Universität Ulm
Klinikum für Psychiatrie und Psychotherapie II
Kommissarischer Ärztlicher Direktor:
Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Phys. Matthias Riepe

Vom Liebespaar zum Elternpaar – Wie eine Geburt die Partnerschaft verändert

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanbiologie der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Lena Mareike Staudigl
Stuttgart
2023

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth
Erstgutachter: Prof. Dr. Markus Kösters
Zweitgutachterin: PD Dr. med. Eva Rothermund
Tag der Promotion: 06.07.2023

Für meine Großmutter

Inhalt

1. Einleitung 1

1.1. Vom Liebespaar zum Elternpaar 1

1.1.1. Geschichtliche Entwicklung der Forschung zur Elternschaft 2

1.1.2. Phasen der Elternschaft 3

1.1.3. Umgang mit Stress rund um die Geburt 7

1.1.4. Die partnerschaftliche Geburtserfahrung 9

1.2. Psychische Belastung und Postpartale Depression – Prävalenz, Prädiktoren, Abgrenzung zu anderen Krankheitsbildern 11

1.2.1. Prävalenz, Prädiktoren und Abgrenzung zu anderen Krankheitsbildern 11

1.3. Einfluss von Partnerschaftszufriedenheit auf die psychische Belastung 18

1.4. Antidepressiva in Schwangerschaft und Stillzeit 19

1.5. Untersuchungsschwerpunkte 21

2. Material und Methoden 22

2.1. Untersuchungsdesign 22

2.2. Stichprobe 24

2.3. Datenanalyse 24

2.4. Beschreibung des verwendeten Instrumentariums 25

2.4.1. Die Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale (EPDS) von Cox, Holden und Sargovsky 25

2.4.2. Das Dyadische Coping Inventar (DCI) von Bodenmann 26

3. Ergebnisse 28

3.1. Stichprobencharakteristika 28

3.2. Die Veränderung der psychischen Belastung von Frauen und Männern durch die Geburt 37

3.3. Die Auswirkung von psychischer Belastung eines Elternteils auf den anderen Elternteil 39

3.4. Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung in der Partnerschaft – Beziehungsmuster bei psychischer Belastung .....

3.5. Verschreibung eines Antidepressivums während der Schwangerschaft und nach der Geburt 41

3.6. Subjektiv erlebter Stress: Dyadisches Coping in der Partnerschaft 41

3.7. Dyadisches Coping und psychische Belastung 41

3.8. Komponenten, welche zur partnerschaftlichen Zufriedenheit nach der Geburt beitragen 43

4. Diskussion 46

4.1. Zusammenfassung der Ergebnisse und Erklärungsversuche 46

4.2. Kritische Betrachtung des Untersuchungsdesigns, der Datenerhebung, der Stichprobe und der Rahmenbedingungen……54

4.3. Was unterstützt? – Quintessenz und weiterführende Untersuchungen..... 58

5. Zusammenfassung……...61

6. Literaturverzeichnis……63

Anhang……72

Danksagung……75

Lebenslauf……76

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BeMus	Beziehungs-Muster-Fragebogen
BDI	Beck-Depressions-Inventar
DC	Dyadisches Coping
DCI	Dyadisches-Coping-Inventar
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IES-r	Impact of Events Scale – revised
IPT	Interpersonelle Psychotherapie
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
M	Mittelwert
m	männlich
n	Anzahl
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PDSS	Postpartum Depression Screening Scale
PPD	Postpartale Depression
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SD	Standardabweichung
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSW	Schwangerschaftswoche
STM	Systemisch-Transaktionales Stressmodell
w	weiblich

1. Einleitung

Die Geburt eines Kindes – kaum ein Ereignis ist so sehr mit Veränderung für die gewordenen Eltern verbunden. Was bedeutet es heute für eine Partnerschaft, ein Kind zu bekommen? Neben verschiedenen notwendigen Anpassungen wie beispielsweise einem veränderten Schlaf-Wach-Rhythmus und dem damit einhergehenden Schlafentzug, müssen Eltern insbesondere Veränderungen sozialer Rollen und Identitätsveränderungen bewältigen. Paare, die derzeit in Deutschland Eltern werden, decken häufig aufgrund demographischer Gegebenheiten und nicht zuletzt auch verstärkt aufgrund der Corona-Pandemie, die Säuglingsbetreuung zu zweit ab. In die Rolle eines Elternteils innerhalb einer Partnerschaft zu wachsen, geschieht einerseits in Zeiten technischer und gesellschaftlicher Entwicklungen, in welcher der menschliche Körper als sexuelle und reproduktive Einheit neu definiert wird. Andererseits können gleichwohl Liebesbeziehungen in vielseitigen Formen gelebt werden.
Wenn ein Kind geboren wird, verändert sich das Leben der Menschen, die Anteil an der Geburt haben – zwei Menschen werden zu Eltern.
Diese Dissertation beschäftigt sich in Form einer Beobachtungsstudie mit der Veränderung von Partnerschaften, die mit der Geburt eines ersten gemeinsamen Kindes einhergeht. Die zentrale Frage dieser Arbeit besteht darin, welche die Faktoren sind, die zu einer gleichbleibenden oder sogar größeren Zufriedenheit in der Partnerschaft nach der Geburt des gemeinsamen Kindes führen.
Insbesondere die psychische Belastung und der Umgang mit erlebtem Stress werden dabei betrachtet. Ein wichtiger Bestandteil der Untersuchung ist das Erleben, das Erfahren und die gegenseitige Wahrnehmung der Paare vor und nach der Geburt ihres ersten gemeinsamen Kindes.
Da gerade die erste Phase nach der Geburt als Stressfaktor beschrieben ist, wird darüber hinaus die Bewältigung von Stress (dyadisches Coping) und die Veränderung der Bewältigung während dieser Zeit untersucht.
In diesem Zusammenhang umfasst ein weiterer Aspekt der Arbeit die psychische Belastung und postpartale Depression. Für letztere wurde in vorangegangener Forschung eine Prävalenzrate von 9-23,8% innerhalb des ersten Jahres nach der Geburt (O'hara und Swain, 1996; Serhan et al. 2013; Gürber et al., 2017) ermittelt. Ein beachtlicher Anteil der Frauen entwickelt somit nach der Geburt eines Kindes die Symptome einer Depression, deren Behandlung sich schwierig gestaltet, da in dieser Phase eine Psychotherapie schwer durchführbar und gleichzeitig die Evidenz für eine pharmakologische Behandlung der Depression sowohl für die Unbedenklichkeit als auch in der Wirksamkeit unzureichend ist. Da die wissenschaftlichen Untersuchungen für die Männer diesbezüglich rar sind (Gürber et al., 2017), wird diese Arbeit ein besonderes Augenmerk auf die Väter legen.

1.1. Vom Liebespaar zum Elternpaar

„Kaum ein vorhersagbares (normatives) Lebensereignis ändert die Lebenssituation der Betroffenen derart umfassend und nachhaltig wie die durch die Geburt des ersten Kindes markierte Übernahme der Elternrolle“ (Fthenakis et al., 2002, S. 66). Wird ein erstes Kind in eine Partnerschaft geboren, wird aus einer ursprünglich dyadischen Beziehung eine Triade. Neue Rollen werden geboren, alte Rollen suchen in einer neugeborenen Familie einen Platz.

Hofer (2002) formuliert, dass Familie eine Gruppe von Menschen sei, die durch dauerhafte Beziehungen miteinander verbunden seien. Die sich auf nachfolgende Generationen hin orientiere und die einen erzieherischen und sozialisatorischen Kontext für die Entwicklung der Mitglieder bereitstelle oder eine soziale Beziehungseinheit, die sich besonders durch Intimität und intergenerationelle Beziehungen auszeichnet (Petzold, 1999).

1.1.1. Geschichtliche Entwicklung der Forschung zur Elternschaft

Der Beginn der wissenschaftlichen Forschung zur Elternschaft war stark durch den Soziologen Reuben Hill (1971, 1949) geprägt, der den Übergang zur Elternschaft als „Krise“ bezeichnete. 1957 schlossen Forschungsarbeiten zur Elternschaft von LeMasters (1957) an. Er widmete sich insbesondere mit den sich ereignenden und von Hill definierten krisenhaften Veränderungen der Familienstruktur beim Übergang in die Lebensphase zur Familie. Dyer (1963) schloss mit einer Untersuchung an LeMasters Arbeit an, um Näheres über die Art und die Bewältigung solcher Krisen zu erfahren. Spätestens durch Hobbs Arbeiten (Hobbs 1965) wurde die Theorie der Elternschaft als Krise infrage gestellt. Er stellte bei seinen Untersuchungen bei keinem der Paare eine ausgedehnte Krise fest und erfasste die eheliche Zufriedenheit nach der Geburt eines Kindes sogar als signifikant höher als zuvor. Durch Rossi (1968) veränderte sich die Bezeichnung dann letztendlich und es wurde wissenschaftlich nicht länger von Krise, sondern nur noch von „Übergang zur Elternschaft“ gesprochen. Diese vorangestellte Entwicklung der Forschung zur Elternschaft dient der Nachvollziehbarkeit und kann und muss bezüglich damaliger Rollenbilder und bezüglich des damaligen Verständnisses von Familie betrachtet werden.

In den 1980er Jahren stellte Belsky (1984) auf Grundlage des *Ökologischen Modells* von Bronfenbrenner (1981) und gestützt auf Daten einer Literaturanalyse über dysfunktionale Elternschaft ein allgemeines theoretisches Modell der Determinanten des elterlichen Verhaltens auf (Abbildung 1).

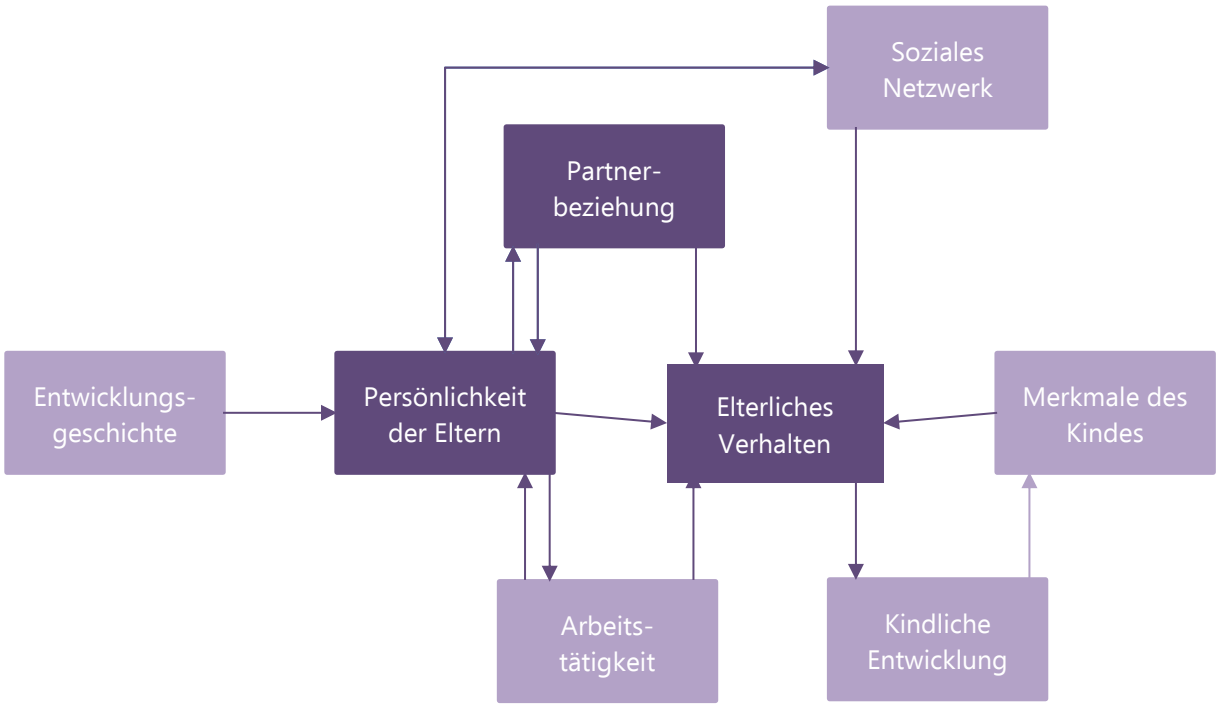


Abbildung 1 Prozessmodell der Elternschaft nach Belsky (1984) Die Determinanten, die in dieser Untersuchung näher betrachtet werden, sind dunkler gefärbt

Das Modell in Abbildung 1 setzt drei Hauptdeterminanten für gelungene Elternschaft voraus: 1. Persönlichkeitseigenschaften und psychologische Ressourcen jedes Elternteils (in Abb. 1: „Entwicklungsgeschichte“, „Persönlichkeit der Eltern“, „Elterliches Verhalten“) ; 2. Individuelle Eigenschaften des Kindes (in Abb. 1: Kindliche Entwicklung“, „Merkmale des Kindes“) ; 3. Einen sozialen Kontext, in dem die Eltern-Kind-Beziehung existiert (in Abb. 1: „Arbeitstätigkeit“, „Soziales Netzwerk“, „“Partnerbeziehung“). Zudem geht das Modell von Belsky (1984) davon aus, dass die eigene elterliche Erfahrungs- und Entwicklungsgeschichte, die partnerschaftliche Beziehung, soziale Netzwerke und die Berufstätigkeit Einfluss auf die individuelle Persönlichkeit und das psychologische Wohlbefinden der Eltern und darüber hinaus auf elterliches Erziehungsverhalten haben.

Im Allgemeinen sah Belsky (1984) folgende entwicklungsfördernde Eigenschaften: Zum einen die Fähigkeit, sich zurückzunehmen und die Sicht eines Gegenübers zu schätzen, empathisch und adaptionsfähig zu sein. Außerdem sei ein höheres *Alter* der Eltern entwicklungsförderlich (wobei jugendliche Mütter weniger erwünschte Einstellungen und weniger realistische Erwartungen haben), *psychisches Wohlbefinden* und *positive Erfahrungen* in der Kindheit. Abschließend sieht Belsky (1984) *psychische Gesundheit* und bestimmte *Persönlichkeitsdimensionen* eines Elternteils als entscheidend an. Er stellte die besondere Relevanz von interner Kontrollüberzeugung und hohem Selbstwertgefühl heraus. Insbesondere die *psychische Gesundheit* bildet einen Schwerpunkt dieser Arbeit.

1.1.2. Phasen der Elternschaft

Gloger-Tippelt (1988) entwarf zum Übergang in die Erstelternschaft folgendes Phasenmodell bestehend aus acht Abschnitten (Abbildung 2):



Abbildung 2 Phasenmodell nach Gloger-Tippelt (1988) Die Trapeze stellen die antepartalen Phasen, postpartalen Phasen und die Phase der Geburt dar. Die Größenunterschiede der Formen nähern sich der Dauer der jeweiligen Phase anteilig im Gesamtprozess weitestgehend an

Geene, Thyen, Quilling und Bacchetta (2016) beschäftigen sich mit dem Modell von Gloger-Tippelt und entwickelten daraus ein modifiziertes 10-Phasen-Modell. Darin setzen sie sich außerdem unmittelbar mit der familiären Gesundheitsförderung, also Möglichkeiten zur Unterstützung in der Zeit vor und nach der Geburt auseinander. In ihrer Adaption stellen sie vordergründig Aspekte der Ressourcenorientierung dar. Bei ihnen werden Phasen und Beschreibungen der jeweiligen Charakteristika stärker an den Potentialen ausgerichtet. Den Schwerpunkt bildet in diesem Zusammenhang das subjektive Transitionserleben. Ziel war es, die Anforderungen an werdende Eltern im Prozess zum Elternwerden herauszuarbeiten (Fischer und Geene, 2017). Tabelle 1 stellt das 10-Phasen-Modell mit Erläuterungen dar.

Tabelle 1 10-Phasen-Modell nach Fischer und Geene (2017) als Weiterentwicklung des Phasenmodells von Gloger-Tippelt (1988) mit der Präkonzeptionellen Phase und der Vergesellschaftung als Erweiterung. Schwangerschaftswoche wird durch SSW abgekürzt

Phase		**Charakterisierung**	**Physiologische, psychologische und soziale Bewältigungsaufgaben**
1.	**Phase: Präkonzeptionelle Phase** Vor Eintritt einer Schwangerschaft (Phase bei Gloger-Tippelt 1988 nicht berücksichtigt)	Auseinandersetzung mit der eigenen Fruchtbarkeit; Herausbilden elementarer Voraussetzungen	**Physiologisch:** Kontrolle über die eigene Fruchtbarkeit **Psychologisch:** Auseinandersetzung mit eigener Gesundheit/ Wohlbefinden **Sozial:** Soziale und finanzielle Sicherheit schaffen
2.	**Phase: Orientierung** Bekanntwerden der Schwangerschaft bis ca. 12. SSW (pränatal, 1. Trimenon) („Phase der Verunsicherung“ bei Gloger-Tippelt (1988))	Verunsicherung und ambivalente Gefühle zur Schwangerschaft Beginn körperlicher Veränderungen	**Physiologisch:** Bewältigung körperlicher Veränderungen Umgang mit möglichen Symptomen (z.B. Müdigkeit, Übelkeit, Stimmungsschwankungen), bzw. Fehlen von Symptomen **Psychologisch:** Verarbeitung der Information über die Schwangerschaft auf kognitiver und emotionaler Ebene Bewältigung spezifischer Belastung und Ambivalenzen **Sozial:** Sorgen und Ängste Sicherstellung von privatem Austausch und sozialer Einbindung
3.	**Phase: Selbstkonzeption** Ca. 12. Bis 20. SSW Beginnt mit Bekanntgabe der Schwangerschaft (pränatal, 2. Trimenon) („Phase der Anpassung“ beiGloger-Tippelt (1988))	Erstes Selbstkonzept vom Elternwerden/ -sein; Sichtbarwerden der Schwangerschaft	**Physiologisch:** Entscheidungen bezüglich medizinischer Maßnahmen und pränataler Diagnostik **Psychologisch:** Möglichkeiten der persönlichen Beeinflussung und Kontrolle des Schwangerschaftsverlaufs (insb. Suchtmittelabstinenz, aber auch allgemein Gesundheitsverhalten, Ernährung, Schlafrhythmus) **Sozial:** Öffentlichmachen und Umgang mit der Reaktion auf die Schwangerschaft von Außenstehenden „normative“ Anpassung

	Phase	Charakterisierung	Physiologische, psychologische und soziale Bewältigungsaufgaben
4.	**Phase: Subjektwerdung** Ca. 20. bis 32. SSW (pränatal, 2./3. Trimenon) („Phase der Konkretisierung“ bei Gloger-Tippelt (1988))	Wahrnehmung des Ungeborenen als Kind/ als zunehmend eigenständiges Wesen Phase des Wohlbefindens	**Physiologisch:** Wachsen des Bauches Erste Kindsbewegungen **Psychologisch:** Phantasien über das Leben mit Kind **Sozial:** Entwicklung konkreter Lebensvorstellungen der zukünftigen Mutter / des zukünftigen Vaters/ des zukünftigen Ko-Elternteils
5.	**Phase: Antizipation und Vorbereitung** Ca. 32. bis 40. SSW (pränatal, Ende 3. Trimenon) (gleichnamig bei Gloger-Tippelt)	Anstieg der körperlichen Belastung, Vorbereitung auf Geburt, Vorbereitung auf Familie	**Physiologisch:** Umgang mit körperlichen Belastungen (Kulmination körperlicher Beschwerden in dieser Phase) **Psychologisch:** Auseinandersetzung mit der bevorstehenden Geburt Empathische Auseinandersetzung mit Geburtsängsten **Sozial:** „Nestbau“ Beginn des Mutterschutzes
6.	**Phase: Geburt** (perinatal , von Geburtsbeginn bis etwa 2 bis 7 Tage postpartal) (gleichnamig bei Gloger-Tippelt (1988))	Geburtsverlauf, Zeit für das Kennenlernen/Bonding	**Physiologisch:** Gebären Gelingende Anpassung an die körperliche Trennung der Mutter Ggf./wünschenswert: Stillbeginn **Psychologisch:** Annehmen eines neuen Familienmitglieds Bindungsaufbau **Sozial:** Baby als Leben außerhalb des Mutterleibs Beginn des Mutterschutzes
7.	**Phase: Wochenbett – Phase der Überwältigung und Erholung** (postnatal bis ca. 8 bis 12 Wochen nach der Geburt) (gleichnamig bei Gloger-Tippelt (1988))	Wechsel zwischen Freude/Stolz und Erschöpfung, Umgang mit körperlichen Veränderungen und Veränderungen im Tagesablauf mit neuer Verantwortung	**Physiologisch:** Erschöpfung Heilungsprozess der Geburtsverletzungen Körperliche Veränderung (z.B. Brust, Rückbildungsprozesse, hormonelle Umstellungen) Schlafmangel Ggf./wünschenswert: Stillen **Psychologisch:** Stimmungsschwankungen Schlafmangel Annehmen eines neuen Familienmitgliedes, Bindung **Sozial:** Mutterschutz Versorgung des Kindes mit neuer Verantwortung (Angst vor Fehlern) Änderung im Tagesrhythmus Bürokratische Aufgaben

	Phase	Charakterisierung	Physiologische, psychologische und soziale Bewältigungsaufgaben
8.	**Familienwerdung** (Ca. 2. oder 3. bis 6. Lebensmonat) („Phase der Herausforderung und Umstellung“ bei Gloger-Tippelt (1988))	Zunahme der Elternkompetenz Wahrnehmung von Veränderungen in der Paarbeziehung	**Physiologisch:** Heilungsprozess Ggf./ wünschenswert: Stillen Kennenlernen/Einordnen der individuellen Merkmale des Kindes **Psychologisch:** Ausbau/Entwicklung der elterlichen Feinfühligkeit Regulation Eltern-Kind-Interaktion **Sozial:** Anpassung an Mutter-/ Vaterrolle Aufgaben-Neuverteilung in der Paarbeziehung (evtl. Konflikte)
9.	**Phase: Stabilisierung** (ca. 6. bis 12. Lebensmonat) („Phase der Gewöhnung“ bei Gloger-Tippelt (1988))	Gewöhnung an die neue Familiensituation mit einsetzender Routine	**Physiologisch:** Kindesentwicklung Stillen/Beifüttern/Abstillen **Psychologisch:** Elterliche Feinfühligkeit **Sozial:** Anpassung des elterlichen Handelns an die fortlaufende Weiterentwicklung des Kindes
10.	**Phase: Vergesellschaftung** (ca. vollendetes 1. Bis 3. Lebensjahr) (Phase bei Gloger-Tippelt nicht berücksichtigt)	Übergang zur Fremdbetreuung (Oma/Opa, Tagesmutter/ -vater, Krippe, Kita)	**Physiologisch:** (kindliche) Ernährung (kindliche) Bewegung, Körpererfahrung **Psychologisch:** Sorgen und Ängste Kontakt zu anderen Kindern und Menschen Freiraum für die Eltern **Sozial:** Anpassung des elterlichen Handelns an die fortlaufende Weiterentwicklung des Kindes (Wieder-)Aufnahme Berufstätigkeit

Diese Untersuchung fokussiert sich auf die Phasen vier und fünf des Modells von Fischer und Geene (2017). Hintergrund dieser Auswahl waren die nachfolgend aufgeführten Veränderungen der werdenden Mütter und Väter sowie die damit verbundene Veränderung der Partnerschaft. Die Subjektivierungsphase wird zumeist über die ersten regelmäßig wahrnehmbaren Kindsbewegungen körperlich unmittelbar erfahrbar (Gloger-Tippelt, 1988). Diese Phase beschreiben Schwangere überwiegend positiv. Es findet eine Veränderung in der Partnerschaft im Suchen neuer Rollenbilder statt (Geene et al., 2016). Hinzu kommt die individuelle Gestaltungsaufgabe der Schwangeren auch mit ihrem Partner bezüglich der Unterbrechung oder Beendigung von nicht mit einem zukünftigen Säugling zu vereinbarenden Aufgaben. Zum Ende dieser Phase tritt die Vorbereitung der Geburt in den Vordergrund (Geene et al., 2016).

Nach der Geburt sind für diese Untersuchung die Phasen sieben und acht des oben aufgeführten Modells von Bedeutung. Die neue Lebenssituation ist für die Eltern unbekannt und nicht kontrollierbar. Der Schlafentzug die körperlichen und psychischen Herausforderungen machen beide Eltern reizbar und verletzlich (Gröhe, 2003). Beide Partner setzen sich mit der Elternrolle auseinander und die Partnerschaft aus der ursprünglichen Dyade heraus verändert sich.

1.1.3. Umgang mit Stress vor und nach der Geburt

In einer achtjährigen Studie begleiteten Doss, Rhoades, Stanley und Markman (2009) 218 Paare, die ihr erstes gemeinsames Kind bekamen. Sie untersuchten den Effekt der Geburt auf die eheliche Beziehung. Direkt nach der Geburt konnte mithilfe von Beobachtungen und Selbstreporten eine Verschlechterung der Beziehung gezeigt werden. Die Verschlechterung wurde durchschnittlich über die folgenden acht Jahre der Beobachtung aufrechterhalten. Der Umfang der Verschlechterung der Beziehung variierte und war abhängig vom Individuum, der ehelichen Beziehung und der Schwangerschaft. In der Kontrollgruppe, die aus Paaren ohne Kinder bestand, wurde ebenfalls eine Verschlechterung der Beziehung über die acht Jahre gezeigt. Allerdings ohne den plötzlichen Abfall in der Qualität, den eine Geburt bei den Paaren mit Kind ausgelöst hatte. Insgesamt zeigen zahlreiche längsschnittlich angelegte Studien eine Verschlechterung der partnerschaftlichen Interaktion und ein Absinken der partnerschaftlichen Zufriedenheit nach der Geburt des ersten Kindes. Belege liefern nicht nur Studien aus den USA (z.B. Belsky & Pensky, 1988; Belsky & Rovine, 1990; Hackel & Ruble, 1992), auch im deutschsprachigen Raum wurden einige Forschungsprojekte durchgeführt (z.B. Engfer, Gavranidou & Heinig, 1988). Den wohl umfangreichsten Einblick in das Thema vom Übergang eines Paares in die Elternschaft bietet die Studie „Paare werden Eltern“ von Fthenakis, Kalicki und Peitz (2002). Hier wurden in einer Längsschnittstudie 175 Paare von der Schwangerschaft bis drei Jahre nach der Geburt ihres Kindes begleitet.

Ein Faktor, der mütterlichen Stress abmildern kann, ist die Unterstützung nach der Geburt. Mütter benennen ihre Partner hier als wichtigste Ressource. Fühlt sich hier eine Frau durch ihren Partner unterstützt, hat dies oft einen großen Einfluss auf das mütterliche Wohlbefinden und die Anpassung an die neue Mutterrolle (Cox et al., 1989). Eine niedrige Unterstützung durch den Partner steht in Verbindung mit mütterlichem Stress nach der Geburt (Mulsow et al., 2002). Das Ziel einer Untersuchung von Thorp, Krause, Crukowicz und Lynch (2004) bestand darin, den Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit der Unterstützung des Partners und mütterlichem Stress in der Zeit nach der Geburt zu erfassen. Durch die Erhebung, die acht Wochen nach der Geburt erfolgte, wurde die Hypothese gestützt, dass geminderte, nachfragende und bedürfnisorientierte Kommunikation als Mediator zwischen Unzufriedenheit mit der Unterstützung des Partners und mütterlichem Stress fungiert. Ebenso wie diese Arbeit erfassten Clout und Brown (2016) ihre Daten durch eine Längsschnittstudie mit zwei Messzeitpunkten vor der Geburt im dritten Trimester und etwa vier Monate nach der Geburt. Wie die zuvor genannte Studie, widmeten sich die Autorinnen ausschließlich den Müttern. Ihre Hypothese, dass mütterlicher Stress nach der Geburt durch niedrige dyadische Zufriedenheit vor der Geburt vorausgesagt werden kann, konnte nicht gestützt werden (Bodenmann et al., 1996).

Die Perspektive eines werdenden Vaters zeigt eine Studie von Gürber und Kolleg:innen (2017): Sie betrachteten in einer Längsschnittstudie, genau wie die hier vorliegende Arbeit, zusätzlich zur Mutter auch gleichermaßen den Vater mit seiner subjektiv erlebten Geburtserfahrung, den postpartal depressiven Symptomen und akut erlebtem Stress. Auch hier fand die erste Datenerhebung im letzten Trimester der Schwangerschaft statt. Wie im Design der Untersuchung dieser Arbeit, wurde die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) verwendet. Zur Erfassung der akuten Stressreaktion wurde die Impact of Events Scale-revised (IES-r) genutzt. Die Autor:innen konnten zeigen, dass Mütter im Vergleich zu Vätern eine höhere akute Stressreaktion zeigten. Verglichen mit einer allgemeinen Stichprobe von Männern, zeigte sich bei Vätern nach der Geburt die Existenz von Stress, der durch besagtes Ereignis verursacht wurde (Johnson 2002; Bradley et al., 2008).

Die individualistische Sicht von Stress wurde im Jahr 2000 von Bodenmann (2000) durch das systemisch-transaktionale Stressmodell (STM) erweitert. Er nimmt an, dass der Stress des einen Partners auch direkt oder indirekt zum Stress des Anderen wird. Die Annahme des Modells besteht darin, dass die interpersonelle Sicht bei täglichen Widrigkeiten, bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder kritischen Lebensereignissen eingenommen wird. Studien legen nahe, dass Stress nicht als individuelles Problem einer Person, sondern als „we-stress“ auftaucht (Bodenmann, 2016). Tritt eine Belastung auf, dann sollte deshalb auch die Bewältigung partnerschaftlich erfolgen. Diese Betrachtungsweise berücksichtigt, dass beide Partner betroffen sein und unter Stress leiden können.

Diese Arbeit soll auf der Grundlage des systemisch-transaktionalen Stressmodells einerseits den empfundenen Stress beider Partner vor und nach der Geburt, andererseits insbesondere den gemeinsamen Umgang damit erfassen. Gemäß Bodenmann (2000) beschreibt dyadisches Coping einen Prozess, in dessen Rahmen Stresssignale des einen Partners, die Wahrnehmung dieser Signale durch den anderen Partner und dessen Antwortreaktionen berücksichtigt werden. Es werden grundsätzlich folgende Formen von dyadischem Coping unterschieden: (a) positives supportives dyadisches Coping, (b) delegiertes dyadisches Coping, (c) negatives supportives dyadisches Coping und (d) gemeinsames dyadisches Coping (Bodenmann, 2000).

Das positive supportive dyadische Coping umfasst problem- und emotionsbezogene Unterstützungshandlungen des einen Partners zugunsten des Anderen, ohne dass Letzterem die Bewältigungsarbeit ganz abgenommen wird. Vielmehr erfährt er Unterstützung in seinen eigenen Copingbemühungen. Bei delegiertem dyadischem Coping übernimmt der Partner ganz die Bewältigung der belastenden Situation vom unterstützenden Partner und versucht ihn damit auf diese Weise zu unterstützen. Negatives supportives dyadisches Coping beschreibt eine negative Form des Copings. Dabei wird davon ausgegangen, dass dyadisches Coping neben seiner positiven Konnotation auch feindseligen, ambivalenten oder oberflächlichen Charakter aufweisen kann. Mit gemeinsamem dyadischem Coping beschreibt Bodenmann letztendlich die Belastungsbewältigungsversuche, die aufgrund dyadenrelevanter Ziele beide Partner gemeinsam in einen symmetrischen oder komplementären dyadischen Copingprozess involvieren, um emotionalen Stress, sachliche oder soziale Probleme zu bewältigen. Während beim supportiven dyadischen Coping ein Partner den anderen in seiner Bewältigung unterstützt oder beim delegierten dyadischen Coping der eine Partner dem anderen Aufgaben zur Entlastung abnimmt, beschreibt das gemeinsame dyadische Coping einen Prozess, in welchem beide Partner wechselseitig involviert sind. Bodenmann (2000) beschreibt, dass in Situationen mit folgenden Eigenschaften gemeinsames dyadisches Coping erfolgt: Die Stresssituation betrifft beide Partner gleichermaßen, der Stress wird in der Regel

durch äußere Umstände oder andere Personen verursacht, es liegen gemeinsame Ziele im Hinblick auf die Bewältigung der Situation vor und beide Partner haben Kontrollmöglichkeiten und können zum gemeinsamen dyadischen Coping beitragen. Eine solche Situation mit den genannten Eigenschaften wird in dieser Arbeit rund um die Geburt eines Kindes angenommen.

