



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Bachelorarbeit

MÜTTER UND DEPRESSIONEN

vorgelegt von

Kathrin Koch

Sommersemester 2011

Hochschule Neubrandenburg – University of Applied Sciences

FB Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Erstprüfer: Prof. Dr. Roland Haenselt

Zweitprüfer: Prof. Dr. Vera Sparschuh

URN: [urn:nbn:de:gbv:519-thesis2011-0392-6](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:gbv:519-thesis2011-0392-6)

„Ein Mann hatte einen Traum.

Er träumte, dass er mit Gott am Strand spazieren ginge. Am Himmel zogen Szenen aus seinem Leben vorbei. Und für jede Szene aus seinem Leben waren Spuren im Sand zu sehen. Als er aber auf die Fußspuren zurückblickte, sah er manchmal zwei Spuren und manchmal nur eine. In Zeiten größter Not und Trauer, fiel ihm auf, zeigte sich nur eine Spur. Deshalb fragte er den Herrn: „Herr, ich habe bemerkt, dass zu den traurigsten Zeiten meines Lebens nur eine Spur zu sehen ist. Du aber hast versprochen, stets bei mir zu sein. Ich verstehe nicht, warum du mich da, wo ich dich am nötigsten brauchte, allein gelassen hast?“ Da antwortete der Herr: „Mein lieber Freund, ich liebe dich und würde dich niemals verlassen. In den Tagen, in denen du am meisten gelitten und mich am nötigsten gebraucht hast, wo aber nur eine Spur zu sehen ist, da habe ich dich getragen.“

zit. nach Zurhorst 2004, S. 259f.

**Gott, ich verstehe deine Wege nicht,
aber du weist den Weg für mich.
*(Dietrich Bonhoeffer)***

INHALT

Abbildungs-, Tabellen- und Abkürzungsverzeichnis	vi
Einleitung	1
1 Definitive Eingrenzung der Depression	2
1.1 ARTEN DER DEPRESSION	3
1.2 ABGRENZUNG ZUM BURNOUT	4
1.3 SITUATIONSANALYSE	6
2 Auftreten der „weiblichen“ Depression	6
2.1 MÜTTERLICHE DEPRESSION - DEFINITIONSVERSUCH	7
2.2 FORMEN DER DEPRESSION - BESONDERS BEI MÜTTERN	8
2.3 BESCHWERDEBILD	10
2.4 ZUR DIAGNOSTIK	11
3 Folgen der Depression	12
3.1 FOLGEN FÜR DIE UMWELT	13
3.2 FOLGEN FÜR DIE KINDER	13
4 Ursachen/ Bedingungsfaktoren der Entstehung	14
4.1 SOZIOLOGISCHE THEORIE	15
4.2 SOZIALPSYCHOLOGISCHE THEORIEN	18
4.3 PSYCHOLOGISCHE THEORIEN	22
4.4 BIOLOGISCHE SICHTWEISE	29
5 Auflösung der Zwänge – Lösungsmöglichkeiten	33
5.1 PSYCHOTHERAPIE	34
5.2 SOZIO THERAPEUTISCHE KORREKTUREN UND UNTERSTÜTZUNGSMÄßNAHMEN: NETZWERKARBEIT	39
5.3 PHYSIOTHERAPEUTISCHE HILFEN	41
5.4 SPEZIELLE ANTIDEPRESSIVE BEHANDLUNGSVERFAHREN	42

5.5 PHARMAKOTHERAPIE: ANTIDEPRESSIVE ARZNEIMITTEL	44
5.6 STATIONÄRE MAßNAHME: MUTTER-KIND-KUR.....	45
5.7 THERAPIEERFOLG	48
6 Prävention.....	48
6.1 ELTERNARBEIT DURCH FRÜHFÖRDERUNG.....	48
6.2 ÜBERLEGUNGEN ZUR VORBEUGUNG - STRESSPROPHYLAXE	50
7 Fazit	51
8 Quellenverzeichnis.....	53
Anhang.....	60

ABBILDUNGS-, TABELLEN- UND ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Symptome einer Depression nach ICD 10	3
Abbildung 2: Erste Symptome postpartaler Depression	8
Abbildung 3: „Teufelskreis“ Depression	10
Abbildung 4: Charakteristik einer Depression	11
Abbildung 5: Das bio-psycho-soziale Modell	15
Abbildung 6: Belastungen der Familie	17
Abbildung 7: Kognitionsmodell von Aaron Beck	20
Abbildung 8: Kognitionsmodell der Erlernten Hilflosigkeit	20
Abbildung 9: Modell zur Entwicklung und Regulation des Selbstwertsystems	24
Abbildung 10: Neuron	30
Abbildung 11: Schematische Abbildung einer serotonergen Nervenzelle	31
Abbildung 12: Was Angehörige und Freunde, die helfen möchten, unbedingt tun sollten	40
Abbildung 13: Einfluss der Ernährung auf unsere Gesundheit	42
Abbildung 14: Kureffekt nach 15 Tagen	46
Abbildung 15: Veränderungsunterstützung	47
Abbildung 16: Veränderungsanstöße	47
Abbildung 17: Edinburgh Postnatal Depression Scale	61
Abbildung 18: Rezept Nerven-/Energiekekse	62

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Depressionsarten	3
-----------------------------------	---

Abkürzungsverzeichnis

AAI	Adult Attachment Interview
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
bmfsfj	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
CRF	Corticotropin-Releasing-Faktor (engl.)
CRH	Corticotropin-Releasing-Hormon (dt.)
	Gesundheitsprobleme (engl.: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
HPNS	Hanse-Neuropsychanalyse-Studie
ICD 10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter
IPT	Interpersonelle Psychotherapie
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
MRT	Magnetresonanztomographie
TA	Transaktionsanalyse
WHO	Weltgesundheitsorganisation (engl.: World Health Organization)

EINLEITUNG

Die Beschäftigung mit dem Thema Mütter und Depressionen erfolgte auf der Grundlage meiner Projektarbeit: *Kurkonzept Mutter und Kind. Bedingungsfaktoren, Bedarfslage und Wirkung*. Ich erforschte empirisch anhand von halbstrukturierten Leitfadeninterviews die Bedingungsfaktoren für einen Kurantritt von Müttern und die Wirkung ihres Kuraufenthalts. Etwa 83% aller befragten Mütter empfanden ihr Leben als „absolut stressig“, was dem deutschen Durchschnitt entspricht. „80% der Deutschen empfinden ihr Leben als stressig, jeder dritte klagt über Dauerstress in Job, Haushalt, Schule oder Studium. Leistungsdruck, Terminhetze, fehlende Wertschätzung im Beruf oder in der Partnerschaft, aber auch chronische Unterforderung erzeugen Stress. [...] Dauerstress [...] kann gravierende körperliche Folgen haben und eine schwere psychische Krankheit auslösen“, so Gatterburg (Gatterburg 2011, S. 13f.). Zwei der befragten Mütter gaben an, unter schweren Depressionen gelitten zu haben bzw. immer noch gegen sie zu kämpfen. „[...] ich [...] hab mich irgendwo verloren, auf einmal so lief [...] alles verkehrt, alles lief schief, seit drei Jahren ungefähr“, erzählt eine Befragte aus ihrem Leben. Eine andere hat das Gefühl, sich rechtfertigen zu müssen: „man is auch nur ein Mensch und .. irgendwann ist man mit der Kraft am Ende“ (vgl. Koch 2011 oder Transkriptionen im Anhang). Ich werde in der vorliegenden Arbeit zunächst allgemein klären, was Depressionen sind und welche Auswirkungen sie haben können. Dabei gehe ich auf zwei spezifische Depressionsformen ein, die vor allem Mütter betreffen: die Erschöpfungs- und die Wochenbettdepression. Im Anschluss daran beschreibe ich mögliche Entstehungsursachen und Behandlungsansätze. Ein kritischer Blick auf ausgewählte Therapie- und Präventionsansätze führt mich schließlich zu einer Gegenüberstellung und Diskussion von Vor- und Nachteilen innerhalb der einzelnen Thesen.

Motivation für die Auseinandersetzung mit mütterlichen Depressionen, deren Erscheinung ein körperliches und seelisches Ungleichgewicht impliziert, ist deren spezifischer Stellenwert unter der Vielzahl von depressiven Erkrankungerscheinungen in unserer heutigen Gesellschaft. Allgemeine Erkenntnisse zur Depressionsforschung sind nicht auf eine spezielle Bevölkerungsgruppe zugeschnitten, sondern gelten für alle Menschen gleichermaßen, damit auch für Mütter.

Niemand weiß wie arm du bist... Deine Nachbarn haben selbst zu klagen.

Und sie haben keine Zeit zu fragen, wie denn dir zumute ist.

Außerdem – würdest du es ihnen sagen?

Erich Kästner

1 DEFINITORISCHE EINGRENZUNG DER DEPRESSION

Wörtlich übersetzt heißt Depression „herunterdrücken“ oder „niederpressen“ (lat.: *deprimere*). Sie stellt ein Gemütsleiden mit affektiver oder emotionaler Beeinträchtigung dar und wird daher den seelischen Krankheiten zugeordnet, so Faust (vgl. Faust 1989, S. 7). „Depressionen haben nichts mit Charakter- oder Willensschwäche, mit selbstverschuldet und aussichtslos zu tun. Depressionen sind eine Krankheit, gegebenenfalls sogar eine schwere“ (Faust 2000, S. 191).

Bouman unterscheidet bei den Depressionen zwischen sichtbaren Symptomen und Syndromen: die Depression als *Symptom* umschreibt die eigentliche Stimmungsstörung mit Synonymen wie bedrückt, niedergeschlagen, depressiv, kann nicht mehr, down, melancholisch und schwermütig; wohingegen die Depression als *Syndrom* eine Konstellation von Beschwerden und Symptomen darstellt, die oft in einem bestimmten Zusammenhang miteinander stehen (vgl. Bouman 1993, S. 48). Das ICD-10 klassifiziert depressive Episoden bzw. Störungen in somatische, affektiv-kognitive sowie Verhaltensaspekte (vgl. Jahnke/Ihle 2003, S. 11). 2011 werden depressive Episoden und Störungen nach ICD-10-WHO Version 2011 in leichte, mittlere und schwere unterteilt und lassen unterschiedliche Ursächlichkeiten erkennen (z.B. psychogen und reaktiv) (vgl. URL 3). Nach ICD 10 sind folgende Symptome kennzeichnend für eine Depression:

Abbildung 1: Symptome einer Depression nach ICD 10

Symptome einer Depression

In der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation findet sich eine Liste möglicher Symptome der Depression:

- Leidet ein Patient unter gedrückter Stimmung?
- Hat er seine Interessen verloren?
- Fühlt er sich freudlos?
- Ist sein Antrieb herabgesetzt?
- Wird er rasch müde, fehlt ihm Energie?
- Kann er sich schlecht konzentrieren?
- Ist sein Selbstwertgefühl herabgesetzt?
- Hat er Schuldgefühle oder Gefühle von Wertlosigkeit?
- Sieht er seine Zukunft negativ und pessimistisch?
- Denkt er an Selbstmord, oder hat er schon einmal versucht, sich umzubringen?
- Leidet er unter Schlafstörungen?
- Hat er weniger Appetit?

Bei vier oder mehr „Ja“-Antworten auf diese Fragen heißt es je nach Schweregrad: leichte, mittlere oder schwere Depression. Die Symptome müssen dazu mehr als zwei Wochen andauern.

Quelle: Geuter 2009a, S. 8

1.1 ARTEN DER DEPRESSION

Battegay differenziert die psychogene Depression von der endogenen Depression, und ordnet ihr jeweils drei Unterarten zu. Diese habe ich in folgender Tabelle zusammengefasst und veranschaulicht (vgl. Battegay 1991, S. 21).

Tabelle 1: Depressionsarten

D E P R	endogen	psychotische Depression
		<ul style="list-style-type: none"> • vorwiegend reaktiv, d.h. durch äußere Umstände ausgelöste Stimmungsschwankungen von kurzer Dauer
		zyklothyme Depression
		<ul style="list-style-type: none"> • depressive Verstimmungen, die im Laufe des Lebens immer wieder kehren
		hyperthyme/ hypomanische Depression
		<ul style="list-style-type: none"> • ist anlagebedingt

E S S I O N	psychogen	reaktive Depression <ul style="list-style-type: none"> • -entsteht aus nicht verarbeitbaren, schwerwiegenden Belastungen, besonders wenn sie auf frühe psychotraumatisch wirkende Faktoren folgt
		depressive Entwicklung bzw. Erschöpfungsdepression <ul style="list-style-type: none"> • sie folgt aus einer dauernden oder immer wiederkehrenden, schweren äußeren Belastungssituation
		depressive Neurosen bzw. neurotische Depression <ul style="list-style-type: none"> • Selbstwertstörung/ Störung im narzisstischen Bereich; aufgrund einer Mangelenerfahrung in der oralen Phase kommt es zu einer Erwartungshaltung beim Individuum gegenüber der Umwelt, die zwangsläufig immer wieder enttäuscht werden muss

Quelle: Battegay 1991, S. 20ff.

Die klassische Einteilung von *rein* endogenen oder psychogenen Depressionsformen ist bereits veraltet (vgl. Faust 2000, S. 167). Auch andere Autoren gehen sowohl von einem psychosozialen als auch von einem biologischen Einfluss aus. So schreibt Hoofdakker: „Exogene, psychische oder reaktive Auslöser dürfen also nie in ihrer Ausschließlichkeit gesehen werden, genausowenig wie endogene/ biologische Auslöser, sondern sie müssen in ihrem Zusammenspiel und ihrer Wechselseitigkeit gesehen werden. Im modernen psychiatrischen Denken werden ätiologische und pathogenetische Faktoren unabhängig von den Syndromen beurteilt. Ausdrücke wie endogen oder exogen, reaktiv oder neurotisch werden nicht mehr verwendet.“ (Hoofdakker 1993, S. 66f). Es stellt sich demzufolge die Frage, was als Ursache und was als Wirkung angesehen werden kann. Dazu eine ausführliche Diskussion in Kap. 4.

1.2 ABGRENZUNG ZUM BURNOUT

Faust sieht bezüglich Beschwerdebild, Ursachen und Folgen einen Zusammenhang der Erschöpfungsdepression (vgl. Kap. 2.2.2) und dem Burnout und provoziert mit der Frage: „Kommt die frühere Diagnose einer Erschöpfungsdepression in Gestalt des Burnout-Syndroms zurück?“ (vgl. URL 8). Denn die Grenzen, Parallelen und Schnittstellen zum Burnout sind sehr eng, so Faust (vgl. Faust 2000, S. 118). Jedoch gibt es entscheidende Unterschiede: Burisch beschreibt Burnout als Erschöpfungszustand, der Folge von einge-

setzten Energien ist, die nicht die erwartete Belohnung als Ergebnis hatten (Burisch 2010, S. 8). Dieser Zustand entstehe nach und nach und halte sich wegen ungünstiger Bewältigungsstrategien oft selbst aufrecht (ebd. 2010, S. 19). Aus einem Bournout kann sich eine Depression entwickeln, aber „nicht jeder Depression geht ein Burnout voraus“, so Gatterburg (Gatterburg 2011, S. 14f.). Der wichtigste Unterschied zur Depression sei der, dass Burnout nicht als Krankheit klassifiziert ist, sondern „nur“ als vielschichtiges Phänomen (vgl. Faust 2000, S. 124; 142). Den Verlauf des Burnouts beschreibt Burisch anhand von sieben Phasen (vgl. Burisch 2010, S. 27ff.; 30ff.; 33f.):

1. Warnsymptome der Anfangsphase (überhöhter Energieeinsatz, „nicht mehr abschalten können“),
2. reduziertes Engagement (idealistische Überhöhung der Arbeit, „innere Kündigung“),
3. emotionale Reaktionen, Schuldzuweisungen,
4. Abbau der kognitiven Leistungsfähigkeit, Motivation und Kreativität,
5. Verflachung (Desinteresse an der Umwelt),
6. psychosoziale Reaktion z.B. Zunahme von Infektionskrankheiten, Schlafstörungen, Kreislaufbeschwerden und
7. existenzielle Verzweiflung – Hoffnungs- und Sinnlosigkeit.

Als Ursache sieht Faust zu hohe Erwartungen (an sich selbst oder an andere), Überengagement, fehlende Kontrollmöglichkeiten und die „Unüberschaubarkeit der modernen Lebens- und Arbeitszusammenhänge“, was zu Rollen- und Beziehungskonflikten führen kann. Daraus entstehe wiederum eine zunehmende Sinnleere, die zugleich eine rasche Erschöpfung, Entfremdung und Erholungsunfähigkeit mit einschließt. Besonders aber die fehlende Anerkennung für geleistete Arbeit führe im Extremfall zum Burnout (vgl. Faust 2000, S. 120ff.; 123). „Ihr Beruf, ihre Position, das Projekt, an dem sie arbeiten, [...hat für viele Ausgebrannte] eine besondere, ja – uneingestanden – einzigartige Bedeutung: Selbstverwirklichung, Selbstbestätigung, vielleicht sogar Selbsterhöhung [...], als Therapie gegen Entmutigung, Nichtbeachtung, Überforderung, Kränkungen, Demütigungen usw. Oder auch das Gefühl, eigentlich nur durch Leistung und Anpassung geliebt, geschätzt oder zumindest akzeptiert zu werden.“ (ebd., S. 124). Die Entstehung eines Burnouts liegt also hauptsächlich in der Aufopferung für den Beruf bei fehlender Anerkennung und bei gleichzeitiger Vernachlässigung eigener Bedürfnisse.

1.3 SITUATIONSANALYSE

Die DAK berichtet in ihrem Gesundheitsbericht 2011, „dass die Fehlzeiten aufgrund von Krankheiten wie Depression, Burnout, Belastungs- oder Anpassungsstörungen innerhalb eines Jahres um 13,5 Prozent zugenommen haben. 2010 waren über 12 Prozent des Krankenstandes auf psychische Leiden zurückzuführen – fast doppelt so viel wie vor 12 Jahren.“ Auch die Techniker Krankenkasse verzeichnet in einer Erhebung, dass immer mehr Menschen auf Medikamente gegen Depressionen zurückgreifen. „Statistisch gesehen erhielt im Jahr 2009 jeder Berufstätige für acht Tage Medikamente zur Behandlung von Depressionen. Das bedeutet der Studie zufolge einen Anstieg von 113 Prozent im Vergleich zum Jahr 2000“ (vgl. Nuber 2011, S. 22). Daraus ist erkennbar, dass psychische Leiden, und besonders Depressionen eine starke Zunahme verzeichnen.

Studien kommen sogar zu dem Ergebnis, dass „zwanzig Prozent aller Deutschen [...] im Laufe ihres Lebens eine Depression“ treffe (Mühl 2011, S. 27). Andere Studien ergaben, „dass mehr als 20 Prozent aller Frauen mindestens einmal im Leben eine depressive Episode erleben, aber nur etwa 10 Prozent der Männer (vgl. Martens 2011, S.2; Internetquelle). „Bei rund der Hälfte der Erkrankten bessern sich die Beschwerden nach kurzer Zeit, aber ein Viertel wird binnen eines Jahres erneut depressiv, in einem Zeitraum von zehn Jahren sogar etwa drei Viertel“, so Geuter. Hinzu komme, dass jede fünfte depressive Erkrankung sogar chronisch verläuft und jeder siebte Betroffene Suizid begeht (vgl. Geuter 2009, S. 7).

**Müssen denn die Götter gerecht sein? Eigensinnige
Angewohnheit der Menschen, das von ihnen zu verlangen.**

Horst Wolfram Geißler

2 AUFTRETEN DER „WEIBLICHEN“ DEPRESSION

Die High-Risk-Forscher gehen von mehreren Risikofaktoren für die Auftrittswahrscheinlichkeit einer Depression aus: zum einen benennen sie genetische, biologische und hormonelle Faktoren, zum anderen können auch Psychopathologien der Eltern, Persönlichkeitsmerkmale, Stress und belastende Lebensereignisse, sowie Armut, physische Krankheit und Verlusterlebnisse die Depressionsentstehung begünstigen (vgl. McGrath/ Keita/ Strickland u.a. 1993, S. 20). Wagenblass und Schone verzeichnen sogar eine 23 bis 38prozentige Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Depression beim Kind, wenn ein Elternteil depressiv ist. Sind zwei Elternteile erkrankt, liege das Risiko, als Kind selbst zu erkranken, zwischen 5% und 50% (vgl. Schone/ Wagenblass 2006, S. 11; 26). Generell beträgt das

Risiko an einer schweren Depression zu erkranken zehn Prozent, so Holsboer, verdoppele sich aber, wenn ein Verwandter ersten Grades betroffen ist (vgl. Holsboer 2009, S. 49). Allerdings machen McGrath et al. darauf aufmerksam, dass genetische Ursachen das Auftreten nicht durchgehend stützen, sondern dass besonders bei Frauen anzutreffende Persönlichkeitsmerkmale wie ein niedriges Selbstwertgefühl und Vulnerabilität die Manifestation einer klinischen Depression begünstigen können (vgl. McGrath/ Keita/ Strickland u.a. 1993, S. 21; 44; 53). „Es ist auffallend, daß die Prävalenzraten sowohl für schwere, monopolar verlaufende als auch für mildere Depressionen bei Frauen etwa doppelt so hoch sind als jene, die für Männer gefunden wurden. Demgegenüber beträgt das Geschlechtsverhältnis für bipolare Depressionen etwa 1:1“, so Battegay. Eine von Rorsman 1990 durchgeführte Studie kam auf die kumulative Wahrscheinlichkeit von 27% bei Männern und 45% bei Frauen bis zum 70. Altersjahr eine schwere Depression zu erleiden (vgl. Battegay 1991, S. 33f.). Dörner et al. gehen davon aus, dass das Verhältnis zwischen Frauen und Männern bei einer unipolaren Depression 7:3 und bei einer unipolar manischen 1:1 ist (vgl. Dörner/ Plog/ Teller u.a. 2002, S. 234). Folglich stimmen alle Studien dahingehend überein, dass Frauen ein bedeutend höheres Risiko haben, an Depressionen zu erkranken.

2.1 MÜTTERLICHE DEPRESSION - DEFINITIONSVERSUCH

Thompson, die in ihrer Untersuchung etwa 170 Mütter mit schweren depressiven Episoden und aus (relativ) privilegierten Verhältnissen schriftlich befragte, klassifiziert eine Depressionsform, wie sie so in keiner Einteilung aufgeführt ist: die mütterliche Depression. Sie beschreibt sehr eindrücklich, wie mütterliche Depressionen – und darauf kommt es ihr an – generationsübergreifend weitergegeben werden. Sie definiert sie folgendermaßen:

„Diese Form der Depression wird durch die üblichen Belastungen der Mutterschaft ausgelöst oder verschärft, und das ist entscheidend – sie kann durch erlerntes Verhalten, Umwelteinflüsse, Genetik oder eine Kombination dieser drei Faktoren von der Mutter auf das Kind übertragen werden.“ (Thompson 2007, S. 16).

Als typische Verhaltensmuster, die sie gleichzeitig auch als Symptome sieht, benennt sie folgende:

1. Rückzug/ Isolation und/ oder
2. (chronische) Reizbarkeit
3. Unfähigkeit oder fehlende Bereitschaft, den Kindern Grenzen zu setzen

(vgl. ebd., S. 19f.).

2.2 FORMEN DER DEPRESSION - BESONDERS BEI MÜTTERN

Ich möchte mich hier auf zwei bestimmte Depressionsformen konzentrieren, von denen besonders Mütter betroffen sind: die Wochenbett- und die Erschöpfungsdepression. Innerhalb dieser werden die drei typischen – von Thompson beschriebenen – Verhaltensmuster sichtbar.

2.2.1 WOCHENBETTDEPRESSION

„Da ist Scham, und da ist eine tiefe Trauer. Immer noch beides.“, berichtet eine Betroffene, die ihr Kind nach der Geburt nicht annehmen konnte. Erst „die Diagnose war eine Erleichterung“ (vgl. Wagenbrenner 2011, S. 19; 22). Obwohl zwischen 10% bis 20% aller Frauen im ersten Jahr nach der Geburt eine längere depressive Phase¹ durchmachen (vgl. URL 2), ist die Ablehnung des eigenen Kindes gesellschaftlich nicht akzeptiert und wenig bis gar keine Aufklärung vorhanden, bemängelt Wagenbrenner (vgl. Wagenbrenner 2011, S. 19). Nach Schätzungen leiden sogar 50% bis 80% an einem postpartalen Stimmungstief – dem sogenannten Baby-Blues, der aber nach ein paar Tagen wieder von allein verschwindet (vgl. URL 2). Bei manchen Frauen stellt sich (auch wenn nur sehr selten), die Wochenbettpsychose ein, eine psychische Störung, die mit Unruhe, Aufgedretheit und Schlaflosigkeit einhergeht. Das Gefährliche dieser Erkrankung ist, dass die Frauen ihre verzerrte Wahrnehmung nicht mehr realisieren und es in einigen Fällen lebensbedrohliche Folgen für das Baby haben kann (vgl. Börgens 2010, S. 29f.).

Bereits bei ersten Symptomen (vgl. Abb. 2) rät Dalton einen Arzt zu konsultieren, bevor die Symptome stärker werden, bzw. anhaltend die Mutter-Kind-Interaktion stören (vgl. Dalton 2003, S. 66f.)

Abbildung 2: Erste Symptome postpartaler Depression

Erste Symptome postpartaler Depressionen oder Psychosen	
Selektives Hören und Ängstlichkeit	Wahnvorstellungen
Schlafstörungen	Halluzinationen
Erregung	Gefühl der Unwirklichkeit
Reizbarkeit	Niedergeschlagenheit
Verwirrung	Selbstmordgedanken
Ablehnung des Neugeborenen	Veränderte Persönlichkeit

Quelle: Dalton 2003, S. 59

¹ Davon spricht man, wenn die Verstimmung über einen längeren Zeitraum geht, mindestens aber zwei Wochen besteht und außerdem typische Depressionsmerkmale (s. Abb. 2) erkennbar sind (vgl. URL 2)

Nach der Geburt komme es bei Frauen im Gehirn zum Hormonabfall (vgl. Börgens 2010, S. 35), was – hingegen der verbreiteten Annahme – nicht zwangsläufig in eine Depression führt. Denn wissenschaftliche Untersuchungen widerlegen, dass der Abfall von Östrogen und Progesteron im Zusammenhang mit der Depression stehen (vgl. Geuter 2009a, S. 8). Die Ursachen liegen eher auf der psychosozialen Ebene: die Enttäuschung über die Schwangerschaft oder Geburt, Trennung des Babys von der Mutter durch Frühgeburt oder Krankheit, ein „Schreikind“, sowie mangelnde Unterstützung durch das Umfeld können Auslöser für eine postpartale Depression sein (vgl. Börgens 2010, S. 41).

2.2.2 ERSCHÖPFUNGSDEPRESSION

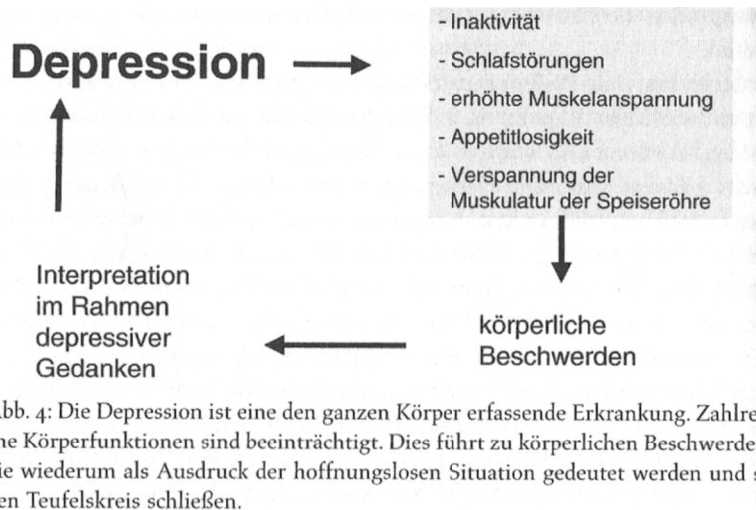
Die depressive Entwicklung, oder auch die Erschöpfungsdepression genannt, ist eine Reaktion auf psychosozialen Stress, der aus dem „Druck einer gefühlsmäßigen Dauerbelastung ohne Aussicht auf Entlastung“ entsteht, so Faust (vgl. Faust 2000, S. 167). Entlastungslose Situationen können Streß-Erlebnisse bspw. in Partnerschaft, Familie, Nachbarschaft oder auch Berufsleben sein (ebd., S. 160).

Gerade bei Frauen resultiere die Überforderung in erster Linie aus der Dreifachbelastung durch Job, Haushalt und Familie, vor allem dann, wenn die Arbeit als unbefriedigend oder erzwungen empfunden wird und finanzielle Sorgen hinzukommen. Es lasse sich sogar eine spezifische Persönlichkeitsstruktur erkennen: „Diese Menschen sind oft ehrgeizig, übergewissenhaft (manchmal sogar ein wenig zwanghaft), häufig aber zugleich von einer folgenreichen Entäußerungsschwäche geschlagen, die sie daran hindert, sich nötigenfalls konsequent zu wehren. ... Sie [...] haben nur gering ausgeprägte Fähigkeiten, Enttäuschungen, Frustrationen, Kümernisse, Sorgen, Kränkungen und Demütigungen zu ertragen.“ Angst, innere Unsicherheit, sowie Gehemmtheit kommen hinzu (vgl. URL 8).

Der Verlauf einer Erschöpfungsdepression gliedert sich in drei Phasen: Faust beschreibt, dass die Betroffenen zunächst von Überempfindlichkeit und reizbarer Schwäche ergriffen sind, welche einhergehen mit Unruhe, Vergesslichkeit, schneller Ermüdbarkeit, aber auch einer Denk- und Konzentrationsschwäche. In der nächsten Phase kommen psychosomatische Beschwerden hinzu, d.h. dass sich unverarbeitete seelische und psychosoziale Konflikte im körperlichen Bereich sichtbar machen und sich beispielsweise in Kopfschmerzen, Atemproblemen, Kreislauf- und Magenbeschwerden zeigen. Während der dritten, depressiven Phase kommt es dann zu einem hartnäckigen Leiden, das vergleichbar mit den Ausprägungen einer endogenen Depression (vgl. Kap. 1.2) ist, so Faust (vgl. URL 8).

2.3 BESCHWERDEBILD

Abbildung 3: „Teufelskreis“ Depression



Quelle: Heger/ Althaus/ Reiners 2005, S.20

Die Abbildung drei zeigt den Zusammenhang zwischen psychischen und biologischen Problemen, die eine Depression mit sich bringen kann. Bouman macht das Ausmaß der Depression anhand von drei Komponenten fest. „Neben der Stimmungsstörung werden meistens kognitive (Schuldgefühle), verhaltensmäßige (Mangel an Initiative, Verringerung vieler Aktivitäten) und vegetative (Eß-, Schlafstörungen) Komponenten unterschieden“ (vgl. Bouman 1993, S. 48). Faust konkretisiert die körperlichen Beschwerden: der Patient habe beispielsweise Schlaf-, Appetit-, Magen-Darm-, Herz- und Atmungsstörungen, aber auch Verspannungen, Rücken- und Muskelschmerzen. Charakteristisch seien auch sichtlicher Leistungsabfall, Konzentrationsstörungen, Unruhe, innere Anspannung, Entscheidungsunfähigkeit, Interessenschwund, Gleichgültigkeit und allgemeine Lustlosigkeit (vgl. Faust 2000, S. 149). Ein einziger Satz drückt die Einstellung des Depressiven gegenüber sich selbst aus: „Ich kann nichts, ich bin nichts, man mag mich nicht, - und schuld daran bin ich auch noch selbst.“ Diese „vernichtende Selbstbeurteilung“ werde durch die „Hilflosigkeit (Ich kann nichts daran ändern) und die Hoffnungslosigkeit (Nichts wird sich mehr zum Guten wenden)“ verstärkt (vgl. Faust 2000, S. 157).

Abbildung 4: Charakteristik einer Depression

- Energielosigkeit: Alles ist unendlich anstrengend und erschöpfend
- Hoffnungslosigkeit, insbesondere Zukunftsängste
- Gefühl der Wertlosigkeit
- Interesselosigkeit
- Freudlosigkeit
- Neigung zu Rückzug und damit Gefahr der Vereinsamung
- erschwertes Denken
- verlangsamte Bewegung
- Schwermut: Alles ist grau und trostlos

Quelle: Faust 2000, S. 159

2.4 ZUR DIAGNOSTIK

Ein hilfreiches Diagnostikmittel zur einfachen Erfassung von bspw. postpartalen Symptomen und Störungen ist die „Edinburgh Postnatal Depression Scale“², die 1987 von Cox, Sagovsky und Holden entwickelt wurde. Obwohl sie schon in 16 Sprachen übersetzt wurde und bereits Tausenden von Frauen mit Wochenbettdepressionen geholfen hat (vgl. Dalton 2003, S. 67ff.), ist ihr Einsatz noch immer nicht selbstverständlich.

Oft wird die Depression erst erkannt, wenn sie im fortgeschrittenen Stadium ist und die Symptome stärker werden. Eine Diagnose ist besonders schwierig, weil man dem Betroffenen seine Traurigkeit nicht ansieht, so Faust (vgl. Faust 2000, S. 149). Außerdem sei das Beschwerdebild nicht nur vielfältig, sondern zu Beginn der Erkrankung werden die körperlichen und zwischenmenschlichen Beeinträchtigungen nicht sofort mit der seelischen Komponente der Depression in Verbindung gebracht (ebd., S. 162). „Diese psychische Störung ist zunächst von der normalen Traurigkeit nur sehr schwer zu unterscheiden“, wissen Arieti & Bemporad, „wird aber in ihrem weiteren Verlauf von Agitiertheit, Ruhelosigkeit oder von ernsthafter Retardierung, Hemmung, verminderter Reaktionsfähigkeit in Bezug auf äußere Reize und wiederkehrenden düsteren und pessimistischen Gedanken begleitet“ (Arieti/ Bemporad 1983, S. 16).

Besonders dann, wenn Patienten die Depression als „persönliches Versagen erleben und negative Reaktionen ihrer Mitmenschen befürchten“, beschreiben Heger et al., dass manche Ärzte der Diagnose ausweichen, und dem Patienten Krankheiten wie Burnout-Syndrom oder chronisches Erschöpfungssyndrom zuordnen (vgl. Heger/ Althaus/ Reiners 2005, S. 54). Dies ist gerade im fortgeschrittenen Stadium der Depression gefährlich, weiß

² Zum Fragebogen siehe Anhang

Seligman, da die Niedergeschlagenheit stärker wird und Motivation und Interesse an der Umwelt nachlassen, was sogar bis in den Tod führen kann (vgl. Seligman 1992, S. 73f.). Ein Indiz für die fortgeschrittene Depression geben Dörner et al. Sie gehen davon aus, dass „die Depression umso tiefer ist, je mehr [die Betroffenen] Schmerz, Angst [und] Trauer nicht empfinden können“ (Dörner/ Plog/ Teller u. a. 2002, S. 200).

„Die meisten Depressionssymptome sind deshalb so gefährlich, weil sie lange zu falschen Schlussfolgerungen verleiten – zu Lasten des Betroffenen, der selbst nicht weiß, was mit ihm geschieht, und der sich vor allem auch nicht gezielt wehren kann. Sobald die Depressionssymptome aber krankheitstypischer werden, zumindest so, wie man sich das in Laienkreisen vorstellt, kann das Leiden zwar noch stärker zermürben, hat aber wenigstens den Vorteil, daß es als Krankheit erkannt, anerkannt und vor allem rasch behandelt wird.“ (Faust 2000, S. 186).

Deshalb sollte durch eine frühzeitig gestellte Diagnose und geeignete (therapeutische) Maßnahmen zur Depressionsbehandlung (vgl. Kap. 5) das Leiden gemindert und dem Suizid vorgebeugt werden.

Sammelt euch Schätze im Himmel, die nie ihren Wert verlieren und die kein Dieb mitnehmen kann.

(Die Bibel: Matthäus 6 Vers 20)

3 FOLGEN DER DEPRESSION

Schon 1977 erkannte Bandura, dass das Verhalten eines Individuums andere Menschen und deren Handlungen beeinflussen und umgekehrt. Sie stehen in einem wechselseitigen Interaktionsprozess, bestätigen Beck et al. (vgl. Beck/ Rush/ Shaw et al. 1994, S. 48). „Je besser die Art und Qualität von Abstimmung und Austausch zwischen Person und Umwelt, insbesondere in Bezug auf Ressourcen gelingt, desto zufriedener wird die persönliche Lebensführung erlebt“, schreibt Schubert (vgl. Schubert 1999, S. 109). Bei der Depression gelingt dies selten, da der betroffenen Person meist wenig Ressourcen zur Verfügung stehen und ihre Wahrnehmungsfähigkeiten und ihre Zugänglichkeit je nach Depressionsausmaß eingeschränkt sind. Deshalb soll geklärt werden, welche Auswirkungen die Depression für Partner, Freunde, Kinder und Kollegen hat.

