,7% (n=85) der Frauen an, unzufrieden zeigten sich 18,3% (n=19) der Wöchnerinnen. Gründe für Unzufriedenheit mit der Partnerschaft waren eine instabile Beziehung, Trennung, Alkoholismus, Missbrauch und mangelnde Kooperation des Partners. Eine Wöchnerinnen machte hierzu keine Angaben.

### **Anzahl der Schwangerschaften und Anzahl der Kinder**

Primipara waren 30,5% (n=32) der Wöchnerinnen, Multipara 69,5% (n=73). Die höchste Anzahl an Schwangerschaften betrug 13, der Mittelwert 3,02.

Bei 4,7% (n=5) der Wöchnerinnen war früher bereits ein Kind in den ersten 200 Tagen postpartum verstorben, bei einer Frau verstarben drei Kinder postpartum. Eine oder mehrere Totgeburten hatten bereits 5,6% (n=6), 12,2% (n=13) eine oder mehrere Fehlgeburten<sup>65</sup>. Die Anzahl der Frühaborte konnte nicht ermittelt werden.

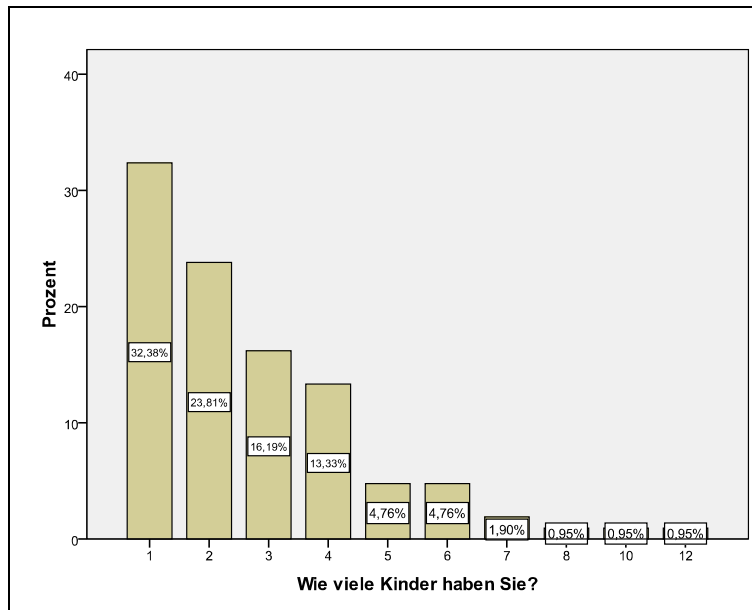
Bei keiner der Frauen wurde ein künstlicher Schwangerschaftsabbruch durchgeführt. Jedoch ist diese Zahl nur bedingt aussagekräftig, da der Schwangerschaftsabbruch in Honduras gesetzlich unter Strafe steht und illegal geschieht. Schwangerschaftsabbrüche werden meist in Privathäusern durchgeführt, das begleitende Personal sowie die Schwangeren gehen ein hohes Risiko ein. Ein medizinisch indizierter Schwangerschaftsabbruch wurde nicht vorgenommen.

Zum Zeitpunkt der Befragung hatten 32,4% (n=34) der Wöchnerinnen ein Kind, 23,8% (n=25) zwei Kinder und 43,8% (n=46) zwei oder mehr Kinder. Durchschnittlich hatte jede

<sup>65</sup> Zwölf Frauen gaben eine Fehlgeburt in der Vorgeschichte an, eine Frau bereits zwei.

Wöchnerin zum Zeitpunkt der Befragung 2,76 Kinder. Die höchste Anzahl an Kindern lag bei zwölf. Die Anzahl der Kinder schließt den Säugling jeweils mit ein.

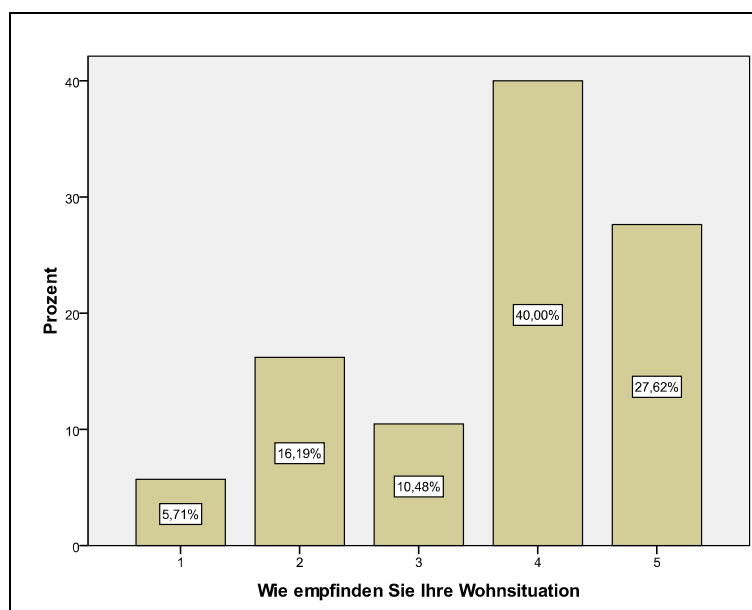
**Diagramm 2: Anzahl der Kinder (n=105)**



### Wohnsituation

Die durchschnittliche Personenzahl pro Haushalt betrug 6,4 Personen. Im Mittel umfasste der Haushalt 3,1 Erwachsene und 3,3 Kinder. Der größte Haushalt beherbergte 14 Personen und der kleinste zwei. Ihre Wohnsituation empfanden 67,6% (n=71) als gut oder sehr gut, 21,9% (n=23) als schlecht oder sehr schlecht, 10,5% (n=11) schätzten ihre Wohnsituation als befriedigend ein.

**Diagramm 3: Empfinden der Wohnsituation (n=105) (1-sehr schlecht bis 5-sehr gut)**



## Religion

Im ländlich geprägten Studiengebiet ist der Einfluss der traditionell verbreiteten katholischen Kirche stark zurückgegangen. Von den Frauen gaben 29,5% (n=31) an, katholischen Glaubens zu sein, und 36,2% (n=38) protestantischen Glaubens. Anderen Religionen fühlten sich 6,6% (n=7) zugehörig, keiner Religion 27,4% (n=29) verbunden. Unter andere Religionen fallen zum Beispiel Mormonen, Scientology oder andere Freikirchen. Die starke Verschiebung vom katholischen Glauben zu anderen Glaubensrichtungen hat oft pragmatische Gründe. Manche Kirchen bieten ihren Mitgliedern Privilegien an, wie zum Beispiel kostenlose medizinische Versorgung, kostenlose Zusatzuntersuchungen in der Schwangerschaft, kostenloser Transport in die Geburtsklinik oder Ausbildung der Kinder an privaten Schulen.

**Tabelle 4: Religionszugehörigkeit**

	Häufigkeit	Prozent
keine	29	27,6
evangelisch	38	36,2
katholisch	31	29,5
andere	7	6,7
Gesamt	105	100

54,3% (n=57) der Wöchnerinnen bezeichneten sich als bewusst religiös, 45,7% (n=48) maßen dem Glauben keine besondere Bedeutung zu.

## Beruf und Ausbildung

Der Stand der schulischen Ausbildung lässt sich in Honduras am besten anhand der Variablen „Jahre Schulbildung“ erfassen. Das dortige Schulsystem ist in Teilbereiche gegliedert. Die Grundschule („Primaria“) umfasst eine sechsjährige Ausbildung. Im ländlichen Raum ist es üblich, dass junge Frauen lediglich diese schulische Bildung absolvieren. Auf die Grundschule folgt die Mittelschule („Colegio“), diese umfasst eine dreijährige Ausbildung. Nach insgesamt neun Jahren folgen die weiterführenden Schulen („Bachilerato“). Im ländlichen Raum erhalten nur wenige junge Menschen die Gelegenheit, diese zu besuchen.

Die durchschnittliche Schulbildung beträgt in der Studiengruppe 5,98 Jahre (n=102<sup>66</sup>). Keinen oder den Grundschulabschluss erreichten 78,4% (n=80) der Probandinnen. Die Mittelschule schlossen 6,9% (n=7) ab und 13,7% (n=14) schafften eine weiterführende Schule. Zum Zeitpunkt der Befragung gaben 0,9% (n=1) der Probandinnen an, einem Studium nachzugehen.

---

<sup>66</sup> Einige Fragen konnte nicht von allen Wöchnerinnen beantwortet werden. Hieraus ergeben sich bei der Beschreibung der Stichprobe und im Ergebnisteil eine abweichende Zahl an Probandinnen (z.B. n=104; n=103 usw.)

**Tabelle 5: Schulbildung**

	Häufigkeit	Prozent
studiert noch	1	1,0
Grundschule („Primaria“)	45	44,1
sekundär Schule („Colegio“)	7	6,9
weiterführende Schule („Bachilerato“)	14	13,7
ohne Schulabschluss	35	34,3
Gesamt	102	100,0

Berufsausbildung lässt sich aufgrund des großen informellen Sektor in der honduranischen Gesellschaft nur schwer quantifizieren und klassifizieren. Einen Beruf erlernt zu haben, gaben 16% (n=16) an. Nie einen Beruf erlernt haben 84% (n=84). Einfache Tätigkeiten als Arbeiterin führten zuletzt 33,7% (n=34) aus, noch nie berufstätig waren 50,5% (n=51) gewesen. Als Fachangestellte, Beamtin oder höhere Beamtin arbeiteten 14,9% (n=15).

Zum derzeitigen Berufsstand gaben 94,9% (n=94) der Frauen an, ausschließlich im häuslichen Bereich tätig zu sein. Lediglich 2% (n=2) waren in Voll- oder Teilzeit beschäftigt. Eine Probandin war zum Zeitpunkt der Befragung noch Schülerin. Die Erfassung der Arbeitslosigkeit gestaltete sich schwierig, denn viele Frauen und Männer arbeiten als Tagelöhner oder geringfügig Beschäftigte und haben somit kein regelmäßiges Einkommen, und können nicht als arbeitslos bezeichnet werden.

### 6.1.1 Krankengeschichte und Schwangerschaftsanamnese

67,3% (n=70) der Wöchnerinnen gaben an keine besonderen Krankheiten in ihrer Vorgeschichte durchgemacht zu haben. Unter psychischen Erkrankungen litten 20,2% (n=21). Hierbei handelte es sich um eine subjektive Einschätzung, denn psychische Krankheiten werden in der Regel in Honduras aufgrund mangelnder Infrastruktur nicht diagnostiziert und ebenfalls nicht therapiert. Zu den psychischen Erkrankungen wurden Traurigkeit („tristeza“), Depression („depresión“), Angstzustand („ansiedad“), Verrücktheit („locura“), Suizid („suicidio“) und Sucht („vicio“) gezählt. Gynäkologische Vorerkrankungen gaben 4,8% (n=5) der Wöchnerinnen an und andere Erkrankungen nannten 7,7% (n=8).

**Tabelle 6: Erkrankungen in der Vorgeschichte**

	Häufigkeit	Prozent
Nein	70	67,3
Psychisch	21	20,2
Gynäkologisch	5	4,8
Andere	8	7,7
Gesamt	104	100,0

Keine psychischen Erkrankungen in der Familie gaben 51% (n=53) an, 40,4% (n=42) Depressionen und 8,7% (n=9) andere Erkrankungen. Eine Erfassung des Schweregrads der Krankheit und der Konsequenzen gestaltete sich schwierig.

Unter dem „prämenstruellen Syndrom“ litten 43,7% (n=45), 56,3% (n=58) zeigten keine Beschwerden.

**Tabelle 7: Häufigkeit des „prämenstruellen Syndroms“**

	Häufigkeit	Prozent
nein	58	56,3
ja	45	43,7
Gesamt	103	100

68,0% (n=51) der Frauen, die bereits eine oder mehrere Schwangerschaften erlebt hatten, gaben an, sich nach früheren Entbindungen psychisch wohl gefühlt zu haben. Beeinträchtigungen der Stimmung zeigten 32,0% (n=24). Häufig genannte Gründe hierfür waren gesundheitliche Probleme des Kindes, Totgeburten, Weinen oder „die Nerven“ (span. los nervios).

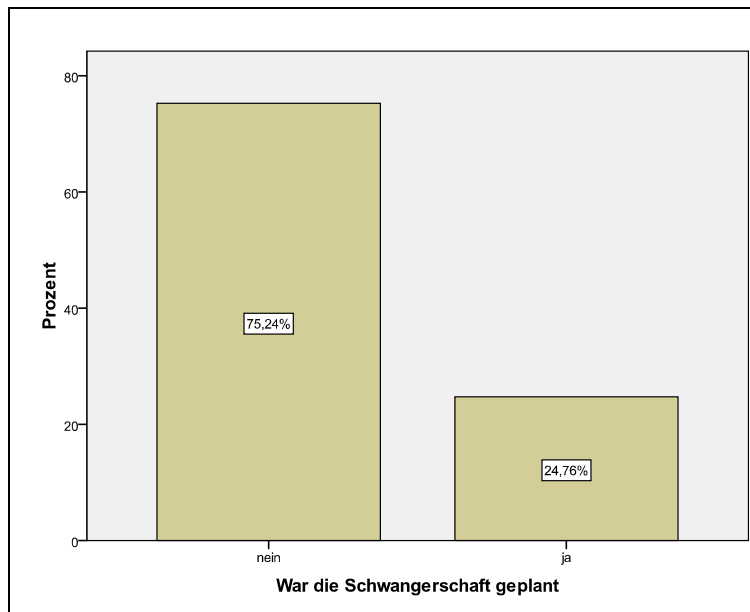
### **6.1.3 Schwangerschaft und Geburt**

#### **Schwangerschaft**

Beim überwiegenden Teil (75,2%, n=79) der Wöchnerinnen war die Schwangerschaft nicht geplant. Dies hängt mit der kulturellen Geschlechterrolle in Honduras zusammen sowie mit der geringen Verbreitung von empfängnisverhütenden Maßnahmen und dem starken Einfluss der religiösen Gruppen, die häufig eine Familienplanung unter zu Hilfenahme von empfängnisverhütenden Mitteln verbieten. Die Schwangerschaft geplant zu haben gaben 24,8% (n=26) der Frauen an.



**Diagramm 4: Planung der Schwangerschaft in Prozent (n=105)**



Obwohl eine hohe Anzahl der Schwangerschaften nicht geplant war, waren diese dennoch erwünscht<sup>67</sup>. 51,2% (n=43) der ungeplanten Schwangerschaften waren sehr erwünscht. Lediglich 22,7% (n=24) waren nicht oder nur wenig erwünscht.

**Tabelle 8: War die Schwangerschaft dennoch erwünscht?<sup>68</sup>**

	Häufigkeit	Prozent
1 (gar nicht erwünscht)	13	15,5
2 (nicht erwünscht)	11	13,1
3 (neutral)	8	9,5
4 (erwünscht)	9	10,7
5 (sehr erwünscht)	43	51,2
Gesamt	84	100,0

Auf die Schwangerschaft warteten 24,8% (n=26) der Wöchnerinnen, was sich mit der Anzahl an geplanten Schwangerschaften deckt. Es wurden Wartezeiträume von zwei Monaten bis zu sieben Jahren angegeben. In den Gesprächen entstand die Vermutung, dass die Wöchnerinnen eine Schwangerschaft als geplant bezeichneten, wenn sie nicht zufällig, sondern erst nach einer Wartezeit auftritt. 25 der 26 Wöchnerinnen gaben an, ihre Schwangerschaft geplant zu haben und auf diese gewartet zu haben.

<sup>67</sup> Im Durchschnitt gaben die Frauen einen Punktwert von 3,69 an, nicht berücksichtigt wurden Frauen, die lange auf eine Schwangerschaft gewartet hatten.

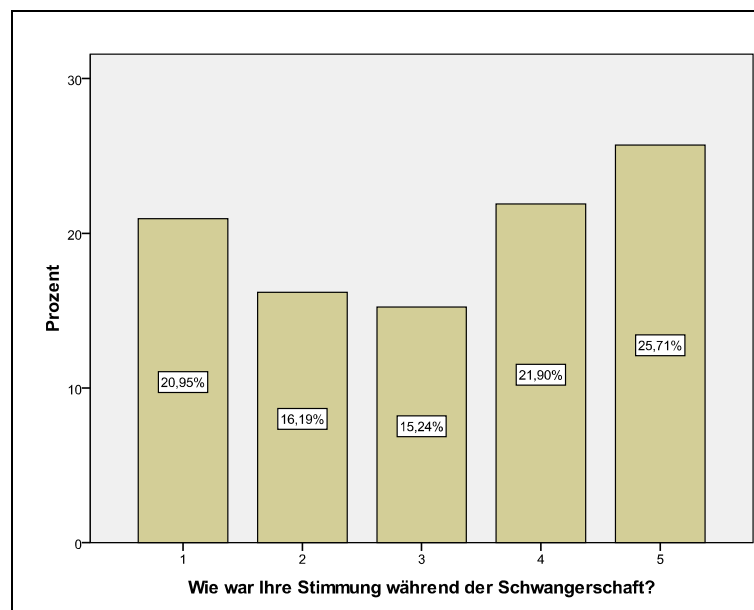
<sup>68</sup> Die Gesamtzahl der „dennoch erwünschten“ Schwangerschaften weicht von den ungeplanten Schwangerschaften ab. Vor allem Frauen, die bereits Kinder Zuhause hatten, folgten den Wünschen des Mannes für eine weitere Schwangerschaft. Die Schwangerschaft wurde also nicht von der Frau explizit geplant, war aber dennoch erwünscht.

Während der Schwangerschaft Probleme gehabt zu haben gaben 64,1% (n=66) an. Fast alle Probleme bezogen sich auf den Gesundheitszustand der Schwangeren (schwangerschaftsassozierte Erkrankungen, Infektionskrankheiten, Stimmungsschwankungen). Eine Frau erwähnte explizit Probleme mit dem Vater des Kindes, in einem Fall verstarb der Vater des Kindes.

Von besonderen Ereignissen in der Schwangerschaft berichteten 45,7% (n=48) der Wöchnerinnen. Hierzu zählten positive und negative Ereignisse. In der Mehrzahl wurden negative Ereignisse, wie der Tod eines Familienmitgliedes oder einer Person im Umfeld, Umzug, Krankheit oder Trennung vom Partner, beschrieben.

Die Stimmung der Wöchnerinnen variierte stark. Ihre Stimmung als schlecht oder sehr schlecht empfanden 47,6% (n=50) wohingegen 37,2% (n=39) ihre Stimmung als gut oder sehr gut einschätzten. Im Mittel ergab sich ein Punktwert von 3,05 (1-sehr gut bis 5-sehr schlecht).

**Diagramm 5: Stimmung der Schwangeren (n=105) (1-sehr gut bis 5-sehr schlecht)**



Die Schwangerschaft hatte bei 46,1% (n=48) der schwangeren Frauen einen positiven oder sehr positiven Einfluss auf die Partnerschaft. Es sagten 22,1% (n=23) der Wöchnerinnen, die Schwangerschaft habe einen negativen oder sehr negativen Einfluss auf die Partnerschaft gehabt. Häufig waren die räumliche Trennung oder die wirtschaftliche Notwendigkeit einer Flucht hierfür verantwortlich.

**Tabelle 9: Veränderung der Partnerschaft während der Schwangerschaft**

	Häufigkeit	Prozent
1 (sehr positiv)	30	28,8
2 (positiv)	18	17,3
3 (keine Veränderung)	33	31,7
4 (negativ)	5	4,8
5 (sehr negativ)	18	17,3
Gesamt	104	100,0

Bei 64,8% (n=68) trat im Verlauf der Schwangerschaft vermehrt Erbrechen auf; somit klagten 35,2% (n=37) nicht über vermehrtes Erbrechen.

**Diagramm 6: Erbrechen während der Schwangerschaft (n=105)**

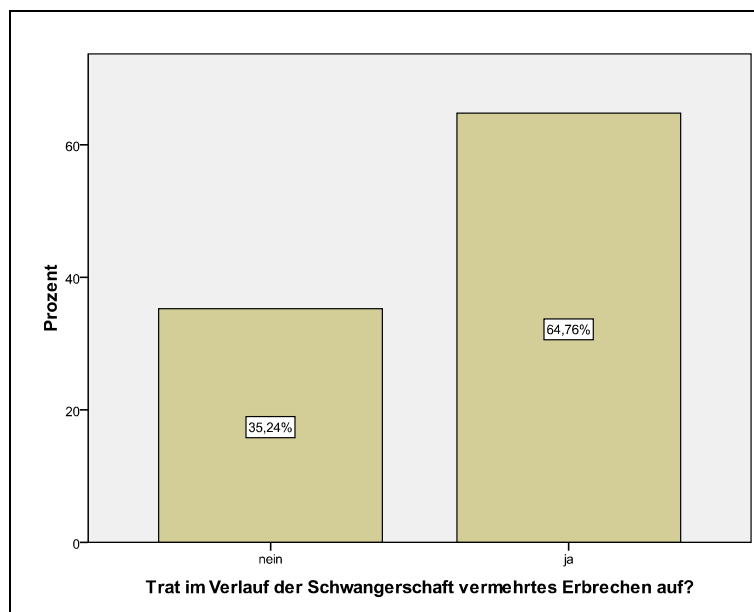
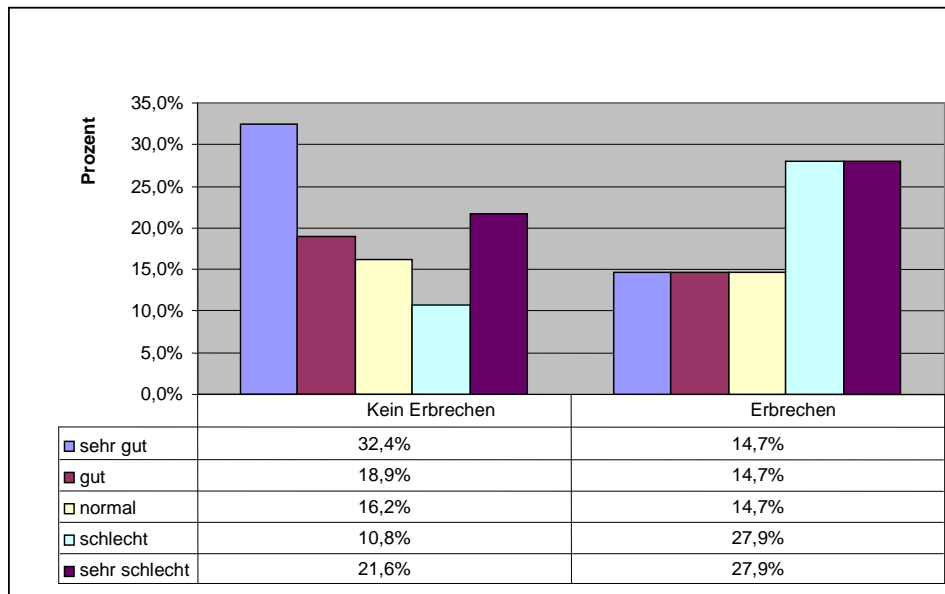


Diagramm 7 gibt Auskunft über das Befinden der Schwangeren in Abhängigkeit der Erbrechenhäufigkeit. Bei subjektiv als vermehrt empfundenem Erbrechen klagten wesentlich mehr Frauen über schlechtes bzw. sehr schlechtes Befinden während der Schwangerschaft (27,9% schlecht, 27,9% sehr schlecht) wohingegen die Schwangeren ohne vermehrtes Erbrechen wesentlich seltener über schlechtes bzw. sehr schlechtes Befinden klagten und tendenziell eher von guter Stimmung während der Schwangerschaft berichteten.

**Diagramm 7: Befinden in der Schwangerschaft in Abhängigkeit von Erbrechen (n=105)**



Während der Schwangerschaft arbeiteten 26,5% (n=27) der Frauen in einem Beruf oder einer geringfügigen Beschäftigung. Zwölf Frauen empfanden diese Belastung als hart oder sehr hart, wohingegen für zehn Frauen die berufliche Tätigkeit keine schwerwiegende Belastung darstellte. Fünf Frauen äußerten sich neutral. Im Haushalt arbeiteten 92,5% (n=98), 7,5% (n=7) der Wöchnerinnen war von diesen Pflichten entbunden und 64,4% (n=67) kümmerten sich um Kinder oder andere Familienangehörige. In vielen Fällen halfen andere Familienmitglieder bei den häuslichen Pflichten, vor allem gegen Ende der Schwangerschaft.

Ein Großteil der Frauen war sehr zufrieden mit der Unterstützung aus dem sozialen Umfeld während der Schwangerschaft. Sehr viel Hilfe aus dem Umfeld erhielten 66,7% (n=68) der Wöchnerinnen. Die Hilfe erfolgte in unterschiedlicher Form, einerseits durch Unterstützung im Haushalt und bei der Kinderbetreuung, andererseits durch finanzielle Unterstützung.

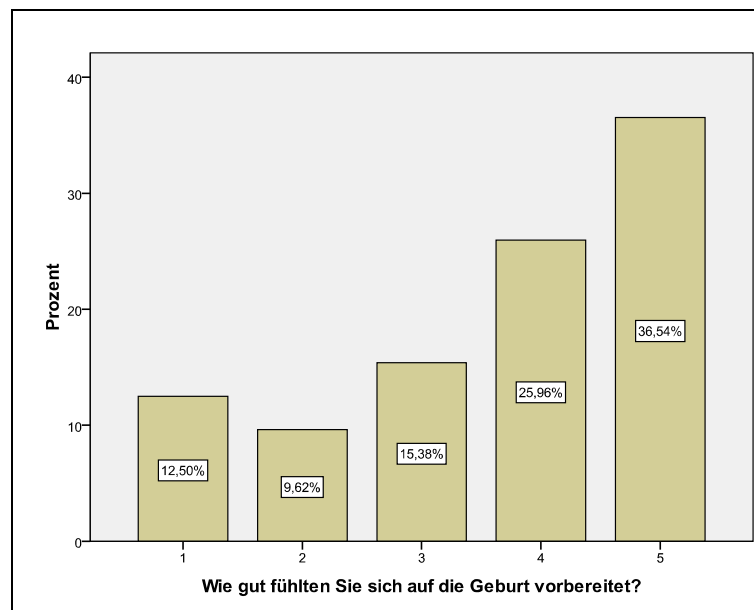
**Tabelle 10: Unterstützung aus dem persönlichen Umfeld**

	Häufigkeit	Prozent
1 (sehr wenig)	15	14,7
2 (wenig)	6	5,9
3 (ausreichend)	6	5,9
4 (viel)	7	6,9
5 (sehr viel)	68	66,7
Gesamt	102	100,0

## Vorbereitung auf die Geburt

Die Geburtsvorbereitung empfanden die meisten Frauen als mittelmäßig bis gut. Der Durchschnittswert beträgt 3,64 (1-sehr schlecht bis 5-sehr gut). Die Vorbereitung als schlecht und mangelhaft empfanden 12,5% (n=13), die Vorbereitungen als sehr gut 36,5% (n=38). In den meisten Fällen wurden die Frauen durch Familienmitglieder auf die Geburt vorbereitet. In Gesprächen mit geburtserfahrenen Frauen wurden der Ablauf der Geburt sowie eventuelle Schwierigkeiten und Probleme diskutiert. Häufig schilderten die Wöchnerinnen, dass sie vor der Geburt ihres ersten Kindes bereits einer Geburt beigewohnt hatten.

**Diagramm 8: Vorbereitung auf die Geburt (n=104) (1-sehr schlecht bis 5-sehr gut)**



Es wurden keine Schwangerenaufklärungskurse von staatlicher Seite angeboten. Die komplette Aufklärung erfolgte im familiären Rahmen oder durch die Hebammen. Lediglich 5,8% (n=6) erhielt ein Aufklärungsgespräch im lokalen Gesundheitszentrum über die Risiken von HIV und Hepatitis in der Schwangerschaft.

Regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen unterzogen sich 65,7% (n=69) der Wöchnerinnen. Keine regelmäßige Untersuchung fand bei 34,3% (n=36) der Frauen statt. Hier wurden lediglich die Vorsorgeuntersuchungen im staatlichen Gesundheitszentrum erfasst. Ein Großteil der Schwangeren besuchte außer den Vorsorgeuntersuchungen in der staatlichen Gesundheitsstation die „Parteras“ (Hebammen, traditional birth attendants, TBA). Nahezu alle Frauen ohne Vorsorgeuntersuchung wurden durch mindestens eine der „Parteras“ betreut. Für eine Vernachlässigung der Vorsorgeuntersuchung gibt es vielfältige Gründe. Viele Frauen sind nicht in der Lage, den zeitlichen Aufwand für den Besuch im Gesundheitszentrum zu leisten. Man-

gelines Vertrauen in das Personal und mangelnde Aufklärung über den Sinn und Zweck der Untersuchungen sind andere Gründe. Viele Frauen empfinden die Untersuchungen auch als Verletzung der Privatsphäre. Vor allem wenn diese durch einen männlichen Untersucher vorgenommen werden. 33% (n=34) unterzogen sich im Laufe der Schwangerschaft einer oder mehreren Ultraschalluntersuchungen. Bei zwei Frauen wurden spezielle Untersuchungen durchgeführt, die diese aber nicht näher bezeichnen konnten.

## Geburt

Bei der Wahl des Geburtssetting (Ort der Geburt, betreuende Personen, sonstige anwesende Personen) spielten verschiedene Faktoren eine wichtige Rolle. Entscheidend waren psychologische Faktoren wie Vertrauen in die Ärzte oder die Hebamme, Angst vor dem Krankenhausbetrieb, vor dem Verlassen der Umgebung und dem langen Weg von 55 bis 60 Kilometern ins nächste Krankenhaus. Außerdem spielten, wie bereits in Kapitel 4.10 S. 36 beschrieben, wirtschaftliche Faktoren eine entscheidende Rolle, aber auch die mangelnden hygienischen Voraussetzungen bei Hausgeburten. Weitere wichtige Faktoren waren Verwandte in der Hauptstadt, die zur Pflege regelmäßig in den jeweiligen Krankenhäusern erscheinen können, und die eigene Kenntnis der Großstadt. Der Anteil der Hausgeburten betrug 38,1% (n=40). Bei 38 Geburten war eine Hebamme anwesend, zwei Geburten liefen ohne Hebamme oder Arzt ab. Im Krankenhaus erfolgten 61,9% (n=65) der Geburten, der größte Anteil entfällt auf das Universitätsklinikum „Hospital Escuela“ in der Hauptstadt Tegucigalpa mit 39% (n=41).