Zahlreiche Studien belegen den korrelativen Zusammenhang von dyadischem Coping und höherer Partnerschaftsqualität und -zufriedenheit (Bodenmann, 2000; Bodenmann et al., 2006; Schwarzer und Busch; Baas und Schmitt, 2004; Bodenmann et al., 1996; Bodenmann und Cina, 2006). Dyadisches Coping moderierte in einer Studie den negativen Effekt von Alltagsstress auf die Partnerschaftsqualität (Charvoz et al., 2003). Der Umgang mit Stress durch dyadisches Coping im Zusammenhang mit psychischer Belastung wurde von Naumann (2004) betrachtet. Während positives dyadisches Coping bei den Männern keine relevanten Zusammenhänge zu Depression zeigte, fand er eine substantielle Korrelation bei den Frauen. Insgesamt erwies sich das positive und negative dyadische Coping bei den Frauen als deutlich besserer Prädiktor für psychisches Befinden als bei Männern. In der Untersuchung von Gross und Kühnel (2004) wurde eine signifikante negative Korrelation zwischen dyadischem Coping und depressiven Symptomen (r=-.35) berichtet.

Das Dyadische Coping Inventar (DCI) wurde bisher nicht für eine Untersuchung rund um die Geburt eingesetzt.

Interventionen zum Umgang mit Stress bei Paaren wurden bereits wissenschaftlich untersucht. Ausgehend davon, dass häufig paarexterner Stress in die Dyade hineingetragen wird, welcher das Paarsystem belastet, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für negative Kommunikationsverläufe und Streiteskalationen (Ledermann et al., 2010). Andererseits zeigt die Forschung, dass der Partner eine der wichtigsten Ressourcen einer erfolgreichen, ganzheitlichen Stressbewältigung im Rahmen einer Partnerschaft ist (Bodenmann, 2000). Die Möglichkeiten für Interventionen in Form von wissenschaftlich fundierten und empirisch evaluierten deutschsprachigen Programmen zur individuellen Stressbewältigung sind hoch. Eine Übersicht bieten Milek und Bodenman (2018). Das Stresspräventionsprogramm „paarlife“ beispielsweise, dessen Wirksamkeit durch mehrere RCT Studien nachgewiesen werden konnte, umfasst fünf Module (Milek und Bodenmann, 2018). Aufgrund des besseren, gemeinsamen Umgangs mit Stress nach der Intervention, verbesserten sich das persönliche Befinden der Partner, deren Kommunikationskompetenzen, Problemlösung und dyadisches Coping.

1.1.4. Die partnerschaftliche Geburtserfahrung

In westlichen Ländern ist es üblich, dass der werdende Vater während der Geburt des Kindes anwesend ist. Dies ist normalerweise auch während geplanten Kaiserschnitten der Fall. Findet ein Notkaiserschnitt statt, kann es vorkommen, dass der Partner in einem anderen Raum das Neugeborene in Empfang nimmt. Ist die Frau zu schwach oder treten Komplikationen auf, übernimmt der Vater das „Bonding“. Bonding beschreibt die intensive Beziehung, die sich schon während der Schwangerschaft zwischen Mutter, Vater und Kind aufbaut. Kurz nach der Geburt intensiviert sich dieses Gefühl durch die körperliche Nähe, Wärme und Bewegung. Die aktive Anwesenheit einer nahestehenden Person, in diesem Fall der Partner, kann dazu führen, dass die Geburtserfahrung als weniger überwältigend wahrgenommen wird und die Situation an Macht verliert (Levine, 2011). Eine Geburtserfahrung, die subjektiv als dramatisch eingeschätzt wird, stellt sowohl für den Mann als auch die Frau einen Risikofaktor für die psychologische Anpassung nach der Geburt dar (Alder et al., 2006; Beck, 2004).

Etheridge und Slade (2017) berichteten, dass Väter, die eine Geburt als dramatisches Ereignis einschätzten, ihre Erfahrung aufgrund der Geschwindigkeit und der Unvorhersehbarkeit mit einer „emotionalen Achterbahnfahrt“ verglichen. Männer berichteten von Angst vor dem Tod und vom Spiegeln des Stresses der Frau. Sie berichteten von Hilflosigkeit, insbesondere aufgrund des Klinikpersonals, durch welches sie nicht ausreichend Informationen erhalten konnten. Johansson et al. (2012) unterstützen dies. Ihre wissenschaftliche Arbeit zeigte auf, dass Väter über die Maßnahmen und Geschehnisse während der Geburt informiert und aufgeklärt werden wollten. Bei Vätern führt ein Mangel an Informationen zu Stress und in der Folge zu Unzufriedenheit mit dem Geburtserlebnis. Johansson und Hildingsson (2013) zeigten auf, dass die Art und Weise der Kommunikation mit den Hebammen und Ärzt:innen während der Geburt ebenfalls Einfluss auf das Geburtserleben der Väter hatte. Strahlen letztere Sicherheit und Ruhe aus, wirkte sich das wiederum beruhigend auf den Mann aus. War ein Partner nicht mit den Hebammen und Ärzt:innen während der Geburt zufrieden, konnte dies bei ihm zu einem negativen Geburtserlebnis führen (Johansson et al., 2012).

Werdende Väter unterstützen ihre Frauen während der Geburt emotional und körperlich. Zudem agierten sie als Vermittler ihrer Partnerin in der Kommunikation mit den Hebammen und Ärzt:innen oder beim Treffen von Entscheidungen (David et al., 2009; Wöckel, 2009). Die Frauen waren mit ihrem Geburtserlebnis zufriedener, sie hatten weniger Schmerzen und waren seltener erschöpft. Daraus resultierte eine geringere Interventionsrate: weniger Medikamenteneinsatz, eine geringere Rate an Periduralanästhesien sowie weniger instrumentale und operative Entbindungen. Die Anwesenheit des Partners vertiefte die Paarbeziehung und unterstützte von Anfang an die Vater-Kind-Bindung (Steen et al., 2012; Brandão und Figueiredo, 2012; Johansson und Hildingsson, 2013).

Es gibt nur wenig Literatur, die sich mit den Perspektiven oder dem Erleben von werdenden Vätern, die Ihre Partnerin während der Geburt begleitet haben, auseinandersetzen. Eine der wenigen Studien ist die von Johansson et al. (2012). Sie konnten feststellen, dass die Geburt von den Männern als positives und aufregendes Erlebnis beschrieben wurde. Die meisten Männer genossen die Geburt und berichteten von angenehmen und erfreulichen Gefühlen. Die Väter einer Untersuchung von Erlandsson und Lindgren (2009) beschrieben die Geburt als einen lebensverändernden und überwältigenden Moment. Eine weitere Studie berichtete von einer Bereicherung, die Väter durch die Geburt ihres Kindes erfuhren (Chan und Paterson-Brown, 2002). Es ist davon auszugehen, dass sich das Erleben der Männer und deren Bedürfnisse vom Erleben von den Bedürfnissen der Frau während der Geburt unterscheidet (David et al., 2009; Erlandsson und Lindgren, 2009).

Obwohl die Begleitung der Frau durch ihren Partner gesellschaftliche Normalität geworden ist, bleibt die Rolle der werdenden Väter während der Geburt immer noch weitestgehend undefiniert. Es fehlen bislang eindeutige Vorstellungen über die Aufgaben der Begleiter:innen. Es wird ihnen überlassen, sich ihre Rolle während der Geburt zu suchen (Wöckel, 2009).

Die aktuelle und erste S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. & Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft, 2020) stellt die Rechte der Frau ins Zentrum der geburtshilflichen Versorgung und schließt auch den werdenden Vater partiell in den Prozess mit ein, jedoch ebenfalls ohne definierte Rollenvorstellung. Die Empfehlungen der Leitlinie, die sich direkt auf die Interaktion zwischen Fachpersonal und Frau oder Paar während der Geburt beziehen, sind im Anhang B zu finden. Köhne und Hellmers (2015) unterstreichen die Verantwortung der Hebamme, das Paar und nicht ausschließlich die Frau zu betreuen, wenn dies der Wunsch der werdenden Mutter ist. Sie sprechen sich klar dafür aus, dass Hebammen die Väter in ihre Betreuung einbeziehen und sich für die Perspektive der begleitenden Männer sensibilisieren sollten. Die Unterstützung

der Väter durch einen respektvollen Umgang und eine ehrliche Kommunikation seien ein wichtiger Beitrag für eine erfolgreiche Betreuung während der Geburt.

1.2. Psychische Belastung und Postpartale Depression – Prävalenz, Prädiktoren, Abgrenzung zu anderen Krankheitsbildern

Depression gehört zu den am stärksten einschränkenden Störungen für Frauen im gebärfähigen Alter. Für Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren liegt sie weltweit an zweiter Stelle, direkt hinter HIV/AIDS (Mental health, 2002). Der Höhepunkt des Auftretens von psychischer Belastung und postpartaler Depression liegt in den gebärfähigen Jahren und seine Auswirkung erstreckt sich über die Familie und die Nachkommen der betroffenen Frau (Goodman, 2007). Sowohl die postpartale Depression als auch einzelne Symptome der Depression nach der Geburt sind für Frauen gut untersucht. Für Väter jedoch sind wissenschaftliche Untersuchungen diesbezüglich rar (Gürber et al., 2017). In diesem Abschnitt wird die Postpartale Depression mit ihren Eigenschaften expliziert und eingeordnet. Da keine allgemein gültige Definition zur psychischen Belastung vorliegt, werden ihre Eigenschaften für diese Arbeit im Folgenden festgelegt und beschrieben.

1.2.1. Prävalenz, Prädiktoren und Abgrenzung zu anderen Krankheitsbildern

Definition

Die postpartale Depression ist eine zu einer depressiven Episode zugeordnete Bezeichnung, welche nach der Geburt auftreten kann. Diese Zeitspanne wird in der Forschung und in der klinischen Praxis zunehmend bis zu einem Jahr nach der Geburt eingegrenzt (O'hara, 2009). Bisher gibt es keine Diagnose der postpartalen Depression im Diagnostic and Statistical Manual (Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed) 2013), allerdings gibt es einen festgelegten Beginn: Die Episode muss schon vor der Geburt oder innerhalb des ersten Monats danach auftreten (Gavin et al., 2005). Ist dies nicht der Fall, sind die Kriterien für die klinische Diagnose einer depressiven Episode (APA) gleich. Um die Kriterien einer depressiven Episode zu erfüllen, muss für mindestens zwei Wochen eine depressive Stimmung oder der Verlust von Spaß oder Interesse an Aktivitäten vorliegen. Zusätzlich treten Symptome wie Schlafstörung, Appetitlosigkeit, Energieverlust, ein Empfinden von Sinnlosigkeit oder Schuld, eine geminderte Aufmerksamkeit oder Gedanken über Suizid auf. Das ICD-10 listet unter F53.- „Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, andernorts nicht klassifiziert“ auf (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2020). Die Diagnosestellung einer Depressiven Episode ist vor und auch nach der Geburt erschwert, da Veränderungen im Schlaf- und Essverhalten und ausgeprägte Müdigkeit und Mattheit zum alltäglichen Zustand für die meisten Mütter und Väter in dieser Phase gehören (Pearlstein et al., 2009). Dennis und Ross (2005) konnten zeigen, dass die Müdigkeit bei Müttern stark mit dem Auftreten depressiver Symptome in der Zeit nach der Geburt verbunden ist.

Zusätzliche Symptome, die bei Frauen mit postpartaler Depression häufig beobachtet werden, sind Stimmungsschwankungen, eine labile Stimmung oder ein gemindertes Interesse insgesamt und insbesondere am Neugeborenen (American Psychiatric Association, 1994).

Nun werden Komorbiditäten, Abgrenzung, Prävalenz, Risikofaktoren, Folgen, Erfassung, Handlungsempfehlungen und therapeutische Behandlung bezüglich der postpartalen Depression näher beleuchtet. Weitestgehend kann dies auch auf die psychische Belastung im Zusammenhang mit der Geburt übertragen werden.

Prävalenz

Es liegen eine Vielzahl an Studien und Überblicksarbeiten, die sich mit der Prävalenzrate der Postpartalen Depression auseinandergesetzt haben, vor (Serhan et al., 2013; O'hara und Swain, 1996; Gavin et al., 2005). Gavin et al. (2005) kamen zu dem Ergebnis, dass etwa 6.5-12.9% der Frauen eine mittelgradige bis schwere depressive Episode in den ersten sechs Monaten nach der Geburt erleben. Wurde die leichte depressive Episode miteinbezogen stieg der Prozentsatz für die ersten drei Monate auf 19.2%. Es liegt Evidenz vor, dass eine depressive Episode bei Frauen nach der Geburt gehäuft auftritt. Bei Vätern wurde in einer Metaanalyse von Paulson und Bazemore (2010) eine Häufigkeit von 10,4% für postpartale Depression zwischen dem dritten Trimester und einem Jahr nach der Geburt errechnet. Dieser Wert lag bei 50% für Männer mit einer Partnerin mit Depression (Goodman, 2004).

Komorbiditäten

Die postpartale Depression tritt oft zusammen mit einer Angststörung oder ausgeprägten Angstsymptomen auf (O'hara, 2009). Auf Grundlage verschiedener Studien wird die Prävalenz des gemeinsamen Auftretens von Depression und Angststörung bei Frauen mit einem Anteil von 6.1% bis 7.7% bis sechs Monate nach der Geburt angenommen (Wenzel, 2011). In einer umfangreichen Studie von Wisner und Kollegen (2013) erfüllten 66% der Frauen mit postpartaler Depression ebenfalls die Kriterien einer Angststörung. Es existieren ebenfalls Studien, die von einer Komorbidität zwischen depressiven Symptomen und einer Posttraumatischen Belastungsstörung berichteten (National Institute for Care and Health Management, 17.12.2014). Ein systematischer Review widmete sich der Koexistenz von postpartaler Depression, Ängsten und posttraumatischen Stress-Symptomen (Agius et al., 2016). Die Autor:innen resümieren mit einer Prävalenz von etwa 2-3% für Frauen nach der Geburt.

Abgrenzung

Die postpartale Depression unterscheidet sich einerseits vom „Postpartalen Stimmungstief“ (umgangssprachlich Babyblues oder Heultage), welches sich ebenfalls durch Stimmungsschwankungen und eine gedrückte Stimmung äußert, sich jedoch einige Tagen ohne klinische oder andere unterstützende Interventionen verflüchtigt. Weitere Symptome sind eine Labilität der Stimmung, Reizbarkeit, zwischenmenschliche Hypersensitivität, Schlaflosigkeit, Angst und Weinen (Gibbs, R. S., Karlan B. Y., Haney A. F. und Nygaard I., 2008). Das „Postpartale Stimmungstief“ tritt in den ersten zehn Tagen nach Geburt mit einer Häufigkeit von 15-85% auf, wobei der fünfte Tag hierbei die Spitze darstellt (Henshaw, 2003). Auch wenn sich die Symptome verflüchtigen, ist die Beobachtung der Frau in diesem Fall wichtig, weil der Babyblues einen der Risikofaktoren für postpartale Depression darstellt (Reck et al., 2009).

Die schwerwiegendste Art einer postpartalen Stimmungskrise ist die postpartale Psychose, welche definiert wird durch depressive Stimmung, desorganisiertes Denken, psychotische Gedanken und Halluzinationen. Sie tritt bei einer unter 500 Frauen auf und ihr Beginn liegt etwa in der zweiten bis vierten Woche nach Geburt (Heron et al., 2007; Munk-Olsen et al., 2006). Längsschnittstudien lassen vermuten, dass der Großteil der postpartalen Psychosen in Verbindung mit einer bipolaren Störung und nicht mit Schizophrenie stehen (Sit et al., 2006).

Abgrenzend zur psychischen Belastung und postpartalen Depression wird hier außerdem die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) erwähnt und beschrieben.
Eine Geburt kann sowohl von der Frau selbst als auch von ihrem Partner als ungewöhnliche Belastung oder traumatisches Ereignis eingeschätzt werden. Darauf kann eine akute Belastungsreaktion (F43.0), eine Anpassungsstörung (F43.2) oder gar eine Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) folgen. Postpartale Faktoren verweisen hierbei auf eine Komorbidität mit Depression (Ayers et al., 2016), Stress, dysfunktionale Copingstrategien (Grekin und O'hara, 2014) und geringe soziale Unterstützung (Creedy et al., 2000). Bis zu 30% der Frauen erleben ihre Geburt als traumatisches Ereignis (Ayers et al., 2016), 1-2% der Frauen erfüllen anschließend die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Frühere Studien unterstützen die Annahme, dass es eine Verbindung zwischen dem posttraumatischen Stress einer Mutter nach der Geburt und dem posttraumatischen Stress des Vaters nach der Geburt gibt (Iles et al., 2011). Das Ausmaß, in dem eine Geburt einen traumatischen Stressor für die Geburtsbegleiter:in darstellt, ist noch unklar (Johnson, 2002). Studien, die sich traumatischem Stress im Allgemeinem widmen, zeigen, dass die subjektive Einschätzung der Situation entscheidender für die Entstehung einer Posttraumatischen Belastungsstörung ist als die objektive Beschreibung (Ozer et al., 2003; Creamer et al., 2005). Dies scheint auf den Kontext der Geburt übertragbar zu sein: Objektive Kriterien wie die Art der Geburt oder die Schmerzmedikation sind demnach nur schwach mit der subjektiven Empfindung der Geburt verbunden (Lemola et al., 2007; Stadlmayr et al., 2007).

Risikofaktoren
In der Literatur zur postpartalen Depression wird häufig die Frage gestellt, ob es auslösende Faktoren gibt, oder ob Geburt und eine depressive Episode zufällig gemeinsam auftreten. Wahrscheinlich ist die Annahme, dass manche Episoden direkt in Verbindung mit einer Geburt stehen, andere aber nur indirekt mit einer Geburt zusammenhängen (O'hara, 2009). In der Literatur ist einiges darüber bekannt, dass die Ursachen sowohl beim Baby Blues als auch bei einer postpartalen Psychose eng mit der Geburt verknüpft sind (Kendell et al., 1987; Munk-Olsen et al., 2006; O'hara, 1991).
Es gibt die Evidenz dafür, dass eine Untergruppe von Frauen ausschließlich an einer postpartalen Depression leidet und sowohl davor als auch danach nie wieder eine depressive Episode durchlebt. Außerdem scheint es Frauen zu geben, deren depressive Symptome auf hormonelle Veränderungen zurückzuführen sind (Bloch et al., 2000). Das übliche Studiendesign, um Risikofaktoren zu identifizieren, sieht vor, Frauen an einem bestimmten Punkt während der Schwangerschaft zu rekrutieren und sie anschließend in die postpartale Phase zu begleiten (Cooper et al., 1988; O'hara et al., 1991). Diverse Metaanalysen zu Risikofaktoren für eine postpartale Depression wurden veröffentlicht (O'hara und Swain, 1996; Beck, 2001; Robertson et al., 2004), wobei die folgenden Faktoren in moderatem bis starkem Zusammenhang mit postpartaler Depression gebracht werden: Depression und Ängste

während der Schwangerschaft, Baby Blues, Depression in der Vorgeschichte der Frau, Stress, eine unsichere Beziehung zum Partner und geringe soziale Unterstützung (O'hara und Swain, 1996; Beck, 2001; Robertson et al., 2004). Schwächere Zusammenhänge wurden für den sozioökonomischen Status, das Geburtserleben, das Alter der Mutter (je jünger desto wahrscheinlicher eine PPD), sowie ein schwieriges Temperament des Kindes gezeigt (Robertson et al., 2004; Beck, 2001). Das Bild, das infolge verschiedener Studien und Ergebnisse durch Metaanalysen entsteht, zeigt, dass die Risikofaktoren der postpartalen Depression denen der Depression zu anderen Zeitpunkten im Leben einer Frau gleichen. Damit ist nicht gemeint, dass es keine Depressionen gibt, die spezifisch durch die Geburt eines Kindes ausgelöst werden (O'hara, 2009).
Für einen Mann ist der am häufigsten identifizierte Risikofaktor an einer postpartalen Depression zu erkranken, die Präsenz depressiver Symptome bei der Kindesmutter (Goodman, 2004; Deater-Deckard et al., 1998; Matthey et al., 2000).
Die am stärksten ausgebildeten biologischen Prädiktoren sind die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Dysregulation, entzündliche Prozesse und genetische Vulnerabilitäten (Yim et al., 2015).
Die Forscher:innen zeigten in einem systematischen Review auf, dass Untersuchungen zu Risikofaktoren bei postpartaler Depression entweder auf biologischer oder psychosozialer Grundlage basieren. Sie empfahlen, beide Teile parallel zu beobachten und zu verbinden.

Folgen

Psychische Belastung und Depression erzeugen Leid, unabhängig davon, ob sie in der Phase nach der Geburt oder zu einem anderen Zeitpunkt im Leben auftreten. Ein Alleinstellungsmerkmal der postpartalen Depression ist die Tatsache, dass die Geburt eines Kindes kulturell und gesellschaftlich mit Freude und Glück verbunden ist. An die Eltern werden Erwartungen, die normativ induziert werden, gerichtet. Insbesondere Mütter berichten von einem empfundenen Druck, sich in der Gesellschaft froh und dankbar zeigen zu müssen. Ein Neugeborenes zu betreuen, stellt Mütter und Väter vor die Herausforderung, eine 24-stündige Pflege für das Kind zu gewährleisten. Viele Eltern sind außerdem berufstätig, sorgen für weitere Kinder, wollen den Alltag wie üblich bewältigen. Dieses Pensum adäquat auszufüllen, stellt eine erhebliche Herausforderung für die ganze Familie dar. Durch Symptome einer postpartalen Depression wird diese noch vergrößert.
Die wissenschaftliche Literatur dokumentiert umfassend die möglichen Folgen einerseits für die Mutter selbst, und andererseits für ihre Nachkommen (Forman et al., 2007; Goodman, 2007; Weissman et al., 2006). Frauen mit einer postpartalen Depression wiesen anschließend ein erhöhtes Risiko einer Angststörung, ein erhöhtes Risiko bezüglich Substanzmissbrauch und eine geringere Selbstfürsorge vor (Zuckerman et al., 1990). Außerdem kam es in Folgeschwangerschaften gehäuft zu Schwangerschaftsvergiftung und anderen Komplikationen (Kurki, T., Hiilesmaa V., Raitasalo R., Mattila H., Ylikorkla O., 2000). Jeder dieser Zustände oder Verhaltensweisen kann die Entwicklung des Fötus beeinträchtigen. Mögliche Folgen waren in der Literatur ein geringes Geburtsgewicht, Frühgeburtlichkeit und eine geringere motorische Aktivität des Neugeborenen (Hoffman und Hatch, 2000; Hedegaard et al., 1994; Rini et al., 1999). Nach der Geburt zeigten Mütter mit Depression im Vergleich zu gesunden Müttern häufiger flachen Affekt und eine geringe Aktivität. Als Antwort auf die „Äußerungen“ ihres Neugeborenen starrten sie häufig ohne positiven oder negativen Gesichtsausdruck auf ihr Kind (Field et al., 1985). Manche Mütter mit Depression zeigten einen Wechsel von Rückzug und Zudringlichkeit von und zu ihrem Kind (Cohn et al., 1986). Auf die

beschriebenen Auswirkungen der postpartalen Depression bei einer Mutter reagierte wiederum das Neugeborene. Berichtet wurde, dass die Kinder weniger Augenkontakt während des Fütterns aufnehmen, sie spiegelten Verhalten weniger, hatten einen geringer positiv ausgeprägten Affekt, ein stärker ausgeprägtes Rückzugsverhalten und erschienen weniger zufrieden (Cohn et al., 1986; Field et al., 1985; Goodman, 2007; Hendrick, V., Altshuler, L., Strouse, T. & Grosser, S., 2000; Hersen M., Gross A. M., 2008). Anhaltendes Schreien eines Neugeborenen und Schlafschwierigkeiten konnten die Belastung begünstigen, aber auch Folge der Belastung der Eltern sein (Dennis und Ross, 2005). Die Kinder von Müttern mit postpartaler Depression zeigten häufiger eine unsichere Bindung als Kinder gesünder Mütter (Brisch, 2010). Die Einflüsse auf die soziale, emotionale und kognitive Entwicklung begleitete viele Kinder über das Kleinkindalter in die Grundschulzeit und darüber hinaus (Hersen M., Gross A. M., 2008).

Erfassung

Es gibt diagnostische Instrumente, die insbesondere für schwangere Frauen und Frauen im postpartalen Zeitraum entwickelt wurden, um psychische Belastung und Depression zu erfassen. Hintergrund dafür sind somatische Symptome wie Schlaflosigkeit, die bei einer depressiven Episode eines der Diagnosekriterien darstellt. Da nahezu jede Mutter eines Neugeborenen unter Schlafmangel leidet, kann dies nicht wie bei der Depression üblich als Kriterium gelten (Cox et al., 1987; Beck & Gable, 2003). Ein spezielles Erfassungsinstrument für postpartale Depression ist die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox et al., 1987). Ein weiteres Instrument, welches durch self-report erfasst, ist die Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) (Beck & Gable, 2003), die insbesondere aufgrund ihrer ausgeprägten Konstruktvalidität häufig in Kliniken verwendet wird. Hanusa und Kolleg:innen (2008) schätzten die Edinburgh Postnatal Depression Scale mithilfe eines Vergleichs der beiden Instrumente als das genauere Erfassungsinstrument ein. Häufig wurde auch die Becks Depression Scale (BDI) zur Erfassung postpartaler Depression angewendet, ein gängiges Inventar zur Erfassung einer depressiven Episode im Allgemeinen (Beck A. T., Brown G. K., Steer R. A., 2013). In England und den USA war es in einigen Teilen der Länder gängig, schwangere Frauen auf eine perinatale Depression zu testen, um dadurch auch das Risiko für eine postpartale Depression zu identifizieren (O'hara, 2009). Dort wurde kontrovers diskutiert, ob es einerseits durch dieses Vorgehen nicht zu einer Überidentifizierung von Frauen kommt, für die eine postpartale Depression wahrscheinlich ist und andererseits, ob es dadurch nicht auch zur Überpathologisierung von Stimmungssymptomen in der postpartalen Periode kommt. Ein weiterer Aspekt, der gegen eine präventive Untersuchung aller Frauen sprach, liegt in der zusätzlichen Belastung der Gesundheitssysteme (Henshaw C., 2005).

Prävention und Handlungsmaßnahmen

Interventionen vor der Geburt werden im Hinblick auf psychische Belastung nach der Geburt im Folgenden als präventive Maßnahmen beschrieben. Prävention gestaltet sich derzeit durch präventive Programme, die insbesondere für Frauen vor oder nach der Geburt, aber auch Paare entwickelt wurden. Diese unterschiedlichen Interventionen sind teilweise kurz, teilweise umfangreich.

Für manche Programme wurden Frauen, die bestimmte Risikofaktoren erfüllen, wie beispielsweise depressive Symptome, eine Vorgeschichte mit Depression oder ein niedriges Einkommen, ausgewählt (O'hara, 2009). Trotz der großen Anzahl abgeschlossener Studien konnten wenige Belege für die Wirksamkeit von Präventionsprogrammen gefunden werden,

die sich an alle Frauen nach der Geburt richten (Dennis, 2005; Caspi et al., 1992; Chabrol und Callahan, 2007; Boath et al., 2005). Durch ein präventives Interventionsprogramm verzeichneten Frauen verglichen mit der Kontrollgruppe in der Präventionsgruppe eine signifikante Verringerung der Häufigkeit wahrscheinlicher depressiver Episoden(Chabrol et al., 2002; Zlotnick et al., 2001). Zlotnick und Kolleg:innen nahmen Frauen in ihre Studie mit nur einem Risikofaktor für postpartale Depression auf (z.B. depressive Episoden in der Vorgeschichte). Durch interpersonell orientierte Gruppeninterventionen konnten sie, verglichen mit der üblichen Behandlung von postpartaler Depression, eine größere Effizienz nachweisen (Zlotnick et al., 2001). Diese Intervention beinhaltete vier strukturierte Gruppeneinheiten während der Schwangerschaft, welche sich den Themen Babyblues und postpartale Depression widmeten. Inhalte bezogen sich auf Methoden zur Unterstützung in der neuen Mutterrolle, darauf unterstützende Personen zu identifizieren, zu instruieren und Konflikte zu bearbeiten. Im Gegensatz dazu konnten Hayes, Muller und Bradley (2001) keinen positiven Effekt durch strukturierte Vorbereitung in der Schwangerschaft finden.

Ein systematisches Screening- und Behandlungsprogramm zur Stärkung von psychischer Stabilität von Schwangeren ist ‚*Mind:Pregnancy*' (Wallwiener et al., 2019), das durch eine Kooperation zwischen der Universitäts-Frauenklink Heidelberg, der Techniker Krankenkasse Hamburg, der Universitäts-Frauenklinik Tübingen und dem Universitätsklinikum Tübingen in 2019 aufgenommen wurde und sich seitdem in der Erhebungsphase befindet. Hier werden psychisch belastete Frauen durch ein Screening mithilfe der EPDS bei ihrem Frauenarzt identifiziert und dann durch Achtsamkeitsinterventionen über eine App oder eine Betreuung einer koordinierende Stellen unterstützt.

Die Ergebnisse von Studien, die sich mit der Prävention von postpartaler Depression befassten, legen nahe, dass präventive Programme, die die Gruppe der Frauen einschlossen, die stark gefährdet waren eine postpartale Depression zu entwickeln, die vielversprechendsten und auch die effektivsten bezüglich der Kosten waren.

Ebenfalls regional, aber mit Blick auf Interventionen vor und nach der Geburt, veröffentlichte der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. 2015 einen Handlungsleitfaden zur Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt in Berlin (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V, 2015). Um integrierte bezirkliche Strategien auf- und auszubauen schlugen sie eine „Präventionskette" vor. Der Begriff Präventionskette „steht für eine Neuorientierung und Neustrukturierung der Hilfesysteme mit der Absicht, allen Kindern und Jugendlichen positive Teilhabebedingungen zu eröffnen" (Holz, G., Schöttel, M., Berg, A., 2011, S. 8). Hier standen nicht Paare, sondern Kinder und Familien im Mittelpunkt. Die psychische Belastung der Elternteile war in diesem Handlungsleitfaden unterrepräsentiert, doch sind die Merkmale der Präventionskette erwähnenswert und auf die psychischen Belastungen rund um die Geburt weitestgehend übertragbar. Die Präventionskette ist mit ihren Merkmalen „Prävention statt Krisenintervention", „Ressourcenorientierung", „Lebenslaufbezogenheit", „Familien-zentrierung", „Lebenswelt- bzw. Sozialraumorientierung" und „Partizipation" auf Gesundheitsförderung und Prävention statt auf Krisenintervention fokussiert. Beim Auf- und Ausbau solcher Präventionsketten geht es vorrangig darum, dass bisher voneinander getrennt erbrachte Leistungen und Angebote aufeinander abgestimmt werden, ineinandergreifen und sich gegenseitig ergänzen. Dies kann jedoch nur gelingen, wenn es zwischen den verschiedenen Politikbereichen, Institutionen und Professionen ein abgestimmtes Gesamtkonzept gibt und wenn gemeinsame, übergreifende Handlungsziele verfolgt und umgesetzt werden (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V).

Hornstein und Kolleg:innen (2010) legen auf Basis von Ergebnissen durch Perinatalstudien in Hessen und Baden-Württemberg nahe, dass psychische Belastung bei nur etwa 2% der

Frauen im Mutterpass dokumentiert wurden. Als mögliche Erklärungen nennen sie einerseits die Scham der Frau, ihr Leiden anzusprechen und andererseits die Möglichkeit, dass sich Ärzt:innen den Folgen nicht gewachsen fühlen könnten. Insgesamt ist es möglich, dass dies zur erschwerten Unterstützung durch Handlungsempfehlungen führt. Hier besteht sowohl in der Diagnostik und der entsprechenden Zuweisung als auch in der Therapie dringender Entwicklungs- und Handlungsbedarf (Hübner-Liebermann et al., 2012).
Sollten Väter ebenfalls psychisch belastet sein, empfiehlt das Bundesministerium für Gesundheit, dass insbesondere Fachkräfte, die Paare in Erstelternschaft begleiten, zunächst primär-präventiv eingreifen, indem sie die werdenden Eltern in ihrer Transition und der Familiengründung beraten und unterstützen (Bundesministerium für Gesundheit, 2017).