3.1 FOLGEN FÜR DIE UMWELT

Eine Betroffene berichtet: „Ich bin stumm, stumpf und sprachlos.“ (vgl. Beckerle 1989, S. 26) und ein anderer Betroffener schreibt: „Dieser total stumpfe Zustand stellte jegliche Gefühle in Frage.“ (Müller 1995, S. 64). Demnach führt das „seelische Erkalten“ zu Beziehungsstörungen, einer überzogenen Anspruchshaltung gegenüber dem Partner, die sich in Bösartigkeit, Aggressivität und sogar Feindseligkeit niederschlagen kann, so Faust (vgl. Faust 2000, S. 184ff.). Eine von mir befragte Mutter erzählt: „Ich war nur noch motzig, ich war aggressiv, gegenüber allen, gegenüber meinem Kind, gegenüber Nachbarn, ich war also wie ausgewechselt. Ich hab`s nicht mal mehr geschafft gehabt, mich sauber zu halten, geschweige denn die Wohnung [...] es ist mir einfach alles entglitten.“ (vgl. Transkription Frau Neuer im Anhang). Der Rückzug aus dem Freundeskreis und von den Nachbarn, drückt sich in der „mangelnde[n] Fähigkeit [aus], selbst auf eine freundliche Umgebung oder ein erfreuliches Ereignis positiv zu reagieren [und in] eine[r] zunehmende[n] Interesselosigkeit, ja sogar Gleichgültigkeit – nicht zuletzt auf den Gebieten, die dem Betroffenen früher etwas bedeuteten“ (Faust 2000, S. 187f.). Als Resultat ziehen sich die Freunde zurück, da sie für ihre Hilfsangebote nur Undankbarkeit ernten (vgl. Müller 1995, S. 77). Wenn Frauen aufhören, die nährende und fürsorgliche Rolle zu erfüllen, reagieren Familie und Freunde nicht selten in einer feindseligen oder strafendenden Weise. „Im Extremfall ziehen sich andere Menschen vollständig zurück, oder die depressive Frau wird aus ihrem Umfeld entfernt und hospitalisiert“ (vgl. McGrath/ Keita/ Strickland 1993, S. 111). Außerdem komme es zu einer völlig verzerrten Wahrnehmung der eigenen beruflichen Kompetenzen und Fähigkeiten („*Ich bin zu unbegabt und nicht fähig, diese Arbeiten zu verrichten*“) mit möglicher Arbeitslosigkeit als Folge (vgl. Müller 1995, S. 74). Bekannte und Freunde, aber auch Arbeitskollegen werden dazu aufgefordert, die Krankheit als Krankheit zu akzeptieren und depressives Verhalten nicht dem Betroffenen persönlich anzurechnen, sondern eher der Krankheit zuzuschreiben (vgl. Müller 1995, S. 71) – was nicht immer leicht ist.

3.2 FOLGEN FÜR DIE KINDER

Gerade für Kinder ist die oben genannte Aufforderung oft nicht verständlich. Nach Wagenblass fühlen sie sich schuldig, ja sogar verantwortlich für die Krankheit der Mutter und übernehmen nicht selten die elterlichen bzw. mütterlichen Pflichten (Parentifizierung) (vgl. URL 7). Dalton macht darauf aufmerksam, dass depressive Mütter extrem reizbar sind. Sie

„fahren bei jeder Kleinigkeit aus der Haut“ und äußern sich verbal und sogar körperlich aggressiv (vgl. Dalton 2003, S. 77). Die Hälfte der Kinder mit Müttern, bei denen eine bipolare Depression klassifiziert wurde, wies eine Desorganisation der Bindungsrepräsentation auf (vgl. Zulauf-Logoz 2008, S. 304). Grund hierfür ist, dass depressive Frauen häufig auch abweichendes Mutterverhalten aufzeigen, beispielsweise ihre Kinder nicht trösten, ambivalente Verhaltensweisen durch mangelnde Selbstkontrolle aussenden, oder sich ganz zurückziehen und das Kind gar nicht beachten (ebd., S. 307), wodurch sie ihre Kinder nicht beruhigen können. Die Kinder können das mütterliche Verhalten demzufolge nicht einschätzen, bekommen Angst und haben eine nachweisbar höhere Cortisol-Konzentration im Speichel – ein Indikator für Stress (vgl. Kap. 4.4.1). Im Schulalter seien sie anfälliger für aggressives Verhalten, neigen zu Tagträumen, bizarrem Verhalten und Selbstverletzungen, um nur einige auffällige Handlungsmuster der Kinder zu nennen (ebd., S. 310f). Die Verhaltensweisen verfestigen bzw. prägen sich im weiteren Lebensverlauf aus, so Zulauf-Logoz: „Desorganisiertes Bindungsverhalten, das mit Stress- und Angstreaktionen im frühen Kindesalter verbunden ist, geht zu einem späteren Zeitpunkt zu kontrollierendem Verhalten gegenüber der Bindungsfigur, aggressivem Verhalten gegenüber Gleichaltrigen und/oder dissoziativen Symptomen im Jugendalter über.“ (ebd., S. 311).

**Erfahrungen vererben sich nicht
– jeder muss sie alleine machen.
(Kurt Tucholsky)**

4 URSACHEN/ BEDINGUNGSFAKTOREN DER ENTSTEHUNG

Für Weissman und Paykel sind die Ursachen der Depression vielfältig: „They include stressful life events, genetic predisposition, vulnerability to certain stresses based on personality and other factors, and probably biologic and neuropharmacologic abnormalities.“ Jede einzelne Depression resultiert aus dem Zusammenwirken mehrerer Ursachen (vgl. Weissman/ Paykel 1974, S. 7). Der hier deutlich werdende ganzheitliche Ansatz impliziert, dass ein Ungleichgewicht innerhalb eines Bereiches zu Ungleichgewichten in anderen Bereichen führen kann – und über einen längeren Zeitraum gesehen – den Menschen krank macht. Wir gehen heute davon aus, dass sich körperliche, seelische und soziale Ursachen der Depression gegenseitig bedingen und begünstigen (vgl. Börgens 2010, S. 140). Auch Georges Engels (1977), machte darauf im sozialökologischen Ansatz aufmerksam, wel-

chem das biopsychosoziale Modell zugrunde liegt. Dieses besagt, dass es eine Wechselwirkung zwischen biologischen Anlagen (endogen, z.B. Geschlecht), psychologischen Ausprägungen (autogen, z.B. Vulnerabilität, Stressanfälligkeit) und sozialen Gegebenheiten (exogen, z.B. Umwelt) gibt (vgl. URL 6). „Die Gesellschaft und die Psyche schaffen Bedingungen für körperliche Prozesse, und die körperlichen Prozesse tun das ihrerseits mit Psyche und Gesellschaft.“ (Hoofdakker 1993, S. 66). Diese drei Systeme, die eine Person in ihrem Denken und Verhalten beeinflussen, beinhalten wiederum kleinere Systeme. So hat im sozialen System die Familie, die Gemeinde und die Gesellschaft Einfluss; das Denken, Fühlen und die Motivation wirken auf die Psyche ein und Anlagen und Vererbungen werden in der Anordnung und Existenz von Organen, Zellen und Gewebe sichtbar. Unser Handeln und Denken ist sehr komplex und deshalb muss die Person in ihrer Ganzheit gesehen werden, um ihr Befinden verstehen zu können (vgl. Sarafino 2002, S. 17ff.).

Abbildung 5: Das bio-psycho-soziale Modell

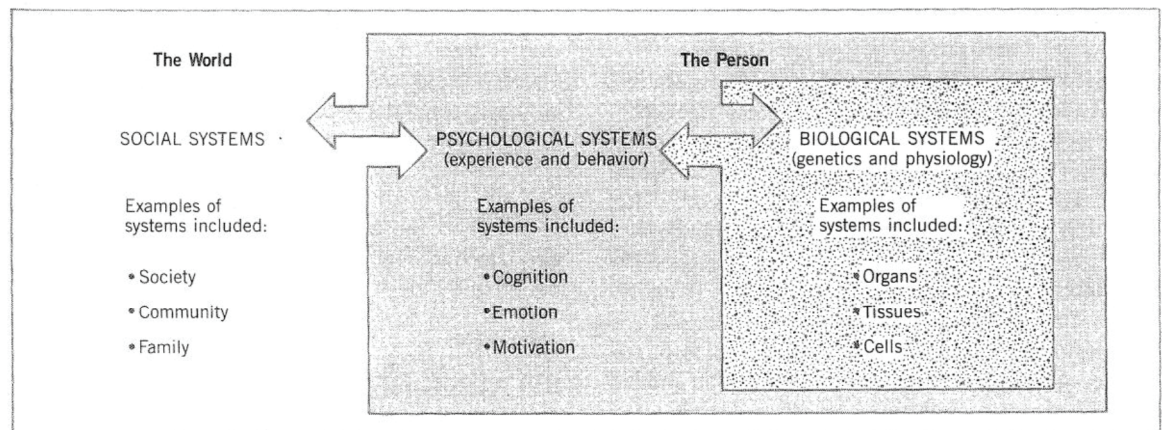


Figure 1-4 A diagram of the interplay of systems in the biopsychosocial model. The person consists of biological and psychological systems, which interrelate; and each of the systems includes component systems. The person interrelates with the social systems of his or her world. Each system can affect and be affected by any of the other systems.

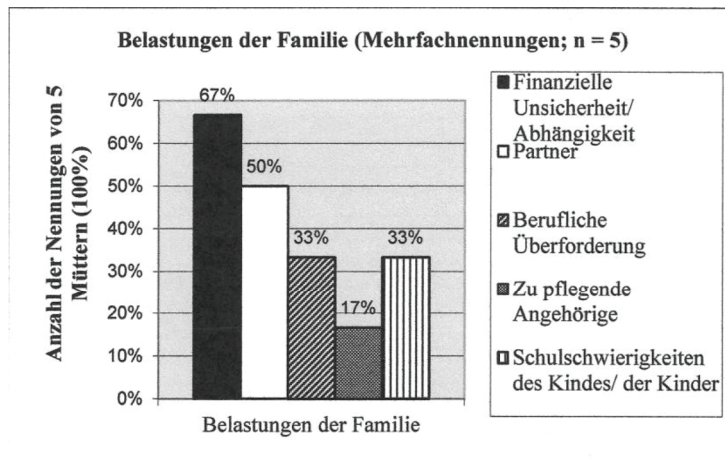
Quelle: Sarafino 2002, S. 19

Zusammenfassend kann mit Arieti et al. gesagt werden, dass „es durchaus möglich ist, daß die Depression bei verschiedenen Menschen verschiedene Ursachen haben könnte“ (vgl. Arieti/ Bemporad 1983, S. 91). Entsprechend dem bio-psycho-sozialen Modell wird nachfolgend auf mögliche Ursachen der Depression eingegangen.

4.1 SOZIOLOGISCHE THEORIE

Der rollentheoretische Ansatz „besagt, daß der Frau je nach soziokulturellem Kontext andere Rollen als dem Mann zugeordnet werden und daß im Hinblick auf die Übernahme einer solchen Rolle ein gewisser normativer Druck besteht“ (Battegay 1991, S. 35f.). So können die Rollenverpflichtungen der Frau, nämlich für andere zu sorgen und sie zu stützen, die Stressbelastung und das Depressionsrisiko erhöhen. Von ihr wird erwartet, dass sie auf Kummer und Sorgen der anderen eingeht und sie auffängt, unabhängig von der Befriedigung ihrer eigenen Bedürfnisse nach Unterstützung und Wertschätzung (vgl. McGrath/Keita/ Strickland et al. 1993, S. 57). Auch Collatz et al. beschreiben eine gesellschaftlich erwartete Übernahme verschiedener Rollen durch die Mütter: sie sollen sowohl qualifizierte Berufstätige, perfekte Hausfrau und Mutter, als auch geistig und erotisch anspruchsvolle Geliebte sein (vgl. Collatz/ Borchert/ Brandt 1996, S. 4). Weissman und Paykel diskutieren daher als Ursache der Depression soziale Anpassungsstörungen, da Mütter die Vielzahl der ihnen auferlegten Rollen nicht angemessen ausüben können (vgl. Weissman/ Paykel 1974, S. 19). Beck-Gernsheim definiert diese Situation als „Double-bind“, die sie als Gleichzeitigkeit unvereinbarer Aufgaben ansieht (vgl. Beck-Gernsheim 1989, S. 65). Denn „die Anforderungen, [...geraten] in Konkurrenz und Konflikt zu den Erwartungen, Hoffnungen, Plänen, die die Frau selber hat.“ Häufig gibt die Mutter ihr rationales Planen und Denken auf, um dem Rhythmus des Kindes zu folgen (vgl. Beck-Gernsheim 1997, S. 63). Auch McGrath et al. konstatieren, dass Frauen mit kleinen Kindern hohen Stress empfinden, der mit der Zahl der im Haushalt lebenden Kinder zunimmt, unabhängig von einer reinen Hausfrauentätigkeit oder zusätzlichen Berufstätigkeit. Aber auch die Verantwortung für adoleszente Kinder kann Stress bedeuten (vgl. McGrath/ Keita/ Strickland et al. 1993, S. 59). In meiner Forschungsarbeit fiel auf, dass fast alle (4 von 5) Befragten aufgrund ihrer schlechten finanziellen Lage stark belastet sind (vgl. Abb. 6). Außerdem empfanden 5 von 6 Befragten ihre momentane Lebenssituation als absolut stressig (83,3%). Sei es deshalb, weil sie noch zu pflegende Angehörige hatten oder einen anstrengenden Beruf bzw. Partnerschaftsprobleme. Eine Mutter umschreibt diesen Sachverhalt mit der Aussage: „...jeder zerrt an einem herum und jeder hat Ansprüche“.

Abbildung 6: Belastungen der Familie



66,7% der Mütter sind in ihrem Beruf unglücklich, 33,3% aufgrund beruflicher Überforderung. Den Schulschwierigkeiten der Kinder und dem dahinter stehenden Leistungsdruck kann nach Auffassung aller Mütter nur durch elterliches Engagement entgegengewirkt werden, welches einen zusätzlichen Druck auf die Mütter ausübt. Zwei Mütter gaben an, einfach nicht mehr zu können. Obwohl bei 66,7% die Arbeitsteilung partnerschaftlich geteilt ist und der Partner als unterstützend erlebt wird, stehen bei ebenfalls 66,7% der Befragten die elterlichen Tätigkeiten im Vordergrund. Mögliche Gründe können sein, dass sich je 33,3% mit ihrem Partner uneinig sind oder der Ansicht sind, dass der Partner inkonsequent erzieht (vgl. Tabellen im Anhang).

Beck-Gernsheim sieht die Ursache in den bestehenden tradierten Rollenbildern, da die „Reorganisation der Partnerschaft“, wie sie sie fordert (d.h. Unterstützung des Partners in Kindererziehung, Haushalt etc.), nicht stattfindet (vgl. Beck-Gernsheim 1989, S. 88). Immer noch beobachten wir dieses Phänomen. Der Allensbacher Familienmonitor 2010 bestätigt dies: 53% der Vollzeit berufstätigen Mütter erledigen die meiste Familienarbeit, und 4% machen sogar alles. Von den Müttern mit Kindern unter 18 Jahren übernehmen 11% die Erziehungs- und Hausarbeit komplett, 67% machen den größeren Teil und 37% der Mütter wünschen sich mehr Unterstützung vom Partner (vgl. Institut für Demoskopie Allensbach 2010, S. 13ff.).

Aber auch der „Verlust des Selbstwertgefühls, das die eigene Arbeit und die eigene Leistung in der Berufswelt gegeben hatten“, wird jetzt zum Problem (vgl. Beck-Gernsheim 1989, S. 54), denn Berufsstand und Prestige werden als wichtige Vorhersagekriterien für die psychische Gesundheit gesehen. So kann davon ausgegangen werden, dass ein geringeres Einkommen ein Risikofaktor für Depressionen darstellt (vgl. McGrath/ Keita/ Strickland et al. 1993, S. 61ff.). Gerade Frauen ohne Berufstätigkeit sind auf nur eine einzige

Gratifikationsquelle, nämlich die Familie, angewiesen, so Battegay (vgl. Battegay 1991, S. 35). So konnte in Untersuchungen nachgewiesen werden, dass Kinder mit steigender Zahl auch den Depressionsgrad der Mutter erhöhen, wenn die Frau ausschließlich zu Hause tätig war. Das andere Extrem zeigt sich bei alleinerziehenden, berufstätigen Müttern, bei welchen ebenfalls extrem hohe Depressionswerte erkennbar waren (vgl. McGrath/ Keita/ Strickland et al. 1993, S. 62). Auf einem Symposium in Berlin wurde kürzlich referiert, dass Alleinerziehende Frauen die höchsten Depressionsraten hätten (vgl. Martens 2011, S. 2; Internetquelle).

Folglich kann festgehalten werden, „daß Frauen dann einem höheren Depressionsrisiko unterliegen, wenn sie ständige Belastungen in ihren Langzeitbeziehungen erleben“, sei es mit dem Partner, im Beruf, mit zu pflegenden Angehörigen oder eben mit den Belastungen, die eine Mutterschaft mit sich bringt (weniger Zeit für sich selbst, für den Partner, Aufgabe des Berufes etc.) (vgl. McGrath/ Keita/ Strickland et al. 1993, S. 58).

4.2 SOZIALPSYCHOLOGISCHE THEORIEN

Im nächsten Abschnitt werden verhaltenstheoretische Modelle (Lewinsohn) und Kognitionstheoretische Modelle (Beck) sowie eine Zusammenfassung beider in einem Modell (Seligman) näher beleuchtet.

4.2.1 LEWINSOHN'S MODELL DER OPERANTEN KONDITIONIERUNG

Lewinsohn beruft sich zur Erklärung von Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression einerseits auf die operante Konditionierung nach Skinner, innerhalb derer das Verhalten durch Belohnung bzw. Verstärkung oder Strafe gelernt aber auch verlernt werden kann, und andererseits auf die klassische Konditionierung nach Pavlov, nach der Reflexe und Gefühle durch wiederholt erlebte Reize hervorgerufen werden (vgl. Hoevenaars/ Son 1993, S. 98). Ausgangspunkt seiner Theorie ist somit die Annahme, dass Verhalten erlernt ist, so Heger et al. (vgl. Heger/ Althaus/ Reiners 2005, S. 70). Demnach fungiert „eine Verminderung des Niveaus von positiver Verstärkung [...] also ein[en] Mangel an sich, [...] als unkonditionierter Stimulus, der automatisch die unkonditionierte Reaktion [also das Auftreten depressiver Syndrome bzw. Symptome] auslöst“. Ein Mangel entstehe dadurch, dass die Umgebung, die keine positiven Verstärker zur Verfügung hat, viel bestraft oder sich aversiv verhält, bzw. beim (zukünftigen) Depressiven ein Verhalten hervorruft, das wiederum aversive Reaktionen auslöst. Infolge gehäuft auftretender depressiver Reaktionen

nehmen „normale“ Verhaltensweisen ab und können nicht verstärkt werden, womit die Voraussetzung für eine immer tiefer gehende Depressionsspirale gelegt ist (vgl. Hoevenaars/ Son 1993, S. 99f.).

4.2.2 BECK`SCHES KOGNITIONSMODELL

Auch das Kognitionsmodell von Beck et al. setzt bei der Depressionsentstehung unschöne frühe Erfahrungen als Grundlage für die Entstehung negativer Selbst-, Umwelt- und Zukunftskonzepte voraus (vgl. Beck/ Rush/ Shaw et al. 1994, S. 47). Besonders nach einem Verlust würde der Mensch seine Erfahrungen in negativer Weise bewerten (vgl. Arieti/ Bemporad 1994, S. 76). Aber auch die Erfahrung, dass andere immer etwas an Einem aussetzen haben und Einen als wertlos ansehen und dass Fehler zu unberechenbaren Konsequenzen führen, kann zu einer negativen Denkweise führen, so Heger et al. Als Fundament der kognitiven Struktur können zudem angeborene Dispositionen angenommen werden, was speziell die Sensibilität, das Temperament und die subjektive Verarbeitung betreffe (vgl. Heger/ Althaus/ Reiners 2005, S. 75). Beck et al. gehen in ihrem Modell von drei Grundannahmen aus: der kognitiven Triade, dem Schemata und dem kognitiven Fehler, welche ich im Folgenden näher erläutern werde. Die kognitive Triade beinhaltet drei Elemente:

- eine negative Selbstbeurteilung des Patienten,
- seine fortwährende negative Interpretation von Erlebnissen und/ oder Erfahrungen (Fehlinterpretation)
- und seine negativen Zukunftserwartungen.

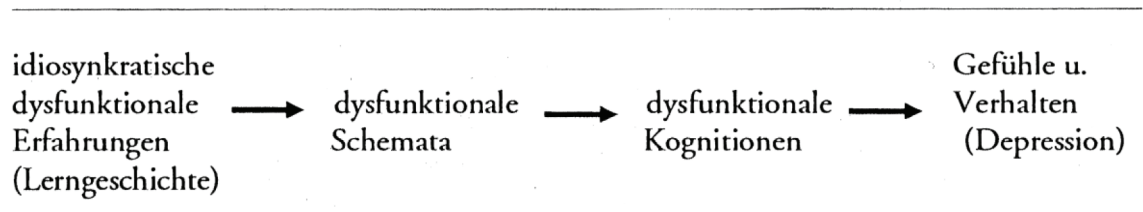
Einerseits führen diese ungünstigen Überzeugungen in einen kognitiven Denkprozess, der konsequenterweise Pessimismus und Hoffnungslosigkeit evoziert und sich andererseits im „idiosynkratischen Schemata“³ verfestigt, so Beck et al. (vgl. Beck/ Rush/ Shaw et al. 1994, S. 42f.). Aufgrund dieser festgemachten realitätsfernen, kognitiven Verarbeitung äußerer Reize entstehen im Gehirn „kognitive Fehler“, welche u.a. in willkürlichen Schlussfolgerungen, selektiven Verallgemeinerungen, Personalisierung⁴ und Übergeneralisierung sichtbar werden (ebd., 42; S.44f.)

³ „Der Begriff *idiosynkratische Schema* bezeichnet diese stabilen kognitiven Verarbeitungsmuster.“ (Beck et al. 1994, S. 43)

⁴ Personalisierung bezeichnet nach Beck et al. die Neigung des Patienten, die Ursache äußerer (vor allem) Ereignisse auf sich selbst zu beziehen, auch wenn es keine Grundlage dafür gibt, einen solchen Zusammenhang herzustellen (vgl. Beck/ Rush/ Shaw 1994, S. 45)

Ein negatives Verarbeitungsschemata kann sowohl latent vorliegen als auch „reaktiviert“ werden, wenn bestimmte Umweltreize (z.B. Stress) auf den Menschen einwirken. Auf diese Weise wird eine adäquate Anpassung an gegebene Situationen verhindert, und die Realität verzerrt (ebd., S. 43f.; 47).

Abbildung 7: Kognitionsmodell von Aaron Beck

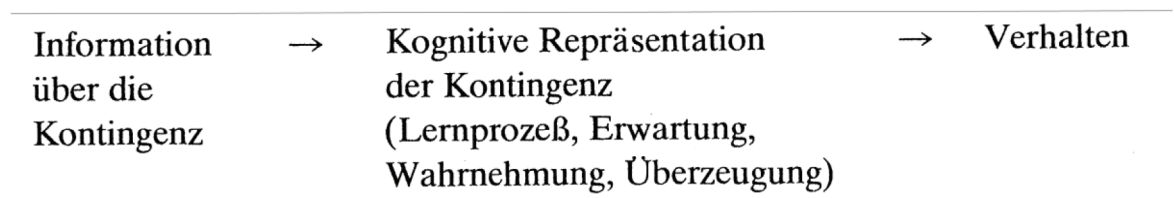


Quelle: Abersnagel 1993, S. 113

4.2.3 SELIGMANS MODELL DER ERLERNTEN HILFLOSIGKEIT

Seligmans Modell baut auf der Annahme auf, „daß unterschiedliche Erfahrungen [...] zu systematischen behavioralen und kognitiven Veränderungen führen“ (Seligman 1992, S. 43), welches er in folgendem Schema dargestellt hat:

Abbildung 8: Kognitionsmodell der Erlernten Hilflosigkeit



Quelle: Seligman 1992, S. 44

Die Kernaussage seiner Untersuchungen über Depressionen besteht darin, dass Depressive der Überzeugung sind ihr Handeln sei zwecklos bzw. unwirksam. Dadurch verlieren sie die Kontrolle und werden hilflos (vgl. Seligman 1992, S. 89f.). Die „Lähmung des Willens“ wird in der „Diskrepanz zwischen der objektiven Leistung des Depressiven [...] und seiner subjektiven Bewertung sichtbar“, in der ein offensichtlicher Erfolg oft in einen Mißerfolg umgedeutet wird und mit der Entbehrung jeglicher *offener* Feindseligkeit einhergeht (ebd., S. 81; 85). Die Wurzeln unkontrollierbarer Konsequenzen beschreibt Seligman in den frühen Erfahrungen des Individuums, die ihn für eine Depression prädisponieren (ebd., S.

101). Bewältigungsmechanismen werden innerhalb des Lebenslaufes erworben. Besteht kein Zusammenhang zwischen Reaktion und Konsequenz (beispielsweise ist die Mutter nicht für das Kind da, wenn es Probleme hat), „oder [lösen] die Eltern das Problem für das Kind [...]“, so entwickelt sich Hilflosigkeit. Das Kind hört auf, die Reaktion auszuführen „und lernt darüber hinaus, daß aktives Verhalten wirkungslos ist (ebd., S. 132; 140). „Diese Erfahrung bildet die Basis [s]einer Pyramide emotionaler und motivationaler Strukturen“, die als Muster auf das Erleben und Verhalten Einfluss haben (ebd., S. 132).

Dies hat eine pauschale Misserfolgshaltung für zukünftige Ereignisse zur Folge, bestätigen Heger et al. Es trete Passivität ein, Selbstbeschuldigungen kommen auf und bestehende Veränderungsmöglichkeiten werden nicht wahrgenommen. Somit kann depressives Verhalten als Folge von bestimmten, als unkontrollierbar erfahrenen Überforderungssituationen aufgefasst werden (vgl. Heger/ Althaus/ Reiners 2005, S. 76f.).

4.2.4 KRITISCHE ANMERKUNGEN ZU DEN VORANGEGANGENEN THESEN ÜBER DIE KOGNITIVEN URSÄCHLICHKEITEN AUS DER FRÜHEN KINDHEIT

Seligman vermutet, dass die Empfänglichkeit von Hilflosigkeitsüberzeugungen dem Zusammenspiel von endogenen und reaktiven Depressionen zugrunde liegt, was, wie in Kap. 1.1 beschrieben, die neueren Forschungen bestätigen (vgl. Seligman 1992, S. 90). Somit müsste sein Konzept auf alle Erscheinungsformen, egal welcher Ätiologie sie entsprechen, anzuwenden sein. Allerdings setzt er als Ausgangspunkt seiner Theorie die reaktive Depression, die als Folge eines äußeren Ereignisses eine Reaktion auf den Kontrollverlust über die Erleichterung von unangenehmen Erlebnissen darstellt (ebd., S. 75ff.). Somit erklärt er mit seinem Konzept nur eine bestimmte Depressionsform, nämlich die reaktive, und lässt andere außer Acht.

Weiter wird die Aussage, dass negative Erfahrungen ausschließlich in der Kindheit gemacht werden, bemängelt: Arieti et al. gehen wie Seligman davon aus, dass emotionale und kognitive Prozesse in einem engen Zusammenhang stehen. Die Denkweise – ein Konstrukt, welches sich im Laufe des Lebens immer wieder verändern kann – werde durch Emotionen beeinflusst, auch weil der depressive Patient dem Geschehen bewußt oder unbewußt eine besondere Bedeutung beimesse. Bei der Bewertung von Situationen spielen aber außerdem bestimmte Lebenserfahrungen und die Persönlichkeit eine wichtige Rolle (vgl. Arieti/Bemporad 1983, S. 20ff.). Deshalb gehen die Autoren davon aus, dass negative Erfahrungen nicht nur in der Kindheit gemacht werden, sondern ein Leben lang und

schränken die ausschließliche und unbedingte Ursache der Depression in frühen Kindheits-erfahrungen durch die Wirkweise anderer Umweltfaktoren ein:

„Jede Lebensphase steht unter dem Einfluß der vorausgegangenen Phasen, aber nicht in starrer oder unabwendbarer Weise. Andere Faktoren treten hinzu. Frühe Erfahrungen haben an der Verursachung einer Depression nur dann teil, wenn sie gemeinsam mit anderen Faktoren die Ausbildung einer Denkweise begünstigen, die ihrerseits ungünstige Lebensmuster hervorbringt (ebd., S. 21).

4.3 PSYCHOLOGISCHE THEORIEN

Die Psychologie wird als Wissenschaft vom Erleben und Verhalten charakterisiert (vgl. Städtler 1998, S. 870). In diesem Abschnitt soll es nun um psychologische Erklärungen für die Depressionsentstehung gehen.

4.3.1 PSYCHOANALYTISCHE THESEN – UND DIE EINFLÜSSE DER FRÜHEN KINDHEIT

„Die Psychoanalyse behauptet [...], daß die Art und Weise der Interaktion zwischen einer Mutter und ihrem Kind im Geist des Kindes die erste interne Repräsentation nicht nur einer anderen Person, sondern auch einer Interaktion, einer Beziehung erzeugt“ (Kandel 2006, S. 144). Sie geht davon aus, dass bereits in den Babyjahren die Basis für spätere Krankheiten gelegt wird, aber auch die Entwicklung und Regulation des Selbstwertgefühles. Nach Millers Ansicht „weist die Depression auf eine sehr frühe Störung hin“, da bereits in dieser frühen Zeit affektive Bereiche des Kindes nicht bedient wurden (Miller 1983, S. 79). Charakteristisch für die Kindheit depressiver Persönlichkeiten seien mangelnder Respekt, Kontrollzwang, Manipulation und Leistungsdruck, was beim Kind intrapsychisch Einsamkeit und Verlassenheit hervorrufe (ebd., S. 19ff.). Deshalb beschreibt Miller die Depression als eine extreme Form der narzisstischen Störung⁵, hinter der sich „[...] oft unbewußte oder zwar bewußte, aber abgespaltene Größenphantasien“ verbergen (ebd., S. 68). Diederichs bestätigt, dass sich bei jedem Depressiven latente Größenphantasien wiederfinden (vgl. Diederichs 1996, S. 66). Als Kehrseite der Depression sieht Miller daher die Grandiosität, ein Merkmal, das nach ständiger Bewunderung durch Erfolg verlangt. Bei ausbleibendem

⁵ Für Kohut ist die narzisstische Störung das Gegenstück zum gesunden Narzissmus, der sich in adäquater Selbstliebe, Selbstachtung oder positivem Selbstwertgefühl ausdrückt. Nach Wangh ist der krankhafte Narzissmus (also die narzisstische Störung) eine Abwehrform, die durch die gesellschaftlich bedingte Überlastung libidinöser oder aggressiver Impulse des Kindes auf die Eltern entstanden ist (vgl. Diederichs 1996, S. 59f.)

Erfolg könne die Grandiosität jedoch leicht in eine Depression umschlagen und umgekehrt „Eigentlich ist die [...] Depression [somit] die Abwehr des tiefen Schmerzes über den Selbstverlust“ (Miller 1983, S. 68).

Aber wie kommt es zu dem „Selbstverlust“?

Der Psychoanalytiker Winnicott geht – genau wie Miller – davon aus, dass eine gesunde Entwicklung eine positive Mutter-Kind-Beziehung voraussetzt.

„Wenn das Kind gut gehalten⁶ und wenn gut mit ihm umgegangen wird, dann fördert dies die Reifungsprozesse; schlechtes Halten hingegen bedeutet nichts anderes als die immer neue Unterbrechung dieser Prozesse aufgrund der Reaktion des Babys auf die mangelnde Anpassung der Umgebung an seine Bedürfnisse“ (Winnicott 1990, S. 72).

Eine Entbehrung gehe außerdem mit unvorstellbaren Ängsten einher, die ein Zusammenbrechen, unaufhaltsames Fallen, vollständige Isolation, Zerstörung der Einheit von Psyche und Soma empfinden lassen oder auch folgen lassen (ebd., S. 107).

„Insgesamt muss das Kleinkind die Erfahrung machen, daß es nach einer Phase des großartigen und selbstverständlichen Behagens (zumindest intrauterin) Hilflosigkeit, Ohnmacht, Verlassensein sowie schwer zu bewältigende reaktive aggressive Impulse erleben muß. Die Erfahrung von Frustration und Trennung ruft den Wunsch nach Wiederherstellung des verlorenen Harmoniezustandes hervor“ (Diederichs 1996, S. 62).

Der Versuch, „einen Zustand wie ursprünglich in der primären Objektbeziehung⁷ wieder herzustellen“, stellt für Balint Kompensations- und Abwehrversuche des Säuglings [bzw. des Kleinkindes] dar, der „sich gegen ein vernichtendes Gefühl der Ohnmacht zu verteidigen“ sucht (ebd., S. 61).

Eine Identifikation mit der/n Bezugsperson(en) durch die Schaffung eines Idealselbst und eines Ich-Ideals würde die Identität – im Gegensatz zur totalen Verschmelzung von Selbst und Objekt – nicht beeinträchtigen, so Diederichs. Bei einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung „erfolgt [aber] keine regelrechte Differenzierung in Ideal-Selbst⁸, Real-Selbst⁹ und

⁶ Unter Halten versteht Winnicott die „fürsorgliche Beschäftigung mit dem kleinen Kind“ (vgl. Winnicott 1990, S. 71).

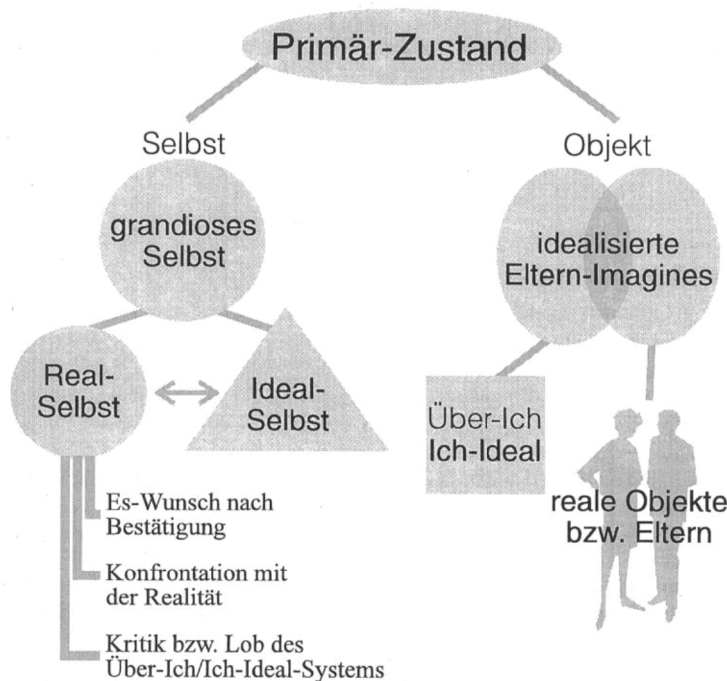
⁷ Die primäre Objektbeziehung findet zwischen Mutter und Säugling in den ersten Wochen (und Monaten) statt. Kohut beschreibt ihn auch als paradiesischen Zustand (auch Primärzustand genannt), in dem die Mutter ganz und gar nur für das Kind da ist (vgl. Siegel 2000, S. 63).

⁸ Das Ideal-Selbst ist das Bild einer Person, wie sie gern sein möchte und worauf sie großen Wert legt (vgl. URL 10).

⁹ Das Real-Selbst ist das Bild einer Person, über ihre tatsächlichen Eigenschaften, Fähigkeiten und Verhaltensweisen (vgl. URL 10).

Ich-Ideal¹⁰, sondern eine bleibende Fixierung an das Größenselbst“ (Diederichs 1996, S.64ff.) – d.h. die Eltern werden im idealisierten Elternimago überbewertet oder auch verherrlicht und es kommt zur Verschmelzung mit diesem. Die entwickelten Größenphantasien werden dann also nicht modifiziert in ein Realselbst, sondern verdrängt oder abgespalten, indem die Realität verleugnet wird (ebd., S.63ff.).

Abbildung 9: Modell zur Entwicklung und Regulation des Selbstwertsystems



Quelle: Diederichs 1996, S. 65¹¹

Somit schaffen Depressive es nicht in der frühen Kindheit, sich eine eigene Identität aufzubauen, weil „[der Depressive als] Kind unter Umständen schon sehr früh [lernte], wie [... er] nicht fühlen durfte, wollte [... er] die Liebe der Mutter nicht aufs Spiel setzen“ (Miller 1983, S. 80). Das Kind ist also „nie als das Kind [geliebt worden], das es war, sondern für seine Leistungen, Erfolge und Qualitäten [...]“ (ebd., S. 94). Schlimmer noch als

¹⁰ Das Ich-Ideal entsteht nach Kohut „als Reaktion auf Frustration: Um den Verlust ‚perfekter‘ Eltern zu vermeiden, wird das Bild ‚perfekter‘ Eltern als Ich-Ideal introjiziert. Das Ich-Ideal erhält seine positive emotionale Qualität über die Projektion des ursprünglichen Narzißmus des Kindes auf die Eltern.“ (vgl. Siegel 2000, S. 47).

¹¹ Das Größenselbst bzw. grandiose Selbst kann als Ergebnis des Versuchs angesehen werden, den ursprünglichen (ggf. intrauterinen) Zustand wiederherzustellen, indem das eigene Selbst narzisstisch besetzt wird. Das narzisstische/ grandiose Selbst ist eng an Triebe und Spannungszustände gebunden und möchte von den anderen bewundert werden. Im Gegenzug dazu gibt es eine weitere Möglichkeit, den Primärzustand wieder herzustellen: indem das Kind seine Eltern im Eltern-Imago idealisiert, d.h. ihn als absolut mächtig und vollkommen sieht. Bei einer nicht-traumatischen Enttäuschung wird die einst auf den Elternteil projizierte Idealisierung per Internalisierung Teil des Ich-Ideals (vgl. Siegel 2000, S. 64).

das (die Gefühle des Kindes) verachtende Klima sieht Miller die „völlige Ahnungslosigkeit [des Kindes] in Bezug auf die eigenen wahren Bedürfnisse“ und die damit einhergehende (unbewusste) Verachtung der Bezugspersonen (ebd., S. 19ff.).