**Tabelle 11: Geburtssetting<sup>69</sup>**

	Häufigkeit	Prozent	Summe
Zuhause	5	4,8	Hausgeburten
Haus der Hebamme	35	33,3	
Hospital Escuela	41	39,0	Krankenhausgeburten
Hospital San Felipe	18	17,1	
Anderes Krankenhaus	6	5,7	
Gesamt	105	100,0	

Vaginal entbanden 86,7% (n=91) der Wöchnerinnen. Per primärer Sectio entbanden 3,8% (n=4) und 9,5% (n=10) per sekundärer Sectio. In Rückenlage verlief die Geburt bei 94,3% (n=99) der Probandinnen, in Hockstellung bei 3,8% (n=4), eine Frau entband in einem Gebärstuhl und eine Gebärende in einer anderen Position.

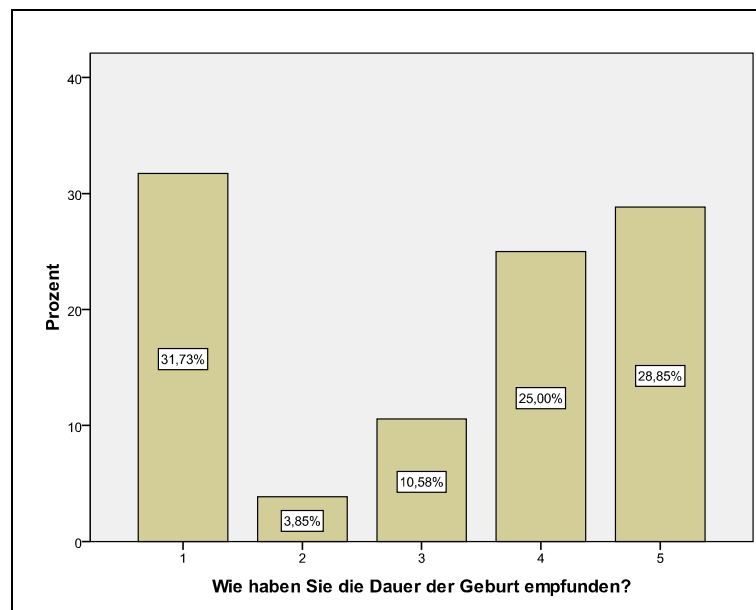
Die Frage des Dammschnitts/-risses konnten speziell die Frauen nach einer Hausgeburt nur schwer beantworten. Die Frauen, die im Krankenhaus entbanden, hatten einen Vermerk im

<sup>69</sup> Alle Krankenhäuser befinden sich in der Hauptstadt Tegucigalpa.

Schwangerschaftspass. Keinen Dammschnitt/-riss gaben 59,0% (n=62) an, bei 22,9% (n=24) wurde ein Dammschnitt durchgeführt. Die Geburt führte bei 18,1% (n=19) zu einem Dammschnitt. Diese Zahlen sind mit Vorbehalt zu betrachten, da die Frauen hierzu selten genaue Angaben machen konnten.

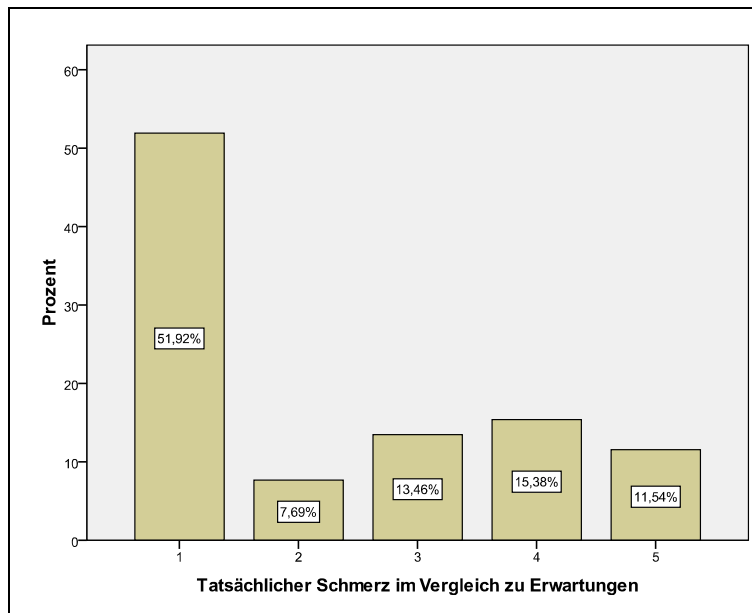
Um das Befinden der Gebärenden einzuschätzen, war die gefühlte Dauer der Geburt wichtig. Die Frauen hatten im Verlauf des Geburtsvorgangs meist keine zeitliche Orientierung und beurteilten die Dauer der Geburt nach eigenem Empfinden. Viele Frauen begaben sich erst dann zum Haus der Hebamme, wenn sie merkten, dass die Geburt unmittelbar bevorstand. Häufig kommen deshalb die Kinder auch im Bus, auf der Strasse oder Zuhause zur Welt. Im Krankenhaus wurden die Frauen in der Regel ebenfalls erst kurz vor der Geburt aufgenommen. Umso wichtiger war es, das subjektive Empfinden über die Dauer der Geburt zu erfassen. Die Geburt als kurz oder sehr kurz empfanden 53,9% (n=56), 35,6% (n=37) als lange oder sehr lange und als normal 10,6% (n=11).

**Diagramm 9: Gefühlte Dauer der Geburt (n=104) (1-sehr lange bis 5-sehr kurz)**



Die Geburt als „viel schmerzhafter“ oder „schmerzhafter“ als erwartet empfanden 59,6% (n=63). Lediglich 26,9% (n=28) empfanden die Geburt als „viel weniger“ oder „weniger“ schmerzhaft als erwartet. Der Mittelwert liegt bei 2,27. Dies zeigt deutlich, dass die Mehrzahl der Frauen den Schmerz stärker empfand als erwartet.

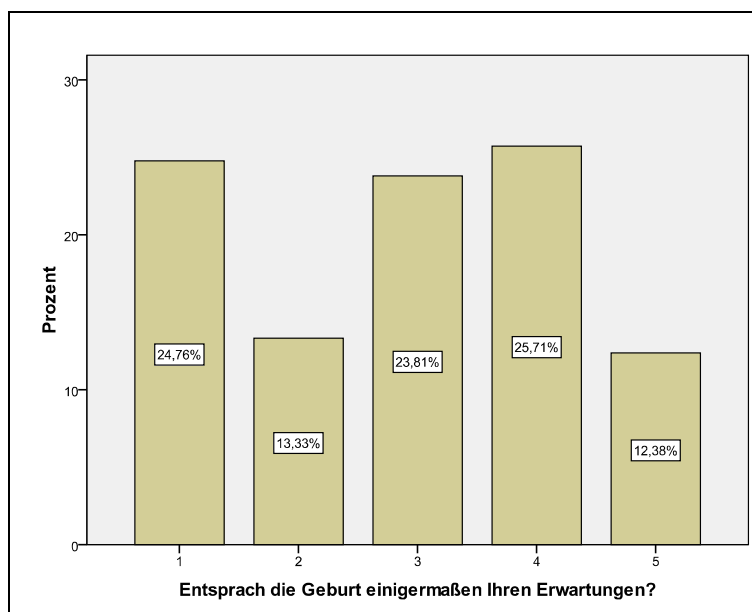
**Diagramm 10: Tatsächlicher Schmerz im Vergleich zu den Erwartungen (n=104) (1-viel schmerzhafter bis 5-weniger schmerzhaft)**



Eine Schmerzbehandlung wurde bei 13,5% (n=14) der Frauen durchgeführt. Unter Vollnarkose entbanden 5,8% (n=6) der Wöchnerinnen, 7,7% (n=8) bekamen eine Periduralanästhesie (PDA).

Als schlimmer oder sehr viel schlimmer als erwartet empfanden die Geburt 38,1% (n=40). Als schöner oder viel schöner als erwartet empfanden 38,1% (n=40) die Geburt. Neutral äußerten sich 23,8% (n=25).

**Diagramm 11: Entsprach die Geburt den Erwartungen? (n=105) (1-viel schlimmer bis 5-weniger schlimm)**





Ernst beziehungsweise sehr ernst genommen in ihren Bedürfnissen und Wünschen rund um die Geburt fühlten sich 89,2% (n=91) der Probandinnen, wohingegen 3,9% (n=4) sich überhaupt nicht oder eher weniger ernst genommen gefühlt haben. Neutral äußerten sich 6,9% (n=7).

Zumeist wird den Angehörigen der Zutritt in den Kreißsaal nicht gestattet. Bei den TBA konnten die Frauen häufig selbst bestimmen, wer sie begleiten sollte. In 8% (n=8) der Fälle wurde die Gebärende durch die Mutter begleitet und in 6% (n=6) durch eine andere weibliche Bezugsperson. In 3% (n=3) der Fälle war der Ehemann oder Partner dabei, in 9% (n=9) eine andere Person.

In 61,9% (n=65) war ein Arzt anwesend. Aus dieser Teilgesamtheit empfanden die Anwesenheit des Arztes 18,5% (n=12) als störend.

Bereits vor der Geburt kannten 57,3% (n=59) die Geburtshelfer, wohingegen für 42,7% (n=45) der Frauen die Geburtshelfer unbekannt waren. Unter den Frauen, deren Geburt durch eine Hebamme betreut oder mitbetreut wurde, vertrauten 83,2% (n=79) dieser gänzlich. Dem Arzt, der für die jeweilige Geburt verantwortlich war, vertrauten 75,8% (n=50) der Schwangeren.

#### **6.1.4 Das Wochenbett**

Der Anteil der männlichen Neugeborenen lag bei 53,3% (n=56), 46,7% (n=49) waren weiblich. Vor der Geburt wussten 21,2% (n=22) der Frauen bereits das Geschlecht des Kindes. Über das Geschlecht des Kindes enttäuscht waren 7,6% (n=8) der Wöchnerinnen und 9,0% (n=9) der Partner. Medizinisch betreuungsbedürftig waren 4,8% (n=5) der Kinder.

#### **Körperkontakt nach der Geburt**

Der Körperkontakt nach der Geburt ist ein sehr subjektiver Parameter. Einige Frauen empfanden es als „sofortigen Körperkontakt“, wenn sie das Neugeborene nach dem Wiegen und Waschen bekamen. Andere hingegen waren enttäuscht, wenn das Neugeborene zuerst zum Wiegen und Waschen weg gebracht wurde. Unter den Hebammen gibt es die Angewohnheit, das Kind immer zuerst zu waschen und in ein Tuch zu wickeln, bevor es der Mutter übergeben wird. Im Krankenhaus werden zuerst Untersuchungen durchgeführt, danach wird das Kind der Mutter übergeben.

70,2% (n=73) der Wöchnerinnen gaben an, das Kind nicht sofort nach der Geburt bekommen zu haben. Nach der Geburt mussten 10,6% (n=11) der Kinder auf die Kinderstation. Dies geschah aufgrund einer medizinisch notwendigen Behandlung des Kindes oder der Mutter.

Einen intensiveren oder viel intensiveren Körperkontakt wünschten sich 29,5% (n=31) wohingegen 66,7% (n=70) mit der Dauer bis zum Körperkontakt sowie dessen Intensität zufrieden waren. Lediglich 3,8% (n=4) wünschten sich einen weniger intensiven oder viel weniger intensiven Kontakt mit dem Neugeborenen.

**Tabelle 12: Hätten sie gerne einen intensiveren Kontakt mit ihrem Baby gehabt?**

	Häufigkeit	Prozent
1 (viel weniger intensiv)	2	1,9
2 (weniger intensiv)	2	1,9
3 (zufriedenstellend)	70	66,7
4 (intensiver)	16	15,2
5 (viel intensiver)	15	14,3
Gesamt	105	100,0

Wie bereits erwähnt, ist es üblich die Kinder zuerst zu waschen oder zu untersuchen. Aus diesem Grund gab auch die Mehrzahl der Frauen (47,6%, n=49) an, ihr Kind innerhalb der ersten halben Stunde bekommen zu haben. 14,6% (n=15) gaben an, ihr Kind sofort bekommen zu haben. Bei 12,6% (n=13) dauerte es zwölf oder mehr als zwölf Stunden. In diesen Fällen handelte es sich zumeist um primäre oder sekundäre Kaiserschnitte.

**Diagramm 12: Dauer bis zum Körperkontakt mit dem Neugeborenen (n=103)**

	Personen	Prozent
sofort	15	14,6
≤ 0,5 h	49	47,6
0,5 h - 1 h	13	12,6
1 h - 4 h	9	8,7
5 h - 12 h	4	3,9
≥ 12 h	13	12,6
Gesamt	103	100

Keine Unsicherheit oder Angst im Umgang mit dem Neugeborenen gaben 81,9% (n=86) der Wöchnerinnen an. Unsicherheit und Angst verspürten 18,1% (n=19) der Mütter.

## Stillen

Ihr Kind stillten zum Zeitpunkt der Befragung 100% (n=105) der Probandinnen. Probleme mit dem Stillen wiesen 21,9% (n=23) auf. Aus der Gruppe der Frauen, die Probleme beim Stillen hatten, empfanden diese 34,7% (n=8) als belastend oder sehr belastend. Neben dem Gefühl, den mütterlichen Pflichten nicht in ausreichendem Maße nachkommen zu können, spielte hier auch die zusätzliche finanzielle Belastung für spezielle Säuglingsnahrung eine Rolle. 60,8% (n=14) empfanden die Probleme als nicht oder wenig belastend. Eine Probandin stand den Problemen neutral gegenüber.

**Tabelle 13: Empfanden sie die Probleme beim Stillen als belastend?**

	Häufigkeit	Prozent
1 (gar nicht belastend)	9	39,1
2 (belastend)	5	21,7
3 (neutral)	1	4,3
4 (belastend)	3	13,0
5 (sehr belastend)	5	21,7
Gesamt	23	100,0

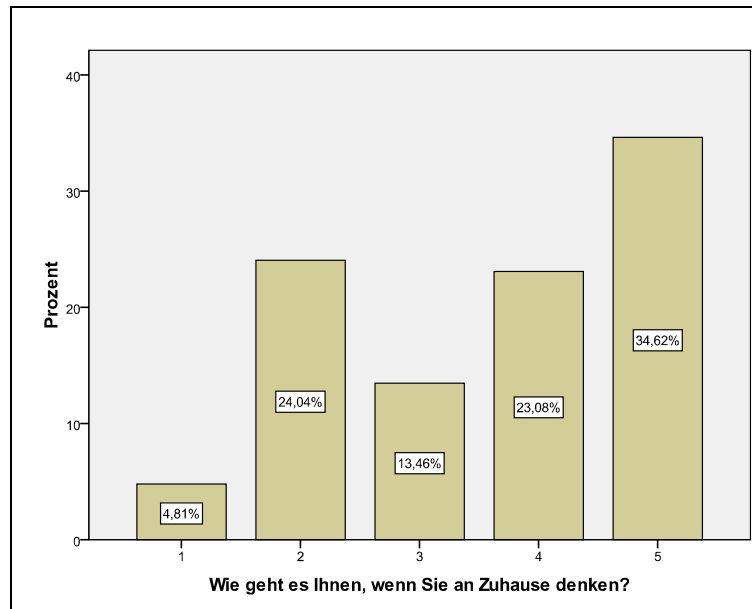
Mit den Wöchnerinnen in einem Bett (Bedding-In) schliefen 94,3% (n=100) der Neugeborenen. Dies war der Regelfall in Honduras. Einerseits erlaubten wirtschaftliche und räumliche Verhältnisse häufig nicht den Kauf und das Aufstellen eines zusätzlichen Kinderbetts. Andererseits war es Gewohnheit und Tradition, dass Mutter und Neugeborenes zusammen in einem Bett schliefen. Im selben Raum jedoch nicht im gleichen Bett (Rooming-In) schliefen 4,7% (n=5) der Neugeborenen. Der durchschnittliche Körperkontakt des Neugeborenen mit der Mutter betrug 16,3 Stunden. Die Angaben hierzu sind unter Vorbehalt zu betrachten, da die Mütter in der Regel den ganzen Tag mit dem Neugeborenen im selben Raum verbrachten und somit eine Schätzung des tatsächlichen Körperkontakts schwierig ist. Mehr oder viel mehr Körperkontakt wünschten sich 21,0% (n=22) der Wöchnerinnen. Keine der Frauen bevorzugte weniger Kontakt mit dem Neugeborenen und 7,6% (n=8) etwas weniger Kontakt. 71,4% (n=75) der Frauen waren mit dem Körperkontakt zufrieden und wünschten keine Veränderung.

Unter den Wöchnerinnen bekamen 97,1% (n=101) Hilfestellung im Haushalt. Unterstützung aus dem Elternhaus erwarteten 73,5% (n=75) der Wöchnerinnen, 60,4% (n=61) durch die Schwiegereltern und 66,7% (n=68) von anderen Verwandten.

Angst vor Überforderung mit der neuen Situation zeigten 41,3% (n=43). Unter Angst vor Einsamkeit und sozialer Isolation litten 35,2% (n=37) der Wöchnerinnen. Besorgt oder sehr be-

sorgt bei dem Gedanken an Zuhause fühlten sich 28,9% (n=30) der Frauen, 57,7% (n=60) fühlten sich wenig oder gar nicht besorgt.

**Diagramm 13: Wie geht es Ihnen, wenn Sie an Zuhause denken? (n=104) (1-sehr besorgt bis 5-gar nicht besorgt)**



### **Befindlichkeit der Wöchnerin**

Einsam, alleine gelassen und traurig fühlten sich 21% (n=22) der Frauen. Schreckhaft waren 41% (n=43). Als mögliche Gründe für eine Veränderung der Stimmungslage im Wochenbett beschrieben die Wöchnerinnen die eigene körperliche Veränderung nach der Geburt, die Sorge und Angst um den gesundheitlichen Zustand des Kindes, mangelnden Besuch oder die fehlende Unterstützung durch das familiäre Umfeld. Erleichterung über die Geburt, eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Mutter und Freude am Neugeborenen zeigten einen positiven Effekt auf den Zustand der Wöchnerin. Erklärungen für die veränderte Stimmung wurden erfasst, denn in früheren Studien berichteten Frauen von grundlosem Weinen oder Traurigkeit. Gründe für einen Stimmungswechsel gaben 89% (n=89) der Frauen an.

### **Besuch**

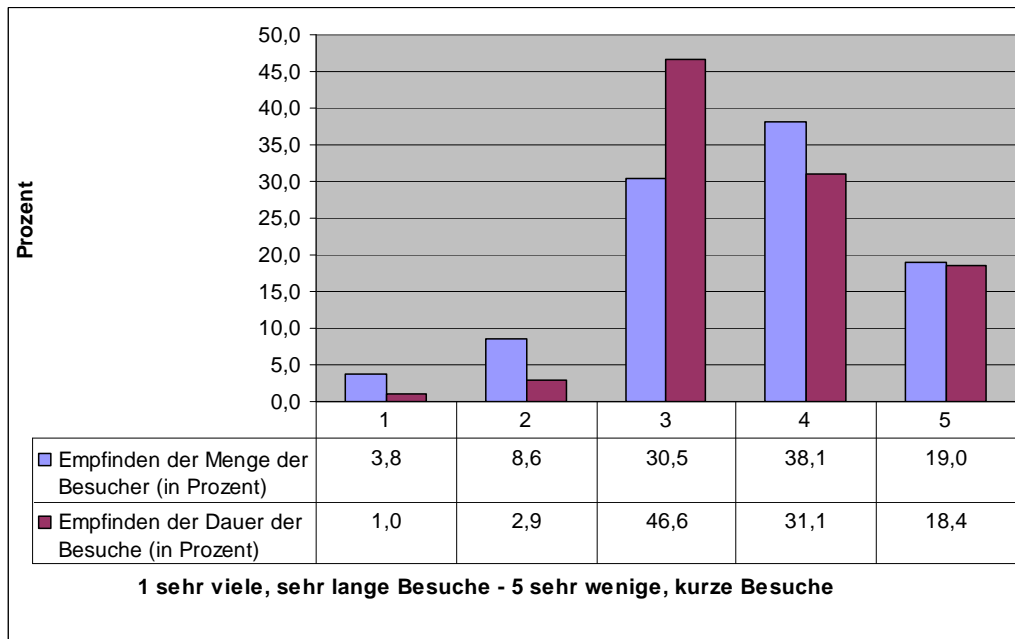
Die durchschnittliche Besucherzahl lag bei 3,9 Besuchern pro Tag. Manche Wöchnerinnen erhielten keinen Besuch, andere bis zu 15 Besucher pro Tag. Jeder Besucher blieb im Durchschnitt 3,1 Stunden bei der Wöchnerin. Die Dauer variierte von wenigen Minuten bis zu zwölf Stunden. Nur eine kleine Minderheit empfand die Anzahl der Besucher (12,4%, n=13) sowie deren Verweildauer (3,88%, n=4) als Belastung. Ein hoher Prozentsatz ist mit der Anzahl (57,1%, n=60) und der Dauer (49,5%, n=51) der Besuche zufrieden oder hätte gerne mehr und länger Besuch. Der Mittelwert für die Einschätzung der Besucherzahl war 3,60 (1-sehr viel

Besuch bis 5-sehr wenig Besuch) für die Anzahl der Besuche und 3,63 (1-sehr lange Besuche bis 5 sehr kurze Besuche) für die Dauer der Besuche.

Der Anteil der Frauen, die Besuch von Familienangehörigen erhielten oder die in der Familie wohnten, betrug 89,3% (n=92). Keinen Besuch vom Partner bekamen 22,3% (n=23)<sup>70</sup>.

Auf einen speziellen Besuch, z.B. vom Partner, einem Verwandten oder engen Freund, warteten 78,6% (n=81) der Frauen.

**Diagramm 14: Empfinden der Besuchermenge (n=105) sowie die Besuchsdauer (n=103).**



### Zufriedenheit mit der Klinik

Zufrieden oder sehr zufrieden mit der Klinik zeigten sich 89,1% (n=57) der Wöchnerinnen, die im Krankenhaus entbanden. Unzufrieden oder sehr unzufrieden waren 3,1% (n=2), 9,2% (n=6) neutral. Sechs Frauen (9,2%) zeigten sich unzufrieden mit der Betreuung, wohingegen 80% (n=52) sich als zufrieden oder sehr zufrieden gaben. Zufrieden oder sehr zufrieden mit den Nachbarinnen zeigten sich 87,3% (n=55) wohingegen 3,2% (n=2) ihre Unzufriedenheit ausdrückten.

### 6.1.5 Angewandte Traditionen bei der Geburt und im Wochenbett

Traditionen spielen im honduranischen Geburtssetting nach wie vor eine große Rolle. Vor allem Frauen, die mithilfe einer Hebamme entbanden, verwendeten traditionelle Rituale. Traditionelle Handlungen bei der Geburt gaben 24,8% (n=26) der Wöchnerinnen an. Hierzu wer-

<sup>70</sup> Hier spielten unter anderem die räumliche Trennung, eine ungewollte Schwangerschaft oder familiäre Konflikte eine Rolle.<sup>71</sup> Vgl. Kapitel 4.8, S.29.

den spezielle Getränke, zum Beispiel Kräutertees, Massagen oder Gebete gezählt. Vor oder nach der Geburt erhielten 18,1% (n=19) der Frauen spezielle Getränke. Zwei Gebärenden wurde eine Schnur um den Oberbauch gebunden. Zwei Frauen führten spezielle Gebete oder Glaubensriten vor der Geburt durch. Traditionelle Riten wurden bei 57,5% (n=23) der Hausgeburten angewandt. Im Wochenbett führten 16,2% (n=17) der Frauen solche Handlungen durch. Hierzu zählen rote Kleidungsstücke, Armbänder, Stoffstücke, die das Neugeborene zum Schutz vor bestimmten Personen bekommt, oder Heilungsrituale (beispielsweise bei der „Mollera Caida“, Kap. 4.8 S.29), die durch die Hebamme durchgeführt werden.

An spezielle Ess- und Trinkvorschriften<sup>71</sup> hielten sich 83,8% (n=88).

### **6.1.6 Subjektiver Eindruck des Untersuchers**

Der Eindruck des Interviewers wurde während der Befragung festgehalten und im freien Teil des Fragebogens dokumentiert. Der Eindruck stützt sich auf folgende subjektive Kriterien:

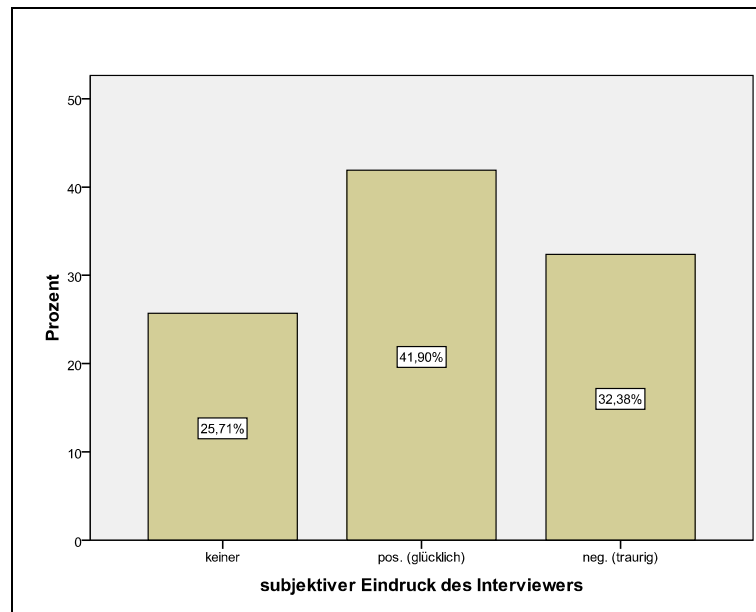
- Weinen oder sonstige Emotionen, die auf Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit hinweisen.
- Körpersprache der Wöchnerin: Wie reagiert die Mutter auf das Gespräch, zeigt sie Emotionen, beteiligt sie sich aktiv am Gespräch, wie ändert sich Mimik und Gestik und wie geht die Mutter während des Gesprächs mit dem Kind um (für den Fall, dass es während des Interviews bei der Mutter ist).
- Äußerlicher Eindruck des Kindes sowie der Wöchnerin: Wie gepflegt erscheint das Kind oder die Wöchnerin, wie intensiv kümmert sich die Wöchnerin um Sauberkeit, Hygiene und Ordnung im Umfeld.
- Eindruck, den die Räumlichkeit der Wöchnerin hinterlässt<sup>72</sup>.
- Umgang mit den anderen Kindern im Haushalt beziehungsweise Kontakt zu Besuch oder anderen Mitgliedern des häuslichen Umfelds.

Nach Auswertung der schriftlichen Notizen konnten die Wöchnerinnen in drei Gruppen eingeteilt werden: 41,9% (n=44) der Frauen machten einen positiv-glücklichen, 32,4% (n=34) einen negativ-traurigen und 25,7% (n=27) einen neutralen Eindruck vermittelten.

---

<sup>72</sup> Es zeigte sich zum Beispiel, dass Frauen mit einer ausgeprägten Blues Symptomatik ihren Wohnraum nicht verlassen wollten und häufig im Dunkeln verweilten.

**Diagramm 15: Subjektiver Eindruck des Interviewers (n=105)**



### **6.1.7 Standardisierte Instrumente**

Im Rahmen des MPPP wird die Befindlichkeit der Wöchnerinnen anhand dreier standardisierter Instrumente erfasst<sup>73</sup>. Jedes Instrument ermittelt einen Punktwert, je höher der Punktwert desto schlechter das psychische Befinden der Wöchnerin.

---

<sup>73</sup> Eine detaillierte Vorstellung der Instrumente erfolgt in Kapitel 5.3 S.43

Summe des Kennerley Fragebogens (0-28 Punkte möglich)		Summe des Steinfragebogens (0-28 Punkte möglich)		Summe des EPDS (0-30 Punkte möglich)	
Punkte	Prozent	Punkte	Prozent	Punkte	Prozent
1	2,9	0	5,7	0	11,4
2	4,8	1	11,4	1	5,7
3	6,7	2	4,8	2	13,3
4	8,6	3	15,2	3	7,6
5	17,1	4	12,4	4	5,7
6	9,5	5	5,7	5	6,7
7	5,7	6	4,8	6	8,6
8	3,8	7	7,6	7	10,5
9	4,8	8	7,6	8	1,9
10	4,8	9	4,8	9	9,5
11	6,7	10	4,8	10	3,8
12	4,8	11	1,9	11	1,0
13	7,6	12	4,8	12	1,9
14	1,0	13	1,0	13	2,9
15	2,9	14	1,0	14	2,9
16	1,9	15	1,9	15	1,0
17	1,9	16	1,0	16	1,0
18	1,9	17	2,9	17	2,9
19	1,0	23	1,0	18	1,0
20	1,9			19	1,0
20 - 28	0	24 - 28	0	20 - 30	0
Gesamt	100	Gesamt	100	Gesamt	100

## 6.2 Ergebnisse

### 6.2.1 Vergleich der standardisierten Instrumente

Um die Ergebnisse der verschiedenen Teilstudien des MPPP vergleichen zu können, wurden bei einer Überarbeitung des Fragebogens 2005 einheitliche Grenzwerte (Cut-Off Scores) für die verschiedenen Instrumente festgelegt. Diese Cut-Off Scores wurden von Fink (2009), Pastrana (2008), Wanker (2006), Fellacher (2006) und Delius (2006) verwendet. Cut-Off Scores legen einen Grenzwert fest, der das Vorliegen einer Störung ab einem bestimmten Punktwert definiert. Delius (2006) erörtert in ihrer Arbeit die Bedeutung der Cut-Off Scores und errechnet für spezifische Cut-Off Werte unterschiedliche PPB- beziehungsweise PPD-Häufigkeiten. In der Fachliteratur werden Grenzwerte und ihre Bedeutung ebenfalls diskutiert. Aus Gründen der Vergleichbarkeit werden in dieser Studie Prozentränge für den in der Forschungsgruppe festgelegten Grenzwert errechnet und bei der Ergebnisdarstellung verwendet.

Für den Maternity Blues Questionnaire (Kennerley/Gath, 1989) wurde ein Cut Off Score von 7 festgelegt, was einem Prozentrang von 25% entspricht.



Für den „Scale for measuring the Blues“ Fragebogen (Stein, 1980) wurde ein Cut-Off Score von 8 festgelegt, was einem Prozentrang von 28,6% entspricht. Für den EPDS wurde ein Cut-Off Score von 9,5 festgelegt, entsprechend einem Prozentrang von 31,7%.