Therapeutische Behandlung

In Studien zur Effizienz verschiedener therapeutischer Behandlungsmöglichkeiten von Depression, werden schwangere Frauen und Frauen, die erst kürzlich ein Kind bekamen, insbesondere stillende, häufig ausgeschlossen.
Die Lebensumstände einer Frau, die erst kürzlich eine Geburt erlebte, unterscheiden sich durch unterschiedliche Begebenheiten von denen einer Frau, die sich nicht in dieser Phase befindet. Auch wenn beide an einer Depression leiden. Der herausragende Unterschied in der postpartalen Periode ist, dass ein Neugeborenes versorgt werden muss. Diese Verantwortung wird oft mit dem Diagnosekriterium Schlaflosigkeit bei einer depressiven Episode diskutiert: Was ist die Ursache, die postpartale Depression oder das nächtliche Umsorgen des Kindes? Außerdem erlebt sie sich in einer neu geborenen Rolle: Sie ist Mutter geworden. Diese Rolle muss erst ihren Platz finden und beeinflusst häufig die Beziehung zum Partner oder zu anderen ihr nahestehenden Personen. Während einer postpartalen Depression sind diese Beziehungen oft gestört (O'hara et al., 1992).
Da sich die postpartale Depression von den in dieser Phase üblichen geschuldeten Begebenheiten unterscheidet, wurde die psychologische Behandlung der Depression angepasst oder neu entwickelt (O'Hara, 1995; Holden et al., 1989; Murray et al., 2003).
Eine ältere Studie von Murray et. al (1989) untersuchte „Zuhör-Besuche" als Intervention. Diese basierten auf der personzentrierten Psychotherapie und beinhalteten Zuhören, Spiegeln und Problemlösen eines Health Visitors, während vier bis sechs vorgesehener Kontakte bei der Frau zu Hause. Das Modell wurde in Schweden und Großbritannien durchgeführt und zeigte Evidenz für seine Wirksamkeit (Holden et al. 1989; Murray et al. 2003; Wickberg 1996). Diese Intervention galt in Großbritannien als evidenzbasierte Behandlung bei postpartaler Depression (Howard et al. 2014; Murray et al. 2003).
Eine weitere Form der Therapie, die speziell für Menschen mit Depression entwickelt wurde, ist die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) (Klerman, G. L., Weissman W. W., Rounsaville B. J., Chevron E.S., 1984). Ihre Effektivität konnte einerseits in der akuten Behandlung von Depression und andererseits auch in der Erhaltung des Zustands bei leichter Depression gezeigt werden (Gorman und Nathan, 2007; Frank et al., 2007). Die Interpersonelle Psychotherapie wurde für Menschen mit postpartaler Depression angepasst (Spinelli und Endicott, 2003). Ihr Alleinstellungsmerkmal in der Behandlung von Depression nach der Geburt ist ihr Fokus auf dysfunktionale zwischenmenschliche Beziehungen, Konflikten und einem Fokus auf den Übergang zur Mutterrolle. Eine kontrolliert randomisierte Studie von O'Hara und Kolleg:innen (2000) konnte zeigen, dass 120 Frauen, die eine Interpersonelle Psychotherapie im Umfang von zwölf Sitzungen, einer Wartelisten-Kontrollgruppe bezüglich

Minderung der depressiven Symptomatik und der Anpassung an die neue Situation signifikant überlegen waren.
Auch die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) wurde für postpartale Depression auf Effektivität überprüft. In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass die kognitive Verhaltenstherapie signifikant effizienter war als postpartale Unterstützung durch Personal (Murray et al., 2003; Appleby et al., 1997; Milgrom et al., 2005). Verglichen mit anderen therapeutischen Interventionen bezüglich der Effizienz war die kognitive Verhaltenstherapie bei postpartaler Depression nicht überlegen (Murray et al., 2003; Milgrom et al., 2005). Ein umfangreicher Systematischer Review über die Behandlungsmöglichkeiten bei Postpartaler Depression unterstützte die Effektivität von Interpersoneller Therapie, Kognitiver Verhaltenstherapie und Psychodynamischer Therapie (Dennis und Hodnett, 2007).
Aufgrund der vorhandenen Literatur kann angenommen werden, dass die oben genannten Interventionen („Zuhör-Besuche“, Interpersonelle Psychotherapie und Kognitive Verhaltenstherapie) effizienter sind als die übliche Pflege bei postpartaler Depression. Die Ansätze sind empirisch untermauerte Interventionen für Depressionen und insbesondere für postpartale Depression im Falle der „Zuhör-Besuche“ (Howard et al., 2014; Gorman und Nathan, 2007). Pearlstein und Kolleg:innen (2009) wiesen in ihrem Review bezüglich der therapeutischen Behandlung von Postpartaler Depression auf oft vorhandene Mängel in Studien hin: Geringe Fallzahlen, Kurzzeitinterventionen, keine vorhandene Kontrollgruppe, wenig ausführlich beschriebene Interventionen, fehlender Einbezug des Partners, keine Datenerfassung über das Neugeborene. Bis zum heutigen Zeitpunkt existieren keine systematischen Studien, die Paartherapie als Unterstützung bei Postpartaler Depression untersuchten (Milgrom et al., 2005; Pearlstein et al., 2009).
Insbesondere der Einbezug beider Elternteile zu gleichen Teilen ist in dieser Studie von zentraler Bedeutung. Erkenntnisse über die Veränderung der Partnerschaft durch die Geburt und die postpartale Phase können auch für die therapeutische Behandlung nützlich sein.
Zwar zogen insbesondere stillende Frauen die Psychotherapie der Pharmakotherapie vor (Battle et al., 2008; Chabrol et al., 2004; Pearlstein et al., 2006), es wurde jedoch von Barrieren für Frauen in der postpartalen Periode auf der Suche nach psychotherapeutischer Unterstützung berichtet. Dabei ging es insbesondere um Angst vor Stigmatisierungen, das oft fehlende Angebot zur Psychotherapie durch lange Wartezeiten, Kosten bei Selbstübernahme, die Pflege des Neugeborenen und der damit verbundene Mangel an zeitlichen Ressourcen (Abreu & Stuart, 2005).

1.3. Einfluss von Partnerschaftszufriedenheit auf die psychische Belastung

Nach Stahl (2013) besteht das höchste Risiko für eine Frau sowohl nach einer Geburt als auch zu Beginn der Menopause an einer Depression zu erkranken. Die postpartale Depression ist mit 10-15% die am häufigsten auftretende Komplikation der Mutterschaft (O'hara und Swain, 1996).
In zwei umfangreichen Metaanalysen ermittelten Robertson, Wallington und Stewart (2004) die stärksten Prädiktoren für eine Depression während der Schwangerschaft: Angst während der Schwangerschaft, stressige Lebenssituationen in der Schwangerschaft, wenig soziale Unterstützung und eine Depression in der Krankheitsgeschichte. Dadurch wurde deutlich,

dass der Umgang mit Stress (Dyadisches Coping) und die Paarbeziehung in dieser Phase von besonderer Bedeutung sind. Unterstützt wurde dies von einer weiteren Metaanalyse (Beck, 2001), die als einen der stärksten Prädiktoren eine geringe soziale Unterstützung auswies. Auch die Forschungssynthese von Robertson et al. (2004) unterstrich diese Bedeutung, da Selbstachtung, Stress durch Kinderbetreuung und Partnerschaft neben einer vorangegangenen depressiven Episode die wichtigsten Faktoren darstellten, während der Beziehungsstatus eine geringere Relevanz zeigte. Auch ein erhöhtes Stresslevel war einer der entscheidenden Prädiktoren für eine postpartale Depression. O'Hara, Rehm und Campbell (1983) fanden anhand einer kleinen Stichprobe heraus, dass Frauen, die während ihrer Schwangerschaft und oder auch nur ausschließlich danach an einer Depression litten, von häufiger auftretenden Situationen berichteten, in denen sie Stress erlebten als die Frauen, die keine Depression erlitten. Außerdem hatten die Frauen mit einer Depression weniger emotionale Unterstützung als die Frauen der Kontrollgruppe. Die soziale Unterstützung, für die die Partner sorgten, schien dabei besonders wichtig zu sein.

1.4. Antidepressiva in Schwangerschaft und Stillzeit

In einer Studie von Peterson und Kolleg:innen (2018) wurden die elektronischen Gesundheitsdaten von 206517 Frauen aus Großbritannien ausgewertet, die zwischen 2000 und 2013 ein Kind bekamen. Peterson et al. widmeten sich nicht nur der Prävalenz von postpartaler Depression, sondern auch dem Auftreten von Depressionen in der Krankheitsgeschichte der Frau und insbesondere der Häufigkeit der Einnahme eines Antidepressivums innerhalb des ersten Jahres nach der Geburt. Die Daten legten dar, dass bei etwa 11% der Frauen in dieser Zeit eine Depression oder depressive Symptome diagnostiziert wurde. Jede achte Frau (etwa 2600, etwa 1.3%) erhielt ein Antidepressivum. Es ist davon auszugehen, dass an dieser Stelle die Verschreibung des Antidepressivums und nicht die tatsächliche Entscheidung der Frau zur Einnahme dokumentiert wurde. Eine weitere Beobachtung auf Grundlage der Daten ist die, dass die Verschreibung eines selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmers in den jüngeren Jahren immer früher geschah. Frauen unter 30 und Frauen aus sozial schwachen Gebieten erhielten am ehesten ein Antidepressivum.

Für die Therapie mit einem Antidepressivum formulieren Rohde und Schaefer (2016) die Empfehlung, bei bestehender Depression vor der Schwangerschaft die Medikation möglichst nicht abzusetzen oder umzustellen. Verschiedene kleinangelegte kontrollierte Studien lieferten Evidenz zur Effizienz von Antidepressiva bei postpartaler Depression (Appleby et al., 1997; Misri et al., 2004; Wisner et al., 2006). Demgegenüber stehen aber Beobachtungen, dass Frühgeburtlichkeit und intrauterine Wachstumsverzögerung im Zusammenhang mit einer Antidepressivabehandlung standen (Toh et al., 2009). Da diese Effekte aber unspezifisch bei verschiedenen Antidepressiva und zum Teil auch bei anderen Psychopharmaka beobachtet wurden, ist unklar, ob dies eine Folge der medikamentösen Behandlung oder der Erkrankung ist. Alle Antidepressiva können zu zentralnervösen, gastrointestinalen und respiratorischen Anpassungsstörungen beim Neugeborenen führen, die aber im Allgemeinen selbstlimitierend und ohne Folgen für die weitere Kindheitsentwicklung sind.

Bezüglich der Einnahme von Antidepressiva während der Schwangerschaft und Stillzeit fehlen klare Richtlinien, denn sowohl bei Einnahme als auch bei Nichteinnahme entstehen Risiken für die Mutter und das Neugeborene (Stahl, 2013).

Entschied sich die Frau gegen die Einnahme eines Antidepressivums, konnte die Depression dazu führen, dass sie sich nach der Geburt nur schwer um sich und ihr Kind kümmern konnte, was zu einer nachhaltigen Schädigung der Bindung führen kann (Ahnert, 2014). Die Einnahme eines Antidepressivums während der Schwangerschaft barg hingegen das Risiko eines geringeren Geburtsgewichtes (Stahl, 2013) des Neugeborenen. Trotzdem wird eine medikamentöse Behandlung bei postpartaler Depression genutzt (Misri et al., 2004), wobei das Antidepressivum der Wahl ein Selektiver-Serotonin-Wiederaufnahmehemmer war (SSRI), beispielsweise Fluoxetin oder Sertralin (Wisner et al., 2006). Bislang wurden vier randomisiert kontrollierte Studien mit Frauen, welche die Diagnose postpartale Depression erhielten und infolgedessen Antidepressiva einnahmen, veröffentlicht. Zwei Studien waren durch Placebo kontrolliert, die beiden anderen verglichen verschiedene Medikationen. An einer placebokontrollierten Studie nahmen insgesamt 70 Frauen mit einer diagnostizierten depressiven Episode während der postpartalen Phase teil (Yonkers et al. 2008). Sie wurden randomisiert den Untersuchungsgruppen zugeteilt, 31 Probandinnen beendeten die Studie. Hier wurde die Wirkung der flexibel dosierten Einnahme von Paroxetin überprüft. Nach acht Wochen verbesserten sich die Symptome in beiden Gruppen signifikant, wobei die Remissionsrate in der Paroxetin-Gruppe höher war (37% und 15%). Fast 40% der Teilnehmerinnen stillten ihre Kinder, Auswirkungen auf die Neugeborenen wurden jedoch nicht berichtet. Eine ältere Studie von Appleby (1997) teilte 87 Teilnehmerinnen in drei Untersuchungsgruppen auf: Fluoxetin, Placebo und Beratung mit verhaltenstherapeutischer Grundlage. Fluoxetin war in der Reduzierung der depressiven Symptomatik signifikant dem Placebo überlegen. In dieser Studie wurden stillende Frauen ausgeschlossen.

Besonders stillende Frauen ziehen die Psychotherapie der Pharmakotherapie aufgrund der oben genannten Risiken vor (Battle et al., 2008; Chabrol et al., 2004; Pearlstein et al., 2006). Eine gemeinsame Abwägung zwischen der behandelnden Ärzt:in und der betroffenen Frau sollte ihre persönliche psychiatrische Historie, die Wirkung von vorangegangener Psychotherapie oder Pharmakotherapie, das Risiko der nicht pharmakologischen Behandlung, den aktuellen Wissensstand zu Antidepressiva während des Stillens und ihre individuellen Erwartungen und Präferenzen miteinbeziehen (Sit & Wisner, 2005).

Diese Untersuchung erfasste, ob den Teilnehmerinnen in der Schwangerschaft oder nach der Geburt ein Antidepressivum verschrieben wurde und ob sie sich für oder gegen die Einnahme entschieden haben. Die Gründe hierfür wurden dabei auch erfragt.

1.5. Untersuchungsschwerpunkte

Die Ziele dieser Untersuchung waren

- **a.** die Stichprobencharakteristika zu erfassen (siehe Ergebnisse 3.1.)
- **b.** die Beschreibung der Veränderung der psychischen Belastung von Frauen und Männern durch die Geburt (siehe Ergebnisse 3.2.)
- **c.** die nähere Beleuchtung der Auswirkung von psychischer Belastung eines Elternteils auf den anderen Elternteil (siehe Ergebnisse 3.3.)
- **d.** die deskriptive Erfassung, ob Frauen und Männer, die die Symptome einer postpartalen Depression entwickeln, jeweils ähnliche Muster in ihrer Partnerschaft zeigen. Schätzen sie ihre Partnerin oder ihren Partner ähnlich ein? Schätzen sie ihre Partnerin oder ihren Partner nach der Geburt anders ein? Wo gibt es Parallelen? (Siehe Ergebnisse 3.4.)
- **e.** die Erfassung der Häufigkeit der Verschreibung eines Antidepressivums für schwangere Frauen oder für Frauen in der vorliegenden Stichprobe kurz nach der Geburt. Manchen unter ihnen fällt die Entscheidung schwer, sich für oder gegen eine Einnahme zu entscheiden. Es soll deskriptiv erfasst werden, auf welcher Grundlage sie dies tun und wie sich die Frauen mit ihrer Entscheidung fühlen (siehe Ergebnisse 3.5.)
- **f.** die Erfassung des erlebten Stresses der Eltern: Vor, während und nach der Geburt erleben sowohl die Mutter als auch der Vater Stress. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich der subjektiv erlebte Stress erhöht und das dyadische Coping zwischen den Partnern nach einer Geburt als weniger gut beschrieben wird. (dyadisches Coping nach Bodenmann, siehe auch Datenerhebung und –analyse, siehe auch Ergebnisse 3.6.)
- **g.** den Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und dyadischem Coping besser zu verstehen (siehe Ergebnisse 3.7.)
- **h.** Komponenten zu identifizieren, welche zur partnerschaftlichen Zufriedenheit nach der Geburt beitragen (siehe Ergebnisse 3.8.)

2. Material und Methoden

Für diese Untersuchung liegt ein bewilligter Ethikantrag der Universität Leipzig aus dem Jahr 2018 vor. Die daraus entstandene vorliegende schriftliche Arbeit entspricht weitestgehend den Richtlinien des STROBE-Statement (Elm et al., 2008). Das Projekt wurde durch die Böckler-Stiftung finanziert.

2.1. Untersuchungsdesign

Forschungsmethoden

Bei der hier vorliegenden Untersuchung handelte es sich um eine prospektive Beobachtungsstudie. An zwei Messzeitpunkten wurden Daten erhoben (etwa acht Wochen vor und etwa acht Wochen nach der Geburt).

Erhebungsmethoden

Die Daten wurden mithilfe dreier Fragebogeninstrumente in Verbindung mit der Erhebung von demographischen Daten und Auskünften zu Verordnungen von Antidepressiva erhoben. Bei den Fragebögen handelte es sich um den Beziehungs-Muster-Fragebogen (BeMus), das Dyadische Coping Inventar (DCI) und die *Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale (EPDS).* Diese Arbeit nutzt die Fragebogendaten der beiden letztgenannten Inventare. Abbildung 3 zeigt beide Messzeitpunkte mit den jeweiligen Inhalten.

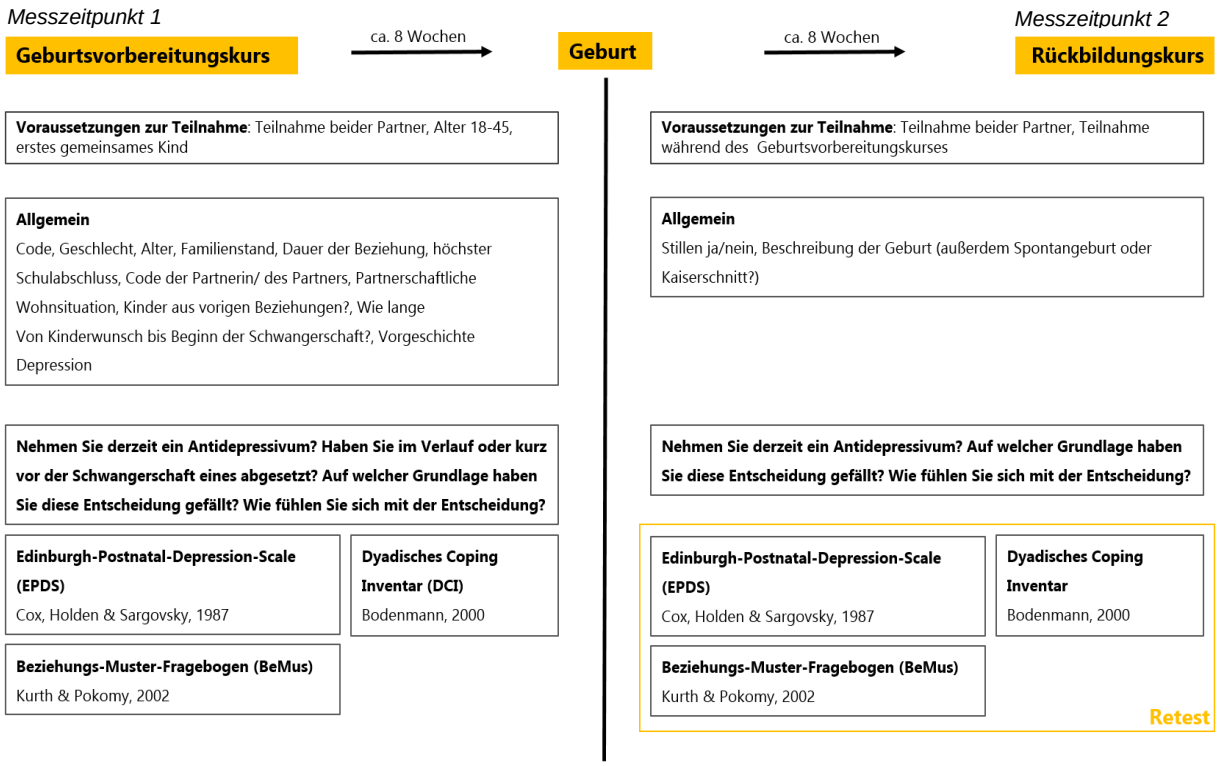


Abbildung 3 Untersuchungsplan mit den Messzeitpunkten und deren Erhebungsinhalten etwa acht Wochen vor und acht Wochen nach der Geburt. Gelb umrandet finden sich die Fragebögen, die zum zweiten Messzeitpunkt erneut erhoben wurden

Analysemethoden
Die Auswertung wurde mithilfe deskriptiver Statistik und Interferenzstatistik in Form von t-Tests und einer Regression mit Rückwärtselimination durchgeführt.

Studienablauf
Die Teilnehmer:innen wurden anhand einer strukturierten Information, die sie auch schriftlich erhielten, aufgeklärt. Vor der Befragung wurden sie über den Zweck der Untersuchung, die erwartete Dauer der Befragung und das Vorgehen informiert. Sie erhielten die Zusicherung, dass ihre Informationen anonymisiert werden und sie jederzeit das Recht haben, die Teilnahme an der Untersuchung abzulehnen oder ohne Angabe von Gründen zu beenden. Zur Einwilligung unterschrieben sie eine entsprechende Einverständniserklärung.

Die Aufklärung und die Datenerhebung fanden während zweier Geburtsvorbereitungskurs-Einheiten in einem einwöchigen Abstand statt. In den ersten Stunden des Geburtsvorbereitungskurses fand der Aufklärungsprozess statt. Inhaltlich wurden die Punkte der Teilnehmer:inneninformation durch die Studienleitung beschrieben. Hier verfügten die Paare über ausreichend Zeit, um Fragen zu stellen. Während der folgenden Woche konnten sie entscheiden, ob sie an der Studie teilnehmen wollen. Im Anschluss an die zweite Einheit des Geburtsvorbereitungskurses, bestand für die Paare anschließend die Möglichkeit, die Fragebögen in zwei Räumen getrennt voneinander auszufüllen. Zum zweiten Messzeitpunkt wiederholte sich der Ablauf, allerdings im Rahmen eines Rückbildungskurses. Nach einer der Rückbildungsstunden erhielten die Paare dann die Möglichkeit, die Fragebögen für Messzeitpunkt 2 auszufüllen. Um die Anonymität zu wahren, wurden zu Messzeitpunkt 1 Einverständniserklärung und Fragebogen nach dem Ausfüllen in unterschiedlichen Boxen aufbewahrt.

Anonymisierung
Die Datenerhebung erfolgte vollständig anonymisiert. Die Teilnehmer:innen wurden während des Rückbildungskurses über den zweiten Messzeitpunkt informiert.
Die Zuordnung der Fragebögen des ersten und zweiten Messzeitpunktes erfolgte über einen konstruierten Code (Zusammensetzung Eigener Code: Erster Buchstabe des Vornamens meiner Mutter; Erster Buchstabe des Vornamens meines Vaters; Tag, an dem ich geboren wurde; Erster Buchstabe des Monats, in dem ich geboren wurde. Zusammensetzung Code des Partners: Erster Buchstabe des Vornamens seiner Mutter; Erster Buchstabe des Vornamens seines Vaters; Tag an dem mein Partner geboren wurde; Erster Buchstabe des Monats, in dem mein Partner geboren wurde). Der Code war ausschließlich den Studienteilnehmer:innen bekannt, sodass die Studienleitung keine Zuordnung der Fragebögen zu einzelnen Personen oder Paaren möglich war. Der Code ermöglichte jedoch eine Zuordnung der Fragebögen zum ersten und zweiten Messzeitpunkt.

Im Folgenden wird das Design der geplanten Untersuchung genauer dargestellt. Dabei wird zunächst die Stichprobengewinnung beschrieben und anschließend die Datenerhebung sowie die geplante Datenanalyse dargestellt.

2.2. Stichprobe

Bei der vorliegenden Studie handelte es sich um eine deskriptive Untersuchung mit gesunden Teilnehmer:innen in Partnerschaften, die ihr erstes gemeinsames Kind erwarteten.

Es wurde von einer Dropout Rate von etwa 30% ausgegangen. Dies war ein Schätzwert, da vorangegangene Erfahrungen bzgl. der Dropouts auf diese Untersuchung schwer anwendbar waren. Grund dafür war unter anderem, dass die Erhebung in einer speziellen Lebensphase stattfand. Es gab zwei Messzeitpunkte, an denen je beide Personen (das Paar) teilnehmen mussten, um ein vollständiges Sample zu ergeben, welches dann in die Datenanalyse integriert werden konnte.

Die Datenerhebung beschränkte sich auf den Raum Leipzig. Es wurden vorzugsweise Hebammenpraxen kontaktiert, in denen Geburtsvorbereitungskurse und Rückbildungskurse zu den definierten Messzeitpunkten geplant waren. Es war davon auszugehen, dass, konform der Bevölkerung in den Stadtteilen der Erhebungen, vom Bildungswesen erreichte Personen an der Untersuchung teilnehmen werden.

Die Datenerhebung fand von Januar bis Dezember 2019 statt. In dieser Zeit besuchte die Studienleitung durchschnittlich 1-2 Geburtsvorbereitungskurse pro Woche – ab April steigerte sich dies durch etwa einen Rückbildungskurs wöchentlich.

Teilnahmevoraussetzungen

Die Voraussetzungen, um an der Studie zu partizipieren, waren die Bereitschaft der Teilnahme beider Partner, Volljährigkeit und das Erwarten des ersten gemeinsamen Kindes beider Elternteile.

Ausschlusskriterien

Ausgeschlossen wurden Paare, die bereits gemeinsame als auch nicht gemeinsame Kinder hatten, da auf Basis der bestehenden Literatur davon ausgegangen werden kann, dass die Veränderungen in einer Partnerschaft beim ersten gemeinsamen Kind andere sind als bei zweitgeborenen oder drittgeborenen Kindern.

2.3. Datenanalyse

Für die erforderlichen Analysen wurde, abhängig von der Art der Analyse, einerseits die Stichprobengröße a priori und andererseits die Teststärke post hoc mit dem Programm G-Power bestimmt (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007). Für die Berechnung der t-Tests mit unabhängigen Stichproben mit einer angenommenen Effektstärke von d=.5, einem α-Fehler von α=.05 und einer Teststärke von (1-β)=.95 ergab sich eine nötige Stichprobe von 88 Frauen und 88 Männern.
Für eine Regression mit Rückwärtselimination wurde nach der Identifizierung der Anzahl der Prädiktoren post hoc die Teststärke ermittelt. Mit einer Effektstärke von d=.15, einem α-Fehler von α=.05 einer Stichprobe von insgesamt 130 Personen und vier identifizierten Prädiktoren, ergab sich eine Teststärke von (1- β)=.95.

Die Stichprobencharakteristika wurden durch Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet. Signifikante Veränderungen der Untersuchungsschwerpunkte der Teilnehmer:innen innerhalb eines Geschlechts wurden durch t-Tests für verbundene Stichproben dargestellt. Die Vergleiche zwischen den Geschlechtern wurden mittels t-Tests mit zwei unabhängigen Mittelwerten zwischen (werdender) Mutter und (werdendem) Vater berechnet. Es wurde jeweils von einem Signifikanzniveau von α=.05 ausgegangen. Weitere Forschungsfragen wurden ebenfalls deskriptiv, wie beispielsweise Fragen zur Einnahme von Antidepressiva während und nach der Schwangerschaft, berichtet.

Durch eine Regression mit Rückwärtselimination (backward regression) wurden Komponenten berechnet, die zur Beziehungszufriedenheit nach der Geburt beitragen können. Dabei wurden alle Prädiktoren, die auf Grundlage der bestehenden Literatur um die abhängige Variable zu erklären infrage kommen, in das Modell eingefügt. Schrittweise werden unabhängige Variablen eliminiert um ein reduziertes Modell mit hohem Bestimmtheitsmaß (R^2) zu erhalten, durch das möglichst viel Varianz der abhängigen Variable von den noch übrigen unabhängigen Variablen erklärt wird. Es werden nur die Prädiktoren in der finalen Regressionsgleichung beibehalten, die signifikant zum Modell beitragen (Munro, 2005). Hier wurde ein Signifikanzniveau von α=.05 festgelegt.

Mithilfe zweier Fragebogeninstrumente (Dyadische Coping Inventar (DCI)) und die Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale (EPDS)) wurden die Daten für diese Untersuchung erhoben. Hinzu kamen demographische Daten und Auskünfte zu Verordnungen von Antidepressiva. Die Angaben und Fragebögen der Studienteilnehmer:innen wurden hinsichtlich der definierten Zielgrößen mit IBM SPSS Statstics 26® ausgewertet.

2.4. Beschreibung des verwendeten Instrumentariums

2.4.1. Die *Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale (EPDS) von Cox, Holden und Sagovsky*

Die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) von Cox, Holden & Sargovsky (1987) wurde ursprünglich dafür entwickelt, eine Postpartale Depression bei Frauen nach einer Geburt zu diagnostizieren. Sie wurde mittlerweile außerdem ausreichend in verschiedenen Sprachen zur Nutzung während der Schwangerschaft validiert (Cox und Holden, 2003; Garcia-Esteve et al., 2003; Bergant et al., 1998; Vivilaki et al., 2009). Der Inhalt des Fragebogens mit zehn Items deckt sich zum großen Teil mit verschiedenen Symptomen einer Depression: Schlafstörungen, Schuldgefühle, wenig Energie, Suizidgedanken. Erfasst wird, wie oft die Symptome in den letzten sieben Tagen auf einer Skala mit vier Ausprägungen auftraten. Die Reliabilität und Validität bei Müttern nach der Geburt ist adäquat erfasst (Lee et al., 2000). Die EPDS wird auch genutzt, um die depressiven Symptome bei Vätern zu erfassen (Serhan et al., 2013; Matthey et al., 2000; Ballard et al., 1994; Areias et al., 1996). Je höher der Wert in der Einzelauswertung, desto wahrscheinlicher ist eine Postpartale Depression. Die Entwickler des Fragebogens Cox und Kollegen (1987) schlagen einen Wert von 22 vor. Dann ist es wahrscheinlich, dass die Person unter einer postpartalen Depression leidet. Auf Basis ihrer Ergebnisse, empfehlen sie außerdem eine Frau ab einem Wert von 19 weiter zu beobachten. Für die Analyse dieser Untersuchung wird deshalb ein Cut-Off-Wert von 18 festgelegt, der bei

den Teilnehmer:innen den Bereich der psychischen Belastung definiert. Die Einteilung wird in Abbildung 4 dargestellt.

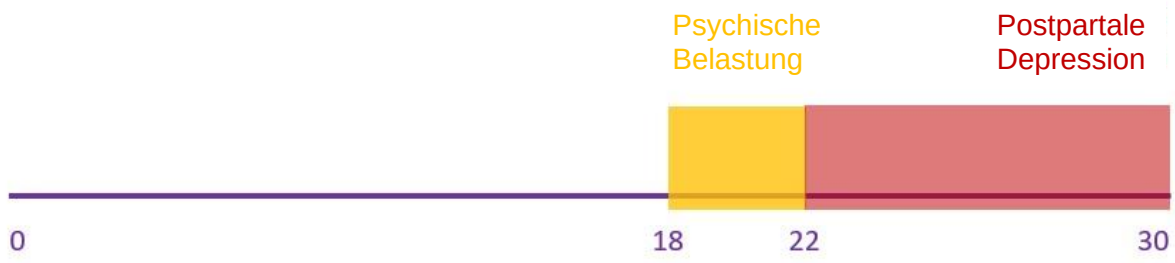


Abbildung 4 Die Cut-Off-Werte der EPDS in dieser Untersuchung werden auf Basis der bestehenden Literatur folgendermaßen festgelegt: Bei einem Wert bis 18 leidet die Person nicht oder kaum unter psychischen Belastung, befindet sich eine Person zwischen den Werten 18 und 22 kann von einer psychischer Belastung ausgegangen werden. Wird der Wert von 22 überschritten, liegt eine Postpartale Depression nahe

Die Personen wurden auf der Teilnehmer:inneninformation darüber in Kenntnis gesetzt, dass sie, sollten sie sich durch den Fragebogen belastet fühlen oder das Gefühl haben, sie leiden an einer Depression, die Studienleitung kontaktieren können. Durch die Anfrage von Teilnehmer:innen konnten durch die Studienleitung folgende Informationen bereitgestellt werden:

- Hinweise im Internet (z.B.: Schatten und Licht e.V.)
- Hinweise auf mögliche Anlaufstellen zur Behandlung (mögliche Schwangeren-beratungsstellen, Psychotherapeut:innen, speziell geschulte Hebammen)
- die Möglichkeit für Rückfragen

Außerdem lagen in den Hebammenpraxen Flyer von Schatten und Licht e.V. mit weiterführenden Hinweisen aus. Die Studienleitung verwies umfassend auf diese Flyer.