Damit kann die Depression als ein „Signal des Selbstverlustes“ angesehen werden, denn der Depressive hat kein gesundes Selbstwertgefühl, sondern erlangt nur äußere Bestätigung, indem er seine Gefühle und Empfindungen verleugnet (ebd., S. 79). Auch andere Autoren gehen davon aus, dass die Selbstachtung mit der empfundenen Diskrepanz zwischen dem tatsächlichen Selbst und dem angestrebten Idealzustand gleichzusetzen ist (vgl. Arieti/ Bemporad 1983, S. 52; 56). Freud ist bspw. der Ansicht, dass ständig enttäuschte Liebesbedürfnisse des (Klein-)Kindes zu Schuldgefühlen und depressiver Selbstbestrafung führen, weil es seinen Hass auf die Bezugsperson(en) unterdrücken muss (vgl. Dörner/Plog/Teller 2002, S. 236). Unbefriedigte narzisstische Bedürfnisse erzeugen demnach Gier und ein Nachlassen der Selbstachtung (vgl. Arieti/ Bemporad 1983, S. 52; 56). Komme es außerdem noch zu Traumatisierungen, wie z.B. permanent unempathischen oder sich willkürlich verhaltenden Eltern, könne eine starke narzisstische Verwundbarkeit entstehen, also eine Neigung zu permanenten Minderwertigkeits- oder Kleinheitsgefühlen, so Diederichs (vgl. Diederichs 1996, S.63). Diese frühen Verletzungen summieren sich zu einem Gefühl der Unsicherheit und wirken bis in das Erwachsenenalter weiter (vgl. Winnicott 1990, S. 73). Winnicott ist davon überzeugt, dass ein falsch oder nicht gehaltenes Kind, das depriviert¹² wurde, also Entbehren der Bezugsperson erfahren hat, diese Bedingungen immer wieder neu entstehen lässt.

„Ein depriviertes Kind ist ein Kind, das [...] nun die Erfahrung macht, daß auf ein Versäumnis keine Wiedergutmachung folgt. Seine Lebensarbeit besteht dann darin, Bedingungen entstehen zu lassen, unter denen nun wiederum wiedergutmachte Versäumnisse das Lebensmuster bilden“ (ebd., S. 107).

Auch Miller plädiert dafür, dass die Depression so lange Bestand haben kann, weil die in der frühen Mutter-Kind-Beziehung erworbenen Erfahrungen wiederholt werden müssen:

„Denn was verstanden werden muß, ist sein Wiederholungszwang und die dahinter liegende Konstellation, die sich ihm kundgibt. Sie ist durch gesellschaftliche Zwänge entstanden, aber diese haften in der Psyche nicht als abstraktes Wissen, sondern sind in ihr

¹² Deprivation bezeichnet die eingetretene Situation, nachdem Versäumnisse nicht innerhalb der gebotenen Zeitspanne (Sekunden, Minuten, Stunden) wiedergutmacht werden, wenn also die Verlässlichkeit der Bezugsperson(en) ausbleibt (vgl. Winnicott 1990, S. 106f.).

durch die frühesten affektiven Erlebnisse des Kindes mit seiner Mutter verankert.“ (Miller 1983, S. 159f.).

4.3.2 ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGIE

Entwicklungspsychologische Theorien stützen die Aussagen der Psychoanalyse, legen aber den Fokus weniger auf die innerpsychischen Prozesse, sondern eher auf die Interaktionsbeziehungen bzw. Kontingenzbeziehungen¹³ zwischen Mutter und Kind. Die Grundlage der Entwicklungspsychologie hat John Bowlby gelegt. „Bowlby formulierte den Gedanken, daß das schutzlose Kleinkind die Nähe zu seiner Bezugsperson durch ein System emotionaler und verhaltensmäßiger Reaktionsmuster aufrechterhält, das er das Bindungssystem nannte. Bowlby verstand das Bindungssystem als ein angeborenes Instinkt- und Motivationsssystem, ähnlich wie Hunger und Durst, das die Gedächtnisprozesse des Kindes organisiert und es veranlaßt, die Nähe der Mutter und die Kommunikation mit ihr zu suchen.“ (Kandel 2006, S. 146).

4.3.2.1 Psychodynamischer Entwicklungsansatz

Der psychodynamische Entwicklungsansatz der Bindungstheorie macht zum einen Aussagen über die Entwicklungsbedingungen für den Aufbau individueller Schutzfaktoren (Kompetenzen) und zum anderen über das Konzept internaler Arbeitsmodelle (vgl. Zimmermann/ Suess/ Scheuerer-Englisch u. a. 2000, S. 306).

Kienbaum & Schuhrke erläutern, dass die im ersten Lebensjahr aufgebauten Bindungserfahrungen zu einer oder mehreren Bezugsperson(en) die Grundlage für die Entwicklung innerer Arbeitsmodelle bilden, die „eine *innere Repräsentation*¹⁴ von Bindung dar[stellen]“ (vgl. Kienbaum/ Schuhrke 2010, S. 129). Internale Arbeitsmodelle spielen bei der Emotions- und Verhaltensregulierung eine große Rolle (vgl. Zimmermann/ Suess/ Scheuerer-Englisch u. a. 2000, S. 302f.), da sich das Kind nach Spangler mit deren Hilfe „Vorstellung-

¹³ In der Psychologie wird der Begriff **Kontingenz** im Sinne von Übereinstimmung oder wenigstens starker Verbundenheit verwendet; besonders in der Entwicklungspsychologie beschreibt er die Übereinstimmung und wechselnde Abstimmung bei der Interaktion zwischen Pflegeperson (z.B. Mutter) und Säugling (vgl. URL 11). Skinner prägte im Zusammenhang mit der Selbstkontrolle (bewusste Beeinflussung des Selbst durch Konditionierung) das kontingenzgeformte Verhalten, während dessen das Individuum durch Verstärkungen determiniert werde (vgl. Städtler 1998, S. 968). Damit ist auch ersichtlich, dass durch negative Einflüsse und Verstärker ein negativer Kreislauf von Interaktionen entsteht, der sich verfestigt, wenn nicht bewusst dagegen gesteuert wird.

¹⁴ Beebe und Lachmann definieren Repräsentationen als das Ergebnis von Interaktionen, wobei der dynamische Interaktionsprozess selbst repräsentiert wird, sie sind somit „mehr oder weniger anhaltende, organisierende Informationsklassifikationen einer erwarteten Interaktionssequenz [und] werden durch den aktiven Konstruktions- und Rekonstruktionsprozess eintreffender Informationen gebildet.“ (vgl. Beebe/ Lachmann 2004, S. 167f.).

gen [...] über sich selbst (Selbstwert- und Kompetenzeinschätzung) und [...] seine Bezugspersonen sowie deren Verfügbarkeit“ schafft (vgl. Spangler 2001, S.158). Die Bindungsrepräsentationsmuster werden innerhalb von Bindungsverhaltensmustern (sicher, unsicher-vermeidend, unsicher-ambivalent, desorganisiert) sichtbar (vgl. Zimmermann/ Suess/ Scheuerer-Englisch u. a. 2000, S. 304; 308). Heger et al. beschreiben die Wichtigkeit einer sicheren Bindung und ihre Auswirkungen auf die Selbstregulation folgendermaßen: „Diese Bindungserfahrungen des Säuglings und Kleinkindes sind sehr wichtig dafür, wie sich die psychodynamischen Kräfte innerhalb der Person integrieren. Sie bestimmen, welche Ansprüche die Person zukünftig an sich selbst stellt, wie gut sie eigene Bedürfnisse spüren und ausdrücken kann und wie sich ihr Selbstwertgefühl entwickelt.“ (Heger/ Althaus/ Reiners 2005, S. 69).

4.3.2.2 Säuglingsforschung

Für Kohlberg stellt der Entwicklungsprozess weder unmittelbar biologische Reifung noch direktes Lernen dar, sondern vielmehr eine Umorganisation psychischer Strukturen, die sich aus der Organisation-Umwelt-Interaktion ergeben (Kohlberg zit. nach Hayes 1996, S. 229). Auch Beebe und Lachmann beschreiben, dass frühe Interaktionsmuster¹⁵ bei der Organisation von Erfahrung eine zentrale Rolle spielen, da Säuglinge bereits ab der Geburt und davor nach den von ihnen *generierten* Erwartungen handeln (vgl. Beebe/ Lachmann 2004, S. 170). Die Erwartungen im Säugling entstehen durch Interaktionsprozesse zwischen ihm und seiner Bezugsperson, meist der Mutter, durch regelmäßige Transformationen¹⁶, d.h. durch die Enkodierung von Erfahrungen und die Wiedererlangung der Erinnerung (vgl. Beebe/ Lachmann 2004, S. 168). Somit kann nach Suess & Röhl Entwicklung als ein „stetige[r] Reorganisationsprozess von alten Erfahrungen [angesehen werden], die aufgrund gegenwärtiger Erfahrungen modifiziert werden“ (Suess/ Röhl 2003, S. 167).

Besonders bei Babys depressiver Mütter findet keine Wechselseitigkeit bzw. Kontingenz, die gleichzeitig zu einer ausreichenden Selbstregulierung führen würde, statt. „Depressive Mütter werden als zornig, bohrend, zudringlich und ungebunden beschrieben; ihre Kinder primär als protestierend und ungebunden. Diese Kinder entwickeln Erwartungen von Interaktionsmustern, die von chronischem Kummer und Protest, aber auch von mütterlicher Zudringlichkeit und mütterlichen Rückzugstendenzen gekennzeichnet sind“

¹⁵ Interaktionsmuster sind „vom Kind wiedererkannte, erinnerte und erwartete charakteristische Formen von Selbst- und interaktiver Regulierung.“ Die Interaktionsmuster werden vom Kind als psychische (Organisations-)Struktur verinnerlicht (vgl. Beebe/ Lachmann 2004, S. 163f).

¹⁶ Transformation, d.h. interpersonale Interaktionen werden verinnerlicht und strukturell repräsentiert (vgl. Beebe/ Lachmann 2004, S. 168).

(vgl. Beebe/ Lachmann 2004, S. 178, 180f.). Durch diese „Fehlregulierung“ wird eine Erwartung im Säugling „strukturiert“, die sich auf Interaktionen mit neuen Partnern überträgt. So fanden Field et al. (1988) heraus, dass Säuglinge depressiver Mütter auch bei nicht-depressiven Erwachsenen depressive Verhaltensweisen an den Tag legten. Vermutlich sind Interaktionen für ein solches Baby eher negativ besetzt und gehen einher mit einem unsicher gebundenen Verhaltensmuster (ebd., S. 182). Ziegenhain et al. beschreiben, dass gerade „Personen mit unsicher-verwickelter Bindungsrepräsentation [also einem unsicher-ambivalenten Bindungsmuster] eher zu depressiven Symptomen [und] affektiven Störungen [neigen] und eine hohe Symptombelastung [anzeigen]“. Dennoch muss betont werden, dass eine unsichere Bindungsorganisation nicht allein als ursächlich für eine psychopathologische Entwicklung gesehen werden kann, sondern dass ein Kind erst dann besonders vulnerabel wird, wenn andere Risikofaktoren wirken, wie z.B. die psychosoziale Erkrankung eines Elternteils, Trennung der Eltern, Armut, ineffektive Erziehungspraktiken oder mangelnde Empathie (vgl. Zimmermann/ Suess/ Scheuerer-Englisch u. a. 2000, S. 315.).

4.3.3 TRANSAKTIONSANALYTISCHE SICHTWEISE

Die TA ist ein psychoanalytisches Verfahren, das auf der Grundlage der Psychotherapie von Eric Berne begründet wurde. Berne klassifizierte die Verhaltensweisen, besonders bei psychisch kranken Patienten, als Spiele¹⁷, die er in Spiele ersten, zweiten und dritten Grades einteilte. Für die depressive Mutter hat er das Spiel „Überlastet“ erfunden, welches häufig von überlasteten Frauen gespielt wird, „die zehn oder zwölf Rollen mit gleicher Anmut ausfüllen“ wollen. Diese Frauen erledigen nicht nur die anfallenden Aufgaben, so Berne, sondern bürden sich noch zusätzliche Belastungen auf. Die Symptome lassen sich in einem einzigen Satz erklären: „Ich bin abgespannt“. Irgendwann bricht sie dann zusammen, „sie [...] verliert an Gewicht, ihr Haar ist unordentlich, ihr Gesichtsausdruck ist verhärtet und ihre Schuhe sind abgetragen“ (vgl. Berne 1970, S. 130ff.). Man kann also sagen, dass sie nur für die anderen da war und sich selbst und ihre eigenen Bedürfnisse vergessen hat. Berne führt diesen Zustand nun auf das Eltern-Ich¹⁸ der Frau zurück, das sehr pflicht-

¹⁷ Nach Vann Joines beschreiben Spiele „ein Geschehen, bei dem die Beteiligten etwas tun mit einem verdeckten Motiv, das 1. dem Bewußtsein des Erwachsenen-Ichs nicht zugänglich ist, 2. nicht erkennbar wird, solange nicht einer der Beteiligten seine Verhaltensweise wechselt und 3. dazu führt, daß jeder der Beteiligten sich verwirrt und missverstanden fühlt und dem anderen die Schuld geben will“ (vgl. Stewart/ Joines 2000, S. 444).

¹⁸ Das Eltern-Ich ist nach Berne eine Komponente in der psychischen Struktur des Menschen, die „die Gesamtheit von Verhaltens- und Denkweisen und Gefühlen, die von den Eltern oder anderen Bezugspersonen

bewusst ist. Die Pflichterfüllung brachte ihr als Kind Anerkennung bei der eigenen Mutter und bis zu einem gewissen Grad tut sie das auch jetzt noch. Allerdings ist die in der Kindheit erhaltene Botschaft umso schädlicher für die Frau und Mutter, je stärker und je öfter ihr „Sozial-Milieu“ oder auch ihr Ehemann Erwartungen an sie heranträgt (ebd., S. 132). Besonders in Stresssituationen werden die Zustände aktiviert, mit denen früher die Zuwendung anderer Menschen erreicht wurde, so Hagehülsmann (vgl. Hagehülsmann 1994, S. 34). Das Spiel endet leicht im dritten Grad, bei dessen Erreichung es zur Einweisung in eine psychiatrische Klinik, aber auch zur Scheidung und gar zum Tod kommen kann (vgl. Berne 1970, S. 133).

4.4 BIOLOGISCHE SICHTWEISE

Die Depression ist, biologisch gesehen, eine schwere Stoffwechselstörung des Gehirns, so Gatterburg (vgl. Gatterburg 2011, S. 14f.). Aber auch auf dem Gebiet der Neuro- und Molekularbiologie sind beachtliche Erkenntnisse gewonnen worden. Hirnforscher können heute bereits genau sagen, was im Gehirn, in welchem Areal passiert. Der amerikanische Neurowissenschaftler Eric Kandel ist der Auffassung, dass alle psychischen Vorgänge und Symptome letztlich physiologische Vorgänge im Gehirn sind. Sein Forschungsinteresse konzentrierte sich auf unbewusste biologische Vorgänge im Gehirn, insbesondere auf die Gedächtnisforschung. Für dessen geniale Erkenntnisse wurde er im Jahr 2000 in Stockholm mit dem „Nobelpreis für Physiologie oder Medizin“ ausgezeichnet (vgl. URL 1). Einige seiner Forschungsergebnisse werden nun nachfolgend dargestellt. Dazu werden zunächst die Grundlagen geklärt.

4.4.1 DIE BOTENSTOFFE IM GEHIRN

Im Gehirn befinden sich Milliarden von Nervenzellen, sogenannte Neurone, die in bis zu sechs Schichten übereinanderliegen. „Jedes Neuron besteht aus dem Zellkörper, aus dem zweierlei Fortsätze sprießen: das Axon (auch Neurit genannt) mit [...] zahlreichen Endverzweigungen und die vielfach verästelten Dendriten“ (vgl. Abb. 10). Im Normalfall wachsen die Neuronen, damit sich die Dendriten mit den Endigungen der Axone anderer Neu-

übernommen worden sind“ widerspiegelt (vgl. Stewart/ Joines 2000, S. 439). Weitere Komponenten sind das Kind-Ich, bei dem Verhaltensweisen aus der Kindheit wieder aufgelegt werden und das Erwachsenen-Ich, das als Reaktionsweise auf das Hier und Jetzt in Erscheinung tritt (vgl. Stewart/ Joines 2000, S. 440f.)

rone verbinden können. Durch diese Partnersuche entstehen an den Verknüpfungspunkten Synapsen, die wiederum für die Speicherung von Informationen im Langzeitgedächtnis verantwortlich sind (vgl. Rüegg/ Bertram 2010, S. 5f.).

Abbildung 10: Neuron

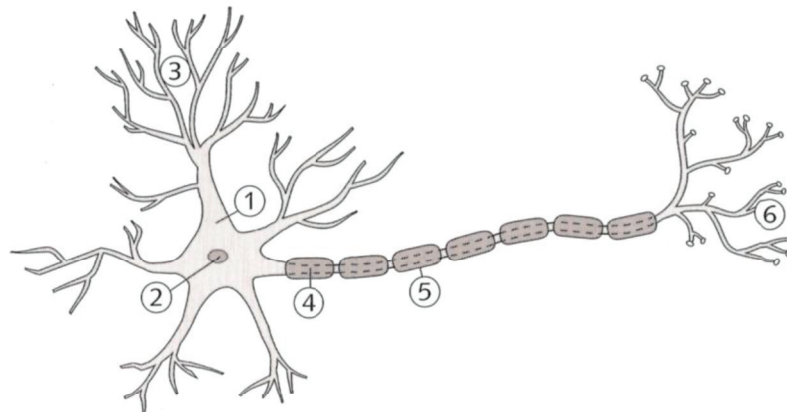


Abb. 3 Neuron. 1 = Zellkörper; 2 = Zellkern (Nucleus); 3 = Dendrit; 4 = Axon; 5 = Myelinscheide; 6 = Axonterminale

Quelle: Rüegg/ Bertram 2010, S. 6

Durch diese synaptischen Verbindungen ist es möglich, dass Neurotransmitter (Botenstoffe) wie z.B. das erregende Dopamin¹⁹, Serotonin²⁰ und Noradrenalin²¹ aus der Gruppe der Monoamine, aber auch Neuropeptide wie z.B. die schmerzlindernden Endorphine innerhalb der grauen Substanz des Gehirns übertragen werden (vgl. Rüegg/ Bertram 2010, S. 6f). Die Botenstoffe lösen bestimmte Reaktionen aus: sie hemmen, beschleunigen, motivieren oder blockieren (vgl. Precht 2007, S. 83). „Ein Übermaß, aber auch ein Mangel an einem ganz bestimmten Überträgerstoff kann zu mehr oder zu weniger schweren Störungen der Gehirnfunktion und des Verhaltens führen“ (Rüegg/ Bertram 2010, S. 6f).

Shafy beschreibt, wie bei Stress der CRH-Botenstoff (Corticotropin-Releasing-Hormon)²² vom Hypothalamus, der die vegetativen Funktionen im Körper regelt, in einem Übermaß

¹⁹ Dopamin als „Einpeitscher und Motivator“ reguliert den Hormonhaushalt und treibt die Durchblutung an (vgl. Precht 2007, S. 81ff.)

²⁰ Serotonin als „Diplomat und Vermittler“ wirkt ausgleichend im Blutkreislauf und reguliert den Blutdruck (ebd.)

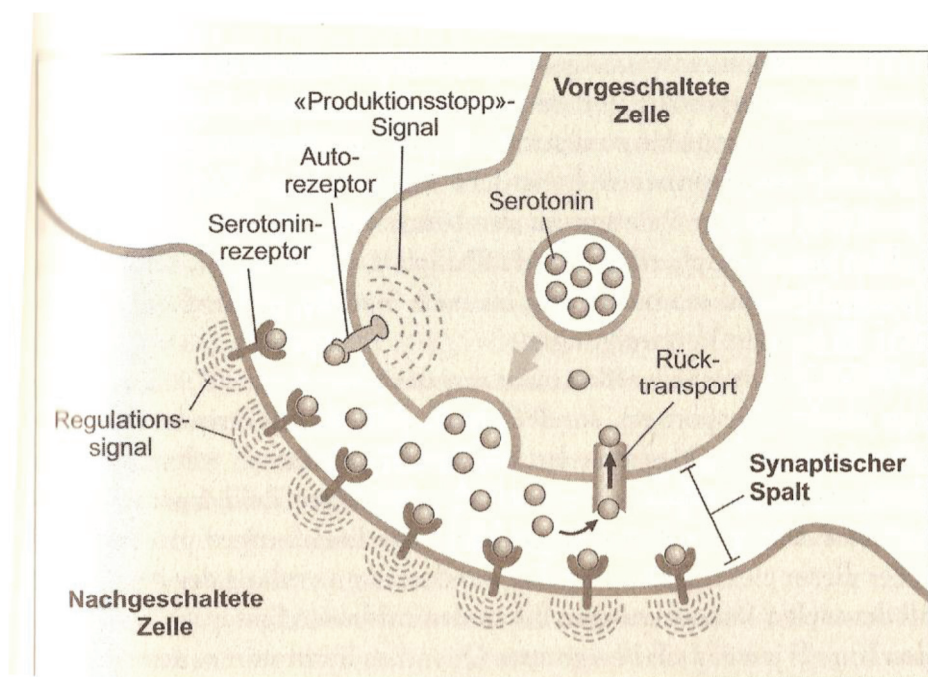
²¹ Noradrenalin als „Rennfahrer und Beschleuniger“ wirkt in den Arterien und steigert den Blutdruck (ebd.)

²² Der CHR-Botenstoff, ist ein Hormon, das Corticotropin freisetzt (vgl. Shafy 2011, S. 28f; 33). Die Ausschüttung von CRH unterliegt einem zirkadianen Rhythmus (morgens stärkere Sekretion als am Abend), Impulsen aus dem limbischen System und der negativen Rückkopplung durch die unter ACTH-Einfluss gebildeten Glucocorticoide (vgl. URI. 4 und Kap. 4.4.2).

ausgestoßen wird. Dadurch werde eine vermehrte Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin angeregt, die der Ausschüttung des CRH ab einer bestimmten Konzentration entgegenwirken können. Bei Depressiven funktioniere diese „Rückkopplung“ nicht (vgl. Abb. 11.) (vgl. Shafy 2011, S. 28f; 33).

Grund für diese Fehlfunktion sind vorhandene Rückaufnahmevorrichtungen an den Synapsenendigungen, die das Serotonin in sogenannte Autorezeptoren (auch als serotogene Neuronen bezeichnet), zurückpumpt, so Heger et al. Damit werde ein falscher Serotoninproduktionsstopp signalisiert, wodurch andere Autorezeptoren (wie die oben genannten Neurone mit Adrenalin und Noradrenalin) nicht mehr entgegen der Überaktivität des serotogenen Neurons wirken können (vgl. Heger/ Althaus/ Reiners 2005, S. 90).

Abbildung 11: Schematische Abbildung einer serotonergen Nervenzelle



Quelle: Heger/ Althaus/ Reiners 2005, S. 89

4.4.2 STRESSHORMONE

Heger et al. konstatieren, dass einer depressiven Episode in den meisten Fällen Stress voraus geht (vgl. Heger/ Althaus/ Reiners 2005, S. 91). Kandel glaubt, dass Stress das Gehirn schon durch frühe Erfahrungen modifiziert (vgl. Kandel 2006, S. 163), was bedeuten würde, dass ein frühzeitig dem Stress ausgesetztes Baby lernt, auf Dauerstress zu reagieren, wodurch sich bei ihm Gehirnstrukturen verändern. Das bestätigen Untersuchungen. „Le-

vine und seine Kollegen waren die ersten, denen es gelang, Untersuchungen auf der molekularen Ebene durchzuführen, indem sie erforschten, wie verschiedene Grade der Bindung des Kindes die spätere Fähigkeit, auf Streß zu reagieren, beeinflussten.“ (ebd., S. 148).

Dabei entdeckten sie, dass sich die Plasmakonzentration von Glucocorticoid²³, welches bei Stress ausgeschüttet wird, reduzierte, wenn mütterliches Bindungsverhalten in den ersten Lebenswochen durch intensive Pflege verstärkt wurde. Bei ignorierendem mütterlichen Verhalten wurden hingegen auch in späteren Lebensjahren bei Stresseinflüssen eine bedeutend höhere Ausschüttung von Glucocorticoid festgestellt (ebd., S. 149f.). Längere Trennungen von der Mutter oder Bezugsperson bzw. eine erhöhte Konzentration von Glucocorticoiden bei wiederholtem Stress führen sogar zur Verkümmern von Neuronen im Hippocampus (einer Gehirnstruktur, die das emotionale System steuert und als Zwischenspeicher für dauerhafte Erinnerungen fungiert). Zwar können sich diese wieder ausbilden, wenn der Stress nachlässt; bleibt ein erhöhter Glucocorticoidspiegel über viele Monate oder Jahre bestehen, so Kandel, kommt es jedoch zu einem Gedächtnisverlust, aufgrund des Verlustes von Neuronen im Hippocampus, wodurch auch das Hirnvolumen insgesamt abnimmt. So könne es durchaus sein, dass hinter einer scheinbaren Verdrängung ein tatsächlicher Gedächtnisverlust steht (ebd., S. 150f.). Für Kandel stellen die wichtigsten Indikatoren für Depressionen belastende Lebensereignisse in der Kindheit (z.B. Missbrauch oder Vernachlässigung) dar, die den Menschen anfällig für Stress machen (ebd., S. 144). Auch US-Forscher fanden heraus, dass Menschen, die frühkindlichem Stress ausgesetzt waren, noch als Erwachsene einen erhöhten Stresshormonpegel aufwiesen und überdurchschnittlich oft an chronischen Depressionen litten (vgl. IDW 2009, S. 62).

„Streß, der früh im Leben durch die Trennung des Kleinkindes von der Mutter verursacht wird, führt zu einer Reaktion des Kindes, [die] in erster Linie vom prozeduralen [unbewussten] Gedächtnissystem gespeichert wird, dem einzigen gut ausgebildeten Gedächtnissystem, über das das Kind schon früh in seinem Leben verfügt. Aber diese Wirkung des prozeduralen Gedächtnissystems führt zu einem Zyklus von Veränderungen, der letztlich den Hippocampus schädigt und somit in einer bleibenden Veränderung des deklarativen [bewussten] Gedächtnisses resultiert.“ (Kandel 2006, S. 151).

Außerdem führen ungünstige frühe Lebenserfahrungen zu einer erhöhten Genausprägung der CRF [Corticotropin-Releasing-Faktor, zu Deutsch CRH], einem Hormon, das Corticotropin freisetzt und als ein Indikator bei Depressionen gesehen werden kann. Bei einer

²³ **Glucocorticoide** zählen zu den Corticosteroiden, einer Klasse von Steroidhormonen aus der Nebennierenrinde. Sie beeinflussen den Stoffwechsel, den Wasser- und Elektrolythaushalt, das Herz-Kreislaufsystem und das Nervensystem. Ferner wirken sie entzündungshemmend und immunsuppressiv (vgl. URL 12).

zu hohen Konzentration dieser Hormone sei die Homöostase²⁴ des Menschen gestört und es könne zu vegetativen Störungen (z.B. Schlaf- und Triebstörungen, Störungen in der Nahrungsaufnahme) kommen (ebd., S. 149f.). Eine zu starke Absonderung von CRH wird als Annahme für die Depressionsanfälligkeit verstanden (ebd., S. 153). Depressive haben einen auffallend hohen CRH-Spiegel, der die Stressreaktionen weiterlaufen und Bewertungen generell negativ ausfallen lässt (vgl. Shafy 2011, S. 28f; 33). Schöne Erinnerungen treten dadurch in den Hintergrund oder werden sogar vergessen, gleichzeitig überschatten negative Gedanken und Gefühle den Depressiven und lähmen ihn in seinen Aktivitäten. Ein anhaltend hoher Stresshormonpegel drosselt außerdem die Produktion des Glückshormons Dopamin und die Ausschüttung von Noradrenalin und Serotonin, was negative Auswirkungen auf die Konzentrationsfähigkeit und die Gefühlsregulierung hat (ebd., S. 33). Mit diesen Erkenntnissen kann auf biologischer Ebene gezeigt werden, warum einige Menschen stressanfälliger und somit vulnerabler sind als andere.

**„Wir können uns nur von etwas wirklich befreien,
wenn wir es annehmen.“**

Eva-Maria Zurhorst

5 AUFLÖSUNG DER ZWÄNGE – LÖSUNGSMÖGLICHKEITEN

Wie in Kap. 2.4 beschrieben ist der erste richtige Schritt zur Depressionsbehandlung die Diagnose. Auf dieser Grundlage sieht Faust eine umfassende und aufrichtige Aufklärung des Patienten über das Krankheitsbild, die Heilungsaussichten etc. als unbedingte Notwendigkeit an, damit dessen Ängste gemildert und seine Genesungskräfte gestärkt werden können (vgl. Faust 2000, S. 190). Eine erfolgreiche Behandlung schließe aber nicht nur die Behandlung von Symptomen ein, sondern auch ihre Ursachen, so Dalton. Da viele unterschiedliche Ursachen denkbar sind, sollte jede Depressionsursache auch differenziert behandelt werden (vgl. Dalton 2003, S. 157).

Faust glaubt, dass der Betroffene zwar eine Veränderung will, sie aber nicht erreichen kann, weil er bei Aktivitäten sofort überfordert ist. Er schlägt daher eine Behandlung in kleinen Teilschritten vor, d.h. der Patient muss unter Umständen mehrere Monate oder auch Jahre durchhalten. Bei einem ist sich Faust sicher: die Depressionskrankheit vergeht

²⁴ Homöostase: Normalerweise versucht der menschliche Organismus sein inneres Gleichgewicht (auch Homöostatisches Gleichgewicht) nach einer Störung wieder zu erreichen, d.h. also seine Bedürfnisse (z.B. Hunger, Durst, Temperatúrausgleichsbedürfnisse) zu befriedigen. Dieser Vorgang wird auch als Selbstregulation bezeichnet, welcher als Kontrollmechanismus dazu dient, die jeweilige Differenz eines Ist-Wertes (jetziger Zustand) zu einem Soll-Wert (Zielzustand) auszugleichen (vgl. Tewes/ Wildgrube 1992, S. 151f.).

mit gezielter Behandlung (vgl. Faust 2000, S. 189; 192f.). Er hält dabei fünf Therapiesäulen für unabdingbar, wobei je nach Patient weder alle Säulen noch alle Säulen gleichzeitig zum Einsatz kommen müssen:

1. Psychotherapie
2. Soziotherapeutische Korrekturen und Unterstützungsmaßnahmen
3. Physiotherapeutische Hilfen
4. Spezielle antidepressive Behandlungsverfahren und
5. Eventuell antidepressive Arzneimittel (ebd., S. 179).

Diese verschiedenen Säulen sollen nun im Einzelnen erklärt werden.

5.1 PSYCHOTHERAPIE

Psychotherapie ist nach Häcker & Stapf „die gezielte, professionelle Behandlung psychischer und/ oder psychisch bedingter körperlicher Störungen mit psychologischen Mitteln“, wie z.B. Gesprächen, auch in Kombination mit Medikamenten (vgl. Häcker/ Stapf 2009, S. 815). Einteilen lässt sich die Psychotherapie in „Grundorientierungen (Theoriesysteme, die eine spezifische Krankheits-, Störungs- und Gesundheitslehre mit einer ätiologisch orientierten Behandlungstheorie verbinden)“, wie z.B. empirisch-psychologische, psychodynamische, humanistisch-existentialistische, systemische Psychotherapie. Aber auch nach dem Behandlungssetting, z.B. Einzel- und Paartherapie oder auch nach speziellen Indikationen, wie z.B. Autogenes Training, Soziotherapie etc. kann sie systematisiert werden (vgl. Gruyter 2011, S. 1709). Psychologische Mittel wie Zuwendung oder ein stützendes Gespräch verbunden mit spezifischen Behandlungsverfahren – von denen ich im Folgenden einige näher beschreiben werde – unterstützen eine mögliche Veränderung (vgl. Faust 2000, S. 179).

5.1.1 PSYCHOANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE

Diese ist zu empfehlen, wenn schwierige Gefühle aus der Kindheit, Konflikte in vergangenen Beziehungen oder Leere und Selbstzweifel im Vordergrund stehen, so Geuter (vgl. Geuter 2009a, S. 8). Nach Miller müsse Trauerarbeit geleistet werden: „Sinn der Analyse ist [... dem Patienten] die Begegnung mit seinem eigenen Schicksal und die Trauer darüber zu ermöglichen [indem die ...] einstige Interaktion erlebt [wird] und [...] die elterlichen Zwänge langsam besser durchschaut werden.“ (Miller 1983, S. 161ff.). Millers An-

sicht nach muss der Patient bestimmte Erfahrungen in der Analyse machen, nämlich den Durchbruch von intensiven kindlichen Gefühlen und das AUSHALTEN des Schmerzes darüber, wodurch ihm schließlich eine andere Möglichkeit des Umgangs damit eröffnet wird (ebd., S. 90f.). Der Patient muss sich also darüber bewusst werden und gleichzeitig darüber trauern, dass das, was er introjiziert hat, nämlich dass er ohne Leistung nichts wert ist, zu seinem Falschen Selbst geführt hat, einem Selbst, das es Anderen Recht machen will, eigene Bedürfnisse gar nicht kennt, von Anderen bewundert und geliebt werden will. Miller plädiert dafür, dass der Patient sich wieder Zugang zu seinen eigenen Gefühlen verschafft und sich damit wieder selbst erlebt.

„Kann ein Mensch, in einem langen Prozeß, erleben, daß er nie als das Kind, das es war, sondern für seine Leistungen, Erfolge und Qualitäten „geliebt“ worden ist, daß er seine Kindheit für diese „Liebe“ geopfert hat, so wird ihn das zu großen inneren Erschütterungen führen, aber er wird eines Tages den Wunsch verspüren, mit dieser Werbung aufzuhören. Er wird in sich das Bedürfnis entdecken, sein wahres Selbst zu leben und sich nicht länger Liebe verdienen zu müssen, eine Liebe, die ihn im Grunde doch mit leeren Händen zurückläßt, weil sie dem falschen Selbst²⁵ gilt, das er aufzugeben begonnen hat.“ (vgl. Miller 1983, S. 94).

Die Psychoanalyse gilt als sehr erfolgreich bei Menschen mit Affektstörungen und den einhergehenden Defiziten „im Hinblick auf effektives Arbeiten oder bei der Aufrechterhaltung befriedigender Beziehungen“ sowie dem Wunsch nach Veränderung beim Patienten selbst, so Kandel (vgl. Kandel 2006, S. 170). Allerdings kritisiert Aldenhoff die psychoanalytische Psychotherapie, weil sie nicht in ihrer Evidenz bestätigt ist, sondern ihre „Suggestionen“ vorwiegend bei leichten Störungen wirken (vgl. Aldenhoff 2010, S. 241). Auch Kandel bemängelt die fehlenden Experimente und Kontrolltechniken zur Wirksamkeit der Psychoanalyse, womit ihre Annahmen nicht empirisch überprüft werden konnten (vgl. Kandel 2006, S. 123f.). Sogar die Zahl derjenigen, die Psychoanalyse in Anspruch nehmen, sank in den letzten 20 Jahren um 10% (ebd., S. 170). Durch die Entdeckung einer neueren Therapierichtung in jüngster Zeit, soll die Psychoanalyse wieder populärer gemacht werden. Die Neuropsychoanalyse zielt darauf ab, die Evidenz der Psychoanalyse zu stärken, indem sie sie mit neurowissenschaftlichen Erkenntnissen untermauert (ebd., S. 167f.).

²⁵ Das „Falsche Selbst“ ist das Gegenteil vom Selbst. Das Selbst kann als ein Konzept über die eigene Identität und Persönlichkeit sowie als das Bewusstsein über sein Wesen, seine individuellen Besonderheiten und seinen Platz im System sozialer und gesellschaftlicher Zusammenhänge angesehen werden (vgl. Tewes/Wildgrube 1992, S. 315).

5.1.2 NEUROPSYCHOANALYTISCHE INTERVENTION

Die Neuropsychoanalyse richtet die Psychoanalyse stärker an der Biologie aus und zieht aus deren Erkenntnisse Rückschlüsse auf die Behandlung psychischer Erkrankungen (vgl. Kandel 2006, S. 167f.). Die 2009 durchgeführte Hanse-Neuropsychoanalyse-Studie (HNPS) bestätigt durch neurowissenschaftliche Erkenntnisse im MRT, dass die Psychoanalyse durchaus Veränderungen im Gehirn hervorruft. Wissenschaftler konnten bei 20 depressiven Patienten bereits nach sieben Monaten nachweisen, dass die Psychoanalyse die Hirnaktivität in den Regionen verringert, die für Angst und Furcht zuständig sind (vgl. Voos 2011; Internetquelle). Doch vor dieser Behandlung sind nach Schiepek alle für den Organismus negative Verhaltensweisen, die er auch als Attraktoren oder neuronale Schleifen bezeichnet, festgefahren. Ihr dynamisches Muster „perpetuiert“, d.h. die Attraktoren können ihre Synchronisationsmuster nicht verändern und treten besonders in depressiven Zuständen auf, sichtbar beispielsweise im lang andauernden Grübeln (vgl. Schiepek 2010, S. 221).