Tabelle 14 soll die Bedeutung des Cut-Off Werts verdeutlichen: die grau markierten Bereiche sind als Blues Symptomatik bzw. depressive Symptomatik gewertet. Durch eine Verschiebung der Cut-Off Werte vergrößern oder verkleinern sich dementsprechend die Prozenträge.

**Tabelle 14: Punktwerte der einzelnen Fragebögen<sup>74</sup>**

Summe des Kennerley Fragebogens (0-28 Punkte möglich)		Summe des Steinfragebogens (0-28 Punkte möglich)		Summe des EPDS (0-30 Punkte möglich)	
Punkte	Prozent	Punkte	Prozent	Punkte	Prozent
1	2,9	0	5,7	0	11,4
2	4,8	1	11,4	1	5,7
3	6,7	2	4,8	2	13,3
4	8,6	3	15,2	3	7,6
5	17,1	4	12,4	4	5,7
6	9,5	5	5,7	5	6,7
7	5,7	6	4,8	6	8,6
8	3,8	7	7,6	7	10,5
9	4,8	8	7,6	8	1,9
10	4,8	9	4,8	9	9,5
11	6,7	10	4,8	10	3,8
12	4,8	11	1,9	11	1,0
13	7,6	12	4,8	12	1,9
14	1,0	13	1,0	13	2,9
15	2,9	14	1,0	14	2,9
16	1,9	15	1,9	15	1,0
17	1,9	16	1,0	16	1,0
18	1,9	17	2,9	17	2,9
19	1,0	23	1,0	18	1,0
20	1,9			19	1,0
20 - 28	0	24 - 28	0	20 - 30	0
Gesamt	100	Gesamt		Gesamt	100

Nach den festgelegten Cut-Off Werten zeigten in Honduras 50,5% (n=53) der Wöchnerinnen im Kennerley Score einen PPB. Bei 32,4% (n=34) wurde im Stein Score ein PPB ermittelt und bei 19,0% (n=20) erwies sich im EPDS Score eine depressive Symptomatik<sup>75</sup>.

<sup>74</sup> Die grau unterlegten Felder liegen über dem jeweiligen Cut-Off Score und werden somit als Blues gewertet.

<sup>75</sup> Der EPDS wird in der vorliegenden Studie als Screening Instrument für den PPB verwendet. Es soll keine postpartale Depression (PPD) diagnostiziert werden.

**Tabelle 15: Die Häufigkeit des PPB in Abhängigkeit der Grenzwerte<sup>76</sup>**

Kennerley-Score (n=105)	Cut-Off Wert	Prozent
	≥ 6	60,0
	≥ 7	50,5
	≥ 8	44,8
	≥ 9	41,0
Stein-Score (n=105)	Cut-Off Wert	Prozent
	≥ 7	40,0
	≥ 8	32,4
	≥ 9	24,8
	≥ 10	20,0
EPDS-Score (n=105)	Cut-Off Wert	Prozent
	> 8,5	28,6
	> 9,5	19,0
	> 10,5	15,2

Ein Vergleich der unterschiedlichen Instrumente ermöglicht eine Aussage über die Kongruenz der verschiedenen standardisierten Instrumente. So zeigten 47,6% der Wöchnerinnen weder im Stein- noch im Kennerley-Fragebogen eine Blues Symptomatik, für 21,9% der Probandinnen ergab sich lediglich in einem der verwendeten Instrumente ein Baby Blues. In beiden Instrumenten wiesen 30,5% einen PPB auf. Somit zeigten 78,1% der Wöchnerinnen, beide Scores zugrunde gelegt, ein einstimmiges Ergebnis.

**Tabelle 16: Abhängigkeit von Kennerley Score und Stein Score**

		Stein-Summe <8 (kein Blues)	Stein-Summe ≥8 (Blues)	Gesamt
Kennerley-Summe <7 (kein Blues)	Anzahl	50	2	52
	Prozent	47,6%	1,9%	49,5%
Kennerley-Summe ≥7 (Blues)	Anzahl	21	32	53
	Prozent	20,0%	30,5%	50,5%
Gesamt	Anzahl	71	34	105
	Prozent	67,6%	32,4%	100,0%

Fügt man den EPDS hinzu, so wird sichtbar, dass 70,0% (n=14) der Wöchnerinnen bei denen im EPDS eine depressive Symptomatik festgestellt wurde, im Kennerley Score sowie im Stein Score einen PPB aufwiesen. Außer der depressiven Symptomatik fanden sich bei 25,0% (n=5) im EPDS und auch in einem anderen Score eine Blues Symptomatik. Von den EPDS positiven Frauen hatten 5,0% (n=1) weder im Kennerley Score noch im Stein Score eine Blues Symptomatik.

<sup>76</sup> Die grau unterlegten Felder zeigen den Prozentrang bei dem vom MPPP festgelegten Grenzwert.

**Tabelle 17: EPDS im Vergleich zu Kennerley Score und Stein Score**

		Stein Score und Kennerley Score*			Gesamt	
		0	1	2		
EPDS-Cut < 9,5 (keine depressive Symptomatik)	Anzahl	49	18	18	85	
	Prozent	46,7%	17,1%	17,1%	81,0%	
EPDS-Cut >9,5 (depressive Symptomatik)	Anzahl	1	5	14	20	
	Prozent	1,0%	4,8%	13,3%	19,0%	
		Anzahl	50	23	32	105
		Prozent	47,6%	21,9%	30,5%	100,0%

\*0 = weder Stein noch Kennerley Score positiv; 1 = entweder Stein oder Kennerley Score positiv; 2 = Stein und K&G positiv

### 6.2.2 Signifikante Variablen im Fragenbogen nach Kennerley/Gath (1989)

Anhand des Summenwerts im Kennerley Score und des vom MPPP festgelegten Grenzwerts teilt man die Wöchnerinnen in zwei Gruppen ein. Die eine Gruppe beinhaltet Frauen mit PPB, die andere Gruppe Frauen ohne PPB. Bei der Ausrichtung der Studie durch das MPPP wurde dem Kennerley Score eine zentrale Bedeutung beigemessen. Aus diesem Grund, und aus Gründen der Vergleichbarkeit mit den anderen Ländern wird für die Ergebnisauswertung primär der Kennerley Score verwendet. Die signifikanten Ergebnisse sind in chronologischer Reihenfolge geordnet; Anamnese und Vorgeschichte, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

#### Signifikante Variablen in der Anamnese und der Vorgeschichte

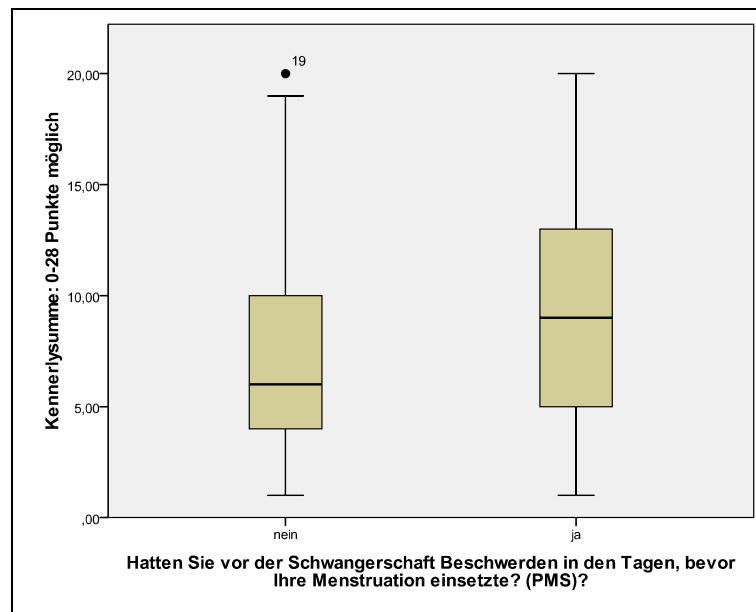
*Prämenstruelles Syndrom (M-W-U Test<sup>77</sup>; p=0,014)*

Am „prämenstruellen Syndrom“ (PMS) litten vor ihrer Schwangerschaft 43,7% (n=45) der Wöchnerinnen. 62,2% (n=28) der Frauen, die angaben am „prämenstruellen Syndrom“ zu leiden, zeigten einen PPB im Kennerley Score. Die Gruppe der Wöchnerinnen ohne „prämenstruelles Syndrom“ zeigt in 43,1% (n=25) der Fälle eine Bluessymptomatik.

Diagramm 16 zeigt die statistisch signifikanten Werte im Kennerley Score in Abhängigkeit des PMS.

<sup>77</sup> Mann-Whitney-U Test (siehe auch Kapitel 5.5, S.50).

**Diagramm 16: Kennerley Score in Abhängigkeit des PMS (n=103<sup>78</sup>)**



*Anamnese bezüglich psychischer Vorerkrankungen in der Familie (K-W-Test<sup>79</sup>; p=0,001)*

Eine Untersuchung des Zusammenhangs zwischen vorausgegangenen psychischen Erkrankungen in der Familie und der Blueswahrscheinlichkeit lieferte signifikante Ergebnisse. Wöchnerinnen, die keine psychischen Vorerkrankungen in der Familie angaben, zeigten in 37,7% (n=20) der Fälle eine Blues Symptomatik, Frauen mit einer positiven Anamnese in 62,7% (n=32) der Fälle.

**Tabelle 18: Psychische Vorerkrankungen in der Familie (n=104)**

psychische Vorerkrankungen in der Familie Chi Quadrat: p=0,037			Kennerley <7 (kein Blues)	Kennerley ≥7 (Blues)	Gesamt
	keine	Anzahl		33	20
Prozent			62,3%	37,7%	100,0%
Depression oder Andere	Anzahl		19	32	51
	Prozent		37,3%	62,7%	100,0%
	Gesamt		52	52	104

*Ernsthafte Erkrankungen in der Vorgeschichte (K-W-Test; p=0,000)*

Eine hochsignifikante Korrelation fand sich zwischen ernsthaften Erkrankungen in der Vorgeschichte und dem Auftreten des PPB. Frauen, die angaben bereits einmal unter einer psychischen Vorerkrankung gelitten zu haben, zeigten in 85,7% (n=18) der Fälle einen PPB und Frauen, die unter anderen Erkrankungen gelitten hatten, zeigten in 23,1% (n=3) den PPB.

<sup>78</sup> Einige Fragen konnte nicht von allen Wöchnerinnen beantwortet werden. Hieraus ergeben sich bei der Beschreibung der Stichprobe und im Ergebnisteil abweichende Zahlen an Probandinnen (z.B. n=104; n=103 usw.).

<sup>79</sup> Kruskal-Wallis Test (siehe auch Kapitel 5.5 S.50).

Wöchnerinnen, die bis zum Zeitpunkt der Studie noch keine ernsthaften Erkrankungen durchgemacht hatten, zeigten in 44,3% (n=31) der Fälle den PPB.

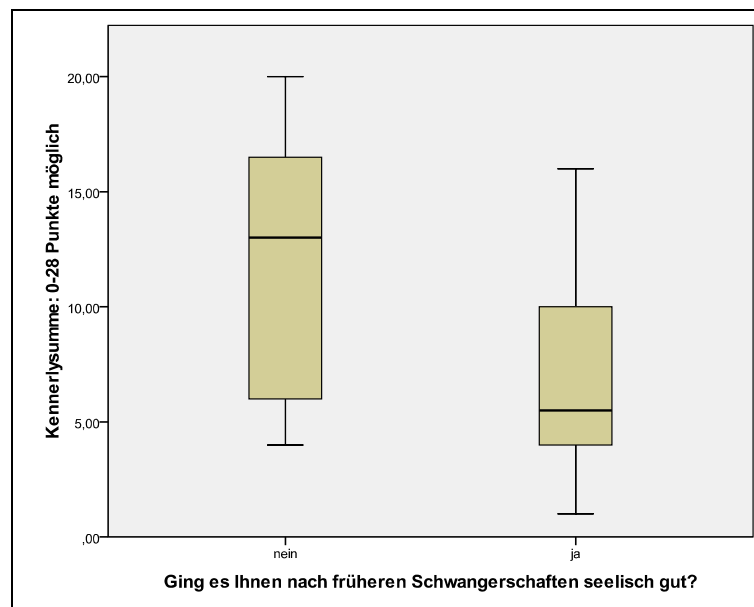
**Tabelle 19: Ernsthafte Erkrankungen in der Vorgeschichte (=104)**

			Kennerley <7 (kein Blues)	Kennerley ≥ 7 (Blues)	Gesamt
Waren Sie schon einmal ernsthaft krank? Chi Quadrat: p=0,001	nein	Anzahl	39	31	70
		Prozent	55,7%	44,3%	100,0%
	psychisch	Anzahl	3	18	21
		Prozent	14,3%	85,7%	100,0%
	andere	Anzahl	10	3	13
		Prozent	76,9%	23,1%	100,0%
Gesamt			52	52	104

*Befinden nach vorangegangenen Schwangerschaften (M-W-Test; p=0,000)*

Das Befinden nach vorangegangenen Schwangerschaften lieferte hochsignifikante Ergebnisse. Wöchnerinnen, die nach einer früheren Schwangerschaft über schlechtes Befinden klagten, zeigten in der vorliegenden Studie in 70,8% (n=17)<sup>80</sup> der Fälle einen PPB. Im Gegensatz dazu zeigten aus der Gruppe der Frauen, die ein früheres Wochenbett ohne seelische Probleme überstanden lediglich 46,0% (n=23) der Wöchnerinnen einen Blues. Diagramm 17 zeigt die signifikant höheren Summenwerte im Kennerley Score bei Frauen, die bereits bei früheren Schwangerschaften über seelische Probleme geklagt hatten.

**Diagramm 17: Ging es Ihnen nach früheren Schwangerschaften seelisch gut? (n=75)**

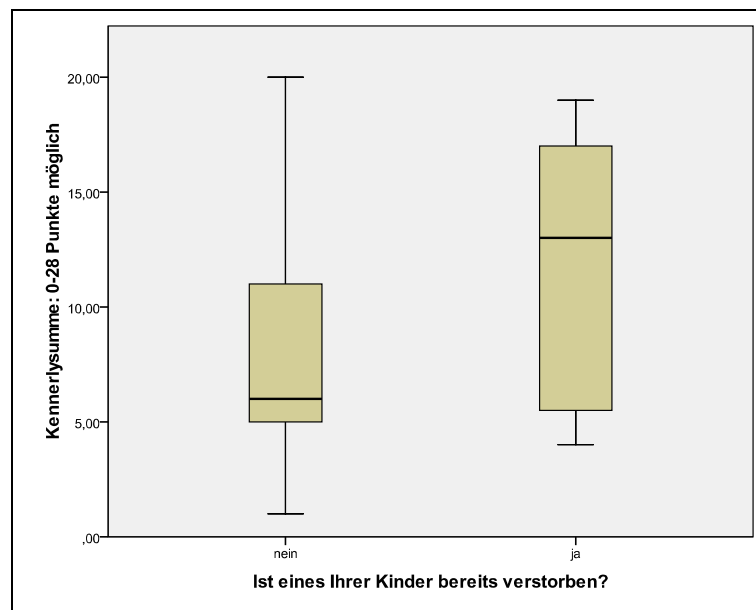


<sup>80</sup> Chi Quadrat nach Pearson: p=0,045.

*Ist eines Ihrer Kinder bereits verstorben? (M-W-Test;  $p=0,040$ )*

Bei 10,5% ( $n=11$ ) der Wöchnerinnen war bereits ein Kind in der Vorgeschichte verstorben. Diese Gruppe zeigte, wie in Diagramm 18 veranschaulicht werden soll, signifikant höhere Summenwerte im Kennerley Score. Bei näherer Betrachtung der Summenwerte ergaben die Befragungen einen Durchschnittswert von 11,64 Punkten für Frauen, bei denen bereits ein oder mehrere Kinder verstorben waren. Bei Frauen, die kein Verlustereignis zu beklagen hatten, ließ sich ein Wert von 7,68 Punkten feststellen. 63,6% der Wöchnerinnen mit Verlustereignis wiesen einen PPB auf.

**Diagramm 18: Ist eines Ihrer Kinder bereits verstorben? ( $n=105$ )**



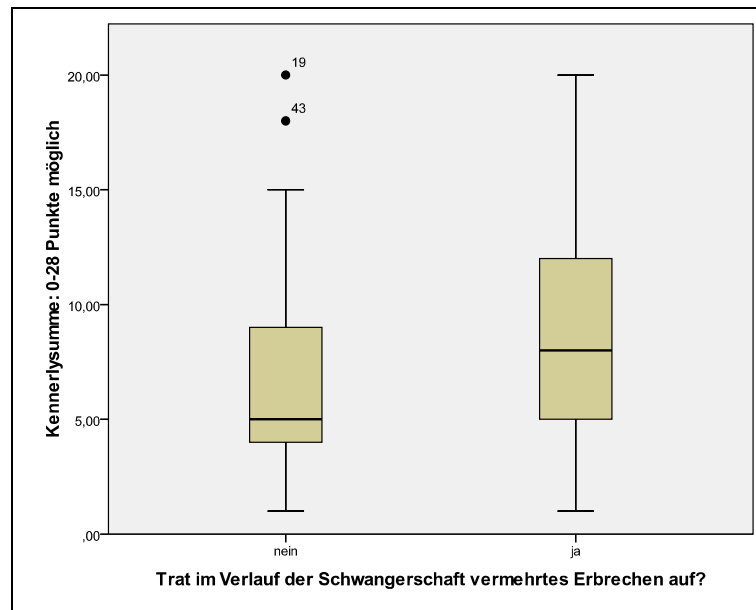
### **Signifikante Variablen, die sich auf die Schwangerschaft beziehen**

*Vermehrtes Erbrechen während der Schwangerschaft (M-W-Test;  $p=0,064$ )*

Als schwächer signifikant erwies sich eine vermehrte Häufigkeit von Erbrechen während der Schwangerschaft. Anhand des Cut-Off Werts des MPPP lässt sich ein PPB bei 58,8% ( $n=40$ )<sup>81</sup> der Frauen mit vermehrtem Erbrechen feststellen, wohingegen sich nur bei 35,1% ( $n=13$ ) der Frauen ohne vermehrtes Erbrechen ein PPB einstellte.

<sup>81</sup> Chi Quadrat nach Pearson:  $p=0,020$ .

**Diagramm 19: Vermehrtes Erbrechen während der Schwangerschaft (n=105)**

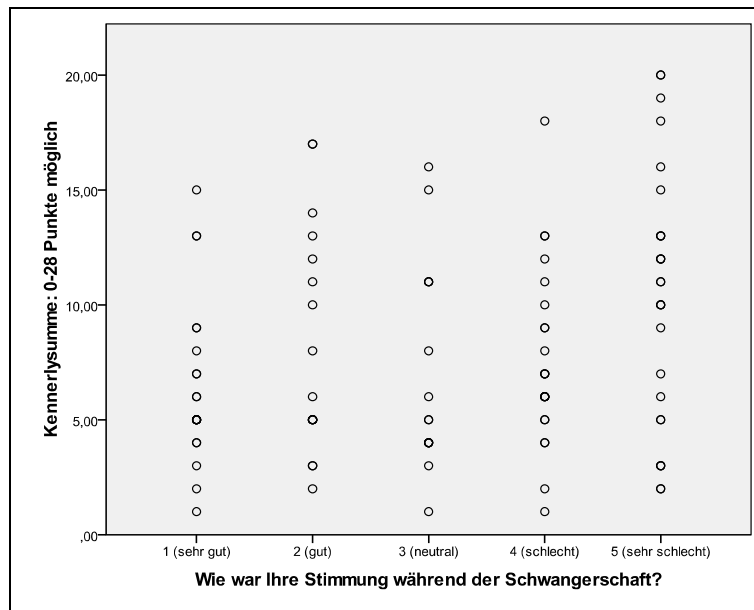


*Stimmung während der Schwangerschaft (Korrelation nach Pearson;  $r=0,232$ )*

Die Stimmung während der Schwangerschaft hängt stark von psychischen, physischen, sozialen und ökonomischen Faktoren ab. Bei Wöchnerinnen, welche die Stimmung in der Schwangerschaft als weniger gut bezeichneten, kam es zu signifikant höheren Punktwerten im Kennerley Score. Diese Daten müssen allerdings vorsichtig interpretiert werden, denn Frauen mit PPB tendieren eher zu einer negativen Betrachtungsweise der Ereignisse in der Schwangerschaft.

15,4% (n=8) der Frauen ohne Blues Symptome bezeichneten ihre Stimmung während der Schwangerschaft als sehr schlecht. In der Gruppe der Frauen mit PPB machten 35,8% (n=19) diese Angabe. Wöchnerinnen, die ihre Stimmung in der Schwangerschaft als sehr gut bewerteten, zeigten im Kennerley Score einen durchschnittlichen Punktwert von 6,45. Frauen, die ihre Stimmung als sehr schlecht bezeichneten, hatten einen durchschnittlichen Punktwert von 9,62 im Kennerley Score. Aus Diagramm 20 wird die Tendenz ersichtlich, dass Frauen mit Blues die Stimmung retrospektiv eher negativ beurteilten als Wöchnerinnen ohne Blues.

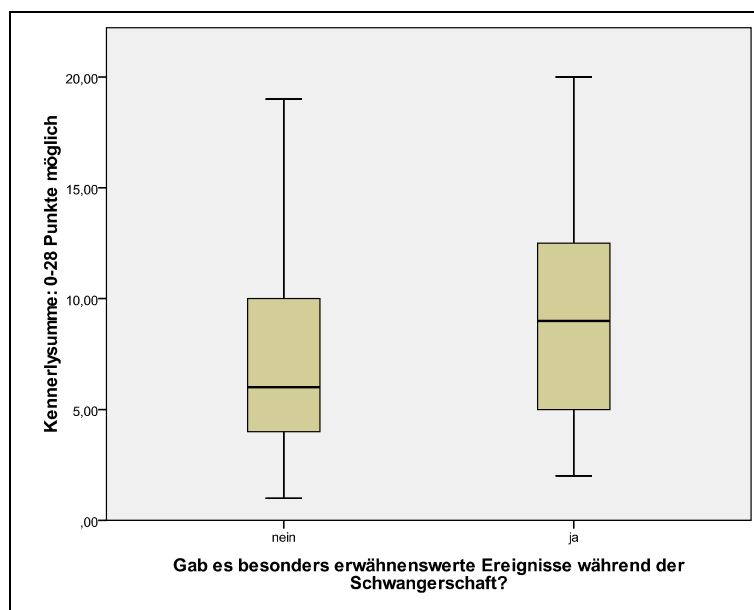
**Diagramm 20: Stimmung während der Schwangerschaft (n=105)**



*Besondere Ereignisse während der Schwangerschaft (M-W-Test;  $p=0,038$ )*

„Besondere Ereignisse“ während der Schwangerschaft spielten eine signifikante Rolle bei der Entwicklung des PPB. Während der Schwangerschaft erlebten 50,5% (n=53) der Wöchnerinnen „besondere Ereignisse“. Wöchnerinnen, die keine besonderen Ereignisse während der Schwangerschaft angaben, zeigten eine Blueshäufigkeit von 40,4% (n=23). Wöchnerinnen, die besondere Ereignisse während der Schwangerschaft in Erinnerung hatten, zeigten eine Häufigkeit von 62,5% (n=30). Häufig genannte Ereignisse waren beispielsweise Probleme in der Partnerschaft, Krankheit, der Tod eines Familienmitglieds oder Umzug.

**Diagramm 21: Besondere Ereignisse während der Schwangerschaft (n=105)**





*War der Beruf eine große Belastung in der Schwangerschaft? (Korrelation nach Pearson;  $r=0,531$ )*

Signifikante Unterschiede in der Stimmung fanden sich bei Frauen, die einen festen Beruf ausübten. Wöchnerinnen, die den Beruf während der Schwangerschaft als große Belastung empfanden, erreichten im Kennerley Score einen Punktwert von 13,2; Frauen die den Beruf als geringe Belastung wahrnahmen, einen Punktwert von 6,9. Einen PPB zeigten 73,9% (n=17) der Wöchnerinnen mit festem Beruf während der Schwangerschaft.

## **Geburt**

### *Vergleich Haus- und Krankenhausgeburten*

Es konnten keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit des PPB in den Teilgruppen Krankenhausgeburten und Hausgeburten festgestellt werden. Die Gruppe der Hausgeburten wies, wie aus Tabelle 20 ersichtlich wird, eine PPB-Rate von 50,0% auf, die Gruppe der Krankenhausgeburten ebenfalls von 50,0%. Auch im Stein Score zeigt sich lediglich eine geringe Abweichung der Bluesraten in den beiden Teilgruppen. Bei 30% der Wöchnerinnen ergab sich nach der Hausgeburt eine Blues Symptomatik gegenüber 33,8% der Wöchnerinnen nach einer Krankenhausgeburt (vgl. Tabelle 20).

Bei der Analyse des Kennerley Score zeigte sich für die Hausgeburtengruppe ein Mittelwert von 7,55 Punkten (n=40), bei der Krankenhausgruppe ein durchschnittlicher Wert von 8,43 Punkten (n=65). Somit lagen die Werte für die Krankenhausgeburten im Kennerley Score um 10,4% höher als in der Vergleichsgruppe der Hausgeburten.

**Tabelle 20: Vergleich der Subgruppen Krankenhausgeburt und Hausgeburt**

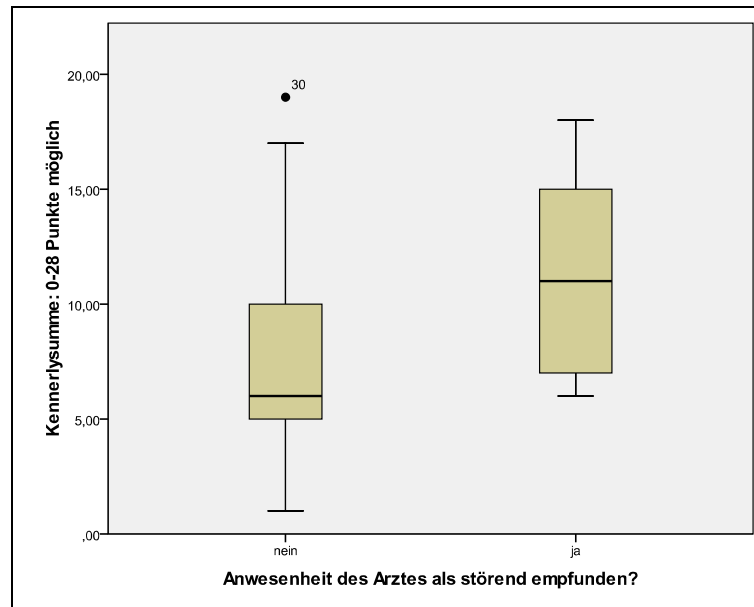
		Keine Bluessymptomatik in %	Bluessymptomatik in %	Gesamt in Prozent
Kennerley Score(n=105)	Hausgeburt	50,0	50,0	100
	Krankenhausgeburt	49,2	50,8	100
Stein Score(n=105)	Hausgeburt	70,0	30,0	100
	Krankenhausgeburt	66,2	33,8	100
EPDS (n=104)	Hausgeburt	87,5	12,5	100
	Krankenhausgeburt	76,9	23,1	100

*Anwesenheit des Arztes als störend empfunden (M-W-Test; $p=0,006$ ;)*

Wöchnerinnen, die die Anwesenheit des Arztes bei der Geburt als störend empfanden, zeigten im Wochenbett signifikant erhöhte Punktwerte (siehe Diagramm 22)

Unter den Frauen mit Krankenhausentbindungen empfanden 81,5% (n=53)<sup>82</sup> die Anwesenheit des Arztes als nicht störend. Durch die Anwesenheit des Arztes gestört fühlten sich 18,5% (n=12). In der letztgenannten Gruppe der Frauen zeigten 83,3% (n=10) der Frauen einen PPB. Insgesamt fühlten sich 30,3% (n=10) der Frauen aus der PPB Gruppe durch den Arzt gestört.

**Diagramm 22: Anwesenheit des Arztes als störend empfunden (n=65)**



*Musste Ihr Kind nach der Geburt behandelt werden? (M-W-Test; p=0,029)*

Behandlungsbedürftig nach der Geburt zeigten sich 4,8% (n=5) der Neugeborenen. Die Sorge um das Kind oder auch um das eigene Wohl äußerte sich in signifikant höheren Werten im Kennerley Score. Mütter mit behandlungsbedürftigen Kinder zeigten einen Mittelwert von 12,4 Punkten wohingegen die anderen Frauen einen Mittelwert von 7,4 Punkten aufwiesen.

## Wochenbett

Signifikante soziale, psychische und physische Einflussfaktoren auf die Blues Häufigkeit im Wochenbett werden im Folgenden dargestellt.

*Fühlen Sie sich traurig? (M-W-Test; p=0,000)*

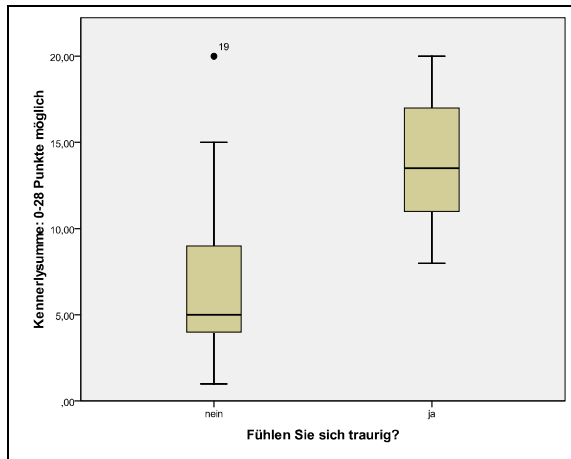
*Erschrecken Sie leicht? (M-W-Test; p=0,000)*

*Fühlen Sie sich einsam und alleine gelassen? (M-W-Test; p=0,000)*

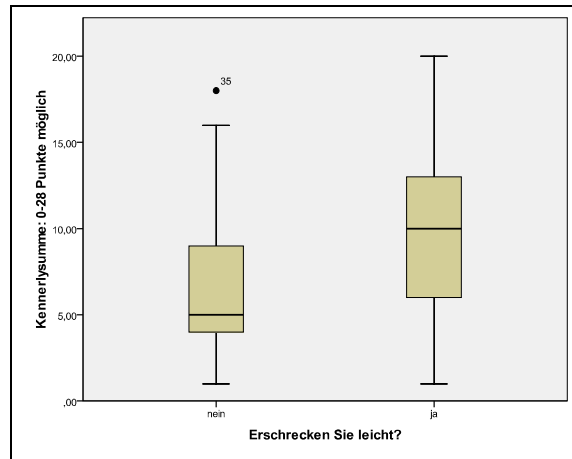
Signifikante Unterschiede im Kennerley Score ergaben sich bei der Frage nach „Traurigkeit“, „leichtem Erschrecken“ und „Einsamkeit und Alleingelassen sein“.