2.4.2. Das Dyadische Coping Inventar (DCI) von Bodenmann

Das Dyadische Coping Inventar von Bodenmann (2008) ist ein Messinstrument, welches selbstberichtete Stressäußerung und unterstützendes, delegiertes, negatives und gemeinsames Coping mit 37 Items erfasst. Gemäß dem systemisch-transaktionalen Stressmodell (STM; (Bodenmann 2000)) umfasst das DCI nicht nur die eigene Sicht von geäußertem Stress und dyadischem Coping, sondern auch diejenige des Partners oder der Partnerin. Dyadisches Coping stellt eine ergänzende Form zur individuellen Stressbewältigung dar.

Die psychometrischen Gütekriterien des DCI wurden anhand einer Stichprobe von sich in Partnerschaft befindenden Frauen (N=1327) sowie Männern (N=1072) evaluiert, wobei zufriedenstellende bis hohe interne Konsistenzen der Subskalen des DCI ermittelt wurden (.70<α>.93, Bodenmann, 2008).

Es liegen geschlechts- und altersspezifische Normwerte sowohl für die Gesamtskala als auch für die einzelnen Subskalen (Eigene Stresskommunikation, Eigenes supportives dyadisches Coping, Eigenes delegiertes dyadisches Coping, Eigenes negatives dyadisches Coping, Stresskommunikation Partner/-in, (Positives) Supportives dyadisches Coping Partner/-in,

Delegiertes Dyadisches Coping Partner/-in, Negatives supportives dyadisches Coping Partner/-in, Gemeinsames Dyadisches Coping, Evaluation des dyadischen Copings) vor (N=2399, m(Alter)=36.3, SD(Alter)=10.24). Die Rohwerte werden tabellarisch als alters- und geschlechtsstratifizierte Stanine-Äquivalente und Prozentrangnormen angeboten.

Die Auswertung des DCI erfolgt durch Bildung von Übereinstimmungsindizes. Möchte man die Paare einzeln betrachten, kann eine grafische Darstellung der Einschätzung des dyadischen Copings bezüglich beider Partner erstellt werden. Es werden außerdem Diskrepanzmaße (Reziprozitäts-, Kongruenz- und Equity-Index) berechnet, welche der Betrachtung von Übereinstimmungen und Diskrepanzen zwischen den Partnern dienen.

Diese Untersuchung nutzte insbesondere den Gesamtwert des dyadischen Copings, welcher nach Definition der Verfasser:innen aus der Summe des eigenen dyadischen Copings, des dyadischen Copings der Partnerin oder des Partners und der gemeinsamen Einschätzung des Paares bezüglich dyadischem Coping gebildet wird (Bodenmann, 2008). Letztere gemeinsame Einschätzung wird außerdem gesondert betrachtet.

3. Ergebnisse

3.1. Stichprobencharakteristika

Zu den Messzeitpunkten vor und nach der Geburt wurden demographische Daten erhoben.
Während der Zeit der Erhebung wurden etwa 450 Paare angesprochen, die ihr erstes gemeinsames Kind erwarteten. Darunter bearbeiteten 65 Paare die Fragebögen der Messzeitpunkte 1 und 2 vollständig. 107 Paare füllten den Fragebogen an Messzeitpunkt 1 aus.
Die beiden Hauptgründe nicht teilzunehmen, wurden durch Rückmeldung erfasst: Einerseits meldeten Paare zurück, dass sie keine Zeit dafür, oder dass die Frauen den Geburtsvorbereitungskurs anteilig allein besucht hätten, was eine Teilnahme ausschloss. Ein zusätzlicher, nicht zu vernachlässigender Grund, waren anstehende Umzüge in eine andere Stadt kurz bevor das erste Kind geboren werden sollte.

Im Folgenden werden die Charakteristika der Stichprobe bezüglich des Bildungsabschlusses, der momentanen Beschäftigung, der subjektiven Einschätzung des finanziellen Rahmens vor der Geburt, des Beziehungsstatus, der Wohnsituation vor und nach der Geburt, der Zufriedenheit mit der Beziehung des Partners/ der Partnerin vor und nach der Geburt, der Zufriedenheit mit dem Sexualleben vor und nach der Geburt, des gemeinsam erlebten Stresses vor und nach der Geburt, der Einnahme eines Antidepressivums vor und nach der Geburt, psychische Vorerkrankungen vor der Geburt, der Bewertung der Geburt als belastendes Ereignis und der Nahrungsaufnahme des Säuglings dargestellt.
107 Paare nahmen am ersten Messzeitpunkt teil. Den Fragebogen für den zweiten Messzeitpunkt bearbeiteten 67 Paare – zwei Paare füllten ihn lückenhaft aus, weshalb sie von der Berechnung ausgeschlossen wurden. Dies entspricht einem Dropout von 37.4%.
Letztendlich wurden 65 Paare in die Auswertung eingeschlossen. Die demographischen Daten dieser Stichprobe werden ausführlich in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2 Dargestellt werden die Stichprobencharakteristika vor (Messzeitpunkt 1) und nach der Geburt (Messzeitpunkt 2). Die Anzahl der Personen wird durch n abgekürzt, M steht für den Mittelwert und SD für die Standardabweichung. In Klammer wird, wenn sinnvoll, zusätzlich der prozentuale Anteil der Frauen oder Männer angegeben

	Messzeitpunkt 1 vor der Geburt		**Messzeitpunkt 2 nach der Geburt**	
	Frauen (w)	Männer (m)	Frauen (w)	Männer (m)
Stichprobengröße *n(%)*	65 (100)	65 (100)	65 (100)	65 (100)
Alter *M(SD)*	30.4 (3.8)	33.9 (5.1)	30.7 (3.9)	34.3 (4.9)
Höchster Bildungsabschluss *n(%)*				
Kein Abschluss	0 (0.0%)	0 (0%)		
Mittelschule	15 (15.2%)	14 (21.5%)		
Gymnasium	10 (23.1%)	10 (15.4%)		
Hochschulstudium	40 (61.5%)	41 (63.1%)		
Momentane Beschäftigung *n(%)*				
Arbeitslos	0 (0%)	0 (0.0%)		
Arbeitssuchend	0 (0%)	2 (3.1%)		
In Ausbildung/Studium	3 (4.5%)	3 (4.6%)		
Berufstätig mit__ Stunden/ Woche	31 (47.7%) M=35.32h	60 (92.3%) M=35.48h		
Im Beschäftigungsverbot	31 (47.7%)	0 (0.0%)		

	Messzeitpunkt 1 vor der Geburt		**Messzeitpunkt 2 nach der Geburt**	
	Frauen (w)	Männer (m)	Frauen (w)	Männer (m)
Mein zur Verfügung stehendes Geld pro Monat reicht für mich aus. *n(%)*				
Ja	60 (92.3%)	59 (90.8%)	59 (90.8%)	58 (89.2%)
Nein	5 (7.7%)	6 (9.2%)	6 (9.2%)	7 (10.8%)
Beziehungsstatus *n(%)*				
Wir waren und sind nicht in Partnerschaft	1 (1.5%)	0 (0.0%)		
Wir sind in Partnerschaft	41 (63.1%)	41 (63.1%)		
Wir sind verheiratet	23 (35.4%)	24 (36.9%)		
Wir sind seit ___ ein Paar (M in Monaten)	M=68.9	M=67.6		
Wir wohnen n(%)				
getrennt	3 (4.6%)	3 (4.6%)	1 (1.5%)	1 (1.5%)
zusammen	62 (95.4%)	62 (95.4%)	64 (98.5%)	64 (98.5%)

	Messzeitpunkt 1 vor der Geburt		**Messzeitpunkt 2 nach der Geburt**	
	Frauen (w)	Männer (m)	Frauen (w)	Männer (m)
Wie lange dauerte es für Sie vom Kinderwunsch bis zur Schwangerschaft? *n(%)*				
Kurz	30 (46.2%)	34 (52.3%)		
Mittel	16 (24.6%)	13 (20.0%)		
Lang	10 (15.4%)	9 (13.8%)		
Unser Kind kommt eher überraschend	9 (13.8%)	9 (13.8%)		
Nehmen Sie derzeit ein Antidepressivum? *n(%)*				
Ja	2 (3.1%)	0 (0.0%)	2 (3.1%)	0 (0.0%)
Nein	63 (96.9%)	65 (100%)	63 (96.9%)	65 (100%)
Haben Sie im Verlauf oder kurz vor der Schwangerschaft eines abgesetzt? *n(%)*				
Ja	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Nein	65 (100%)	65 (100%)	65 (100%)	65 (100%)

	Messzeitpunkt 1 vor der Geburt		**Messzeitpunkt 2 nach der Geburt**	
	Frauen (w)	Männer (m)	Frauen (w)	Männer (m)
Die Geburt *n(%)*				
Ich habe spontan entbunden			52 (80.0%)	
Ich hatte einen geplanten Kaiserschnitt			4 (6.2%)	
Ich hatte einen ungeplanten Kaiserschnitt			9 (13.8%)	
Stillen *n(%)*				
Ich stille voll			50 (76.9%)	
Ich stille zum Teil			8 (12.3%)	
Ich stille nicht			7 (10.8%)	
Bezüglich des Stillens konnte ich meine eigene Entscheidung treffen. *n(%)*				
Ja			51 (78.5%)	
Nein			14 (21.5%)	
Partner war während der Geburt anwesend. *n(%)*				
Ja			63 (96.9%)	63 (96.9%)
Nein			2 (3.1%)	2 (3.1%)

Höchster Bildungsabschluss
Abbildung 5 zeigt die Verteilung der Schulabschlüsse der werdenden Eltern vor der Geburt ihres ersten gemeinsamen Kindes zum ersten Messzeitpunkt.

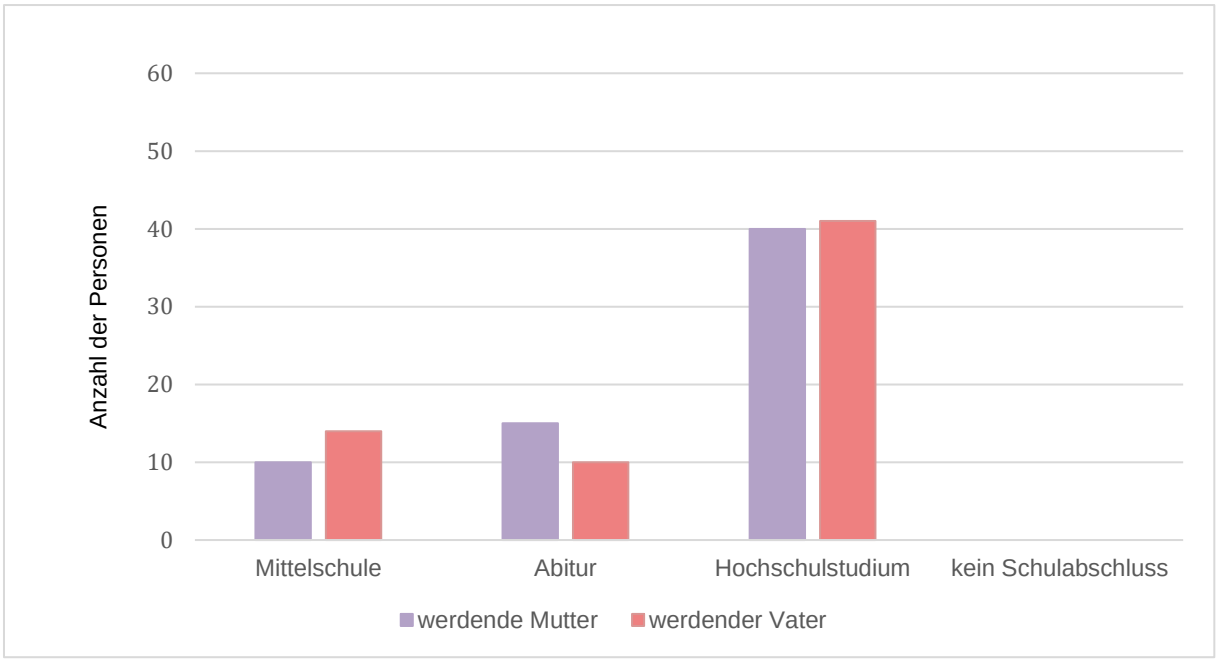


Abbildung 5 Darstellung der höchsten Bildungsabschlüsse der werdenden Mütter und werdenden Väter zu Messzeitpunkt 1

Momentane Beschäftigung
Die 31 Frauen, die angaben, berufstätig zu sein, arbeiteten mit einer Wochenstundenanzahl von durchschnittlich M(w)=35.32 Stunden (SD=7.91). Die 60 Männer, die angaben, berufstätig zu sein, gaben eine durchschnittliche Arbeitszeit von M(m)=39.23 Stunden (SD=5.40) an.

Subjektive Einschätzung des finanziellen Rahmens vor der Geburt
Die Paare schätzten sowohl vor als auch nach der Geburt ihren finanziellen Rahmen subjektiv ein. Das Item hierfür lautete „Mein zur Verfügung stehendes Geld pro Monat reicht für mich aus“. Fünf werdende Mütter und sechs werdende Väter beantworteten die Frage mit Nein. Alle anderen Teilnehmer:innen gaben an, dass ihnen ihr zur Verfügung stehendes Geld ausreiche.

Beziehungsstatus
Alle Teilnehmer:innen gaben an, in Partnerschaft (41 Paare) oder Ehe (24 Paare) zu leben. Die Frauen gaben eine durchschnittliche Beziehungsdauer von M(w)=68.92 Monaten (SD=43.09) an, was etwa 5 Jahren und 7 Monaten entspricht. Die Männer gaben durchschnittlich eine nahezu identische Beziehungsdauer von M(m)=67.62 Monaten (SD=43.43) an, was etwa 5 Jahren und 6 Monaten entspricht.

Wohnsituation vor und nach der Geburt
Drei Paare gaben vor der Geburt an, räumlich getrennt zu leben. Zum zweiten Messzeitpunkt nach der Geburt lebte noch eines dieser Paare nicht räumlich zusammen.

Zufriedenheit mit der Beziehung und dem gemeinsamen Sexualleben mit dem Partner/ der Partnerin

Sowohl vor als auch nach der Geburt wurden die Teilnehmer:innen zu ihrer Zufriedenheit in ihrer Paarbeziehung befragt. Sie konnten dabei auf einer 5-Punkte-Likert-Skala von „gar nicht zufrieden“ (1) bis „sehr zufrieden“ (5) antworten. Tabelle 3 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der Frauen und Männer vor und nach der Geburt. Die t-Tests für verbundene Stichproben zeigten eine signifikant geringere Beziehungszufriedenheit unter den Frauen mit t(64)=3.05 (p=.002), wobei sich dieser Wert unter den Männern nicht signifikant veränderte. Sowohl die Frauen berichteten mit t(64)=5.57 (p<.001) und die Männer mit t(64)=2.43 (p=.009) eine stark signifikant geringere Zufriedenheit in der gemeinsamen Sexualität.

Tabelle 3 Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) zur Beziehungszufriedenheit und der Zufriedenheit mit dem Sexualleben auf einer 5-Punkte-Likert-Skala

	Frauen		Männer	
	vor der Geburt M(SD)	nach der Geburt M(SD)	vor der Geburt M(SD)	nach der Geburt M(SD)
Mit der Beziehung mit dem Vater/ mit der Mutter meines ungeborenen Kindes bin ich „gar nicht“ (1) bis „sehr“ (5) zufrieden	4.54 (.69)	4.28 (.86)	4.60 (.63)	4.46 (.73)
Mit unserem Sexualleben bin ich „gar nicht “ (1) bis „sehr“ (5) zufrieden	3.77 (.90)	3.18 (.92)	3.52 (1.12)	3.06 (1.09)

Stress im gemeinsamen Leben

Sowohl vor als auch nach der Geburt wurden die Teilnehmer:innen zum Stress in ihrem gemeinsamen Leben befragt („Wir haben in unserem gemeinsamen Leben viel Stress“). Sie konnten dabei auf einer 5-Punkte-Likert-Skala von „überhaupt nicht“ (1) bis „sehr viel“ (5) antworten. Sowohl bei den Frauen (t(64)=-3.22 (p=.001)) als auch bei den Männern (t(64)=-2.90 (p=.003) vergrößerte sich der empfundene Stress nach der Geburt signifikant. Bei den Frauen von M(w)=3.06 (SD=1.10) auf M(w)=3.51 (SD=.94), bei den Männern von M(m)=3.17 (SD=1.13) auf M(m)=3.66 (SD=.94).

Subjektiv erlebte Dauer vom Kinderwunsch bis zur Schwangerschaft

Die Teilnehmer:innen wurden darum gebeten, die subjektive erlebte Dauer bis zum Beginn der Schwangerschaft anzugeben. Die Frage „Wie lange dauerte es für Sie vom Kinderwunsch

bis zur Schwangerschaft?“ konnte von den werdenden Müttern und werdenden Vätern mit „kurz“, „mittel“, „lang“ oder „Unser Kind kommt eher überraschend“ beantwortet werden. Dabei antworteten sowohl neun Frauen als auch neun Männer, ihr Kind käme eher überraschend, 30 Frauen und 34 Männer schätzten die Dauer kurz ein, 16 Frauen und 13 Männer berichteten eine mittlere Dauer und 10 Frauen und 9 Männer gaben eine lange Dauer an.

Einnahme eines Antidepressivums vor und nach der Geburt
Auf die Frage „Nehmen Sie derzeit ein Antidepressivum?“ antworteten zwei Frauen zu beiden Messzeitpunkten mit „ja“. Eine Teilnehmerin gab an, Escitalopram einzunehmen, die andere Sertralin. Sie gaben nicht an, auf welcher Grundlage sie sich zu der Einnahme entschieden oder ob sie sich mit der Entscheidung, ein Antidepressivum einzunehmen, wohl fühlen. Keine Teilnehmer:in gab an, während oder kurz vor der Schwangerschaft ein Antidepressivum abgesetzt zu haben.

Psychische Vorerkrankungen vor der Geburt
Die Teilnehmer:innen hatten die Möglichkeit in einem Freitext anzugeben, ob ihnen weitere eigene psychische Vorerkrankungen bekannt sind.
Sechs Teilnehmerinnen berichteten von Depression, Angststörung zum Teil mit Panikstörung, Essstörung, und posttraumatischer Belastungsstörung. Keiner der Teilnehmer gab eine psychische Vorerkrankung an.

Die Geburt
Zum Messzeitpunkt nach der Geburt wurde im Fragebogen der Mütter die Art der Entbindung erfragt.
52 Frauen gaben an, spontan entbunden zu haben, 4 Frauen gaben an, einen geplanten Kaiserschnitt gehabt zu haben, 9 Frauen erlebten einen ungeplanten Kaiserschnitt.
Dazu, ob die Geburt subjektiv als eine gute Erfahrung eingeschätzt wurde („Die Geburt war für mich eine gute Erfahrung“), antworteten die Mütter auf einer 5-Punkte-Likert-Skala von 1, „trifft gar nicht zu“, bis 5, „trifft voll zu“, mit einem Mittelwert M(w)=3.42 (SD=1.13) und die Väter mit einem Mittelwert M(m)=3.77 (SD=1.13). Mit der Betreuung durch Hebammen und Ärzt:innen waren die Frauen (M(w)=3.95, SD=1.22) und die Männer (M(m)=3.81, SD=1.23) zufrieden. Die folgende Tabelle 4 bildet die Geburt als gute Erfahrung (bei den Frauen) oder belastendes Ereignis (bei den Männern) und die Betreuung durch das Fachpersonal in Abhängigkeit von der Art der Entbindung ab. Die Antwort konnte jeweils wiederum auf einer 5-Punkte-Likert-Skala von 1, „trifft gar nicht zu“, bis 5, „trifft voll zu“ angegeben werden. Tabelle 4 zeigt die Angaben der Frauen und Männer in Abhängigkeit von der Art der Geburt.

Tabelle 4 Die Geburt als gute Erfahrung/ als belastendes Ereignis und die Betreuung durch Hebammen und Ärzt:innen für Frauen und Männer in Abhängigkeit von der Entbindungsart. Die Teilnehmer:innen konnten jeweils auf einer 5-Punkte-Likert-Skala von 1, „trifft gar nicht zu“, bis 5, „trifft voll zu“ antworten

Art der Geburt	Frauen			Männer	
	„Die Geburt war eine gute Erfahrung“	„Die Geburt würde ich als belastendes Ereignis beschreiben.“	„Mit der Betreuung durch Hebammen und Ärzt:innen während der Geburt war ich zufrieden“	„Die Geburt würde ich als belastendes Ereignis beschreiben.“	„Mit der Betreuung durch Hebammen und Ärzt:innen während der Geburt war ich zufrieden“
Spontane Entbindung (n=52)	M(w)=3.73 (SD=.93)	M(w)=2.83 (SD=1.05)	M(w)=4.23 (SD=1.01)	M(m)=4.23 (SD=1.01)	M(m)=3.94 (SD=1.23)
Geplanter Kaiserschnitt (n=4)	M(w)=2.50 (SD=.50)	M(w)=4.00 (SD=.71)	M(w)=3.25 (SD=.83)	M(m)=3.75 (SD=.83)	M(m)=2.75 (SD=.43)
Ungeplanter Kaiserschnitt (n=9)	M(w)=2.00 (SD=1.05)	M(w)=4.00 (SD=1.05)	M(w)=2.67 (SD=1.41)	M(m)=3.11 (SD=1.20)	M(m)=3.44 (SD=1.10)

63 Frauen gaben an, ihr Partner sei während der Geburt anwesend gewesen – die dazugehörigen Partner gaben übereinstimmend an, dass sie bei der Geburt dabei waren. In zwei Fällen war der Mann nicht anwesend.
„Sollte Ihr Partner anwesend gewesen sein: Fühlten Sie sich durch ihn wohler?“ beantworteten die 63 Mütter durchschnittlich mit M(w)=4.42 (SD=.81) (von 1 „gar nicht“ bis 5 „sehr“).

Stillen/ Nahrungsaufnahme des Babys
51 der 65 Mütter gaben an, dass sie ihre eigene Entscheidung bezüglich des Stillens treffen konnten. Die übrigen 14 Teilnehmerinnen gaben an, dass dies nicht der Fall gewesen sei. Die durchschnittliche Zufriedenheit der Mütter mit der Nahrungsaufnahme des Kindes lag bei M=3.06 (SD=1.14) (von 1 „gar nicht zufrieden“ bis 5 „sehr zufrieden“). Abbildung 6 zeigt die Verteilung der stillenden im Vergleich zu den teil-stillenden Müttern und den Müttern, die zum zweiten Messzeitpunkt nicht stillten.

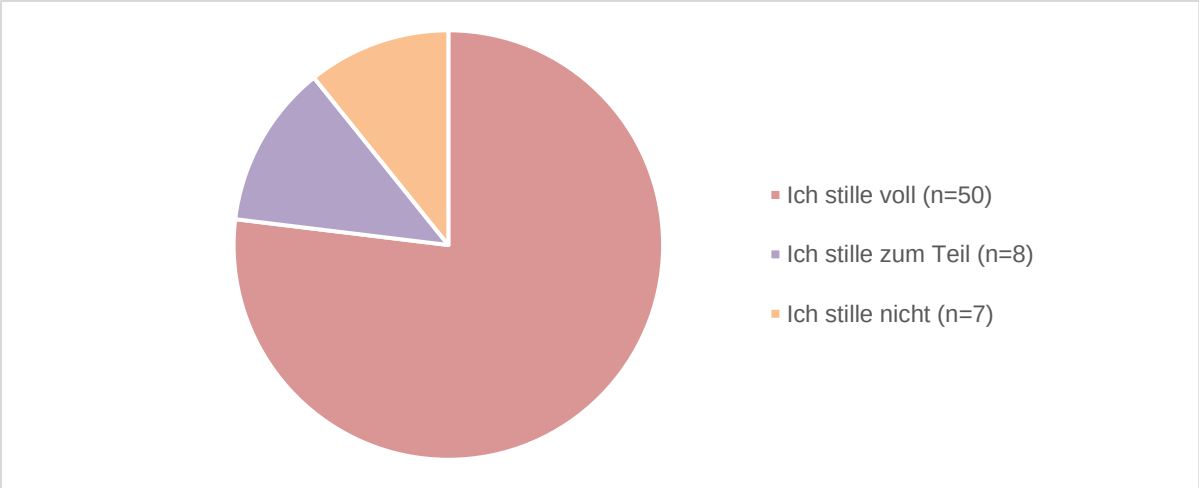


Abbildung 6 Aufteilung der 65 Mütter zum zweiten Messzeitpunkt in voll stillend, zum Teil stillend und Mütter, die ihr Kind nicht stillten

3.2. Die Veränderung der psychischen Belastung von Frauen und Männern durch die Geburt

Die Männer und Frauen wurden abhängig von ihren Angaben bezüglich der EPDS in drei Belastungsgruppen eingeteilt:
a. keine/wenig psychische Belastung
b. mittlere psychische Belastung
c. hohe psychische Belastung/ postpartale Depression
In Tabelle 5 wird die Anzahl der Frauen und Männer und ihre berichtete psychische Belastung vor und nach der Geburt dargestellt. Zu sehen ist insbesondere ein starker Zuwachs an Frauen, die nach der Geburt auf Grundlage der EPDS einer postpartalen Depression entsprechend psychisch belastet waren.

Tabelle 5 Auf Grundlage der EPDS ermittelte Belastung der Frauen und Männer vor und nach der Geburt. Die 65 Frauen und 65 Männer wurden dabei den drei folgenden, durch Cut-Off-Werte festgelegten Gruppen, zugeordnet: keine/wenig Belastung, psychische Belastung und Belastung einer postpartalen Depression entsprechend

	keine/wenig psychische Belastung		psychische Belastung		postpartale Depression	
	vor der Geburt	nach der Geburt	vor der Geburt	nach der Geburt	vor der Geburt	nach der Geburt
Frauen (n=65)	53	40	8	6	4	19
Männer (n=65)	60	52	5	10	0	3

Auf Grundlage der absolut summierten Werte der EPDS der Teilnehmer:innen wurden mithilfe von t-Tests für verbundene Stichproben die Gruppe der Frauen und die Gruppe der Männer vor und nach der Geburt untersucht. Die psychische Belastung zwischen beiden Messzeitpunkten der Frauen stieg signifikant mit $t(64)=-6.87$ ($p<.001$), die psychische Belastung der Männer signifikant mit $t(64)=-2.79$ ($p=.003$) an.

Die Betrachtung der Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der vorliegenden Stichprobe jeweils während der beiden Messzeitpunkte wurde mithilfe von t-Tests mit unverbundenen Stichproben berechnet. Die Frauen waren vor der Geburt mit $t(128)=-2.72$ ($p=.004$) signifikant psychisch belasteter als die Männer. Dieser signifikante Unterschied verstärkte sich nach der Geburt mit $t(128)=-4.85$ ($p<.001$).

Das in Abbildung 7 dargestellte Sankey-Diagramm zeigt auf die einzelnen Teilnehmerinnen bezogen die Entwicklung der Belastung der 65 Frauen über die beiden Messzeitpunkte hinweg. Die Stärke der Pfeile entspricht in Relation jeweils der Anzahl der Teilnehmerinnen, die dieser Entwicklung in der psychischen Belastung zwischen beiden Messzeitpunkten entsprachen. Im Anhang in Tabelle 8 ist die absolute Anzahl der Personen in den jeweiligen Gruppen mit den Entwicklungsverläufen ersichtlich. Dunkelrot dargestellt ist die hohe psychische Belastung, orange entspricht der mittleren psychischen Belastung und grün entspricht der Gruppe von Frauen, die nicht bis kaum psychisch belastet waren.

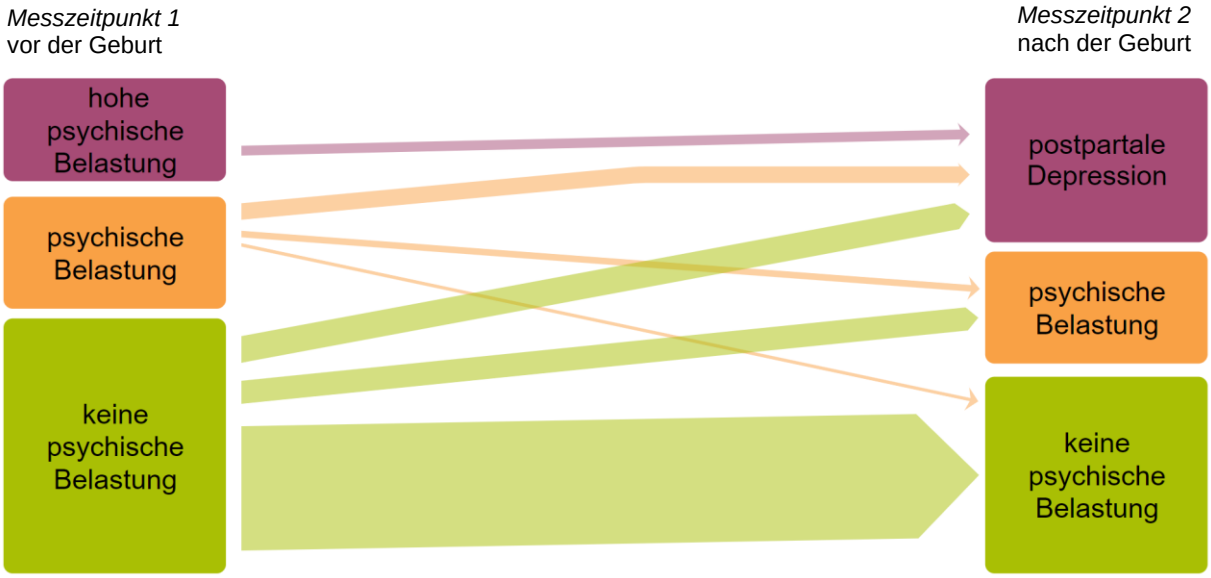


Abbildung 7 Personenspezifische Entwicklung der psychischen Belastung der Frauen (n=65) über beide Messzeitpunkte hinweg. Dunkelrot dargestellt ist die hohe psychische Belastung, orange die mittlere psychische Belastung und grün entspricht keiner oder einer geringen psychischen Belastung. Die Farbe der Pfeile ist der Belastung zum Messzeitpunkt 1 entsprechend gewählt. Die Stärke der Pfeile entspricht der Anzahl der Frauen in Relation zu allen Teilnehmerinnen

Im Vergleich dazu zeigt Abbildung 8 die personenspezifische Belastung der Männer über beide Messzeitpunkte hinweg. Die Farben entsprechen der vorangegangenen Zuordnung.

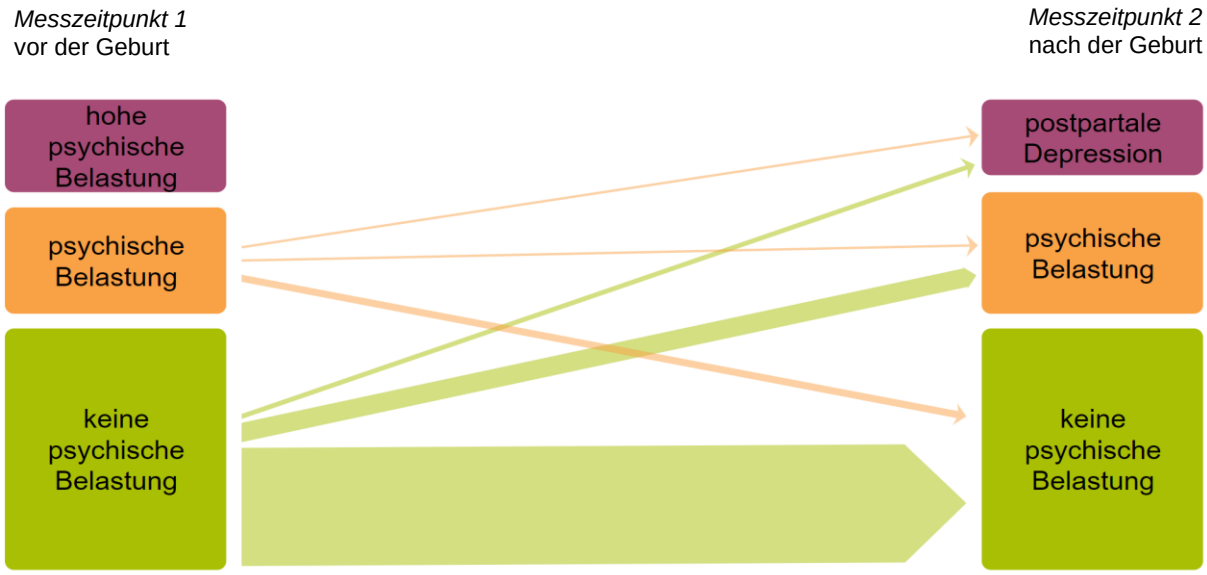


Abbildung 8 Personenspezifische Entwicklung der psychischen Belastung der Männer (n=65) über beide Messzeitpunkte hinweg. Dunkelrot dargestellt ist die hohe psychische Belastung, orange die mittlere psychische Belastung und grün entspricht keiner oder einer geringen psychischen Belastung. Die Farbe der Pfeile ist der Belastung zum Messzeitpunkt 1 entsprechend gewählt. Die Stärke der Pfeile entspricht der Anzahl der Männer in Relation zu allen Teilnehmern

Die Abbildungen 7 und 8 verdeutlichen, dass zum Messzeitpunkt vor der Geburt im Gegensatz zu den Frauen keiner der Männer in der vorliegenden Stichprobe eine hohe psychische Belastung verzeichnet. Gemeinsam ist beiden Geschlechtern, dass der große Anteil der Teilnehmer:innen, die vor der Geburt psychisch nicht bis kaum belastet waren, auch nach der Geburt weiterhin keine oder wenig psychische Belastung berichteten.