Kandel vermutet den Erfolg psychotherapeutischer Interventionen nun in der Erzeugung von Lernerfahrungen, „die es Menschen ermöglicht, sich zu ändern.“ Das Lernen, das als Folge eine relativ beständige Veränderung im Verhalten hervorruft, gehe einher mit der Umstrukturierung von Synapsen (vgl. Kandel 2006, S. 53). Schiepek kann dies bestätigen: „Lernen beinhaltet immer eine Veränderung der Form und Stabilität dynamischer Muster von neuronalen Netzen durch Änderung der interneuronalen Konnektivität und der Aktivitätsbereitschaften der Neurone selbst, also einer Verformung der neuronalen Potenziallandschaft“ (Schiepek 2010, S. 223). Synapsen im Gehirn können sich bereits ändern, weil sie durch Worte angesprochen werden, so Kandel (vgl. Kandel 2006, S. 64f.). Dadurch können Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster neu überdacht werden und Bedingungen für die Möglichkeit von Selbstorganisation geschaffen werden (vgl. Schiepek 2010, S. 228).

Nach Schiepek sollte sich der Therapeut an folgende vier Leitlinien zur Therapiegestaltung halten:

- Orientierung an den Behandlungsanliegen und an den Ressourcen des Klienten
- Fokussierung auf Ziele, zu deren Erreichung der Klient intrinsisch motiviert sein soll
- Formulierung von Annäherungszielen, die durch eigenes Tun des Klienten erreichbar sein sollten (Förderung von Eigenaktivität und Selbstwirksamkeit)

- Berücksichtigung der konkreten Erfahrungen, die der Klient in der therapeutischen Beziehung machen kann

(ebd., S. 231).

Es hat sich gezeigt, dass kognitive Umstrukturierungen nicht ausschließlich durch eine neuropsychanalytische Behandlung erzielt werden konnten, sondern auch durch die Beck-sche Kognitionstherapie, die im nächsten Abschnitt erläutert wird (ebd., S. 227).

5.1.3 KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE (KVT)

Die KVT ist ein kurzdauernder, strukturierter, psychoedukativer Ansatz zur Depressionsbehandlung (vgl. McGrath/ Keita/ Strickland u.a. 1993, S. 112), der durch eine aktive, direkte, zeitlich begrenzte und strukturierte Methode unterstützt wird, um dem Patienten seine realitätsfernen Vorstellungen bewusst zu machen, so Beck. Indem das Denken neu bestimmt und korrigiert wird, soll der Patient Techniken zur Bewältigung von vorher für unüberwindbar gehaltene Situationen erlernen (vgl. Beck/ Rush/ Shaw 1994, S. 34). Besonders Frauen übernehmen oft zu viel Verantwortung für negative Ereignisse und unterschätzen ihre eigenen Einflussmöglichkeiten und ihre Fähigkeiten, Effekte zu bewirken (vgl. McGrath/ Keita/ Strickland u.a. 1993, S. 113). „Die Behandlung richtet sich [daher] auf die systematischen Denkfehler, die den Denkstilen der Patienten zugrunde liegen. Dazu zählt etwa die Neigung, Erfahrungen falsch zu verallgemeinern oder willkürlich zu interpretieren.“ (Geuter 2009a, S.8). Nach Beck et al. sollen sie sich zunächst aneignen, negative Gedanken zu kontrollieren, indem sie Zusammenhänge zwischen Denken, Fühlen und Handeln begreifen und erkennen (Selbsterfahrung), negative Wahrnehmungen durch ein realitätsnahes Verständnis ersetzen und alte, für sie schädliche Überzeugungen durch neu gemachte Erfahrungen ändern (vgl. Beck/ Rush/ Shaw 1994, S. 34). Ziel sei es, zu erkennen, dass negative Überzeugungen durch das eigene Denken hervorgerufen werden, diese zu hinterfragen und Alternativen zu den verzerrten Gedanken zu entwickeln (vgl. McGrath/ Keita/ Strickland 1993, S. 114). Die Therapiedauer erstreckt sich im Allgemeinen über 15 bis 25 Sitzungen, die einmal wöchentlich stattfinden (vgl. Beck/ Rush/ Shaw 1994, S. 36).

5.1.4 INTERPERSONELLE PSYCHOTHERAPIE (IPT)

Die von Myrna Weissman und Gerald Klerman begründete IPT ist eine Kurzzeitbehandlung mit dem Ziel, Symptome zu reduzieren und das soziale Verhalten zu verbessern. Sie kommt bei unbewältigter Trauer sowie Rollenveränderungen und –konflikten zum Einsatz (vgl. McGrath/ Keita/ Strickland u.a. 1993, S. 105). Anwendung findet die IPT aber auch in der Akutbehandlung von depressiven Episoden infolge einer Belastungssituation, wobei sich die Behandlung „auf das zentrale gegenwärtige zwischenmenschliche Problem“ fokussiert, so Geuter. Der Patient „wird ermutigt, Konflikte zu erkennen und zu lösen, den Wechsel einer Lebenssituation zu verarbeiten oder neue Verhaltensweisen im Umgang mit anderen zu lernen“ (Geuter 2009a, S.7f.). Die Behandlung, die sich über 20 Sitzungen mit jeweils 50 Minuten erstreckt, erfolgt in drei Phasen: die auslösenden Momente des Leidens sollen in der Initialphase diagnostiziert werden. In der mittleren Phase sollen Gefühle (z.B. Trauer, Wut, Angst, Ärger etc.) zugelassen und Bewältigungsstrategien eingeübt werden, wobei der Abschlussphase die Ablösung vom Therapeuten zukomme (vgl. Bruhns/ Mertin/ Reintjes 2011, S. 64). Untersuchungen haben ergeben, dass nach einer 16-wöchigen IPT bei 57 bis 69% der Patienten eine Symptomfreiheit erreicht war (vgl. McGrath/ Keita/ Strickland u.a. 1993, S. 110).

5.1.5 TRANSAKTIONSANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE

Die TA soll die Persönlichkeit des Patienten erforschen, kognitive Einsicht und intellektuelles Verstehen fördern und „umfasst Elemente intrapsychischer Strukturveränderung der Persönlichkeit“ (vgl. Petruska 1996, S. 24; 41). Nach Petruska soll der Therapeut durch eine Skriptanalyse²⁶ die Ich-Zustände und verdeckten Spiele des Patienten erforschen (vgl. ebd., S. 52f.) und diesen mit seinen Skriptüberzeugungen konfrontieren (vgl. Stewart 2000, S. 182). Wenn er die Konfrontation annehmen kann, so ist es dem Patienten möglich, aus seinem alten Skript auszubrechen, sein Verhalten und seinen intrapsychischen Apparat zu reorganisieren, sowie neue Entscheidungen zu treffen (vgl. Petruska 1996, S. 52f.). Nach transaktionsanalytischer Sichtweise (vgl. Kap. 4.3.3), ist das Eltern-Ich der Frau beeinträchtigt. Durch die TA-Therapie sollen die inkorporierten Eltern-Ich-Zustände verändert, d.h. entweder ersetzt oder korrigiert werden, indem dem ursprünglichen, pathologischen Eltern-Ich Energien entzogen werden, und ein neues inkorporiert wird (meist das des Therapeuten). Dieser Prozess wird auch „Neubeelterung“ genannt (ebd., S. 123f.).

²⁶ Das Skript ist der Lebensplan des Menschen wie er leben und sterben will und den er bereits in der frühen Kindheit festlegt (vgl. Petruska 1996, S. 51)

5.1.6 EXKURS: DIE ROLLE DES THERAPEUTEN

Nach McGrath et al. sollen die Therapeuten besonders auf weibliche Realitäten geschult sein und ein Verständnis für die Ursachen und ihre Behandlung der Depression mitbringen, um adäquat auf die Bedürfnisse der Frauen und Mütter reagieren zu können (vgl. McGrath/ Keita/ Strickland u.a. 1993, S. 102). Sickendiek et al. beschreiben, dass der Therapeut aufgrund von Übertragungsprozessen²⁷ sich „zwar nicht unbeteiligt, aber neutral zu verhalten habe.“ Besonders dann, wenn beim Berater unbewusst Gedanken und Gefühle entstehen, die ebenso auf früheren Erfahrungen basieren, komme es auf beiden Seiten zur Wahrnehmungsverzerrung bzw. Fehlinterpretationen (vgl. Sickendiek/ Engel/ Nestmann 2002, S. 131). An diesem Punkt, betont Fuhr, „muss sich der Berater seiner eigenen Beziehungsgewohnheiten, -empfindlichkeiten und -empfänglichkeiten bewusst werden“, damit seine ausgesendeten Beziehungsangebote nicht zu Störungen kondensieren und er weiterhin kompetent auf klientele Beziehungsangebote reagieren kann (vgl. Fuhr 2003, S. 40).

Der Therapeut sollte außerdem das AAI (vgl. Kap. 6.1) heranziehen, meinen Zimmermann et al., einen Fragebogen, der die Erkennung mentaler Repräsentation von Bindungserfahrungen vereinfacht, wodurch es dem Therapeuten leichter falle, dem Klienten eine sichere Basis und ihm unterstützenden Beistand zu geben (Zimmermann/ Suess/ Scheuerer-Englisch 2000, S. 320f.). McGrath et al. machen auf den Zusammenhang zwischen Macht und weiblicher Rolle aufmerksam. Besonders dann, wenn die weibliche Rolle mit Machtlosigkeit und Unterwerfung einherging, sei es besonders bedeutsam, Präferenzen und Entscheidungsmöglichkeiten der Frau innerhalb der Therapie zu berücksichtigen (vgl. McGrath/ Keita/ Strickland 1993, S. 102).

5.2 SOZIO THERAPEUTISCHE KORREKTUREN UND UNTERSTÜTZUNGSMAßNAHMEN:

NETZWERKARBEIT

Auf die psychosozialen Belastungen z.B. in Partnerschaft, Familie, Nachbarschaft, Beruf und anderer Bereiche, soll stützend, klärend oder umorientierend eingegangen werden (vgl. Faust 2000, S. 179). Es hilft dem Depressiven gelegentlich schon, wenn er einen teilnehmenden Menschen um sich weiß, so Battegay (vgl. Battegay 1991, S. 150). Besonders

²⁷ Bei der Übertragung werden vom Klienten ausgehende unbewusste, negative oder positive „Wünsche, die ursprünglich an andere Objekte gebunden sind, auf den Therapeuten“ bzw. Berater übertragen und reaktiviert (Gruyter 2011, S. 2135). „Wesentlich ist die Auflösung der Übertragung bei fortgeschrittener Behandlung“ (Häcker/ Stapf 2009, S. 1039), d.h. der Berater muss dem Klienten dazu verhelfen, sich seiner verdrängten Gefühle, Erwartungen und Wünsche an Eltern, Geschwister etc. bewusst zu werden und ihn darin unterstützen, damit umzugehen.

wichtig in diesem Zusammenhang sei, dass die Umwelt (Partner, Freunde, Bekannte) sich nicht mit runter ziehen lässt, sondern den Betroffenen unterstützt und zu ihm hält. Denn „nur gesunde Angehörige und Freunde können eine echte Hilfe bleiben“ (Faust 2000, S. 193). Dalton gibt hierzu praktische Hinweise, wie sich Freunde und Familienmitglieder verhalten sollten (vgl. Abb. 12).

Abbildung 12: Was Angehörige und Freunde, die helfen möchten, unbedingt tun sollten

<p>Was Sie tun sollten:</p> <ul style="list-style-type: none">• Geben Sie der Patientin Gelegenheit, sich auszusprechen• Zeigen Sie Rücksichtnahme und Mitgefühl• Haben Sie Geduld und Verständnis• Raten Sie ihr, mit wichtigen Entscheidungen zu warten• Bieten Sie Ihre praktische Hilfe an• Achten Sie darauf, dass sie sich körperlich nicht übernimmt• Zeigen Sie Interesse an den älteren Kindern• Versuchen Sie, für die Patientin da zu sein, wenn Sie gebraucht werden• Achten Sie auf eine gesunde Ernährung• Sorgen Sie dafür, dass sie genug Schlaf bekommt• Verpassen Sie nicht den Zeitpunkt, an dem Sie einen Arzt hinzuziehen müssen
--

Quelle: Dalton 2003, S. 226

Es sei besonders wichtig, ein gut funktionierendes Netzwerk zu besitzen. Wagenblast schlägt daher Patenschaftsmodelle, eine Haushaltshilfe und für größere Kinder eine Ganztagsbetreuung in Kita oder Hort vor, um die Mütter zu entlasten (vgl. URL 7).

5.2.1 DIE BEDEUTSAMKEIT SOZIALER NETZWERKE UND BEZIEHUNGEN AUS ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGISCHER SICHT

Romer & Riedesser verzeichnen, dass „innere Arbeitsmodelle das Kind in der Qualität der Erwartungen an neue Beziehungen und in der Art und Weise, wie es neue Beziehungen gestaltet, beeinflussen“ (Romer/ Riedesser 2003, S. 73). „Einmal gebildet, [neigen] die Arbeitsmodelle [...], obwohl [durch Erfahrungen] nicht unveränderbar, zu großer Stabilität“, bestätigt Grossmann (Grossmann, zit. nach Kienbaum/ Schuhrke 2010, S. 129). Deshalb weisen Zimmermann et al. darauf hin, dass der Berater bestehende (unpassende) interne Arbeitsmodelle erkennen muss, um dazu beitragen zu können, kognitive, emotionale und Verhaltensebenen zu beeinflussen und gegebenenfalls Veränderungen hervorzuru-

fen (vgl. Zimmermann/ Suess/ Scheuerer-Englisch et al. 2000, S. 317f.). Weist ein depressiver Patient ein unsicheres oder auch desorganisiertes Bindungsmuster auf, ist es besonders aus entwicklungspsychologischer Sicht notwendig, sichere Bindungserfahrungen durch enge Bezugspersonen außerhalb des Elternhauses zu integrieren wie z.B. durch Freunde, Liebespartner, etc., sodass frühe (negative) Bindungserfahrungen korrigiert werden können, so Zulauf-Logoz (vgl. Zulauf-Logoz 2008, S. 312). „Eine mögliche Veränderung der Bindungsrepräsentation kann sowohl das Verhalten gegenüber den eigenen Kindern als auch die [eigene] Regulierung von Gefühlen und Verhalten [...] beeinflussen“, beschreiben Zimmermann et al. mögliche Effekte (vgl. Zimmermann/ Suess/ Scheuerer-Englisch et al. 2000, S. 318).

5.3 PHYSIOTHERAPEUTISCHE HILFEN

Körperlicher Aktivität kommt aus psychologischer Sicht eine depressionsvorbeugende Wirkung zu, da regelmäßige körperliche Aktivität „eine nachweisbare antidepressive, angstlösende und entspannende Wirkung [besitzt]. Sofort spürbar ist ein seelischer Kurzeffekt von etwa zwei bis drei Stunden, der sich nach etwa fünf Stunden wieder zu verflüchtigen beginnt.“ Die Physiotherapie soll kräftigen, lockern, aktivieren und entspannen. Faust empfiehlt Massagen, Kneippsche Anwendungen, medizinische Bäder, ferner aber auch Gymnastik, Schwimmen, Laufen, Radfahren etc. Besonderen Wert legt er auf den täglichen „Gesundmarsch“ von einer halben bis zu einer Stunde Dauer, je nach körperlicher Leistungsfähigkeit (vgl. Faust 2000, S. 179ff.). Schiepek plädiert ebenfalls ausdrücklich für die Betätigung durch Sport. Er halte das Gehirn gesund, weil er nicht nur „die Grundlage für Wahrnehmen, Denken, Lernen, Erinnern und situationsangepasstes Verhalten [ist, ...sondern], auch für psychovegetative Anpassungsreaktionen aller Art“ (Schiepek 2010, S. 221). Insgesamt verbessere Sport das Allgemeingefühl. „So fühlen sich Sporttreibende in der Regel nach ihrer Aktivität wohler, ruhiger, zugleich aber auch dynamischer. Die Stimmung ist gehoben, Erregungszustände lassen nach, Ärger, Kummer und Frustrationen gehen zurück.“ (Faust 2000, S. 180). Auch im Rahmen einer Studie mit 56 chronisch Depressiven, die an einem Lauftraining teilnahmen, hielten nach drei Monaten alle Teilnehmer 30 Minuten lang durch und stärkten damit sogar ihr Selbstwertgefühl. „Die Patienten waren weniger ängstlich, ihre allgemeine Stimmung und ihr Körpergefühl verbesserten sich.“ Studien haben ergeben, dass ein dreimonatiges Lauftraining mit Antidepressiva oder unterstützenden Gesprächen gleichzusetzen ist (vgl. Geuter 2009a, S. 9). Aber auch Ent-

spannungsübungen wie Yoga, autogenes Training oder Muskelentspannungsverfahren (z.B. nach Jacobsen) können unterstützend eingesetzt werden (vgl. Faust 2000, S. 179).

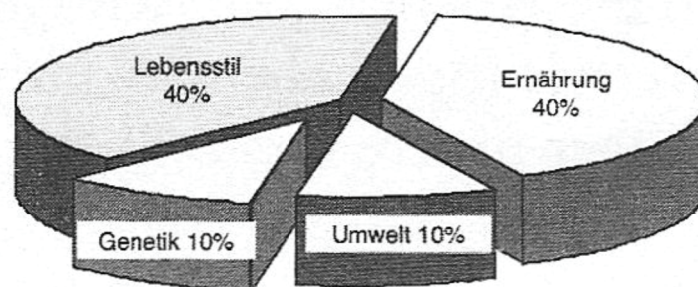
5.4 SPEZIELLE ANTIDEPRESSIVE BEHANDLUNGSVERFAHREN

Zu diesen zählt Faust den Schlafentzug („Wachtherapie“), die Lichttherapie (Fototherapie) und Durchflutungsbehandlungen (Elektrokrampftherapie - EKT), die bei bestimmten Depressionsformen meist in Fachkliniken eingesetzt werden (vgl. Faust 2000, S. 180). Ich beschränke mich auf den Schlafentzug und gehe zudem auf die Ernährungstherapie, eine physiobiologische Therapie, die zur Gesunderhaltung von Körper und Seele einen Beitrag leistet.

5.4.1 ERNÄHRUNGSTHERAPIE

Die Studie „Food, Nutrition and the Prevention of Cancer, a Global Perspective“ bestätigt, dass in Folge einer gesunden Ernährung (Ausgewogenheit von Kohlenhydraten, Eiweiß und Fetten) die Gesundheit erhalten wird und der Krankenstand um 40% gesenkt werden kann. Nur jeweils 10% der Umwelteinflüsse und genetischen Gegebenheiten, aber jeweils 40% unseres Lebensstils und unserer Ernährung beeinflussen unsere Gesundheit, weiß Strehlow (vgl. Strehlow 2009, S. 16). Die Wichtigkeit der Ernährung ist hier visualisiert.

Abbildung 13: Einfluss der Ernährung auf unsere Gesundheit



Food, Nutrition and Prevention of Cancer, a Global Perspective

Quelle: Strehlow 2009, S. 16

Auch Dalton sieht eine Verbindung in der Nahrungsaufnahme und einer psychischen Störung: „Für alle Mütter [...], besonders aber für Mütter mit einer Wochenbettdepression, ist

ein stabiler Blutzuckerspiegel für das allgemeine Wohlbefinden notwendig.“ (Dalton 2003, S. 191). Sie plädiert daher für eine regelmäßige Nahrungszufuhr, vor allem von (fettfreien) Kohlenhydraten wie z.B. Brot, Kartoffeln, Reis, Getreide etc., in jeweils Drei-Stunden-Abständen und kombiniert mit dreimaliger Aufnahme von Proteinen (Käse, Eier, Nüsse etc.) und fünfmaliger Aufnahme von Obst täglich. Grund für diese vorgeschriebene Regelmäßigkeit sieht Beck-Gernsheim, in der ständigen Verfügbarkeit der Mutter und der fehlenden Vorausplanung, wodurch Mütter ihre körperlichen als auch seelischen Grenzen ständig überschreiten müssen. Zudem gestaltet sich der Tag dadurch unregelmäßig. Sie beschreibt den Sachverhalt so:

„Zu den vielfach wiederholten Klagen junger Mütter gehört, daß es für sie kein Zur-Ruhe-Kommen und Zu-Sich-Kommen mehr gibt. Denn durch die ständigen Übergriffe fehlt die Regulation im Inneren, anschaulicher gesagt: das Auftanken von Seele und Geist.“ (vgl. Beck-Gernsheim 1989, S. 69).

Von Bingen weiß folgenden Rat:

„Wenn ein Mensch unter großer Traurigkeit leidet soll er tüchtig [und maßvoll] die ihm bekömmlichen Speisen essen, damit er durch die Nahrung wieder neu belebt wird [...].“ (vgl. Strehlow 2009, S. 409).

Heute bestätigen Ernährungswissenschaftler, dass ein Verzicht auf die Mittagspause und auf etwas Bewegung die Konzentration von Stresshormonen im Blut erhöht und die Betroffenen folgerichtig weniger gut mit Stress umgehen können. Sie raten daher, nicht auf das Mittagessen zu verzichten (vgl. Cornelius-Koch 2011, S. 38).

Dies ist ganz im Sinne von Winkler, der einen Zusammenhang zwischen der Biochemie und der Psychologie konstatiert. Er weist darauf hin, dass bei Depressionen der Zinkhaushalt gestört sein kann. Da fehlendes Zink zu Denkstörungen führt, bleibe eine Psychotherapie meist wirkungslos, wenn dieses nicht in ausreichendem Maße zugeführt wird. Er plädiert daher für eine Zinkkur, bei der 60 bis 100 Tage lang täglich 10-25 mg Zink eingenommen werden soll, möglichst mit einem Vitamin-C und Vitamin B-Komplex, welche die Zinkaufnahme fördern (vgl. Winkler 2011, S.1; Internetquelle).

5.4.2 SCHLAFENTZUG

Müller, selbst Betroffener einer schweren rezidivierenden Depression, hat erfahren, dass durch Schlafentzug eine vollständige Rückkehr ins Leben möglich ist. Er rät Folgendes:

„Wenn Ihre Stimmung an einem Tiefpunkt angelangt ist, sollten Sie nach Möglichkeit weniger schlafen. Wenn Sie Kraft haben, bleiben Sie die ganze Nacht wach, und Ihr Zustand wird sich sehr wahrscheinlich entscheidend verbessern, vielleicht auch spüren Sie sich selbst „ganz und gar“ wieder.“

Möglich ist aber auch der partielle Schlafentzug, bei dem der Betroffene ab ein Uhr nachts aufsteht. Wichtig beim vollständigen, als auch beim partiellen Schlafentzug ist, dass sich der Patient den folgenden Tag nicht wieder hinlegt und die kommende Nacht nicht übermäßig lange, sondern etwa sechs bis acht Stunden schläft, so Müller (vgl. Müller 1995, S. 24; 52). Müller schränkt ein, dass der Schlafentzug „sowohl erfolgreich sein als auch mißlingen kann.“ Doch selbst wenn er missglückt, d.h. wenn man einschläft, so sei die Niedergeschlagenheit am nächsten Tag nicht schlechter als die Tage davor (ebd., S. 35; 60). Auch viele helle Lichter in der Nacht und sportliche Betätigung am Tage vor dem Schlafentzug unterstützen das Durchhaltevermögen (ebd., S. 26; 37). Als klinische Therapie wird der Schlafentzug zweimal wöchentlich praktiziert (vgl. Bruhns/ Mertin/ Reintjes 2011, S. 64) und der Behandlungserfolg liegt bei 20 bis 60 Prozent (vgl. URL 5).

5.5 PHARMAKOTHERAPIE: ANTIDEPRESSIVE ARZNEIMITTEL

Eingesetzt werden chemische Antidepressiva, die mildere Variante der Pflanzenmittel (z.B. Johanniskraut, Baldrian, Hopfen etc.) als Stimmungsaufheller, aber auch rückfallverhütende Arzneimittel (auch Phasen- oder Rezidivprophylaktika genannt). Diese Substanzen (Lithiumsalze, Carbamazepin, Valproinsäure) sollen das erneute Auftreten einer Depression verhindern (vgl. Faust 2000, S. 180). Als „akute Schmerzmittel für die Seele“ (vgl. Geuter 2009b, S. 49), hemmen die neueren Antidepressiva, genannt SSRI²⁸, die „Wiederaufnahme (reuptake) von Serotonin oder Noradrenalin in die präsynaptischen Nervenendigungen“ und verursachen zudem eine Anreicherung von Endorphinen, wodurch insgesamt die Stimmung aufgehellt wird (vgl. Battegay 1991, S. 149).

²⁸ SSRI – *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (Serotonin-Wiederaufnahmehemmer)

Der Psychiater Weinmann meint, dass bei Antidepressiva nur etwa ein Viertel der Wirkung des Medikaments auf den Wirkstoff selbst zurückgehe, drei Viertel aber auf unspezifische Faktoren (vgl. Geuter 2009b, S. 47). Das bestätigt auch Schiepek: Ob ein „Medikament wirkt [oder nicht] hängt vom momentanen Zustand des Organismus oder der psychischen Gesundheit ab“, aber auch von einer positiven inneren Einstellung gegenüber der Wirkweise des Medikamentes (vgl. Schiepek 2010, S. 219). Ebenso bestimmen Genvarianten die Art und Weise, wie der Einzelne auf Medikamente reagiert (vgl. Holsboer 2009, S. 49). Man schätzt, dass bei ungefähr der Hälfte der Patienten ein Antidepressivum anschlägt, so Geuter (vgl. Geuter 2009b, S. 47). „Bei richtiger Auswahl und Dosierung führen Antidepressiva innerhalb von vier bis sechs Wochen in etwa 65 Prozent der Fälle zu einem Verschwinden der Symptomatik“ (Holsboer 2009, S. 47).

Interessant ist, dass unter medikamentöser Plazebogabe eine genauso schnelle Besserung der Gesundheit erzielt werden konnte, wie durch Antidepressiva. Erst bei schweren Depressionen ist das Antidepressiva dem Plazebo bei weitem überlegen (vgl. Aldenhoff 2010, S. 238ff.). Trotzdem sei immer noch unklar, welche Medikamente hilfreich sind (vgl. Geuter 2009b, S. 47). Außerdem wird die Wirkweise bemängelt, da die Zeit, ehe die Wirkung einsetzt, zu lange dauert, viele Nebenwirkungen auftreten und immer noch bei zu wenigen Patienten Besserungen auftreten, so Holsboer (vgl. Holsboer 2009, S. 47). Hingegen ist die Wirkweise Psychotherapie (bspw. die Interpersonale Therapie nach Klerman und Weissman und die kognitive Verhaltenstherapie nach Beck) bei mittleren und schweren Depressionen genauso gut wie Antidepressiva und bei leichten Depressionen sogar besser, weiß Aldenhoff (vgl. Aldenhoff 2010, S. 241). Denn die Psychotherapie fördere die Fähigkeit des Frontalhirns, durch die Gedanken regulierend auf die emotionalen Prozesse im limbischen System einzuwirken (vgl. Geuter 2009b, S. 49).

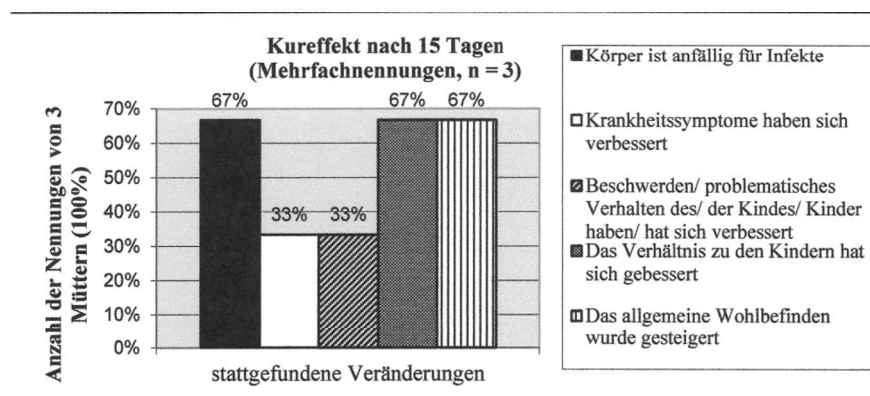
5.6 STATIONÄRE MAßNAHME: MUTTER-KIND-KUR

Wenn die oben aufgeführten Vorkehrungen nicht ausreichend sind, kann und sollte ergänzend dazu eine Mutter-Kind-Kur durchgeführt werden. Die Maßnahme kann als Vorsorge und als Rehabilitation und je nach Alter der Kinder mit ihnen zusammen oder alleine in Anspruch genommen werden.

In deutschlandweit acht Mutter-Kind-Kliniken wird derzeit das vom BMBF geförderte Projekt EFFEKT-E²⁹ durchgeführt. Geschulte Psychologinnen und Erzieherinnen stärken die psychisch kranken Mütter mit Kindern von vier bis sechs Jahren in der Erziehung und Interaktion mit ihren Sprösslingen und unterstützen sie in ihrer Stressbewältigung (vgl. URL9). Hagehülsmann kritisiert, dass die Frauen innerhalb der kurzen Kurdauer (meist drei Wochen) oft nur eine „Ahnung von eigenen Gestaltungsmöglichkeiten ihrer Lebensbedingungen“ bekommen. Umso wichtiger sei es, betont sie, den Müttern während dieser Zeit neue Sichtweisen zu eröffnen, durch die Verhaltens- und Haltungsänderungen erst möglich werden (vgl. Hagehülsmann 1993, S. 21).

In meiner empirischen Erforschung des Kurerfolges durch halbstrukturierte Interviews, die ich mit drei Müttern in der Kuranstalt Heringsdorf durchführte, ging hervor, dass sich bei allen bereits nach 15 Tagen Verbesserungen ergeben hatten.

Abbildung 14: Kureffekt nach 15 Tagen

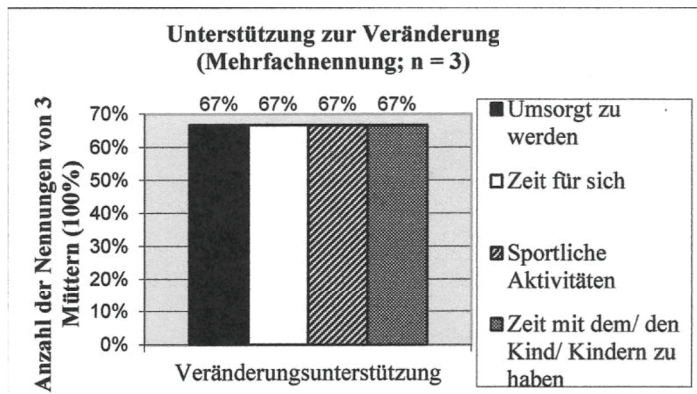


Quelle: Koch 2011

Bei jeweils 33,3% hatten sich die Krankheitssymptome verbessert, sowie die Beschwerden und/oder das Verhalten des/der Kindes/er. Es zeigte sich jedoch auch eine hohe Infektanfälligkeit bei den Patientinnen (66,6%), was sich die Mütter dadurch erklärten, dass der Körper mal zur Ruhe komme und somit die Möglichkeit habe, die Infekte auszukurieren. Das allgemeine Wohlbefinden und das Verhältnis zu den Kindern hatte sich bei jeweils 66,6% der Mütter gebessert.

²⁹ EFFEKT-E steht für **E**ntwicklungsförderung für **F**amilien: **E**ltern- und **K**indertraining für Familien mit emotionaler Belastung

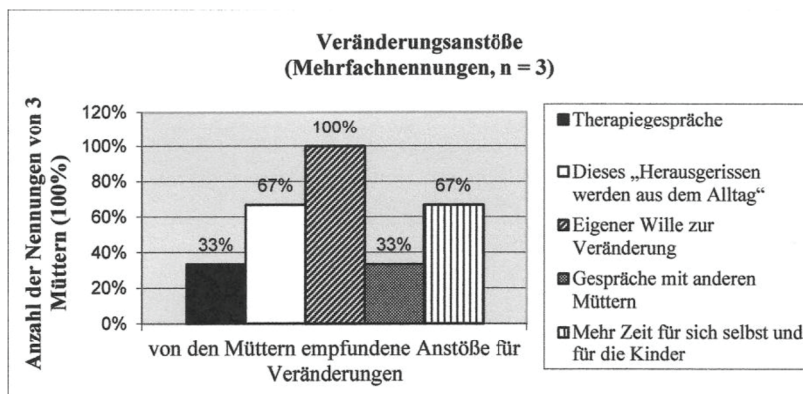
Abbildung 15: Veränderungsunterstützung



Quelle: Koch 2011

Als positive Veränderungsunterstützung benannten jeweils 2 von 3 Müttern, dass sie Zeit für sich selbst hatten, umsorgt wurden, sportliche Angebote und Aktivitäten nutzen konnten, sowie mehr Zeit für die Kinder hatten. Außerdem seien der eigene Wille, das „Herausgerissensein“ aus dem Alltag und Gespräche mit den Therapeuten und anderen Müttern als sehr hilfreich empfunden worden. Mehrfachnennungen waren möglich.

Abbildung 16: Veränderungsanstöße



Quelle: Koch 2011

Nur wenn sich die Frauen ihre eigene Hilfsbedürftigkeit eingestehen, die Hilfe in Anspruch nehmen, für sich selbst sorgen und eigene Interessen weiter entwickeln, können sie sich von ihren Problemen und depressiven Gedanken befreien, weiß Hagehülsmann (vgl. Hagehülsmann 1993, S. 50; 53). Darum sollte es Ziel sein, die gewonnenen Einsichten und Verhaltensänderungen auch zu Hause beizubehalten, damit eine Langzeitwirkung erzielt werden kann. Unterstützend dazu ist es ratsam, die angefangene Gesprächstherapie mit einem vertrauensvollen Therapeuten zu Hause weiter zu führen.

5.7 THERAPIEERFOLG

Nach Aldenhoff gibt es keine gesicherte erfolgreiche Therapie, denn viele der oben beschriebenen Interventionen können antidepressiv wirken. Es komme auf die zwischenmenschlichen Erfahrungen, die im therapeutischen Prozess gemacht werden, an. Diese seien viel wertvoller, als ein Medikament. Denn: „Der breiteste Weg, über den die Kommunikation zwischen Nervenzellen beeinflusst wird, sind die Erfahrungen, die wir machen.“ (Aldenhoff 2010, S. 239).

Auch Schiepek macht darauf aufmerksam, dass für den Therapieerfolg insbesondere die Patientenvariablen eine besondere Rolle spielen: „Mehr als auf die Diagnose und auf die Schwere der Problematik kommt es dabei auf die psychosoziale Anpassung vor der Erkrankung an, auf persönliche und interpersonelle Kompetenzen sowie auf Ressourcen und vor allem auf die Veränderungsmotivation und die Aufnahmebereitschaft des Patienten für das, was ihm der Therapeut zu bieten hat.“ (Schiepek 2010, S. 227). Auch wenn der Berater eine Wirkvariable im Beratungsprozess ist, so ist es demnach von doppelter Bedeutung, wie der Klient die ihm gegebenen Informationen aufnimmt und verarbeitet und welche soziale Unterstützung er erhält.

**Um klar zu sehen, genügt oft ein
Wechsel der Blickrichtung.
*Antoine de Saint-Exupéry***

6 PRÄVENTION

Im Folgenden werde ich zwei verschiedene Ansätze zur Depressionsprävention erläutern. Ich gehe auf die Frühintervention im Säuglings- und Kleinkindalter ein und komme dann zur Stressprophylaxe.

6.1 ELTERNARBEIT DURCH FRÜHFÖRDERUNG

Wie oben beschrieben, ist das Kind besonders in den frühen (ein bis drei) Jahren sehr stark von der Umwelt abhängig und wird von ihr beeinflusst und geprägt. Um psychischen und psychopathologischen Krankheiten vorzubeugen, werden Familien, die beispielsweise depressionsbelastet sind, bereits frühzeitig u.a. mit Psychotherapie und Beratungsangeboten für Betroffene, Patenschaften für Kinder etc. gestärkt. Dieses vom bmfsfj geförderte Programm: „Frühe Hilfen und soziale Frühwarnsysteme“ bietet diese Unterstützungsleistung

an, um möglichen psychischen Störungen bei Kindern vorzubeugen und entgegenzuwirken.

Die Frühförderung hat zwei positive Aspekte: zum einen wird die frühe Regulationsfähigkeit des Säuglings und Kleinkindes unterstützt, indem eine positive Eltern-Kind-Beziehung gefördert wird und zum anderen bilden sich dadurch beim Kind innerpsychische Strukturen, die es in die Lage versetzen, durch gefestigte Selbstregulationsprozesse (belastende) Situationen besser auszuhalten (vgl. Suess/ Hantel-Quitmann 2008, S. 333).