<sup>82</sup> Chi-Quadrat nach Pearson p=0,012.

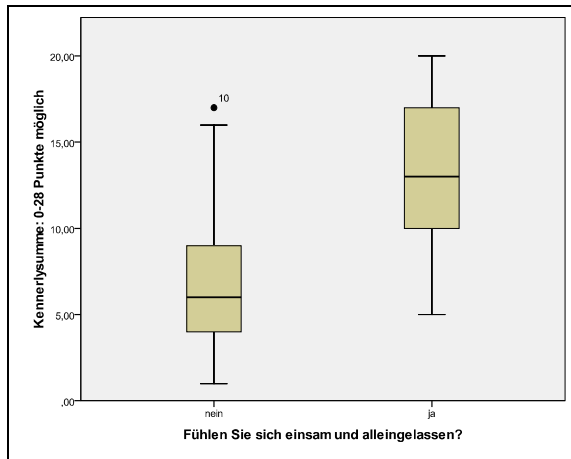
**Diagramm 23: Fühlen sie sich traurig?(n=105)**



**Diagramm 24: Erschrecken Sie leicht? (n=105)**



**Diagramm 25: Fühlen Sie sich einsam und alleingelassen? (n=105)**



In der Studiengruppe gaben 100% (n=22) der Wöchnerinnen an, „traurig“ zu sein, 69,8% (n=30) der Frauen waren „leicht zu erschrecken“ und 90,9% (n=20) der Frauen, die sich „einsam“ fühlten, zeigten auch einen PPB. Diese Reaktionen können den PPB auslösen oder durch diesen ausgelöst sein.

**Tabelle 21: Einflussfaktoren im Wochenbett**

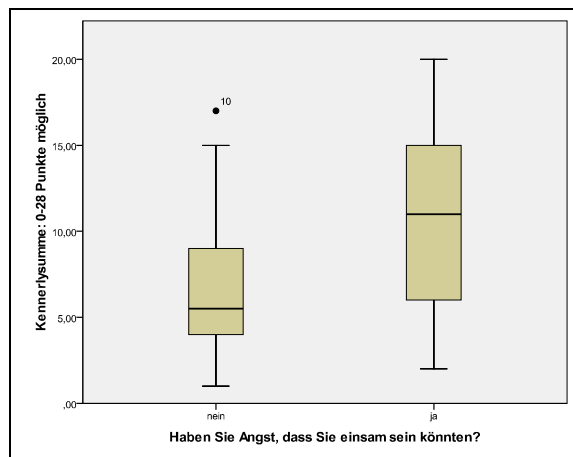
			Kennerley <7 (kein Blues)	Kennerley ≥7 (Blues)	Gesamt
Fühlen Sie sich traurig? (n=105) Chi-Quadrat: p=0,000	nein	Anzahl	52	31	83
		in %	62,7%	37,3%	100,0%
	ja	Anzahl	0	22	22
		in %	0,0%	100,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	52	53	105
		% der Gesamtzahl	49,5%	50,5%	100,0%
Erschrecken Sie leicht? (n=105) Chi-Quadrat: p=0,001	nein	Anzahl	39	23	62
		in %	62,9%	37,1%	100,0%
	ja	Anzahl	13	30	43
		in %	31,2%	69,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	52	53	105
		% der Gesamtzahl	49,5%	50,5%	100,0%
Fühlen Sie sich einsam und alleingelassen? (n=105) Chi-Quadrat: p=0,000	nein	Anzahl	50	33	83
		in %	60,2%	39,8%	100,0%
	ja	Anzahl	2	20	22
		in %	9,1%	80,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	52	53	105
		% der Gesamtzahl	49,5%	50,5%	100,0%

*Haben Sie Angst vor Überforderung? (M-W-Test; p=0,000)*

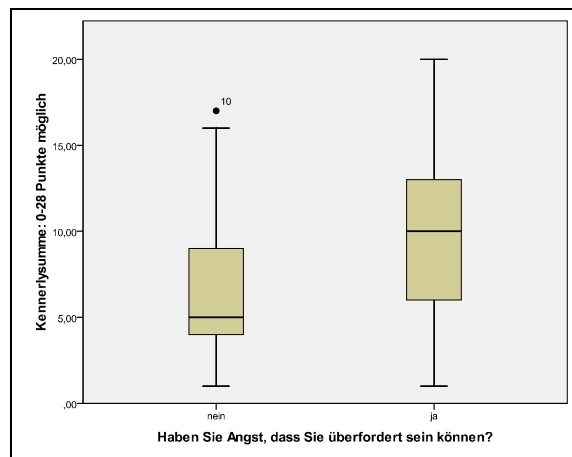
*Haben Sie Angst, dass Sie einsam sein könnten? (M-W-Test; p=0,000)*

Wöchnerinnen, die unter Ängsten wie beispielsweise Angst vor Einsamkeit oder Angst vor Überforderung litten, zeigten hochsignifikante höhere Werte im Kennerley Score (vgl. Diagramm 26, Diagramm 27).

**Diagramm 26: Angst vor Einsamkeit (n=104)**



**Diagramm 27: Angst vor Überforderung (n=105)**



Angst vor Überforderung wiesen im Studienkollektiv 41,3% (n=43) der Wöchnerinnen auf; innerhalb dieser Gruppe hatten 72,1% (n=31)<sup>83</sup> der Frauen einen PPB. Unter den Wöchnerin-

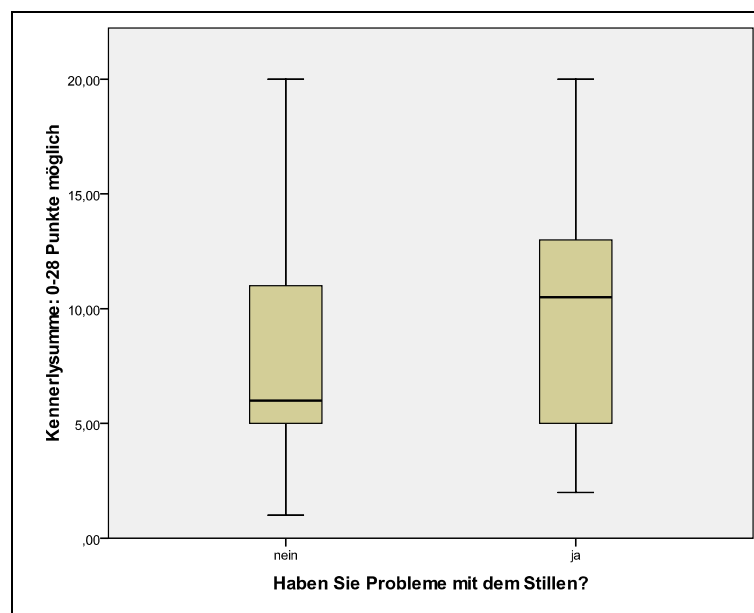
<sup>83</sup> Chi Quadrat nach Pearson: p=0,000.

nen gaben 35,2% (n=37) an, Angst vor Einsamkeit zu verspüren. Innerhalb dieser Gruppe zeigten 70,3% (n=27)<sup>84</sup> der Mütter einen Kennerley Score von  $\geq 7$  und somit einen PPB.

#### *Stillprobleme (M-W-Test, $p=0,034$ )*

Wöchnerinnen, die unter Stillproblemen litten, zeigten signifikant erhöhte Summenwerte im Kennerley Score. Durchschnittlich ergab sich bei den betroffenen Frauen ein Wert von 10,08 Punkten, wohingegen Frauen, die problemlos ihr Kind anlegen konnten, einen Wert von 7,51 Punkten aufwiesen. Ein PPB zeigte sich bei 66,7% (n=16)<sup>85</sup> der Betroffenen, in der Vergleichsgruppe bei 45,7% (n=37) der Wöchnerinnen.

**Diagramm 28: Haben sie Probleme mit dem Stillen? (n=105)**



#### *Gedanken an Zuhause (Korrelation nach Pearson, $r=0,406$ )*

In einigen der bereits durchgeführten Studien wurde diese Frage den Wöchnerinnen im Krankenhaus gestellt. In der hier vorliegenden Studie wurde sie nicht im Krankenhaus gestellt, sondern bei den Wöchnerinnen Zuhause. Es wurde aufgezeigt werden, dass Frauen, die eine PPB Symptomatik zeigten, das häusliche Umfeld als wesentlich besorgniserregender empfanden.

Tabelle 22 verdeutlicht, dass Frauen, die weniger besorgt beim Gedanken an Zuhause sind, auch eine wesentlich geringere Blues Häufigkeit aufweisen. Umgekehrt zeigen Frauen, die sehr besorgt oder besorgt sind, in 70,0% (n=21) einen PPB.

<sup>84</sup> Chi Quadrat nach Pearson:  $p=0,003$ .

<sup>85</sup> Im Chi Quadrat nach Pearson grenzwertig signifikant,  $p=0,071$ .

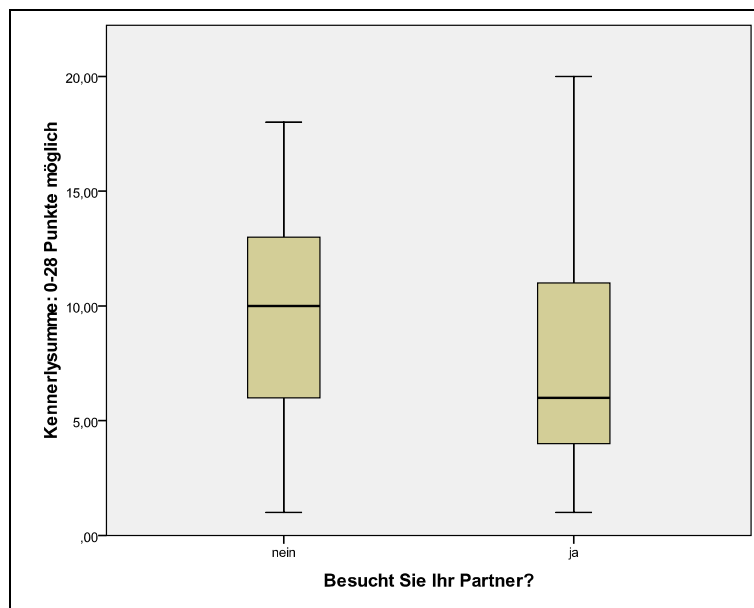
**Tabelle 22: Gedanken an Zuhause (n=104), auf einer Skala von 1 (sehr besorgt) bis 5 (sehr optimistisch).**

			Kennerleysumme <7 (kein Blues)	Kennerleysumme ≥7 (Blues)	
Wie geht es Ihnen, wenn Sie an zuhause denken? Chi-Quadrat p=0,021	1	Anzahl	1	4	5
		in Prozent von Kennerleycut	2,0%	7,5%	4,8%
	2	Anzahl	8	17	25
		in Prozent von Kennerleycut	15,7%	32,1%	24,0%
	3	Anzahl	5	9	14
		In Prozent von Kennerleycut	9,8%	17,0%	13,5%
	4	Anzahl	12	12	24
		in Prozent von Kennerleycut	23,5%	22,6%	23,1%
5	Anzahl	25	11	36	
	in Prozent von Kennerleycut	49,0%	20,8%	34,6%	
Gesamt		Anzahl	51	53	104
		in Prozent von Kennerleycut	100,0%	100,0%	100,0%

*Besuche des Partners im Wochenbett (M-W-Test, p=0,028)*

Bei der Auswertung der gesammelten Daten in Honduras fiel auf, dass die Besucheranzahl und die Besuchsdauer keine signifikante Einflussgröße für den Blues darstellt. Im Kennerley Score zeigte sich aber, dass es für Frauen eine entscheidende Rolle spielt, ob der Partner sich um die Wöchnerin kümmert oder sie besucht. Wöchnerinnen, die nicht auf die Anwesenheit des Partners zählen konnten zeigen signifikant höhere Summenwerte im Kennerley Score.

**Diagramm 29: Besucht Sie ihr Partner? (n=105)**



Im honduranischen Setting erlangte die Rolle des Partners eine besondere Bedeutung, da viele der Partner noch nicht mit der Frau unter einem Dach wohnten, als Wirtschaftsflüchtlinge eine Zukunft in anderen Ländern suchen oder sich nicht zu dem Kind bekennen. 69,6% (n=16) der Wöchnerinnen, die keinen Besuch von ihrem Partner erhielten, zeigten einen PPB. Frauen, die Besuche von ihrem Partner hatten, zeigten in 45,0% (n=36) der Fälle einen Blues.

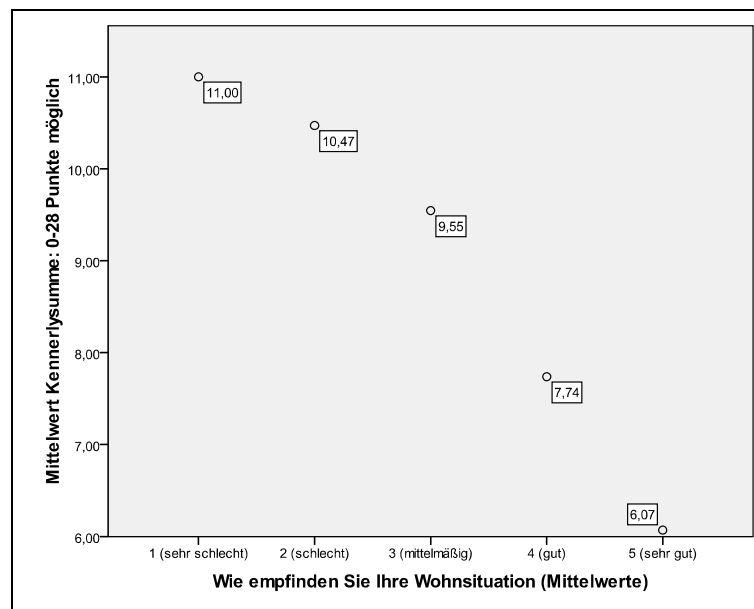
**Tabelle 23: Besucht Sie Ihr Partner?**

			Kennerleysumme < 7 (kein Blues)	Kennerleysumme ≥ 7 (Blues)	Gesamt
Besucht Sie Ihr Partner? Chi-Quadrat, p=0,038	nein	Anzahl	7	16	23
		in Prozent	30,4%	69,6%	100,0%
	ja	Anzahl	44	36	80
		in Prozent	55,0%	45,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	51	52	103
		Gesamtzahl in %	49,5%	50,5%	100,0%

*Wohnsituation (Korrelation nach Pearson,  $r=0,338$ )*

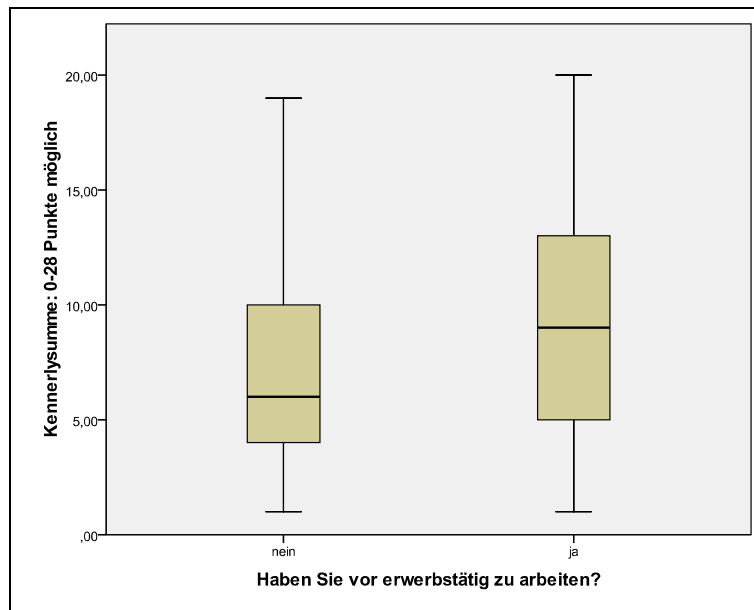
Zeigten sich Wöchnerinnen besorgt über die Wohnsituation, wiesen sie auch höhere Summenwerte im Kennerley Score auf (Diagramm 30). Als mögliche Gründe für die Besorgnis wurden beispielsweise die Größe der Wohnung, die Anzahl der Zimmer, die Bauart des Hauses aus Lehm oder die Mietverpflichtungen genannt.

**Diagramm 30: Wie empfinden Sie ihre Wohnsituation? (Mittelwerte, n=105)**



Als schlecht oder sehr schlecht bezeichneten 21,9% (n=23) der Wöchnerinnen ihre Wohnsituation. Aus dieser Gruppe zeigten 69,6% (n=16) der Frauen einen Blues. Ihre Wohnsituation sei gut oder sehr gut gaben 67,0% (n=71) der Befragten an. In dieser Gruppe zeigten 43,7% (n=31) der Wöchnerinnen im Kennerley Score einen Blues.

*Haben Sie vor erwerbstätig zu arbeiten? (M-W-Test, p=0,007)*



Wöchnerinnen, die nicht wieder erwerbstätig werden wollten, zeigten in 38,9% (n=21)<sup>86</sup> der Fälle einen PPB. Frauen, die wieder ins Erwerbsleben zurückkehren wollten, wiesen in 61,1% (n=33) der Fälle einen PPB auf. Eine mögliche Erklärung für den signifikanten Zusammenhang dieser Variable könnte sein, dass Frauen, die wieder arbeiten wollen, sich einem höheren emotionalen Druck und stärkerem Leistungszwang aussetzen oder ausgesetzt sind und somit eher die PPB Symptomatik aufweisen. In Honduras spielt sicher zusätzlich die Tatsache der wirtschaftlichen Existenzbedrohung durch eine Schwangerschaft bzw. einen Säugling eine große Rolle. Dies könnte auch einer der Gründe sein, weshalb bei den Frauen, die eine Erwerbstätigkeit anstreben, eine signifikant höhere Bluesrate auftritt.

**Tabelle 24: Haben sie vor wieder erwerbstätig zu arbeiten? (n=104)**

			Kennerleysumme <7 (kein Blues)	Kennerleysumme ≥ 7 (Blues)	
Haben Sie vor erwerbstätig zu arbeiten? Chi-Quadrat, p=0,019	nein	Anzahl	31	19	50
		in Prozent	62,0%	38,0%	100,0%
	ja	Anzahl	21	33	54
		in Prozent	38,9%	61,1%	100,0%
Gesamt		Anzahl	52	52	104
		in Prozent	50,0%	50,0%	100,0%

*Kontakt zu den Schwiegereltern (K-W-Test, p=0,047)*

Die Häufigkeit des Kontakts zu den Schwiegereltern erbrachte im Kennerley Score signifikante Ergebnisse. Die unterstützende Funktion der Familie des Ehemanns oder Partners spielt eine wichtige Rolle im Wochenbett. Vermutlich kann die Häufigkeit des Kontakts auch als Indikator genutzt werden, um die Akzeptanz der Frau in der Familie des Ehemanns zu mes-

<sup>86</sup> Chi Quadrat nach Pearson: p=0,019



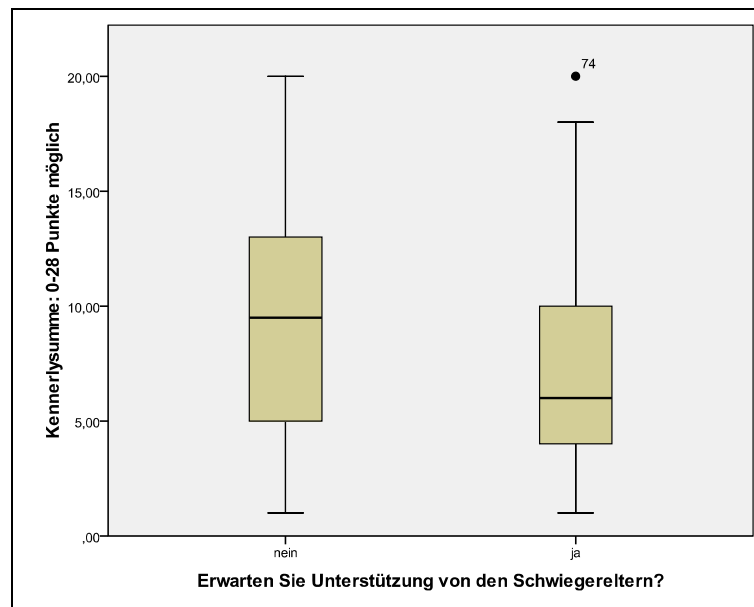
sen. Frauen, die wöchentlich Kontakt zu den Schwiegereltern angaben, erreichten im Kennerley Score durchschnittlich 6,15 Punkte. Diese Wöchnerinnen wohnen nicht mit den Schwiegereltern in häuslicher Gemeinschaft, es bestand aber trotzdem ein regelmäßiger Kontakt. Frauen, die täglich Kontakt zu den Schwiegereltern hatten - hierzu zählten auch Frauen die in häuslicher Gemeinschaft mit den Schwiegereltern wohnten - zeigten durchschnittlich einen Kennerley Summenwert von 8,12 Punkten und Frauen, die keinen Kontakt zu den Eltern des Partners hatten, von 9,40 Punkten.

*Erwartete Unterstützung: durch die Schwiegereltern (M-W-Test,  $p=0,015$ )*

*durch andere Familienmitglieder (M-W-Test,  $p=0,016$ )*

Die Unterstützung durch die Schwiegereltern oder durch andere Familienmitglieder stellte sich als wichtiger Faktor für das Wohlbefinden der Schwangeren heraus. Frauen, die sich der Unterstützung durch den Familienkreis sicher sein konnten, zeigten signifikant niedrigere Summenwerte im Kennerley Score. Die Mittelwerte der Frauen, die sich der Unterstützung durch die Schwiegereltern sicher sein konnten, lagen um 25,4%<sup>87</sup> niedriger als in der Gruppe der Frauen ohne Unterstützung. Nahezu identisch fielen die Mittelwerte der Frauen mit Unterstützung aus dem familiären Umfeld aus. Hier wies die Gruppe mit Unterstützung einen um 26,1% niedrigeren Summenmittelwert auf<sup>88</sup>.

**Diagramm 31: Erwarten Sie Unterstützung von den Schwiegereltern?**



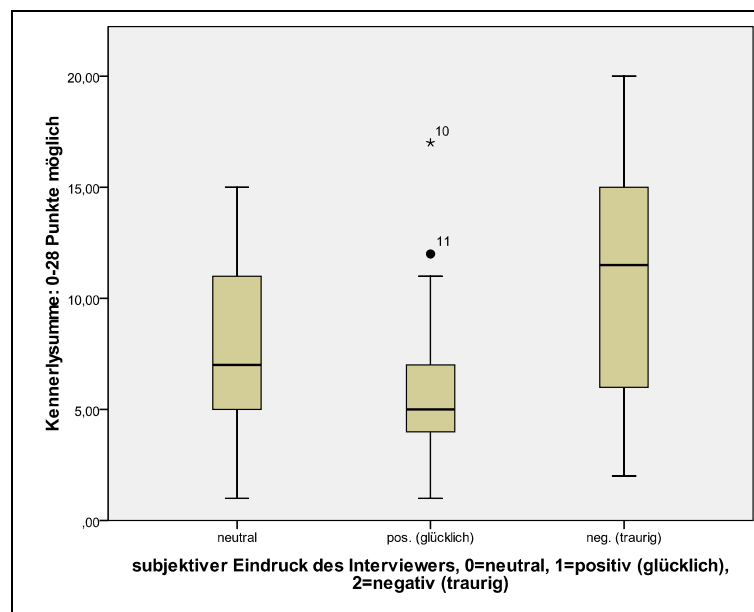
<sup>87</sup> Wöchnerinnen mit/ohne Unterstützung 9,72/7,25 Punkte.

<sup>88</sup> Wöchnerinnen mit/ohne Unterstützung 9,76/7,21 Punkte.

*Subjektiver Eindruck des Interviewers (K-W-Test,  $p=0,000$ )*

Der subjektive Eindruck, den die Wöchnerinnen auf mich machten, korreliert hochsignifikant mit den Summenwerten des Kennerley Score. Wöchnerinnen, die einen traurigen Eindruck während des Interviews hinterließen, zeigten auch signifikant höhere Summenwerte. Im Durchschnitt wiesen die „traurigen“ Wöchnerinnen einen Summenwert von 11,18 Punkten auf, die „glücklichen“ Wöchnerinnen“ von 5,77 und die Frauen, die einen „neutralen“ Eindruck erweckten, von 8,00 Punkten.

**Diagramm 32: Subjektiver Eindruck des Interviewers (n=105)**



Betrachtet man den subjektiven Eindruck unter Berücksichtigung der Cut-Off Werte<sup>89</sup>, so zeigten 73,5% (n=25) der „traurigen“ Frauen einen PPB, unter den „glücklichen“ lediglich 25% (n=11).

<sup>89</sup> Chi-Quadrat nach Pearson  $p=0,000$ .

## 7 Diskussion der Ergebnisse

Anhand der Ergebnisse dieser empirischen Studie an 105 honduranischen Wöchnerinnen sollen im folgenden Abschnitt die aufgestellten Hypothesen<sup>90</sup> überprüft und beurteilt werden. Methodische Schwächen und Stärken werden dargestellt und für die weitere Forschung Verbesserungsvorschläge herausgearbeitet. Hinzu kommen mögliche Anregungen und Verbesserungsvorschläge für die Betreuung Schwangerer, Gebärender und Wöchnerinnen.

### 7.1 Überprüfung der Hypothesen

#### **I. In Honduras tritt der Blues weniger häufig auf als in Kulturen der westlichen Länder.**

In der hier vorliegenden Arbeit zeigt sich, unter der Annahme der vereinbarten Grenzwerte innerhalb des MPPP im Kennerley/Gath Fragebogen (1989), eine Häufigkeit des PPB von 50,5%. Im Stein Fragebogen ergibt sich eine Blues-Häufigkeit von 32,4% und im EPDS eine depressive Symptomatik bei 19,0% der Wöchnerinnen. Im Vergleich der verschiedenen Teilstudien (siehe Tabelle 25) liegt die Häufigkeit des PPB für die verwendeten Instrumente im oberen Mittelfeld. Es wurden in europäischen sowie in den transkulturellen Untersuchungen höhere als auch niedrigere Werte erzielt<sup>91</sup>. Somit kann festgestellt werden, dass sich der Blues in der Studie in Honduras bezüglich der Häufigkeit nicht vom Blues in unserem Kulturkreis wesentlich unterscheidet.

**Tabelle 25: Ergebnisse der Teilstudien des MPPP (Munich Post Partum Project)<sup>92</sup>**

	Anzahl der Probandinnen	Vergleich der Instrumente:		
		Kennerley (in %)	Stein (in %)	EPDS (in %)
Fellacher (Papua Neuguinea, 2005)	55	47,3	25,5	12,7
Delius (München, 2006)	50	58,0		
Strobl (München, 2002)	585	41,9		12,1
Wanker (Italien, 2006)	60	30,0	23,3	20,0
Laner (Indien, 2005)	36	13,9		
Complojer (Italien, 2006)	51	37,3	21,6	27,5
Fink (Brasilien, 2009)	128	48,4	14,1	3,9
Arnegger (Honduras, 2010)	106	50,5	32,4	19,0

<sup>90</sup> Vgl. Kap.5.4, S.46.

<sup>91</sup> Vgl. 2.1 S.5.

<sup>92</sup> Alle Arbeiten sind bereits als Diplomarbeiten oder Dissertationen veröffentlicht.

Im Verlauf der Studie wurde deutlich, dass sich die Konzepte des PPB und der damit einhergehenden Symptomatik im Studiengebiet von den Konzepten im mitteleuropäischen Raum unterscheiden. Die Ätiologie und die Bedeutung des PPB für die Wöchnerin in Honduras sind in einen traditionellen Kontext eingebettet. Die Wöchnerin gilt als „enferma“ (span. krank) und bedarf einer vermehrten Unterstützung, Betreuung und Schonung. Es liegt eine traditionell vorgegebene Strukturierung des Wochenbetts vor mit Verhaltensrichtlinien, sozialen Rollenvorstellungen, Krankheitskonzepten und Bedeutungszuweisungen (vgl. Kap. 4.8 S.29). In vielen Fällen werden Vorschriften und Riten eingehalten. Eine generelle Veränderung vom traditionellen Ablauf der Geburt und des Wochenbetts hin zur modernen westlich-geprägten Geburtshilfe war während der Untersuchung zu spüren.

Als Gründe für die Häufigkeit des PPB in Honduras betrachte ich neben den signifikanten Faktoren, die anhand der Befragung ermittelt wurden, und potentiell protektiven Faktoren, wie beispielsweise das Leben in der Großfamilie, die Anwendung von Traditionen und Riten und die teilweise extreme materielle Armut im Untersuchungsgebiet. Die Perspektivlosigkeit vor allem junger Paare, zieht eine Vielzahl an Konsequenzen nach sich. Hierzu zählen Arbeitslosigkeit, Wirtschaftsflucht, Probleme bei der Finanzierung der medizinischen Versorgung und letztlich Existenzangst. Auch gilt es zusätzlich zu untersuchen, ob ein großer familiärer Rückhalt und das Leben in einer großen häuslichen Gemeinschaft nicht auch eine Belastung für die Wöchnerin sein kann und es zu einem Mismatch zwischen persönlichen Vorstellungen für das Wochenbett und familiär vorgegebenen Richtlinien und Erwartungen kommt. Zudem muss weiter untersucht werden, welche physischen Faktoren für die Häufigkeit des PPB eine essentielle Rolle spielen.

