

Wie Mütter mit postpartaler Depression unterstützt werden können

Eine qualitative Forschungsarbeit zu
Handlungsansätzen der Sozialen Arbeit aus Sicht
von Fachpersonen

Autorinnen: Anouk Frehner und Jana Wüthrich

Vertiefungsrichtung: Sozialpädagogik

Studienjahrgang: 2023-2026

E-Mail: anouk.frehner@stud.hslu.ch
jana.wuethrich@stud.hslu.ch

Datum: 10. August 2026

Diese Arbeit wurde am 10. August 2026 an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repositorium veröffentlicht und sind frei zugänglich.

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive
der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Urheberrechtlicher Hinweis:

Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz (CC BY-NC-ND 3.0 CH) Lizenzvertrag lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten.

Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

Keine weiteren Einschränkungen — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technische Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Studiengangleitung Bachelor

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von mehreren Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme und Entwicklungspotenziale als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Denken und Handeln in Sozialer Arbeit ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es liegt daher nahe, dass die Diplomand_innen ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Fachleute der Sozialen Arbeit mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachkreisen aufgenommen werden.

Luzern, im August 2026

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Studiengangleitung Bachelor Soziale Arbeit

Abstract

Der Übergang in die Elternschaft ist mit vielfältigen Veränderungen verbunden. Gesellschaftlich wird diese Lebensphase mit positiven Emotionen und Glücksgefühlen verknüpft, obwohl Mütter sie unterschiedlich erleben. Psychische Erkrankungen werden immer noch stark tabuisiert, besonders im Zeitraum rund um die Geburt. Vor diesem Hintergrund haben sich die Autorinnen mit der Frage befasst, wie die Soziale Arbeit Mütter mit postpartaler Depression unterstützen und die Mutter-Kind-Beziehung stärken kann. Um Antworten zu finden, hat sich die Autorenschaft mit Theorie zur postpartalen Depression und der Beziehung zwischen Mutter und Kind auseinandergesetzt. Zudem wurden sechs Expert:inneninterviews durchgeführt, um Erfahrungswerte aus der Praxis einzubeziehen.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Unterstützung der betroffenen Mutter zugleich zur Stärkung der Mutter-Kind-Beziehung beiträgt. Durch eine alltagsnahe Entlastung, die Förderung vorhandener Ressourcen und die Vernetzung mit passenden Angeboten kann die Handlungsfähigkeit der Mutter gestärkt werden. Zudem erweist sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit als zentral für eine umfassende Unterstützung betroffener Familien. Die Soziale Arbeit übernimmt dabei eine wichtige verbindende Funktion zwischen der Familie und den beteiligten Fachstellen. Die Begleitung von Müttern mit postpartaler Depression stellt daher ein relevantes Handlungsfeld dar, in dem entsprechend sensibilisierte und qualifizierte Fachpersonen der Sozialen Arbeit benötigt werden. Die vorliegende Arbeit richtet sich deshalb in erster Linie an Fachpersonen der Sozialen Arbeit.

Danksagung

Die Autorenschaft möchte sich herzlichst bei den sechs Interviewpartnerinnen bedanken, die mit ihren fachlichen Expertisen und der professionellen Beantwortung der Fragen einen wesentlichen Beitrag zu der Forschungsarbeit beigetragen haben.

Auch der Mentorin der Hochschule Luzern, Uta Skowranek, gilt der Dank für die Unterstützung und die Begleitung der Autorinnen.

Ein grosses Danke an Freunde und Familie, die den Prozess begleitet haben und mental zur Seite gestanden sind. Ein besonderer Dank gilt Eva Mattli und Erica Wüthrich für das sorgfältige und kritische Korrekturlesen der Bachelorarbeit.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Danksagung	II
Inhaltsverzeichnis	III
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Ziel der Arbeit und Fragestellung	2
1.3 Praxisrelevanz für die Soziale Arbeit	3
1.4 Aufbau der Arbeit	4
2 Definition zentraler Begriffe	5
2.1 Peripartale Phase	5
2.2 Babyblues	5
2.3 Psychische Gesundheit und Krankheit	6
3 Postpartale Depression	8
3.1 Definition	8
3.2 Symptomatik	9
3.3 Ursachen	10
3.3.1 Vulnerabilität	11
3.3.2 Physiologische Faktoren	12
3.3.3 Psychosoziale Faktoren	12
3.3.4 Stressoren	13
3.3.5 Schutzfaktoren	15
3.4 Diagnostik	17
3.5 Tabuisierung und Stigmatisierung	19
4 Mutter-Kind-Beziehung	20
4.1 Grundlagen der Bindungstheorie	20