3.3. Die Auswirkung von psychischer Belastung eines Elternteils auf den anderen Elternteil

Im Folgenden stellt nun Abbildung 9 die Belastungsentwicklung der Paare über beide Messzeitpunkte vor und nach der Geburt dar. Der Übersichtlichkeit geschuldet, werden ausschließlich die 14 Paar-Konstellationen der psychischen Belastung (Anzahl aller Pfeile) aufgeführt, die in der Stichprobe tatsächlich vorkamen. Tabelle 8 in Anhang A zeigt die Entstehungsgrundlage dieses Diagramms mit den 81 möglichen Konstellationen der psychischen Belastungszustände eines Paares. Die Farbgebung entspricht wiederum der zuvor definierten Zuordnung.

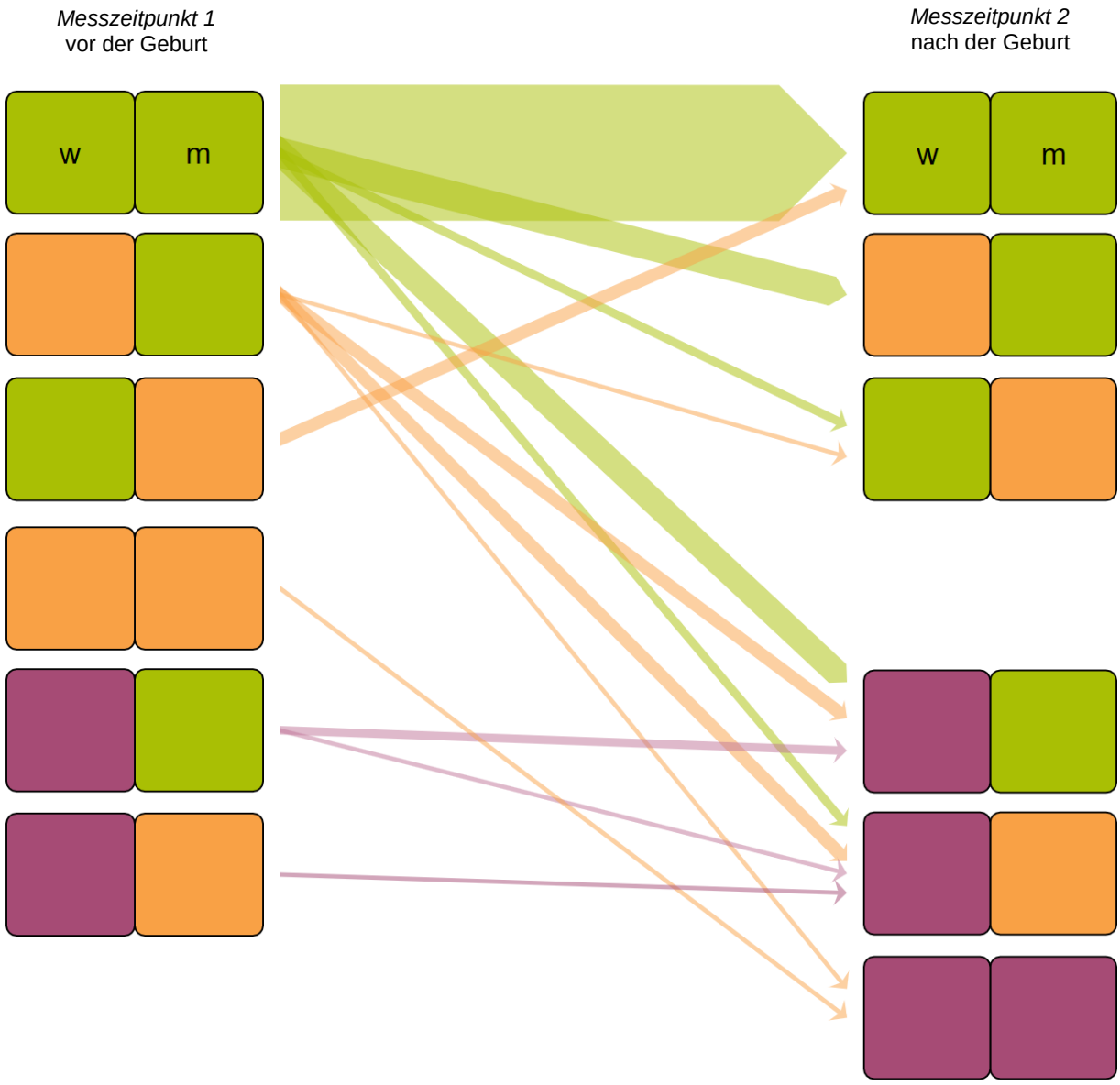


Abbildung 9 Entwicklung der psychischen Belastung der Paare (n=65) über beide Messzeitpunkte hinweg. Dunkelrot dargestellt ist die hohe psychische Belastung, orange die mittlere psychische Belastung und grün entspricht keiner oder einer geringen psychischen Belastung. Die Farbe der Pfeile ist der Belastung zum Messzeitpunkt 1 entsprechend gewählt. Die Stärke der Pfeile entspricht der Anzahl der Paare in Relation zu allen Paaren der Stichprobe. Das jeweils linke Quadrat der beiden Messzeitpunkte steht für die Frau (w) und das jeweils rechte Quadrat für den Mann (m)

Den Abbildungen 7 und 8 entsprechend, bildet auch Abbildung 9 die überwiegende Anzahl der Paare ab, die sowohl vor als auch nach der Geburt wenig bis kaum psychisch belastet waren. Einige Pfeile, ungeachtet der Farbe, sind nach unten gerichtet, was zeigt, dass die Paare nach der Geburt oft stärker belastet sind als zuvor.

3.4. Verschreibung eines Antidepressivums während der Schwangerschaft und nach der Geburt

Da lediglich zwei Frauen angaben, ein Antidepressivum einzunehmen, ist eine Aussage über die Verschreibung, das Absetzen oder die Entscheidung der Frau zur Einnahme des Antidepressivums mit der vorliegenden Stichprobe nicht möglich.

3.5. Subjektiv erlebter Stress: Dyadisches Coping in der Partnerschaft

Betrachtet man die Stanine-Werte der Stichprobe, erleben 22 Personen das dyadische Coping nach der Geburt besser als davor, 44 Personen erleben das dyadische Coping vor und nach der Geburt gleich, 64 erleben es nach der Geburt schlechter verglichen mit dem Messzeitpunkt während der Schwangerschaft.

Vorerst wird die Entwicklung des Gesamtwerts des dyadischen Copings vor und nach der Geburt dargestellt. In Abbildung 10 wird die Veränderung der Stanine-Werte zur Vereinfachung mithilfe von sechs Untergruppen beschrieben.

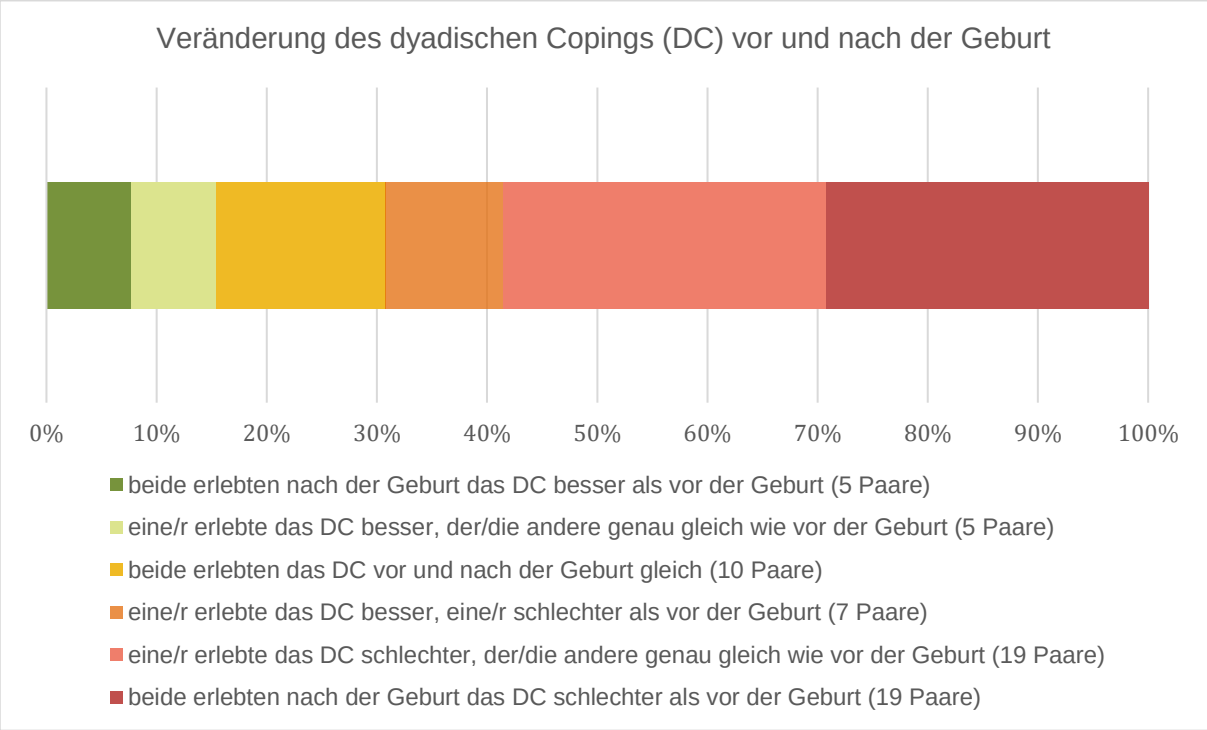


Abbildung 10 Entwicklung des Gesamtwerts des dyadischen Copings (DC) der Paare vor und nach der Geburt. Die sechs Untergruppen werden durch die in der Legende definierten Farben dargestellt und näher beschrieben

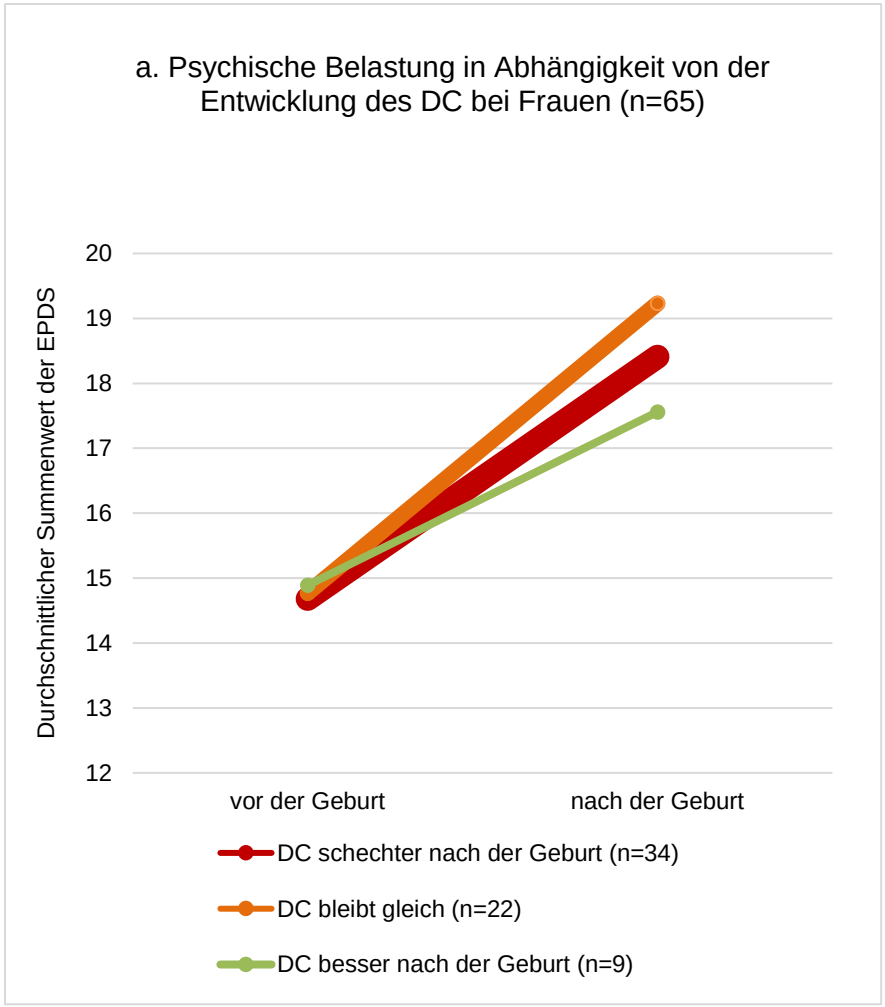
In Abbildung 10 wird sichtbar, dass bei nahezu 70% der Paaren mindestens eine Person das dyadische Coping zum Messzeitpunkt 2 schlechter als vor der Geburt beschrieb.

3.6. Dyadisches Coping und psychische Belastung

Im Folgenden wird die Verbindung von dyadischem Coping und psychischer Belastung näher betrachtet: In den Abbildungen 11a und 11b wurden die Frauen und Männer unabhängig von ihrer Partnerin oder ihrem Partner bezüglich des dyadischen Copings in Zusammenhang mit ihrer psychischen Belastung gegenübergestellt.

Wie bereits in 3.5. benannt, kann das Erleben des dyadischen Coping in drei Einschätzungen berichtet werden: „Besser“, „gleich“ und „schlechter“. Die folgenden Abbildung 11a und 11b bilden diese Kategorien als farbige Linien ab: Rot bildet die Teilnehmer:innen ab, die das dyadische Coping schlechter als vor der Geburt beschreiben, orange werden die Teilnehmer:innen abgebildet, für die das dyadische Coping gleich bleibt und zuletzt grün für die Teilnehmer:innen, die berichteten, dass das dyadische Coping besser als vor der Geburt war. Die Stärke der Linien zeigt hier jeweils den Anteil der Frauen (Abbildung 11a) und Männer (Abbildung 11b), die dieser Untergruppe zugeordnet werden konnten. Ersichtlich wird, wie zuvor in 3.5. beschrieben, dass der größte Anteil der Stichprobe nach der Geburt ein schlechteres dyadisches Coping berichtete. Die senkrechte Achse der Abbildungen stellt die psychische Belastung durch den Summenwert der EPDS der Frauen und Männer in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt und dem dyadischen Coping dar. Der Ausschnitt des Summenwerts von 12 bis 20 wurde aufgrund der Übersichtlichkeit gewählt. In Abbildung 4 ist die gesamte mögliche Ausprägung der EPDS vom Summenwert 0 bis 30 und die festgelegten Cut-Off-Werte dargestellt.

Beim Vergleich der beiden Abbildung wird deutlich, dass die Frauen, ungeachtet der Entwicklung des dyadischen Copings, nach der Geburt psychisch belasteter waren. Bei den Männern ist diese Entwicklung nur unter der Untergruppe zu finden, die auch das dyadische Coping nach der Geburt als schlechter beschreibt.



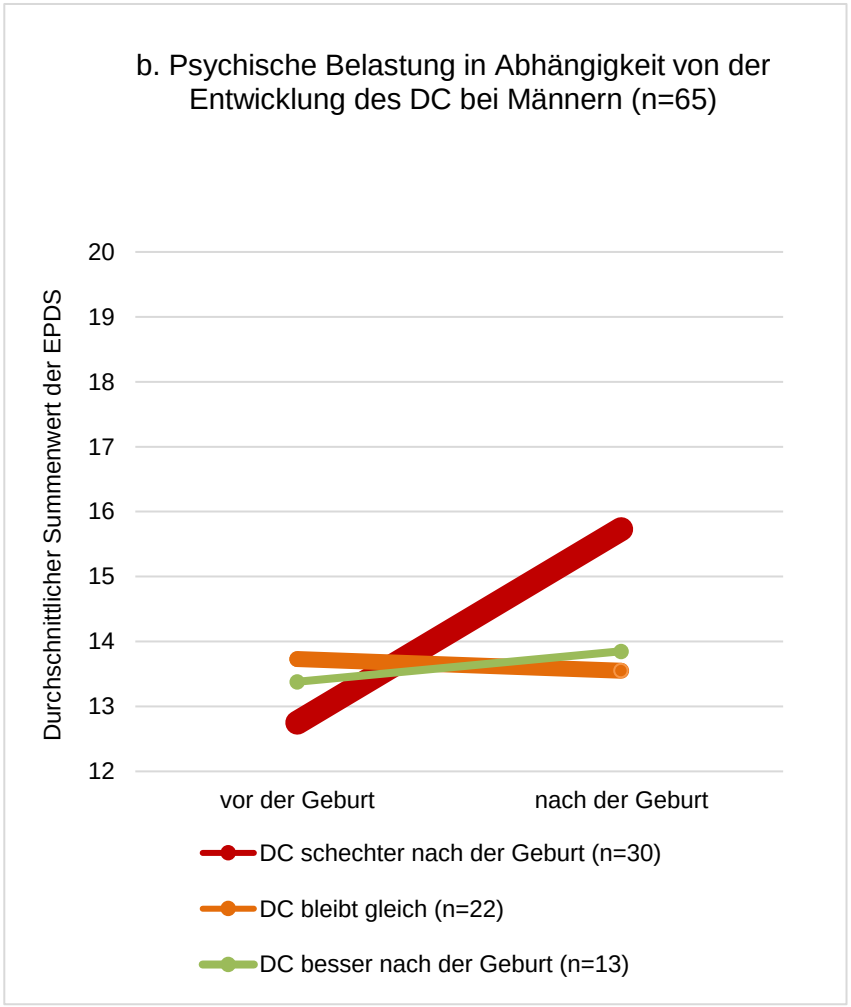


Abbildung 11a Darstellung der psychischen Belastung durch den Summenwert der EPDS in Abhängigkeit von der Entwicklung des dyadischen Copings der Frauen (n=65) vor und nach der Geburt. Die Stärke der Linien zeigt hier jeweils den Anteil der Frauen der gesamten Stichprobe, die dieser Untergruppe zugeordnet werden. Die Anzahl (n) der einzelnen Untergruppen wird in der Legende angegeben

Abbildung 11b Darstellung der psychischen Belastung durch den Summenwert der EPDS in Abhängigkeit von der Entwicklung des dyadischen Copings der Männer (n=65) vor und nach der Geburt. Die Darstellung und Farbgebung decken sich mit Abbildung 11a

3.7. Komponenten, welche zur partnerschaftlichen Zufriedenheit nach der Geburt beitragen

Zur Identifizierung eines Models, dessen Inhalte die Komponenten voraussagen, die zur Zufriedenheit in der Partnerschaft nach der Geburt beitragen, wurde eine Regression mit Rückwärtselimination durchgeführt. Eingeschlossen wurden, konform der Theorie, das Alter, die Beziehungsdauer, die Einschätzung des Geburtserlebnisses, das gemeinsame dyadische Coping nach der Geburt, die Betreuung durch Fachpersonal während der Geburt, die psychische Belastung vor und nach der Geburt und die Zufriedenheit mit der Sexualität vor und nach der Geburt. Tabelle 6 zeigt die Charakteristika des Ursprungsmodells, in dem vorerst noch alle zuvor genannten Variablen inkludiert blieben. Tabelle 6 listet die Regressionskoeffizienten, die Standardfehler, die T-Werte und p-Werte der Prädiktoren des Ausgangsmodells mit $F(9,120)=13.18$, $p<0.001$ und einer Anpassungsgüte von $R^2=.50$ (korrigiertes $R^2=.46$) auf, in dem noch alle genannten Faktoren integriert sind.

Tabelle 6 Modell mit $F(9,120)=13.18$, $p<0.001$ und Anpassungsgüte $R^2=.50$ (korrigiertes $R^2=.46$), welches die ursprünglich ausgewählten Prädiktoren enthält. Ein statistisch signifikanter (Signifikanz wird angegeben durch den p-Wert) T-Wert gibt an, dass der Regressionskoeffizient ebenfalls statistisch signifikant von 0 abweicht.

	Regressions-Koeffizient	Standard-fehler	T-Wert	p-Wert
Konstante	3,08	0,55	5,62	0,000
Alter	-0,01	0,01	-0,55	0,586
Beziehungsdauer	0,00	0,00	2,76	0,007
Geburtserlebnis	0,09	0,07	1,26	0,211
Betreuung durch Fachpersonal während der Geburt	0,13	0,07	1,94	0,055
Gemeinsames dyadisches Coping nach der Geburt	0,12	0,03	3,38	0,001
Psychische Belastung vor der Geburt	-0,01	0,02	-0,88	0,383
Psychische Belastung nach der Geburt	-0,03	0,01	-2,56	0,012
Sexualleben vor der Geburt	0,02	0,08	0,30	0,766
Sexualleben nach der Geburt	0,15	0,08	1,89	0,061

Durch das Runden auf zwei Dezimalstellen hinter dem Komma ergibt sich für den Prädiktor Beziehungsdauer ein Regressionskoeffizient von 0,0. Dadurch verliert diese unabhängige Variable ihren bereits geringen Einfluss auf die abhängige Variable Beziehungszufriedenheit nach der Geburt.

Nach der Rückwärtselimination ergibt sich ein finales Modell mit $F(5,124)=23.47$ ($p<.001$) und einer Anpassungsgüte von $R^2=.49$ (korrigiertes $R^2=.47$). In Tabelle 7 sind die übrigen signifikanten Prädiktoren (Signifikanzen dargestellt durch p-Werte) nach dem Ausschluss aufgelistet. Wie im Ausgangsmodell wird die Variable Beziehungsdauer durch den gerundeten Regressionskoeffizienten gleich 0 und fällt dadurch in der Erklärung der abhängigen Variable weg.

Tabelle 7 Modell nach Rückwärtselimination mit $F(5,124)=23.47$ ($p<.001$) und Anpassungsgüte $R^2=.49$ (korrigiertes $R^2=.47$), welches ausschließlich signifikante Prädiktoren enthält. Ein statistisch signifikanter T-Wert (Signifikanz wird angegeben durch den p-Wert) gibt an, dass der Regressionskoeffizient ebenfalls statistisch signifikant von 0 abweicht.

	Regressions-koeffizient	Standard-fehler	T-Wert	p-Wert
Konstante	2,87	0,34	8,46	0,000
Beziehungsdauer	0,00	0,00	2,59	0,011
Betreuung durch Fachpersonal während der Geburt	0,19	0,04	4,48	0,000
Gemeinsames dyadisches Coping nach der Geburt	0,12	0,03	3,69	0,000
Psychische Belastung nach der Geburt	-0,04	0,01	-3,77	0,000
Sexualleben nach der Geburt	0,18	0,06	3,14	0,002

Nach der Rückwärtselimination nicht signifikanter Regressionskoeffizienten beschreiben folgende Prädiktoren, geordnet nach der Größe der Koeffizienten, die abhängige Variable Beziehungszufriedenheit nach der Geburt: Betreuung durch Fachpersonal während der Geburt, Sexualleben nach der Geburt, Gemeinsames dyadisches Coping nach der Geburt und psychische Belastung nach der Geburt. Das negative Vorzeichen bei letztgenanntem Prädiktor zeigt einen umgekehrten Zusammenhang zur abhängigen Variable: Ist die psychische Belastung nach der Geburt hoch, hat dies einen negativen Einfluss auf die Beziehungszufriedenheit nach der Geburt.

4. Diskussion

4.1. Zusammenfassung der Ergebnisse und Erklärungsversuche

Stichprobencharakteristika

Die Daten der Untersuchung bilden bezüglich ihrer Charakteristika in Alter, Bildung, Wohnsituation und Beziehungsstatus ein der Demographie der einbezogenen Stadtteile Leipzigs entsprechendes Bild ab. Das durchschnittliche Alter der Frauen und Männer zur Geburt ihres ersten gemeinsamen Kindes gleicht dem der Daten des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt, 2020). Etwa 2/3 der werdenden Eltern der vorliegenden Stichprobe hatten bereits ein Hochschulstudium abgeschlossen, alle hatten mindestens einen Abschluss der Mittelschule. Abgesehen von zwei Männern, die arbeitssuchend waren, waren in dieser Untersuchung alle werdenden Väter in Arbeit, die durchschnittlich auch als Vollzeitbeschäftigung angegeben wurde (39.3 Stunden pro Woche). Auffällig bei den werdenden Müttern der Stichprobe war hingegen, dass sich hinsichtlich der Beschäftigungssituation vor der Geburt zwei nahezu gleich große Gruppen ergaben: Ein Teil befand sich im Beschäftigungsverbot, der andere war fast vollbeschäftigt (35.32 Stunden pro Woche). Eine Erklärung für das gespaltene Ergebnis könnte der Zeitpunkt der ersten Messung sein: Normalerweise beginnt der Mutterschutz sechs Wochen vor dem errechneten Geburtstermin der schwangeren Frau. Da der Messzeitpunkt etwa acht Wochen vor dem errechneten Geburtstermin angesetzt war, ist es möglich, dass Frauen teilnahmen, die sich bereits unmittelbar vor oder schon im Mutterschutz befanden. Im Fragebogen war diese Option nicht angegeben, weshalb die Annahme naheliegt, dass das Beschäftigungsverbot als Alternative ausgewählt wurde.

Alle Frauen und Männer gaben an, mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin in einer Paarbeziehung zu leben, 1/3 der Paare war zum ersten Messzeitpunkt verheiratet. Während vor der Geburt drei Paare in getrennten Wohnungen lebten, war es nur noch ein Paar danach. Die Paare befanden sich durchschnittlich bereits 5.5 Jahre in Beziehung, wobei die Beziehungsdauer in der Stichprobe stark variierte.
Entsprechend der vorausgehend dargestellten Literatur zeigte sich auch in dieser Untersuchung eine signifikante Abnahme der Beziehungszufriedenheit nach der Geburt unter den Frauen (vgl. Doss et al., 2009). Bei den Männern sank die Zufriedenheit ebenfalls ab, jedoch nicht signifikant. Auffallend war, dass die Paare am Ausgangspunkt, zu Messzeitpunkt 1, durchschnittlich sehr zufrieden waren (M=4.54) und es auch nach der Geburt blieben (M=4.28). Konform verhielt es sich zu früheren Untersuchungen mit der Zufriedenheit des Sexuallebens. Numerisch betrachtet, blieben die Paare in dieser Untersuchung mit der gemeinsamen Sexualität zufrieden, allerdings sank sie konform vorangegangener Literatur nach der Geburt signifikant ab. Zum zweiten Messzeitpunkt, etwa acht Wochen nach der Geburt, liegt es nahe, dass sich die Paare bisher wenig mit ihrer Sexualität nach der Entbindung auseinandergesetzt oder sie bereits wieder gemeinsam erlebt hatten. An dieser Stelle wäre die Erfassung, ob Sexualität bereits wieder stattgefunden hat oder ob Lust empfunden wurde, wertvoll gewesen.
Ebenfalls entsprechend dargestellter Literatur war der signifikante Anstieg des gemeinsam erlebten Stresses (vgl. Gürber et al., 2017). Sowohl Frauen als auch Männer erlebten bereits etwa acht Wochen vor der Geburt ein gemeinsames mittleres Stressniveau. Ursächlich dafür kann die wachsende Anspannung für die Paare mit der anstehenden Lebensveränderung

durch ein Neugeborenes und möglicherweise die damit zusammenhängende Organisation und Umstrukturierung des Lebens gewesen sein. Mit Blick auf die umfangreiche Berufstätigkeit dieser Stichprobe ist zusätzlich möglich, dass die Paare bereits im Alltag, unabhängig von dem Kind, das sie erwarteten, ein mittleres Level an gemeinsamem Stress empfanden.
Etwa die Hälfte der Teilnehmer:innen gab an, dass sie den Zeitraum zwischen Kinderwunsch und Schwangerschaft als kurz empfanden. Die Gruppe der Männer war dabei etwas größer. Ein Sechstel der Paare gab an, dass der Zeitraum lang für sie war. Etwa zehn Paare berichteten, dass die Schwangerschaft eine Überraschung war, also kein klarer Kinderwunsch zuvor bestanden hatte. Die übrigen Paare beschrieben, dass sie es als „mittel"-lang empfanden, auf ein Kind zu warten. In einer folgenden Untersuchung wäre es hier hilfreich, zusätzlich zur subjektiven Erhebung, auch objektive Zeiträume zum Kinderwunsch zu erfassen.
52 der 65 Frauen haben spontan entbunden. Vier Frauen erlebten einen geplanten, neun Frauen einen ungeplanten Kaiserschnitt. Dies spiegelt die Situation der Entbindungen in Deutschland und auch Leipzig nur bedingt wider. Die Daten des Statistischen Bundesamtes bezüglich Krankenhausentbindungen geben seit Jahren eine tendenziell steigende Kaiserschnittrate an. Im Jahr 2018 lag der Anteil bei 29.1% (Statistisches Bundesamt, 2020), wobei nicht zwischen geplanten und ungeplanten Kaiserschnitten unterschieden wurde. Der Anteil an Kaiserschnitten in der vorliegenden Stichprobe liegt lediglich bei 20%. Eine Pressemitteilung des Universitätsklinikums Leipzig berichtete für 2018 mit 24% (Universitätsklinikum Leipzig, 2019), eine Rate, die der Tendenz dieser Untersuchung näher kommt. Teil der Stichprobe waren auch Paare, die sich für eine Geburt im Geburtshaus entschieden hatten. Betrachtet man die Unterschiede in den Daten genauer, ist davon auszugehen, dass der geographische Unterschied in der Kaiserschnittrate historisch gewachsen sein kann. Nahe liegt an dieser Stelle der Ost-West-Vergleich: Die Kaiserschnittrate in den östlichen Bundesländern ist niedriger als die in den westlichen. Aus Daten von 2017 geht hervor, dass Sachsen mit 24% die niedrigste Kaiserschnittrate in Deutschland vorweisen konnte. Im Saarland hingegen lag der Wert bei 37.2% (Statistisches Bundesamt, 2018). Die Wahl des Erhebungsortes scheint diesbezüglich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland von Relevanz zu sein. In der Literatur gilt ein Kaiserschnitt als einer der relevanten Faktoren für die psychische Belastung einer Frau nach der Geburt. Aufgrund der Erhebung in Ostdeutschland ist es möglich, dass die psychische Belastung in der Folge einer Geburt mit Kaiserschnitt in der vorliegenden Stichprobe im Vergleich zu einer bundesweiten Erhebung unterrepräsentiert sein könnte. Die vorliegende Stichprobe erlaubt aufgrund ihrer Größe und der hier deskriptiv angegebenen Werte keine weitreichendere Interpretation.
Abhängig von der Art der Geburt (spontane Entbindung, geplanter Kaiserschnitt oder ungeplanter Kaiserschnitt), unterschieden sich sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern die subjektive Einschätzung der Belastung („Die Geburt würde ich als belastendes Ereignis beschreiben") in genau umgekehrter Form. Auffällig ist, dass für Frauen durch einen geplanten/ungeplanten Kaiserschnitt die Geburt zu einem eher belastenden Ereignis wurde. In dieser Untersuchung konnte auf Erfahrungen von lediglich 13 Frauen zurückgegriffen werden. Es ist von individuellen Ursachen für belastende Geburten auszugehen. Ein geplanter Kaiserschnitt wird üblicherweise auch Wunschkaiserschnitt genannt. Für die vier Frauen, die in dieser Stichprobe einen Wunschkaiserschnitt erhielten, wurden die Gründe nicht dokumentiert, lediglich die Einschätzung der Geburt als belastendes Ereignis. Ein Grund dafür war möglicherweise eine andere Vorstellung von einer Geburt dieser Art (M(w)=4.00, SD=.71). Eine andere Möglichkeit wären erlebte Komplikationen während des Eingriffs. Der ungeplante Kaiserschnitt, oft Notkaiserschnitt genannt, wurde durch die Frauen ebenfalls als belastendes

Ereignis beschrieben. Die Einschätzung variierte hier (M(w)=4.00, SD=1.05) stärker, jedoch blieb die Erfahrung belastend. Hier ist es möglich, dass sie während der Geburt einschneidende und extreme Erfahrungen bis zur Entscheidung für einen Kaiserschnitt erlebt hatten. In dieser Gruppe waren die Frauen, verglichen mit den anderen Geburtsarten, durchschnittlich am wenigsten mit der Betreuung während der Geburt zufrieden. Auf Grundlage dieses Ergebnisses der Stichprobe wäre es lohnenswert der Verbindung zwischen der Geburtsart und der Betreuung durch Fachpersonal während der Geburt mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Da die Entscheidung für einen Notkaiserschnitt in erster Linie vom Fachpersonal getroffen wird, könnte dies einerseits für die Frau dazu führen, dass sie sich unverstanden und nicht ausreichend durch die anwesenden Personen unterstützt fühlt. Andererseits könnte die Entscheidung auch als „Erlösung“ empfunden werden. Steht die Entscheidung für einen Notkaiserschnitt fest, wird die Durchführung unmittelbar eingeleitet. In einigen Fällen erhalten Frauen eine Vollnarkose, was zum Verlust ihres Bewusstseins führt. Aufgrund der vorherrschenden Not und der damit verbundenen Geschwindigkeit, ist davon auszugehen, dass an manchen Stellen die Kommunikation zwischen dem Fachpersonal und der Frau vernachlässigt wird – oft bleibt der Mann im Moment der Geburt, während der Operation außen vor. Muss das Kind dann nicht intensiver ärztlich versorgt werden, übernimmt der Vater das Bonding, während sich das Fachpersonal weiter um die Mutter kümmert. Einen Notkaiserschnitt beschrieben die Männer dieser Stichprobe als belastend (M(m)=3.11), aber durchschnittlich am wenigsten belastend verglichen mit dem Wunschkaiserschnitt oder der spontanen Geburt. Eine Erklärung könnte sein, dass das Ende der Geburt und das Ende der Begleitung der Partnerin als so erleichternd eingeschätzt wurde, dass die Geburt letztendlich auch als weniger belastend betrachtet werden konnte. Wahrscheinlich ist auch, dass die Entscheidung für einen Notkaiserschnitt anderes auslöst, als bei der Partnerin. Für eine Frau, die weiß, dass ihr Kind durch einen Notkaiserschnitt geboren werden wird, können Gefühle von Minderwertigkeit hinsichtlich ihrer Geburtsfähigkeit auftreten, kann Enttäuschung vorherrschend sein, können Angst vor der anstehenden Operation und Angst um sich selbst und das Kind direkt auftreten. Letzteres ist auch beim werdenden Vater zu vermuten (Etheridge & Slade, 2017).