## **II. In Honduras tritt bei Hausgeburten der Blues weniger häufig auf als bei institutionalisierten Geburten.**

In dieser Studie wurden Frauen befragt, die Kinder im eigenen Haus beziehungsweise im Haus einer „Partera“ (Hebamme, TBA) entbanden und Frauen, die im Krankenhaus ihr Kind zur Welt brachten. Dieser Weg soll als Herangehensweise an die Hypothese, die den PPB als *culture bound syndrome* betrachtet, genutzt werden (vgl. Kap. 3.3 S.19). Wird der PPB im Sinne eines *culture bound syndrome* (Dammann/Schiefenhövel, 1998) betrachtet, muss davon ausgegangen werden, dass eine zunehmende Entfernung von traditionellen Geburtsformen und Geburtsriten sowie eine zunehmende Medikalisierung und Unterbrechung der heimischen Routine eine vermehrte Störungsanfälligkeit für Stimmungsschwankungen hervorruft. Frühe-

re Befunde (Dammann/Schiefenhövel, 1998) aus Neuguinea zeigten, dass eine dysphorische Stimmungslage im frühen Wochenbett bei Frauen nach Hausgeburten im traditionellen Kontext praktisch nicht oder nur in sehr schwacher Form existiert. In dieser Studie an honduranischen Wöchnerinnen wurde die Häufigkeit des PPB in den Teilgruppen der Heim-/Hausgeburten und den Krankenhausgeburten verglichen sowie signifikante Unterschiede bei einzelnen Faktoren aufgezeigt. Bei einem Vergleich der Instrumente zeigt sich, dass sich weder im Kennerley Score noch im Stein Score oder im EPDS die PPB Raten (siehe Tabelle 26) signifikant unterscheiden. Zwar zeigen sich in allen Scores niedrigere Punktwerte, ein signifikanter Unterschied der Inzidenz des PPB ergibt sich daraus nicht. Diese Ergebnisse sind im Wesentlichen deckungsgleich mit den Ergebnissen von Pop (1995). Die Hypothese kann somit nicht bestätigt werden.

**Tabelle 26: Vergleich der Haus/Heim- und Krankenhausgeburten**

	Hausgeburten (Punktwerte / in %)	Krankenhausgeburten (Punktwerte / in %)
Kennerley Score	7,44 / 48,8	8,43 / 50,8
Stein Score	5,43 / 30,0	6,29 / 33,8
EPDS	5,33 / 12,8	6,34 / 19,2

Obwohl sich bei der Häufigkeit des PPB keine signifikanten Unterschiede ergeben, so bilden sich innerhalb der Subgruppen der Wöchnerinnen doch klare Unterschiede heraus. Frauen, die in Honduras ihr Kind Zuhause zur Welt brachten, waren im Durchschnitt weniger gebildet und lebten in einem größeren Haushalt. Die Frauen, die sich für eine Hausgeburt entschieden, nahmen im Durchschnitt seltener an den schulmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil. Sie ließen seltener eine Ultraschalluntersuchung durchführen und kannten das für die Geburt verantwortliche Personal häufiger bereits vor der Geburt. Verwandte oder der Partner konnten bei der Geburt anwesend sein. Im frühen Wochenbett waren Besuche häufiger, was im Untersuchungsgebiet kulturell bedingt sehr wichtig ist. Die Wöchnerinnen fühlten sich in ihren Wünschen durch die traditionellen Hebammen eher berücksichtigt als vom Krankenhauspersonal. Frauen haben bei Hausgeburten früher Körperkontakt mit dem Neugeborenen. Einerseits kann dieser Unterschied durch die Organisation der Abläufe im Krankenhaus bedingt sein, andererseits durch die Tatsache, dass viele „Parteras“ (traditionelle Hebammen, traditional birth attendants, TBA) komplikationsreiche Geburtskonstellationen ins Krankenhaus überweisen. Die Geburt wird in diesen Fällen aufwändiger und die Gefahr für die Gesundheit der Mutter und des Kindes größer (Sectio caesarea, Narkose, Fehllage, etc.). Im Krankenhaus werden weitere Untersuchungen nach der Geburt durchgeführt, was die Dauer bis zum ersten

Körperkontakt der Mutter mit dem Neugeborenen beeinflusst. Alle Frauen, die bereits eine Fehl- oder Totgeburt erlebt hatten, entschieden sich gegen eine Hausgeburt.

Aufgrund der Ergebnisse gehe ich davon aus, dass ein Teil der Wöchnerinnen der modernen medizinischen Versorgung misstraut und den im Studiengebiet wesentlich unproblematischeren Kontakt zur Hebamme sucht. Sie können den Frauen mehr Zeit widmen und werden zu Beratern in Fragen rund um die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett. Hebammen sind in die Gesellschaft integrierte und zumeist anerkannte Personen. Eine Betreuung durch Frauen vor Ort erfordert einen geringeren finanziellen und zeitlichen Aufwand. Es entfällt zudem die Barriere zur schulmedizinischen Versorgung. Im Laufe der Untersuchung zeigte sich, dass sich die Hebammen sehr verantwortungsvoll gegenüber möglichen Geburtskomplikationen zeigten und Frauen in Verdachtsfällen in eine Klinik schickten. Erfahrungen der Frauen mit der staatlichen Gesundheitsversorgung sind häufig geprägt von langen Wartezeiten und einem vertikalen Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Die finanziellen und logistischen Belastungen für eine Krankenhausgeburt müssen ebenso berücksichtigt werden. Die größere Anzahl an Haushaltmitgliedern und die geringere Bildung legen die Vermutung nahe, dass die Frauen, die eine Hausgeburt bevorzugen, sozial schwächer gestellt sind als Frauen, die sich für eine Krankenhausgeburt entscheiden. Einen Unterschied zwischen Hausgeburten und Krankenhausgeburten bezüglich der kindlichen oder mütterlichen Mortalität konnte ich wegen der Größe der Stichprobe und der Dauer des Beobachtungszeitraums nicht mit Sicherheit feststellen.

Aufgrund der unterschiedlichen Beweggründe für die jeweilige Geburtsform in den Teilgruppen ist eine Vergleichbarkeit der Teilergebnisse nur unter Beachtung der spezifischen Merkmale gegeben.

### **III. Der Blues ist ein multifaktoriell bedingtes Störungsbild mit variierender Symptomatik.**

Im Rahmen der Studie wurden psychische und soziale Gesichtspunkte rund um die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett untersucht. Es stellte sich heraus, dass psychologische Komponenten wie beispielsweise eine positive Anamnese bezüglich vorangegangener psychischer Erkrankungen (Stein, 1980), das Befinden in der Schwangerschaft (Handley, 1980; Harris, 1980; Stein, 1980; O'Hara, 1991) und das Erleben der Geburt sowie des Wochenbetts (Hannah, 1992) eine Rolle spielten. Wie bereits Murata (1998) zeigte, ergaben sich auch in meiner Studie in Honduras signifikante Variablen für den PPB im Bereich der sozialen Unterstützung sowie bei den familiären Rahmenbedingungen.

Eine Untersuchung zu biologischen Aspekten der Genese des PPB oder der depressiven Symptomatik im frühen Wochenbett wurde nicht durchgeführt. Der Anteil der biologischen Komponenten kann somit lediglich aus der Literaturanalyse beurteilt werden. Hier gilt es festzuhalten, dass eine hormonelle Genese des PPB nicht abschließend geklärt werden konnte und somit auch nicht ausgeschlossen werden kann. Bislang wurde in allen Studien des MPPP ein PPB nachgewiesen, was die Theorie der Beteiligung einer biologischen Komponente wahrscheinlich macht.

Aufgrund der Ergebnisse dieser Studie und der vorangegangenen Studien im Rahmen des MPPP können verschiedene Variablen mit signifikantem Einfluss auf die Blueshäufigkeit festgemacht werden. Ebenso ergibt sich eine variierende Symptomatik bei der punktuellen Analyse der Stimmung im frühen Wochenbett. Somit kann die Hypothese, es handle sich beim PPB um ein Krankheitsbild mit multifaktorieller Genese, bestätigt werden.

Wie bereits beschrieben (vgl. Kap. 2.1, S.5), existiert nach wie vor keine einheitliche nosologische Definition des Baby Blues. Bei der vorliegenden Studie sind die am häufigsten genannten Symptome aufgelistet. Ob die Symptome wochenbettspezifisch sind oder generell im Sinne einer Anpassungsstörung auftreten, kann aus der vorliegenden Studie nicht beantwortet werden, da Symptome beispielsweise vor oder in der Schwangerschaft nicht erfasst wurden (vgl. Kap. 3.4, S.21).

#### **Die häufigsten Symptome in der Faktorenanalyse nach Kennerley/Gath (1989)<sup>93</sup>:**

Eine Auswertung des Kennerley/Gath Fragebogens ergab für folgende Symptome die größte Inzidenz: überempfindlich (52,8%), grübelnd (48,1%), innerlich gespannt (48,1%), müde (46,2%), Hochs und Tiefs in der Stimmung (41,5%), ängstlich (40,6%), launisch (36,8%), vergesslich durcheinander (34,0%), emotional überreagierend (34,0%), reizbar (32,1%), weinerlich (31,1%)

#### **Die häufigsten Symptome im „Scale for measuring the Blues“ nach Stein (1980):**

Eine Auswertung des Stein Fragebogens zeigte für folgende Symptome die höchste Inzidenz: Erschöpfung (59,4%), Kopfschmerzen (52,8%), Schlafstörungen (42,5%), Ruhelosigkeit (38,7%), Träume und Alpträume (32%) und veränderter Appetit (30,2%).

Zusätzlich zu den Instrumenten zur Erfassung der Symptome des Blues wurden weitere depressive Symptome<sup>94</sup> mittels des EPDS erfasst. Ob diese Symptome zum Störungsbild des PPB gezählt werden müssen, ist nach wie vor unklar. Am häufigsten wurde auf die entspre-

---

<sup>93</sup> In Klammern findet sich der prozentuale Anteil der Wöchnerinnen, der das Symptom zeigte.

<sup>94</sup> In dieser Studie wurde der EPDS als Screening Instrument für den PPB verwendet.

chende Frage geantwortet: „Ich habe mich in unberechtigter Weise schuldig gefühlt, wenn etwas daneben ging“ - „Ich war ängstlich und machte mir unnötige Sorgen“ - „Mir ist alles zuviel geworden“ und „Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte“<sup>95</sup>. Die Frage der Zugehörigkeit der depressiven Symptome zum Baby Blues erlangt eine große Bedeutung hinsichtlich der Fragestellung, ob der Baby Blues eine Prädisposition für die PPD darstellt und ob der EPDS Fragebogen als Screening Instrument für eine PPD/PPB verwendet werden kann. Auch dazu kann noch keine abschließende Stellungnahme abgegeben werden.

#### **IV. Prädisponierende Faktoren und Persönlichkeitsmerkmale beeinflussen den PPB entscheidend.**

Im Folgenden werden prädisponierende Faktoren und Risikofaktoren unterschieden. Prädisponierende Faktoren sind in der Regel nicht veränderbar und bereits vor der für die Studie relevanten Schwangerschaft vorhanden. Bei den Risikofaktoren handelt es sich um variable Faktoren rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Zu den prädisponierenden Faktoren zählen beispielsweise soziodemographische Daten, eine Anamnese bezüglich psychischer und physischer Erkrankungen, vorangegangene Schwangerschaften und dem damit verbundenen Befinden sowie das soziale und ökonomische Umfeld. Im Folgenden werden diese Faktoren vorgestellt und diskutiert.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass das „prämenstruelle Syndrom“ (PMS) in einem signifikanten Zusammenhang mit dem Auftreten des PPB steht. Frauen, die bereits im Vorfeld der Schwangerschaft unter prämenstruellen Beschwerden litten, zeigten signifikant höhere Punktwerte im Kennerley Score. Diese Resultate sind deckungsgleich mit den Ergebnissen anderer Studien (Ballinger, 1979; Condon/Watson, 1987; Hapgood, 1988). Fellacher ermittelte für Frauen, die in einem Krankenhaus in Papua Neuguinea entbanden, einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem PMS und dem PPB. Frauen mit positiver Anamnese für PMS zeigten in 75% der Fälle eine Bluessymptomatik, wohingegen nur 39,5% der Frauen ohne PMS die Symptomatik zeigten. Wanker (2006) ermittelte in ihrer Studie in Südtirol für den Stein Score und das PMS ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang.

Vergleichbar mit den Ergebnissen, die Stein (1980) ermittelte, konnte in meiner Untersuchung in Honduras ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen der Anamnese bezüglich psychischer und anderer ernsthafter Erkrankungen der Wöchnerin sowie psychischer Erkrankungen

---

<sup>95</sup> Hierbei wurde die Häufigkeit der Fragen gewertet, die auf einer Skala von 0-3 Punkten mit 2 oder 3 bewertet wurden.



in der Familie und dem PPB festgestellt werden. Die Angabe einer psychischen Erkrankung fußte zumeist nicht auf einer ärztlichen Diagnose, sondern auf einer Zuschreibung durch Bekannte, Verwandte oder einer Selbstdiagnose. Frauen, die angaben, bereits einmal an einer psychischen Erkrankung gelitten zu haben, zeigten häufiger einen Blues als Frauen, die bislang völlig gesund gewesen waren. Ein nahezu identisches Bild ergab sich bei der Analyse der Familienanamnese bezüglich psychischer Erkrankungen.

Ebenfalls eine signifikant höhere PPB-Häufigkeit bei Frauen mit positiver familiärer Anamnese stellte Fink (2009) fest.

Das Befinden nach vorangegangenen Schwangerschaften hat prägende Einflüsse auf die Wöchnerin. Signifikante Ergebnisse wiederholen sich in diesem Punkt in verschiedenen Studien (Fink, 2009; Wanker, 2006). Aus dieser Tatsache lassen sich Rückschlüsse über die möglichen Gründe für ein positives oder negatives Befinden ziehen. Auf Nachfrage nach den Gründen für ein negatives Erleben nannten die Wöchnerinnen psychische und physische Belastungen. Zu den häufig genannten psychischen Gründen gehörten Aborte, Totgeburten, Partnerschaftskonflikte, „schwache Nerven“, aufgetretene Depressionen oder Schmerzen. Zu den physischen Gründen zählen Schwindel, Schmerzen, Übelkeit und Schwäche.

Bei Wöchnerinnen, die in der Vorgeschichte bereits eines ihrer Kinder verloren hatten, konnte in dieser Studie eine signifikant erhöhte PPB-Inzidenz ermittelt werden.

Eine prekäre Wohnsituation erwies sich in meiner Studie ebenfalls als Risikofaktor für die Entwicklung eines PPB. In vielen Fällen blieb für die Wöchnerin kaum Zeit, um die Wohnsituation an die neue Lebenssituation oder an die vergrößerte Familie anzupassen. Zudem fehlten finanzielle Mittel, um notwendige Verbesserungen vorzunehmen. Oft zogen es die Wöchnerinnen vor, bei den Eltern oder den Schwiegereltern das Wochenbett zu verbringen. Hieraus resultiert eine zusätzliche Belastung für die Wöchnerin und somit ein sorgenvoller Start in die emotional fordernde Zeit des Wochenbetts (Schiefenhövel, 2007a). Im Rahmen einer besseren Vorbereitung auf das Wochenbett könnten Fragen des Wohnorts bereits im Vorfeld geklärt werden und so zu einer verringerten Blueshäufigkeit führen.

Für Alter und Parität konnte, vergleichbar zu den Ergebnissen von O'Hara (1980)<sup>96</sup>, kein Zusammenhang zum Auftreten des PPB gefunden werden. Somit kommt die Schwangerschaft bei Primiparae nicht als Risikofaktor für den PPB in Frage (Handley, 1980; Stein, 1980; Kendall, 1981; Condon/Watson, 1987, Kennerley/Gath, 1989; Ehlert, 1990). Keinen Einfluss

---

<sup>96</sup> Fink (2009) weist in seiner Studie an Wöchnerinnen in Brasilien einen Zusammenhang zwischen Alter, Parität und dem PPB nach. Diese Ergebnisse konnte in meiner Studie nicht reproduziert werden.

zeigte die Geplantheit der Schwangerschaft. Eine Schwangerschaft wird in Honduras häufig als etwas Gottgegebenes betrachtet. Familienplanung existiert im Studiengebiet praktisch nicht.

Einen ebenso geringen Einfluss übt der Familienstand aus (Davidson, 1972; Ballinger, 1979). Wie bereits beschrieben<sup>97</sup>, leben die meisten Frauen in Honduras in einer nichtehelichen Gemeinschaft. Die Partnersituation zeigt sich als Risikofaktor, sobald besondere Ereignisse wie beispielsweise die Wirtschaftsflucht des Partners, eine Trennung vom Partner oder Streit mit dem Partner auftreten. Es entsteht eine unbefriedigende Situation für die Wöchnerin und sie reagiert mit einer dysphorischen Stimmung (Schiefenhövel, 2007a). Die Bildung der Frau hat keinen Einfluss auf den PPB. Jedoch wirkt sie sich, wie die vorliegende Studie zeigt, auf die Entscheidung für eine institutionalisierten Entbindung oder eine Hausgeburt aus. Keinen signifikanten Einfluss hatte die Religion, Konfession oder die Intensität des Glaubens auf den PPB.

Die Hypothese, dass prädisponierende Faktoren die Häufigkeit des Blues entscheidend beeinflussen, kann somit in weiten Teilen bestätigt werden.

## **V. In Honduras prädisponieren Risikofaktoren im Verlauf der Schwangerschaft für Stimmungsschwankung im frühen Wochenbett.**

Aus dieser Untersuchung ergibt sich, dass vermehrtes Erbrechen während der Schwangerschaft einen Risikofaktor für den PPB darstellt. Die Teilnehmerinnen dieser Studie empfanden vermehrtes Erbrechen als psychischen Stressfaktor (Becker, 2004)<sup>98</sup> und physische Belastung.

Die Stimmung in der Schwangerschaft erweist sich in dieser Studie ebenfalls als signifikanter Risikofaktor (Harris, 1980; Stein, 1980). Frauen, die einen PPB zeigten, gaben eine schlechtere Stimmung in der Schwangerschaft an. Diese Variable ist schwerer objektivierbar als beispielsweise das Erbrechen. Dies ist begründet in der subjektiven Einschätzung der jeweiligen Wöchnerin. Kongruent zeigen sich die Ergebnisse der Studie mit den Ergebnissen der Studie von Complojer (2006) und Fink (2009).

Besondere Ereignisse während der Schwangerschaft üben einen wichtigen signifikanten Einfluss auf die Stimmungsschwankungen im frühen Wochenbett aus. Zu den genannten Ereignissen zählen beispielsweise Krankheit, der Tod eines Familienmitglieds oder die Trennung vom Partner der Schwangeren. Außergewöhnlich häufig ist die Wirtschaftsflucht des Partners

---

<sup>97</sup> Vgl. Kap.6.1.1, S. 51.

<sup>98</sup> Becker (2004) fasste dies unter dem Überbegriff „höhere psychische Belastung“ zusammen.

in die USA oder nach Spanien. Wenige Wöchnerinnen gaben an, Positives in der Schwangerschaft erlebt zu haben. Unter den positiven Äußerungen waren beispielsweise besondere Geschenke und die Aufmerksamkeit des Lebensgefährten, des Ehemannes oder die Heimkehr eines Familienmitglieds. In der Arbeit von Complojer (2006) zeigte sich diese Variable ebenfalls als signifikant. Delius (2006) konnte keine Signifikanz bei dieser Variable feststellen.

Wie gut sich die Schwangeren auf die Geburt vorbereitet fühlten durch Geburtsvorbereitungskurse oder eine regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, spielte für die Häufigkeit des PPB keine signifikante Rolle. Kinder sind allgegenwärtig in der honduranischen Gesellschaft. Mädchen und junge Frauen werden bereits früh mit Schwangerschaft, Geburt, Kinderbetreuung und der damit verbundenen sozialen Rolle konfrontiert. Ihnen wird auch berichtet wie schwierig und schmerzhaft eine Geburt sein kann, sodass kein falsches Bild des Bevorstehenden entsteht.

Inwiefern Arbeit und Beruf während der Schwangerschaft sich auf das emotionale Befinden während des Wochenbetts auswirken, geht aus dieser Studie nicht eindeutig hervor. Es wurde eine erhöhte Inzidenz des PPB für Frauen nachgewiesen, die ihren Beruf als belastend empfanden. Jedoch sind diese Ergebnisse aufgrund der oft unklaren Arbeitsverhältnisse nur bedingt verwertbar. In Honduras gibt es gesetzliche Regelungen, die den Frauen den Erhalt des Arbeitsplatzes nach der Schwangerschaft zusichern. In den wenigsten Fällen wird dies eingehalten, was einen enormen Druck auf die Frauen erzeugen kann. Es bleibt die Frage zu klären, ob die Arbeitsbelastung für eine höhere PPB-Inzidenz prädisponiert oder ob die Sorge um das familiäre Einkommen und die Wiederaufnahme der Arbeitsstelle nach der Schwangerschaft sich als entscheidende Faktoren herausstellen. In beiden Fällen entsteht somit eine belastende Situation für die Wöchnerin und ein Risikofaktor für die Entstehung einer Stressreaktion in Form eines PPB (Schiefenhövel, 2007a). Die Hypothese wird in weiten Teilen bestätigt.

## **VI. Der Geburtsverlauf spielt eine maßgebliche Rolle bei der Entstehung des PPB.**

Der Geburtstermin, Geburtsgewicht, Verlauf der Geburt, Geburtsposition, Dammschnitt, Schmerz und Schmerzbekämpfung, Kenntnis des Personals oder Vertrauen in das Personal und die Dauer bis zum ersten Körperkontakt der Mutter mit Neugeborenen zeigten keinen signifikanten Einfluss auf die Häufigkeit des PPB (Kennerley/Gath, 1989; Hapgood, 1988; Stein, 1980).

Wenn die Gebärenden die Anwesenheit des Arztes, der Krankenschwester oder der Hebamme als störend empfanden, zeigte sich im Verlauf des Wochenbetts eine erhöhte Blueshäufigkeit. Hierfür gibt es viele mögliche Ursachen. Prinzipiell herrscht in den lateinamerikanischen Kulturkreisen ein anderes Bild des Arztes. Es besteht ein vertikales Arzt-Patienten Verhältnis. Die Patienten fühlen sich oft dem Willen und den Launen des Arztes ausgesetzt. Ärzte führen die vaginalen Untersuchungen durch, welche die Frauen in der Regel als unangenehm und belastend ansehen. In vielen Fällen verordnet der Arzt weheninduzierende Infusionen, die von den Gebärenden als schmerzsteigernd empfunden werden. In Fällen, in denen die Geburt einen prolongierten Verlauf nimmt oder per Sectio erfolgt, greift der Arzt ein. Die Schwangeren assoziieren zusätzliche Schmerzen mit dem anwesenden ärztlichen Personal. Um diese Hypothese abschließend zu beurteilen, muss zunächst festgestellt werden, dass von den Parametern, die den Geburtsverlauf kennzeichneten, einzig die Anwesenheit des Arztes sich in dieser Studie als signifikante Einflussgröße herausstellte. Ich vermute, dass für die Wöchnerin die Anwesenheit des Arztes stellvertretend für Stressfaktoren steht. Delius (2006) und Hannah (1992) zeigten in ihren Studien, dass Frauen, bei denen eine PDA oder ein Dammschnitt durchgeführt wurde, vermehrt einen PPB aufzeigten. Dies konnte in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden. Allerdings wird auch darauf hingewiesen, dass die PDA sowie der Dammschnitt als psychische und physische Stressoren gewertet werden können: *„Frauen, die eine PDA erhalten hatten, erlebten möglicherweise eine besonders schmerzhafte oder lang dauernde Geburt und der Blues könnte als Belastungs- oder Erschöpfungsreaktion verstanden werden. Ebenso könnten diese Frauen von vornherein sensibler oder empfindlicher gewesen sein und die PDA wäre eher Folge als Ursache einer solchen Symptomatik. Wöchnerinnen mit einem Dammschnitt können wegen verstärkter Schmerzsymptomatik reagiert haben.“* (Delius, 2006, S.144)

Inwiefern die Anwesenheit des Arztes ein Missbehagen der Wöchnerin induziert und welche Faktoren hier im Detail entscheidend sind, gilt es weiter zu untersuchen.

## **VII. In Honduras beeinflussen Faktoren im Wochenbett die Blueshäufigkeit maßgeblich.**

Das honduranische Wochenbett beginnt unmittelbar nach der Geburt und umfasst in der Regel einen Aufenthalt im Krankenhaus oder im Haus der Hebamme, den Transport vom Geburtsort nach Hause sowie die Zeit Zuhause. Verschiedene Variablen bestätigten sich als Risikofaktoren.

Eine mögliche Enttäuschung der Mutter oder deren Partner über das Geschlecht des Kindes sowie die Dauer bis zum ersten Körperkontakt mit dem Neugeborenen zeigten keinen signifikanten Einfluss auf den PPB. Bezüglich der Dauer und Intensität des Körperkontakts zwischen Mutter und Säugling und der Art der Unterbringung (Bedding-In, Rooming-In) konnten ebenfalls keine statistischen Unterschiede hinsichtlich der Vergleichsgruppen festgestellt werden. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass in den meisten Fällen ein Co-Sleep der Mütter mit dem Neugeborenen beobachtet werden konnte. Wiegen im Schlafzimmer oder in einem separaten Kinderzimmer waren in den Häusern der Wöchnerinnen praktisch nicht vorhanden. Im Gegensatz zu den Untersuchungen im Rahmen des MPPP (Schiefenhövel, 2007) ergaben sich keine Hinweise auf protektive oder PPB auslösende Effekte durch die Art der Unterbringung.

Als signifikanter Stressfaktor für die Wöchnerin und somit Trigger für einen PPB zeigte sich in der Studie die Behandlungsbedürftigkeit des Kindes nach der Geburt und im Wochenbett (Schiefenhövel, 2007a).

Stillprobleme werden in der Literatur als Ursache des PPB häufig diskutiert (Pitt, 1973; Lane, 1997; Hapgood, 1988; Kendell, 1981; Kennerley/Gath, 1989). In dieser Studie stillten 100% der Frauen ihr Neugeborenes. Die häufigsten Probleme, die auftraten, waren der Mangel an Milch sowie Probleme mit den Brustwarzen. Gab es Probleme beim Stillen, so wiesen die Frauen auch signifikant höhere Summenwerte im Kennerley Score auf. Die Frauen fühlten sich schuldig, ihr Kind nicht ausreichend versorgen zu können. Die Unzufriedenheit mit der Situation stellt eine Belastung für die Wöchnerin dar, worauf sie mit einer dysphorischen Stimmung reagiert (Schiefenhövel, 2007a).

Von signifikanter Bedeutung ist der Besuch des Partners im frühen Wochenbett. Erhielt die Frau keinen Besuch des Partners, so zeigte sie häufiger einen PPB. Ein Nicht-Erscheinen hatte verschiedene Ursachen wie Partnerschaftskonflikte oder wirtschaftliche Probleme. Der mangelnde Zuspruch durch den Partner oder die fehlende räumliche Präsenz stellte sich als wichtiger Einflussfaktor für das psychische Wohlbefinden der Wöchnerin heraus. Die Anzahl der Besuche, deren Dauer oder auch Besuche durch andere Familienmitglieder erwiesen sich dagegen als nicht relevant. Tendenziell bevorzugten die Wöchnerinnen in Honduras aber viele Besuche, Geselligkeit und viele soziale Kontakte während des frühen Wochenbetts. Im Rahmen der Studie wurden die Wöchnerinnen Zuhause nur selten allein angetroffen. Außer einem

Familienmitglied als Hilfe waren häufig Familienangehörige, Freunde und Nachbarn zu Besuch. Diese Eindrücke werden durch Delius (2006) bestätigt: *„Türkische Frauen antworteten im frühen Wochenbett signifikant häufiger, sie wären nicht gerne alleine. Dieses Ergebnis stimmt mit der Regelung des traditionellen Wochenbetts überein, dass Mutter und Kind nicht alleine gelassen werden sollen.....Dies weist darauf hin, dass viele Besuche als normal angesehen werden und ausbleibender Besuch als Missachtung der Mutter interpretiert werden kann.“* (Delius, 2006, S.145)

In Übereinstimmung mit Murata (1998) erwies sich die zugesagte Unterstützung durch Familienmitglieder oder die Schwiegereltern als wichtiger Faktor für die Entstehung des PPB. Wöchnerinnen, die sich auf zugesagte Hilfe verlassen konnten, zeigten ein besseres psychisches Befinden.

Ängste beeinflussen die Stimmung der Wöchnerinnen im Wochenbett in meiner Studie ebenfalls signifikant. Die Ergebnisse decken sich mit den Resultaten früherer Studien (Yalom, 1968; Kennerey/Gath, 1987). Die Richtung der Kausalität kann allerdings hier nicht genau bestimmt werden. Ob Ängste durch den PPB hervorgerufen werden oder Ängste den PPB verursachen oder verstärken, ist hier nicht zu klären. Aus den Ergebnissen wird ersichtlich, dass Frauen, die Angst vor Überforderung oder Einsamkeit zeigten, auch vermehrt unter einer Blues Symptomatik litten.

Schreckhaftigkeit, Einsamkeit und Traurigkeit zur Zeit des Interviews erwiesen sich ebenfalls als signifikante Variablen bezüglich der Inzidenz des Blues. Hier gilt es zu untersuchen, ob sie charakteristische Eigenschaften des PPB oder prädiktive Variablen darstellen.

Die Zufriedenheit der Wöchnerinnen mit dem Krankenhaus<sup>99</sup>, den Zimmernachbarinnen, der Betreuung sowie des Zimmers lieferten keine signifikanten Ergebnisse.

Frauen, die für die Zeit nach der Geburt eine Erwerbstätigkeit anstreben, zeigten häufiger einen PPB. Eine Erwerbstätigkeit kann aus verschiedenen Gründen einen Stressor darstellen. Körperliche Beeinträchtigung als Geburtsfolge, wirtschaftliche Existenzbedrohung, Angst vor harter körperlicher Arbeit und die Frage nach der Kinderbetreuung sollen hier genannt werden. Besorgnis über die Wohnsituation sowie die wirtschaftliche Situation sind Faktoren, die zu einer Belastung der Wöchnerinnen führen. Aus meiner Sicht spielen hier zusätzlich weitere kulturelle Faktoren eine Rolle. Normalerweise bedeutet eine Schwangerschaft für den Partner

---

<sup>99</sup> Frauen nach einer Hausgeburt wurden hier zu ihrer Zufriedenheit mit den Verhältnissen bei den Hebammen befragt.

die volle Verantwortung für die Frau und das Kind. Wohnraum muss organisiert und ein Haushalt aufgebaut werden. Die Anpassung an die veränderte Situation spiegelt sich aus meiner Sicht bei der Frau in den sorgenvollen Gedanken an Zuhause wider. Vor allem für junge Paare führt dies im frühen Wochenbett zu deutlichen Belastungen und Stresssituationen (Schiefenhövel, 2007a).