4.1.1	Bindung und Bindungsverhalten	20
4.1.2	Bindungstypen	22
4.2	Mütterliche Feinfühligkeit	24
4.3	Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Interaktion	25
5	Methodisches Vorgehen	28
5.1	Forschungsdesign	28
5.2	Expert:inneninterviews	28
5.3	Sampling und Feldzugang	29
5.4	Leitfaden	30
5.5	Erhebung	31
5.6	Datenaufbereitung und -auswertung	31
6	Forschungsergebnisse	35
6.1	Rolle der Expertinnen	36
6.1.1	Herausforderungen	36
6.1.2	Begleitung von Entwicklungsprozessen	37
6.2	Postpartale Depression	38
6.2.1	Symptomatik	39
6.2.2	Risikofaktoren	40
6.2.3	Stigmatisierung und Tabuisierung	41
6.3	Mutter-Kind-Beziehung	42
6.3.1	Elterliche Handlungsfähigkeit	44
6.3.2	Bindungsaufbau	45
6.4	Unterstützung	46
6.4.1	Annahme Hilfe	47
6.4.2	Netzwerk	47
6.4.3	Lebenswelt	48

6.4.4	Interdisziplinarität	49
6.4.5	Peers	50
6.5	Früherkennung	52
6.5.1	Schlüsselakteur:innen	52
6.5.2	Methoden	53
6.5.3	Lücken	54
6.6	Entwicklungsbedarf	56
6.6.1	Finanzierung und Auftrag der Sozialen Arbeit	56
6.6.2	Gesellschaftliche Sensibilisierung	57
7	Diskussion	60
7.1	Unterstützung von Müttern mit postpartaler Depression	60
7.2	Stärkung der Mutter-Kind-Beziehung.....	62
8	Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit.....	65
9	Fazit und Ausblick	68
10	Literaturverzeichnis	70
11	Anhang.....	73
A	Interviewleitfaden	73
B	Auflistung relevanter Unterstützungsangebote in der Schweiz	74

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit widmet sich der postpartalen Depression von Müttern. Der Fokus liegt auf den Unterstützungsmöglichkeiten von Fachpersonen der Sozialen Arbeit. Im Folgenden werden die Ausgangslage und Praxisrelevanz erläutert, das Ziel der Arbeit und die Fragestellung dargestellt und der Aufbau der Arbeit erklärt.

1.1 Ausgangslage

Unter einer postpartalen Depression werden schwere, länger andauernde und behandlungsbedürftige depressive Erkrankungen im ersten Jahr nach der Geburt eines Kindes verstanden (Reiner-Lawugger, 2016, S. 151). Schätzungsweise sind etwa 10 bis 15 Prozent der Mütter davon betroffen (Wolkenstein, 2023, S. 3). Postpartale Depression wird aber nicht als moderne Erscheinung beschrieben. Psychische Störungen nach der Geburt waren in unterschiedlichen Ländern und Kulturen schon immer vorhanden, wurden aber in den letzten Jahren medial sichtbarer (Salis, 2016, S. 6).

Die Entstehung einer postpartalen Depression lässt sich nicht auf eine einzelne Ursache zurückführen. Aus heutiger Perspektive wird sie häufig durch multifaktorielle Vulnerabilitäts-Stress-Modelle erklärt. Diese gehen davon aus, dass Frauen bereits vor der Schwangerschaft bestimmte psychologische und physiologische Anfälligkeiten besitzen. Treffen diese auf die Belastungen rund um die Geburt, kann dies die Entstehung depressiver Symptome begünstigen (Wolkenstein, 2023, S. 25). Frauen mit einer früheren depressiven Episode weisen in der Peripartalphase ein erhöhtes Risiko auf, erneut depressive Symptome zu entwickeln (Wolkenstein, 2023, S. 13). Die Mutterschaft stellt eine bedeutende Transition im Leben einer Frau dar und kann zu einer tiefgreifenden Krise führen. Diese Lebensphase stellt häufig einen Wendepunkt dar, an dem innere Konflikte und Belastungen verstärkt in den Vordergrund treten und unterschiedliche Entwicklungen möglich sind. Aus psychoanalytischer Sicht wird sie daher nicht primär als feststehende psychiatrische Erkrankung betrachtet, sondern als Ausdruck individueller psychischer Konflikte und Anpassungsschwierigkeiten, die im Zusammenhang mit dem Übergang in die Mutterschaft entstehen können (Köhler-Weisker, 2023, S. 124).