Betrachtet man nun aber alle Paare in der Gesamtheit, beschrieben sowohl die Frauen als auch die Männer die Geburt im Durchschnitt als gute Erfahrung, wobei die Männer einen höheren Durchschnittswert erreichten (M(w)=3.42, M(m)=3.77). 63 der 65 Paare erlebten die Geburt ihres ersten Kindes gemeinsam und die Frauen gaben an, dass sie sich durch die Anwesenheit ihres Partners wohler gefühlt hätten (M(w)=4.42). Nahezu alle Paare haben die Geburt gemeinsam erlebt, was die gegenwärtigen Gegebenheiten in deutschen Kreißsälen abbildet. Die Daten zeigten, dass sich Frauen während der Geburt in Anwesenheit ihrer Partner wohl fühlten. Fraglich bleibt in dieser Untersuchung weitestgehend, was genau dazu beigetragen hat, dass die Paare die Geburt als gute Erfahrung beschrieben und was genau dazu führte, dass sie sich wohler fühlten. In einer Folgeuntersuchung sollte deshalb eine qualitative Befragung erfolgen, die darin unterstützt, Paare in ihren Bedürfnissen während der Geburt besser zu verstehen. Der Partner, von dem einerseits auch gesellschaftlich erwartet wird, er solle während der Geburt dabei sein und andererseits oft noch immer ohne Rolle oder Aufgabe anwesend ist, könnte dadurch die Aufmerksamkeit erhalten, die ihm als Geburtsbegleiter und werdender Vater zusteht.

Eine Möglichkeit, die Frauen und Männer zu einer guten Geburtserfahrung verhelfen kann, ist die Betreuung durch Hebammen und Ärztinnen während der Geburt (Johansson & Hildingsson, 2013). Durchschnittlich waren die Paare rückblickend, sollten Sie eine spontane Geburt erlebt haben, zufrieden, Frauen sogar sehr zufrieden (M(w)=4.23) mit der Betreuung. Die Frauen mit Wunschkaiserschnitt waren weniger, aber ebenfalls mit ihrer Betreuung

zufrieden (M(w)=3.25). Dieses Szenario führte bei den Männern wiederum zu einer Situation, die sie, verglichen mit den anderen Arten der Geburt, am unzufriedensten machte (M(m)=2.75). Erneut wird hier darauf hingewiesen, dass die Gruppen, die sich in der Art der Geburt unterschieden, an sich klein waren und in ihrer Größe stark variierten. Ein Vergleich scheint deshalb nur sehr bedingt aussagekräftig. Die Zufriedenheit mit dem Fachpersonal zwischen der werdenden Mutter und dem werdenden Vater während eines Notkaiserschnitts unterschied sich (M(w)=2.67, M(m)=3.44). Eine mögliche Erklärung an dieser Stelle wäre, dass den werdenden Vätern in diesem Moment eher als den Frauen kommuniziert wurde, was geschieht, um beispielsweise zu klären, ob er während der Operation anwesend sein kann oder in einem anderen Raum warten muss. Ein anderer Erklärungsversuch wäre, dass eine Frau in diesem Moment eine umfangreichere in ihrer Kommunikation klarere zwischenmenschliche Beziehung mit dem Fachpersonal braucht, als vielleicht bisher vermutet.
In diese Richtung geht auch die Empfehlung in der S3-Leitlinie „Die vaginale Geburt am Termin“ (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe & Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft, 2020): Frauen sollen ab der Eröffnungsphase eine Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme erhalten und auf dem Höhepunkt der Geburt nicht allein gelassen werden. Zwar bleiben Ursachen der Zufriedenheit mit der Betreuung hier hypothetisch, doch fördert die Leitlinie aus der Sicht der Autor:innen die Chance, die Zusammenarbeit der Berufsgruppen des Fachpersonals während der Geburt weiter zu fördern. Insbesondere Hebammenverbände erhoffen sich einen Kulturwandel in der Betreuung der werdenden Mutter dahingehend, dass Geburtshilfe frauenzentrierter mit der Hebamme als erste Betreuungsperson umgesetzt wird.

In der vorliegenden Untersuchung gaben 51 der 65 Frauen an, dass sie selbst die Entscheidung bezüglich des Stillens treffen konnten. Tatsächlich stillten etwa acht Wochen nach der Geburt 50 Mütter ihr Kind voll, acht zum Teil und sieben Frauen gar nicht. Verglichen mit Ergebnissen der KiGGS-Studie, die durch das Robert-Koch-Institut gefördert wurde (Lange et al. 2007), war der Anteil in dieser Untersuchung etwas geringer. Während 81.5% der Frauen dort zumindest zeitweilig stillten, waren es in dieser Stichprobe 77%. Die durchschnittliche Zufriedenheit mit der Nahrungsaufnahme lag im mittleren Bereich. Für viele Frauen bedeutet das Stillen ihres Säuglings mehr als die Nahrungsaufnahme. Es kann davon ausgegangen werden, dass es Frauen psychisch belasten kann, wenn sie nicht selbst darüber entscheiden können, ob sie stillen oder nicht. Für sie könnte an dieser Stelle der Eindruck entstehen, dass sie ihr eigenes Kind nicht versorgen können oder dass sie sich selbst als minderwertige Mutter betrachten könnten.

Die Veränderung der psychischen Belastung von Frauen und Männern durch die Geburt

Sowohl die Frauen als auch die Männer waren zum ersten Messzeitpunkt acht Wochen vor der Geburt durchschnittlich psychisch kaum belastet. Während die Belastung der Männer zum zweiten Messzeitpunkt zwar statistisch signifikant, aber insgesamt nur leicht anstieg, stieg die der Frauen deutlich und ebenfalls statistisch signifikant an. Diese erhöhten Werte waren auf Grundlage der Literatur zu erwarten und stützen die bisherigen Ergebnisse (z.B. Gavin et al., 2005). Der Unterschied in der psychischen Belastung (Frauen belasteter als Männer) zwischen Frauen und Männern an beiden Messzeitpunkten war signifikant, wobei sich der Unterschied nach der Geburt noch vergrößerte.

Die Unterteilung der Stichprobe in die drei Gruppen „keine/kaum psychische Belastung“, „mittlere psychische Belastung“ und „starke psychische Belastung/ Postpartale Depression“, führte einerseits zu einer Reduktion der Information, andererseits wurde durch die Einführung der mittleren psychischen Belastung eine Gruppe gebildet, zu welcher einige Teilnehmer:innen zugeordnet werden konnten. Sie ermöglichte, die Personen, die in einem nicht pathologischen Ausmaß belastet waren, weiter zu differenzieren und zu verstehen.

Die Möglichkeit, dass allein durch das freiwillige Angebot zur Teilnahme an dieser Untersuchung eine Vorauswahl der Paare stattgefunden haben könnte, die bezüglich der psychischen Belastung auf der Suche nach Hilfe waren, lässt sich nicht bestätigen. Die Daten unterstützen eine solche Annahme nicht.
Betrachtet man die psychische Belastung der Stichprobe, ist es von grundlegender Bedeutung, sich mit ihrer Erfassung zu beschäftigen. Die EPDS, die laut Literatur die psychische Belastung nach der Geburt misst (Cox & Holden, 2003), erfasste in dieser Untersuchung außerdem die psychische Belastung vor der Geburt des Kindes. Die genaue Auseinandersetzung mit den zehn Items verdeutlicht, dass der Fragebogen inhaltlich nicht zwingend an die Zeit nach der Geburt geknüpft werden muss. Näher wird dies im Absatz zur EPDS diskutiert.
Für diese Stichprobe liegt die Annahme nahe, dass, wer in Phase 7 „Wochenbett – Phase der Überwältigung und Erholung“ nach Fischer und Geene (2017), nicht psychisch belastet war, wahrscheinlich auch nach der Geburt nicht oder kaum psychisch belastet war. Dies zeigte sich unter den Vätern noch etwas deutlicher.
Der Unterschied in der Belastung zwischen Männern und Frauen vor und nach der Geburt war deutlich zu erkennen. Mit Blick auf die 65 Paare der vorliegenden Untersuchung, zeigte sich bei den Frauen im Vergleich zu ihrem Partner sowohl ohne als auch bei mittlerer psychischer Belastung vor der Geburt eine höhere Wahrscheinlichkeit nach der Geburt eine postpartale Depression zu entwickeln. Bei den Männern trat ebenfalls eine Tendenz auf, nach der Geburt stärker psychisch belastet zu sein. Allerdings war diese weitaus weniger ausgeprägt. Die Ursachen dafür können zahlreich sein, da sich beispielsweise die Unterschiede, mit welchen Herausforderungen Frauen und Männern nach der Geburt konfrontiert waren, an einigen Stellen unterscheiden: Ein Unterschied mag in der Körperempfindung bestehen. In den Wochen nach der Geburt bildet sich der Körper der Frau zwar zurück, jedoch bleiben auch Veränderungen bestehen. Einerseits die physiologische Herausforderung der raschen Gewichtsabnahme nach der Geburt oder der Rückbildung der Muskeln, die Heilung der Geburtsverletzungen, und andererseits auch die psychische Auseinandersetzung mit der eigenen Weiblichkeit und dem weiblichen Körper – all das beobachtet der Partner von außen und nicht bei sich selbst. Die damit verbundenen hormonellen Veränderungen finden ebenfalls verstärkt bei der Mutter statt, wobei auch bei Vätern, abhängig von der Intensität im Umgang mit dem Kind, Veränderungen in der bestehenden Literatur nachgewiesen werden konnten. Ein weiterer Grund für den Unterschied in der psychischen Belastung bei Männern und Frauen rund um die Geburt basiert möglicherweise auf der diesbezüglichen gesellschaftlichen Ausrichtung. Die traditionelle Rollenverteilung, die vorsieht, dass die Frau zuhause das Neugeborene betreut und der Mann weiterhin seinen Beruf ausübt, lockert sich an einigen Stellen und wird auch zaghaft von der Politik unterstützt. Allerdings bleibt es üblich, dass die Frau ihr bisheriges berufliches Leben zurückstellt, um sich um das Neugeborene zu kümmern (Statistisches Bundesamt, 2022). Während sich der Alltag der Frau damit meist grundlegend verändert, erlebt der Mann die Veränderung auch, jedoch bleibt sein beruflicher Alltag in den meisten Fällen bestehen. Es liegt nahe, dass dadurch mehr Distanz zur neuen triadischen

Situation entsteht und zeitlich begrenzt durch Konzentration auf andere Inhalte psychische Entlastung stattfinden kann.
Ein Anliegen dieser Untersuchung war es, die psychische Belastung des Partners rund um die Geburt besser zu verstehen. Ob und wie sich die psychische Belastung der Partner in der vorliegenden Stichprobe gegenseitig bedingen können wird nun im folgenden Abschnitt näher betrachtet.

Die Auswirkung von psychischer Belastung eines Elternteils auf den anderen Elternteil

Durch zwei Messzeitpunkte, an welchen die Frauen und Männer durch ihre Angaben einer der drei Gruppen zur psychischen Belastung zugeordnet wurden, ergeben sich insgesamt 81 mögliche Paar-Belastungs-Konstellationen (siehe Anlage A). Tatsächlich traten in der vorliegenden Stichprobe vierzehn dieser Konstellationen auf (siehe Abbildung 9, Anzahl der Pfeile in grün, orange und rot). Im dargestellten Sankey-Diagramm entspricht die Stärke der Pfeile der Anzahl der spezifischen Konstellationen in Relation zur gesamten Stichprobe. Es wird deutlich, dass die Paare, die sowohl vor als auch nach der Geburt nicht oder kaum psychisch belastet erschienen, am häufigsten vertreten waren. Andere Pfeile sind schmal und verdeutlichen damit, dass sie zum Teil einzelne Paare repräsentieren und damit keine allgemeingültigen Tendenzen zulassen. Zusammengefasst blieben alle Paare über die Geburt hinweg entweder vergleichsweise in ähnlichem Ausmaß psychisch belastet oder waren nach der Geburt belasteter als zum Messzeitpunkt vor der Geburt. In zwei der 65 Fällen befanden sich beide Partner bereits vor der Geburt mindestens in einer mittleren psychischen Belastung und blieben auch nach der Geburt mindestens so stark belastet.

Verschreibung eines Antidepressivums während der Schwangerschaft und nach der Geburt

In der vorliegenden Untersuchung gaben zwei Frauen an, ein Antidepressivum einzunehmen. Sie bestätigten dies sowohl im ersten als auch im zweiten Messzeitpunkt. Anteilig an der Gesamtstichprobe der Frauen entsprach dies einem Anteil von etwa drei Prozent. Verglichen mit der Arbeit von Peterson et al. (2018), in welcher auf eine weitaus umfassendere Stichprobe zurückgegriffen werden konnte, ist der Wert etwas höher als demnach erwartet. Dass kein Mann angab, ein Antidepressivum einzunehmen, ist im Hinblick auf die Größe der Stichprobe mit der bestehenden Literatur konform.
Offen bleibt, inwiefern die 19 Frauen, die nach der Geburt auf Grundlage der EPDS die Kriterien einer postpartalen Depression erfüllten, ihre psychische Belastung während eines Arzttermins in den ersten acht Wochen nach der Geburt kommunizierten und ob ihnen daraufhin ein Antidepressivum empfohlen wurde, gegen das sie sich vielleicht letztendlich entschieden.
Zusätzlich zur Verschreibung und Einnahme eines Antidepressivums wurden psychische Vorerkrankungen vor der Geburt erfasst. Sechs Frauen gaben frühere Erkrankungen an. Auch hier konnten keine Angaben von werdenden Vätern dokumentiert werden.

Subjektiv erlebter Stress: Dyadisches Coping in der Partnerschaft

Das Dyadische Coping Inventar (DCI) wurde in dieser Untersuchung zur Erfassung des gemeinsamen Umgangs mit Stress vor und nach der Geburt in der Partnerschaft genutzt. Es gibt Untersuchungen, die diesen Fragebogen nutzten (z.B. Milek & Bodenmann, 2018), um

mithilfe von mehreren Messzeitpunkten Entwicklungen im Umgang mit Stress abzubilden, jedoch ist keine Untersuchung bekannt, die sich der Veränderung um die Geburt widmete.
In den Ergebnissen wurden zwei Arten von Coping unterschieden: Einerseits das „dyadische Coping“, das die Auswertung des gesamten Inventars beinhaltet. Hier wurde die subjektive Einschätzung des eigenen Umgangs mit Stress, die Einschätzung über den Umgang des Partners oder der Partnerin mit Stress und der gemeinsame Umgang mit Stress zusammengefasst. Andererseits wurde letztgenannter gemeinsamer Umgang mit Stress als „gemeinsames dyadisches Coping“ beschrieben.
Im Folgenden wird zuerst auf die Ergebnisse des dyadischen Copings eingegangen. Etwa 30% der Paare erlebten sich selbst, ihren Partner oder ihre Partnerin und sich gemeinsam nach der Geburt besser oder gleich im Umgang mit Stress. In etwa 30% der Partnerschaften erlebten sich die Paare beide schlechter im Umgang mit Stress verglichen zum ersten Messzeitpunkt vor der Geburt. Die übrigen etwa 40% der Paare setzten sich aus Mischformen zusammen, wobei zumindest entweder der Mann oder die Frau den Umgang mit Stress im Vergleich nach der Geburt schlechter einschätzten. Es ist anzunehmen, dass der Alltag mit einem Säugling stressbehafteter ist, als der vor der Geburt. Doch stellt sich die Frage, weshalb und schließlich auch worin sich die veränderte Einschätzung im Umgang mit Stress zeigte. Die Geburt markiert den Übergang von der Dyade der Partnerschaft in eine Triade als Familie. Wie auch von Doss et al. (2009) beschrieben, findet zwischen Mann und Frau mindestens für einen Zeitraum eine Entfernung voneinander statt. Nahe liegt, dass sowohl Mutter als auch Vater dazu neigen, oft allein mit anfallendem Stress umzugehen. Ein Umfang von Stress, der bisweilen gut gemeinsam zu bewältigen war, wächst möglicherweise auf ein nicht zuvor dagewesenes Ausmaß an, für die das Paar bis dahin keine gemeinsamen Bewältigungsstrategien erlernt hat. Hinzu kommen physiologische Herausforderungen wie Schlafmangel oder die fehlende Zeit, sich über gemeinsame Themen auszutauschen.
Noch deutlicher zeigten dies die Daten mit einem ausschließlichen Blick auf das gemeinsame dyadische Coping. Mehr als die Hälfte der Stichprobe erlebte den gemeinsamen Umgang mit Stress nach der Geburt schlechter als zuvor. Doch auch etwa 15% der Paare beschrieben sich im Umgang besser als vor der Geburt. Ebenfalls nennenswert waren die etwa 35% der Stichprobe, die keine Veränderung im gemeinsamen Umfang mit Stress sahen. Um ein umfassenderes Verständnis dafür zu entwickeln, was Paare hinsichtlich des dyadischen Copings nach einer Geburt stärkt oder schwächt, werden weitere und spezifischere Untersuchungen zum gemeinsamen Umgang mit Stress rund um die Geburt benötigt. Eine erste Idee an dieser Stelle ist, die Paare schon vor der Geburt für den gemeinsamen Umgang mit dem vermutlich ansteigenden Stresslevel zu sensibilisieren und sie dazu zu ermutigen, sich präventiv selbst, gegenseitig und gemeinsam mit dem Thema Stress besser kennenzulernen und auseinanderzusetzen.

Dyadisches Coping und psychische Belastung

Die vorliegende Stichprobe wurde hinsichtlich ihrer psychischen Belastung in Abhängigkeit von ihrer Einschätzung im gemeinsamen Umgang mit Stress betrachtet. Die Frauen und Männer, die angaben, dass sich das dyadische Coping zwischen ihnen und ihrer Partnerin oder ihres Partners nach der Geburt verschlechtert hat, gaben durchschnittlich nach der Geburt eine höhere psychische Belastung an. Für die Frauen galt dies ebenfalls, wenn das dyadische Coping nach der Geburt gleich oder besser eingeschätzt wird. Mit Blick auf die Daten der Frauen liegt es nahe, dass sie ganz unabhängig vom gemeinsamen Umgang mit Stress mit ihrem Partner zum zweiten Messzeitpunkt nach der Geburt psychisch belasteter

waren. Die Annahme besteht, dass der gemeinsame Umgang in der Partnerschaft weniger Einfluss auf die psychische Belastung der Frau hat, als dies bei ihrem Partner der Fall war. Bleibt für den Mann der gemeinsame Umgang mit Stress nach der Geburt gleich oder wird gar als besser eingeschätzt, war die Veränderung seiner psychischen Belastung zu vernachlässigen. Dies gibt einen Anhaltspunkt darauf, dass insbesondere Männer von einer präventiven Entwicklung des gemeinsamen Umgangs mit Stress auch bezüglich ihrer psychischen Belastung profitieren könnten. Ein Einfluss des gemeinsamen Umgangs mit Stress auf das psychische Wohlbefinden der Frau hingegen ließ sich in dieser Stichprobe nicht nachweisen.

Faktoren für Partnerschaftszufriedenheit nach der Geburt eines ersten gemeinsamen Kindes

Die Beziehungszufriedenheit nach der Geburt konnte in der vorliegenden Stichprobe mithilfe einer Regression mit Rückwärtselimination durch vorherrschend folgende vier Komponenten beschrieben werden:

1. Betreuung durch Fachpersonal während der Geburt
2. Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Sexualität nach der Geburt
3. Gemeinsames Dyadisches Coping nach der Geburt
4. Psychische Belastung nach der Geburt

Die Komponente mit dem größten Regressionskoeffizienten des Modells nach der Rückwärtselimination war die Betreuung durch Fachpersonal während der Geburt. Möglich ist, dass sich eine gute Betreuung während der Geburt, sowohl für die Frauen als auch für ihre Geburtsbegleiter, positiv und verbindend für die Partnerschaft auswirkt, was sich fortfolgend positiv auf die Partnerschaftszufriedenheit niederschlagen kann. Etheridge und Slade (2017) setzten sich bereits, wie in der Theorie beschrieben, mit dem dramatischen Erleben werdender Väter während der Geburt auseinander. Wichtige Faktoren, wie nicht ausreichend übermittelte Informationen oder Hilflosigkeit, betrafen auch die Betreuung durch Fachpersonal während der Geburt. Johansson et al. (2012) konnten dies sogar damit unterstreichen, dass Väter während der Geburt ihres Kindes informiert werden wollen. Hier wäre eine Betrachtung hilfreich, die die Handlungsweisen einer guten und hilfreichen Betreuung während der Geburt einerseits für die Frau, aber auch für den Geburtsbegleiter erfasst, da davon auszugehen ist, dass sich deren Bedürfnisse und Erwartungen unterscheiden (Erlandsson & Lindgren, 2009).
Ähnlich einflussreich auf die abhängige Variable Beziehungszufriedenheit nach der Geburt war die Zufriedenheit mit der gemeinsamen partnerschaftlichen Sexualität nach der Geburt. Die subjektive Zufriedenheit mit Sexualität gestaltet sich generell als vielseitig und möglicherweise gestaltet sie sich in der Phase etwa acht Wochen nach der Geburt noch vielschichtiger als in anderen Phasen des Lebens. Zusammenfassend kann diese Untersuchung keine weiteren Annahmen über die Zufriedenheit mit der Sexualität eines Paares kurz nach dem Wochenbett aufstellen.
Ein hoch ausgeprägtes gemeinsames dyadisches Coping nach der Geburt stellte den stärksten Prädiktor für Zufriedenheit in der Partnerschaft in der vorliegenden Stichprobe dar. Gelingt einem Paar der gemeinsame Umgang mit Stress gut, liegt nahe, dass dies zur allgemeinen partnerschaftlichen Zufriedenheit beitragen kann.
Je höher die psychische Belastung nach der Geburt war, desto geringer war die Zufriedenheit mit der eigenen Partnerschaft.

Beschrieben sich eine oder beide Personen in der Partnerschaft als psychisch belastet, hatte dies in der vorliegenden Stichprobe negative Auswirkungen auf die Zufriedenheit in der Partnerschaft. Dies liegt nahe, da die psychische Belastung und das dyadische Coping insbesondere bei den Frauen in einem umgekehrten Zusammenhang standen.

4.2. Kritische Betrachtung des Untersuchungsdesigns, der Datenerhebung, der Stichprobe und der Rahmenbedingungen

Untersuchungsdesign

Mit Blick auf das 10-Phasen-Modell nach Fischer und Geene (2017) fand der erste Teil der Untersuchung in der Phase der Subjektwerdung oder bereits der Phase der Antizipation und Vorbereitung statt. Spätestens in der Phase der Subjektwerdung, kann, wie die Bezeichnung bereits beschreibt, davon ausgegangen werden, dass das Kind bei den werdenden Eltern präsent ist. Auch wenn es noch nicht geboren wurde, ist es insbesondere für die Frau, die bald ein Kind zur Welt bringen wird, spürbar. Schon in dieser Phase ist davon auszugehen, dass sich das Paar durch die Vorbereitung bereits in seiner Partnerschaft verändert. Der Übergang von der Dyade in die Triade ist nicht der Moment der Geburt, sondern ein Prozess, der spätestens hier in den beiden Phasen, in der Zeit, in der auch die erste Erhebung stattfand, begann. Die vorliegenden Daten konnten ausschließlich erhoben werden, als die Paare vor Ort waren. Deshalb musste sich der Zeitpunkt der Erhebung in die Organisation der Geburtsvorbereitungskurse einfügen. Eben dieser Zeitpunkt der ersten Erhebung kann kritisch hinterfragt werden. Bereits schon vor einer Schwangerschaft oder während anderer Phasen des Modells wäre es von Interesse, einen Einblick bezüglich psychischer Belastung und gemeinsamem Umgang mit Stress in der Partnerschaft zu erhalten. Vor einer Schwangerschaft setzen sich einige Paare präkonzeptionell mit dem Herausbilden elementarer Voraussetzungen und der eigenen Fruchtbarkeit auseinander. Charakteristisch für eine Phase, die die Zeit vor einer Schwangerschaft beschreibt, ist jedoch, dass sie strenggenommen erst definiert werden kann, wenn die Schwangerschaft begonnen hat. Sobald ein Paar weiß, dass es ein Kind erwartet, befindet es sich unmittelbar in Phase 2, der Zeit der Orientierung.

Der zweite Messzeitpunkt fand für die Paare in den Phasen 7 oder 8 statt. Etwa acht Wochen nach der Geburt befindet sich die Frau dem 10-Phasen-Modell (Fischer & Geene, 2017) zufolge im Wochenbett, einer Zeit in der sich sowohl Mutter als auch Vater in einem Wechselspiel zwischen Freude, Stolz und Erschöpfung befinden. Die Eltern sind mit den Veränderungen im Tagesablauf und mit der neuen Verantwortung konfrontiert. Frauen setzen sich mit den Veränderungen ihres eigenen Körpers auseinander. Auch dieser Zeitpunkt der Erhebung wurde durch die Rahmenbedingungen festgelegt: Die Frauen begannen etwa acht Wochen nach der Geburt mit der Rückbildungsgymnastik, zu der sie für einen Termin von ihrem Partner begleitet wurden. In dieser Phase Daten zu erheben war gerade deshalb von Bedeutung, weil sich Partnerschaften dann in einem grundlegenden Veränderungsprozess befinden. Wünschenswert wäre ein weiterer Messzeitpunkt in oder nach der Phase der Stabilisierung, etwa ein Jahr nach der Geburt, gewesen. Nicht nur aufgrund der Entwicklung der Partnerschaft und dem neuen Rollengefüge, sondern auch im Hinblick auf die psychische

Belastung wäre hier von einem Mehrwert auszugehen. An dieser Stelle beispielsweise zu erheben, wie es Müttern und Vätern etwa ein Jahr nach der Geburt ihres ersten gemeinsamen Kindes geht, würde unter anderem eine Gruppe identifizieren, die sich nach der Geburt psychisch stark belastet fühlte, sich bis dann jedoch weitestgehend erholt hat. Nach einem Jahr, in Phase 9 des Modells, kann von einer gewissen Stabilisierung ausgegangen werden und die Paare könnten retrospektiv weitere Erkenntnisse liefern.

Datenerhebung und -auswertung

Die von der Poweranalyse a priori berechnetet Teilnehmer:innenzahl von 88 Frauen und 88 Männern zur Auswertung bei t-Tests konnte aufgrund einer vorzeitigen Beendigung der Erhebungsphase nicht erreicht werden. Die Erhebung der Daten in den Hebammenpraxen begann im Januar 2019 nach dem positiven Ethikvotum der Universität Leipzig. Da das Design eine anonymisierte Erhebung vorsah, war es unmöglich, Paare zu kontaktieren und damit auf den zweiten Messzeitpunkt aufmerksam zu machen. Nur durch die Teilnahme der Frau am Rückbildungskurs ergab sich die Möglichkeit, an der zweiten Erhebung teilzunehmen. Durch Covid-19 musste die Datenerhebung im März 2020 eingestellt werden, da keine Gruppen mehr vor Ort in den Praxisräumlichkeiten stattfinden konnten.
Die Erfahrung, die ich in der Zeit seit der Planung und Durchführung der Untersuchung gesammelt habe und der aktuelle wissenschaftliche Stand, verdeutlichen, dass bei subjektiv empfundener psychischer Belastung die Geburtserfahrung näher und umfangreicher erfragt werden sollte. Oft liegt ein Zusammenhang zwischen einer traumatischen Geburtserfahrung und der psychischen Belastung im Anschluss nahe.
Im Folgenden werden die für die Untersuchung ausgewählten Inventare diskutiert:

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Zur Erfassung der psychischen Belastung nach und auch vor der Geburt ist die EPDS ein häufig verwendeter Fragebogen, was nicht zuletzt an der Niedrigschwelligkeit durch die geringe Itemanzahl (10) liegen mag.
Erst im Prozess der Erhebung wurde mir deutlich, dass bei genauerer Betrachtung der zehn Items hinsichtlich ihrer Abgrenzungen zu anderen psychischen Diagnosen nicht zwischen einer postpartalen Depression und einer Anpassungsstörung differenziert wird. Eine Anpassungsstörung ist eine psychische Reaktion auf einmalige oder fortbestehende identifizierbare psychosoziale Belastungsfaktoren, die die Entwicklung klinisch bedeutsamer emotionaler oder verhaltensmäßiger Symptome zur Folge hat. Während im ICD-10 unter F53.- („Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, andernorts nicht klassifiziert“) die postpartale Depression nicht weiter definiert wird, bestehen festgelegte Kriterien für die Anpassungsstörung unter F43.2 (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2020):

A. Identifizierbare psychosoziale Belastung, von einem nicht außergewöhnlichen oder katastrophalen Ausmaß; Beginn der Symptome innerhalb eines Monats.

B. Symptome und Verhaltensstörungen, wie sie bei affektiven Störungen (F3) (außer Wahngedanken und Halluzinationen), bei Störungen des Kapitels F4 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) und bei den Störungen des Sozialverhaltens (F91) vorkommen. Die Kriterien einer einzelnen Störung werden aber nicht erfüllt. Die Symptome können in Art und Schwere variieren.

C. Die Symptome dauern nicht länger als sechs Monate nach Ende der Belastung oder ihrer Folgen an, außer bei der längeren depressiven Reaktion (F43.21). Bis zu einer Dauer von sechs Monaten kann die Diagnose einer Anpassungsstörung gestellt werden.