Grossmann und Grossmann (2004) fanden mit Hilfe des Strange-Situation-Tests in zwei Langzeitstudien heraus, dass 77% aller Mutter-Kind-Paare die gleiche Bindungsrepräsentation hatten, womit eine transgenerative Weitergabe des Bindungsstils als sehr wahrscheinlich angesehen werden kann (vgl. Bierhoff 2006, S. 42) und die Beziehung zum Kind nachweislich vom Umgang der Eltern mit ihren eigenen Kindheitserfahrungen beeinflusst wird (vgl. Suess/ Hantel-Quitmann 2008, S. 335). Deshalb ist die Erfassung der Bindungsrepräsentation (innerer Arbeitsmodelle) beim psychisch kranken Elternteil ein Hilfsmittel der Frühförderung. Ist die Mutter depressiv, so soll dies durch das AAI³⁰ erfasst werden. Das auf Tonband mitgeschnittene Interview wird dann transkribiert und ihr ausgehändigt. Gemeinsam mit dem Therapeuten werden nun von der Mutter ausgewählte Passagen besprochen. Die darin erkannten Arbeitsmodelle sollen durch zweckmäßigere ersetzt werden (ebd., S. 341f.). Denn eine Mutter, die bspw. eine unsicher-distanzierende Bindungsrepräsentation aufweist, verleugne nicht nur ihre eigenen Bindungsbedürfnisse, sondern auch die ihres Kindes. Gloger-Tippelt und König wissen, dass sich eine Modifikation der eigenen Bindungserfahrungen auch positiv auf das Verhalten zum Kind auswirkt. „Wenn [...] einer Mutter klar wird, dass das für sie lästige Schreien ihres Kindes nicht wahllos ist, sondern das Kind nur so sein Unwohlsein und seine Unsicherheit ausdrücken kann und bei der Mutter Trost und Sicherheit sucht, lernt sie den Unterschied zwischen der unmittelbaren Erfahrung und dem zu Grunde liegenden mentalen Befinden des Kindes zu verstehen (vgl. Gloger-Tippelt/ König 2009, S. 49). Suess und Hantel-Quitmann führen eine weitere Methode an: die Erfassung der Eltern-Kind-Interaktion durch Videosequenzanalysen zum besseren Verständnis des Kindes (seine Bedürfnisse, seine Signale, seine Verhaltensweisen werden professionell gedeutet) und zum Aufbau förderlicher Bindungsbeziehungen. Dabei

³⁰ Das AAI als halbstrukturiertes Interview wurde von Main/ George/ Kaplan 1985 entwickelt und erfasst die subjektive Repräsentation von Bindungserfahrungen der Eltern auf Grundlage des autobiographischen Gedächtnisses. Damit soll die Verarbeitung früher Erlebnisse besser verstanden werden, um durch die Bewusstwerdung dieser Prozesse, die Bindung zum eigenen Kind neu zu bewerten und anders zu gestalten. Gleichzeitig werden die elterlichen Arbeitsmodelle „aktualisiert“ (vgl. Bierhoff 2006, S. 41).

soll die Feinfühligkeit der Eltern besonders gestärkt werden (vgl. Suess/ Hantel-Quitmann 2008, S. 338ff.).

Schone und Wagenblast beschreiben, dass präventive Konzepte im Bereich der Frühen Hilfen durchaus Erfolgsaussichten haben, da auf bekannte Risiken einer kleinen Zielgruppe gesondert eingegangen werden kann und diese adäquat behandelt werden können (vgl. Schone/ Wagenblast 2006, S. 12). Frühe Hilfen „zeigen, dass niedrigschwellige, freiwillige, aber auf eine intensive Unterstützung besonders belasteter Familien fokussierte Hilfen die Rate früher Vernachlässigung und Misshandlung um etwa ein Drittel senken können“, so Kindler und Sann. Als mögliche negative Folgen allerdings merken sie zum einen eine unbeabsichtigte Stigmatisierung bestimmter Familien (z.B. durch Screenings in Geburtskliniken) und zum anderen eine schleichende Absenkung der Eingriffsschwelle an, so dass immer mehr Kinder und Familien staatliche Zwangsinterventionen erleben. Sie plädieren deshalb dafür, Risikoscreenings im Interesse des Zugangs zu Problemfamilien nicht misszuverstehen, da die Möglichkeit, dass Familien „durchs Netz fallen“, sonst größer wird. Weiterhin sollte die Eingriffsschwelle konkretisiert werden, um Unsicherheiten und ungünstige Interaktionen auf allen Seiten zu vermeiden (vgl. Kindler/ Sann 2011, S. 7f.).

6.2 ÜBERLEGUNGEN ZUR VORBEUGUNG - STRESSPROPHYLAXE

Faust schlägt vor, sich selbst folgende Fragen zu stellen, um nicht in einer Dauererschöpfung zu verharren bzw. in ein tieferes Loch zu rutschen. Denn wenn die Stressquelle erkannt ist, kann aktiv dagegen gesteuert werden:

- Welche Umweltbedingungen sind belastend?
- Welche eigenen Bedürfnisse und Ziele wurden vernachlässigt?
- Welche Fähigkeiten blieben unterentwickelt?
- Welche Vorstellungen sind unrealistisch?
- Welche Glaubenssätze und Denkmuster sind dysfunktional?
- Welche Informationen fehlen? (vgl. URL8).

Durch diese Situationsanalyse sollen mögliche Fehlattritionen aufgehoben, und Wünsche und Bedürfnisse wieder bewusst gemacht werden.

Weiterhin helfen nach Faust genügend Schlaf, ein gesundes Nahrungsverhalten durch die Aufnahme von vorzugsweise Obst, Gemüse und Vollkornprodukten, ausreichend körperliche Aktivität und die Aufnahme von Koffein und Alkohol in Maßen (vgl. URL8).

Dalton schlägt eine Stressprophylaxe vor. Darunter versteht sie, Entspannungsübungen wie Yoga, Meditation oder auch Tai Chi zu machen, sich aktiv Redepartner zu suchen und sich ihnen mitzuteilen, Hilfsangebote anzunehmen sowie sich auszuruhen, wann immer es geht. Es sei wichtig, veränderbare Stressquellen zu reduzieren. Beispielsweise helfe eine gelern- te Muskelentspannung nicht nur im benötigten Körperbereich, z.B. dem Nacken, sondern auch in schwierigen Alltagssituationen (bei Verkehrsstaus, Warteschlangen, Verkehrslärm etc.) (vgl. Dalton 2003, S. 175ff.; 178).

Bereits vor 850 Jahren schrieb Hildegard von Bingen, dass belastende Gefühle wie Stress, Ärger, Frustration, Angst, Sorge, Kummer zu Zornesausbrüchen oder stillem Kummer füh- re. Deshalb schlug sie vor, sich von den belastenden Gefühlen nicht „krank“ machen zu lassen, sondern sich zunächst eine „Auszeit“ zu nehmen und denjenigen, über den man sich geärgert hat, am nächsten Tag zu Nervenkeksen (Energiekeksen³¹) einzuladen, um das Problem zu besprechen (vgl. Strehlow 2009, S. 407).

**Ein Tropfen Wasser spaltet einen Stein nicht durch
rohe Gewalt, sondern durch viel Geduld.
(Verfasser unbekannt)**

7 FAZIT

Depression ist eine ernstzunehmende Erkrankung und sollte gerade aufgrund ihrer mögli- chen Suizidgefahr nicht unterschätzt werden. Eine frühzeitige Erkennung und eine gute Behandlung sind genauso wichtig wie die Arbeit des Betroffenen an sich selbst. Er kann durch gesunde Ernährung, Bewegung und Sport wenigstens versuchsweise dagegen an- kämpfen. Doch zunächst sollten die Betroffenen Einsicht haben und die Krankheit akzep- tieren, um auch dagegen ankämpfen zu können.

Frühe Erfahrungen und genetische Anlagen prädisponieren einen Menschen zwar zur De- pressivität, dennoch kann nicht von einer Ausschließlichkeit ausgegangen werden. Beson- ders bei Müttern können die Übernahme mehrerer Rollen und belastende Lebensereignisse Auslöser für Stress sein - Stress, der als potentieller Vorbote für Depression angesehen werden kann. Aufgrund dieses Wissens kann einer Depression gezielt entgegen gesteuert werden. Äußere Einflüsse, schöne Erlebnisse, das Gefühl, von ganz lieben Menschen an-

³¹ Rezept im Anhang

genommen zu sein und verstanden zu werden, kann als Voraussetzung angesehen werden, eine stabile und gesunde Erhaltung von Körper und Seele zu erreichen. Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch, seine eigenen Grenzen deutlich zu setzen, auch mal „nein“ zu sagen und belastende Situationen nicht einfach auszuhalten und dabei immer kleiner zu werden, sondern aktiv nach Veränderungsmöglichkeiten zu suchen. Auch wenn ungünstige Erfahrungen ihren Beitrag zur Depressionsentstehung geleistet haben, ist jeder im Hier und im Jetzt für sich und seine Bedürfnisse selbst verantwortlich.

8 QUELLENVERZEICHNIS

- Abersnagel, Frans: Das kognitive Modell. In: Abersnagel, Frans/ Emmelkamp, Paul/ Hoofdakker, Rudi van den (Hrsg.): Depression. Theorie, Diagnostik und Behandlung. Göttingen 1993, S. 111-123.
- Aldenhoff, Josef: Was wir von Plazebo lernen können. Wie therapiert das Gehirn seine Störungen? In: Spitzer, Manfred/ Bertram, Wulf: Hirnforschung für Neu(ro)gierige. Braintertainment 2.0. Stuttgart 2010, S. 234-242.
- Arieti, Silvano/ Bemporad, Jules: Depression. Krankheitsbild, Entstehung, Dynamik und psychotherapeutische Behandlung. Stuttgart 1983.
- Battegay, Raymond: Depression. Psychophysische und soziale Dimension – Therapie, 3. Aufl. Bern 1991.
- Beck, Aaron/ Rush, John/ Shaw, Brian et al.: Kognitive Therapie der Depression, 4. Aufl. Weinheim 1994.
- Beckerle, Monika: Depression: Leben mit dem Gesicht zur Wand. Erfahrungen von Frauen. Frankfurt a.M. 1989.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth: Die Kinderfrage. Frauen zwischen Kinderwunsch und Unabhängigkeit, 3. Aufl. München 1997.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth: Mutterwerden – der Sprung in ein anderes Leben. Frankfurt a. M. 1989.
- Beebe, Beatrice/ Lachmann, Frank: Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener. Wie interaktive Prozesse entstehen und zu Veränderungen führen. Stuttgart 2004.
- Berne, Eric: Spiele der Erwachsenen. Reinbek 1970.
- Bierhoff, Hans: Sozialpsychologie. Ein Lehrbuch, 6. Aufl. Stuttgart 2006.
- Börgens, Sylvia: Das Kind ist da, das Glück lässt auf sich warten. Bonn 2010.
- Bouman, Theo: Einschätzung von Stimmungsstörungen. In: Abersnagel, Frans/ Emmelkamp, Paul/ Hoofdakker, Rudi van den (Hrsg.): Depression. Theorie, Diagnostik und Behandlung. Göttingen 1993, S. 45-59.
- Bruhns, Annette/ Mertin, Ansgar/ Reintjes, Thomas: Was der Seele gut tut. In: Spiegel Wissen. (2011), H. 1, S. 60-66.
- Burisch, Matthias: Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung, 4. Aufl. Heidelberg 2010.

- Collatz, Jürgen/ Borchert, Henning/ Brandt, Andreas u. a.: Effektivität, Bedarf und Inanspruchnahme von medizinischen und psychosozialen Versorgungseinrichtungen für Frauen und Mütter mit Kindern, 2. Aufl. Stuttgart u. a. 1996.
- Cornelius-Koch, Stella: Mittagspause gegen Burnout. In: Readers Digest Deutschland. (2011), H. 2, S. 38.
- Dalton, Katharina: Wochenbettdepression. Erkennen – Behandeln – Vorbeugen. Bern 2003.
- Diederichs, Peter: Gesunder und pathologischer Narzißmus. In: Kentenich, Heribert/ Rauchfuß, Martina/ Bitzer, Johannes (Hrsg.): Mythos Geburt und weitere Beiträge der Jahrestagung Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1995/96. Giessen 1996, S. 59-68.
- Dörner, Klaus/ Plog, Ursula/ Teller, Christiane u. a.: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Bonn 2002.
- Faust, Volker: Depressionsfibel, 2. durchges. Aufl. Stuttgart 1989.
- Faust, Volker: Seelische Störungen heute. Wie sie sich zeigen und was man tun kann, 2. Aufl. München 2000.
- Fuhr, Reinhard: Struktur und Dynamik der Berater-Klient-Beziehung. In: Krause/ Christina/ Fittkau, Bernd/ Fuhr, Reinhard u.a. (Hrsg.): Pädagogische Beratung. Grundlagen und Praxisanwendung. Paderborn 2003, S. 32-50.
- Gatterburg, Angela: „Ich verliere mein Selbst“. In: Spiegel Wissen. (2011), H. 1, S. 13-17.
- Geuter, Ulfried: Helfen Pillen gegen die Schwermut. In: Psychologie Heute Compact. (2009b), H. 23, S. 46-49.
- Geuter, Ulfried: Auf der dunklen Seite des Lebens. In: Psychologie Heute Compact. (2009a), H. 23, S. 6-9.
- Gloger-Tippelt, Gabriele/ König, Lilith: Bindung in der mittleren Kindheit. Das Geschichtenergänzungsverfahren zur Bindung 5- bis 8-jähriger Kinder (GEV-B). Weinheim 2009.
- Gruyter, Walter de (Hrsg.): Psychrembel. Klinisches Wörterbuch 2011, 262. Aufl. Berlin/ New York 2011.
- Häcker, Hartmut/ Stapf, Kurt (Hrsg.): Dorsch Psychologisches Wörterbuch, 15. Aufl. Bern 2009.
- Hagehülsmann, Ute. Transaktionsanalyse. Wie geht denn das? Transaktionsanalyse in Aktion II. Paderborn 1993.
- Hagehülsmann, Ute: Transaktionsanalyse. Wie geht denn das? Transaktionsanalyse in Aktion I, 2. Aufl. Paderborn 1994.

- Hayes, Richard: Die Bedeutung von Kohlbergs Entwicklungspsychologie für Beratung und klinische Praxis. In: Kuhmerker, Lisa/ Gielen, Uwe/ Hayes, Richard (Hrsg.): Lawrence Kohlberg. Seine Bedeutung für die pädagogische und psychologische Praxis. München 2006, S. 225-245.
- Heger, Ulrich/ Althaus, David/ Reiners, Holger: Das Rätsel Depression. Eine Krankheit wird entschlüsselt. München 2005.
- Hoevenaars, Jac/ Son, Maarten van: Das operante Modell. In: Abersnagel, Frans/ Emmelkamp, Paul/ Hoofdakker, Rudi van den (Hrsg.): Depression. Theorie, Diagnostik und Behandlung. Göttingen 1993, S. 95-109.
- Holsboer, Florian: Heilung durch Biologie? In: Psychologie Heute. (2009). H. 6, S. 46-53.
- Hoofdakker, Rudi van den: Biologische Konzepte und Strategien: In: Abersnagel, Frans/ Emmelkamp, Paul/ Hoofdakker, Rudi van den (Hrsg.): Depression. Theorie, Diagnostik, und Behandlung. Göttingen 1993, S. 63-82.
- IDW: Immerwährende Alarmbereitschaft. In: Psychologie Heute Compact. (2009). H. 23, S. 62.
- Institut für Demoskopie Allensbach (Hrsg.): Monitor Familienleben 2010. URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung2/Pdf-Anlagen/familienmonitor2010,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [Stand: 05.05.11].
- Jahnke, D./ Ihle, Wolfgang: Symptomatik, Klassifikation und depressive Epidemiologie depressiver Störungen im Jugendalter. In: Ihle, Wolfgang/ Herrle, Johannes (Hrsg.): Stimmungsprobleme bewältigen. Tübingen 2003.
- Kandel, Eric: Psychiatrie, Psychoanalyse und die neue Biologie des Geistes. Frankfurt a. M. 2006.
- Kienbaum, Jutta/ Schuhrke, Bettina: Entwicklungspsychologie der Kindheit. Von der Geburt bis zum 12. Lebensjahr. Stuttgart 2010.
- Kindler, Heinz/ Sann, Alexandra: Das kontrollierte Kind. Gefahr erkannt – Gefahr gebannt? Über die Nachteile und unbeabsichtigten Wirkungen, die Frühe Hilfen und Frühwarnsysteme haben können, wenn sie falsch verstanden werden. In: DJI Impulse. (2011), H. 2, S. 7-8.
- Koch, Kathrin: Kurkonzept Mutter und Kind. Bedingungsfaktoren für den Kurantritt, Bedarfslage und Effektivität. Projektarbeit. Fachhochschule Neubrandenburg 2011.

- Martens, Daniela: Psychische Erkrankung – Frauen haben andere Depressionen als Männer. URL: <http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2011-05/depressionen-geschlechter> [Stand: 14.06.11].
- McGrath, Ellen/ Keita, Gwendolyn/ Strickland, Bonnie u.a. (Hrsg.): Frauen und Depression. Risikofaktoren und Behandlungsfragen. Bergheim 1993.
- Miller, Alice: Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst. Frankfurt a. M. 1983.
- Mühl, Melanie: Schwarze Schatten auf der Seele. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung. Nr. 133. 9. Juni 2011, S. 27.
- Müller, Peter: Schlafentzug. Erfolgreich gegen Depressionen. Ein Erfahrungsbericht und Leitfaden für Betroffene, Nahestehende und Behandelnde. Bonn 1995.
- Nuber, Ursula: Leben mit einer dicken Haut. Zuversicht bewahren in schwierigen Zeiten. In: Psychologie Heute. (2011), H. 7, S. 20-27.
- Petruska, Clarkson: Transaktionsanalytische Psychotherapie. Grundlagen und Anwendung - Das Handbuch für die Praxis. Freiburg 1996.
- Precht, Richard: Wer bin ich - und wenn ja, wie viele? München 2007.
- Romer, Georg/ Riedesser, Peter: Prävention psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Perspektiven der Erziehungsberatung. In: Suess, Gerhard/ Pfeifer, Walter-Karl (Hrsg.): Frühe Hilfen. Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung, 3. Aufl. Gießen 2003, S. 65-85.
- Rüegg, Johann/ Bertram, Wulf: Hirnlandschaften. Eine funktionell-neuroanatomische Tour d'Horizon. In: Spitzer, Manfred/ Bertram, Wulf: Hirnforschung für Neu(ro)gierige. Braintertainment 2.0. Stuttgart 2010, S. 1-11.
- Sarafino, Edward (Hrsg.): Health Psychology. Biopsychosocial Interactions, 4. Aufl. Crawfordsville (USA) 2002.
- Schiepek, Günter: Das Hirn in Psychotherapie. Psychische und neuronale Selbstorganisation im therapeutischen Prozess. In: Spitzer, Manfred/ Bertram, Wulf: Hirnforschung für Neu(ro)gierige. Braintertainment 2.0. Stuttgart 2010, S. 219-233.
- Schone, Reinhold/ Wagenblass, Sabine: Kinder psychisch kranker Eltern als Forschungsthema – Stand der Perspektiven. In: Schone, Reinhold/ Wagenblass, Sabine (Hrsg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Weinheim/ München 2006, S. 9-18.

- Schubert, Franz-Christian: Lebensorientierte Beratung. Ein sozialökologisches Denk- und Handlungsmodell. In: Marschner, Lutz (Hrsg.): Beratung im Wandel. Eine Veröffentlichung der Bundeskonferenz für Erziehung (bke). Mainz 1999, S. 104-128.
- Seligman, Martin: Erlernte Hilflosigkeit, 4. Aufl. Weinheim 1992.
- Shafy, Samiha: Wenn die Hirnmasse schrumpft. In: Spiegel Wissen. Das überforderte Ich. (2011), H. 1, S. 28-33.
- Sickendiek, Ursel/ Engel, Frank/ Nestmann, Frank: Beratung. Eine Einführung in Sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze, 2. Aufl. Weinheim/ München 2002.
- Siegel, Allen: Einführung in die Selbstpsychologie. Das psychoanalytische Konzept von Heinz Kohut. Stuttgart 2000.
- Spangler, Gottfried: Die Psychobiologie der Bindung: Ebenen der Bindungsorganisation. In: Suess, Gerhard/ Scheuerer-Englisch, Hermann/ Pfeifer, Walter-Karl (Hrsg.): Bindungstheorie und Familiendynamik. Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie. Gießen 2001, S. 157-177.
- Städtler, Thomas: Lexikon der Psychologie. Wörterbuch, Handbuch, Studienbuch. Stuttgart 1998.
- Stewart, Ian/ Joines, Vann: Die Transaktionsanalyse. Eine Einführung, 6. Aufl. Freiburg 2000.
- Stewart, Ian: Transaktionsanalyse in der Beratung. Grundlagen und Praxis transaktionsanalytischer Beratungsarbeit, 3. Aufl. Paderborn 2000.
- Strehlow, Wighard: Die Ernährungstherapie der Hildegard von Bingen. Rezepte, Kuren, Diäten. München 2009.
- Suess, Gerhard/ Hantel-Quitmann, Wolfgang: Bindungsbeziehungen in der Frühintervention. In: Ahnert, Lieselotte: Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung, 2. Aufl. München 2008, S. 332-351.
- Suess, Gerhard/ Röhl, Johann: Die integrative Funktion der Bindungstheorie in Beratung/ Therapie. In: Suess, Gerhard/ Pfeifer, Walter-Karl (Hrsg.): Frühe Hilfen. Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung, 3. Aufl. Gießen 2003, S. 165-199.
- Tewes, Uwe/ Wildgrube, Klaus (Hrsg.): Psychologie-Lexikon. München 1992.
- Thompson, Tracy: Mütter und Depression. Düsseldorf 2007.
- Voos, Dunja: Wirkung der Psychoanalyse im MRT erkennbar. URL: <http://www.medizin-im-text.de/blog/6384/wirkungen-der-psychoanalyse-im-mrt-erkennbar/> [Stand: 24.07.2011].

- Wagenbrenner, Julia: „Der Himmel war nur grau“. In: Neue Gespräche. (2011), H. 2, S. 19-22.
- Weissman, Myrna/ Paykel, Eugene: The Depressed Woman. A study of social relationships. London 1974.
- Winkler, Werner: Zinkmangel und Suizid. URL: <http://www.winkler-verlag.de/wv-zinkmangel-suizid.htm> [Stand: 07.06.2011].
- Winnicott, Donald: Das Baby und seine Mutter. Stuttgart 1990.
- Zimmermann, Peter/ Suess, Gerhard/ Scheuerer-Englisch, Hermann u. a.: Der Einfluß der Eltern-Kind-Bindung auf die Entwicklung psychischer Gesundheit. In: Petermann, Franz/ Niebank, Kay/ Scheithauer, Herbert (Hrsg.): Risiken der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre. Göttingen 2000, S. 301-327.
- Zulauf-Logoz, Marina: Die Desorganisation der frühen Bindung und ihre Konsequenzen. In: Ahnert, Lieselotte (Hrsg.): Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung, 2. Aufl. München 2008, S. 297-312.
- Zurhorst, Eva-Maria: Liebe dich selbst und es ist egal, wen du heiratest. München 2004.

Internetquellen

- URL 1: http://de.wikipedia.org/wiki/Eric_Kandel [Stand: 06.06.11]
- URL 2: <http://www.depressionen-depression.net/erscheinungsformen-von-depressionen/wochenbettdepression.htm> [Stand: 16.06.11]
- URL 3: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamt12011/index.htm> [Stand: 16.06.11]
- URL 4: <http://www.enzyklo.de/Begriff/Corticotropin> [Stand: 23.07.2011]
- URL 5: <http://www.portal-der-psyche.de/behandlungen/spezielle-behandlungen/schlafentzug/schlafentzug-komplikationen-erfolgsaussichten.html> [Stand: 05.07.11]
- URL 6: <http://www.frederich.de/theorie/bpsmod.htm> [Stand: 05.05.11]
- URL 7: http://vhs-braunschweig.de/vhsbraunschweig/downloads/hdf-fachtagung/Prof.-Dr.-Wagenblass_15-05-09.pdf [Stand: 05.07.11]
- URL 8: <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/depression3.html> [Stand: 19.05.2011]

URL 9: <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/2254.php> [Stand: 07.07.2011]

URL 10: <http://www.grin.com/de/e-book/99042/die-personenzentrierte-theorie-von-rogers>
[Stand: 14.07.2011]

URL 11: [http://de.wikipedia.org/wiki/Kontingenz_\(Psychologie\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Kontingenz_(Psychologie)) [Stand: 31.01.2011]

URL 12: <http://de.wikipedia.org/wiki/Glucocorticoide> [Stand: 23.07.2011]

ANHANG

Interviewleitfäden I und II.....	63
Ausgewählte Transkriptionen des Interview I.....	66
TRANSKRIPTION INTERVIEW I FRAU NEUER AM 16.03.11.....	66
TRANSKRIPTION INTERVIEW I FRAU MARß AM 16.03.11	84
Erfassung soziodemographischer Daten (Auszug aus der Projektarbeit).....	91
Zusammenfassung der Häufigkeiten aus dem Interviewleitfaden I (Auszüge aus der Projektarbeit)	92
Mehrfachantworten aus den Interviewleitfäden I und II (Auszüge aus der Projektarbeit)	96

Abbildung 17: Edinburgh Postnatal Depression Scale

Die Edinburgh Postnatal Depression Scale	
Nach: Cox, J.L., Holden, J.M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. <i>British Journal of Psychiatry</i> , 150, 782–876.	
Name: _____	5... bin ich ohne richtigen Grund in Panik geraten
Adresse: _____	Ja, ziemlich oft
Alter des Kindes: _____	Ja, manchmal
Sie haben vor kurzem ein Kind bekommen. Wir würden gerne wissen, wie es Ihnen geht. Bitte <u>unterstreichen</u> Sie die Antwort, die Ihrem Gefühl in den letzten 7 Tagen am ehesten entspricht, nicht nur wie Sie sich heute fühlen.	Nein, nur selten
<i>Hier ein Beispiel:</i>	Nein, überhaupt nicht
Ich bin froh gewesen:	6... ist mir alles zuviel geworden
Ja, immer	Ja, meistens
<u>Ja, meistens.</u>	Ja, manchmal
Nein, nicht sehr oft.	Nein, nur selten
Nein, überhaupt nicht	Nein, gar nicht
Diese Antwort bedeutet: «In der letzten Woche bin ich meistens froh gewesen».	7... ging es mir so schlecht, daß ich nicht schlafen konnte
In den letzten 7 Tagen ...	Ja, meistens
1... habe ich lachen und die Dinge mit Humor sehen können	Ja, manchmal
So wie früher	Nein, nur selten
Nicht ganz so wie früher	Nein, gar nicht
Auf keinen Fall so wie früher	8... habe ich mich traurig oder niedergeschlagen gefühlt
Gar nicht	Ja, meistens
2... habe ich mich auf Bevorstehendes gefreut	Ja, ziemlich häufig
So wie früher	Nein, nur selten
Eher weniger als früher	Nein, überhaupt nicht
Auf keinen Fall so wie früher	9... ging es mir so schlecht, daß ich weinen mußte
Gar nicht	Ja, meistens
3... habe ich, wenn etwas schief ging, die Schuld unnötigerweise bei mir gesucht	Ja, ziemlich häufig
Ja, meistens	Nein, nur gelegentlich
Ja, manchmal	Nein, gar nicht
Nur selten	10... ist mir der Gedanke gekommen, mir etwas anzutun
Nein, nie	Ja, ziemlich häufig
4... bin ich ohne richtigen Grund ängstlich oder besorgt gewesen	Manchmal
Nein, überhaupt nicht	Selten
Nur selten	Nie
Ja, manchmal	
Ja, häufig	
	Auswertung: Bewerten Sie bei den Fragen 1, 2 und 4 die oberste Antwort mit 0 Punkten, die zweite mit 1 Punkt, die dritte mit 2 Punkten und die unterste mit 3 Punkten. Bei allen anderen Fragen zählen Sie die erste Antwort als 3 Punkte, die zweite als 2 Punkte, die dritte als 1 Punkt und die letzte als 0 Punkte. Ab einem Gesamtpunktwert von 10 Punkten besteht der Verdacht auf eine Wochenbettdepression; ab 13 Punkten ist eine Wochenbettdepression sehr wahrscheinlich.

Quelle: Dalton 2003, S. 68

Abbildung 18: Rezept Nerven-/Energiekekse

Rezept: Nervenkekse

400 g Dinkelmehl	20 g Muskat
250 g Butter	10 g Nelken
150 g (brauner) Rohrzucker	2 Eier
200 g süße Mandeln (gemahlen)	etwas Salz
20 g Zimt	Wasser nach Bedarf

Das Mehl auf die Arbeitsplatte geben, die weiche Butter in Stückchen darauf verteilen. Zucker, Mandeln, Eier und die Gewürze zufügen. Alles mit einem großen Messer oder einer Teigkarte durchhacken, rasch zusammenkneten und kalt stellen. Nach ca. 30 Minuten den Teig etwa 2–3 mm dick ausrollen und Plätzchen ausstechen. Auf einem mit Backpapier ausgelegten Blech bei 180–200 °C ca. 20–25 Minuten backen.

Diese Kekse sind eine Wohltat für die Nerven. Sie fördern die Konzentrationsfähigkeit und sogar die Intelligenz.

Besonders beachtlich ist es, dass alle fünf Sinnesorgane durch diese Kekse vor Alterungsprozessen geschützt werden.

Quelle: Strehlow 2009, S. 412

INTERVIEWLEITFÄDEN I UND II

Interviewleitfaden für Mütter I

Zunächst geht es mir darum, Ihre persönlichen Daten zu erfassen. (Extra Bogen)

Einleitung:

Ich möchte Sie hier herzlich willkommen heißen und Ihnen noch einmal für Ihre Bereitschaft danken, hier mit mir dieses Interview zu führen. Und ich würde zunächst gerne mit Ihnen über die Vergangenheit sprechen.

(1. Zu Beginn möchte ich mit Ihnen über die Vergangenheit sprechen.)

- Erinnern Sie sich doch bitte an die Zeit, in der sie sich entschlossen haben, eine Mutter Kind-Kur zur machen. Welche Erfahrungen und Erlebnisse vielleicht aber auch Sehnsüchte und Wünsche haben zu dem Entschluss geführt?
- Was haben Sie sich von der Kur als solcher erhofft? (Entspannung/ Erholung/ Urlaub/ Heilung einer Krankheit/ Ruhe/ neue Erziehungsansätze/ Hilfe bei der Erziehung/ Anregungen zur Entspannung/ Rauskommen/ Beratung ...)
- Ist das Ihre erste Kur? Wie haben Sie die Kur beantragt?

(2. Das nächste Thema betrifft den Aufenthalt in der Mutter-Kind-Klinik.)

- Wie ist es Ihnen denn in den vergangenen Tagen hier ergangen? Haben Sie sich schon etwas eingelebt hier?
- Was ist denn gut gelaufen und was weniger gut? [was war (nicht) hilfreich] Können Sie mir dafür Beispiele nennen? (Therapieangebote?, Wie sind die Therapeuten?, Wie ist die Beratung? Was ist schon mit Ihnen gemacht worden? Wie ist die Kinderbetreuung?, Wie ist die Freizeitgestaltung? Konsumangebote?, evtl. Schulbetreuung? Angebote für Kinder? Wie ist die ärztliche Behandlung?
- Woran, glauben Sie, könnte das liegen?
- Was würden Sie sich hier noch wünschen innerhalb ihres Kuraufenthaltes? Was fehlt? Fehlt hier irgendwas? Welche Unterstützungsangebote könnten Sie sich da vorstellen?

3. Nun möchte ich den Blick mit Ihnen auf Ihren häuslichen Alltag richten und sie bitten

- mir zu beschreiben, wie ein normaler Tag für Sie abläuft!
- Wie empfinden Sie denn selbst momentan Ihre derzeitige Lebenssituation zu Hause?(Zeitdruck, Absprachen, evtl. Hausaufgabenbetreuung, Stress und warum, Abendgestaltung) Können Sie mir da Situationen nennen, die sie besonders z.B. gestresst haben? Was ist da dann los?
- Wie sind die Aufgaben innerhalb Ihrer Familie verteilt? Können Sie mir bitte dafür Beispiele nennen? **Was genau teilen sie auf bzw. was machen sie komplett allein?** (wer kocht Mittag, wer macht den Haushalt/ Einkauf, wer kümmert sich um die/das Kinder/Kind? Helfen die Kinder mit?)

4. Jetzt möchte ich mit Ihnen über Ihre berufliche Situation sprechen und Sie darum bitten

- mir zu beschreiben, für was Sie auf der Arbeit zuständig sind! Was machen Sie da?
- **Was löst Ihre momentane berufliche Situation in Ihnen aus? (Frustration, nicht genug bezahlt, niedriger Posten, unbezahlte Überstunden, fehlende Wertschätzung vom Chef, glücklich in ihrem Job, erfüllt, Halbtagsjob, arbeitslos – fehlendes Selbstwertgefühl...)** Fühlen Sie sich vielleicht über- oder unterfordert?
- Gab es in ihrer Arbeit eine Situation, die für Sie eine Belastungsprobe dargestellt hat und wenn ja, was war das?

- Was haben Sie unternommen? / *Was haben Sie da gemacht?* / Wie haben Sie sie gelöst?
 - **[Müsste sich etwas ändern, damit sich Ihre berufliche Situation verbessert? Und wenn ja, was müsste das sein? – Eventualfrage] (Arbeitszeiten,..) Kann die Politik etwas machen? Was sollte Ihr Chef machen? Was sollte das Arbeitsamt machen?**
 - Wie viel Stunden würden Sie selbst gern arbeiten wollen?
5. *Bei den nächsten Fragen möchte ich eher auf Ihre persönlichen Einstellungen eingehen.*
- Versuchen Sie mir bitte zu beschreiben, wie Sie sich selbst als Mutter sehen! (Erwartungen an sich selbst/ Idealbild einer Mutter/ Erwartungen von den anderen Familienmitgliedern) Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Rolle?
 - Was empfinden Sie als Belastungen in ihrem Leben? (fehlende Unterstützung, alles alleine, Krankheit des Kindes, Bevormundung durch Schwiegermutter, Streit mit Mutter/Partner)
 - Wer könnte Ihnen da helfen? Können Sie vielleicht Hilfe/ Unterstützung aus Ihrem Verwandten- oder Bekanntenkreis erwarten?
 - Was bedeutet es für Sie, eine Familie zu haben?
 - Bitte beschreiben Sie mir jetzt doch, wie Sie Ihren Partner in der Vaterrolle wahrnehmen! Nachfrage: In welcher Situation war er ... (z.B. inkonsequent)? Woran können Sie das fest machen? Woran merken Sie das? Können Sie mir da Beispiele nennen?
6. *Jetzt möchte ich mit Ihnen über das Zusammenleben der ganzen Familie sprechen, und zwar,*
- Haben Sie bestimmte Gewohnheiten, die allen Familienmitgliedern wichtig sind, und wenn ja, welche sind das?
 - In welchen Situationen sind Sie und Ihr Partner sich einig?
 - Gab es auch Situationen, in denen Sie und Ihr Partner sich uneinig waren und wenn ja, welche waren das? Wie ist es dann weiter verlaufen? Haben Sie im Nachhinein darüber gesprochen? Wie gehen Sie jetzt mit solchen Situationen um? Gehen Sie jetzt anders mit solchen Situationen um? (Aussprache/ Änderung)? Können Sie mit jemandem darüber sprechen? (Verwandte/ Bekannte/ Berater)
 - Was denken Sie, sind die Hauptschwierigkeiten, mit denen Sie persönlich oder die ganze Familie zu kämpfen hat?
 - Von wem würden Sie sich da Hilfe wünschen?
7. *Das letzte Thema, über das ich mit Ihnen sprechen möchte, betrifft Ihre Kinder.*
- Was ist in Hinsicht auf Ihre Kinder im Moment das Thema, worüber Sie sich am meisten Gedanken machen? (Schule, Essen, Trotz, Aggression, Entwicklung, Behinderung, Krankheit, Freundeskreis, Erzieher, ...)
 - Was sollten Ihre Kinder von Ihnen lernen und welche Werte wollen Sie Ihnen vermitteln?
 - Was ist Ihnen bei der Erziehung besonders wichtig?
8. *Zum Schluss noch eine Frage.*
- Wenn Sie drei Wünsche frei hätten, was würden Sie für sich selbst und für Ihre Familie wünschen?

Ich danke Ihnen für Ihre Antworten und wünsche Ihnen alles Gute für Ihr weiteres Leben!

Interviewleitfaden für Mütter II

Zunächst einmal: Sie entscheiden, was Sie erzählen wollen. Wenn Sie etwas nicht beantworten wollen, so müssen Sie das auch nicht.

Wir hatten bereits zu Beginn Ihrer Kur miteinander gesprochen. Heute möchte ich mit Ihnen über die vergangenen Tage reden.

1. Zunächst stelle ich Ihnen ein paar Fragen über Ihre persönlichen Erfahrungen und Erlebnisse auf Kur.

- Beschreiben Sie mir doch bitte, wie es Ihnen bisher hier ergangen ist! Welche Erlebnisse und Erfahrungen haben Sie bisher hier gemacht?
- Merken Sie körperliche oder gesundheitliche Veränderungen?
- Wie geht es Ihren Kindern? Welche Angebote und Therapien haben Ihre Kinder hier bekommen und wie empfinden Sie das Angebot?
- Wie empfinden Sie das Angebot für sich selber? Welche Therapien haben Ihnen am besten gefallen?

2. Nun möchte ich erfragen, wie Sie den Kuralltag erlebt haben.

- Wie haben Sie den Zeitraum des Kuraufenthaltes erlebt (zu lang, zu kurz, ausreichend und warum)?
- Was empfanden Sie als besonders schön, während der vergangenen Zeit?
- Gab es auch Unschönes oder Probleme während Ihres Aufenthaltes und wenn ja, was war das? (Was haben Sie gemacht, um die Probleme zu lösen?)
- Wie kamen Sie mit den Therapeuten und Betreuern zurecht? Welchen Eindruck hatten Sie von Ihnen? (z.B. aufgeschlossen, genervt, überfordert, kompetent, abweisend, engagiert) (bei Problemen Konfliktlösungsstrategie erfragen)

3. Zum Schluss möchte ich mit Ihnen noch über die Zukunft sprechen.

- Haben Sie bereits etwas für sich verändert und wenn ja, was ist das?
- Wollen Sie noch etwas verändern? (Was oder wer hat dazu den Anstoß gegeben?)
- Was werden Sie für sich von der Kur mitnehmen? (Können Sie Beispiele nennen?)

Ich bedanke mich für das Interview und wünsche Ihnen viel Erfolg bei der Umsetzung Ihrer Pläne!

AUSGEWÄHLTE TRANSKRIPTIONEN DES INTERVIEW I

1 *TRANSKRIPTION INTERVIEW I FRAU NEUER AM 16.03.11*

2

3 I: Also, noch mal vielen Dank, dass sie jetzt hier sind und das Interview mit mir füh-
4 ren und äh zunächst wollt ich erst mal über Ihre Vergangenheit sprechen und Sie
5 bitten, sich doch mal nich schlimm, sich doch mal an die Zeit zu erinnern, als Sie
6 sich entschlossen haben, eine Mutter-Kind-Kur zu machen. Welche Erfahrungen
7 und Erlebnisse vielleicht aber auch Sehnsüchte und Wünsche haben zu diesem Ent-
8 schluss geführt?