Die postpartale Depression kann die Beziehung zwischen Mutter und Kind deutlich beeinträchtigen (Brisch, 2022, S. 190). Aufgrund ihrer psychischen Belastung kann es betroffenen Müttern schwerfallen, freudvoll und feinfühlig mit ihrem Kind in Kontakt zu treten. Ängste, Sorgen und belastende Gedanken können dazu führen, dass die Signale und Bedürfnisse des Kindes weniger deutlich wahrgenommen oder nicht angemessen beantwortet werden. Dadurch können gemeinsame Interaktionen und der Aufbau einer stabilen Mutter-Kind-Beziehung erschwert werden (Köhler-Weisker, 2023, S.

174). Eine frühzeitige Erkennung und Behandlung der Erkrankung ist deshalb sowohl für das Wohlbefinden der Mutter als auch für die Entwicklung des Kindes von besonderer Bedeutung (Brisch, 2022, S. 190).

Für die vorliegende Arbeit ist insbesondere von Bedeutung, dass die postpartale Depression nicht nur ein medizinisches oder psychotherapeutisches Thema darstellt. Neben der Behandlung der Erkrankung geht es auch um Alltagsbewältigung, soziale Unterstützung, familiäre Entlastung, Früherkennung und die Mutter-Kind-Beziehung. Während der Recherche zeigte sich, dass sich Fachliteratur und bestehende Projekte häufig auf gesundheitsspezifische Handlungsfelder fokussieren. Die Rolle der Sozialen Arbeit wird hingegen wenig thematisiert. Daraus ergibt sich eine Forschungslücke, an welche die vorliegende Arbeit anschliesst.

1.2 Ziel der Arbeit und Fragestellung

Aus der beschriebenen Ausgangslage ergibt sich für die vorliegende Forschungsarbeit folgende Fragestellung:

Wie kann die Soziale Arbeit aus Sicht von Fachpersonen Mütter mit postpartaler Depression unterstützen und die Mutter-Kind-Beziehung stärken?

Ziel der Arbeit ist es, die Unterstützungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit im Kontext postpartaler Depression aus Sicht von Fachpersonen herauszuarbeiten. Dabei soll untersucht werden, welche Bedürfnisse betroffene Mütter haben, welche Herausforderungen in der Begleitung sichtbar werden und wie die Mutter-Kind-Beziehung durch professionelles Handeln gestärkt werden kann. Die Bachelorarbeit soll dadurch die Rolle der Sozialen Arbeit in diesem Handlungsfeld sichtbar machen und mögliche Ansatzpunkte für die Praxis aufzeigen.

Zur Beantwortung der Fragestellung werden zunächst theoretische Grundlagen erarbeitet. Einerseits wird geklärt, was unter einer postpartalen Depression verstanden wird und welche Symptome und Belastungen damit verbunden sind. Andererseits wird die Bindungstheorie herangezogen. Dabei wird aufgezeigt, was unter Bindung und Bindungstypen verstanden wird und welche Bedeutung elterliche Feinfühligkeit für den Aufbau einer sicheren Beziehung zwischen Mutter und Kind hat.

Aufbauend auf diesen theoretischen Grundlagen wurden für die empirische Untersuchung Leitfragen entwickelt. Diese dienen dazu, die Erfahrungen und Einschätzungen der befragten Fachpersonen in der Schweiz systematisch zu erfassen. Der verwendete Leitfaden ist im Anhang der Arbeit ersichtlich.

Im Zentrum dieser Arbeit stehen Mütter mit einer postpartalen Depression. Andere psychische Erkrankungen und mögliche psychische Belastungen des anderen Elternteiles werden in dieser Arbeit nicht näher beleuchtet. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit richten sich an Fachpersonen, die in ihrer beruflichen Praxis mit Müttern mit postpartaler Depression und deren Kindern arbeiten. Die fachlichen Einschätzungen der interviewten Personen sind für die vorliegende Forschungsarbeit zentral.

1.3 Praxisrelevanz für die Soziale Arbeit

Die Praxisrelevanz für die Soziale Arbeit ergibt sich daraus, dass sich Mütter mit einer postpartalen Depression häufig in einer vulnerablen Lebenssituation befinden. Die Belastung zeigt sich nicht nur auf individueller Ebene, sondern betrifft auch den Alltag, das soziale Umfeld, die Elternrolle und die Beziehung zum Kind. Damit liegt ein Handlungsfeld vor, in dem die Soziale Arbeit mit ihrem lebensweltlichen, ressourcenorientierten und vernetzenden Zugang einen wichtigen Beitrag leisten kann.