Die Symptome der Anpassungsstörung sind vielfältig und gleichen an einigen Stellen der psychischen Belastung oder gar der postpartalen Depression. Ein Unterschied ist grundlegend: Während die postpartale Depression keinen festgelegten Auslöser benötigt, und eine Geburt lediglich als zeitlichen Bezugspunkt beschreibt, entsteht die Anpassungsstörung erst durch diese. Die EPDS erfasst nicht, inwiefern die Geburt als belastend empfunden wurde. Es ist keine Literatur bekannt, die auf diesen essenziellen Unterschied hinweist. Fraglich bleibt deshalb, für welche Frauen und Männer in der vorliegenden Untersuchung die Geburt der Auslöser für die in der EPDS angegebenen Symptome war.
Betrachtet man die EPDS und ihre Items differenziert, wird deutlich, dass keine der Fragen speziell auf die Zeit nach der Geburt eines Kindes formuliert wurde. Stattdessen werden schlicht die Symptome einer depressiven Episode abgefragt. Insbesondere im Hinblick auf die Partnerschaft, die in dieser Untersuchung und auch in den Ergebnissen von zentraler Beachtung war, sollte ins Auge gefasst werden, der Abfrage der Paarbeziehung und Beziehungen im weitesten Sinne einen Platz bei der Erfassung von psychischer Belastung zu geben.
Ein weiterer nennenswerter Punkt liegt in der Annahme, dass die Items Parallelen zu ganz üblichen Zuständen in den ersten Wochen nach einer Geburt und der Definition einer postpartalen Depression bestehen. „Ich war ängstlich und mache mir unnötig Sorgen“ oder „Mir ist alles zu viel geworden“ können Sätze sein, die eine Mutter oder ein Vater nach der Geburt eines ersten gemeinsamen Kindes sagen werden. Die erste Zeit als Familie ist herausfordernd, wobei der Übergang in eine schwerwiegende psychische Belastung fließend ist. Gerade das macht die Identifizierung der Personen, die wahrscheinlich schwer und langfristig erkranken werden oder dann bereits erkrankt sind, schwer. Die EPDS bleibt eine valide Möglichkeit, die psychische Belastung nach der Geburt zu erfassen, jedoch sollten umfangreichere Alternativen neben den üblichen Inventaren zur Erfassung einer depressiven Episode nach einer Geburt erarbeitet werden.

Dyadisches Coping Inventar (DCI)

Das DCI stellte in der Befragung der Paare einen umfangreichen Anteil des zu bearbeitenden Fragebogens dar. Zusätzlich gestaltete sich die Auswertung zeitintensiv.

Stichprobe

Die Datenerhebung dieser Untersuchung fand in vier Hebammenpraxen der Stadt Leipzig (Stadtgebiete Gohlis, Südvorstadt und Plagwitz) und in einer Hebammenpraxis der Stadt Markkleeberg statt. Bei den aufgeführten Stadtvierteln handelte es sich überwiegend um mittelschichtsorientierte Stadtgebiete mit durchschnittlich hoher Bildung und geringer Arbeitslosigkeit. Diese Eigenschaften fanden sich auch in der vorliegenden Stichprobe.
Auch soziale Unterschiede waren räumlich und regional verortet. Trotz wiederholter Anläufe in Stadtteilen mit vom Bildungswesen weniger erreichten Personen, beispielsweise durch Kontakte zu Mütterzentren, gelang es nicht, repräsentative Daten von Paaren vor und nach der Geburt zu erheben. Dadurch fand trotz des aktiven Bestrebens, eine sozial breit aufgestellte Gruppe für die Untersuchung zu gewinnen, eine räumliche Vorselektion der Paare statt. Die Herausforderung, Paare zu erreichen, die sich nicht durch einen Vorbereitungskurs

mit der anstehenden Geburt auseinandersetzten, zeigt zweierlei: Einerseits gibt es die Frauen und Paare, die nicht von Hebammen vor- und nachbetreut werden. Andererseits fallen sicherlich Frauen durch das Betreuungsnetz durch den Mangel an Information bezüglich einer solchen Versorgung oder Paare gehen davon aus, dass sie keine Unterstützung benötigen. Diese Gruppen zu erfassen, ist in der vorliegenden Untersuchung leider nicht gelungen. Es ist davon auszugehen, dass sozial benachteiligte Schwangere von der Versorgung durch Hebammen immer noch wenig profitieren, weil diese sie häufig nicht erreicht.
Unter den vier genannten Hebammenpraxen in der Stadt Leipzig befand sich ein Geburtshaus. Es ist davon auszugehen, dass sich Paare, die planen, in einem Geburtshaus zu entbinden, bewusst für diese Art von Geburt entscheiden. Die Annahme liegt nahe, dass der Wunsch nach einer selbstbestimmten Geburt einen großen Faktor darstellt. Fraglich bleibt, ob es beispielsweise einen Unterschied in der psychischen Belastung vor und nach der Geburt, im gemeinsamen Umgang mit Stress oder dem Geburtserlebnis verglichen zu den Entbindungen in der Klinik gibt.

Was diese Untersuchung auszeichnet, ist die Gleichbeteiligung der Frauen und Männer. Die Partner wurden im gleichen Ausmaß wie die Schwangeren befragt. Grund dafür war insbesondere, mehr über den Umgang mit gemeinsamem Stress in der Partnerschaft rund um die Geburt zu erfahren. Das führte dazu, dass ausschließlich Paare an der Erhebung teilnehmen konnten, die sowohl gemeinsam den Geburtsvorbereitungskurs als auch wiederum gemeinsam zu einem Termin vor oder nach der Rückbildungsgymnastik in der Hebammenpraxis anwesend waren. Paare, bei denen der Mann beruflich oder aus anderen Gründen nicht anwesend sein konnte, fielen daher aus der Untersuchung heraus. Eine Gruppe, die außerdem durch den Schwerpunkt auf Partnerschaft in dieser Arbeit nicht betrachtet werden konnte, sind die Frauen, die zwar eine erste Schwangerschaft erleben, ihr Kind allerdings ohne den Vater aufziehen werden. Weitere Untersuchungen sollten sich dieser Gruppe widmen, um unter anderem deren psychische Belastung vor und nach der Geburt erfassen zu können.
Da sowohl die Geburtsvorbereitungskurse als auch die Fragebögen der Untersuchung in deutscher Sprache stattfanden und verfasst wurden, ist dies nur noch ein weiterer Punkt dafür, davon auszugehen, dass die kulturelle Vielfalt eingeschränkt und die Charakteristik der Stichprobe auch hier eher homogen war.
Kritisch zu betrachten bleibt die Entscheidung, ausschließlich heterosexuelle Paare mit in die Untersuchung einzubeziehen. Grund dafür war ursprünglich die Annahme, dass sich durch die Integration von homosexuellen Paaren eine schwer zu kontrollierende Vielfalt in den Daten niederschlägt. Eine Sorge war beispielsweise, dass der Prozess und die Art der Befruchtung einen großen Einfluss auf die Ergebnisse haben könnte.

Rahmenbedingungen

Diese Dissertation wurde durch ein Stipendium der Hans-Böckler-Stiftung finanziert. Dadurch ergab sich die besondere Möglichkeit zunächst frei an diesem selbst entwickelten Projekt zu arbeiten. Die Stiftung förderte mich für vier Jahre. Durch die Abhängigkeit von einem positiven Votum der Ethikkommission vorerst durch die Universität Ulm und dann alternativ durch die Universität Leipzig veränderten sich verschiedene Rahmenbedingungen des zuvor erstellten Studienprotokolls. Die weitreichendste Veränderung hier war die Anonymität der werdenden Eltern, was selbstverständlich zu einer Änderung der Datenerhebung führte. Dies wurde bereits ausführlicher beschrieben.

Eine Beobachtung, die in diesem Fall keine negativen Auswirkungen hatte war die, dass die Erhebung in den Praxen von der konstanten und dauerhaften Kooperation der Hebammen abhängig war. Die Hebammen kooperierten aus Überzeugung an der Untersuchung, hatten jedoch keinen direkten Nutzen.

4.3. Was unterstützt? – Quintessenz und weiterführende Untersuchungen

Resümierend werden im Folgenden nun präventiv, während der Geburt und postpartal mögliche unterstützende Faktoren genannt und im Hinblick auf weiterführende Untersuchungen diskutiert.

Prävention

Mit Fokus darauf, dass das „Gemeinsame Dyadische Coping nach der Geburt“ in der vorliegenden Untersuchung stärkster Faktor hinsichtlich der Partnerschaftszufriedenheit nach der Geburt war, liegt die Überlegung nahe, dieses präventiv vor der Geburt zu stärken. In Anlehnung an das Stresspräventionstraining paarlife von Bodenmann (1997, 2000a) könnte beispielsweise eine Folgeuntersuchung eine Evaluierung des Programms vor der Geburt durchführen. Paarlife umfasst fünf Module, die relevant und übertragbar für die Situation eines Paares vor der Geburt ihres ersten gemeinsamen Kindes sind. Mit seinem Umfang von 18 Stunden (5 Module) ist es recht umfangreich und sollte gegebenenfalls angepasst werden. Aufgrund der besonderen Situation, in der sich Paare vor der Geburt eines ersten gemeinsamen Kindes befinden, sollte über eine Spezifizierung für diese Zielgruppe in den Modulen nachgedacht werden. Zum Thema Gerechtigkeit und Fairness in Modul vier würde es sich beispielsweise anbieten, die meist unausgeglichen Positionen und Belastungen in der Elternzeit anzusprechen und einen Austausch darüber anzuregen, wie sich die Paare damit mit Blick auf die Zeit nach der Geburt fühlen könnten.

Im Hinblick auf die Geburt empfiehlt die S3-Leitlinie außerdem in Anlehnung an die NICE-Leitlinie CG 190 „Intrapartum care for healthy women and babies“, dass alle Erstgebärenden in der Schwangerschaft darüber informiert werden sollen, was sie in der Latenzphase erwartet, wie sie mit dem Schmerz umgehen können, wie sie ihr geburtshilfliches Team kontaktieren können und was im Notfall zu tun ist (Empfehlung 7.12). Zusätzlich empfiehlt sie, dass alle Erstgebärenden im Vorfeld darüber informiert werden sollen, was die Zeichen eines Geburtsbeginns sind, wie sie Vorwehen von Geburtswehen unterscheiden, in welcher Frequenz und Dauer Geburtswehen erfolgen, wie sich ein Blasensprung äußert und was ein natürlicher vaginaler Ausfluss in der Schwangerschaft und unter der Geburt ist. Dies findet im Idealfall während eines Geburtsvorbereitungskurses bei einer Hebamme statt. Für Paare, die aus verschiedenen Gründen nicht an solch einer Vorbereitung teilnehmen können oder wollen, könnte es sinnvoll sein, über eine alternative, niedrigschwellige Wissensvermittlung nachzudenken.

Während der Geburt

Ein weiterer Prädiktor für die Partnerschaftszufriedenheit nach der Geburt war in dieser Untersuchung „die Betreuung während der Geburt“. Diese Untersuchung widmete sich der Betreuung durch Fachpersonal während der Geburt. Hier wurde auf Grundlage der Stichprobe deutlich, dass sowohl die Frauen als auch die Männer durchschnittlich von einer besseren Geburtserfahrung berichteten, wenn sie gleichzeitig angaben, dass Sie während der Geburt gut betreut wurden. Was eine gute Betreuung darstellte, blieb in dieser Untersuchung individuell und nicht differenziert erfasst. Es ist davon auszugehen, dass unter anderem fachliche Kompetenz, Aufmerksamkeit für das Paar, Einfühlungsvermögen und die Möglichkeit mitzuentscheiden, sich handlungsfähig zu fühlen, eine Rolle spielen. Die im Theorieteil näher beschriebene S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe & Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft, 2020) setzt hier an. Sie verdeutlicht die grundlegende Wichtigkeit der Anwesenheit und Ansprechbarkeit des Fachpersonals während der Geburt. Sie empfiehlt, trotz des Wissens um Personalmangel, zuzuhören und die Bedürfnisse und Wünsche der Frau zu unterstützen. Richtig zuhören hat Konsequenzen für die Handlungen der Hebammen und Ärzt:innen, was hier auf Grundlage der Ergebnisse dieser Untersuchung unterstrichen werden soll.
Auch in der Leitlinie bleibt die Definition der Rolle des Geburtsbegleiters oder der Geburtsbegleiterin aus. In dieser Stichprobe wurde deutlich, dass sich eine Frau während der Geburt wohler fühlte, wenn ihr Partner anwesend war. Diese Rolle trägt ungenutztes Potential zur Unterstützung in sich, die keinesfalls das Fachpersonal ersetzt. Doch beispielsweise die Rolle des Mannes in Notsituationen, wenn das Neugeborene vielleicht von seiner Mutter getrennt wird, zu überdenken und klar zu definieren, könnte ein Gewinn für das gesamte Geschehen haben. Es ist keinesfalls davon auszugehen, dass der Mann unbeschwerter als die Frau mit einer neuen und schwierigen Situation kurz nach der Geburt umgehen wird. Deshalb sollte ihm unbedingt die nötige Aufmerksamkeit geschenkt und Einfühlungsvermögen entgegengebracht werden.

Im Wochenbett und im ersten Jahr

Im Hinblick auf die Unterstützung des Paares von außen wurden sowohl im Wochenbett als auch danach mit der vorliegenden Stichprobe keine Daten erhoben. Trotzdem sollen im Folgenden frühere wissenschaftliche Ergebnisse aber auch gesellschaftliche und politische Standpunkte sowie allgemeine Inhalte genannt und kurz diskutiert werden.

Eine Erkenntnis aus früheren wissenschaftlichen Untersuchungen ist es, dass ein stabiles soziales Umfeld für die Frau nach der Geburt ein nennenswerter Faktor dafür ist, sich mit einem Neugeborenen weniger psychisch belastet zu fühlen. Es ist davon auszugehen, dass sich dies auf ein stabiles soziales Umfeld für Paare übertragen lässt. Und es ist anzunehmen, dass Großeltern, Freunde, Verwandte und Bekannte eines Paares, das sein erstes Kind bekommen hat, physisch oder nicht physisch präsent, als Unterstützung wahrgenommen werden.

Eine Person, die im Wochenbett bei guter Passung dem Paar ausgesprochen nahekommt, ist die Nachsorge-Hebamme. Neben dem Blick auf die psychische Verfassung der Mutter, sollte sie, auch wenn der Fokus die Betreuung der Frau darstellt, einen Teil der Aufmerksamkeit der Partnerschaft ihrer Klientin widmen. Gerade weil immer wieder Stimmen zur Knappheit von Nachsorge-Hebammen oder deren geringen Vergütung laut werden, sollte hier über eine

Unterstützung dieses Fachpersonals nachgedacht werden. Dies soll nicht nahelegen, den Beruf der Hebamme um den der Psychologischen Psychotherapeutin oder Paarberaterin zu erweitern, jedoch ist es der Hinweis, Hebammen zur Wichtigkeit eines Blicks auf das Paarsystem zu sensibilisieren, vielleicht sogar in einer standardisierten Form. Es ist sicher hilfreich, hier ein interdisziplinäres Netz in der eigenen Umgebung aufzubauen, damit sie gegebenenfalls Verantwortung an anderes Fachpersonal abgeben kann.

Auf politischer Ebene sieht die beschlossene EU-Vereinbarkeitsrichtlinie vor, dass Väter direkt nach der Geburt zehn Tage Vaterschaftsurlaub erhalten. Die Bundesregierung setzt die Richtlinie bisher nicht durch mit der Begründung, dass die bestehenden Gesetze in Deutschland bereits ausreichten (Deutscher Gewerkschaftsbund, 2021). Ein Gutachten des Deutschen Gewerkschaftsbundes widerspricht der Bundesregierung: Auch Deutschland müsse die zehn Tage Vaterschaftsurlaub umsetzen. Die zehn Tage seien ein wesentlicher Punkt für die Vater-Kind-Bindung und neben dem Elterngeld ein Anreiz für Väter, sich aktiv an der partnerschaftlichen Kinderbetreuung zu beteiligen. Auch wenn die Bezeichnung „-Urlaub“ für die zehn Tage Vaterzeit etwas unglücklich gewählt wirkt, unterstützen die Ergebnisse dieser Arbeit die EU-Vereinbarkeitsrichtlinie. Eine Dyade, ein Paar, kommt nicht automatisch in der Triade, der neuen Familienkonstellation an. Es braucht Zeit, in der sich alle Beteiligten neu kennenlernen können.

Ein weiterer Punkt, der zur Unterstützung von außen für das Paar beitragen und der psychischen Belastung entgegenwirken kann, betrifft die Solidarität unter Frauen. Da, wie bereits beschrieben, zumeist sie den ersten Teil der Elternzeit übernehmen, findet häufig intensiver Kontakt zu anderen Müttern mit Säuglingen statt. Den Frauen, die zum Teil einen gesellschaftlichen Druck empfinden, in ihrer Rolle alles richtig machen oder „Erfüllung“ finden zu müssen, fehlt vielleicht der Mut, sich darüber auszutauschen und damit solidarisch untereinander umzugehen. An Orten, an denen Frauen aufeinandertreffen, beispielsweise zu Rückbildungskursen, sollte ganz bewusst wertschätzender Raum für Gespräche über gefühlte Unzulänglichkeit oder empfundene Überforderung geschaffen werden.

5. Zusammenfassung

Kaum ein Ereignis wie die Geburt eines Kindes ist so sehr mit Veränderung für die gewordenen Eltern verbunden. In die Rolle eines Elternteils innerhalb einer Partnerschaft zu wachsen, geschieht in Zeiten technischer und gesellschaftlicher Entwicklungen, in welcher der menschliche Körper als sexuelle und reproduktive Einheit neu definiert wird.
Diese Dissertation setzte sich in Form einer prospektiven Beobachtungsstudie mithilfe der Erfassung des subjektiven Erlebens, Erfahrens und gegenseitigen Wahrnehmens von Paaren mit den Veränderungen, die durch die Geburt eines ersten gemeinsamen Kindes einhergehen können, auseinander. Die zentrale Frage dieser Arbeit bestand darin, welche die Faktoren sind, die zu einer gleichbleibenden oder sogar größeren Zufriedenheit in der Partnerschaft nach der Geburt eines ersten gemeinsamen Kindes führen. Damit verbunden wurde der gemeinsame Umgang mit erlebtem Stress betrachtet. Da in vorangegangener Literatur gerade die erste Phase nach der Geburt als Stressfaktor beschrieben wurde, wurde darüber hinaus die Bewältigung von Stress (dyadisches Coping) und der veränderte Umgang damit während dieser Zeit untersucht. In diesem Zusammenhang umfasste ein weiterer Aspekt der Arbeit die psychische Belastung und postpartale Depression. Für letztere wurde in vorangegangener Forschung eine Prävalenzrate von 9-23,8% innerhalb des ersten Jahres nach der Geburt berichtet. Zusätzlich erfasste diese Untersuchung, ob den Teilnehmer:innen in der Schwangerschaft oder nach der Geburt ein Antidepressivum verschrieben wurde und ob sie sich für oder gegen die Einnahme entschieden haben. Die Gründe hierfür wurden ebenfalls erfragt.
Es wurden 65 Paare an zwei Messzeitpunkten, etwa acht Wochen vor und acht Wochen nach der Geburt, bezüglich ihrer demographischen Daten, ihrer psychischen Belastung, ihres partnerschaftlichen dyadischen Copings bei Stress, der Einschätzung ihrer Paarbeziehung und deren Geburtserlebnis befragt. Die dafür verwendeten Fragebogeninstrumente waren die Edinburgh Postnatal Depression Scale und das Dyadische Coping Inventar.
Die anonymisierte Datenerhebung fand zwischen Januar und Dezember 2019 in drei Hebammenpraxen und einem Geburtshaus in Leipzig statt.
Die Auswertung der Stichprobencharakteristika sowie die Erhebungen zur Beziehungszufriedenheit und zur Geburtserfahrung erfolgte deskriptiv. Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten und dem Geschlecht wurden mithilfe von t-Tests berechnet. Um die Einflussfaktoren auf die Beziehungszufriedenheit nach der Geburt zu ermitteln, wurde eine Regressionsanalyse mit Rückwärtselimination durchgeführt. Das durchschnittliche Alter zum ersten Messzeitpunkt war bei den Frauen M(w)=30.4 und bei den Männern M(m)=33.9. Die Teilnehmer:innen repräsentierten in der Stichprobencharakteristik vom Bildungswesen erreichte Personen, was konform der Bewohner:innen der Stadtteile, in welchen die Datenerhebungen stattfanden, war. Die Beziehungszufriedenheit der Paare war zu beiden Messzeitpunkten durchschnittlich hoch, sank jedoch nach der Geburt ab. Unter den Frauen war diese Abnahme signifikant mit t(64)=3.05 (p=.002). Die Zufriedenheit mit dem gemeinsamen Sexualleben sank sowohl für die Frauen mit t(64)=5.57 (p<.001) als auch für die Männer mit t(64)=2.43 (p=.009) signifikant ab. Mit Blick auf die Geburt waren Frauen und Männer mit der Betreuung durch Fachpersonal während einer spontanen Entbindung zufriedener (M(w)=4.23, M(m)=3.94) im Vergleich zum Kaiserschnitt (M(w)=2.5, M(m)=2.75) (von 1 „gar nicht zufrieden“ bis 5 „sehr zufrieden“). Die Frauen der Stichprobe waren im Vergleich zu den Männern bereits vor der Geburt signifikant mit t(128)=-2.72 (p=.004) psychisch belasteter, was sich nach der Geburt mit t(128)=-4.85 (p<.001) weiter verstärkte.

Das gemeinsame dyadische Coping im Umgang mit Stress wurde für etwa 70% der Paare von mindestens einem Partner schlechter als vor der Geburt beschrieben. In einer Regression wurden durch Rückwärtselimination die signifikanten Prädiktoren identifiziert, die die Beziehungszufriedenheit von Paaren nach der Geburt in dieser Untersuchung beschreiben. Das finale Modell mit $F(5,124)=23.47$ ($p<.001$) und korrigiertem $R^2=.47$ beinhaltet, aufgelistet nach der Größe der Regressionskoeffizienten, die folgenden vier Prädiktoren: Betreuung durch Fachpersonal während der Geburt, Sexualleben nach der Geburt, gemeinsames dyadisches Coping nach der Geburt und die psychische Belastung nach der Geburt.

Die Bedeutung der Betreuung durch Fachpersonal während der Geburt wird in der S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ beschrieben und im Hinblick auf die Beziehungszufriedenheit nach der Geburt für die vorliegende Stichprobe deutlich. Die psychische Belastung, die unter den Frauen und Männern in der vorliegenden Untersuchung einen weiteren, relevanten Prädiktor für die Beziehungszufriedenheit nach der Geburt darstellte, wurde durch die in der Praxis häufig genutzte Edinburgh Postnatal Depression Scale erhoben. Aufgrund der geringen Bearbeitungsdauer, der fehlenden Alternativen und die durch zahlreiche Erhebungen bestätigten Validität, wird auch hier die Nutzung des Inventars unterstützt. Auf Grundlage der intensiven Auseinandersetzung mit den einzelnen Items, soll auf folgende Überlegung aufmerksam gemacht werden: Die Edinburgh Postnatal Depression Scale differenziert nicht zwischen einer postpartalen Depression und einer Anpassungsstörung. Während letztere die Geburt selbst als Auslöser für psychische Belastung festlegt, wird sie bei einer postpartalen Depression als zeitlicher Bezugspunkt definiert. Auch weil bisher keine Literatur bekannt ist, die auf diesen Umstand hinweist, bleibt fraglich, für wen in der vorliegenden Untersuchung die Geburt selbst der Auslöser für die im Fragebogen angegebenen Symptome war. Angemerkt und kritisch hinterfragt wird deshalb die fehlende Erfassung der psychischen Belastung während der Geburt.

Limitationen waren insbesondere die in ihrer Bildung und sozialem Status homogene Stichprobe und der Ausschluss von nicht heterosexuellen Partnerschaften. Die Erfassung des Geburtserlebens, insbesondere bezüglich der Betreuung durch Fachpersonal, sollte in weiterführenden Untersuchungen zur psychischen Belastung nach der Geburt umfangreicher erfasst werden.

Diese Untersuchung liefert, auch auf Grundlage der Ergebnisse, Faktoren, und weiterführende Vorschläge, die Paare präventiv, während der Geburt, im Wochenbett und im ersten Jahr, in ihrer Elternrolle unterstützen können.

6. Literaturverzeichnis

Abreu, A., & Stuart, S. (2005). Pharmacologic and Hormonal Treatments for Postpartum Depression. In: *Psychiatric Annals* 35 (7), S. 568–576. DOI: 10.3928/0048-5713-20050701-14.

Agius, A., Xuereb, R. B., Carrick-Sen, D., Sultana, R., & Rankin, J. (2016). The co-existence of depression, anxiety and post-traumatic stress symptoms in the perinatal period: A systematic review. In: *Midwifery* 36, S. 70–79. DOI: 10.1016/j.midw.2016.02.013.

Ahnert, L. (Hg.) (2014). Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung mit 16 Tabellen. 3. Aufl. München, Basel: Reinhardt.

Alder, J., Stadlmayr, W., Tschudin, S., & Bitzer, J. (2006). Post-traumatic symptoms after childbirth: what should we offer? In: *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 27 (2), S. 107–112. DOI: 10.1080/01674820600714632.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th.ed.), DSM-IV. Washington DC: APA.

Appleby, L., Warner, R., Whitton, A., & Faragher, B. (1997). A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 314 (7085), S. 932. DOI: 10.1136/bmj.314.7085.932.

Areias, M. E., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. In: *Br J Psychiatry* 169 (1), S. 30–35. DOI: 10.1192/bjp.169.1.30.

Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wilma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. In: *Psychol. Med.* 46 (6), S. 1121–1134. DOI: 10.1017/S0033291715002706.

Baas, S. & Schmitt, M. (2004). Die Bedeutung der Einkommensverteilung für die Ehezufriedenheit langjährig verheirateter Ehepaare. In: *Zeitschrift für Familienforschung* (3), S. 268–288.

Ballard, C. G., Davis, R., Cullen, P. C., Mohan, R. N., & Dean, C. (1994). Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. In: *Br J Psychiatry* 164 (6), S. 782–788. DOI: 10.1192/bjp.164.6.782.

Battle, C. L., Zlotnick, C., Pearlstein, T., Miller, I. W., Howard, M., Salisbury, A., & Stroud, L. (2008). Depression and breastfeeding: which postpartum patients take antidepressant medications? In: *Depression and Anxiety* 25 (10), S. 888–891. DOI: 10.1002/da.20299.

Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. In: *Nursing research* 50 (5), S. 275–285.

Beck, C.T. (2004). Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. In: *Nursing research* 53 (4), S. 216–224. DOI: 10.1097/00006199-200407000-00004.

Beck, C. T., & Gable, R. K. (2003). Postpartum Depression Screening Scale. In: *Nursing research* 52 (5), S. 296–306. DOI: 10.1097/00006199-200309000-00004.

Beck A. T., Brown G. K., & Steer R. A. (2013). Beck-Depressions-Inventar-FS (BDI-FS). Manual. Deutsche Bearbeitung von Sören Kliem & Elmar Brähler. Frankfurt am Main: Pearson.

Bergant, A. M., Nguyen, T., Heim, K., Ulmer, H., & Dapunt, O. (1998). Deutschsprachige Fassung und Validierung der "Edinburgh postnatal depression scale". In: *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)* 123 (3), S. 35–40. DOI: 10.1055/s-2007-1023895.

Bloch, M., Schmidt, P. J., Danaceau, M., Murphy, J., Nieman, L., & Rubinow, D. R. (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. In: *The American journal of psychiatry* 157 (6), S. 924–930. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.6.924.

Boath, E., Bradley, E., & Henshaw, C. (2005). The prevention of postnatal depression: A narrative systematic review. In: *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 26 (3), S. 185–192. DOI: 10.1080/01674820400028431.

Bodenmann, G., Perrez, M., & Gottman, J. (1996). Die Bedeutung des intrapsychischen Copings für die dyadische Interaktion. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie* (25), S. 1–13.
Bodenmann, G. (2000). Stress und Coping bei Paaren. Göttingen: Hogrefe.
Bodenmann, G. (2008). Dyadisches Coping Inventar. Göttingen: Hogrefe.
Bodenmann, G. (2016). Lehrbuch Klinische Paar- und Familienpsychologie. 2., überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.
Bodenmann, G., & Cina, A. (2006). Stress and Coping Among Stable-Satisfied, Stable-Distressed and Separated/Divorced Swiss Couples. In: *Journal of Divorce & Remarriage* 44 (1-2), S. 71–89. DOI: 10.1300/J087v44n01_04.
Bodenmann, G., Pihet, S., & Kayser, K. (2006). The relationship between dyadic coping and marital quality: a 2-year longitudinal study. In: *Journal of Family Psychology* 20 (3), S. 485–493. DOI: 10.1037/0893-3200.20.3.485.
Bradley, R., Slade, P., & Leviston, A. (2008). Low rates of PTSD in men attending childbirth: a preliminary study. In: *The British journal of clinical psychology* 47 (Pt 3), S. 295–302. DOI: 10.1348/014466508X279495.
Brandão, S. & Figueiredo, B. (2012). Fathers' emotional involvement with the neonate: impact of the umbilical cord cutting experience. In: *Journal of advanced nursing* 68 (12), S. 2730–2739. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2012.05978.x.
Brisch, K. H. (2010). SAFE® - Sichere Ausbildung für Eltern. Sichere Bindung zwischen Eltern und Kind. Stuttgart: Klett-Cotta.
Bronfenbrenner, U., Lütscher, K. & Cranach, A. (1981). Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente. Stuttgart: Klett-Cotta.
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.) (2020). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) (10. Revision), German Modification, Version 2021. Online verfügbar unter https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2021/block-f50-f59.htm, zuletzt geprüft am 01.01.2023.
Bundesministerium für Gesundheit (2017). Nationales Gesundheitsziel. Gesundheit rund um die Geburt. Unter Mitarbeit von A. Kuhn und T. Altgeld. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf, zuletzt geprüft am 01.01.2023.
Caspi, A., Herbener, E. S., & Ozer, D. J. (1992). Shared experiences and the similarity of personalities: A longitudinal study of married couples. In: *Journal of Personality and Social Psychology* 62 (2), S. 281–291. DOI: 10.1037/0022-3514.62.2.281.
Chabrol, H., & Callahan, S. (2007). Prevention and treatment of postnatal depression. In: *Expert review of neurotherapeutics* 7 (5), S. 557–576. DOI: 10.1586/14737175.7.5.557.
Chabrol, H., Teissedre, F., Armitage, J., Danel, M., & Walburg, V. (2004). Acceptability of psychotherapy and antidepressants for postnatal depression among newly delivered mothers. In: *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 22 (1), S. 5–12. DOI: 10.1080/02646830310001643094.
Chabrol, H., Teissedre, F., Saint-Jean, M., Teisseyre, N., Rogé, B.. & Mullet, E. (2002). Prevention and treatment of post-partum depression: a controlled randomized study on women at risk. In: *Psychol. Med.* 32 (6), S. 1039–1047. DOI: 10.1017/S0033291702006062.
Chan, K. K. L., & Paterson-Brown, S. (2002). How do fathers feel after accompanying their partners in labour and delivery? In: *Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology* 22 (1), S. 11–15. DOI: 10.1080/01443610120101628.
Charvoz, L., Bodenmann, G., & Hermann, E. (2003). Effet modérateur de la gestion du stress et du support social sur les performances et la satisfaction. In: *Archives due Psychologiy* (56), S. 67–78.
Clout, D., & Brown, R. (2016). Marital Relationship and Attachment Predictors of Postpartum Stress, Anxiety, and Depression Symptoms. In: *Journal of Social and Clinical Psychology* 35 (4), S. 322–341. DOI: 10.1521/jscp.2016.35.4.322.

Cohn, J. F., Matias, R., Tronick, E. Z., Connell, D., & Lyons-Ruth, K. (1986). Face-to-face interactions of depressed mothers and their infants. In: *New Directions for Child and Adolescent Development* 1986 (34), S. 31–45. DOI: 10.1002/cd.23219863405.

Cooper, P. J., Campbell, E. A., Day, A., Kennerley, H. & Bond, A. (1988). Non-Psychotic Psychiatric Disorder After Childbirth. In: *Br J Psychiatry* 152 (06), S. 799–806. DOI: 10.1192/bjp.152.6.799.

Cox, J. L., & Holden, J. M. (2003). Perinatal mental health: A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): Royal College of Psychiatrists.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression. In: *Br J Psychiatry* 150 (06), S. 782–786. DOI: 10.1192/bjp.150.6.782.

Cox, M. J., Owen, M. T., Lewis, J. M., & Henderson, V. K. (1989). Marriage, Adult Adjustment, and Early Parenting. In: *Child Development* 60 (5), S. 1015. DOI: 10.2307/1130775.

Creamer, M., McFarlane, A. C., & Burgess, P. (2005). Psychopathology following trauma: the role of subjective experience. In: *Journal of Affective Disorders* 86 (2-3), S. 175–182. DOI: 10.1016/j.jad.2005.01.015.