9 B: HUUUU ... Der Entschluss kam nicht von mir. Der Entschluss wurd mir nahe gelegt
10 vom ähm Psychiater, von der Hausärztin, von der psychosozialen Betreuerin, ähm
11 von der Familie? Weil ich hab neben der Spur, ich bin ich hab mich irgendwo ver-
12 loren, auf einmal so lief auf einmal alles verkehrt, alles lief schief, seit drei Jahren
13 ungefähr und in dieser Zeit hab ich sehr viel an mir gearbeitet, sehr viel geschafft
14 und auch ähm zu Hause also in Hamburg ähm sehr viele Anlaufstellen gefunden
15 und und auch Hilfe uund die Mutter-Kind-Kur is sone Art Belohnung für die viele
16 Mühe, so seh ich das.

17 I: Mhm, mhm.

18 B: Das is so jetzt dieser ...um das so rund zu machen, fett zu machen. Weiß ich nicht,
19 ob Sie damit etwas anfangen können.

20 I: Mhm.

21 B: Aber für mich is es, gestaltet es sich halt so, dass denn halt sone Angst? Mutter-
22 Kind-Kur zum dritten Mal beantragt habe, und dann auch bewilligt bekommen ha-
23 be.

24 I: Mhm. Äh Bei wem haben sies beantragt?

25 B: Über die Hamburgsche Brücke zum dritten Mal. Vorher war es denn über die evan-
26 gelische Kirchengemeinde ähm aus der Kirche in Harburg, also ich wohn zwar in
27 ähm Neugram, hab vorher in Hamburg gewohnt gehabt, aber jetzt die Hamburgi-
28 sche Kirche ist oben in .. Uhlenhorst oben weiter, Hamburg Mitte

29 I: Ja

30 B: (lacht) uund da hats sofort geklappt (schnippst mit den Fingern). Also ich weiß
31 nicht genau, obs daran gelegen hat, dass ich auch das psychologische Attest, das
32 hausärztliche Attest und von meiner psychosozialen Betreuerin ein Attest hatte,
33 dass es unbedingt notwendig is so, also ich habs gleich. Das ist der dritte Versuch
34 und noch mehr als wie zuvor (lacht)

35 I: Ja.

36 B: So und auch von der Krankenkasse, mal angesprochen, wollte ich tun, auch schon
37 alles, was mir möglich ist. Ihr, ich frag euch, ob ihr dieses oder jenes bezahlen
38 könnt, ob dieses oder jenes für mich in Betracht kommt, und ihr sagt nein.

39 I: Mhm.

40 B: Also wie soll ich mich denn hier rehabilitieren, wenn ihr mir irgendwie denn die
41 Tür zuschlagt?

42 I: Mhm, mhm.

43 B: So ne, und ja, anscheinend hat das dann alles gefruchtet.

44 I: Ja, und sie sagten, Ihnen wurde das nahe gelegt von verschiedenen Leuten ähm,
45 was gab's da für einen Grund?

46 B: Ich war völlig überlastet und habs nicht gesehen.

47 I: Ja.

1 B: Ich war so was von überlastet, überlastet mit mir selber, mit mir selber im Unrei-
2 nen, mit mir selber ... äh ... man muss dazu sagen, ich habe im .. Juli 2008, wurd
3 ich an der Gallenblase operiert, und äh ich hab aufgehört zu rauchen und habe dann
4 innerhalb bis zum Januar 2009 40 Kilo zugenommen und dann noch mal zum
5 Sommer 15 Kilo. Also insgesamt 55 Kilo, das ist das Doppelte von dem, was ich
6 vorher gewogen habe. Das ist eine fremde Frau, die da jetzt vor einem im Spiegel
7 steht. Und das erst mal zu akzeptieren, das hat mich, unendlich schwer gefallen,
8 unendlich schwer. Also die bis Januar so, ich was nur noch motzig, ich war aggres-
9 sive, gegenüber allen, gegenüber meinem Kind, gegenüber Nachbarn ich war also
10 wie ausgewechselt. Und da überfordert mit allem, ich habs nicht mal mehr ge-
11 schafft gehabt, ähm mich sauber zu halten, geschweige denn die Wohnung sauber
12 zu halten, ich, es ist einfach alles mir entglitten. Alles ist ... ähm in Dunkelheit ge-
13 hüllt, und äh tief traurig, tief schwarz gewesen. Oh, und ich hab nachher nur noch
14 um Hilfe geschrien.

15 I: Mhm.

16 B: Und ich bin zu verschiedenen Stellen hingegangen, und da hieß es denn so, ja, aber
17 wenn sie kein Drogenproblem haben, wenn sie kein Alkoholproblem haben, dann
18 sind sie hier falsch.

19 I: Mhm.

20 B: So weil es halt Anlaufstellen sind, wie der Anker, der Hafen, der Lotse, die gehören
21 alle so dieser Präventionsmaßnahme an Alkoholismus oder ähm Drogenabhängig-
22 keit, so diese Abteilung, das sind so deren Hauptbaustellen.

23 I: Ja.

24 B: So ich fall da einfach durchs Netz. So und da hat mir irgendwer gesagt, da gibt's
25 da noch die die Vita Curare, stellen Sie sich da mal vor, die sind so auf auf psycho-
26 soziale Beziehungen, vielleicht kann man ihnen denn da ja denn. Und sofort,
27 (schnippst mit den Fingern) innerhalb von zwei Wochen hatte ich ne Betreuerin.
28 (schippst mit den Fingern) Also ich wurd auf einmal aufgefangen, dieses endlose
29 Herabrutschen hat ein Ende gehabt, ich hatte Halt gefunden, meine Familie konnt
30 mich nicht länger halten, also die . waren völlig hilflos gewesen, die habens ver-
31 sucht, natürlich, aber irgendwann muss man auch sagen, so es geht nicht und ähm ..
32 das war 2009 ja, 2008 / 2009. Und ab da gings denn wieder so, Stück für Stück hab
33 ich mich wieder hochgearbeitet, hab ich denn (atmet hörbar aus) Dinge auf die Rei-
34 he gekriegt, alles wieder erledigt auch wieder zurückbekommen, was ich verloren
35 habe, ja

36 I: Mhm. Was erhoffen Sie sich von der Kur als solcher?

37 B: Stabilität, also innere Stabilität. Ähm. Mantras also ich weiß nicht, ob sie überhaupt
38 etwas mit diesem Begriff Mantra etwas anfangen können. (lacht)

39 I: Erklären Sies mir.

40 B: Äh ein Mantra ist ein eine Philosophie, ein Lebensspruch, mit dem man sich immer
41 wieder aufbaut, sich immer wieder halt zurückführt

42 I: Mhm.

43 B: Und äh ich hab jetzt hier schon mehrere gefunden zum Beispiel: Erziehung macht
44 Spaß, Erziehung macht Spaß.

45 I: Mhm.

46 B: Das ist, das sind drei Worte und ich fang gleich an zu lächeln, ich setz mich gerade
47 hin, ich fang an zu lächeln, ne, das is so ah, ne is halt so diese Veränderung da und
48 oder „Kinder brauchen viel Sonnenschein“, viele Sonnenscheintage, äh sie brau-
49 chen aber auch Regentage, man kann sie ja nicht immer nur verstellen und alles ei-
50 tel Sonnenschein, und manchmal muss es auch ein Donnerwetter geben, das heißt
51 wo se die Grenze erreicht haben, wo du eben sagst, so diese Grenze ist unumstöß-

1 lich, daran kannst du jetzt nicht vorbei, da musst de hart bleiben (klopft mit dem
2 Finger mehrmals energisch auf den Tisch), und wenn es noch zu schwer fällt, du
3 musst jetzt da durch. So und das ist für beide denn so, ein Donnerwetter, so ne Situ-
4 ation is so Nein, und das hat mich jetzt gestärkt, ich fühl mich jetzt wieder gestärk-
5 ter nach nur einer Woche fühl ich mich schon gestärkter und noch positiv ähm ..
6 wie soll ich das sagen, positiv .. Rückhalt bekommen, so auch heute wieder in in
7 Gesprächsgruppe war es gewesen, was war denn das? Zeitmanagement, genau
8 (schnippst mit den Fingern) Da hab ich mich denn so halt wiedergefunden gehabt.
9 Ja, das mach ich doch schon, ja ich bin auf dem richtigen Wege, so ja und och ja,
10 und das könnt man ja auch noch vielleicht mit einfügen. So dieses ahhhhh, sone
11 Idee noch mal wie man den Alltag noch son bisschen wieder runder macht, so noch
12 größer machen, so wo man den wieder sagt also; mein Gott ey, das kann doch wohl
13 nicht angehen, dass hier alles noch im Chaos versinkt, so wie kriegst du das am
14 besten auf die Reihe, wie machst du das, dass du dich nicht unter Druck setzt, oder
15 gleich wieder fertig machst, du bist ne faule Socke, du bist ja sone Schlampe oder
16 irgend so, hab ich auch, is ganz schlimm.

17 I: Mhm.

18 B: Und ja also, das versprech ich mir von der Kur, dass ich da mit mir wieder ins Rei-
19 ne komm. Und mir auch was mit nach Hause nehmen kann, wo ich sage, daran
20 kann ich arbeiten, da hab ich jetzt ein Neues, ein neues Fenster hat sich geöffnet,
21 wo ich sage, so ahhhh, ich weiß, wie man's vielleicht noch anpacken könnte. Oder
22 ich sehe das Problem, vorher fiel mir wie beim Würfel von vorne und von oben,
23 aber es geht auch nach rechts, nach links und nach hinten rum, ich kann's vielleicht
24 von der anderen Seite angehen. Ja, so, meine Sichtweise hat sich ein bisschen schon
25 verändert.

26 I: Hat sich schon.

27 B: Ja.

28 I: Schön. das sind ja auch jetzt schon positive Sachen, die sie nennen, gibt es bis jetzt
29 auch schon negative Sachen, die hier gewesen sind.

30 B: Ich ließ mich von der Hysterie anstecken (lacht). Also das, wo ich gedacht habe,
31 geschlafen habe, wo ich gedacht habe, krass, so das war so ne Gruppendynamik, so
32 ne Gruppenhysterie, ich weiß nicht, ob Sie gestern dabei waren.

33 I: ich saß ja auch in der Gruppe, ne wo da alle total auch aufgereggt waren, wegen dem
34 Virus und da waren ja einige Mütter, die hatten ja wirklich regelrecht Angst, ich
35 mein, die haben ja auch kleinere Kinder ne, wo das denn vielleicht auch anders
36 wirkt, da ist das Immunsystem nicht so gestärkt wie bei uns und ich mein es ging ja
37 nun auch wirklich darum, dass die Frauen nicht Bescheid gesagt haben.

38 B: Ja, diese Verantwortungslosigkeit, mit der ganzen Situation, mit der Krankheit all-
39 gemein, so wie ist damit umzugehen, das hat mich schon erschrocken, aber im
40 Nachhinein so, dass ich mich von dieser Panik hab anstecken lassen, das hat mich
41 heut Morgen so erschrocken. So dieses . ja ich hab nicht an Abreise gedacht, wie
42 andere vielleicht so, aber so äh halt Abhilfe schaffen, ich hab mir erst mal Desin-
43 fektionszeug besorgt.

44 I: Was haben Sie?

45 B: Desinfektionszeug,

46 I: Achso, ja,

47 B: Sterilium, so, um mir einfach wieder son Stück Sicherheit zu geben so, ey wir sind
48 auch anfällig für jede möglichen Krankheiten, hat einer das, dann haben wir's auch,
49 so

50 I: Sie sitzen in einem Boot, denn.

1 B: Ja, genau und da hab ich mich gleich angesprochen gefühlt gehabt und (lacht). Ja
2 und heute mit Abstand betrachtet so, meine Güte ey, na und, denn is es halt so, is
3 auch vorher meine Meinung gewesen, is auch jetzt auch jetzt wieder meine Mei-
4 nung, aber gestern, das hat mich irgendwie mitgerissen so in dem Strudel irgendwie
5 so, ja das war für mich ne neue Erfahrung, also, ob das jetzt negativ ist, weiß ich
6 nicht. ...

7 I: Mhm.

8 B: .. Vielleicht die Veränderung, so dieses so, ich kenn mich so nicht.

9 I: Mhm. Woran glauben Sie, liegt das?

10 B: Gruppendynamik, also ich glaube wirklich daran, dass se an meinen Urängsten ge-
11 rüttelt haben, also dass es sone Urinstinkte und Urängste, die denn einfach so auf
12 den Tisch gelegt worden sind und alle zerfleddern das so, zack, zack, zack, zack,
13 zack und äh aus einem kleinen Angst wird auf einmal sone große Angst und ich
14 hätte keine Kraft gehabt, das irgendwie wieder ganz klein zu machen, also nicht
15 gestern, heute könnt ich's wieder ganz klein einpacken und

16 I: Für sich selber

17 B: Für sich selber so wegpacken. So is jetzt nicht Hauptbelastung, so kann nach hin-
18 ten, is zwar immer da, reißt immer mit, so aber es es erdrückt mich jetzt nicht. Ges-
19 tern hab ich gedacht, oh Gott.

20 I: Is vielleicht auch, is jetzt meine Vermutung, durch diese Gruppe jetzt sag ich mal,
21 also ähm dass Sie das jetzt von zu Hause sind sie eher für sich vielleicht, sag ich
22 mal und sich hier jetzt gleich in diesen Prozess hier rein.

23 B: Ich hab schon lange keine Gruppendynamik mehr miterlebt gehabt, ich bin schon
24 lange aus der Schule raus. Ich hab auch schon lange nicht mehr so ähm intensiv wie
25 die Schulzeit oder Ausbildung, son son Gruppengefüge gehabt, also meine meine
26 Arbeiten beziehen sich alle so, dass ich selbständig mit meinen Kleinen, also mit
27 den Kindern zusammen was getan hatte, oder für mich so äh da hat ich meinen fes-
28 ten Posten, da hat ich meinen kleinen Posten, wie soll man das, meine kleine Welt
29 (lacht) die war immer rund (lacht)

30 I: Sehr bildlich, kann ich mir gut vorstellen

31 B: So, so läuft das denn halt so, und auf einmal .. mach ich es auf und dann schwemmt
32 da was auf mich ein, so wusch,

33 I: Mhm.

34 B: So HAhhhhhhch. ... Ja, ? wie lächerlich doch eigentlich, aber ich hab mich gestern
35 noch gut gefühlt gehabt, also darf ich mich auch nicht lächerlich dafür machen,
36 weil ich darf mich selber nicht runter ziehen, darf mich selber nicht schlecht ma-
37 chen.

38 I: Genau.

39 B: Hab ich gleich gesagt gehabt, so ne ne ne ne ne ne ne, diese Schuhe zieh ich mir
40 jetzt nicht an.

41 I: Und Sie habens ja auch für sich wieder gesagt, das ist nicht für Sie das Hauptprob-
42 lem, das kann ich erst mal wegschieben jetzt und das ist und da sind sie für sich
43 wieder zur Realität gekommen.

44 B: Ja, dafür hat ich erst heut Morgen auf einmal dieses, ach ja.

45 I: Haben sich selber wieder Mut gemacht.

46 B: Ja

47 I: Is ja auch ne positive Eigenschaft so, wenn sie das können.

48 B: Ja, hab ich auch ge, ich dachte immer so was ist selbstverständlich so was zu kön-
49 nen, nein es ist nicht selbstverständlich, man sollte nicht die einfachsten Dinge, die
50 man selber gut kann für selbstverständlich nehmen

51 I: Genau, das noch mal so für sich so hervorheben.

1 B: Das hab ich auch in dieser Woche gelernt so was was so, ich war grad in der Ent-
2 spannungsgruppe,
3 I: Mhm.
4 B: Und wir warn da drei Frauen, also vier Frauen, und äh die eine Praktikantin hat das
5 da schon öfters mit gemacht, die zählt also nichts, und denn drei Muttis, die eine
6 Woche jetzt hier sind, ähm zwei konnten sich nicht fallen lassen, ähmm ich bin to-
7 tal drin aufgegangen und als es zu Ende war, son richtigen Ruck gespürt gehabt so
8 zack (lacht) und äh fand das dann voll verwunderlich, so dass sie denn die eine so-
9 gar angefangen hatte da in der Entspannungstherapie angefangen hatte zu weinen
10 und aufgelöst zu sein, Heimweh zu kriegen und und diese ganze Gefühlspalette ist
11 auf sie eingestürzt .. und ich denn so oh ... mir geht's gut, warum kann's ihr nicht
12 auch gut gehen und dann so .. sei doch froh, dass es dir gut geht, denk jetzt nicht
13 weiter darüber nach, sondern nimm es so hin. So und, ja
14 I: Mhm, Einfach erst mal für sich gucken, jeder hat ja sein Säckchen zu tragen, sind
15 Sie eben erst mal für für sich, ist ja extra für Sie jetzt sone Maßnahme, ne Erholung
16 eben, dass Sie sich erholen sollen.
17 B: Genau, genau. Und die Mutti ist jetzt sicher, die macht das nicht mehr mit. Also
18 wenn's diese negative Erfahrung danach gibt, werd ich auch sagen, so ne nehm ich
19 Abstand davon, so ne, so das Ding auch, wenn was negativ gelaufen ist.
20 I: Ne das ist, das sollten Sie auch. Bis jetzt ist es ja schön, dass es gut gelaufen ist.
21 B: Ja.
22 I: Ähm ja was würden Sie sich noch wünschen hier ähm vielleicht so innerhalb Ihres
23 Kuraufenthaltes, fehlt irgendwas? .. Welche Unterstützungsangebote würden Sie
24 sich vielleicht noch vorstellen können? ... Muss aber auch nicht sein, kann auch
25 sein ne, dass Sie sagen, ist alles gut, bis jetzt.
26 B: .. Offenes Spiel.
27 I: Mhm.
28 B: Also dass man vielleicht auch mehr spielerische Angebote, Mutter-Kind-
29 Nachmittage so so was praktisch, irgendwie ähm so kleine Wettbewerbe so, ich
30 weiß auch nicht, wie ich das so sagen soll, Bingo, Puzzeln, so oder zusammen so an
31 mehreren Tischen zusammensitzen, hier ist ein Mau-Mau-Tisch, da ist ein Monopo-
32 ly-Tisch und äh äh halt so, dass ein Mutter-Kind zusammen gegen andere Mutter-
33 Kind-Team spielt.
34 I: Mhm, mhm.
35 B: Sone Interaktion.
36 I: Ja, für größere Kinder denn.
37 B: Ja, ja ich hab nun mal ein größeres Kind (lacht)
38 I: Ja das ist okay. Ja, jetzt würd ich gerne den Blick auf Ihren häuslichen Alltag rich-
39 ten und Sie mal bitten mir zu beschreiben, wie ein normaler Tag bei Ihnen abläuft.
40 B: ... Okay. Abgesehen von Montagen, also ähm also am Dienstag klappt das immer
41 perfekt, Dienstag klappt das, Montag klappt das nie (lacht), aber so sollte es auch
42 Montag laufen, ähm 6:33 Uhr äh klingelt der Wecker, 6:33 Uhr schlag ich den We-
43 cker aus, 6:43 Uhr klingelt er wieder. In der Zwischenzeit bin ich denn aufgestan-
44 den, meine Tochter sitzt da schon wach im Bett, sagt Guten Morgen Mama, richtig
45 fröhlich, froh gelaunt, ich sag auch Guten Morgen, es ist für mich ne Umstellung
46 gewesen, so äh früher war ich mit meinem Exmann, der war immer morgenmuffe-
47 lig, 10, 11 Jahr lang 'nen morgenmuffeligen Menschen neben sich zu haben und
48 denn so ein hach, ich-liebe-den-Tag-Kind da zu haben, (lacht) das ist sone Umstel-
49 lung, ah je, auf alle Fälle beginnen wir das sehr harmonisch, sehr sehr fröhlich, ich
50 tapper in die Küche und koch mir mein Kaffee, den trink ich auch erst seitdem ich
51 mit ihr schwanger war, ich hab vorher Kaffee verabscheut,

1 I: Mhm.

2 B: Aber ab der vierten Monten, fünften Monat irgendwie so, seitdem trink ich Kaffee

3 (lacht)

4 I: Mhm.

5 B: und ich ich brauch ihn morgens mittlerweile, es ist son, ich mach dieses Ritual, ich

6 geh in die Küchen, schalte die Steckdose an, Radio und ähm Wasserkocher, füttere

7 die Katze, mein Kaffee läuft langsam durch, gieß ihn mit Filter auf, so, guck schon

8 mal in Kühlschrank was gibt's gleich auf Brot, was möchtest du haben Kind, brüll

9 durch die Wohnung, ich sag ja immer so, sie soll mit mir reden, wenn wir im Zim-

10 mer sind, aber jeden Morgen mach ich das selber, dass ich (lacht) ich in Wohnung

11 brülle und frag, was willst du zum Frühstück haben. (lacht) Das hab ich mir auch so

12 kurz überlegt gehabt, ey du bist ja echt klasse, schimpfst dein Kind an, weil weil sie

13 mit dir vom vom Badezimmer aus zum äh Schlafzimmer ?, und denn mach ich es

14 jeden morgen genau so vor. So dass ist mir erst kurz vor der Abreise aufgefallen, so

15 dass is (lacht) dass ich es ihr quasi vorlebe, dass ich

16 I: Ja.

17 B: ich will eigentlich, dass sie mich im Raum anspricht, und nicht quer durch die, auch

18 hier so, sie steht hier unten auf der Treppe, ich bin hier hinten irgendwo an der Re-

19 zeption bei de Fahrstühle schon, und sie brüllt schon, denkste an das, Mama (lacht)

20 I: Färbt dann ab, ne.

21 B: Ja, das färbt ab, ja dann .. schalten wir den Fernseher ein, schauen Kika, ich bin mit

22 Fernsehen groß geworden.

23 I: Mhm.

24 B: Also deswegen, ich versuch es halt nur einzugrenzen, aber morgens zum Wach

25 werden, warum soll sie da nicht fernsehen gucken dürfen.

26 I: Mhm.

27 B: Soo, ähm da darf sie dann halt, die erste Sendung ich glaub zehn nach sieben, vier-

28 tel nach sieben bis halb acht gucken, bis halb acht muss sie sich angezogen haben,

29 Haare gekämmt haben, dann gibt's weiteres Fernsehprogramm, wo sie dann auch

30 essen tut, dann schalten wir meistens auf Super-RTL um, weil da Calliou läuft, ich

31 weiß nicht, ob Ihnen die Serien was sagen, aber

32 I: Ja, Calliou sagt mir was.

33 B: ähm das ist doch dann halt auch etwas, was ich unterstütz, wo ich denn sag, okay,

34 komm, nebenbei tut sie denn frühstücken, sich noch fertig machen, den Schulran-

35 zen noch mal gucken, ob alles drinne ist, so und fünf vor acht verlässt sie das Haus,

36 vorher hab ich sie immer gebracht, mittlerweile brauch ich sie nicht mehr, weil ich

37 angefangen hatte zu arbeiten (redet jetzt ganz schnell), is sie ? die Schule ist auf der

38 andern Straßenseite, hier wohnen wir (zeigt mir die Abstände auf dem Tisch), da ist

39 die Schule, dazwischen ist eine verkehrsberuhigte Straße und hier hinten ist die

40 Bushaltestelle, ich muss jedes Mal hier hin hetzen und sie kann ganz in Ruhe dar-

41 über schlendern.

42 I: schmunzelt laut

43 B: So und äh sie ist dann halt in der Schule, da weiß ich, dass sie Ankommezeit hat,

44 also wenn sie auch 8:05 Uhr erst ankommt oder 8:07 Uhr, sie hat bis 8:30 Uhr Zeit,

45 anzukommen, sie muss sich diese halbe Stunde da allein beschäftigen, sie kann sich

46 ein Spiel raus nehmen oder ein Buch nehmen oder ihre Hausaufgaben zu Ende ma-

47 chen, falls sie sie am Vortag nicht geschafft hat,

48 I: Mhm.

49 B: So äh sind sie dazu verpflichtet, sich selber denn zu beschäftigen, die Kinder, und

50 zwar leise und dann erst beginnt der Guten-Morgen-Kreis und der eigentliche Un-

51 terricht, find ich toll, find ich echt klasse, die Schule ist echt super uund

- 1 I: Welche Klasse is sie jetzt?
- 2 B: Erste Klasse, ja aber es fängst schon mit der Vorschule an und geht dann bis zur
3 sechsten Klasse hoch, dass sie das so durchziehen.
- 4 I: Aha.
- 5 B: Ja, also eigentlich ist es nur Grundschule bis zur vierten Klasse, aber jetzt haben Sie
6 fünfte und sechste Klasse
- 7 I: dazu genommen, mhm.
- 8 B: Genau.
- 9 I: Mhm.
- 10 B: Ja das läuft da alles super, auch ganz kleine Klassenverbände nur, so also wenn ich
11 so von anderen hör, kein ? Das hab ich heute wieder erfahren, bei Schulkindprob-
12 leme. Jaha, ich weich ab,.. so nach Hause, .. da setz ich mich erst mal hin, deck mir
13 den Frühstückstisch oder vielleicht ist er auch noch gedeckt, ess was, trauriger Wei-
14 se, weil ich vorher absolut nichts runter gekriegt habe, weil mir gefällt das nicht al-
15 lein zu essen ... und dann wusel ich rum, oder ich schau fern, kommt drauf an, wie
16 stark meine Depression is, wie Jahreszeit, Wetter und äh wie ich mich fühle, das ist
17 echt unterschiedlich, jetzt nehmen wir mal an, es geht mir gut, dann wird geplant,
18 was liegt heute an., ich gehe mittwochs und freitags vormittags immer zum .. ähm
19 oh Seniorengymnastik, Bauch, Bein, Po, macht super viel Spaß, es ist super an-
20 strengend und äh dienstags, donnerstags geh ich walken oder schwimmen, ich hab
21 mir sone Schwimmkarte gekauft gehabt, wo ich denn halt so ab ins Schwimmbad,
22 relaxen ab ? oder einfach nur für mich so abhängen im Whirlpool, das find ich auch
23 klasse.
- 24 I: (schmunzelt) Mhm.
- 25 B: So ?Super, so Hauptsache ich mach was für mich, so und dann komm ich zurück
26 und hab dann auch Energie für den Haushalt und sag denn so, jetzt (klatscht dabei
27 in die Hände) wird mal rein gehauen, jetzt mach ich den Abwasch, schüttel die Bet-
28 ten auf oder zieh die Betten ab und mach dann hei, da, dei da dei, läuft dann auch
29 alles ganz rund. Mach mir auch was zu Essen so und ähm .. Susanne geht leide, was
30 heißt leider, ich find es als leider, in den Hort. Nach der Schule geht sie in den Hort,
31 weil ich halt gearbeitet hatte, also ich war erst mal arbeiten, dann war ich krank,
32 dann war ich wieder arbeiten, dann war ich wieder krank, dann war ich wiiiieder
33 arbeiten und so ist es halt gekommen, dass ich halt nur ein acht Stunden Platz hatte,
34 acht Stunden Betreuung und in der Zeit, wo ich krank war, war ich auch froh gewe-
35 sen, dass ich diese acht Stunden Betreuung habe, dass sie denn ihren festen Tag,
36 Tagesablauf hat und sich nicht irgendwie mitreißen lässt, so ne heute koch (klatscht
37 dabei in die Hände) ich nicht, so heute lass ich mich total hängen, so heute ist ein
38 Scheißtag. Dass sie das nicht so mitbekommt.
- 39 I: Mhm.
- 40 B: Aber spätestens, wenn ich sie abhole, muss ich mich im Griff haben. Spätestens
41 dann, und dass hab ich auch meistens
- 42 I: Mhm.
- 43 B: Das hab ich dann aber auch, uund äh .. wenn ich sie denn abhole, dann muss ich
44 aber auch präsent sein, und die Wohnung muss präsent sein, so dass man sagen
45 kann, ja wir können jemanden zu uns einladen.
- 46 I: Mhm.
- 47 B: Ja, du darfst Freunde mitbringen, oder ja, du darfst zu Freunden gehen. Das ich
48 sage okay Kind ich hab dich den ganzen Tag nicht gesehen, jetzt geh, trotzdem
49 auch wenn du möchtest zu (lacht)
- 50 I: Ja.

1 B: So dass ich das auch also loslasse, oder am liebsten so, ach geh nicht weg, ich bin
2 doch alleine Kind, das darf ich ihr nicht zeigen, nein nein nein. So und ja dann tu
3 ich halt lesen, sehr viel lesen, och mein Gott, manche Bücher hab ich in drei Tagen
4 durch, hier ich, komm nicht zum lesen. Ne Woche is rum und das Buch is immer
5 noch am Anfang, ich komm nicht zum lesen, mein Tag ist so ausgefüllt, die ganze
6 Woche ist so ausgefüllt, dass ich also es nicht schaffe für mich also für mich ne
7 viertel Stunde so um die Ecke zu flitzen und und zu lesen.

8 I: mhm.

9 B: Also schön.

10 I: Mhm. Ja, wie empfinden Sie selbst so Ihre momentane Lebenssituation zu Hause?

11 B: .. Wieder erträglich, wieder normal, gut. Also so zwischen erträglich und gut.

12 I: Okay.

13 B: Also es gab auch schon ganz krass so es geht gar nicht, also so aber das ist schon
14 hinter mir

15 I: Aufgrund Ihrer Krankheit jetzt, oder?

16 B: Ja, ja.

17 I: Ja, mhm okay. Ja ich wollt noch mit Ihnen über Ihre berufliche Situation sprechen

18 B: Mhm.

19 I: Und ähm mir mal so, also sie sind ja jetzt, sind sie ja arbeitslos, ne.

20 B: Genau.

21 I: Ja, was löst so Ihre berufliche Situation in Ihnen aus?

22 B: ... (atmet ein) ... Ähm ... Befriedigung und Ruhe, das ist jetzt schwer zu verstehen,
23 aber ähm

24 I: Ja.

25 B: Ich habe 2005, da war S. eineinhalb, wieder angefangen zu arbeiten im erzieheri-
26 schen Bereich und ähm .. das hat super viel Spaß gemacht. 2007 bin ich dann in ein
27 richtigen Kindergarten gekommen, als 1-€ Jobberin, ich war der Würfel in der
28 Murmelkiste, also ich hab da nicht zugepasst, ich konnt mich auch nicht einfügen,
29 weil ich ein Würfel bin, ich bin überall angeeckt. Also ich das .. ich weiß vielleicht
30 nicht, das passte einfach auch so, ich hab mich einfach auch so gefühlt gehabt, wie
31 ein Würfel, der in der Murmelkiste untergebracht ist, wo es dann heißt, du musst
32 dich aber so verhalten, du musst dich aber so und so verhalten so was musst du
33 doch wissen, mein Gott, ich bin nur Mutter, woher soll ich denn wissen, was was
34 im erzieherischen Alltag denn Muss ist?

35 I: Mhm.

36 B: Das kann ich nicht wissen, ich bin nur eine 1€-Kraft, ich bin nicht irgendwie ne
37 Auszubildende im dritten Lehrjahr, (regt sich sehr auf)

38 I: Mhm.

39 B: So das ist nen ganz anderer Maßstab, ich hab versucht oder verlangt, dass sie einen
40 eigenen Maßstab für mich kreieren, ja bin ich die erste 1€-Jobberin da, ich weiß es
41 nicht, ich hab mich nie danach erkundigt, aber auf alle Fälle ich war der Würfel und
42 ich bin in der Murmelkiste, so und wenn sich die äh äh das warn Stresssituation
43 pur, das war so stressig also und ich hab vorher ähm äh ähm Kinderparadies, Klein-
44 kinder auf dem Spielplatz Betreuung gemacht, es gibt so feste Spielplätze, die feste
45 Zeiten haben, feste Regeln also vormittags ne Spielplatzmutter, könnte man so sa-
46 gen, und das hab ich zweieinhalb Jahre so gemacht und am liebsten hab ich diesen
47 Beruf, und hab mich jedes Jahr wieder neu beworben als Erzieherin,

48 I: Ja.

49 B: Ich bin abgelehnt worden, wegen der langen Arbeitslosigkeit, wegen der Krank-
50 heitsgeschichte, weil ich dem psychologischen Profil nicht entspreche. Aber ich hab
51 nie aufgegeben, ich hab mich jedes Jahr aufs Neue beworben, ich war richtig hart-

1 näckig, so und denn haben se mich aber doch zum Gespräch vorgelassen und haben
2 gesagt gehabt, bewerben se sich doch mal als ähm sozialpädagogische Assistentin
3 SPA, gut. Ich sei Ihnen zu alt, das kann das Arbeitsamt nur bis maximal 30 ... so da
4 gibt's ne Altersgrenze, man muss bis maximal also 29 Jahre, 30 is die Grenze, ab da
5 an gibt es keine Zuschüsse mehr für ne SPA.

6 I: Mhm.

7 B: Ich bin 35 und dann bin ich da wieder na toll (richtig enttäuscht) so und äh

8 I: Das wär ne Ausbildung gewesen, ne?

9 B: Genau, das wär ne richtige Ausbildung gewesen, und ähm ... und dann bin ich ja
10 wie gesagt also an der Gallenblaseninfektion erkrankt, wurde dann operiert, ich hab
11 aufgehört zu rauchen und ich hab so schnell zugenommen, dass eine fremde Person
12 draus geworden is und das war dann mein Hauptproblem

13 I: Mhm.

14 B: Und letztes Jahr dacht ich so, ich hab jetzt alles wieder im Griff, ich bin gut, ich
15 schaff das, ich brauch keine Medikamente mehr, ich hab die Antidepressiva abge-
16 setzt ich hab einfach alles abgesetzt, hab gesagt gehabt, so Leute, ich schaff das
17 jetzt und ich bin krank geworden, schon am zweiten Tag hab ich einen furchtbaren
18 Hautpilz gekriegt, der hat mir gezeigt ja, ich bin ihn bis heut nicht richtig los, der
19 hat angehalten, bis ich die Arbeitskleidung weggelegt hab, keine Salbe hat ange-
20 schlagen, nichts, es ist also auf psychischer Basis ist das, dass ich körperlich aus-
21 wirkt. So was hat ich schon mal gehabt, da war ich '97 in Bon Prix Telefonistin äh
22 Otto Verlag hier äh Bestellung annehmen.

23 I: Ja, ja.

24 B: Ähmm und ich hatte einen Dreimonatsvertrag gehabt, nach zwei Wochen bin ich
25 psychosomatisch erblindet.

26 I: Aha.

27 B: Da hab ich auch so gedacht, was?!

28 I: Und da konnten Sie nichts mehr sehen denn?

29 B: Ich konnt nichts mehr sehen, ich bin auf ein Freitagabend also freitags bin ich da
30 hin gegangen zur Arbeit und alles wurde rot, als hätt ich ne rote Sonnenbrille auf,
31 ich hab mir dauernd die Augen gerieben, aber alles blieb rot. Am Samstag bin ich
32 aufgewacht, alles war schwarz, ich hab nichts mehr gesehen. Samstags Mittag son
33 bisschen Konturen, aber alles in Schwarz-weiß, Sonntag total blind und ich wollt
34 auch nicht ins Krankenhaus, so dieses so das wird sich normalisieren, das wird sich
35 normalisieren.

36 I: Ja.

37 B: Ja, aufn Montag dann halt so zum Augenarzt und der sagt dann so das wär ne Ver-
38 gleißung der Augen, ich denn so wie, ja einmal arbeiten Sie als Schweißer, ich so
39 was, nein, ich sitz den ganzen Tag am Computer, ja wechseln sie dann die Brillen,
40 ich so ja muss ich, weil ich hab hier bin kurzsichtig, ohne Brille kann ich gar nichts
41 erkennen, also muss ich andauernd Brillen wechseln, so aber daran kann's doch
42 auch nicht liegen ja so ja und dann hat er mich über die Arbeitsstelle ausgefragt ge-
43 habt und da sind wirklich Dinge vorgekommen, die mir nicht behagen,

44 I: Mhm.

45 B: Ich musste am Arbeitsplatz sitzen und essen, ich kann nicht den Arbeitsplatz ver-
46 lassen, ich muss mich zum Klo gehen abmelden und wenn ich mich zu oft auf Klo
47 melde, dann krieg ich ne Ermahnung.

48 I: Mhm.

49 B: So und äh die Raucher sind auf Klo, und auf einmal zähl ich zu den Rauchern, ob-
50 wohl ich nicht geraucht hatte, so und und und hab da auf einmal sonn Stress aufge-

1 baut gehabt so und das ganze zusammen hat dann dazu geführt gehabt, dass ich
2 nicht mehr sehen konnte.

3 I: Mhm, mhm.

4 B: Und das hielt dann ungefähr ne Woche an, ja, ne Woche und denn wurde ich ge-
5 kündigt und äh ich konnt meine Kündigung wieder lesen. ...

6 I: Mhm.

7 B: So als se mir erzählt haben, du bist gekündigt worden, auf einmal so zack
8 (schnippst mit den Fingern), so ich krieg jetzt immer noch ne Gänsehaut, wenn ich
9 daran denke (lacht)

10 I: ja.

11 B: So und das hat mir dann letztes Jahr gezeigt gehabt so, es fängt wieder an, es ist
12 wieder so dit was, es gefällt mir hier. Ich ich hab gerne da gearbeitet, also es war im
13 ähm Freilichtmuseum auf dem Kikeberg, das ist eine ähm .. Garten-
14 Landschaftspflege, Tierpflege Bereich gewesen auch mit ein bisschen Kinderbe-
15 treuung so, ein ausgewogenes Verhältnis und das allerbeste, ich bestimme selbst,
16 was ich mache.