Der Berufskodex der Sozialen Arbeit bietet hierfür eine professionsethische Grundlage. Soziale Arbeit orientiert sich am Grundprinzip der sozialen Gerechtigkeit. Diese verweist darauf, dass Menschen unterschiedliche Ausgangslagen haben, die ihre Chancen und Entwicklungsmöglichkeiten beeinflussen. Gleiche Rechte allein reichen deshalb nicht aus, vielmehr müssen Barrieren abgebaut und Menschen mit weniger Möglichkeiten gezielt unterstützt werden (AvenirSocial, 2026, S. 11). Es wird festgehalten, dass Menschen in ihrer Komplexität anerkannt werden müssen. Soziale Arbeit berücksichtigt dabei verschiedene Dimensionen des Lebens und sucht aus systemischer Sicht heraus nach individuellen Lösungen (AvenirSocial, 2026, S. 12). Menschen werden als soziale Wesen verstanden, die in Abhängigkeit von anderen Menschen und ihrer Umwelt leben. Sie sollen stets als Teil sozialer und ökologischer Systeme betrachtet werden. Auch politische Prozesse sollen so beeinflusst werden, dass Solidarsysteme gestärkt sowie soziale Isolation und Ausgrenzung verringert werden (AvenirSocial, 2026, S. 16). Unter dem Prinzip der Ermächtigung versteht der Berufskodex die Stärkung von Fähigkeiten und Selbstbewusstsein. Die Soziale Arbeit informiert, vernetzt und mobilisiert sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene, um Menschen bei einer eigenständigen Lebensbewältigung zu unterstützen (AvenirSocial, 2026, S. 13). Postpartale Depression ist mit Stigmatisierung verknüpft, da Betroffene häufig mit Scham, Schuldgefühlen und gesellschaftlichen Vorstellungen von gelingender Mutterschaft konfrontiert sind. Soziale Arbeit setzt sich gegen jede Form von Diskriminierung ein, unter anderem auch aufgrund psychischer Beeinträchtigung oder zugeschriebener Merkmale (AvenirSocial, 2026, S. 15).

Das Übereinkommen über die Rechte des Kindes vom 20. November 1989, SR 0.107, hält in Art. 3 Abs. 1 fest, dass bei allen Massnahmen, die Kinder betreffen, das Kindeswohl vorrangig zu berücksichtigen

ist. Art. 18 Abs. 2 betont zudem die Verantwortung, Eltern in der Wahrnehmung ihrer Erziehungsaufgaben angemessen zu unterstützen.

Die genannten Grundsätze verdeutlichen, dass eine Praxisrelevanz für die Soziale Arbeit besteht. Ausgehend davon untersucht die vorliegende Arbeit, wie Fachpersonen Mütter mit postpartaler Depression unterstützen und die Mutter-Kind-Beziehung stärken können.¹

1.4 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit ist in neun Hauptkapitel gegliedert. Der Aufbau der Arbeit erfolgt aufeinander aufbauend, um die Fragestellung in Kapitel 1.2 zu beantworten.

Nach der Einleitung werden die zentralen Begriffe definiert, die für das Verständnis der Arbeit relevant sind. Anschliessend erfolgen die Theoriekapitel zur postpartalen Depression und der Mutter-Kind-Beziehung. Im fünften Kapitel folgt die Beschreibung des methodischen Vorgehens der empirischen Untersuchung. Darin wird die Wahl der qualitativen Forschungsmethode, die Durchführung der Fachpersoneninterviews, das Sampling sowie die Auswertung des Datenmaterials erläutert. In Kapitel sechs werden die Forschungsergebnisse aus den Interviews entlang der gebildeten Haupt- und Subkategorien aufgezeigt. Kapitel sieben dient der Diskussion der Ergebnisse. Dabei werden zentrale Erkenntnisse aus den Interviews mit den theoretischen Grundlagen in Beziehung gesetzt. Im nächsten Kapitel werden daraus Erkenntnisse für die Soziale Arbeit abgeleitet. Der Fokus liegt dabei auf der Bedeutung für die Praxis. Zudem wird beschrieben, welche Rolle die Soziale Arbeit in der Unterstützung betroffener Mütter und Familien einnehmen kann. Kapitel neun schliesst die Arbeit mit einem Fazit ab. Dabei wird die Fragestellung nochmals aufgegriffen und zusammenfassend beantwortet. Zudem werden weiterführende Überlegungen benannt und als Ausblick beschrieben.