Wie anhand der Ergebnisse sichtbar wird, kommt dem Wochenbett eine zentrale Bedeutung bei der Genese des PPB zu. Der PPB kann im Kontext einer Anpassungsreaktion als Signal für ein Missbefinden der Wöchnerin, für offene Bedürfnisse, Sorgen oder mangelnde Unterstützung gewertet werden (Schiefenhövel, 2007a). Die Hypothese wird durch die Ergebnisse dieser Studie bestätigt.

### **VIII. Ein besseres Verständnis und eine bessere Kenntnis des PPB ermöglicht eine bessere Vorbereitung auf die Geburt, eine humanere Geburt sowie eine bessere Nachsorge im Wochenbett.**

Mittlerweile existiert eine Vielzahl von Studien zu den Stimmungsschwankungen im Wochenbett. Die hohe Inzidenz dieser Störung weist auf die Bedeutung hin und macht eine genauere Betrachtung notwendig. Hierzu zählen eine Erforschung der Genese, eine Auflistung der Symptome und deren Verlauf, protektive Faktoren sowie präventive Strategien und mögliche Therapieoptionen.

Hinsichtlich der Vorbereitung auf die Geburt haben sich in verschiedenen Studien des MPPP kongruente Ergebnisse bezüglich der Risikofaktoren und prädisponierenden Faktoren ergeben. Eine praktische Umsetzung dieser Ergebnisse kann eine Erstellung eines individuellen Risikoprofils der Schwangeren während der Vorsorgeuntersuchungen beinhalten. Dazu gehören eine Erfassung einer genauen psychischen Anamnese der Schwangeren und deren Familie und eine Partnerschaftsanamnese.

Die Erfassung des sozialen Status kann Bedürfnisse wie beispielsweise eine Verbesserung der Wohnsituation oder der finanziellen Ausstattung frühzeitig offen legen. Lösungsmöglichkeiten können erarbeitet und eine individuelle Betreuung vor Ort beispielsweise durch Sozialarbeiter gewährleistet werden. Anhand eines kurzen Fragebogens können bereits frühzeitig Risikofaktoren ermittelt und präventive Strategien vorgeschlagen werden. Zusätzlich zur sozialen Anamnese besteht die Möglichkeit einer Aufklärung der Schwangeren bezüglich psychischer und physischer Einschränkungen im Wochenbett.

Die Aufklärung der Schwangeren hinsichtlich postpartaler Stimmungsschwankungen stellt eine weitere präventive Option dar. In Honduras zeigte sich, dass eine subdepressive oder depressive Stimmung im Wochenbett sozial nicht erwünscht ist und als Bedrohung für Mutter und Kind gesehen wird. Eine Aufklärung könnte eine deutliche Entlastung für die Wöchnerin bedeuten und eine bessere Fürsorge durch Verwandte oder Bekannte ermöglichen.

Interventionsstrategien können erarbeitet und der Wöchnerin nahe gelegt werden. Es besteht die Möglichkeit, dass Frauen somit ihre Bedürfnisse besser erkennen, Probleme artikulieren und schneller Hilfe suchen. Aus meiner Sicht könnten diese Maßnahmen durch geschultes Personal, beispielsweise Krankenschwestern oder Hebammen, durchgeführt werden.

Um optimale Bedingungen für die Geburt zu schaffen, müsste weiter untersucht werden, welche Faktoren die entscheidende Rolle bei der Wahl des Geburtssetting spielen. In Honduras zeigte sich, dass Hebammen häufig die ersten Ansprechpartnerinnen für die Schwangeren sind und zudem finanzielle Hürden gegen eine Krankenhausgeburt sprechen. Gerade deswegen ist eine genaue Erfassung der Bedürfnisse und Erwartungen der Schwangeren an den Geburtsort, das Personal und die unmittelbare Nachsorge von entscheidender Bedeutung für eine optimale Begleitung der Gebärenden. Zusätzlich ist eine genaue Evaluierung möglicher Vorteile und Risiken für die Wöchnerin und das Neugeborene im jeweiligen Setting notwendig.

Unterstützend für das skizzierte Präventionsprogramm kann eine Besichtigung der Örtlichkeiten, der technischen Geräte sowie ein vorbereitender Kontakt zum Personal, beispielsweise durch eine integrierte Hebammenpraxis in der Geburtsklinik, wirken. In Deutschland sind einige dieser Punkte inzwischen durchaus selbstverständlich, in Honduras hingegen eher die Ausnahme.

Aufgrund des Risikoprofils ist eine individuelle Nachsorge in Betracht zu ziehen. In dieser Studie konnten Frauen, die einen PPB zeigten, mit hoher Treffsicherheit bereits durch die Anamnese und den subjektiven Eindruck des Interviewers identifiziert werden. Dieser subjektive Eindruck, verbunden mit den Schlüsselsignalen, könnte in Zukunft verwendet werden, um die Nachsorge vor allem der Frauen, die PPB gefährdet sind, effektiver zu gestalten. Inwiefern solche Strategien auch vor der postpartalen Depression oder der postpartalen Psychose schützen, muss untersucht werden.

Das MPPP hat sich zum Ziel gesetzt, durch die transkulturelle Erforschung des Wochenbetts ein besseres Verständnis dieser bedeutsamen Phase zu ermöglichen. Riten und Traditionen für das Wochenbett existieren als Leitfaden in jeder Kultur. Die Erfassung und Analyse der



Handlungsabläufe und Bedeutungszuweisungen können wichtige Hinweise für ein besseres Verständnis liefern. Exemplarisch soll hier der traditionell definierte Zustand der Wöchnerin im frühen Wochenbett dieses Vorgehen verdeutlichen. Parteras (Hebamme, TBA) in Honduras bezeichneten den Zustand einer Wöchnerin im frühen Wochenbett als „enferma“ (span. krank). Dementsprechend bekommt das Umfeld die Aufgabe, sich um die Mutter und das Neugeborene zu kümmern. Durch die Bezeichnung wird der Wöchnerin eine Rolle zugewiesen, die auch vom Umfeld respektiert wird.

Honduranische Frauen bekamen sehr gerne viel Besuch im Wochenbett, waren nicht gerne alleine und fühlten sich im Krankenhaus sehr wohl, wenn im Zimmer weitere Wöchnerinnen untergebracht waren. Dieser Punkt spiegelt individuelle Bedürfnisse der Frauen wider, die mit relativ geringem Aufwand berücksichtigt und leicht in die Praxis umgesetzt werden können.

## **7.2 Diskussion: Material und Methodik**

Um eine weitere Bluesforschung effektiv zu gestalten, soll hier eine konstruktive Kritik an der Studie und den darin verwendeten Methoden erfolgen.

Eine Befragung der Wöchnerinnen hinsichtlich eigener vorangegangener psychischer Erkrankungen, psychischer Erkrankungen in der Familie sowie dem Zustand nach vorangegangenen Schwangerschaften fand in der vorliegenden Studie statt. Jedoch sollte mehr Genauigkeit bei der Erfragung der jeweiligen Symptome und des Zeitpunkts verwendet werden. Ich schlage eine detaillierte Befragung bereits während der Schwangerschaft vor.

In Kapitel 3.4, S.21 wird die Frage diskutiert, ob es sich beim PPB um eine wochenbettspezifische Symptomatik oder um eine allgemeine Anpassungsreaktion handelt. Aus meiner Sicht sollte aus diesen Gründen eine Befragung mithilfe des Kennerley/Gath Fragebogens ebenfalls bei Patienten/innen mit ähnlichen Belastungssituationen, beispielsweise in der postoperativen Phase, erfolgen und die Ergebnisse miteinander verglichen werden<sup>100</sup>.

In der hier vorliegenden Studie wurde die Stimmung in der Schwangerschaft retrospektiv erfasst. Diese Methode ist aus verschiedenen Gründen anfällig für eine verfälschte Beurteilung seitens der Wöchnerin. Notwendig für eine genauere Erfassung psychischer und physischer Stressfaktoren in der Schwangerschaft sind Befragungen bereits im Verlauf der Schwangerschaft. Eine longitudinale Studie kann beispielsweise die Belastung durch Arbeit in der

---

<sup>100</sup> Vgl. Kap. 3.4, S.21; in Anlehnung an die Studien von Iles (1989), Levy (1986) und Kendell (1984).

Schwangerschaft wesentlich exakter ermitteln, Partnerschaftskonflikte zeitnäher erfassen und die Unterstützung durch das soziale Umfeld beurteilen.

Der Fragebogen, der vom MPPP verwendet wird und in Kapitel 5.3,S.43 bereits vorgestellt wurde, erfordert ein circa 90-minütiges Interview. Dies stellt eine Belastung für die Wöchnerin dar. Eine Aufteilung der Befragung wäre durchaus denkbar. Präpartal könnten bereits soziodemographische Fragen beantwortet werden, eine genaue Familienanamnese sowie eine Befragung hinsichtlich bisheriger Schwangerschaften könnte erfolgen. Postpartal fände bei einem solchen Studiendesign eine wesentlich kürzere Befragung hinsichtlich der Symptome statt. Zudem sollte die Stimmung postpartal in regelmäßigen Abständen erfragt werden, vor allem bei Anzeichen für Stimmungsschwankungen, Prädispositionen oder Risikofaktoren, um den Verlauf der Symptome zu beobachten und um einen möglichen Übergang in eine postpartale Depression zu erfassen (Kemp, 2003; Yamashita, 2003, Beck, 1992).

In dieser Studie wurde einerseits eine lineare Betrachtung der Punktwerte gewählt, andererseits wurden mittels der vom MPPP festgelegten Grenzwerte Prozentränge für den PPB errechnet. Aus meiner Sicht ist die Einteilung in betroffene Wöchnerinnen und nicht betroffenen Wöchnerinnen in einer transkulturellen Studie nur bedingt sinnvoll. Stimmungsschwankungen und Depressionen werden im kultureigenen Kontext jeweils unterschiedlich definiert und sind relativ schwer mit Grenzwerten zu erfassen. In den kommenden Studien des MPPP sollten wie in der vorliegenden Studie die Unterschiede in den jeweiligen Antwortkonstellationen hervorgehoben werden.

### **7.3 Zusammenfassung**

Beim Baby Blues, der auch als Heultage, Post Partum Blues (PPB), Blues oder postpartale Dysphorie bezeichnet wird, handelt es sich um einen dysphorischen Zustand im frühen Wochenbett, der in den ersten zehn Tagen nach der Geburt bei Wöchnerinnen auftreten kann. Der PPB ist durch verschiedene Symptome wie etwa Reizbarkeit, Niedergeschlagenheit, Stimmungslabilität oder Traurigkeit gekennzeichnet. Die charakterisierenden Merkmale dauern in der Regel Stunden bis Tage. Eine Abgrenzung dieses Phänomens zu anderen Störungen wird bislang anhand der Dauer und der Intensität der Symptomatik vorgenommen. Es existiert weder eine einheitliche Definition des Baby Blues noch eine klare Abgrenzung zu anderen Störungsbildern im Wochenbett. Er wird weder im DSM IV noch im ICD 10 als eigenständige Krankheit klassifiziert, und es bestehen bislang keine konkreten Behandlungsrichtlinien oder Präventionskonzepte.

Zur Entstehung des Baby Blues gibt es verschiedene Erklärungsmodelle (Kap. 3, S.14). Hormonelle Veränderungen, die im Zuge von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett auftreten, werden in einem biologischen Modell zusammengefasst. Psychologische oder psychosoziale Einflussfaktoren werden als umweltbedingt-psychologisches Modell bezeichnet. Eine weitere Theorie beschreibt den PPB als kulturgebundenen Syndrom (*culture bound syndrome*). Die Genese beruht auf der Entfernung und Entfremdung von der natürlichen Geburt und der damit einhergehenden Veränderung von kulturell bewährten Riten, Traditionen und Verhaltensrichtlinien.

In Rahmen der von Wulf Schiefenhövel und Gerhard Dammann initiierten Studiengruppe Munich Post Partum Project (MPPP) werden Störungen im Wochenbett im transkulturellen Kontext anhand von empirischen Studien untersucht. In der vorliegenden Arbeit wurde das Befinden von 105<sup>101</sup> honduranischen Wöchnerinnen im frühen Wochenbett anhand eines standardisierten Fragebogens erfasst. Der verwendete Fragebogen beinhaltet drei standardisierte Instrumente<sup>102</sup> sowie Fragen zur Anamnese, zum sozialen Umfeld, Befinden in der Schwangerschaft, Erleben der Geburt und des Wochenbetts. Zusätzlich erfolgte anhand von offenen Fragen eine Darstellung des traditionellen Wochenbetts mit Gebräuchen, Riten und traditionellen Vorschriften. Bei der softwaregestützten<sup>103</sup> statistischen Auswertung des Fragebogens ergaben sich signifikante und hochsignifikante Ergebnisse, die in weiten Teilen die Hypothese stützen, dass der PPB eine adaptive, evoluierte und oft unbewusste Verhaltensantwort auf eine als schlecht oder suboptimal empfundene aktuelle und zukünftige Wochenbett-situation für Mutter und Kind darstellt. Ihr evolutionärer Sinn könnte darin bestehen, dass die soziale Umgebung mehr Unterstützung leistet und die Situation verbessert (Schiefenhövel, 2007a). Durch weiterführende Analysen der Punktwerte in Korrelation mit den einzelnen Faktoren mithilfe einer dynamischen Betrachtungsweise wurden Unterschiede in den Vergleichsgruppen aufgezeigt.

Anhand von Grenzwerten (Cut-Off Werten), die für die jeweiligen Instrumente in Übereinstimmung mit dem MPPP festgelegt wurden, ergab sich in Honduras eine Blues Häufigkeit von 50,5% im Fragebogen nach Kennerley/Gath (1989), im Stein Fragebogen (1980) von 32,4%; eine depressive Symptomatik im EPDS (1987) zeigten 19,0% der Wöchnerinnen.

Die Ergebnisse dieser Studie und die Resultate der anderen Teilstudien, die im Rahmen des MPPP durchgeführt wurden, sind in weiten Teilen vergleichbar. Die anhand der Cut-Off Wer-

---

<sup>101</sup> 65 Frauen nach einer Krankenhausgeburt und 40 Wöchnerinnen nach einer Heim-/Hausgeburt.

<sup>102</sup> Fragebogen nach Kennerley und Gath (1989), Scale for measuring the Maternity Blues (Stein, 1980), Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), (Cox, Holden, Sagovsky, 1987)

<sup>103</sup> Für sämtliche softwarebasierten, statistischen Auswertungen wurde SPSS 17.0 verwendet.

te errechneten PPB Häufigkeiten bewegen sich im Bereich der bisherigen Ergebnisse und liefern keine Bestätigung für den Blues als „*culture bound syndrome*“.

Die Hypothese, bei Geburten im traditionellen häuslichen Umfeld trete der PPB weniger häufig auf als unter institutionalisierten Verhältnissen, kann durch die Studie nicht bestätigt werden.

Die vorliegenden Befunde legen im Kontext der existierenden Literatur die Vermutung nahe, dass es sich beim PPB um ein Störungsbild mit einer multifaktoriellen Genese handelt. Gegenstand der empirischen Analysen waren signifikante prädisponierende Einflussgrößen (Faktoren, die bereits vor der Schwangerschaft vorhanden waren und nicht beeinflusst werden können) und signifikante Risikofaktoren (Faktoren, die innerhalb der Schwangerschaft, während der Geburt oder dem Wochenbett auftreten). Eine Aufteilung der Faktoren in diese Kategorien erscheint vor allem für präventive und therapeutische Strategien von Bedeutung zu sein.

Als prädisponierende Faktoren konnten in dieser Studie vor allem die persönliche sowie die familiäre Krankengeschichte bezüglich psychischer oder anderer schwerer Krankheiten identifiziert werden. Ferner spielte das „prämenstruelle Syndrom“, die Partnersituation, die wirtschaftliche Lage, die Wohnsituation sowie die Unterstützung durch Angehörige eine Rolle.

Die Risikofaktoren wurden in die chronologischen Kategorien Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett unterteilt. In der Schwangerschaft stellten sich die Belastung durch den Beruf, die Stimmung der Frau und ihre Ängste vor der künftigen Lebenssituation als signifikante Einflussgrößen dar. Eine zentrale Rolle spielten Parameter, die sich im Wochenbett zeigten. Frauen, deren Kinder eine medizinische Behandlung benötigten, die über mangelnde Unterstützung durch die Familie und Verwandte oder mangelnden Besuch klagten, die Probleme mit dem Stillen hatten, sich einsam und alleine gelassen oder traurig fühlten, Angst vor Überforderung und Einsamkeit oder in der Vorgeschichte bereits ein Kind verloren hatten, wiesen signifikant höhere PPB-Häufigkeiten auf. Die aufgelisteten Faktoren im Wochenbett können wie erwähnt bei einer Beurteilung des PPB als „Alarmsignale“ der Wöchnerin für Missbefinden, unbefriedigte Bedürfnisse oder überfordernde Situationen gewertet werden (Schiefenhövel, 2007a).

In den letzten Jahren hat es eine Vielzahl neuer Publikationen zu den affektiven Störungen im Wochenbett gegeben, die zu einem besseren Verständnis dieses wichtigen Zeitabschnitts im

Leben vieler Frauen geführt haben. Diese Untersuchung, die im Rahmen des MPPP in Honduras durchgeführt wurde, dient einer detaillierten Erfassung der Einflussgrößen auf das Befinden der Wöchnerin. Durch die Literaturanalyse und die in der Studie gewonnenen Erkenntnisse konnten Unterschiede und Übereinstimmungen in verschiedenen Kulturkreisen bezüglich der Zuweisungs- und Krankheitskonzepte des PPB analysiert werden. Traditionen, Riten und Bräuche wurden aufgezeichnet, zusammengefasst und in ihrer Bedeutung gewürdigt.

Zusammengefasst legen die Gespräche mit den Frauen und die daraus gewonnenen Ergebnisse nahe, dass dem Baby Blues ein pathologischer Wert zuzuschreiben ist. Der Blues zeigt sich zwar häufig als milde, transiente und nicht behandlungsbedürftige Stimmungsschwankung, jedoch entsteht durch den Blues nicht selten ein Leidensdruck für die Frauen in der sensiblen und fordernden Phase des Wochenbetts.

Ungeklärt bleibt weiterhin die Frage, ob es sich beim PPB um eine schwangerschaftsspezifische Störung handelt oder ob im Rahmen einer Anpassungsstörung oder einer PTBS eine ähnliche Symptomatik auftritt. Eine weitere Untersuchung der postpartalen Dysphorie, auch anhand longitudinaler Untersuchungen erscheint notwendig, um eine klare Abgrenzung zu anderen Störungen im Wochenbett zu ermöglichen und um Zusammenhänge beispielsweise zur postpartalen Depression besser verstehen zu können.

In weiteren Studien sollten individuelle Risikoeinschätzungen, Präventionskonzepte und Interventionsstrategien getestet werden, um ein tiefergehendes Verständnis der Vorgänge zu erlangen und eine bessere Vorbereitung der Frauen auf das Wochenbett zu erreichen.

## 8 Literaturverzeichnis

Abou-Saleh, M. T.; Ghubash, R. (1997): The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: a transcultural perspective. In: *Acta psychiatrica Scandinavica*, Jg. 95, H. 5, S. 428–432.

Abou-Saleh, M. T.; Ghubash, R.; Karim, L.; Krymski, M.; Anderson, D. N. (1999): The role of pterins and related factors in the biology of early postpartum depression. In: *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, Jg. 9, H. 4, S. 295–300.

Ballinger, C. B.; Buckley, D. E.; Naylor, G. J.; Stansfield, D. A. (1979): Emotional disturbance following childbirth: clinical findings and urinary excretion of cyclic AMP (adenosine 3'5'cyclic monophosphate). In: *Psychological medicine*, Jg. 9, H. 2, S. 293–300.

Beck, C. T.; Reynolds, M. A.; Rutowski, P.: Maternity blues and postpartum depression. In: *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG*, Jg. 21, H. 4, S. 287–293.

Becker, Astrid Chistina (2004): Entwicklung vorbestehender psychischer Störungen im Verlauf der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und ihr Einfluss auf das subjektive Erleben dieser Zeit.(Dissertation). Rheinische Friedrich - Wilhelms - Universität.

Bonnin, F. (1992): Cortisol levels in saliva and mood changes in early puerperium. In: *Journal of affective disorders*, Jg. 26, H. 4, S. 231–239.

Boufidou, Fotini; Lambrinouadaki, Irini; Argeitis, John; Zervas, Ioannis M.; Pliatsika, Paraskevi; Leonardou, Aggeliki A.; Petropoulos, Georgios; Hasiakos, Dimitrios; Papadias. (2008): CSF and plasma cytokines at delivery and postpartum mood disturbances. In: *Journal of affective disorders*. Online verfügbar unter doi:10.1016/j.jad.2008.07.008.

Brinsmead, M.; Smith, R.; Singh, B.; Lewin, T.; Owens, P. (1985): Peripartum concentrations of beta endorphin and cortisol and maternal mood states. In: *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, Jg. 25, H. 3, S. 194–197.

Brockington, I. F.; Cernik, K. F.; Schofield, E. M.; Downing, A. R.; Francis, A. F.; Keelan, C. (1981): Puerperal Psychosis. Phenomena and diagnosis. In: *Archives of general psychiatry*, Jg. 38, H. 7, S. 829–833.

Burgos-Lingán, Mária Ophelia (1995): Das kulturelle Verständnis von Wochenbett im andi-

nen Raum. aus: Gebären - ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege (1995) ; VWB - Berlin.

Chabrol, H.; Coroner, N.; Rusibane, S.; Séjourné, N. (2007): [A pilot study of prevention of postpartum blues]. In: *Gynécologie, obstétrique & fertilité*, Jg. 35, H. 12, S. 1242–1244. Online verfügbar unter doi:10.1016/j.gyobfe.2007.10.014.

Complojer, Mirjam (2006): Die postpartale Dysphorie - Eine Untersuchung an Wöchnerinnen in Brixen / Südtirol. Diplomarbeit. Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften, Leopold - Franzens - Universität Innsbruck.

Condon, J. T.; Watson, T. L. (1987): The maternity blues: exploration of a psychological hypothesis. In: *Acta psychiatrica Scandinavica*, Jg. 76, H. 2, S. 164–171.

Cox, J. L.; Connor, Y.; Kendell, R. E. (1982): Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, Jg. 140, S. 111–117.

Cox, J. L.; Murray, D.; Chapman, G. (1993): A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, Jg. 163, S. 27–31.

Cox J.L.; Holden J. M.; Sagovsky R. (1987): Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, H. 150, S. 782–786.

Dammann G., Schiefenhövel W. Strobl C. (1998): Post partum blues and depression - culture bound syndromes in industrialized societies. In: *Homo*, H. Vol.49/Suppl.,p.S.17.

Dammann G. und Schiefenhövel W.: (2000): Die Münchner Postpartum-Studie:Evolutionenpsychologische Hypothesen und Design der Untersuchungen. In: M.Schultz, K.Christiansen, H.Greil, W.Henke, A.Kemkes-Grottenhaler, C. Niemitz, H.Rothe, W.Schiefenhövel, H.D. Schmitt, I.Schröder, H.Schutkowski, M.Teschler-Nicola und U.Wittwer-Backofen (Hrsg.): *Schnittstelle Mensch-Umwelt in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Proceedisangs, 3.Kongreß der Gesellschaft für Anthropologie, Göttingen, 1.-3.10.1998. Göttingen (Cuvillier) S.81-86.*

Dammann G. und Schiefenhövel W.: (2001): Wochenbettdepression und Heultage in anthropologischer-transkultureller Forschungsperspektive. In: M.Schultz, K.Atzwanger, G.Bräuer, K.Christiansen, J.Forster, H.Greil, W.Henke, U.Jaeger, C.Niemitz, C. Scheffler, W.Schiefenhövel, I.Schröder und I.Wiechmann. (Hrsg.): *Homo-unsere Herkunft und Zu-*

kunft. Proceedings, 4. Kongreß der Gesellschaft für Anthropologie (GfA), Potsdam, 25.-28. September 2000. Göttingen (Cuvillier), S.159-161.

Davidson, J. R. (1972): Post-partum mood change in Jamaican women: a description and discussion on its significance. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, Jg. 121, H. 565, S. 659–663.

Dean, C.; Kendell, R. E. (1981): The symptomatology of puerperal illnesses. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, Jg. 139, S. 128–133.

Delius, Maria (2006): Befindlichkeitsstörungen im Wochenbett im kulturellen Kontext. Literaturanalyse und empirische Untersuchung mit Migrantinnen aus der Türkei in Deutschland. Diss. Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums rechts der Isar der Technischen Universität München.

Eberhard-Gran, M.; Eskild, A.; Tambs, K.; Opjordsmoen, S.; Samuelsen, S. O. (2001): Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. In: *Acta psychiatrica Scandinavica*, Jg. 104, H. 4, S. 243–249.

Ehlert, U.; Patalla, U.; Kirschbaum, C.; Piedmont, E.; Hellhammer, D. H. (1990): Postpartum blues: salivary cortisol and psychological factors. In: *Journal of psychosomatic research*, Jg. 34, H. 3, S. 319–325.

Feksi, A.; Harris, B.; Walker, R. F.; Riad-Fahmy, D.; Newcombe, R. G. (1984): 'Maternity blues' and hormone levels in saliva. In: *Journal of affective disorders*, Jg. 6, H. 3-4, S. 351–355.

Fellacher, M. (2005) Baby Blues in Papua-Neuguinea. Diplomarbeit, Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften, Leopold Franzens- Universität

Fink, A. (2009): Befindlichkeitsstörungen im Wochenbett im kulturellen Kontext: Empirische Untersuchung an Wöchnerinnen in Brasilien. Dissertation, Medizinische Fakultät der LMU München.

Gard, P. R.; Handley, S. L.; Parsons, A. D.; Waldron, G. (1986): A multivariate investigation of postpartum mood disturbance. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, Jg. 148, S. 567–575.

Girrbach Elisabeth (1995): Geburtshilfe als Beruf und Berufung: Quiché - Hebammen in Guatemala. aus: *Gebären - Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege* (1995) - VWB Berlin.



- Handley, S. L.; Dunn, T. L.; Baker, J. M.; Cockshott, C.; Gould, S. (1977): Mood changes in puerperium, and plasma tryptophan and cortisol concentrations. In: *British medical journal*, Jg. 2, H. 6078, S. 18–20.
- Handley, S. L.; Dunn, T. L.; Waldron, G.; Baker, J. M. (1980): Tryptophan, cortisol and puerperal mood. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, Jg. 136, S. 498–508.
- Hannah, P.; Adams, D.; Lee, A.; Glover, V.; Sandler, M. (1992): Links between early postpartum mood and post-natal depression. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, Jg. 160, S. 777–780.
- Hapgood, C. C.; Elkind, G. S.; Wright, J. J. (1988): Maternity blues: phenomena and relationship to later post partum depression. In: *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, Jg. 22, H. 3, S. 299–306.
- Harris, B. (1980): Prospective trial of L-tryptophan in maternity blues. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, Jg. 137, S. 233–235.
- Harris, B. (1980): Maternity blues. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, Jg. 136, S. 520–521.
- Harris, B. (1981): 'Maternity blues' in East African clinic attenders. In: *Archives of general psychiatry*, Jg. 38, H. 11, S. 1293–1295.
- Harris, B.; Lovett, L.; Newcombe, R. G.; Read, G. F.; Walker, R.; Riad-Fahmy, D. (1994): Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. In: *BMJ (Clinical research ed.)*, Jg. 308, H. 6934, S. 949–953.
- Henshaw, C. (2003): Mood disturbance in the early puerperium: a review. In: *Archives of women's mental health*, Jg. 6 Suppl 2, S. S33-42. Online verfügbar unter doi:10.1007/s00737-003-0004-x.
- Hill, Pamela D.; Aldag, Jean C.; Demirtas, Hakan; Zinaman, Michael; Chatterton, Robert T. (2006): Mood states and milk output in lactating mothers of preterm and term infants. In: *Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association*, Jg. 22, H. 3, S. 305–314. Online verfügbar unter doi:10.1177/0890334406290003.
- Hohlagschwandtner, M.; Husslein, P.; Klier, C.; Ulm, B. (2001): Correlation between serum testosterone levels and peripartal mood states. In: *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, Jg. 80, H. 4, S. 326–330.

- Howell, Elizabeth A.; Mora, Pablo A.; Dibonaventura, Marco D.; Leventhal, Howard (2009): Modifiable factors associated with changes in postpartum depressive symptoms. In: Archives of women's mental health. Online verfügbar unter doi:10.1007/s00737-009-0056-7.
- Ijuin, T.; Douchi, T.; Yamamoto, S.; Ijuin, Y.; Nagata, Y. (1998): The relationship between maternity blues and thyroid dysfunction. In: The journal of obstetrics and gynaecology research, Jg. 24, H. 1, S. 49–55.
- Iles, S.; Gath, D.; Kennerley, H. (1989): Maternity blues. II. A comparison between post-operative women and post-natal women. In: The British journal of psychiatry : the journal of mental science, Jg. 155, S. 363–366.
- Jarrahi-Zadeh, A.; Kane, F. J.; van de Castlf, R. L.; Lachenbruch, P. A.; Ewing, J. A. (1969): Emotional and cognitive changes in pregnancy and early puerperium. In: The British journal of psychiatry : the journal of mental science, Jg. 115, H. 524, S. 797–805.
- Jordan Brigitte (1978): Birth in four cultures. A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States. In: Eden Press Women's Publication.
- Kemp, Birgit; Bongartz, Kerstin; Rath, Werner: [Psychic disturbances in the postpartum period: an increasing problem?]. In: Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, Jg. 207, H. 5, S. 159–165. Online verfügbar unter doi:10.1055/s-2003-43419.
- Kendell, R. E.; Mackenzie, W. E.; West, C.; McGuire, R. J.; Cox, J. L. (1984): Day-to-day mood changes after childbirth: further data. In: The British journal of psychiatry : the journal of mental science, Jg. 145, S. 620–625.
- Kendell, R. E.; McGuire, R. J.; Connor, Y.; Cox, J. L. (1981): Mood changes in the first three weeks after childbirth. In: Journal of affective disorders, Jg. 3, H. 4, S. 317–326.
- Kennerley, H.; Gath, D. (1989): Maternity blues. I. Detection and measurement by questionnaire. In: The British journal of psychiatry : the journal of mental science, Jg. 155, S. 356–362.
- Kennerley, H.; Gath, D. (1989): Maternity blues. III. Associations with obstetric, psychological, and psychiatric factors. In: The British journal of psychiatry : the journal of mental science, Jg. 155, S. 367–373.
- Kimball, C. D.; Chang, C. M.; Chapman, M. B. (1984): Endogenous opioid peptides in intrapartum uterine blood. In: American journal of obstetrics and gynecology, Jg. 149, H. 1, S. 79–82.