17 I: Mhm.

18 B: So das hab ich mir gleich denn diese Freiheit heraus genommen, so, du kannst mir
19 gerne sagen, was du denn möchtest und ich sag dir, was wir was ich möchten und
20 dann treffen wir uns in der Mitte.

21 I: Ja. Mhm.

22 B: So also ich war gerade erst den dritten oder vierten Tag da, da hieß es denn so die
23 Weiber sollen zum Mangoldstechen.

24 I: Mhm.

25 B: ich hab mich nicht angesprochen gefühlt. A bin ich keine Weib, B weiß ich nicht,
26 wo Mangoldstechen stattfindet, weil es war anscheinend schon der zweite oder drit-
27 te Tag in Folge und äh C .. ich wurd nicht direkt angesprochen und angewiesen und
28 außerdem D hatte ich noch ne andere Arbeit vorrangig zu erledigen. Sie hatten halt
29 mir vor zwei Tagen ein Projekt zugewiesen, ich soll um das Restaurant das ganze
30 Laub entfernen und Unkraut entfernen, also alles was so um das Restaurant alles
31 herum frisch machen, wieder schön machen und dann bin ich nicht fertig und ich
32 krieg keine zusätzlichen Arbeitskräfte dafür also vorher warn wir mal mehr gewe-
33 sen und dann wurden immer mehr Leute abgezogen und auf einmal stand ich da al-
34 lein da (klatscht in die Hände), oh ich bin die Neue und da sag ich so na gut dann
35 arbeite ich alleine hier weiter so, aber ich kann nicht mitten hier einfach so sagen so
36 heute komm ich nicht, ich mach irgendwas anderes.

37 I: Ja.

38 B: So und das hat mein Vorarbeiter auch so aufgenommen gehabt so, Frau Neuer
39 macht zuerst mal das Restaurant fertig und dann können wir sie ab morgen, voraus-
40 gesetzt die Sache mit dem Mangold ist schon fertig, ab morgen können wir sie dann
41 wieder voll einplanen. Das haben die Arbeitskollegen voll schief aufgenommen und
42 haben auf einmal angefangen mich zu mobben und sie nimmt sich hier irgendwel-
43 che Sonderrechte raus, als wär sie hier die Prinzessin vom Hof und .. ich hab mir
44 nichts daraus gemacht so, phfh, is mir doch egal

45 I: Mhm.

46 B: So ähm mit mir haben sie ja sowieso nicht zu tun gehabt, so ne es war mir einfach
47 egal gewesen äh ähm ich war ja schon wieder heiser gewesen, ich hatte keine
48 Stimme, ich hatte dann ne Nasennebenhöhlenentzündung und äh eitrige Mandeln
49 und Mittelohrentzündung und einfach alles und alles kam Stück für Stück für Stück
50 für Stück bis hin zur Lungenentzündung. Ich kam nicht mehr auf einen grünen
51 Zweig. Ich kam nicht mehr auf den grünen Zweig, und ehe ich mich versah, waren

1 sechs Wochen rum, ich geh wieder zur Arbeit hin, da hieß es denn, ja Frau Neuer.
2 Sie waren sechs Wochen krank jetzt sind sie ausgemustert worden. Und ich seh es
3 vielleicht auch besser so, weil ich bin soo lang krank, ich ich pfhh, das ging gar
4 nicht mehr also ich hab kaum noch Luft gekriegt zum atmen, es war furchtbar und
5 denn hab ich selber denn eingesehen gehabt, also ich hab ? meinen Körper zu viel
6 zugemutet, mein Körper hat gesagt gehabt: STOP, du bist jetzt aufs Bett gefesselt,
7 es geht nicht mehr.

8 I: Mhm. ? so wie sonn Stressanzeiger sag ich jetzt mal so, ne.

9 B: Ja, ja. Genau, genau. Und ... aber ich habe die Zuversicht, dass wenn ich mich wie-
10 der gefangen habe, alles wieder stabil wird, ich nicht noch mal den Fehler mache
11 und die Medikamente zu früh absetze, weil ich sage so, jaaaa, ich bin fit ähm ich
12 kann wieder kommen.

13 I: Mhm.

14 B: ich hab weiter nichts verbockt und nichts verbaut, sondern ich kann wieder kom-
15 men, ich kann das wieder aufnehmen, die Maßnahme, so und jetzt erst sag ich mir,
16 ist halt ein gesund werden, wirklich gesund werden und .. so ja mir wieder was auf-
17 bauen und ja das tu ich jetzt auch, ich hab ja vorher nebenbei immer in der Schule
18 ausgeholfen, hab da äh Lesemutti gemacht und äh ähm (schnalzt mit der Zunge,
19 sucht das Wort) wenn irgendwelche Veranstaltungen sind, kann man auf mich zäh-
20 len und so was so das behalt ich weiterhin bei.

21 I: ja.

22 B: Sowas brauch ich.

23 I: Ja. Mhm. Okay. Ja, ich wollt jetzt gern auf Ihre persönlichen Einstellungen einge-
24 hen wie oder versuchen Sie mal bitte mir zu beschreiben, wie Sie sich selbst als
25 Mutti sehen.

26 B: Boa. (lacht) ... Ich bin verrückt. Im wahrsten Sinne des Wortes, aber ich bin liebe-
27 voll verrückt, ich bin liebenswert verrückt. ... Mhm

28 I: Jetzt muss ich mal gucken, na ein bisschen haben wir noch. Wann müssen Sie Ihr
29 Kind abholen?

30 B: Ähm Viertel vor, weil sie ist oben im Gespräch.

31 I: na ja, jetzt haben wir noch zehn Minuten.

32 B: Ne zehn, zwanzig vor. Äh Passt schon.

33 I: Zwanzig vor?

34 B: Ja also sie mag Frau S.

35 I: Ah okay, also können wir noch kurz?

36 B: Ja, ja ja, sie weiß, dass ich hier im Gespräch bin.

37 I: Achso, sie weiß das.

38 B: Ja, hab ich ihr gesagt gehabt, so sie hat ihren Gesprächstermin ich hab meinen Ge-
39 sprächstermin und wir treffen uns dann. So .. engagiert. Ich bin eine engagierte
40 Mutter, ich bin keine Glucke. ... Mhm, .. ich nehm vieles locker, viel lockerer als
41 mein Kind, so wir ergänzen uns, in manchen Sachen sind wir uns so ähnlich und in
42 manchen Sachen sind wir uns so verschieden, dass also wirklich zwei Welten auf-
43 einander prallen.

44 I: mhm.

45 B: Und das ist ne Kunst damit auch umzugehen und zu sagen, okay, ich akzeptiere das
46 so wie es ist (lacht).

47 I: ja.

48 B: Sie ist ein Planer. (klatscht in die Hände) Ich bin planlos. (lacht)

49 I: Ergänzen Sie sich son bisschen?

50 B: ja, ja. So das ist also der größte Unterschied zwischen uns beiden und was mir im-
51 mer wieder auch täglich auffällt so, sie muss es planen, ich will nichts planen

1 (lacht). Äh, ... tja wie würd ich mich beschreiben? Wie würd ein anderer mich be-
2 schreiben? ... Ähm das meiste, was ich immer höre so, du bist doch verrückt.

3 I: mhm.

4 B: ich sitze im Schnee mit ihr auf der Decke und mach mit ihr ein Schneepicknick,
5 neben uns haben wir grad ein frisch gebauten Schneemann und das mitten in der
6 Siedlung und alle können sie zu gucken dabei, na und! (wird lauter) Es ist ne schö-
7 ne grüne Wiese, es ist ganz viel Schnee genau hier vor der Tür .. Warum soll ich
8 das nicht nutzen? So ich entspreche nicht den äh Gepflogenheiten oder den Ge-
9 wohnheiten oder den den Umgangsbild wie sich andere Muttis das vorstellen
10 (klatscht in die Hände). So hat eine deutsche Mutter zu sein (lacht herzlich) So äh
11 ich wohn in der Russensiedlung, so das kommt noch dazu also es sind sehr viele
12 Russen, Polen und weiter unten sind sehr viele türkische Familien

13 I: mhm.

14 B: So also die Deutschen sind da irgendwie so dazwischen gepickt so und da es es
15 treffen halt ein paar Kulturen aufeinander uund ja ... (lange Pause) ich bin alleiner-
16 ziehend und wupp das auch ganz gut, meistens is auch nicht selbstverständlich, hab
17 ich auch mal gedacht, dass das selbstverständlich ist, dass man das wuppt, nein
18 nein, andere sind da viel schlimmer dran, viel krasser dran, die äh die haben auch
19 ne andere Art der Überforderung, wo ich denn denke, so oh Gott ey, .. Hilfe nein ..
20 also ... ja,

21 I: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Rolle?

22 B: Sehr. Es ist ein Wunschkind, es ist ein absolutes Wunschkind und ähm ich bin sehr
23 zufrieden damit.

24 I: Mhm, okay.

25 B: Mach auch vieles richtig, bin ich der Meinung.

26 I: Ja. ...

27 B: Also das schließt nicht aus, dass ich natürlich auf was falsch mache, aber ich mache
28 sehr viel richtig.

29 I: Mhm. Auch gut das zu erkennen.

30 B: Ja, ja, ich merks immer wieder daran, wenn wenn mein Kind bei anderen Leuten is
31 ach das ist ja so ein tolles Kind und das hat sich ja so großartig gemacht und dieses
32 und jenes so ähm das bestätigt mich denn son bisschen

33 I: Das ist für Sie son Auftrieb ne.

34 B: Ja, ja, ja dass nicht alles immer schlecht ist, dass nicht alles immer falsch ist

35 I: Mhm. Okay. Was empfinden Sie als Belastung in Ihrem Leben?

36 B: ... Mein Exmann.

37 I: Inwiefern?

38 B: Eeh .. (lacht) Ähm, er ist die Unzuverlässigkeit in Person. ... Er ist ein so sorgen-
39 voller Mensch, der lässt sich noch irgendwann von seinen Socken auffressen und er
40 ist so naiv und hilflos und abhängig, abhängig von seiner Frau, von von seinem
41 Umfeld, von Meinungen anderer, also äh .. also auch schon wieder das totale Ge-
42 genteil von mir (lacht).

43 I: (Lacht)

44 B: äh, .. aber ich glaub, das ist meine stärkste Belastung, mein Exmann, dass ich zu
45 ihm Kontakt halten muss, wegen unserer Tochter so dass man da nicht endlich so
46 Schluss, wech, du bist wech oder ich bin wech, so das gibt es nicht.

47 I: Mhm.

48 B: So was noch? Finanziell. Oh. Die sind doch echt der Meinung (aufbrausend)
49 HartzIV-Empfänger, ich bin HartzIV-Empfänger, ich bin schon seit knapp seitdem
50 ich 18 bin, bin ich in die Sozialhilfe rein gerutscht, also ich bin immer vom Amt
51 abhängig gewesen, hab zwar immer gearbeitet, aber nie genug verdient, dass ich

- 1 selbständig bin. Also bin ich von jeher vom Amt abhängig seitdem bin ich meinen
2 eigenen Haushalt führe und jetzt ist Susanne sieben geworden, im November letz-
3 ten Jahres und die haben mir erdreistet mir 120 Euro zu streichen, weil sie sieben
4 Jahre alt geworden ist, siebenjährige Kinder gehen in die Schule, deswegen hab ich
5 sie einen halben Tag weniger zu Hause, deswegen können die mir 120 € streichen.
6 Deutsche Beamtenlogik.
- 7 I: Mhm.
- 8 B: Und ich kann nicht dagegen angehen, wenn ich dagegen angehe, sperren sie mir das
9 Geld total.
- 10 I: ähm, aber dis is .. eigentlich müssten sie 70% der Regelleistung kriegen, laut Ge-
11 setz, also steht im Sozialgesetzbuch so drinne und sie können zusätzlich ja für die
12 Schule 100 Euro beantragen.
- 13 B: Ja einmal,
- 14 I: Einmalig, mhm
- 15 B: Das war zur Einschulung. Die hab ich ja bekommen. Aber ab dem siebten Lebens-
16 jahr ziehen sie allen Hartz-IV-Empfängern, kürzen sie das Geld um 30% oder so,
17 doch doch, weil das Kind sieben Jahre alt geworden ist und du kannst nichts dage-
18 gen tun, das musst du einfach so hinnehmen.
- 19 I: Also das is
- 20 B: ? mit 340 € äh gut haushalten können für ein Monat und auf einmal hab ich nur
21 noch 225.
- 22 I: Das kenn ich wirklich anders, also das die ähm .. Höhe des Geldes praktisch ab dem
23 Alter von sieben bis 14 kriegt man mehr, als bis sechs.
- 24 B: Sollte es eigentlich sein, aber es ist weniger geworden. So und ich hab nicht die
25 Befugnis, nicht die Macht, da zu sagen, so dagegen lege ich Widerspruch ein, weil
26 ich hab ein Widerspruch verfasst gehabt und da haben die zu mir gesagt gehabt, so
27 Frau Neuer, wenn sie jetzt diesen Widerspruch hier amtlich annehmen, dann wird
28 die nächste Konsequenz sein, dass wir Ihnen das Geld ganz und gar sperren. Es
29 wird nur noch die Miete überwiesen, also die notwendigsten Auslagen werden
30 überwiesen, aber
- 31 I: Dürfen se gar nicht, das dürfen sie nicht.
- 32 B: Ich muss das immer so hinnehmen, wie sie es mir erzählen, weißt du. Und seitdem
33 kämpfe ich wieder ums Überleben, kämpfe ich wieder darum, jeden Cent dreifach
34 und vierfach umzulegen (klatscht dabei in die Hände) und und äh. (wirkt verzwei-
35 felt)
- 36 I: Mhm, mhm. Gehen Sie mal zum Amtsgericht und holen sich mal ein Beratungs-
37 schein, da können sie kostenlos zum Rechtsanwalt gehen und äh mit Hilfe des Be-
38 ratungsscheines kann sein dass se noch mal 10 € abnimmt, aber der kann sie da ja
39 in Ihren Sachen ja unterstützen. Wenn's vom Rechtsanwalt kommt, sag ich mal ist
40 es sonne
- 41
- 42 Die Befragte schreibt sich gleich auf, was sie tun kann, ich erkläre es ihr noch mal genau.
- 43
- 44 I: Das kenn ich so gar nicht.
- 45 B: Das ist voll fies, das ist voll mies.
- 46 I: ja, ja.
- 47 B: Vor allen Dingen weil ich jetzt, weil sie sieben geworden ist, für sie 40 € monatlich
48 äh Reitschule für sie bezahle, ich hatte mir so, ey jetzt hör mal was, wo ich sage so
49 ich komm vielleicht mit da hin, jetzt gönn ich mir was für sie. Hab das alles nur
50 noch zurecht gemusert, und dann heißt es dann so (klatscht in die Hände) 120 € im

1 Monat weniger, ha nur weil sie sieben alt, weil sie jetzt zur Schule geht, einen hal-
2 ben Tag in der Schule is, so und da hab ich einen halben Tag weniger Ausgaben?
3 I: Das ist komisch, das ist komisch. Ne das lassen sie sich mal beraten.
4 B: Und das geht vielen so, das geht vielen Muttis so, deren Kinder sieben, acht Jahre
5 alt sind, die leben einfach damit und sagen, ja das ist normal, das nehmen wir ein-
6 fach so hin.
7 I: Eigentlich müsste es mehr werden, weil es wird ja in der Rechtsprechung so disku-
8 tiert, je älter das Kind wird, umso mehr braucht das Kind ja auch, die Sachen wer-
9 den teurer, der Nachhilfeunterricht oder überhaupt die Freizeitaktivitäten für größe-
10 re Kinder sind ja teurer als für kleine Kinder, die kleinen Kinder kommen ja
11 manchmal noch kostenlos irgendwo rein, sag ich mal so, die größeren müssen ja
12 immer mehr bezahlen. Um jetzt den sozial schwachen Menschen auch die kulturel-
13 len Sachen zu ermöglichen wird eben gesagt, dass äh dann Sozialleistung höher ge-
14 staffelt wird,
15 B: ja, ja.
16 I: Eigentlich also das ist komisch
17 B: hach ja
18 I: Da versuchen Sie noch mal ihr Glück.
19 B: Ja,
20 I: Ja, okay,
21 B: Ach sind wir jetzt beim Ende?
22 I: Ne.
23 B: nein (lacht herzlich)
24 I: Nein, nein, nein. Ähm ja aber ich überleg jetzt, weil wir ja mit der Zeit jetzt son
25 bisschen
26 B: Mhm.
27 I: Ja, sooo ähm, mhm Im Hinblick auf ihr Kind jetzt vielleicht noch mal, was ist das
28 Thema, worüber Sie sich da am meisten Gedanken machen wenn sie an ihre Toch-
29 ter denken?
30 B: Sexueller Missbrauch.
31 I: Okay.
32 B: (Lacht herzlich)
33 I: Nein, also das war jetzt, das hat mich jetzt überrascht.
34 B: (lacht), das hab ich gesehen, das hab ich gesehn. Ja, aber das ist wirklich meine
35 größte Sorge, mein mein das ist das erste, was mir in den Kopf kommt dann.
36 I: Ja.
37 B: Wenn ich mir Gedanken um meine Tochter mache, wie kann ich verhindern, dass
38 sie sexuell missbraucht wird, wo kann ich Prävention leisten?
39 I: Ähm, von wem wird sie, wird sie sexuell missbraucht?
40 B: ich hoffe nicht (mit Nachdruck) ich hoffe nicht. Ähm ich bin ähm sechsfaches Op-
41 fer, und ähm im Kindergarten, nein anders, sie war kurz vor ihrem vierten Geburts-
42 tag war im Kindergarten ihre Freundin hat da gegenüber der Polizei ausgesagt ge-
43 habt, dass der Hausm, also dass ein Mann auf dem Kindergartenplatz mit den den
44 den Penis gezeigt hat und meine Tochter war dabei, wie er das gemacht hat und ei-
45 ne andere Freundin, aber die hat nicht ausgesagt gehabt, na und denn meine Tochter
46 hat ausgesagt gehabt uund gerade vorher ähm hab ich meine Tochter dabei erwischt
47 gehabt, wie sie versucht ihren vierjährigen Freund zu verführen, also Sex zu ma-
48 chen.
49 I: mhm, mhm.
50 B: Dass sie also beide nackt aufeinander liegen und sie sagt so steckt ihn mir rein! ..
51 I: Wie alt war sie da noch mal?

1 B: Kurz vor vier! (sie ist aufgebracht) Sie war drei, er ist vier im August geworden, sie
2 wird im November drei, es war im Oktober, sie war gerade erst zwei Monate im
3 Kindergarten. .. So und äh das dann zusammen mit dieser Anzeige (klatscht in die
4 Hände zweimal) so, das hat mir so den Boden unter den Füßen weggerissen, und äh
5 .. letztes Jahr August sind meinem Exmann und seiner Frau die Kinder wegge-
6 nommen worden, wegen emotionaler Störungen, aber auch, weil ich sein Vertrau-
7 ensgesprächspartner bin, obs gut ist oder schlecht ist, weiß ich noch nicht, hat er
8 mir anvertraut gehabt, dass Martin, der Stiefsohn, ähm aus dem After geblutet hatte,
9 nachdem sie den Pforzweibewerb gemacht hatten so und äh ich er hat ich hab ihn
10 ja angezeigt gehabt, weil er mich vergewaltigt hat, also am Ende unserer Ehe sind
11 das mehrere Überfälle gewesen und die hab ich angezeigt und ähm da kam dann
12 halt so was vom Jugendamt, ja glauben sie, dass ihr Mann das mit ihm getan haben
13 könnte. So dazu muss ich auch wieder sagen, mein Mann war zwischen 15 und 18
14 aufm Männerstrich gewesen, er ist ausgebeutet worden und mir fällt es schwer das
15 zu glauben, dass er seinem Sohn (die erste Seite der Kassette ist zu Ende) und seit-
16 dem plagen mich Zweifel,
17 I: ja.
18 B: seitdem plagen mich Zweifel. Ich habe äh also das reißt immer die Angst mit, wenn
19 sie zu ihm geht, wenn ich sie zu ihm bringe, oder wenn er sie abholt, reißt immer
20 irgendwie doch diese Angst mit, obwohl ich sie versuche, ganz tief runter zu drü-
21 cken, und weil ich einfach immer so sehe, es war ne andere Situation, es war ne
22 ganz andere Situation, wie es zu meinem sexuellen Übergriff zwischen uns beiden
23 gekommen is, als wie die SitsisSituation jetzt ist,
24 I: Mhm.
25 B: ich fang schon an zu stottern, aber äh diese Angst ist einfach greifbar, die ist halt
26 nicht (klatscht in die Hände),
27 I: mhm-
28 B: .. so das ist halt meine Bedrohung, so mein mein.
29 I: Mhm.
30 B: So und das ist so der eine Punkt und äh meine Gegenmaßnahme ist, sie kam in die
31 Vorschule, ich hab sie sexuell aufgeklärt. Daraufhin hat sie dann angefangen, ande-
32 re fünfjährige aufzuklären.
33 I: ja.
34 B: So, ich habs lachend abgetan, mit so nagut okay (lacht) hast dein Kind schon mal
35 angefangen aufzuklären so, dann weißt du, dass sie soweit ist so, wenn sie für die
36 Sexualität, für ihren eigenen Körper interessieren so, dann ist es jetzt Zeit, das
37 Thema auch zu bearbeiten so.
38 I: Mhm.
39 B: Ja, aber wenn dus nicht gemacht hättest, dann wär's jetzt nicht so weit, ich so, wenn
40 ich's nicht gemacht hätte, dann ein anderer, ja aber du musst auch verstehen, wa-
41 rum ich es gemacht habe, soo und wenn sie früh genug versteht, was das bedeutet,
42 vor allen Dingen auch wenn ein Mann, oder ein Junge, ein älteres Kind so was mit
43 ihr macht, dass das nicht okay ist. Wenn's ein Gleichaltriger mit ihr macht, da bin
44 ich ausgerastet, da hab ich ihr den Arsch versohlt, das is, ich habe ich Sexualität ge-
45 stört,
46 I: Mhm.
47 B: So ich hab mich gefragt, also es ist ja wirklich so, ich hab denn halt äh die beiden
48 auseinandergerissen, hab ein Latschen ausgezogen und hab den beiden auf den
49 Arsch gehauen, fünfmal, beiden sei, ihrem Freund, also dem meinem Nachbarskind
50 und und meiner Tochter.
51 I: Mhm.

1 B: und dann hab ich sie beide heulend äh äh zurückgelassen und hab dann die Mutter
2 angerufen und gesagt gehabt, hol dein Kind hier ab. Und drei Tage später liegen sie
3 bei ihm im Bett (ist total aufgebracht) ... Ja da dacht ich nur so ja toll toll, es hat al-
4 so nichts gebracht. Also muss ich reden, also mmm muss ich mit ihr reden und hab
5 ihr dann zumindestens so ein Stück Einblick gegeben, warum ich so dagegen bin.
6 I: Mhm.
7 B: Auch wenn sie erst drei Jahre, ich musste, ich musstest ihr erzählen und für mich
8 fand ich, ich glaub sie hat es verstanden, sie hat es zumindest insoweit für sich ver-
9 standen, dass sie aufgenommen hat, und ab da kam's dann immer wieder so, dass
10 mal Blut fließt durch mein Herz und durch meine meine Beine und also und .. ich
11 glaub seit drei Wochen oder fünf Wochen, jetzt hat sie ein Muschihaar an sich ent-
12 deckt und sie hofft, dass sie bald ein Busen kriegt und heut hab ich gehört gehabt so
13 die Kinder werden immer früher pubertär und ich merk es bei ihr so, sie ist
14 wirklich sie gehört wirklich zu der Spezies, früh pubertär.
15 I: Mhm
16 B: Und dann ist gleich wieder die Panik so, wie beschütze ich sie?
17 I: Mhm.
18 B: Wo kann ich da noch ansetzen, wo wo mhm?
19 I: Mhm.
20 B: Ohne gleich Panik zu machen oder ihr etwas zu verbauen oder zu versauen oder sie
21 in sone Krise zu stürzen, weil die erste Liebe soll was Schönes sein, das soll nicht
22 vorbelastet sein, das soll nicht negativ sein, das ja, dieser Spagat.
23 I: Mhm. Mhm, ja, Ich glaube, sie einfach aufzufangen, wenn's soweit ist, ne.
24 B: Ja, genau, das sag ich mir auch immer wieder. Ich fang sie auch, das seh ich ja auch
25 immer wieder nach den Besuchen bei ihrem Vater so, sie äh braucht dann diesen
26 Halt, sie braucht diesen Halt, weil es war ein Vorfall gewesen, seine Frau ist, oder
27 beide sind Borderline, sind beide psychisch gestört, richtig krass gestört
28 I: Ja.
29 B: und ähm auch wenn er glaubt, sie hat den Vorfall nicht mitbekommen gehabt, dass
30 sie sich versucht hat umzubringen, als sie mit ihrem Kind schwanger war.
31 I: Mhm.
32 B: Hat sie sich versucht im Badezimmer umzubringen, Susanne war da, an dem Tag
33 äh obwohl er glaubt, sie hat nichts mitbekommen, glaube ich, sie hats mitbekom-
34 men.
35 I: Mhm.
36 B: Sie is ja sehr empfänglich für so ne und ich weiß ja nicht wie, sie will ja auch nicht
37 darüber sprechen, deswegen hab ich sie jetzt oben, bei der Psychologin (lacht), da-
38 mit sie sich mal alles von der Seele labern kann, so und ... ja also ich kann ihr jetzt
39 nur noch Halt bieten, ich kann ihr einfach nur diese Stabilität bieten
40 I: Mhm.
41 B: Diesen stabilen Rahmen, dieses sie weiß sie (klatscht in die Hände) ist aufgefangen,
42 sie wird aufgefangen, sie wird gehalten, mehr kann ich nicht tun.
43 I: Mhm, genau. Sie sagen jetzt schon, sie ist jetzt bei der Psychologin, können Sie
44 wenn sie zu Hause sind, ein anderen noch Hilfe in Anspruch nehmen?
45 B: Ich werd erst mal gucken, ob sie überhaupt das in Anspruch nehmen möchte, obs
46 ihr vielleicht möchte sie es ja wirklich in Anspruch nehmen, weil ich sehe, dass sie
47 darunter leidet, unter dieser Trennung von meinem Mann, es ist auch immer dieses
48 Abschied nehmen allgemein von egal wem, Abschied nehmen hasst sie, sie ist kei-
49 ne sie geht überall mürrisch raus so äh verzieht das Gesicht und und verschwindet
50 lieber, anstatt ordentlich tschüss zu sagen. Meine Eltern stößt das total an. Auch

1 meine Schwester also die mögen das gar nicht, dass sie dann halt gehen möchte,
2 ohne irgendwas ohne viel tamtam, sondern erst mal hier raus.
3 I: ja. Naja,
4 B: So deswegen also ist jetzt erst mal der erste Schritt zu sagen, na wie hats dir denn
5 heute jetzt gefallen? Hats dir was gebracht so ja jetzt nicht so sofort überfallen son-
6 dern .. sie von sich aus zu mir kommen lassen.
7 I: Mhm.
8 B: Äh so meine Strategie so.
9 I: Das ist ja auch die Aufgabe des Psychologen, also wenn sie da als Mama noch nicht
10 drauf ansprechen oder wenn wie sie schon sagen, Sie gehen jetzt erst mal ganz in
11 Ruhe und irgendwann fragen Sie denn mal, wie wars denn, wenn sie nicht drüber
12 erzählen will, dann ist auch okay wenn sie drüber erzählt sind sie eben da und hören
13 auch zu und ähm ich denk mal auch die Psychologin, die mit der können sie spre-
14 chen, sag ich mal, ist vielleicht auch gut, dass dass sie, das Kind nicht alles immer
15 mit der Mutti besprechen muss, weil die Mutti ja auch einiges anders sieht, ne also
16 sie sind ja irgendwie auch sag ich mal involviert in die ganze Sache, wenn sie da
17 jetzt sag ich mal neutralen Berater hat, dann kann sie ja doch noch mal was anderes
18 auch noch mal da ja erzählen
19 B: Mhm
20 I: Was Ihnen ja die Psychologin dann auch bestimmt auch irgendwo wieder mitteilen
21 wird
22 B: Ja.
23 I: Also dass sie da einfach ihr, ich denke auch, so wie Sie sagen, dass sie nicht alles
24 erzählen wird, was da ist, damit müssen Sie rechnen.
25 B: Ja, ja, ach ich bin schon froh, wenn sie überhaupt das anspricht so ne,
26 I: Ja,
27 B: sie hat danach gefragt gehabt so und dann hab ich ihr davon einfach erzählt, so das
28 genügt ja schon, also wir waren ja auch schon öfters bei Gericht, sie hatte mit der
29 Richterin gesprochen, danach hat sie mir denn halt auch erzählt gehabt, so worum
30 gings denn und so Fragen, die man gefragt hat, ich hab sie nicht danach gefragt ge-
31 habt, was für Fragen sie denn hatte, sie hat mir von sich aus erzählt, da musst ich
32 auch schon lernen, so nimm dich zurück, fall nicht übers Kind her, sondern warte
33 ab, und das fiel mir so unheimlich schwer aber mittlerweile kann ich es, mittlerwei-
34 le kann ich es.
35 I: Auch geübt, ja schön!
36 B: (lacht)
37 I: Ja, man wächst ja auch immer wieder.
38 B: Ja, man wächst an seinen Aufgaben.
39 I: Ja, so zum Schluss hab ich noch eine Frage. Wenn sie drei Wünsche frei hätten,
40 was würden Sie für sich und ihre Familie wünschen?
41 B: ... Boa. ... Finanzielle Sicherheit, also keine finanziellen Sorgen,
42 I: mhm.
43 B: Ähhhhmmm, ... (lange Pause) ... ich hab eigentlich alles, ich hab ein guten Fami-
44 lienzusammenhalt, ich hab ein gutes Umfeld ich bin gut aufgehoben in der Nach-
45 barschaft, die Schule ist prima, mein Kind fühlt sich wohl, ich fühl mich wohl
46 (klatscht in die Hände) ähm ... wir müssen alle krank werden, damit wir wissen, wie
47 schön es ist gesund zu sein, so ähm ja ich wüsste nicht, was ich mir wünschen soll-
48 te.
49 I: Mhm.
50 B: Ja ich wünsche mir, dass sich jemand anderes was wünschen könnte.
51 I: Dass sich, noch mal, das hab ich jetzt nicht verstanden.

1 B: Dann wünsch ich mir, dass sich jemand anderes was wünschen kann.
2 I: Achso. .. Mhm.
3 B: Dass ich ein Wunsch verschenken kann, quasi.
4 I: Mhm, und dann haben Sie ja noch einen.
5 B: Ne, ich hab finanzielle Sicherheit, ich hab, ich wünsche mir, dass ich einen Wunsch
6 verschenken kann, und das ist der verschenke Wunsch.
7 I: .. Ne ne, sie (lacht)
8 B: (lacht)
9 I: jetzt schummeln Sie aber!
10 B: Ah, phhuhh, mmmm (zieht die Nase hoch)
11 I: haben Sie alles?
12 B: Wieder schlank sein! Na (lacht herzlich)
13 I: Das ist doch was
14 B: (lacht), es hieß ja nicht dass es irgendwie realistische Wünsche sein sollen, sondern
15 einfach so.
16 I: Genau, genau, einfach, was Sie nicht erfüllen, müssen nicht erfüllt sein, oder wie
17 auch immer, sondern ne
18 B: Ich kann keine drei Wünsche mir erfüllen, ich weiß gar nicht wie alt ich werd,
19 (lacht) nagut vielleicht den letzten (lacht) so
20 I: Ja, das ist doch schon mal ein Ziel.
21 B: Ja (lacht) Gut.
22 I: Okay, ich dank Ihnen fürs Interview.
23
24
25 Quelle: Koch 2011

1 **TRANSKRIPTION INTERVIEW I FRAU MARß AM 16.03.11**

2

- 3 I: Ja also zunächst wollt ich Ihnen noch mal danken für die Bereitschaft das Interview
4 und würde gerne mit Ihnen erst mal über Ihre Vergangenheit sprechen. Ähm, erin-
5 nern Sie sich doch bitte an die Zeit, in der Sie sich entschlossen haben, eine Mutter-
6 Kind-Kur zu machen. Welchen Erfahrungen und Erlebnisse vielleicht aber auch
7 Sehnsüchte und Wünsche haben Sie dazu bewegt?
- 8 B: .. Tja, als ich mich dazu entschlossen hab, zur Mutter-Kind-Kur, da wollt ich haupt-
9 sächlich äh so erst mal wieder eine richtige Familie zu werden oder halt eine Fami-
10 lie sein, äh durch unterschiedliche ja, wie sagt man so, äh Begebenheiten war es
11 doch manchmal nicht leicht, alles unter einen Hut zu bringen, das heißt Stress, Ar-
12beitsplatz, Schule, Verhaltensweisen meines großen Sohnes und ja der Alltag. Und
13 da hab ich gesagt, wir brauchen eigentlich alle drei ne Kur .. um entweder zur Ruhe
14 zu finden, dass ich mich wieder an meinen Kindern näher fühle und nähern kann ..
15 ja und deshalb hab ich mich eigentlich entschlossen, eine Mutter-Kind-Kur zu ma-
16 chen.
- 17 I: Mhm. Was haben Sie sich von der Kur als solcher erhofft?
- 18 B: Also erst mal jetzt äh, Ruhe zu finden, den Kontakt zu verbessern, besonders zu
19 meinem großen Sohn und Ja die Verhaltensweisen positiv zu beeinflussen, weil
20 .. ja da hat er auch Probleme so sein Verhalten äh an den Tag den bringen, wies ei-
21 gentlich sein sollte, aus unterschiedlichen Dingen? und äh ja der Kleine is ganz
22 schön unruhig und nervös teilweise, und dass er wieder zur Ruhe kommt und ich
23 selbst und überhaupt, körperlich, psychisch mich wieder zu stabilisieren.
- 24 I: Mhm. Haben Sie spezifische körperliche Probleme?
- 25 B: Na, eigentlich hab ich seit ne ganze Zeit Rückenprobleme, sei es jetzt durch die
26 Arbeit oder das heißt auch psychisch bedingt, hab ich mir sagen lassen und deswe-
27 gen bin ich eigentlich hauptsächlich und .. bei den Kindern hab ich eigentlich mit
28 das hauptsächlich auch noch das Übergewicht son bisschen, aber na ja das kommt
29 hier ein bisschen kurz. Was noch mehr getan hätte.
- 30 I: Mhm. .. Also Sie sagen, dass Übergewicht jetzt ein bisschen weniger behandelt
31 wird.
- 32 B: Mhm.
- 33 I: Können Sie das ein bisschen genauer beschreiben, wie Sie das empfinden?
- 34 B: Dass es sich jetzt verbessert hat, oder?
- 35 I: Ne, die Therapie jetzt für den großen.
- 36 B: Ja, ich hab jetzt glaub ich son bisschen, schon bisschen verwöhnt, weil wir 2008
37 schon mit zur Reha warn und da wurde sehr viel getan und viel gekriegt um sein
38 Gewicht zu reduzieren oder ihn gleich bleiben zu lassen und dis hab ich gedacht,
39 hier ist das auch so, aber hier wird im Gegensatz sehr wenig getan und an Bewe-
40 gungsabläufe sind wenig hier für Kinder, also dass se, die gehen nicht so viel raus,
41 das ist man abhängig vom Wetter oder die Therapien sind natürlich dadurch auch
42 nicht so ausgeprägt.
- 43 I: Mhm. Was würden Sie sich da noch mehr wünschen?
- 44 B: Na auf jeden Fall, dass er körperlich mehr beansprucht wird, für ihn
- 45 I: ja.
- 46 B: Und ... das würd ich mir halt mehr wünschen, aber das wird wahrscheinlich nichts
47 mehr. Ne, ich mit meinen Therapien bin eigentlich recht zufrieden.
- 48 I: Mhm, Ja, also ich hab ja schon mitgekriegt, dass Sie es angesprochen hatten, hat
49 sich da jetzt noch was ergeben, hat sich da noch was

1 B: Ja, Sie waren ja gestern mit dabei, als wir darüber gesprochen hatten

2 I: Ja,

3 B: und da ergibt sich auch weiter nichts, weil wie gesagt, das dürfen die nicht. Ich ha-

4 be morgen den Visitertermin und da werd ich das noch mal ansprechen beim Dok-

5 tor, ob er da noch irgendwas in die Reihe kriegt, aber mal sehen, obs dazu kommt.

6 I: Ja, okay. Da drück ich die Daumen. Ja, also was gibt es noch für positive Sachen

7 hier auf Kur?

8 B: Ja, von der Umgebung her und äh auch die Beratung ? wie gesagt, der Kleine hat

9 viel mit Hautausschlag und so was zu tun und das heilt hier besser als bei uns, hab

10 ich schon festgestellt und äh ich hoffe, dass es auch ?

11 I: Mhm. Okay. Würden Sie sich noch was wünschen .. Wie ist es hier auf Kur? Fehlt

12 irgendwas?

13 B: ... Naja, also Entspannung an sich fehlt schon ein bisschen, es ist alles ein bisschen

14 unruhig, .. ja die Umgebung jetzt hier, sei es im Essenraum oder? das sind so be-

15 stimmte Dinge, was man eigentlich mal in Ruhe machen wollte. So Entspannung

16 direkt oder so, das ist eigentlich nicht so richtig möglich.