¹ Für das Zusammenfügen der Texte wurde Open AI. (2026), ChatGPT Juni Version 5.5., <https://chatgpt.com/> verwendet.

2 Definition zentraler Begriffe

Dieses Kapitel führt in die zentralen theoretischen Begrifflichkeiten ein, die für ein grundlegendes Verständnis der postpartalen Depression wichtig sind. Im Folgenden werden die verschiedenen Begrifflichkeiten erläutert, um so eine Differenzierung darzustellen und einen Gesamtüberblick zu schaffen.

2.1 Peripartale Phase

Die Begriffe postpartal und postnatal werden oft synonym verwendet. Genau genommen bedeutet postpartal nach der Entbindung, während postnatal den Zeitraum nach der Geburt aus Sicht des Kindes beschreibt. Im Englischen wird meist postnatal verwendet, auch im Zusammenhang mit Depressionen. In der deutschen Fachsprache benutzt man jedoch den Begriff postpartal (Dorn & Rohde, 2025, S. 24), weshalb in dieser Arbeit immer von der postpartalen Depression die Rede ist.

Zeigen sich depressive Symptome bereits während der Schwangerschaft, wird dies als antepartale Depression bezeichnet. Diese tritt mindestens genauso häufig auf wie eine postpartale Depression (Wolkenstein, 2023, S. 6).

Der Begriff peripartal umfasst sowohl den Zeitraum vor als auch nach der Geburt. Diese Verwendung ist heute gängig, da sich der Beginn psychischer Probleme im Zusammenhang mit der Mutterschaft oft nicht eindeutig bestimmen lässt. Rückblickend zeigt sich vielfach, dass bereits während der Schwangerschaft erste Anzeichen einer Depression vorhanden waren, die nach der Geburt deutlicher und stärker wurden (Dorn & Rohde, 2025, S. 25). Wolkenstein (2023) fasst zusammen, dass von einer peripartalen Depression gesprochen wird, wenn depressive Episoden sowohl antepartal als auch postpartal auftreten (S. 6).

2.2 Babyblues

Neben den körperlichen Veränderungen nach der Geburt eines Kindes ist auch das Auftreten von niedergeschlagener Stimmung verbreitet (Wolkenstein, 2023, S. 15).

In den ersten zwei Wochen nach der Geburt empfinden 40 bis 80 Prozent der Mütter nicht nur Freude, sondern erleben Stimmungsschwankungen, die oftmals unerwartet auftreten. Die starke hormonelle Umstellung kann vorübergehend zu einer psychischen Labilität führen, in der sich die Mütter affektlabil, weinerlich, ängstlich und besorgt fühlen. Auch die körperlichen Anstrengungen der Geburt, die

hormonelle Umstellung, der Schlafmangel sowie die Herausforderungen des Lebens mit einem Neugeborenen können die Symptome verstärken. Der Babyblues ist eine vielfach vorkommende Erscheinung und keine behandlungsbedürftige Störung, weshalb eine psychotherapeutische Behandlung nicht notwendig ist. Trotzdem ist es wichtig, den betroffenen Frauen Verständnis, Fürsorge und Ruhe entgegenzubringen. Zusätzlich verhilft eine Abschirmung von zu vielen Reizen und äusseren Einwirkungen der Symptomreduktion (Dorn & Rohde, 2025, S. 33–34; Wolkenstein, 2023, S. 15).

Wenn die Symptome stark ausgeprägt sind oder über mehrere Tage bestehen bleiben, kann ein Babyblues der Beginn einer postpartalen Depression sein (Wolkenstein, 2023, S. 15).

2.3 Psychische Gesundheit und Krankheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2019) beschreibt die psychische Gesundheit als einen Zustand des Wohlbefindens, in dem Menschen ihre Fähigkeiten entfalten, alltägliche Herausforderungen bewältigen, produktiv handeln und aktiv am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können.