Koshchavtsev, A. G.; Mul'tanovskaya, V. N.; Lorer, V. V. (2008): Baby blues syndrome as an adaptation disorder in the early stages of formation of the mother-child system. In: *Neuroscience and behavioral physiology*, Jg. 38, H. 4, S. 439–442. Online verfügbar unter doi:10.1007/s11055-008-0063-6.

Kosińska-Kaczyńska, Katarzyna; Horosz, Edyta; Wielgoś, Mirosław; Szymusik, Iwona (2008): [Affective disorders in the first week after the delivery: prevalence and risk factors]. In: *Ginekologia polska*, Jg. 79, H. 3, S. 182–185.

Kuevi, V.; Causon, R.; Dixson, A. F.; Everard, D. M.; Hall, J. M.; Hole, D. .; Whitehead, S. A.; Wilson, C. A.; Wise, J. C. (1983): Plasma amine and hormone changes in 'post-partum blues'. In: *Clinical endocrinology*, Jg. 19, H. 1, S. 39–46.

Kumar, R. (1994): Postnatal mental illness: a transcultural perspective. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, Jg. 29, H. 6, S. 250–264.

Kumar, R.; Robson, K. M. (1984): A prospective study of emotional disorders in childbearing women. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, Jg. 144, S. 35–47.

Lane, A.; Keville, R.; Morris, M.; Kinsella, A.; Turner, M.; Barry, S. (1997): Postnatal depression and elation among mothers and their partners: prevalence and predictors. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, Jg. 171, S. 550–555.

Laner, B. (2005), Felduntersuchungen zu postpartaler Dysphorie in der Ethnie der Bhil, Zentralindien. Eine katamnestische Untersuchung an 36 indischen Frauen. Diplomarbeit, Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften, Leopold Franzens-Universität Innsbruck

Levy, V. (1987): The maternity blues in post-partum and post-operative women. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, Jg. 151, S. 368–372.

Luskin SI.; Misri S. (2009): Postpartum blues and depression. UpToDate, Basow DS (Ed) (Hg.). Waltham, MA.: UpToDate.

Maes; Ombet; Libbrecht; Stevens; Kenis; De Jongh R; Lin; Cox; Bosmans. (1999): Effects of pregnancy and delivery on serum concentrations of Clara Cell Protein (CC16), an endogenous anticytokine: lower serum CC16 is related to postpartum depression. In: *Psychiatry research*, Jg. 87, H. 2-3, S. 117–127.

Maes, M.; Claes, M.; Schotte, C.; Delbeke, L.; Jacquemyn, Y.; Verkerk, R.; Meester, I. de; Scharpé, S. (1992): Disturbances in dexamethasone suppression test and lower availability of L-tryptophan and tyrosine in early puerperium and in women under contraceptive therapy. In: *Journal of psychosomatic research*, Jg. 36, H. 2, S. 191–197.

Maes, M.; Libbrecht, I.; Lin, A.; Goossens, F.; Ombelet, W.; Stevens, K. Bosmans, E.; Altamura, C.; Cox, J.; Jongh, R. de; Scharpé, S.(2000): Effects of pregnancy and delivery on serum prolidase (PEP) activity: alterations in serum PEP are related to increased anxiety in the early puerperium and to postpartum depression. In: *Journal of affective disorders*, Jg. 57, H. 1-3, S. 125–137.

Maes, M.; Lin, A. H.; Ombelet, W.; Stevens, K.; Kenis, G.; Jongh, R. de; Cox, J.; Bosmans, E. (2000): Immune activation in the early puerperium is related to postpartum anxiety and depressive symptoms. In: *Psychoneuroendocrinology*, Jg. 25, H. 2, S. 121–137.

Maes, M.; Ombelet, W.; Verkerk, R.; Bosmans, E.; Scharpé, S. (2001): Effects of pregnancy and delivery on the availability of plasma tryptophan to the brain: relationships to delivery-induced immune activation and early post-partum anxiety and depression. In: *Psychological medicine*, Jg. 31, H. 5, S. 847–858.

Maes, M.; Ombelet, W.; Verkerk, R.; Bosmans, E.; Scharpé, S. (2001): Effects of pregnancy and delivery on the availability of plasma tryptophan to the brain: relationships to delivery-induced immune activation and early post-partum anxiety and depression. In: *Psychological medicine*, Jg. 31, H. 5, S. 847–858.

Maes, Michael; Verkerk, Robert; Bonaccorso, Stephania; Ombelet, Willem; Bosmans, Eugene; Scharpé, Simon (2002): Depressive and anxiety symptoms in the early puerperium are related to increased degradation of tryptophan into kynurenine, a phenomenon which is related to immune activation. In: *Life sciences*, Jg. 71, H. 16, S. 1837–1848.

McIntosh, J. (1986): Postnatal blues: a bio-social phenomenon? In: *Midwifery*, Jg. 2, H. 4, S. 187–192.

Murata, A.; Nadaoka, T.; Morioka, Y.; Oiji, A.; Saito, H. (1998): Prevalence and background factors of maternity blues. In: *Gynecologic and obstetric investigation*, Jg. 46, H. 2, S. 99–104.

Nappi, R. E.; Petraglia, F.; Luisi, S.; Polatti, F.; Farina, C.; Genazzani, A. R. (2001): Serum allopregnanolone in women with postpartum "blues". In: *Obstetrics and gynecology*, Jg. 97, H. 1, S. 77–80.

Newnham, J. P.; Dennett, P. M.; Ferron, S. A.; Tomlin, S.; Legg, C.; Bourne, G. L.; Rees, L. H. (1984): A study of the relationship between circulating beta-endorphin-like immunoreactivity and post partum 'blues'. In: *Clinical endocrinology*, Jg. 20, H. 2, S. 169–177.

Nott, P. N.; Franklin, M.; Armitage, C.; Gelder, M. G. (1976): Hormonal changes and mood in the puerperium. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, Jg. 128, S. 379–383.

O'Hara, M. W.; Schlechte, J. A.; Lewis, D. A.; Wright, E. J. (1991): Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. In: *Archives of general psychiatry*, Jg. 48, H. 9, S. 801–806.

O'Hara, M. W.; Zekoski, E. M.; Philipps, L. H.; Wright, E. J. (1990): Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. In: *Journal of abnormal psychology*, Jg. 99, H. 1, S. 3–15.

Okano, T.; Nomura, J. (1992): Endocrine study of the maternity blues. In: *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, Jg. 16, H. 6, S. 921–932.

Pastrana Urueña, T. (2007) Baby-Blues. Untersuchung zu postpartalen psychischen Störungen in Kolumbien. Eine medizinische Analyse. Dissertation, LMU-München

Pitt, B. (1973): 'Maternity blues'. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, Jg. 122, H. 569, S. 431–433.

Pop, V. J.; Wijnen, H. A.; van Montfort, M.; Essed, G. G.; Geus, C. A. de; van Son, M. M.; Komproe, I. H. (1995): Blues and depression during early puerperium: home versus hospital deliveries. In: *British journal of obstetrics and gynaecology*, Jg. 102, H. 9, S. 701–706.

pubmeddev: PubMed. Online verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>, zuletzt geprüft am 04.05.2009.

Reck, Corinna; Stehle, Eva; Reinig, Katja; Mundt, Christoph (2009): Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. In: *Journal of affective disorders*, Jg. 113, H. 1-2, S. 77–87. Online verfügbar unter doi:10.1016/j.jad.2008.05.003.

Riecher-Rössler, A. (1997): [Psychiatric disorders and illnesses after childbirth]. In: *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, Jg. 65, H. 3, S. 97–107.

Robin, A. A. (1962): The psychological changes of normal parturition. In: *The Psychiatric quarterly*, Jg. 36, S. 129–150.

Rohde, A.; Marneros, A. (1993): [Psychoses in puerperium: symptoms, course and long-term prognosis]. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Jg. 53, H. 11, S. 800–810.

Rohde A. (2001): Psychiatrische Erkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett. In: Gynäkologe, H. 34, S. 315–323.

Ross, Lori E.; McLean, Linda M. (2006): Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. In: The Journal of clinical psychiatry, Jg. 67, H. 8, S. 1285–1298.

Rouillon, F.; Thalassinos, M.; Miller, H. D.; Lemperiere, T. (1992): Folates and post partum depression. In: Journal of affective disorders, Jg. 25, H. 4, S. 235–241.

Schiefenhövel, W. (1988): Geburtsverhalten und reproduktive Strategien der Eipo - Ergebnisse humanethologischer und ethnomedizinischer Untersuchungen im zentralen Bergland von Irian Jaya (West - Neuguinea), Indonesien. In: Berlin:Reimer.

Schiefenhövel, W. (2007): "Bedding-in" als Prophylaxe gegen den Baby Blues? Evolutionsmedizinische und kulturvergleichende Aspekte. In: Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie, Hrsg. Brisch k.H.; Hellbrügge T., Stuttgart (Klett-Cotta).

Schiefenhövel W. (2007a): Geburt und Tod - Religiöse Sinnstrukturen und Übergangsriten in melanesischen Kulturen. Humanethologische Perspektiven. In: Nider L., Schneider W.(Hrsg), Die Grenzen des menschlichen Lebens. Lebensbeginn und Lebensende aus sozial- und kulturwissenschaftlicher Sicht. Studien zur interdisziplinären Thanatologie Bd.10. Münster: Lit, S.59-84.

Schiefenhövel, S.; Schiefenhövel, W. (1996): Am evolutionären Modell - Stillen. Ethnomedizinische Perspektiven zur frühen Kindheit. VWB, Berlin, S. 263–282.

Schiefenhövel, W. Sich D. und Gottschalk-Batschkus Ch E. (1995): Gebären - Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. In: Curare Sonderband 8. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin.

Schiefenhövel, W.; Sich, Dorothea; Gottschalk Christine E. (Hg.) (1995): Gebären: ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. 3. Auflage. Berlin: VWB - Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Secretaria de Salud - Honduras; Ashonplafa, Center for Disease Control USAID (Tegucigalpa, 1997): Encuesta Nacional de Epidemiologia y Salud Familiar.

Secretaria de Salud - Honduras; Organizacion Panamericana de la Salud (PAHO) (Tegucigalpa, 2005): Indicadores basicos (2005).

Secretaria Salud Honduras, Ashonplafa USAID CDC-Centers for Disease Control and Prevention MSH UNFPA de (Tegucigalpa, 2001): Encuesta Nacional de Epidemiologia y Salud Familiar (ENESF - 2001).

Secretaria Salud Honduras, PAHO OMS (WHO) USAID UNICEF MotherCare de (1988): Manual Para Capacitadores de Parteras Tradicionales en Honduras.

Secretaria Salud-Honduras, PAHO (WHO) de; Agencia Sueca Cooperacion Internacional para el Desarrollo (ASDI), Norwegian Agency for Development Cooperation (Norad) de (Tegucigalpa 02 / 2006): Indicadores de Salud Enfermedad de Hombres y Mujeres en Honduras. Un analisis de genero (2006).

Simons, Anne (2000): Maya-Medizin. Wie wir die Heilkraft des Regenwaldes hier und heute nutzen können; [Heilpflanzen der Maya von A bis Z]. 1. Aufl. München: MayaMedia Verl. Gößling.

Stein, G.; Marsh, A.; Morton, J. (1981): Mental symptoms, weight changes, and electrolyte excretion in the first post partum week. In: Journal of psychosomatic research, Jg. 25, H. 5, S. 395–408.

Stein, G.; Milton, F.; Bebbington, P.; Wood, K.; Coppen, A. (1976): Relationship between mood disturbances and free and total plasma tryptophan in postpartum women. In: British medical journal, Jg. 2, H. 6033, S. 457.

Stein, G. S. (1980): The pattern of mental change and body weight change in the first postpartum week. In: Journal of psychosomatic research, Jg. 24, H. 3-4, S. 165–171.

Stern, G.; Kruckman, L. (1983): Multi-disciplinary perspectives on post-partum depression: an anthropological critique. In: Social science & medicine (1982), Jg. 17, H. 15, S. 1027–1041.

Strobl, Christian Winfried (2002): „Postpartale Dysphorie (Baby Blues) und Wochenbettdepression“ – Eine katamnestiche Untersuchung an 585 Müttern aus Kliniken in München und Starnberg. Diss. Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums rechts der Isar der Technischen Universität München.

Swain, A. M.; O'Hara, M. W.; Starr, K. R.; Gorman, L. L. (1997): A prospective study of

sleep, mood, and cognitive function in postpartum and nonpostpartum women. In: *Obstetrics and gynecology*, Jg. 90, H. 3, S. 381–386.

Taylor, A.; Littlewood, J.; Adams, D.; Doré, C.; Glover, V. (1994): Serum cortisol levels are related to moods of elation and dysphoria in new mothers. In: *Psychiatry research*, Jg. 54, H. 3, S. 241–247.

Ugarriza, D. N. (1992): Postpartum affective disorders: incidence and treatment. In: *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, Jg. 30, H. 5, S. 29–32.

Ulrike Unger (Hg.) (1996): Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft. "Himmerlhochkauchzend und zu Tode betrübt". Eine Literaturübersicht zum Post-Partum-Blues und Ergebnisse einer klinischen Studie. Unter Mitarbeit von Ulrike Unger Thomas Rammsayer. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Villanueva Deras, M. Y.; Padilla Duron, I. S.; Flores Fonseca, M. A.; Ramirez Martinez, A.; Portillo, A.; Flores Meza, D. S. (Tegucigalpa, Honduras 2005): *Mujeres en cifras, Honduras/2004*. Centro de derechos de mujeres - CDM, H. ISBN 992650443.

Wanker, Michaela (2006): Postpartales psychisches Befinden bei Frauen, mit besonderer Berücksichtigung der Wassergeburt. Eine Untersuchung an Wöchnerinnen in Sterzing / Südtirol. Diplomarbeit, Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften, Leopold - Franzens - Universität Innsbruck.

Watanabe, Mayumi; Wada, Koji; Sakata, Yumi; Aratake, Yutaka; Kato, Noritada; Ohta, Hiroshi; Tanaka, Katsutoshi (2008): Maternity blues as predictor of postpartum depression: a prospective cohort study among Japanese women. In: *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, Jg. 29, H. 3, S. 206–212. Online verfügbar unter doi:10.1080/01674820801990577.

Whitton, A.; Warner, R.; Appleby, L. (1996): The pathway to care in post-natal depression: women's attitudes to post-natal depression and its treatment. In: *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, Jg. 46, H. 408, S. 427–428.

Wijma, K.; Söderquist, J.; Wijma, B.: Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. In: *Journal of anxiety disorders*, Jg. 11, H. 6, S. 587–597.

Wilkie, G.; Shapiro, C. M. (1992): Sleep deprivation and the postnatal blues. In: *Journal of psychosomatic research*, Jg. 36, H. 4, S. 309–316.



Williams, K. E.; Koran, L. M. (1997): Obsessive-compulsive disorder in pregnancy, the puerperium, and the premenstruum. In: *The Journal of clinical psychiatry*, Jg. 58, H. 7, S. 330-4; quiz 335-6.

Yalom, I. D.; Lunde, D. T.; Moos, R. H.; Hamburg, D. A. (1968): "Postpartum blues" syndrome. A description and related variables. In: *Archives of general psychiatry*, Jg. 18, H. 1, S. 16-27.

Yamashita, Hiroshi; Yoshida, Keiko (2003): [Screening and intervention for depressive mothers of new-born infants]. In: *Seishin shinkeigaku zasshi = Psychiatria et neurologia Japonica*, Jg. 105, H. 9, S. 1129-1135.

Yim, Ilona S.; Glynn, Laura M.; Dunkel-Schetter, Christine; Hobel, Calvin J.; Chicz-DeMet, Aleksandra; Sandman, Curt A. (2009): Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotropin-releasing hormone in human pregnancy. In: *Archives of general psychiatry*, Jg. 66, H. 2, S. 162-169. Online verfügbar unter doi:10.1001/archgenpsychiatry.2008.533.

Zekoski, E. M.; O'Hara, M. W.; Wills, K. E. (1987): The effects of maternal mood on mother-infant interaction. In: *Journal of abnormal child psychology*, Jg. 15, H. 3, S. 361-378.

## Anhang 1: Fragebogen im Wochenbett (deutsche Version)

Nummer des Fragebogens:		Datum:	
-------------------------	--	--------	--

Daten der interviewten Frau:

Name	
Straße	
Stadt / Dorf	
Telefon	
Geburt	<input type="radio"/> Hausgeburt <input type="radio"/> im Krankenhaus <input type="radio"/> anderer Ort: _____

Nummer des Fragebogens:

## Fragebogen im Wochenbett

### Geburt:

Wann wurde das Kind geboren? Datum \_\_\_\_\_  
Uhrzeit \_\_\_\_\_

Geschlecht des Kindes:  
 männlich  
 weiblich

In der wievielten Schwangerschaftswoche kam Ihr Kind zur Welt? \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ Gramm

1. Wie lange hat die Geburt ab den 10-Minuten-Wehen gedauert? \_\_\_\_\_ Stunden
4. Hatten Sie den Eindruck, dass Ihre Wünsche in dieser Phase ausreichend berücksichtigt wurden?  
 ja  
 nein
5. Wie haben Sie den tatsächlichen Schmerz im Vergleich zu Ihrer Erwartung empfunden?  
viel schmerzhafter  1 2 3 4 5  viel weniger schmerzhaft
6. Wie verlief die Geburt?  
 vaginal:  normal  
 anders \_\_\_\_\_ (z.B. Zange etc.)  
 Sectio:  primär  
 sekundär
3. Wurde eine Schmerzbekämpfung durchgeführt?  
 nein  
 ja:  PDA  
 Vollnarkose  
 Infusion  
 Homöopathie/Akupunktur  
 Pudendus-Block  
 sonstige (Bsp. Durchtrittsnarkose,...) \_\_\_\_\_
9. In welcher Stellung haben Sie entbunden (falls keine Sectio)?  
 Rückenlage  
 Hocke  
 Gebärstuhl

- o Vierfüßlerstand
  - o Anders: \_\_\_\_\_ (z.B. Wassergeburt)
10. Wurde ein Dammschnitt vorgenommen? Kam es zu einem Dammriss?
- o nein
  - o Schnitt
  - o Riß
11. Wie haben Sie die Dauer der Geburt empfunden?
- sehr lang 1 2 3 4 5 sehr kurz
12. Wer war während der Geburt anwesend?
- o Arzt
  - o Hebamme/Krankenschwester
  - o Ehemann
  - o Mutter
  - o weibliche Bezugsperson
  - o Sonstige \_\_\_\_\_
13. Haben Sie die Anwesenheit einer bestimmten Person als störend empfunden?
- |                           |        |
|---------------------------|--------|
| Arzt:                     | o ja   |
|                           | o nein |
| Hebamme/Krankenschwester: | o ja   |
|                           | o nein |
| Bezugsperson:             | o ja   |
|                           | o nein |
- 13b. Haben Sie jemanden vermisst:
- \_\_\_\_\_
14. Haben Sie das Team vorher gekannt?
- o ja
  - o nein
15. Haben Sie der Hebamme vertraut?
- o ja o nein
16. Haben Sie dem Arzt vertraut?
- o ja o nein
17. Haben Sie sich ernst genommen gefühlt?
- überhaupt nicht 1 2 3 4 5 sehr
19. Entsprach die Geburt einigermaßen Ihren Erwartungen?
- viel schlimmer 1 2 3 4 5 viel schöner

### **Persönliche Daten**

20. Wie alt sind Sie? \_\_\_\_\_ Jahre

21. Familienstand  
 ledig  verheiratet  
 geschieden/ getrennt lebend  verwitwet
22. Wie ist Ihre derzeitige Partnersituation?  
 kein fester Partner  
 fester Partner - getrennt lebend  
 fester Partner - zusammen lebend
23. Wieviele Kinder haben Sie? \_\_\_\_\_
- 23b. Alter und Geschlecht für jedes lebende Kind:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
46. Die wievielte Schwangerschaft ist das?  
 \_\_\_\_\_ Schwangerschaften  
 \_\_\_\_\_ Totgeburten  
 \_\_\_\_\_ Fehlgeburten  
 \_\_\_\_\_ Schwangerschaftsunterbrechungen
70. Ging es Ihnen nach früheren Schwangerschaften seelisch gut?  
 ja  
 nein, weil \_\_\_\_\_

**Befindlichkeit (Kennerley/Gath, 1989)**

Es wird nun eine Reihe von Begriffen aufgezählt, mit denen Mütter von Neugeborenen häufig ihre Gefühle beschreiben. Sagen Sie uns bitte, wie sie sich heute fühlen, indem Sie mit ja und nein antworten. Außerdem würde uns interessieren, wie stark die Veränderung, falls eine vorhanden, zu Ihrem gewohnten Zustand ist.

Wie fühlen Sie sich heute?

		nein	Ja
1.	weinerlich		
2.	innerlich gespannt		
3.	konzentrationsfähig		
4.	entmutigt		
5.	gehobener Stimmung		
6.	hilflos		
7.	kann Gefühle schlecht zeigen		
8.	wachsam		
9.	vergesslich, durcheinander		

10.	ängstlich		
11.	wäre lieber alleine		
12.	innerlich entspannt		
13.	grübelnd		
14.	selbstmitleidig		
15.	abgestumpfte Gefühle, empfindungslos		
16.	deprimiert		
17.	emotional überreagierend		
18.	glücklich		
19.	zuversichtlich		
20.	launisch		
21.	müde		
22.	reizbar		
23.	kann nicht aufhören zu weinen		
24.	lebhaft		
25.	überempfindlich		
26.	Hochs und Tiefs in der Stimmung		
27.	unruhig		
28.	ruhig, gelassen		

25.b. Worauf würden Sie diese Stimmungsveränderungen zurückführen?

- kein Grund
- Grund: welcher: \_\_\_\_\_

27. Fühlen Sie sich traurig?

- ja
- nein

28. Erschrecken Sie leicht?

- ja
- nein

30. Fühlen Sie sich einsam und alleingelassen?

- ja
- nein

### **Skala zur Messung der Heultage** (Stein, GS.,1980)

Im ersten Teil dieses Fragebogens finden Sie verschiedene Gruppen mit Aussagen. Kreuzen Sie bitte für jede Gruppe diejenige Aussage an, die am genauesten beschreibt, wie Sie sich heute, also in diesem Moment fühlen.

Wenn Sie der Meinung sind, dass in einer Gruppe zwei oder mehr Aussagen dem entsprechen, wie Sie sich momentan fühlen, dann kreuzen Sie bitte diejenige Aussage mit der höheren Zahl an.

Vergewissern Sie sich, dass Sie für jede Gruppe alle Aussagen gelesen haben, bevor Sie eine davon auswählen.

### **A**

- 0: Heute fühle ich mich nicht niedergeschlagen.
- 1: Heute fühle ich mich ein wenig niedergeschlagen.
- 2: Heute fühle ich mich ziemlich niedergeschlagen.
- 3: Ich fühle mich so niedergeschlagen, dass es ziemlich schmerzlich ist.

### **B**

- 0: Mir ist nicht nach Weinen zumute.
- 1: Ich fühle mich so, als könnte ich weinen, tatsächlich geweint habe ich aber nicht.
- 2: Heute habe ich ein paar Tränen verdrückt.
- 3: Ich habe heute mehrere Minuten lang geweint, insgesamt aber weniger lang als eine halbe Stunde.
- 4: Ich habe heute länger als eine halbe Stunde geweint.

### **C**

- 0: Ich fühle mich nicht ängstlicher oder besorgter als gewöhnlich.
- 1: Heute war ich zeitweise ängstlich und besorgt.
- 2: Heute war ich zeitweise sehr ängstlich und besorgt.
- 3: Heute war ich zeitweise in einem panischen Zustand.

### **D**

- 0: Ich fühle mich ruhig und entspannt.
- 1: Ich fühle mich etwas angespannt.
- 2: Ich fühle mich sehr angespannt.

### **E**

- 0: Ich habe nicht das Gefühl, ruheloser zu sein als gewöhnlich.
- 1: Ich fühle mich ein wenig ruhelos.
- 2: Ich fühle mich sehr ruhelos und es fällt mir schwer, auf einer Sache zu verweilen.

### **F**

- 0: Ich fühle mich nicht müder als gewöhnlich.
- 1: Ich habe weniger Energie als gewöhnlich.
- 2: Die meiste Zeit des Tages fühle ich mich ganz erschöpft.

### **G**

- 0: In der letzten Nacht habe ich nicht geträumt.
- 1: In der letzten Nacht hatte ich einen Traum.
- 2: In der letzten Nacht hat mich mein Traum aus dem Schlaf geweckt.

### **H**

- 0: Mein Appetit ist nicht schlechter als gewöhnlich.
- 1: Mein Appetit ist nicht so gut wie sonst.
- 2: Heute ist mein Appetit schlecht.
- 3: Heute habe ich überhaupt keinen Appetit.

Im nächsten Teil dieses Fragebogens werden Ihnen eine Reihe von Fragen gestellt, welche Sie bitte mit Ja oder Nein beantworten sollten.

Haben Sie heute eines der folgenden Symptome erlebt?

<b>I.</b>	Kopfschmerzen	Ja	Nein
<b>J.</b>	Sich gereizt fühlen	Ja	Nein
<b>K.</b>	Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren	Ja	Nein
<b>L:</b>	Vergeßlichkeit	Ja	Nein
<b>M:</b>	Verwirrtheit	Ja	Nein
<b>N:</b>	Schmerzen, die nicht direkt auf die Geburt zurückzuführen sind	Ja	Nein [Ø Stein-Frage]
<b>O:</b>	Schlafstörungen	Ja	Nein [Ø Stein-Frage]

### **Körperkontakt**

35. Hatten Sie gleich nach der Geburt Körperkontakt mit Ihrem Kind?  
 ja  
 nein
36. Wann hatten Sie den ersten Körperkontakt zu Ihrem Kind?  
nach \_\_\_\_\_ h (45 Minuten = 0,75 h)
39. Wie intensiv hätte der Kontakt Ihrer Vorstellung nach aussehen sollen?  
viel weniger intensiv 1 2 3 4 5 viel intensiver

### **Kind**

- 42b. Sind Sie bezüglich des Geschlechts enttäuscht  
 ja  
 nein
- 43b. Ist Ihr Partner bezüglich des Geschlechts enttäuscht?  
 ja  
 nein
44. Wussten Sie schon vorher was es wird?  
 nein  
 ja
48. Musste Ihr Kind nach der Geburt behandelt werden?  
 ja  
 nein
- 49a. Musste Ihr Kind auf die Kinderstation?  
 ja  
 nein
41. Fühlen Sie sich unsicher im Umgang mit Ihrem Kind?



- nein
- ja, weil \_\_\_\_\_

### Schwangerschaft

- 52a. War die Schwangerschaft geplant?
- ja
  - nein
- 52b. War sie dennoch erwünscht?
- nicht 1 2 3 4 5 sehr
- 53a. Haben Sie lange auf die Schwangerschaft gewartet?
- nein
  - ja, \_\_\_ Monate \_\_\_\_ Jahre
- 53b. Haben Sie sich einer Sterilitätsbehandlung unterzogen?
- nein
  - ja, welcher \_\_\_\_\_
54. Gab es im Verlauf der Schwangerschaft Probleme?
- nein
  - ja, welche \_\_\_\_\_
- 54b. Trat im Verlauf der Schwangerschaft vermehrtes Erbrechen auf?
- nein
  - ja
55. Wie war Ihre Stimmung während der Schwangerschaft?
- sehr gut 1 2 3 4 5 sehr schlecht,  
schlecht weil: \_\_\_\_\_
57. Wie hat sich die Partnerschaft im Laufe der Schwangerschaft verändert?
- sehr positiv 1 2 3 4 5 sehr negativ
58. Haben Sie regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen?
- ja
  - nein
59. Wurden bei Ihnen besondere Untersuchungen durchgeführt?
- Genetik:  ja  nein  andere (außer Ultraschall o. Blut) \_\_\_\_\_
60. Haben Sie an einem Vorbereitungskurs teilgenommen?
- nein
  - ja  mit Partner  ohne Partner
64. Wie gut fühlten sie sich insgesamt auf die Geburt vorbereitet?
- sehr schlecht 1 2 3 4 5 sehr gut

65. Hatten Sie das Gefühl, dass sie während der Schwangerschaft von Ihrem persönlichen Umfeld (Familie, Eltern) ausreichend unterstützt wurden?  
nicht 1 2 3 4 5 sehr
66. Haben Sie während der Schwangerschaft gearbeitet?  
o nein  
o Beruf: \_\_\_\_\_  
war es eine große Belastung? nicht 1 2 3 4 5 sehr  
o Hausarbeit: o ja o nein  
o Betreuung von Kindern oder anderen Verwandten: o ja o nein
67. Gab es besonders erwähnenswerte Ereignisse während der Schwangerschaft?  
o nein  
o ja: \_\_\_\_\_

### Wochenbett

71. Sind Sie zufrieden mit:  
o der Klinik nicht 1 2 3 4 5 sehr  
o dem Zimmer nicht 1 2 3 4 5 sehr  
o den Nachbarinnen nicht 1 2 3 4 5 sehr  
o der Betreuung nicht 1 2 3 4 5 sehr
73. Wer besucht sie?  
Partner: o ja  
o nein  
Familie: o ja  
o nein  
Freunde: o ja  
o nein  
Andere: o ja  
o nein
75. Wieviele Besucher kommen pro Tag? \_\_\_\_\_ (Anzahl Personen)
76. Wieviele Stunden pro Tag haben Sie Besuch? \_\_\_\_\_ Stunden
77. Wie haben Sie diese Besuche empfunden?  
viel zu viele Personen 1 2 3 4 5 viel zu wenige  
viel zu lange Besuche 1 2 3 4 5 viel zu kurze
74. Gibt es Leute, deren Besuch Sie erwartet hätten?  
o nein  
o ja: Wen? \_\_\_\_\_
79. Stillen Sie Ihr Kind?  
o ja (→ 80) o nein (→ 82)
80. Haben Sie Probleme mit dem Stillen? 82. Hätten sie gerne gestillt?