17 I: Mhm, mhm. Okay. Und äh woran glauben Sie liegt das jetzt direkt, speziell?

18 B: ? Ich bin hier, ich bin sowieso hier noch nicht richtig angekommen, ich kann nicht

19 von heute auf morgen ja mich zur Ruhe auch, ? Stress abbauen? und vielleicht

20 liegt's an mir selber oder uns und wie gesagt auch äh wie manche anderen Mütter

21 auch den Umgang mit ihren Kindern pflegen, ob se das zu Hause auch so machen,

22 weiß ich nicht.

23 I: Mhm, mhm, okay.

24 B: So, die Betreuer geben sich ja alle Mühe, mehr können sie ja auch nicht machen.

25 I: Ja, also liegt es dann eher an den Müttern.

26 B: Ja, denk ich mal schon, denk ich mal schon.

27 I: Okay. Ja, jetzt möchte ich den Blick mal auf Ihren häuslichen Alltag richten und

28 Sie zu bitten, mir mal zu beschreiben, wie ein normaler Tag bei Ihnen abläuft.

29 B: Oh, ein normaler Tag, also ich steh 4:30 Uhr auf, .. mach so ja meine morgendli-

30 chen Dinge .. kurz und fahre um .. 5:30 Uhr mit dem PKW zur Arbeit und um 6:00

31 Uhr beginnt meine Arbeitszeit. Und da bin ich bis 14:00 Uhr, danach denn kurzer

32 Einkauf, wenn's nötig is, und wenn ich zu Hause bin denn .. äh, .. gibt's erst mal ne

33 kurze Kaffeepause, die muss sein und die halten sie auch ein (lacht) und danach gu-

34 cken se aber immer die Hausaufgaben und ? dass se das schulische für den nächsten

35 Tag vorbereiten, die Kinder machen denn ihre Freizeitbeschäftigung, sei es nun

36 zum Fußballverein oder so was und ich ja mache dann den Haushalt, 18 Uhr gibt's

37 Abendbrot noch, danach baden alles was so is und ab 20 Uhr is denn eigentlich Ru-

38 he. Ja so der Ablauf ist nicht sehr abwechslungsreich (lacht)

39 I: Mhm, und äh wie empfinden Sie selbst Ihre momentane Lebenssituation?

40 B: Also ich bin nicht zufrieden, also momentan. Wegen der Situation, sei es nun, weil

41 man immer auf sich allein gestellt ist, auch alle Entscheidungen selber treffen muss,

42 und auch alle Probleme selber lösen muss. Und man geht dadurch schon sehr an

43 seine Grenzen, vom schulischen her is ein sehr großes Pensum zu erledigen, was

44 die Kinder manchmal kaum alleine schaffen zu bewältigen und .. ja wie gesagt die

45 Freizeitaktivitäten also im Großen und Ganzen für mich mein Leben überhaupt

46 nicht zufriedenstellend.

47 I: Mhm.

48 B: Auch andere Wege und Mittel zu finden, man überlegt und macht und findet nicht

49 wirklich was.

50 I: Mhm. Okay. Haben Sie da ne Idee irgendwie, was könnten Sie sich vorstellen für

51 sich?

1 B: ... Also im Moment weiß ich überhaupt nicht, wie ich das ändern soll, weil es ist
2 eigentlich der Alltag, die Probleme liegen im Alltag und die kann man einfach nicht
3 ausschalten .. jeder is wie er is und deshalb ja, gut ich werde mit Sicherheit auch
4 nicht nur sagen, ich such mir jetzt ein Mann, weil ich nicht zurecht komm, das
5 mach ich nicht so, muss auch nicht sein, weil ... ich möchte einfach nicht und des-
6 halb muss ich auch das Leben so nehmen wies ist und .. das Beste daraus machen.

7 I: Mhm. Okay. Ich möchte jetzt mit Ihnen über Ihre berufliche Situation sprechen und
8 ähm ja mal fragen Ihre berufliche Situation in Ihnen momentan auslöst.

9 B: .. Die berufliche Situation, also ich hab erst im vorigen Jahr im Februar dort äh ...
10 angefangen in diesem zu arbeiten, .. vorher waren alles Nebenjobs und so hat man
11 sich so durch, weil äh die Kinder waren klein, die brauchten die Betreuung und al-
12 les und jetzt hab ich gesagt, sie sind relativ selbständig, so dass man .. wieder arbei-
13 ten kann, erst waren 40 Stunden, jetzt sind es 35, von mir aus runter gegangen,
14 weil es ganz einfach körperlich? eigentlich also sehr beansprucht in meinem Beruf
15 jetzt.

16 I: Mhm.

17 B: Und äh .. man wird ja denn auch jeden Tag, es is ja nich so, dass man, also von
18 Montag bis Freitag und es is erst mal ne große Umstellung für alle gewesen, .. und
19 äh ja es .. es is es bringt ganz schön viel Stress mit sich, es is dieses Regelmäßige
20 und dieses Müssen und .. aber es muss trotzdem gehen. Und die Rückenprobleme,
21 ich denke mal die werden auch nich besser werden weil ...ja .. ich muss mich sel-
22 ber da mehr?

23 I: Mhm. Was ähm gab es in Ihrer Situ äh Arbeit ne Situation, die für Sie ne Belas-
24 tungsprobe auch dargestellt hat? .. Eventuell auch vor Ihrer jetzigen Tätigkeit?

25 B: Ne, so eigentlich nich, aber die Belastungsprobe war so gewesen mehr dieses
26 menschliche. Es gibt eben auch dort .. ähm welche, die denken, die seien was Bes-
27 seres und .. es gibt auch Männer, die denken ach ... da kommt ja ne Alleinstehende,
28 die können wir doch erst mal son bisschen aus der Reserve locken und mit unter-
29 schiedlichen Methoden und dann auch versuchen weil ich nicht so angesprochen
30 bin, wie sie sich das dachten, dann versucht haben, mich bei den Chefs im im nega-
31 tiven Sinne darzustellen und das musst ich denn erst mal ja verdauen, sag ich jetzt
32 mal so, weil ich das nicht gewöhnt war, und dann auch Wege finden, da raus zu
33 kommen, und das gleich, weil ich kann damit nicht leben mich ewig .. so als ja ab-
34 weisend hinstellen zu lassen naja und das hab ich dann so mit der Geschäftsführerin
35 gemacht und das ist ganz gut gegangen.

36 I: Mhm. Was hat sie denn gemacht?

37 B: Na die hat sich denjenigen ja wie sagt man, so zur Brust genommen und ich glaube,
38 das hat gefruchtet.

39 I: Mhm.

40 B: Und den Personalrat noch hinzugezogen und jetzt ist jedenfalls Ruhe.

41 I: Ja. Und da ist jetzt auch erst mal weiter nichts?

42 B: Jaja, da ist erst mal Ruhe

43 I: Wäre vielleicht noch was anderes wichtig ähm, um .. ihre berufliche Situation
44 vielleicht zu verbessern, also was können Sie sich da vorstellen?

45 B: Naja im Moment erst mal gar nichts weiter, also wie gesagt, äh in dem Bereich hat
46 man ja kaum äh Aufstiegsmöglichkeiten, sag ich jetzt mal so, wenn natürlich ein
47 Angebot in irgendeiner Weise kommt, manchmal ist das ja aus heiterem Himmel,
48 da werd ich das natürlich nutzen, aber äh ich hatte ja wie gesagt Krippenerzieherin
49 gelernt und hatte auch eigentlich auch schon mal äh mich darum gekümmert um
50 eventuell den Erzieher nachzumachen und es wäre auch ne Möglichkeit, aber ich
51 glaube, .. ähm in der heutigen Situation .. das wird ich psychisch nicht verkraften.

1 I: Ja.

2 B: Und deshalb lass ich das jetzt erst mal, so wies ist.

3 I: Ja. Mhm. Was würden Sie sich vielleicht auch von der Politik wünschen? Was sollte sie da machen, gerade vielleicht auch für Alleinstehende?

4 B: ... Ja Politik, ich würd ganz einfach äh diese ganzen Mhm, auch vom Schulsystem her bin ich mit eini, mit vielen Dingen nicht einverstanden oder für die Kinder mehr zu tun, jetzt nicht nur für Alleinstehende, äh gibt ja auch andere, so wie Geringverdiener, es sind ja nicht nur Alleinstehende, und das man die ein bisschen mehr unter die Arme greif vielleicht auch. Und aber ... ich glaub da wird nicht viel draus, hab ich so den Eindruck. Wie man immer so sagt, auf die Straße gehen, aber ich denk mal die Menschen sind so eingeschüchtert durch gewisse Dinge, dass es dazu wohl nicht mehr kommt.

13 I: Mhm.

14 B: .. Es muss doch wieder besser werden, wenigsten im sozialen Bereich, oder auch .. es muss doch .. Ja was soll man da?

16 I: Ja, ne das ist .. vielleicht auch nur son Gedanke.

17 B: Mhm.

18 I: Ähm so der nächste Bereich betrifft Ihre persönlichen Einstellungen uund ich wollte Sie bitten mir zu beschreiben, wie sie sich selbst als Mutter sehen.

20 B: ... Selbst als Mutter .. (atmet hörbar ein) also ich glaube, ich hab meine Kinder bis eigentlich auf einen ganz guten Weg gebracht. Ähm .. ich fordere manchmal ein bisschen viel von den Kindern, obs im schulischen Bereich oder im privaten Bereich ist, aber ich unterstütze sie in jeder Hinsicht, und wenn's Probleme gibt, dann werden die äh gleich geklärt, sofern es möglich ist, ansonsten such ich mir Hilfe und ich hoffe eigentlich auch, dass es die Kinder so sehen. Es gab schon viele Situationen bei uns wo man gefordert war, ganz besonders im schulischen Bereich .. und ich stand bis jetzt immer hinter ihnen, sei es positiv oder negativ ? und ich denke mal, ich bring sie auf einen ganz guten Weg und bin liebevoll zu den Kindern, ich meine Schimpfen tut jeder mal, .. äh .. doch, würd ich jetzt so sagen.

30 I: Mhm. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Rolle?

31 B: Naja manchmal ist man überlastet mit der Rolle, aber es gibt auch sehr schöne Dinge, wo man sich denn wirklich wohl fühlt, die Kinder kommen und sagen das war heute wieder schön, oder das hast du gut gemacht, oder also es gibt immer positive und negative Dinge. Im Moment über wiegen leider die negativen Dinge, aber es gab auch Zeiten, wo alles ma schön war (sie kann ihre Tränen kaum zurückhalten, aber diszipliniert sich, nicht zu weinen)

37 I: Und was sind das für Zeiten?

38 B: Naja, ich sag mal so jetze wo die Kinder kleiner waren, bevor mein Mann gestorben is, warn sehr viele Dinge einfacher, man konnte sich aufeinander verlassen, äh .. ja mehr Freizeit, da haben wir auch mehr Freizeitbeschäftigungen und Freizeitaktivitäten durchgeführt, weil unser Tagesplan ganz einfach anders aussah,

42 I: Mhm.

43 B: und man sich mehr den Kindern widmen konnte, was eigentlich ne ? Sache is.

44 I: Mhm. Und das machen Sie jetzt nicht mehr?

45 B: Na, ich mache es schon, sofern noch Zeit is, aber wie gesagt, wie die Lebenssituation is Stress, wir gehen natürlich ins Schwimmbad und machen Radtouren oder am Wochenende sind immer Fußballspiele, weil se beide im Verein sind und da is man ja auch und das wird alles auch regelmäßig getan, aber wie gesagt, dieses einfach mal in Ruhe spazieren gehen oder sich ins Auto setzen, irgendwo hinfahren, so spontan, das muss halt alles geplant werden, spontane Dinge sind nicht mehr so im Vordergrund.

1 I: Ja, mhm. Und ähm das liegt jetzt an der Situation?

2 B: An dieser Situation, an diesem ganzen was im Tagesablauf stattfindet, und wie ge-
3 sagt man is auch nur ein Mensch und .. irgendwann ist man mit der Kraft am Ende
4 und dann. Am Wochenende wird immer bei uns? aber in der Woche ist es gar nicht
5 möglich.

6 I: Mhm. Was sehen Sie als Belastung in ihrem Leben? ... So überhaupt als Belas-
7 tung?

8 B: Naja, bei uns ist noch die Oma zu pflegen. Eigentlich macht das meine Mutter,
9 aber wenn sie nicht mehr kann, dann übernehm ich das mit, ich seh das als meine
10 Pflicht an, ob es so ist, weiß ich nicht und es is manchmal schon ne zusätzliche Be-
11 lastung.

12 I: mhm.

13 B: Sie is geistig noch recht rege, aber kann eben körperlich nicht mehr, so dass sie
14 eben bei gewissen Dingen halt Hilfe braucht und .. man denn halt da sein muss oder
15 sollte.

16 I: Mhm. Können Sie von jemanden da Hilfe erwarten?

17 B: Hm. Sie hat noch 'nen Sohn, aber die entziehen sich ihrer Verantwortung .. und wir
18 sind diese ewige Diskussion, hab ich satt,.. und deshalb machen wir's jetzt so, wies
19 in unseren Kräften steht, meine Mutter und ich.

20 I: Mhm. ... Und äh, das ist jetzt auch so, dass sie das machen, dass sie das für sich
21 machen. Und dachten Sie auch schon mal über ein Heim nach?

22 B: Nein, aber nicht für ihr, das wäre ihr Todesurteil.

23 I: Von ihnen aus oder von ihr aus?

24 B: Von ihr aus. Weil ich weiß wie sie is und sie hat in ihrem Leben auch genug Rück-
25 schläge erlitten, sei es auch durch den Tod von ihrem Sohn und so weiter, da gab's
26 viele Dinge. Wenn wir sie jetzt noch abschieben würden ins Heim, ich sag jetzt mal
27 abschieben, das würde sie uns übel nehmen.

28 I: In welchem Verhältnis stehen sie zueinander, wenn ich mal fragen darf.

29 B: In sehr engem Verhältnis, weil .. mein Stiefvater hat uns damals, wo wir noch rela-
30 tiv jung waren verlassen, also meine Schwester und ich, und es war ihr leiblicher
31 Vater und mein Stiefvater, aber Oma hat uns aufgezogen

32 I: Mhm.

33 B: Also, irgendwo ist das jetzt so, und sie hat uns damals geholfen und wir helfen ihr
34 jetzt.

35 I: Ja, muss man immer wieder abwägen dann.

36 B: Mhm.

37 I: Ja, was bedeutet es für Sie eine Familie zu haben?

38 B: Meine Familie war und is für mich schon immer wichtig gewesen, weil ... mein
39 Mann und ich wir haben früher um ein Kind kämpfen müssen, haben unser Kind
40 nicht einfach von heute auf morgen und wir haben auch viele Rückschläge erlitten
41 und dass wir Kinder zu haben war schon ne schöne Erfahrung, ne Familie haben,
42 immer füreinander da sein, is schon was Schönes.

43 I: Mhm. ... Es wollt ich noch mal auf das Zusammenleben der Familie zu sprechen
44 kommen uund gibt es bestimmte Gewohnheiten, die allen Familienmitgliedern
45 wichtig sind?

46 B: Äh am Nachmittag zum Beispiel, wo wir alles zu Hause sind, dass man sich ne hal-
47 be Stunde an den Kaffeetisch zu setzen und über die Dinge, die am Tag gewesen
48 sind in aller Ruhe zu reden. Und dis wird auch immer eingehalten, auch wenn man
49 manchmal sagt, ach wir haben keine Zeit, denn pochen schon die Kinder drauf, dass
50 wir das auch jeden Tag machen. Und was auch weiter hin is abends die gemeinsa-
51 men Mahlzeiten oder äh abends beim Zubettgehen noch mal mit jedem, also mit

1 beiden zu reden, ob es Probleme oder so gibt, ob alles klar ist für morgen. Und das
2 wird so eigentlich gemacht denn. Und am Wochenende läuft's denn abends ein
3 bisschen ruhiger ab, das haben wir uns schon auch oder mit dem Essen kochen, ei-
4 nen Tag kocht Mutti, einen Tag koch ich, so dass jeder mal son bisschen Zeit hat.

5 I: Mhm.

6 B: Und ?

7 I: Ja, was denken Sie sind die Hauptschwierigkeiten mit denen Sie persönlich oder
8 mit der die ganze Familie zu kämpfen hat?

9 B: Die Hauptprobleme sind die Schul, der schulische Bereich, also ich sag mal so, weil
10 äh erst mal der Schulstress an sich und dann aber äh .. die Reaktion der Lehrer auf
11 die bestimmten Verhaltensweisen von meinem großen Sohn und da kommen dann
12 eher Einträge oder ich mochte mal zur Schule kommen oder ich würde mir wün-
13 schen eine Aussprache, also was mich im Moment am meisten belastet, ist der
14 schulische Bereich.

15 I: Mhm. Ja, äh von wem würden Sie sich da Hilfe wünschen?

16 B: Ich hab mir schon Hilfe .. versucht zu holen, das heißt jetze die Kinderpsychologin
17 oder einen Schulpsychologen hinzugezogen auch schon mit den Lehrern, mit ver-
18 schiedenen Lehrern geredet, da hab ich nicht so das Entgegenkommen also äh be-
19 kommen, was ich eigentlich erwartet hatte, aber ich hoffe und wünsche, dass der
20 Schulpsychologe doch in gewisser Weise hilft, aber das läuft jetzt erst an, wenn wir
21 von der Kur zurück kommen.

22 I: Mhm, mhm, gut da müssen Sie gucken, denn inwieweit sich da was machen lässt.

23 B: Mhm, ich hab schon mit ihm ein Gespräch gehabt, aber das ... na ja das Gespräch
24 also von meinem Kind zu ihm findet noch statt und dass er sich glaub ich dann in
25 der Schule mal mit den einzelnen Situationen vertraut macht, was da so im Unter-
26 richt so abläuft, weil dazu kann ich ja nichts sagen, ich bin ja nicht dabei.

27 I: Ja. Okay. Wenn sie denn so einen neutralen Beobachter haben, denn ist das immer

28 B: Ja, einen unabhängigen der noch dabei ist, das ist für beide Seiten gut und nicht
29 immer ähm wie häufig, von den Lehrern das nur von einer Seite gesehen wird.

30 I: Das is so ja, ja, richtig. Ja, ähm das nächste Thema betrifft ihre Kinder. Und ähm
31 Sie sagten ja jetzt schon mit der Schule, was ist ähm das in Ihrer Hinsicht das The-
32 ma, was Sie am meisten also, worüber Sie sich am meisten Gedanken machen,
33 wenn Sie an ihre Kinder denken?

34 B: Ja jetzt ja Bewegung, man macht sich ja manchmal ein Kopf, wie wird das weiter
35 gehen, weil es ist ja jetzt schon, fällt ja jetzt schon, der Zusammenhalt ist ja nicht
36 mehr da, man vergleicht es immer mit früher das is falsch, aber keiner nimmt auf
37 die Kinder Rücksicht oder ja was wird aus den Kindern mal werden, diese unter-
38 schiedlichen Schulsysteme schon, die es eigentlich gibt und die Grundschule, und
39 dann eben Gymnasium oder Realschule, je nach dem, also äh darüber macht man
40 sich schon seine Gedanken, und äh ja manchmal sagt man sich hoffentlich kommen
41 sie den richtigen Weg und einen guten Weg natürlich um durchs Leben zu gehen
42 und ob ich alles richtig gemacht habe, hab ich sie gut aufs Leben vorbereitet? Das
43 sind so Dinge, die man sich manchmal jetzt schon durch den Kopf gehen lässt, so
44 groß sind sie ja noch nicht, aber trotz alledem.

45 I: Ja. ... Mhm. Was wollen Sie Ihren Kindern vermitteln, welche Werte?

46 B: Ja erst mal äh die Rücksicht, den Zusammenhalt untereinander, ? zu entscheiden,
47 ähm tun mir die Leute gut oder tun sie mir überhaupt nicht gut, weil es geht ja
48 schon bei der Freundeswahl eigentlich los, und zur Selbständigkeit und ja, .. Dinge
49 in Ruhe ausgeglichen zu klären und nicht alles in Hektik, Stress ?, also dass sie
50 auch mal, dass sie beide ? das mal mitkriegen, wie sagt man (lacht) die Hilfe? des
51 Lebens, wie ich es jetzt hatte.

- 1 I: Mhm. Okay. Und was ist Ihnen in der Erziehung besonders wichtig?
- 2 B: Na der liebevolle Umgang miteinander, das Selbständige und Rücksichtnahme, das
3 sind ja eigentlich so was man sollte und wie gesagt der Umgang miteinander, sich
4 auf andere einlassen zu können, .. und .. ihr Ding zu machen, wie sie es für richtig
5 halten.
- 6 I: Okay. Zum Schluss noch ein Frage: Wenn Sie drei Wünsche frei hätten, was wür-
7 den Sie für sich selbst und für ihre Familie wünschen?
- 8 B: Huh, gute Frage. .. Eigentlich hat man viele Wünsche, aber drei jetzt da ... mehr
9 Ruhe und Ausgeglichenheit in den Tagesablauf, in den eigenen Tagesablauf, trotz
10 der schulischen Situation zu nehmen ... und psychisch wieder dahin zu kommen,
11 wo man eigentlich mal war, das heißt guckt, teilt, alles lockerer sehen und .. ja ..
12 und vielleicht mehr Liebe, oder Dankbarkeit oder was zurück, ich weiß nicht wie
13 man das so das wärn eigentlich.
- 14 I: Ich dank Ihnen für das Interview und wünsch Ihnen viel Erfolg.
- 15 B: Mhm. Danke.

Quelle: Koch 2011

ERFASSUNG SOZIODEMOGRAPHISCHER DATEN (AUSZUG AUS DER PROJEKTARBEIT)

Mittelwertvergleich

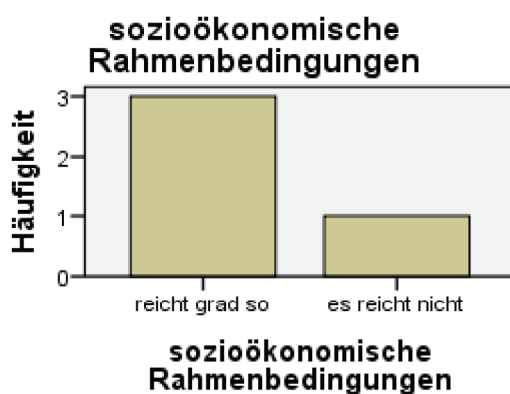
	Mittelwert	N	Standardabweichung
Geburtsjahr	1975,17	6	5,601
Heiratsjahr	2003,67	3	4,726
Scheidungs- jahr	2006,00	1	.
seit wann ver- witwet?	2005,00	1	.
Alter des jün- gsten Kin- des	5,75	4	2,630
Alter des äl- testen Kin- des	9,83	6	5,456
Geburtsjahr des Vaters	1944,50	4	11,902
Geburtsjahr der Mutter	1948,40	5	6,950
Alter	35,83	6	5,601
Alter des Vaters	66,50	4	11,902
Alter der Mutter	62,60	5	6,950
Alter der Mutter bei der Geburt des ersten Kin- des	26,00	6	2,828
Zeitraum verheiratet	7,33	3	4,726
Zeitraum verwitwet	6,00	1	.
Zeitraum geschieden	5,00	1	.
Heiratsalter	28,33	3	6,028

Quelle: Koch 2011

ZUSAMMENFASSUNG DER HÄUFIGKEITEN AUS DEM INTERVIEWLEITFADEN I (AUSZÜGE AUS DER PROJEKTARBEIT)

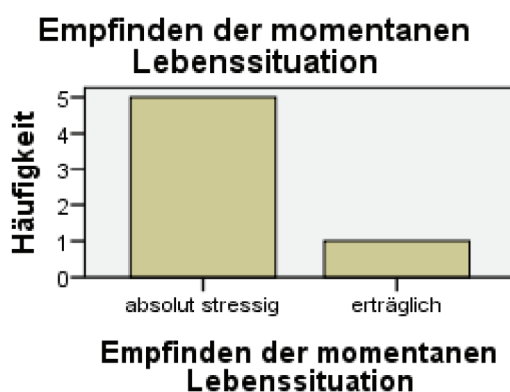
sozioökonomische Rahmenbedingungen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gültig reicht grad so	3	50,0	75,0	75,0
es reicht nicht	1	16,7	25,0	100,0
Gesamt	4	66,7	100,0	
Fehlend -9	2	33,3		
Gesamt	6	100,0		



Empfinden der momentanen Lebenssituation

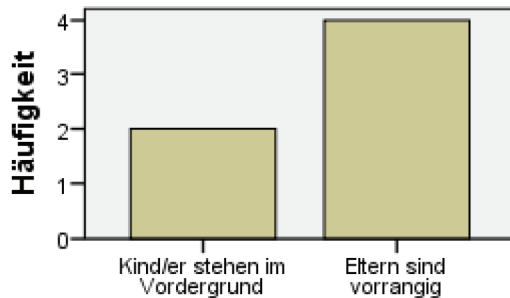
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gültig absolut stressig	5	83,3	83,3	83,3
erträglich	1	16,7	16,7	100,0
Gesamt	6	100,0	100,0	



familiäre Zeitstruktur

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gültig Kind/er stehen im Vor- dergrund	2	33,3	33,3	33,3
Eltern sind vorrangig	4	66,7	66,7	100,0
Gesamt	6	100,0	100,0	

familiäre Zeitstruktur

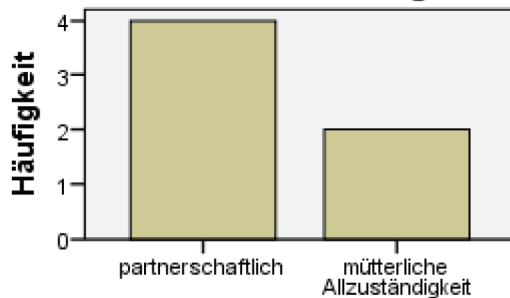


familiäre Zeitstruktur

familiäre Arbeitsteilung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gültig partnerschaftlich	4	66,7	66,7	66,7
mütterliche Allzustän- digkeit	2	33,3	33,3	100,0
Gesamt	6	100,0	100,0	

familiäre Arbeitsteilung

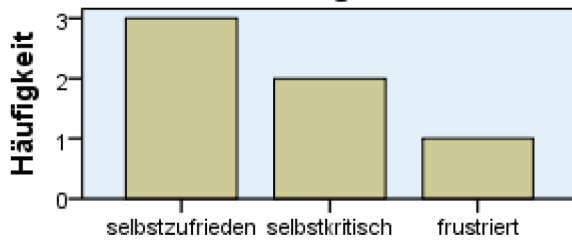


familiäre Arbeitsteilung

Selbstzufriedenheit in Bezug auf familiäre Aufgaben

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gültig selbstzufrieden	3	50,0	50,0	50,0
selbstkritisch	2	33,3	33,3	83,3
frustriert	1	16,7	16,7	100,0
Gesamt	6	100,0	100,0	

Selbstzufriedenheit in Bezug auf familiäre Aufgaben

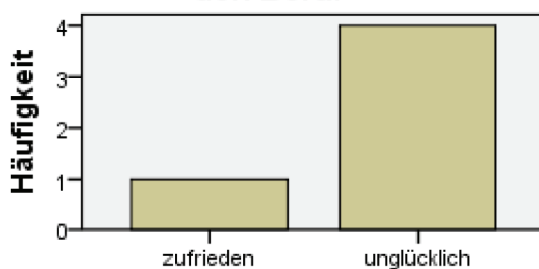


Selbstzufriedenheit in Bezug auf familiäre Aufgaben

Selbstzufriedenheit in Bezug auf den Beruf

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gültig	zufrieden	1	16,7	20,0	20,0
	unglücklich	4	66,7	80,0	100,0
	Gesamt	5	83,3	100,0	
Fehlend	-9	1	16,7		
Gesamt		6	100,0		

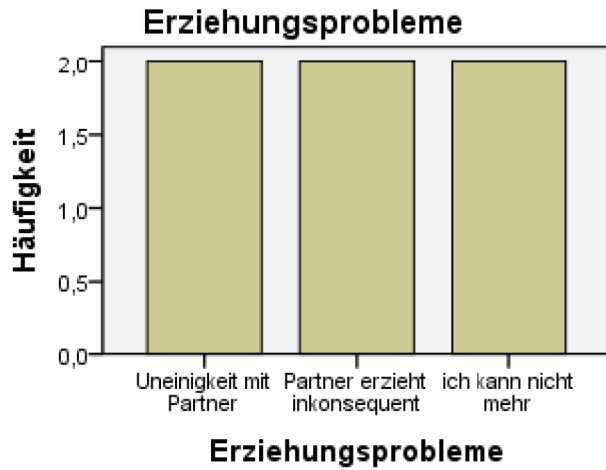
Selbstzufriedenheit in Bezug auf den Beruf



Selbstzufriedenheit in Bezug auf den Beruf

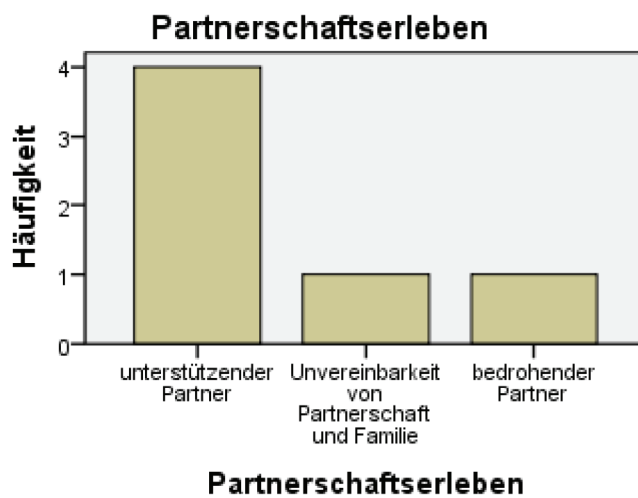
Erziehungsprobleme

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gültig	Uneinigkeit mit Partner	2	33,3	33,3	33,3
	Partner erzieht inkonsequent	2	33,3	33,3	66,7
	ich kann nicht mehr	2	33,3	33,3	100,0
	Gesamt	6	100,0	100,0	



Partnerschaftserleben

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig unterstützender Partner	4	66,7	66,7	66,7
Unvereinbarkeit von Partnerschaft und Familie	1	16,7	16,7	83,3
bedrohender Partner	1	16,7	16,7	100,0
Gesamt	6	100,0	100,0	



Quelle: Koch 2011.

MEHRFACHANTWORTEN AUS DEN INTERVIEWLEITFÄDEN I UND II (AUSZÜGE AUS DER PROJEKTARBEIT)

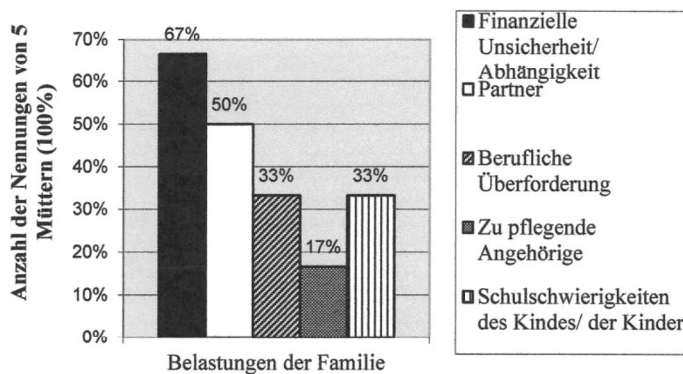
Fallzusammenfassung

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
\$grund	5	83,3%	1	16,7%	6	100,0%
\$kurziel	5	83,3%	1	16,7%	6	100,0%
\$probl	5	83,3%	1	16,7%	6	100,0%
\$kuremp	3	50,0%	3	50,0%	6	100,0%
\$belast	5	83,3%	1	16,7%	6	100,0%
\$bewält	6	100,0%	0	,0%	6	100,0%
\$anstossverän	3	50,0%	3	50,0%	6	100,0%
\$effekt	3	50,0%	3	50,0%	6	100,0%
\$unterstütz	3	50,0%	3	50,0%	6	100,0%
\$verbes	2	33,3%	4	66,7%	6	100,0%

Häufigkeiten von Sbelast

	Antworten	Prozent der Fälle		
		N	Prozent	
Belastungen der Familie	Belastungen der Familie 1: finanzielle Unsicherheit	4	33,3%	80,0%
	Belastungen der Familie 2: Partner	3	25,0%	60,0%
	Belastungen der Familie 3: berufliche Überforderung	2	16,7%	40,0%
	Belastungen der Familie 4: zu pflegende Angehörige	1	8,3%	20,0%
	Belastungen der Familie 5: Schulschwierigkeiten des/der Kindes/er	2	16,7%	40,0%
Gesamt		12	100,0%	240,0%

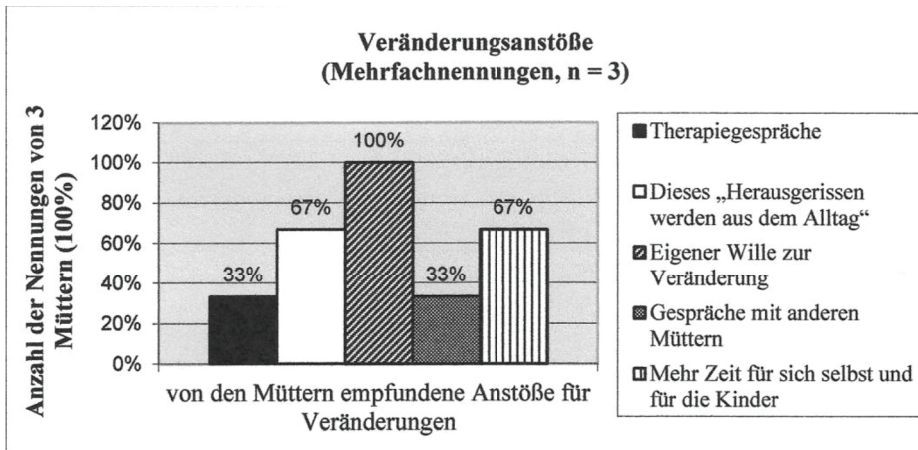
Belastungen der Familie (Mehrfachnennungen; n = 5)



Häufigkeiten von Sanstossverän

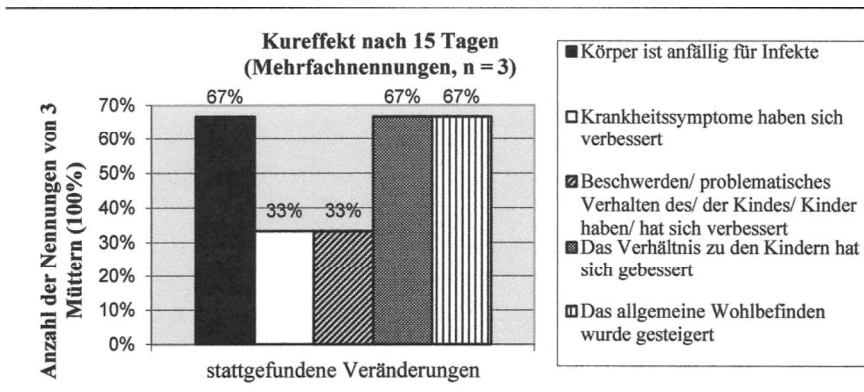
	Antworten	Prozent der Fälle		
		N	Prozent	
Anstöße zur Veränderung	Veränderungsanstöße 1: Therapiegespräche	1	11,1%	33,3%
	Veränderungsanstöße 2: Herausgerissen werden aus dem Alltag	2	22,2%	66,7%
	Veränderungsanstöße 3: eigener Wille zur Veränderung	3	33,3%	100,0%
	Veränderungsanstöße 4: Gespräche mit anderen Müttern	1	11,1%	33,3%
	Veränderungsanstöße 5: mehr Zeit	2	22,2%	66,7%

Gesamt	9	100,0%	300,0%
--------	---	--------	--------



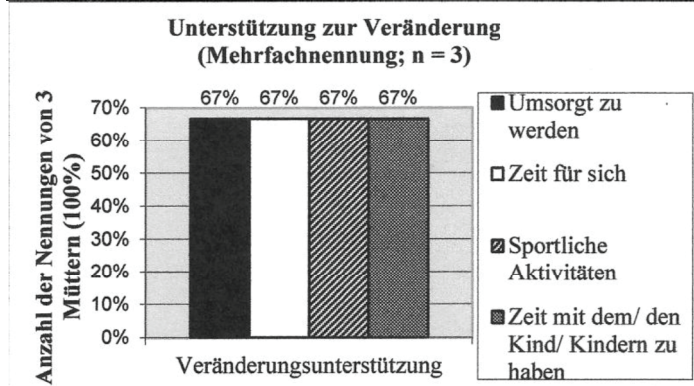
Häufigkeiten von Seffekt

		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Kureffekt nach 15 Tagen	Kureffekt nach 15 Tagen 1: Körper ist anfällig für Infekte	2	25,0%	66,7%
	Kureffekt nach 15 Tagen 2: Verbesserung der Krankheitssymptome	1	12,5%	33,3%
	Kureffekt nach 15 Tagen 3: Beschwerden/ Verhalten des/der Kindes/er hat/haben sich verbessert	1	12,5%	33,3%
	Kureffekt nach 15 Tagen 4: Verhältnis zu Kind/ern hat sich verbessert	2	25,0%	66,7%
	Kureffekt nach 15 Tagen 5: allgemeines Wohlbefinden wurde gesteigert	2	25,0%	66,7%
Gesamt		8	100,0%	266,7%



Häufigkeiten von Unterstütz

		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Veränderungsunterstützung	Veränderungsunterstützung 1: umsorgt werden	2	25,0%	66,7%
	Veränderungsunterstützung 2: Zeit für sich	2	25,0%	66,7%
	Veränderungsunterstützung 3: sportliche Aktivitäten	2	25,0%	66,7%
	Veränderungsunterstützung 4: Zeit mit dem/den Kind/ern haben	2	25,0%	66,7%
Gesamt		8	100,0%	266,7%



Quelle: Koch 2011