Die psychische Gesundheit kann von individuellen-, sozialen- und Umweltfaktoren beeinflusst werden. Zu den individuellen Faktoren zählen biologische und genetische Eigenschaften sowie kognitive, emotionale und soziale Fähigkeiten. Die sozialen Faktoren bestehen aus Lebens-, Bildungs- und Arbeitsverhältnissen sowie aus den Lebensgestaltungsmöglichkeiten eines Menschen. Die Umweltfaktoren stellen das Sozial- und Gesundheitssystem, die Betreuungs- und Bildungseinrichtungen und den kulturellen Kontext dar. All diese Faktoren können die psychische Gesundheit sowohl fördern als auch beeinträchtigen. Entsprechend setzen Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit an der Stärkung von Schutzfaktoren und der Reduktion von Risikofaktoren an (Meier, 2021, S. 7).

Insbesondere im Übergang zur Elternschaft hat die psychische Gesundheit einen hohen Stellenwert, da sie eine wichtige Grundlage für die gesunde Entwicklung des Neugeborenen darstellt. Wenn Eltern in ihrer psychischen Gesundheit unterstützt werden, sind sie handlungsfähig und können ihre Fähigkeiten ausschöpfen. Das psychische Wohlbefinden kann sich positiv auf die Interaktion zwischen Eltern und Kind sowie auf eine konstruktive Partnerschaft auswirken (Meier, 2021, S. 5). Wird die psychische Gesundheit durch gewisse Faktoren beeinträchtigt, kann dies zur Entwicklung einer psychischen Störung führen. Zur begrifflichen Einordnung wird im folgenden Abschnitt erläutert, wie psychische Krankheit definiert wird.

In der Psychiatrie wird häufig der Begriff Störung anstelle von Krankheit verwendet. Manche Betroffene bevorzugen diese Bezeichnung, da sie sich nicht krank fühlen, andere empfinden ihn als diskriminierend. In der Medizin und Psychologie wird aktuell fachlich darüber diskutiert (Dorn & Rohde,

2025, S. 25). Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2019) umfassen psychische Störungen Einschränkungen der psychischen Gesundheit, die sich häufig durch belastende Gedanken und negative Verhaltensmuster zeigen. Köhler (2024) beschreibt eine psychische Störung nach der ICD-10². Dort wird sie als klinisch erkennbares Muster von Symptomen oder auffälligem Verhalten beschrieben, das für die betroffene Person häufig mit Belastungen und Einschränkungen im Alltag verbunden ist. Dabei wird betont, dass soziale Auffälligkeiten oder Konflikte allein nicht als psychische Störung gelten, solange keine persönliche Beeinträchtigung vorliegt (S. 14).³

In der vorliegenden Bachelorarbeit werden die Begriffe Störung, Erkrankung und Krankheit gleichbedeutend verwendet.

² Internationale Klassifikation für Krankheiten: Ein einheitliches Diagnosesystem von der Weltgesundheitsorganisation, jede ICD-Diagnose hat eine entsprechende Codierung und dient der leichten Verständigung für die Fachpersonen (Dorn & Rohde, 2025, S. 22)

³ Für das Zusammenfassen der beiden Kapitel wurde Open AI. (2026), ChatGPT Juli Version 5.5., <https://chat-gpt.com/> verwendet.

3 Postpartale Depression

Im folgenden Kapitel werden die theoretischen Grundlagen der postpartalen Depression dargestellt. Dabei wird das klinische Erscheinungsbild anhand der Symptomatik, der Ursachen sowie der Diagnostik erläutert. Anschliessend werden Risiko- und Schutzfaktoren aufgezeigt und anhand des Vulnerabilitäts-Stress-Modells erklärt. Zum Schluss des Kapitels werden die gesellschaftlichen Aspekte beleuchtet unter Einbezug der Themen Stigmatisierung und Tabuisierung.

3.1 Definition

Die postpartale Depression wird als häufigste psychische Erkrankung in der Peripartalzeit definiert (Reiner-Lawugger, 2016, S. 151). Für den Begriff der postpartalen Depression wird auch die Bezeichnung „Wochenbettdepression“ verwendet, jedoch unterscheiden sich die Begrifflichkeiten voneinander (Dorn & Rohde, 2025, S. 27).

Der Begriff Wochenbettdepression wird sowohl umgangssprachlich als auch medizinisch verwendet, um auf den zeitlichen Zusammenhang zwischen einer Depression und der Entbindung hinzuweisen. Da das Wochenbett aus gynäkologischer Sicht jedoch lediglich die ersten sechs bis acht Wochen nach der Geburt umfasst, kann diese Bezeichnung irreführend sein. Eine postpartale Depression kann zwar bereits in den ersten Tagen oder Wochen nach der Entbindung auftreten, in manchen Fällen jedoch auch erst mehrere Monate später beginnen. Die Dauer der Erkrankung hängt dabei vom Schweregrad der Symptomatik ab und kann von wenigen Wochen bis hin zu mehreren Monaten oder sogar länger andauern (Dorn & Rohde, 2025, S. 28–31).