- nein (→ 84)
- ja (→ 81), warum? \_\_\_\_\_

- nein (→ 84)
- ja (→ 83)

81. Sind diese belastend für Sie?  
nicht 1 2 3 4 5 sehr  
(→ 84)
83. Sind Sie enttäuscht, dass Sie nicht Stillen?  
 nein  
 ja
84. Wo ist Ihr Kind meistens untergebracht?  
 Bedding-in  
 Rooming-in  
 anderes Zimmer
85. Wieviel Körperkontakt haben sie mit Ihrem Kind durchschnittlich pro Tag?  
\_\_\_\_\_ h
86. Würden Sie sich mehr oder weniger Körperkontakt wünschen?  
viel mehr 1 2 3 4 5 viel weniger
89. Wie geht es Ihnen, wenn Sie an Zuhause denken?/ Wie fühlen Sie sich Zuhause?  
sehr besorgt 1 2 3 4 5 sehr zuversichtlich
90. Werden Sie Zuhause Hilfe haben?  
 nein  
 ja, von wem? \_\_\_\_\_
91. Haben Sie Angst, dass Sie überfordert sein könnten?  
 ja  
 nein
92. Haben Sie Angst, dass Sie einsam sein könnten?  
 ja  
 nein
97. Haben Sie vor, wieder erwerbstätig zu arbeiten?  
 ja  
 nein
99. Möchten Sie gerne wieder arbeiten?  
überhaupt nicht 1 2 3 4 5 sehr gerne
100. Wann werden Sie voraussichtlich beginnen? In:  
\_\_\_ Tagen  
\_\_\_ Wochen  
\_\_\_ Monaten  
\_\_\_ Jahren
104. Sind Sie mit Ihrer Partnerschaft zufrieden?  
 ja

- nein, warum? \_\_\_\_\_

### Krankengeschichte und gynäkologische Anamnese

110. Gibt es in Ihrer Familie psychische Erkrankungen?

- nein
  - ja
    - Depression
    - Andere: \_\_\_\_\_
- Wer leidet daran? \_\_\_\_\_

Waren Sie schon einmal ernsthaft krank?

- psychisch:  nein  
 ja
- gynäkologisch:  nein  
 ja
- andere:  nein  
 ja, welche Krankheit? \_\_\_\_\_

114. Hatten Sie vor der Schwangerschaft Beschwerden in den Tagen, bevor Ihre Menstruation einsetzte (PMS)?

- nein
- ja

### Umfeld

117b. Wo sind Sie aufgewachsen?

- Österreich/Südtirol  Dorf
- Türkei  Kleinstadt
- anderes Land: \_\_\_\_\_  Großstadt

118b. Wo ist Ihr Mann aufgewachsen?

- Österreich/Südtirol  Dorf
- Türkei  Kleinstadt
- anderes Land: \_\_\_\_\_  Großstadt

119a. Wo wohnen Ihre Eltern?

- im gleichen Haus
- im gleichen Ort
- wie weit von Ihrem Wohnort entfernt? \_\_\_\_ h \_\_\_\_ km

119b. Wie oft haben Sie Kontakt?

- täglich
- wöchentlich
- selten

119c. Erwarten Sie Unterstützung?

- ja
- nein

- 120a. Wo wohnen die Eltern des Partners?
- im gleichen Haus
  - im gleichen Ort
  - wie weit von Ihrem Wohnort entfernt? \_\_\_\_ h \_\_\_\_ km
- 120b. Wie oft haben Sie Kontakt?
- täglich
  - wöchentlich
  - selten
- 120c. Erwarten Sie Unterstützung?
- ja
  - nein

**Falls keine Eltern/Schwiegereltern vorhanden, nach anderen Angehörigen fragen:**

- 121a. Wo wohnen andere Angehörige?
- im gleichen Haus
  - im gleichen Ort
  - wie weit von Ihrem Wohnort entfernt? \_\_\_\_ h \_\_\_\_ km
- 121b. Wie oft haben Sie Kontakt?
- täglich
  - wöchentlich
  - selten
- 121c. Erwarten Sie Unterstützung?
- ja
  - nein
123. Wie empfinden Sie Ihre Wohnsituation?  
sehr schlecht 1 2 3 4 5 sehr gut
126. Machen Sie sich Sorgen um Ihre wirtschaftliche Situation?  
gar nicht 1 2 3 4 5 sehr
127. Wieviele Personen leben in Ihrem Haushalt (Sie selbst eingeschlossen)?  
\_\_\_\_\_ Anzahl Erwachsene      \_\_\_\_\_ Anzahl Kinder
128. Welche Konfession haben Sie?
- |                                   |                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> keine       | <input type="radio"/> katholisch   |
| <input type="radio"/> evangelisch | <input type="radio"/> andere _____ |
129. Sind Sie bewusst religiös?
- |                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
|--------------------------|----------------------------|
130. Welchen (höchsten) Schulabschluss haben Sie? (Ggf. Antwort kulturspezifisch adaptieren)
- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> noch in der Schule         | <input type="radio"/> Sonderschulabschluss               |
| <input type="radio"/> Hauptschulabschluss        | <input type="radio"/> Realschulabschluss, Mittlere Reife |
| <input type="radio"/> Abitur, Fachhochschulreife | <input type="radio"/> ohne Schulabschluss                |
| <input type="radio"/> sonstiges                  |  |

131. Welchen (höchsten) Berufsabschluss haben Sie? (Ggf. Antwort kulturspezifisch adaptieren)
- noch in Berufsausbildung als \_\_\_\_\_
  - Lehre
  - Meister, Fachschule
  - Fachhochschule, Universität
  - ohne Abschluss

132. In welcher Stellung arbeiten Sie bzw. haben Sie zuletzt gearbeitet? (Ggf. Antwort kulturspezifisch adaptieren)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Arbeiterin                      | <input type="radio"/> Facharbeiterin               |
| <input type="radio"/> einfache Angestellte/<br>Beamte | <input type="radio"/> mittlere Angestellte/Beamte  |
| <input type="radio"/> höhere Angestellte/<br>Beamte   | <input type="radio"/> Selbständige                 |
| <input type="radio"/> Auszubildende                   | <input type="radio"/> noch nie berufstätig gewesen |
| <input type="radio"/> sonstiges                       |  |

133. Wie sind Sie zur Zeit beschäftigt? (Ggf. Antwort kulturspezifisch adaptieren)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Vollzeit berufstätig              | <input type="radio"/> Teilzeit berufstätig |
| <input type="radio"/> arbeitslos/<br>ohne Beschäftigung | <input type="radio"/> in Ausbildung        |
| <input type="radio"/> Schülerin/Studentin               | <input type="radio"/> Hausfrau             |
| <input type="radio"/> sonstiges _____                   |  |

134. Falls Sie arbeitslos sind: Seit wievielen Wochen?                      seit \_\_\_\_ Wochen

135. Falls Ihr Partner arbeitslos ist: Seit wievielen Wochen?                      seit \_\_\_\_ Wochen

**Möchten Sie selbst noch etwas ergänzen:**

---

---

---

---

---

## Edinburgh Postnatal Depression Scale EPDS (Cox, Holden, Sagovsky, 1987)

Bitte markieren Sie die Antwort durch ankreuzen, die am ehesten beschreibt, wie Sie sich in **der letzten Woche einschließlich heute** gefühlt haben.

1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:
  - Genauso oft wie früher (0)
  - Nicht ganz so oft wie früher (1)
  - Eher weniger als früher (2)
  - Überhaupt nie (3)
  
2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:
  - So oft wie früher (0)
  - Eher weniger als früher (1)
  - Viel seltener als früher (2)
  - Fast gar nicht (3)
  
3. Ich habe mich unberechtigter Weise schuldig gefühlt, wenn etwas daneben ging:
  - Ja, sehr oft (3)
  - Ja, manchmal (2)
  - Nicht sehr oft (1)
  - Nein, nie (0)
  
4. Ich war ängstlich und machte mir unnötige Sorgen:
  - Nein, nie (0)
  - Ganz selten (1)
  - Ja, manchmal (2)
  - Ja, sehr oft (3)
  
5. Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:
  - Ja, ziemlich oft (3)
  - Ja, manchmal (2)
  - Nein, fast nie (1)
  - Nein, überhaupt nie (0)
  
6. Mir ist alles zuviel geworden:
  - Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen (3)
  - Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht mehr zu helfen (2)
  - Nein, ich wusste mir meistens zu helfen (1)
  - Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen. (0)
  
7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:
  - Ja, fast immer (3)
  - Ja, manchmal (2)
  - Nein, nicht sehr oft (1)
  - Nein, nie (0)
  
8. Ich war traurig und fühlte mich elend:

- Ja, sehr oft (3)
- Ja, ziemlich oft (2)
- Nein, nicht sehr oft/manchmal (1)
- Nein, nie (0)

9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:

- Ja, sehr oft
- Ja, ziemlich oft
- Nur manchmal
- Nein, nie

10. Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun:

- Ja, oft (3)
- Manchmal (2)
- Selten (1)
- Nein, nie (0)

**Eindruck des Untersuchers:**

---

---

---

---

---

---

---

Nummer des Fragebogens:	
-------------------------	--



## Anhang 2: Fragebogen im Wochenbett (spanische Version)

Número del cuestionario:		Fecha:	
--------------------------	--	--------	--

Datos de la mujer entrevistada:

Nombre	
Calle	
Ciudad/Pueblo	
Teléfono	
Parto	<input type="radio"/> en casa <input type="radio"/> en el hospital <input type="radio"/> otro lugar: _____

Número del cuestionario:

### Cuestionario en el Puerperio

#### **Parto:**

¿Cuándo nació su bebé? Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Sexo del bebé:

Masculino

Femenino

¿En qué semana de gravidez nació? \_\_\_\_\_

Peso de su bebé después del parto: \_\_\_\_\_ gramos.

¿Cuánto tiempo duró el parto? \_\_\_\_\_ horas

4. ¿Le pareció que en esa fase tomaron en cuenta sus propios deseos y sugerencias de suficiente manera?

<input type="radio"/> Sí
<input type="radio"/> No

¿Cómo sintió el dolor real en comparación con el dolor que había imaginado antes?

Mucho mas doloroso 1 2 3 4 5 mucho menos doloroso

¿Cómo transcurrió el parto?

<input type="radio"/> vaginal	<input type="radio"/> normal
	<input type="radio"/> diferente: _____
<input type="radio"/> cesárea	<input type="radio"/> primario
	<input type="radio"/> secundario

3. ¿Se usó algún método contra el dolor del parto?

<input type="radio"/> No		
<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/>	PDA(anestesia peri-dural, en la columna)
	<input type="radio"/>	Anestesia total
	<input type="radio"/>	Infusión
	<input type="radio"/>	Hompeopatía/Acupuntura
	<input type="radio"/>	Bloque del pudendo
	<input type="radio"/>	Otros:

9. ¿ En qué posición ha tenido su parto?

<input type="radio"/>	Acostada de espaldas(posición ginecológica)
<input type="radio"/>	De cuclillas
<input type="radio"/>	En una silla de partos
<input type="radio"/>	“de cuatro pies”;De rodillas y con los manos apoyadas
<input type="radio"/>	Diferente:

10. ¿Le hicieron episiotomía ( “la unión”, “corte ahí abajo” ) ? ¿O tuvo un desgarro?

<input type="radio"/>	No
<input type="radio"/>	Episiotomía
<input type="radio"/>	Desgarro

11. ¿Qué le pareció la duración del parto?  
muy largo 1 2 3 4 5 muy corto

12. ¿Quién estuvo presente durante el parto?

<input type="radio"/>	Médico
<input type="radio"/>	Partera/ obstetriz
<input type="radio"/>	Esposo
<input type="radio"/>	Madre
<input type="radio"/>	Persona de confianza femenina: _____
<input type="radio"/>	Otras: _____

¿Sintió incomoda con la presencia de alguna persona?

Médico	<input type="radio"/> Sí
	<input type="radio"/> No
Partera / Enfermera	<input type="radio"/> Sí
	<input type="radio"/> No
Persona de confianza	<input type="radio"/> Sí
	<input type="radio"/> No

13b. ¿ Sintió falta (extraño) de alguna persona?

¿De quién? \_\_\_\_\_

14. ¿Ud. conocía antes al equipo?

<input type="radio"/>	sí, la/ el
<input type="radio"/>	No

¿Tenía confianza con la partera (en la enfermera) ?

<input type="radio"/> Sí
<input type="radio"/> No

¿Tenía confianza con el médico?

<input type="radio"/> Sí
<input type="radio"/> No

17. ¿ Sintió que tomaban en serio todo lo que Ud. decía y sentía?  
para nada 1 2 3 4 5 mucho

19. ¿Correspondió el parto más o menos a lo que Ud. había esperado?  
mucho peor 1 2 3 4 5 mucho más bonito

### Datos Personales

20. ¿Qué edad tiene Ud.? \_\_\_\_\_ años

21. Estado civil:

<input type="radio"/>	Soltera	<input type="radio"/>	casada
<input type="radio"/>	divorciada / separada	<input type="radio"/>	viuda

22. ¿Cuál es su situación de pareja actual?

<input type="radio"/>	ninguna pareja fija
<input type="radio"/>	pareja fija – viviendo separados
<input type="radio"/>	pareja fija – viviendo juntos (o en matrimonio o en concubinato - “me vivo no más”)

23. ¿Cuántos hijos tiene? \_\_\_\_\_

23.b. Edad y sexo de cada hijo vivo:

1. _____	5. _____
2. _____	6. _____
3. _____	7. _____
4. _____	8. _____

24. ¿Qué número de embarazo es este?

___	Embarazos
___	Nacidos muertos
___	Abortos
___	Interrupciones artificiales de embarazo (abortos provocados) , porque _____

¿Después de sus gravidezes anteriores se sintió espiritualmente bien

<input type="radio"/>	Sí
<input type="radio"/>	No, porque _____

Estado anímico (Kennerley & Gath, 1989)

En seguida aparecen algunas palabras con cuales madres de recién nacidos muchas veces describen sus sentimientos. Nos diga por favor, como se sienten hoy, responda por favor con Sí o No.

		No	Sí			NO	Sí
1.	ganas de llorar			15.	sus sentimientos están muy apagados/bajos/desgastados o no siente nada		
2.	(internamente) tensa			16.	deprimida		
3.	capaz de concentrarse			17.	reacciones emocionales extremas (efusivas)		
4.	desanimada			18.	feliz		
5.	De buen humor			19.	optimista (llena de confianza)		
6.	desamparada/indefensa/desprotegida			20.	caprichosa		
7.	Le resulta difícil mostrar sus sentimientos			21.	cansada		
8.	atenta			22.	irritable		
9.	olvidadiza , confundida			23.	no puede dejar de llorar		
10.	temerosa, angustiada (miedosa)			24.	viva, animada, vivaz		
11.	preferiría estar sola			25.	hipersensible “como fosforito”		
12.	(internamente) relajada			26.	altas y bajos en el humor		
13.	pensativa			27.	intranquila		
14.	siente compasión/ pena por sí misma			28.	tranquila, con calma		

25.b. ¿ Con qué relaciona Ud. los cambios de humor?

O ningún motivo
O la razón es: _____

27. ¿ Se siente triste o deprimida?

O Sí
O No

28. ¿ Se asusta fácilmente?

O Sí
O No

30. ¿ Se siente sola y abandonada?

O Sí
O No

### **Escala para medir los días de llanto después del parto (Stein, GS., 1980):**

En la primera parte del cuestionario se encuentran diferentes grupos con declaraciones. Por favor marque con un "X" la declaración de cada grupo que describa lo más exacto cómo se siente hoy en este momento.

Si usted piensa que dos o tres declaraciones de un grupo describen como usted se siente por favor marque el número más alto.

Por favor lea primero con atención todas las declaraciones antes de escoger una.

#### **A**

- 0: Hoy no me siento deprimida.
- 1: Hoy me siento un poco deprimida.
- 2: Hoy me siento bastante deprimida.
- 3: Hoy me siento tan deprimida que me duele bastante.

#### **B**

- 0: No me siento con ganas de llorar.
- 1: Hoy me siento como si quiero llorar pero no he llorado.
- 2: Hoy derramé algunas lágrimas.
- 3: Hoy lloré algunos minutos pero en total menos que una media hora.
- 4: Hoy lloré más que una media hora.

#### **C**

- 0: No me siento más miedosa o preocupada que normal.
- 1: Hoy he estado miedosa o preocupada por un tiempo (algunos minutos, una hora).
- 2: Hoy he estado muy miedosa o muy preocupada por un tiempo.
- 3: Hoy por un tiempo he entrado a un estado pánico

#### **D**

- 0: Me siento tranquila y relajada.
- 1: Me siento un poco tensa.
- 2: Me siento muy tensa.

#### **E**

- 0: No tengo el sentimiento que estoy más inquieta (agitada) que normal.
- 1: Me siento un poco inquieta.
- 2: Me siento muy inquieta y tengo dificultades de concentrar en alguna cosa.

#### **F**

- 0: Me siento menos cansada que antes o igual
- 1: Tengo menos energía que antes.
- 2: La mayoría del día me siento agotada y cansada.

#### **G**

- 0: Anoche no soñé.
- 1: Anoche tuve un sueño.
- 2: Anoche me desperté por un sueño.

## H

0: Tengo menos hambre (apetito) que normalmente.

1: Mi apetito no está cómo siempre.

2: Hoy tengo muy poco hambre (apetito).

3: Hoy no tengo hambre (apetito).

Hoy ha tenido uno de los siguientes síntomas:

<b>I</b>	Dolor de cabeza	O Sí	O No
<b>J</b>	Irritación	O Sí	O No
<b>K</b>	Dificultades de concentrarse	O Sí	O No
<b>L</b>	Falta de memoria	O Sí	O No
<b>M</b>	Confusión	O Sí	O No
<b>N</b>	Dolores que no vienen del parto	O Sí	O No
<b>O</b>	Alteración/cambio del sueño	O Sí	O No

## Contacto Corporal

35. ¿Ha tenido contacto corporal con su niño justo después del parto?

O Sí
O No

¿ Cuándo tuvo el primer contacto corporal con su bebé?

Después de \_\_\_\_\_ h (45 minutos = 0,75h)

39. ¿ Cómo hubiera deseado que sea el contacto corporal con su bebé?

Mucho menos intenso 1 2 3 4 5 mucho más intenso

## Niño

42b.¿ Ahora está Ud. desilusionada por el sexo que tiene su niño?

O Sí
O No

43b.¿ Su pareja está desilusionada por el sexo que tiene su hijo?

O Sí
O No

44. ¿ Sabía antes del parto si su hijo iba a ser niño o niña?

O Sí
O No

48. ¿ Tuvo que recibir su bebé algún tratamiento de un médico después del parto?

O Sí
O No

49.a. ¿ Fue necesario llevar a su niño a la sección de niños /neonatología en el hospital?

O Sí
------

No

41. ¿ Sintió inseguridad al contacto (tocar, agarrar,...) con su niño?

Sí

No

Embarazo

52.a. ¿ Fue planificado el embarazo?

Sí

No

52.b. ¿ A pesar de todo fue deseado?

no 1 2 3 4 5 mucho

53.a. ¿ Ha esperado mucho para este embarazo?

<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	sí, ___ meses ___ años

53.b. ¿Usted ha recibido algún tratamiento de esterilización?

<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí, Cual? _____

54. ¿Ocurrieron problemas durante el embarazo?

<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí, cuales _____

54.b. ¿ Ocurrió vómito (varias veces) en el transcurso del embarazo?

Sí

No

55. ¿ Cómo fue su humor/ estado anímico durante el embarazo?

Muy bueno 1 2 3 4 5 muy malo,

Malo, porque: \_\_\_\_\_

57. ¿ Cómo ha cambiado la relación con su pareja durante el embarazo?

Muy positivo 1 2 3 4 5 muy negativo

58. ¿ Ha tenido Ud. regularmente controles prenatales / controles médicos durante el embarazo?

Sí

No

59. ¿ Le hicieron algún examen en especial?

Gené-  
tica:

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Otros (menos ecografía y sangre): _____



60. ¿ Participó en algún curso de preparación?

O No		
O Sí	O Con pareja	O Sin pareja

64. ¿ Qué tan preparada se sintió para el parto?

Muy mal 1 2 3 4 5 muy bien

¿ Tuvo la impresión que durante el embarazo fue suficientemente apoyada por sus alrededores (amigos, familia)?

no 1 2 3 4 5 mucho

66. ¿ Ha trabajado durante su embarazo?

O No	
O Profesión _____	
¿Fue muy duro para usted?	no <u>1 2 3 4 5</u> muy duro
O Labores de casa: O sí O no	
O Cuidar niños u otros familiares (p.ej. ancianos)	

67. ¿ Le han sucedido acontecimientos especiales/ extraordinarios durante su embarazo?

O No
O Sí: _____

## Puerperio

71. ¿ Está satisfecha con:

O El hospital	No <u>1 2 3 4 5</u> muy
O La sala	No <u>1 2 3 4 5</u> muy
O Las otras mujeres en la sala	No <u>1 2 3 4 5</u> muy
O La atención	No <u>1 2 3 4 5</u> muy

73. ¿ Quién la visita?

Pareja	O Sí O No
Familia	O Sí O No
Amigos	O Sí O No
Otras personas	O Sí O No

75. ¿ Cuántas personas la visitan por día? \_\_\_\_\_

76. ¿ Cuántas horas por día tiene visitas? \_\_\_\_\_ horas

77. ¿ Cómo le parecieron estas visitas?

Muchísimas ( **demasiadas** ) personas 1 2 3 4 5 muy pocas personas  
Visitas muy (**demasiado**) largas 1 2 3 4 5 visitas muy cortas

74. ¿ Hay personas, de quienes habia deseado una visita?

O No
O Sí, ¿quién? _____

79. ¿ Le da pecho a su niño?

O Sí (--80)
O No (--82)

80. ¿ Tiene problemas con darle pecho?

O No (--84)
O Sí (--81);porque:_____

82. ¿ Le hubiera gustado darle pecho?

O No (--84)
O Sí (--83)

81. ¿ Son estos graves para Ud.?

no 1 2 3 4 5 muy

83. ¿Está desilusionada por no darle pecho?

O No (--83)
O Sí

84. ¿Dónde está su niño?

O En la misma sala pero en otra cama
O En la misma cama
O En otra sala

85. ¿ Más o menos cuánto contacto corporal al día tiene Vd. con su niño?\_\_\_\_\_horas

86. ¿ Le gustaría tener más o menos contacto corporal?

Mucho más 1 2 3 4 5 mucho menos

89. ¿ Cómo se siente Vd. cuando piensa en su casa?

Muy preocupada 1 2 3 4 5 muy optimista

90. ¿ Va a tener ayuda en su casa?

O No
O Sí, ¿de quién? _____

91. ¿ Tiene Ud. miedo de que tal vez ya no puede cumplir con lo que le exige la nueva situación?

O Sí
O No

92. ¿ Tiene miedo de sentirse sola ?

O Sí
O No

97. ¿ Piensa volver a trabajar?

O Sí
O No

99. ¿ Le gustaría volver a trabajar?

Para nada 1 2 3 4 5 con mucho gusto

100.¿ Cuándo va a empezar?

___	Días
___	Semanas
___	Meses
___	Años

104. ¿Está contenta con la relación de su pareja?

<input type="radio"/> Sí
<input type="radio"/> No, porque _____

### Historia clínica y anamnesis ginecológico

110. ¿Hay en su familia enfermedades psíquicas?

<input type="radio"/> No	
<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Depresión <input type="radio"/> Otras
¿Quién(es) sufre de eso? _____	

¿Ha estado enferma alguna vez seriamente?

Enfermedad psíquica:	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Enfermedad gineco- lógico:	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Otras enfermedades:	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí, cuales? _____

114.a. ¿Antes del embarazo ha tenido problemas de salud en los días antes de la menstruación/trastornos premenstruales (“tensión premenstrual”)?

<input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Sí

### Entorno

117.b. ¿Dónde pasó su infancia/juventud?

<input type="radio"/> en Austria / Tirol del Sur	<input type="radio"/> en un pueblo
<input type="radio"/> en Turquía	<input type="radio"/> en una ciudad pequeña
<input type="radio"/> otro país: _____	<input type="radio"/> en una ciudad grande

118.b. ¿Dónde pasó su pareja su infancia/ juventud?

<input type="radio"/> en Austria / Tirol del Sur	<input type="radio"/> en un pueblo
<input type="radio"/> en Turquía	<input type="radio"/> en una ciudad pequeña
<input type="radio"/> otro país: _____	<input type="radio"/> en una ciudad grande

119.a. ¿ Dónde viven sus padres?

<input type="radio"/> en la misma casa
--

<input type="radio"/> en el mismo pueblo/en la misma ciudad
<input type="radio"/> ¿A qué distancia de su casa? ____ horas ____ km

119.b. ¿Con qué frecuencia tiene contacto con sus padres?

<input type="radio"/> Cada día
<input type="radio"/> Cada semana
<input type="radio"/> Raras veces

119.c. ¿Ud. espera apoyo de sus padres?

<input type="radio"/> Sí
<input type="radio"/> No

120.a. ¿Dónde viven los padres de su pareja?

<input type="radio"/> en la misma casa
<input type="radio"/> en el mismo pueblo/en la misma ciudad
<input type="radio"/> ¿A qué distancia de su casa? ____ horas ____ km

120.b. ¿Con qué frecuencia tiene contacto con los padres de su pareja?

<input type="radio"/> Cada día
<input type="radio"/> Cada semana
<input type="radio"/> Raras veces

120.c. ¿Ud. Espera apoyo de los padres de su pareja?

<input type="radio"/> Sí
<input type="radio"/> No

**En caso que no hay padres/suegros, preguntar por otros familiares:**

121.a. ¿Dónde viven otros familiares?

<input type="radio"/> en la misma casa
<input type="radio"/> en el mismo pueblo/en la misma ciudad
<input type="radio"/> ¿A qué distancia de su casa? ____ horas ____ km

121.b. ¿Con qué frecuencia tiene contacto con estos familiares?

<input type="radio"/> Cada día
<input type="radio"/> Cada semana
<input type="radio"/> Raras veces

121.c. ¿Ud. espera apoyo de estos familiares?

<input type="radio"/> Sí
<input type="radio"/> No

123. ¿Qué le parece su situación de vivienda?

Muy mala 1 2 3 4 5 muy buena

126. ¿Está preocupada por su situación de vivienda?

Para nada 1 2 3 4 5 muy preocupada

127. ¿Cuántas personas viven en su casa (Vd. Incluida)?

\_\_\_\_\_ adultos \_\_\_\_\_ niños

128. ¿Qué religión tiene?

<input type="radio"/> ninguna	<input type="radio"/> evangélico
<input type="radio"/> católica	<input type="radio"/> otro: _____

129. ¿Ud. es religiosa practicamente?

<input type="radio"/> Sí
<input type="radio"/> No

130. ¿Hasta qué grado de colegio ha estudiado?

<input type="radio"/> sigue estudiando para _____	<input type="radio"/> Bachillerato
<input type="radio"/> Primaria: hasta qué grado?: _____	
<input type="radio"/> Secundaria	<input type="radio"/> Otro _____

131. ¿Qué grado más alto de profesión tiene?

<input type="radio"/> sigue estudiando para _____	<input type="radio"/> Técnico medio
<input type="radio"/> Técnico superior	<input type="radio"/> Licenciada
<input type="radio"/> Sin diploma	<input type="radio"/> Otro _____

132. ¿Qué posición ha ocupado en su último trabajo?

<input type="radio"/> Obrera	<input type="radio"/> Obrera calificada
<input type="radio"/> Empleada (pública) de base	<input type="radio"/> Empleada pública media
<input type="radio"/> Empleada (pública) superior	<input type="radio"/> independiente
<input type="radio"/> Aprendiz / practicante	<input type="radio"/> aún nunca ha trabajado
<input type="radio"/> Trabajadora del hogar (empleada)	<input type="radio"/> otros: _____

133. ¿Actualmente cuál es su empleo / ocupación?

<input type="radio"/> tiempo completo	<input type="radio"/> Medio tiempo
<input type="radio"/> Trabajo temporal/eventual	<input type="radio"/> Desempleada / sin trabajo
<input type="radio"/> Aprendiz / practicante	<input type="radio"/> Estudiante
<input type="radio"/> Ama de casa	<input type="radio"/> Otros _____

134. En caso que está desempleada: ¿Desde hace cuántas semanas?

Desde hace \_\_\_\_\_ semanas

135. En caso de que su pareja está desempleada: ¿Desde hace cuántas semanas?

Desde hace \_\_\_\_\_ semanas

Quiere agregar / decir algo mas?

---

---

---

**Escala de depresión después del parto de Edinburgh**

Por favor, marque la respuesta con un **X** que describe lo más exacto como se sintió durante las últimas semanas incluyendo el día de hoy.

1. He podido reír y ver la vida de un lado positivo:

- Tanto como antes
- No tanto como antes
- Un poco menos como antes
- En ningún momento

2. Habían muchas cosas que me alegraban:

- Tantas como antes
- Menos que antes
- Más raro que antes
- Casi nada

3. Me he sentido culpable sin razón aparente cuando algo salió mal:

- Sí, muchas veces
- Sí, algunas veces
- No, no muchas veces
- No, nunca

4. Me sentí asustada y estuve preocupada sin necesidad:

- No, nunca
- Raras veces
- Sí, a veces
- Sí, muchas veces

5. Me sentí asustada y tenía pánico sin razón:

- Sí, muchas veces
- Sí, algunas veces
- No, casi nunca
- No, nunca

6. Todo fue demasiado para mí:

- Sí, no sabía como superar todo esto
- Sí, a veces no sabía como superar todo esto
- No, en la mayoría de las veces sabía como solucionar mis problemas
- No, podía superar todo como siempre

7. Me sentí tan infeliz que apenas podía dormir:

- Sí, casi siempre
- Sí, a veces
- No, no muchas veces
- No, nunca

8. Estuve triste y me sentí mal:

- Sí, muchas veces
- Sí, bastante veces
- No, raras veces / a veces
- No, nunca

9. Me sentía tan triste que tenía que llorar:

- Sí, muchas veces
- Sí, bastante veces
- Solamente a veces
- No. Nunca

10. De vez en cuando he pensado en hacer algo contra mi propia vida:

- Sí, muchas veces
- A veces
- Raras veces
- No, nunca

Impresión del entrevistador:

---

---

---

---

<b>Número del cuestionario:</b>	
---------------------------------	--