Creedy, D. K., Shochet, I. M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. In: *Birth* 27 (2), S. 104–111. DOI: 10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x.

David, M., Aslan, G., Siedentopf, J.-P., & Kentenich, H. (2009). Ethnic Turkish fathers in birth support roles in a Berlin labour and delivery room-motives, preparation and incidence in a 10-year comparison. In: *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 30 (1), S. 5–10. DOI: 10.1080/01674820902829781.

Deater-Deckard, K., Pickering, K., Dunn, J. F., & Golding, J. (1998). Family structure and depressive symptoms in men preceding and following the birth of a child. The Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood Study Team. In: *The American journal of psychiatry* 155 (6), S. 818–823. DOI: 10.1176/ajp.155.6.818.

Dennis, C.-L. (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 331 (7507), S. 15. DOI: 10.1136/bmj.331.7507.15.

Dennis, C.-L., & Ross, L. (2005). Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology. In: *Birth* 32 (3), S. 187–193. DOI: 10.1111/j.0730-7659.2005.00368.x.

Dennis, C.-L., & Hodnett, E. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. In: *The Cochrane database of systematic reviews* (4), CD006116. DOI: 10.1002/14651858.CD006116.pub2.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe & Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft, S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin, Version 1.0, 22.12.2020, verfügbar unter https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-083l_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-03.pdf, zuletzt geprüft am 02.01.2023

Deutscher Gewerkschaftsbund (24.01.2021). Bezahlter Vaterschaftsurlaub auch in Deutschland. Online verfügbar unter https://www.dgb.de/themen/++co++a878e51e-5e21-11eb-b3f0-001a4a160123, zuletzt geprüft am 14.12.2022.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed) (2013). Washington DC: American Psychiatric Association.

Doss, B. D., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., & Markman, H. J. (2009). The effect of the transition to parenthood on relationship quality: an 8-year prospective study. In: *Journal of Personality and Social Psychology* 96 (3), S. 601–619. DOI: 10.1037/a0013969.

Dyer, E. D. (1963). Parenthood as Crisis: A Re-Study. In: *Marriage and Family Living* 25 (2), S. 196. DOI: 10.2307/349182.

Elm, E. von, Altman, D. G. Egger, M.. Pocock, S. J.. Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2008): Das Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE-) Statement. In: *Notfall Rettungsmed* 11 (4), S. 260–265. DOI: 10.1007/s10049-008-1057-1.

Erlandsson, K., & Lindgren, H. (2009). From belonging to belonging through a blessed moment of love for a child – the birth of a child from the fathers' perspective. In: *Journal of Men's Health* 6 (4), S. 338–344. DOI: 10.1016/j.jomh.2009.09.029.

Etheridge, J., & Slade, P. (2017). "Nothing's actually happened to me.": the experiences of fathers who found childbirth traumatic. In: *BMC pregnancy and childbirth* 17 (1), S. 80. DOI: 10.1186/s12884-017-1259-y.

Field, T., Sandberg, D., Garcia, R., Vega-Lahr, N., Goldstein, S., & Guy, L. (1985). Pregnancy problems, postpartum depression, and early mother infant interactions. In: *Developmental Psychology* 21 (6), S. 1152–1156. DOI: 10.1037/0012-1649.21.6.1152.

Fischer, J., & Geene, R. (Hg.) (2017). Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung. Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung. Unter Mitarbeit von Linda Gerigk. 1. Auflage. Basel: Beltz Juventa.

Forman, D. R., O'hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., Larsen, K. E., & Coy, K. C. (2007). Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. In: *Development and psychopathology* 19 (2), S. 585–602. DOI: 10.1017/S0954579407070289.

Frank, E., Kupfer, D. J., Buysse, D. J., Swartz, H. A., Pilkonis, P. A. & Houck, P. R. (2007). Randomized trial of weekly, twice-monthly, and monthly interpersonal psychotherapy as maintenance treatment for women with recurrent depression. In: *The American journal of psychiatry* 164 (5), S. 761–767. DOI: 10.1176/ajp.2007.164.5.761.

Fthenakis, W. E., Kalicki, B. & Peitz, G. (2002). Paare werden Eltern. Die Ergebnisse der LBS-Familien-Studie. Opladen: Leske + Budrich (Buchreihe der LBS-Initiative Junge Familie).

Garcia-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J., & Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. In: *Journal of Affective Disorders* 75 (1), S. 71–76. DOI: 10.1016/S0165-0327(02)00020-4.

Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. In: *Obstetrics and gynecology* 106 (5 Pt 1), S. 1071–1083. DOI: 10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db.

Geene, R., Thyen, U., Quilling, E., & Bacchetta, B. (2016). Familiäre Gesundheitsförderung. In: *Präv Gesundheitsf* 11 (4), S. 222–229. DOI: 10.1007/s11553-016-0560-3.

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V (Hg.). Handlungsleitfaden. Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt in Berlin 2015. Berlin.

Gibbs, R. S., Karlan B. Y., Haney A. F., & Nygaard I. (Hg.) (2008). Danforth's obstetrics and gynecology (10th ed.). Psychological disorders of pregnancy and the post partum. Unter Mitarbeit von M. W. O'Hara und Segre L. S. Philadelphia: Lippincott, Williams & Williams.

Gloger-Tippelt, G. (1988). Schwangerschaft und erste Geburt. Psychologische Veränderungen der Eltern. Stuttgart: Kohlhammer.

Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. In: *Journal of advanced nursing* 45 (1), S. 26–35. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2003.02857.x.

Goodman, S. H. (2007). Depression in mothers. In: *Annual review of clinical psychology* 3, S. 107–135. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091401.

Gorman, J. M., & Nathan, P. E. (2007). A guide to treatments that work. 3rd ed. New York, Toronto: Oxford University Press.

Grekin, R., & O'hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. In: *Clinical psychology review* 34 (5), S. 389–401. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.05.003.

Gröhe, F. (2003). Nehmt es weg von mir. Depressionen nach der Geburt eines Kindes. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Gürber, S., Baumeler, L., Grob, A., Surbek, D., & Stadlmayr, W. (2017). Antenatal depressive symptoms and subjective birth experience in association with postpartum depressive symptoms and acute stress reaction in mothers and fathers: A longitudinal path analysis. In: *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology* 215, S. 68–74. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2017.05.021.

Hanusa, B. H., Scholle, S. H., Haskett, R. F., Spadaro, K., & Wisner, K. L. (2008). Screening for depression in the postpartum period: a comparison of three instruments. In: *Journal of women's health (2002)* 17 (4), S. 585–596. DOI: 10.1089/jwh.2006.0248.

Hayes, B. A., Muller, R., & Bradley, B. S. (2001). Perinatal Depression: A Randomized Controlled Trial of an Antenatal Education Intervention for Primiparas. In: *Birth* 28 (1), S. 28–35. DOI: 10.1046/j.1523-536x.2001.00028.x.

Hedegaard, M., Brink Henriksen, T., Sabroe, S., & Secher, N. J. (1994). Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. In: *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 45 (2), S. 199. DOI: 10.1016/0020-7292(94)90149-X.

Hendrick, V., Altshuler, L., Strouse, T. & Grosser, S. (2000). Postpartum and nonpostpartum depression: Differences in presentation and response to pharmacologic treatment. In: *Depression and Anxiety* (11), S. 66–72. DOI: 10.1002/(sici)1520-6394(2000)11:2<66::aid-da3>3.0.co;2-d

Henshaw, C. (2003). Mood disturbance in the early puerperium: a review. In: *Archives of women's mental health* 6 Suppl 2, S33-42. DOI: 10.1007/s00737-003-0004-x.

Henshaw C., & Elliott S. (Hg.) (2005). Screening for perinatal depression. The status of postpartum depressionscreening in the United States. Unter Mitarbeit von Segre L.S., O'Hara M. W. London: Jessica Kingsley.

Heron, J., Robertson Blackmore, E., McGuinness, M., Craddock, N., & Jones, I. (2007). No 'latent period' in the onset of bipolar affective puerperal psychosis. In: *Archives of women's mental health* 10 (2), S. 79–81. DOI: 10.1007/s00737-007-0174-z.

Hersen M., & Gross A. M. (Hg.) (2008). Handbook of clinical psychology, Vol. 2 Children and adolescents. Parental psychopathology and its relation to child psychopathology. Unter Mitarbeit von Goodman S. H., Brand S. R. Hoboken: John Wiley & Sons.

Hill, R. (1971, 1949). Families under stress;. Adjustment to the crises of war separation and reunion. Westport, Conn.: Greenwood Press.

Hobbs, D. F. (1965). Parenthood as Crisis: A Third Study. In: *Journal of Marriage and the Family* 27 (3), S. 367. DOI: 10.2307/350281.

Hofer, M., Wild, E., & Noack, P. (2002). Lehrbuch Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Göttingen: Hogrefe.

Hoffman, S., & Hatch, M. C. (2000). Depressive symptomatology during pregnancy: Evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancies of lower social class women. In: *Health Psychology* 19 (6), S. 535–543. DOI: 10.1037//0278-6133.19.6.535.

Holden, J. M., Sagovsky, R., & Cox, J. L. (1989). Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 298 (6668), S. 223–226. DOI: 10.1136/bmj.298.6668.223.

Holz, G., Schöttel, M., & Berg, A. (2011). Fachliche Maßstäbe zum Auf- und Ausbau von Präventionsketten in Kommunen: Strukturansatz zur Förderung des "Aufwachsens in Wohlergehen" für alle Kinder und Jugendliche. Hg. v. Monheim. Frankfurt am Main. Online verfügbar unter https://www.buendnis-fuer-familie-tuebingen.de/mediawiki/images/0/0c/Holz_-_Fachliche_Massst%C3%A4be_zum_Auf-_und_Ausbau_von_Pr%C3%A4ventionskette_in_Kommunen.pdf, zuletzt geprüft am 01.01.2023.

Hornstein, C., & Trautmann-Villalba, P. (2010). Psychotherapie von mütterlichen Erkrankungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt. In: Volker Arolt und Anette Kersting (Hg.): Psychotherapie in der Psychiatrie, Bd. 173. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 479–495.

Howard, L. M., Megnin-Viggars, O. Symington, I., & Pilling, S. (2014). Antenatal and postnatal mental health: summary of updated NICE guidance. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 349, g7394. DOI: 10.1136/bmj.g7394.

Hübner-Liebermann, B., Hausner, H., & Wittmann, M. (2012). Recognizing and treating peripartum depression. In: *Deutsches Arzteblatt international* 109 (24), S. 419–424. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0419.

Iles, J., Slade, P., & Spiby, H. (2011). Posttraumatic stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: the role of partner support and attachment. In: *Journal of anxiety disorders* 25 (4), S. 520–530. DOI: 10.1016/j.janxdis.2010.12.006.

Johansson, M., & Hildingsson, I. (2013). Intrapartum care could be improved according to Swedish fathers: mode of birth matters for satisfaction. In: *Women and birth : Journal of the Australian College of Midwives* 26 (3), S. 195–201. DOI: 10.1016/j.wombi.2013.04.001.

Johansson, M., Rubertsson, C., Rådestad, I., & Hildingsson, I. (2012). Childbirth - an emotionally demanding experience for fathers. In: *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives* 3 (1), S. 11–20. DOI: 10.1016/j.srhc.2011.12.003.

Johnson, M. P. (2002). The implications of unfulfilled expectations and perceived pressure to attend the birth on men's stress levels following birth attendance: a longitudinal study. In: *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 23 (3), S. 173–182. DOI: 10.3109/01674820209074670.

Kalicki, B. (2010). Baustelle Mutterrolle: Passungs- und Anpassungsprobleme und ihre Bewältigung. Unter Mitarbeit von Romeike, G. & Imelmann, H. In: Eltern verstehen und stärken. Analysen und Konzepte der Erziehungsberatung, S. 85–101.

Kendell, R. E., Chalmers, J. C., & Platz, C. (1987). Epidemiology of Puerperal Psychoses. In: *Br J Psychiatry* 150 (05), S. 662–673. DOI: 10.1192/bjp.150.5.662.

Klerman, G. L., Weissman W. W., Rounsaville B. J., & Chevron E. S. (1984). Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books.

Köhne, A., & Hellmers, C. (2015). Die Erfahrungen der Väter im Kreißsaal. In: *Hebamme* 28 (01), S. 40–43. DOI: 10.1055/s-0034-1384311.

Kurki, T., Hiilesmaa V., Raitasalo R., Mattila H., & Ylikorkla O. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. In: *Obstetrics and gynecology* 95 (4), S. 487–490. DOI: 10.1016/S0029-7844(99)00602-X.

Lange, C., Schenk, L., & Bergmann, R. (2007). Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50 (5-6), S. 624–633. DOI: 10.1007/s00103-007-0223-9.

Ledermann, T., Bodenmann, G., Rudaz, M., & Bradbury, T. N. (2010). Stress, Communication, and Marital Quality in Couples. In: *Family Relations* 59 (2), S. 195–206. DOI: 10.1111/j.1741-3729.2010.00595.x.

Lee, D. T. S., Yip, A. S. K., Chiu, H. F. K., Chung, & T. K. H. (2000). Screening for Postnatal Depression Using the Double-Test Strategy. In: *Psychosomatic Medicine* 62 (258-263).

LeMasters, E. E. (1957). Parenthood as Crisis. In: *Marriage and Family Living* 19 (4), S. 352. DOI: 10.2307/347802.

Lemola, S., Stadlmayr, W., & Grob, A. (2007). Maternal adjustment five months after birth: the impact of the subjective experience of childbirth and emotional support from the partner. In: *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 25 (3), S. 190–202. DOI: 10.1080/02646830701467231.

Levine, P. A. (2011). Sprache ohne Worte. Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt. 9. Auflage. München: Kösel.

Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J., & Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. In: *Journal of Affective Disorders* 60 (2), S. 75–85. DOI: 10.1016/S0165-0327(99)00159-7.

Mental health. New understanding, new people (2002). (Repr.). Genève: World Health Organization (The world health report, 2001).

Milek, A., & Bodenmann, G. (2018). Stressbewältigung. In: Jürgen Margraf und Silvia Schneider (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 557–568.

Milgrom, J., Negri, L. M., Gemmill, A. W., McNeil, M., & Martin, P. R. (2005). A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. In: *The British journal of clinical psychology* 44 (Pt 4), S. 529–542. DOI: 10.1348/014466505X34200.

Misri, S., Reebye, P., Corral, M., & Milis, L. (2004). The Use of Paroxetine and Cognitive-Behavioral Therapy in Postpartum Depression and Anxiety. In: *J. Clin. Psychiatry* 65 (9), S. 1236–1241. DOI: 10.4088/JCP.v65n0913.

Mulsow, M., Caldera, Y. M., Pursley, M., Reifman, A., & Huston, A. C. (2002). Multilevel Factors Influencing Maternal Stress During the First Three Years. In: *Journal of Marriage and the Family* 64 (4), S. 944–956. DOI: 10.1111/j.1741-3737.2002.00944.x.

Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Mors, O., & Mortensen, P. B. (2006). New parents and mental disorders: a population-based register study. In: *JAMA* 296 (21), S. 2582–2589. DOI: 10.1001/jama.296.21.2582.

Munro, B. H. (2005). Statistical Methods for Health Care Research, 5th edn. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Murray, L., Cooper, P. J., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. In: *Br J Psychiatry* 182 (05), S. 420–427. DOI: 10.1192/bjp.182.5.420.

National Institute for Care and Health Management (17.12.2014). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. NICE. Online verfügbar unter https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/Introduction, zuletzt geprüft am 01.01.2023.

O'Hara, M. (1995). Postpartum Depression - Causes and Consequences: Springer Berlin Heidelberg.

O'Hara, M., Rehm, L., & Campbell, S. B. (1983). Postpartum depression. A role for social network and life stress variables. In: *The Journal of Nerval and Mental Disease* (171).

O'hara, M. W. (1991). Prospective Study of Postpartum Blues. In: *Arch Gen Psychiatry* 48 (9), S. 801. DOI: 10.1001/archpsyc.1991.01810330025004.

O'hara, M. W. (2009). Postpartum depression: what we know. In: *Journal of clinical psychology* 65 (12), S. 1258–1269. DOI: 10.1002/jclp.20644.

O'hara, M. W., Hoffman, J. G., Philipps, L. H., & Wright, E. J. (1992). Adjustment in childbearing women: The Postpartum Adjustment Questionnaire. In: *Psychological Assessment* 4 (2), S. 160–169. DOI: 10.1037/1040-3590.4.2.160.

O'hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., & Varner, M. W. (1991). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Psychological, environmental, and hormonal variables. In: *Journal of Abnormal Psychology* 100 (1), S. 63–73. DOI: 10.1037/0021-843X.100.1.63.

O'hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., & Wenzel, A. (2000). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression. In: *Arch Gen Psychiatry* 57 (11), S. 1039. DOI: 10.1001/archpsyc.57.11.1039.

O'hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. In: *International Review of Psychiatry* 8 (1), S. 37–54. DOI: 10.3109/09540269609037816.

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. In: *Psychological bulletin* 129 (1), S. 52–73. DOI: 10.1037/0033-2909.129.1.52.

Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. In: *JAMA* 303 (19), S. 1961–1969. DOI: 10.1001/jama.2010.605.

Pearlstein, T. B., Zlotnick, C., Battle, C. L., Stuart, S., O'Hara, M. W., & Price, A. B. (2006). Patient choice of treatment for postpartum depression: a pilot study. In: *Archives of women's mental health* 9 (6), S. 303–308. DOI: 10.1007/s00737-006-0145-9.

Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A., & Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression. In: *American journal of obstetrics and gynecology* 200 (4), S. 357–364. DOI: 10.1016/j.ajog.2008.11.033.

Petersen, I., Peltola, T., Kaski, S., Walters, K. R., & Hardoon, S. (2018). Depression, depressive symptoms and treatments in women who have recently given birth: UK cohort study. In: *BMJ open* 8 (10), e022152. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-022152.

Petzold, M. (1999). Entwicklung und Erziehung in der Familie. Familienentwicklungspsychologie im Überblick. (2. Aufl.). Baltmannsweiler: Schneider Verl. Hohengehren.

Reck, C., Stehle, E., Reinig, K., & Mundt, C. (2009). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. In: *Journal of Affective Disorders* 113 (1-2), S. 77–87. DOI: 10.1016/j.jad.2008.05.003.

Rini, C. K., Dunkel-Schetter, C., Wadhwa, P. D., & Sandman, C. A. (1999). Psychological adaptation and birth outcomes: The role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. In: *Health Psychology* 18 (4), S. 333–345. DOI: 10.1037/0278-6133.18.4.333.

Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. In: *General hospital psychiatry* 26 (4), S. 289–295. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006.

Rohde, A. (2016). Psychopharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit. Behandlungsprinzipien - Leitlinien - peripartales Management. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Rossi, A. S. (1968). Transition to Parenthood. In: *Journal of Marriage and the Family* 30 (1), S. 26. DOI: 10.2307/350219.

Schwarzer, C. & Busch, B. (2005). Dyadic Coping with retirement in elderly couples. In: *International Association of Applied Psychology. Newsletter* (17), 1-23.

Serhan, N., Ege, E., Ayrancı, U., & Kosgeroglu, N. (2013). Prevalence of postpartum depression in mothers and fathers and its correlates. In: *Journal of clinical nursing* 22 (1-2), S. 279–284. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04281.x.

Sit, D., Rothschild, A. J., & Wisner, K. L. (2006). A review of postpartum psychosis. In: *Journal of women's health (2002)* 15 (4), S. 352–368. DOI: 10.1089/jwh.2006.15.352.

Sit, D. K. Y., & Wisner, K. L. (2005). Decision Making for Postpartum Depression Treatment. In: *Psychiatric Annals* 35 (7), S. 577–585. DOI: 10.3928/0048-5713-20050701-15.

Spinelli, M. G., & Endicott, J. (2003). Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. In: *The American journal of psychiatry* 160 (3), S. 555–562. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.3.555.

Stadlmayr, W., Bitzer, J., Amsler, F., Simoni, H., Alder, J., Surbek, D., & Bürgin, D. (2007). Acute stress reactions in the first 3 weeks postpartum: a study of 219 parturients. In: *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology* 135 (1), S. 65–72. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2006.11.016.

Stahl, S. M. (2013). Stahl's essential psychopharmacology. Neuroscientific basis and practical application. 4. ed. Cambridge: Cambridge University Press.

Statistisches Bundesamt (17.09.2018). Pressemitteilung Nr. 349 vom 17. September 2018. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de /DE/Presse/Pressemitteilungen/2018/09/PD18_349_231.html, zuletzt geprüft am 17.03.2021.

Statistisches Bundesamt (17.05.2020). Geburten. Daten zum durchschnittlichen Alter der Mutter bei Geburt insgesamt und 1. Kind nach Bundesländern. Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburten-mutter-alter-bundeslaender.html, zuletzt aktualisiert am 2021, zuletzt geprüft am 10.03.2021.

Statistisches Bundesamt (14.12.2022). Erwerbsbeteiligung von Eltern. https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-3/erwerbsbeteiligung-eltern.html, zuletzt geprüft am 14.12.2022.

Steen, M., Downe, S., Bamford, N., & Edozien, L. (2012). Not-patient and not-visitor: a metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. In: *Midwifery* 28 (4), S. 362–371. DOI: 10.1016/j.midw.2011.06.009.

Thorp, S. R., Krause, E. D., Cukrowicz, K. C., & Lynch, T. R. (2004). Postpartum Partner Support, Demand-Withdraw Communication, and Maternal Stress. In: *Psychology of Women Quarterly* 28 (4), S. 362–369. DOI: 10.1111/j.1471-6402.2004.00153.x.

Toh, S., Mitchell, A. A., Louik, C., Werler, M. M., Chambers, C. D., & Hernández-Díaz, S. (2009). Antidepressant use during pregnancy and the risk of preterm delivery and fetal growth restriction. In: *Journal of clinical psychopharmacology* 29 (6), S. 555–560. DOI: 10.1097/JCP.0b013e3181bf344c.

Universitätsklinikum Leipzig (02.01.2019): 2874 Kindern auf die Welt geholfen. Geburtenrekord am UKL. Leipzig. Helena Reinhardt. Online verfügbar unter https://www.uniklinikum-leipzig.de/presse/Seiten/Pressemitteilung_6667.aspx, zuletzt geprüft am 01.01.2023.

Vivilaki, V. G., Dafermos, V., Kogevinas, M., Bitsios, P., & Lionis, C. (2009). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and validation for a Greek sample. In: *BMC public health* 9, S. 329. DOI: 10.1186/1471-2458-9-329.

Wallwiener, S., Götz, M., Matthies, L. M., Vietor, C., Gillessen, A., & Abele, H. (2019). Psychische Belastung in der Schwangerschaft. In: *Frauenarzt* 60 (1), S. 14–18.

Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D., & Verdeli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. In: *The American journal of psychiatry* 163 (6), S. 1001–1008. DOI: 10.1176/ajp.2006.163.6.1001.

Wenzel, A. (2011). Anxiety in childbearing women. Diagnosis and treatment. 1st ed. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Wickberg, B. (1996). Counselling of postnatal depression: A controlled study on a population based Swedish sample. In: *Journal of Affective Disorders* 39 (3), S. 209–216. DOI: 10.1016/0165-0327(96)00034-1.

Wisner, K. L., Hanusa, B. H., Perel, J. M., Peindl, K. S., Piontek, C. M., & Sit, D. K. Y. (2006). Postpartum depression: a randomized trial of sertraline versus nortriptyline. In: *Journal of clinical psychopharmacology* 26 (4), S. 353–360. DOI: 10.1097/01.jcp.0000227706.56870.dd.

Wisner, K. L., Sit, D. K. Y., McShea, M. C., Rizzo, D. M., Zoretich, R. A., & Hughes, C. L. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. In: *JAMA psychiatry* 70 (5), S. 490–498. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.87.

Wöckel, A., & Abou-Dakn, M. (2009). Väter im Kreißsaal – hilfreich oder überflüssig? In: *Hebammenforum* (8), S. 623–627.

Yim, I. S., Tanner Stapleton, L. R., Guardino, C. M., Hahn-Holbrook, J., & Dunkel Schetter, C. (2015). Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. In: *Annual review of clinical psychology* 11, S. 99–137. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-101414-020426.

Yonkers, K. A., Lin, H., Howell, H. B., Heath, A. C., & Cohen, L. S. (2008). Pharmacologic Treatment of Postpartum Women With New-Onset Major Depressive Disorder. In: *J. Clin. Psychiatry* 69 (4), S. 659–665. DOI: 10.4088/JCP.v69n0420.

Zlotnick, C., Johnson, S. L., Miller, I. W., Pearlstein, T., & Howard, M. (2001). Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. In: *The American journal of psychiatry* 158 (4), S. 638–640. DOI: 10.1176/appi.ajp.158.4.638.

Zuckerman, B., Amaro, H., Bauchner, H., & Cabral, H. (1990). Depressive symptoms during pregnancy: Relationship to poor health behaviors. In: *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 31 (1), S. 90–91. DOI: 10.1016/0020-7292(90)90203-W.

Anhang

A

Die folgende Tabelle stellt die Anzahl der Paare für die 81 möglichen Belastungszustände in der Partnerschaft vor und nach der Geburt dar. Das Maß der Belastung wird in grün (keine oder kaum psychische Belastung), orange (mittlere psychische Belastung) und dunkelrot (hohe psychische Belastung/postpartale Depression) angegeben.

Tabelle 8 Darstellung der 81 möglichen psychischen Belastungszustände der Paare. Dunkelrot dargestellt ist die hohe psychische Belastung, orange die mittlere psychische Belastung und grün entspricht keiner oder einer geringen psychischen Belastung. In den weiß unterlegten Spalten ist die jeweilige Anzahl der Paare angegeben, die in der vorliegenden Untersuchung aufgrund der EPDS diesem Belastungsprofil entsprachen.

Auftreten von Belastung in der Partnerschaft					
vor der Geburt			nach der Geburt		
Frau	Mann	Anzahl der Paare nach Messzeitpunkt 1	Frau	Mann	Anzahl der Paare nach den Messzeitpunkten 1 und 2
		49			32
					7
					6
					0
					0
					2
					0
					2
					0
		8			0
					0
					3
					0
					0
					3
					1
					1
					0
		3			0
					0
					2
					0
					0
					1
					0
					0
					0

Auftreten von Belastung in der Partnerschaft					
vor der Geburt			vor der Geburt		
Frau	Mann	Anzahl der Paare nach Messzeitpunkt 1	Frau	Mann	Anzahl der Paare nach den Messzeitpunkten 1 und 2
		1			0
					0
					0
					0
					0
					0
					1
					0
					0
		0			0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
		1			0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
		0			0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
		3			3
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
		0			0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0

B

Im Folgenden werden Empfehlungen der S3-Leitlinie aufgeführt (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe & Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft, 2020), die sich direkt auf die Interaktion zwischen Fachpersonal und Frau oder Paar während der Geburt beziehen:

- 4.1 Frauen sollten ab der aktiven Eröffnungsphase unter der Geburt eine Eins-zu-eins Betreuung einer Hebamme erhalten (Empfehlungsgrad B, Evidenzgrad 2+)
- 4.2 Frauen sollen in der aktiven Austrittsphase nicht vom geburtshilflichen Personal allein gelassen werden
- 4.3 Frauen sollte es ermöglicht werden, von einer Begleitperson/ Begleitpersonen ihrer Wahl während der Geburt unterstützt zu werden (Empfehlungsgrad B, Evidenzgrad 1+)
- 7.16 Bei der Erst-/ Aufnahmeuntersuchung sollte
    - Die Schwangere nach ihrem Befinden, ihren Wünschen, ihren Erwartungen und ihren Befürchtungen befragt werden
    - Die Schwangere darüber informiert werden, was sie in der Latenzphase erwartet und wie sie mit dem Wehenschmerz umgehen kann
    - Die Schwangere darüber informiert werden, welche Unterstützung sie erwarten kann
    - Mit der Schwangeren das weitere Vorgehen geplant werden, inklusive des Hinweises, wer wann für sie zuständig und zu kontaktieren ist
    - Die Begleitperson Hilfestellung erhalten
      (Empfehlungsgrad B, Evidenzgrad 1+)
- 9.1 Es sollen alle pflegerischen und diagnostischen Maßnahmen oder medizinischen Eingriffe auf ein Mindestmaß reduziert werden, um die Trennung oder Unterbrechung des Bondings zwischen Mutter und Kind zu verhindern (Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad moderat bis niedrig)
- 9.32 Während einer Notfallsituation, in der das Neugeborene reanimiert werden muss, soll ein Teammitglied bereitgestellt werden, das mit der Mutter und ihrer Begleitung spricht und ihnen Unterstützung anbietet (Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 4)
- 9.35 Es soll sichergestellt werden, dass jede Untersuchung oder Behandlung des Neugeborenen mit Zustimmung der Eltern und möglichst in ihrer Gegenwart oder, wenn dies nicht möglich ist, mit ihrem Wissen stattfindet (Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 4)
- 10.1 Unabhängig von der jährlichen Geburtenrate sollten so viele Hebammen in der geburtshilflichen Abteilung anwesend bzw. rufbereit sein, dass zu mehr als 95 % der Zeit eine Eins-zu-eins- Betreuung der Gebärenden gewährleistet ist

Danksagung

Die Danksagung wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.

Lebenslauf

Lena Staudigl

Persönliche Daten

Geburtsjahr	1988
Geburtsort	Stuttgart

Berufliche Erfahrung

seit 01/2018	**Selbstständigkeit** Beratung, Supervision und Psychotherapie
10/2015 – 12/2017	**calaidoskop Institut und Praxis für systemische Beratung, Supervision & Bildung** Einzel-, Paar- und Familienberatung Fort- und Weiterbildung Qualitätsmanagement

Akademische Ausbildung

Seit 10/2017 bis jetzt	**Promotion** Kooperation Uni Leipzig & Uni Ulm „Vom Liebespaar zum Elternpaar – Wie eine Geburt die Partnerschaft verändert“
WS 2012/13 – SS 2015	**Studium der Psychologie M. Sc.** *Universität Ulm*
WS 2009/10 – SS 2012	**Studium der Psychologie B. Sc. mit Nebenfach Philosophie** *Universität Ulm*
WS 2008/09	**Studium der Mathematischen Biometrie B. Sc.** *Universität Ulm*

Weiterbildung

Seit 07/2020	**Kursleitung für Personzentrierte Beratung (GwG)**
06/2020 – 04/2021	**Traumasensible Supervision** Supervisionszentrum Berlin
06/2018 – 03/2020	**Coaching und Supervision (DGSv)** Systemisch-personzentriert integrativ Michael Schlechtriemen und Petra Wörsdorfer (Mainz)

Weiterbildung Fortsetzung

04/2016 – 04/2018	**Systemische Beraterin (DGSF)** praxis institut nord (Hannover)
10/2016 – 12/2018	**Personzentrierte Psychotherapie (GwG)** Institut für Gesprächspsychotherapie und Beratung (Stuttgart)
10/2013 – 09/2016	**Personzentrierte Beraterin (GwG)** Institut für Gesprächspsychotherapie und Beratung (Stuttgart)
Außerdem:	**SAFE®-Mentorin**. Sichere Ausbildung für Eltern Trainerin für **Autogenes Training** und **Progressive Muskelrelaxation** **Emotionsfokussierte Therapie** mit Paaren **Traumatherapie** (Online-Curriculum der Universität Ulm)

Wissenschaftliche Hilfskraft

10/2011 – 09/2015	**Psychiatrie und Psychotherapie II** Universitätsklinikum Ulm
04/2012 – 06/2013	**Abteilung Sozialpsychologie** Universität Ulm
01/2010–10/2011	**Transferzentrum für Neurowissenschaften und Lernen** Ulm

Publikationsliste

Staudigl, L. (2022). "Sie haben mich einfach alle nicht gehört" - Personzentrierte Psychotherapie mit einer Frau nach traumatischer Geburtserfahrung. In Gahleitner, S.B. & Hintenberger, G. (Hrsg.), *Humanistische Traumatherapie in der Praxis: Biografische Verletzungen verstehen und therapeutisch beantworten* (1. Auflage). Vandenhoeck & Ruprecht.

Staudigl, L., Becker, T. & Kösters, M. (2014). Wenn sich der Hausarzt entscheiden muss: Was sagt die Evidenz zur Auswahl von Antidepressiva? In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 139, 1727-1730.

Wolf, O., Staudigl, L. & Fass, S. (2017). Ressourcenübungen für Paare. Arbeit mit Gefühlen in Psychotherapie und Beratung. Beltz.