Die Angaben zur Häufigkeit unterscheiden sich je nach Studie und verwendeten Diagnosekriterien. Wolkenstein (2023) geht von etwa 10 bis 15 betroffenen Frauen pro 100 Geburten aus. Das Risiko einer depressiven Episode ist in der Postpartumphase sogar bis zu zweimal höher als in anderen Lebensphasen (S. 3). Brisch (2022) geht von 15-20% betroffener Mütter aus, die in der Phase nach der Geburt an postpartaler Depression erkranken (S. 190).

Insgesamt kann die postpartale Depression als Ausdruck einer erschwerten Bewältigung tiefgreifender emotionaler Belastungen und den Herausforderungen der neuen Lebenssituation verstanden werden (Köhler-Weisker, 2023, S. 118).

3.2 Symptomatik

Das Krankheitsbild der postpartalen Depression und die dazugehörigen Symptome sind vielschichtig und vielseitig (Schrumpf, 2013, S. 29). Das klinische Erscheinungsbild einer postpartalen Depression unterscheidet sich grundsätzlich nicht von depressiven Episoden, die unabhängig von Schwangerschaft und Wochenbett auftreten. Typische Symptome sind beispielsweise Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Versagens- und Schuldgefühle, Müdigkeit und Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Konzentrationsstörungen und Entscheidungsunfähigkeit (Dorn & Rohde, 2025, S. 31; Salis, 2016, S. 8). Frauen mit einer postpartalen Depression zeigen häufig zusätzliche Symptome, die in engem Zusammenhang mit der neuen Rolle als Mutter und der Interaktion mit dem Säugling stehen. Betroffene berichten von ambivalenten Gefühlen gegenüber ihrem Kind sowie von Schwierigkeiten, eine emotionale Bindung zum Kind aufzubauen oder sich im Umgang mit ihm handlungsfähig zu erleben (Wolkenstein, 2023, S. 3). Daraus können sich Zweifel an den eigenen mütterlichen Kompetenzen entwickeln, die mit ausgeprägten Schuld- und Versagensgefühlen einhergehen. Insuffizienzgefühle stellen dabei eine der häufigsten Symptomatiken dar, wobei betroffene Mütter oft der Überzeugung sind, den Anforderungen der Mutterschaft nicht gerecht zu werden (Dorn & Rohde, 2025, S. 37).

Mütter mit einer postpartalen Depression zeigen häufiger ein passiveres und weniger sensibles Verhalten gegenüber den Bedürfnissen ihres Kindes, was im schlimmsten Fall zu Vernachlässigung führen kann. Im Vergleich zu nicht depressiven Müttern vokalisieren sie seltener, verwenden weniger kindsgerechte Sprache, suchen seltener Blickkontakt und zeigen ein reduziertes mimisches Ausdrucksverhalten (Wolkenstein, 2023, S. 3–4).

Für viele Frauen geht die Geburt eines Kindes mit einer deutlichen Veränderung ihrer sozialen Lebenssituation einher. Dies betrifft insbesondere Mütter eines ersten Kindes, die zuvor berufstätig waren und nun einen Grossteil ihrer Zeit zu Hause mit dem Kind verbringen. Bestehende soziale Kontakte verändern sich oder gehen teilweise verloren, während neue soziale Netzwerke erst aufgebaut werden müssen. In den ersten Monaten nach der Geburt fehlt dafür jedoch oft die notwendige Zeit und Energie. Der daraus resultierende soziale Rückzug kann durch depressive Symptome zusätzlich verstärkt werden und stellt einen weiteren Risikofaktor für die Entwicklung einer postpartalen Depression dar (Hofecker Fallahpour et al., 2005, S. 115).

Schwangere Frauen und Mütter von Säuglingen sind besonders häufig von Schlafunterbrechungen betroffen. Vor allem im letzten Drittel der Schwangerschaft sowie in den ersten Wochen nach der Geburt wird der Schlaf durch körperliche Beschwerden, den hohen Nahrungsbedarf des Kindes und den noch nicht etablierten Tag-Nacht-Rhythmus des Neugeborenen beeinträchtigt. Dabei sind die Übergänge

zwischen gewöhnlichen Schlafproblemen und depressionsbedingten Schlafstörungen oft fließend. Viele Mütter schlafen weniger tief, da sie jederzeit auf die Bedürfnisse ihres Kindes reagieren möchten. Andere haben Schwierigkeiten einzuschlafen, da anhaltende negative Gedankenkreise die notwendige Entspannung erschweren. Der daraus resultierende Schlafmangel wird von vielen Frauen als belastend erlebt und kann Ängste auslösen, den körperlichen und emotionalen Anforderungen der Betreuung ihres Kindes nicht mehr gerecht werden zu können (Hofecker Fallahpour et al., 2005, S. 115).

Ein weiteres mögliches Symptombild sind Zwangsgedanken. Diese können die psychische Belastung der betroffenen Mütter erheblich verstärken. Dabei handelt es sich um Gedanken, die sich immer wieder ungewollt und zwanghaft aufdrängen und meist einen unangenehmen Inhalt haben. Sie können im Rahmen einer postpartalen Depression auftreten oder sogar ein Auslöser dafür sein. Betroffene Mütter erleben dabei aufdrängende Gedanken, ihrem Kind oder sich selbst Schaden zuzufügen, obwohl sie solche Handlungen strikt ablehnen. Häufig verstehen sie nicht, warum sie solche Gedanken haben, und entwickeln eine Angst, die Gedanken trotz aller Gegenwehr doch umzusetzen. Deshalb gehen Zwangsgedanken meist mit starken Schuld- und Schamgefühlen sowie der Angst vor Kontrollverlust einher (Dorn & Rohde, 2025, S. 43–44).

Das Symptom Angst findet sich in vielen psychischen Störungen wieder. Eine unbestimmte Angst kann beispielsweise als Begleiterscheinung einer Depression auftreten. Dabei sind Zukunfts- oder Versagensängste typisch für Depressionen. Ob die Ängste den depressiven Symptomen vorausgehen oder sich erst im Verlauf der Erkrankung entwickeln, kann durch eine genaue Erhebung der Vorgeschichte geklärt werden. Treten Angstzustände anfallsartig auf und gehen mit körperlichen Symptomen wie Herzrasen, Schweissausbrüchen oder Zittern einher, handelt es sich um Panikattacken. Diese werden von den Betroffenen oft als besonders belastend erlebt und können zu einer Angst vor der Angst führen, die schliesslich in einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten endet (Dorn & Rohde, 2025, S. 41–42)⁴.

3.3 Ursachen

Jede Frau, die ein Kind zur Welt bringt, kann an einer postpartalen Depression erkranken, unabhängig vom Alter, Familienstand oder davon, das wievielte Kind geboren wurde. Auch Frauen, die zuvor keine

⁴ Für das Kürzen dieses Kapitels wurde Open AI. (2026), ChatGPT Juni Version 5.5., <https://chatgpt.com/> verwendet.

psychischen Erkrankungen erlebt haben, können betroffen sein (Salis, 2016, S. 7). Symptome und Auslöser einer Depression können nicht immer eindeutig voneinander abgegrenzt werden. So können beispielsweise Schlafstörungen sowohl als Symptom einer Depression auftreten als auch deren Entstehung begünstigen. Auch Einsamkeit kann einerseits das Risiko für depressive Entwicklung erhöhen, andererseits stellt sozialer Rückzug selbst ein typisches Symptom der Depression dar (Salis, 2016, S. 22).

Die Ursachen einer postpartalen Depression sind vielschichtig und komplex. In den meisten Fällen lässt sich die Erkrankung nicht auf einen einzelnen Auslöser zurückführen. Stattdessen gehen Fachleute von einem multifaktoriellen Geschehen aus, bei dem mehrere Faktoren zusammenwirken und letztlich zum Ausbruch der Depression führen (Salis, 2016, S. 8). Ähnlich wie bei einem Puzzle wirken unterschiedliche Einflussfaktoren zusammen, wobei deren Bedeutung und Gleichgewicht unterschiedlich variieren können. Einzelne Belastungen können sich gegenseitig verstärken, bis die psychische Stabilität beeinträchtigt wird und eine psychische Erkrankung entsteht (Salis, 2016, S. 22).

Das multifaktorielle Vulnerabilitäts-Stress-Modell gilt heute als ein besonders geeignetes Erklärungsmodell für die Entstehung einer postpartalen Depression (Wolkenstein, 2023, S. 25). Nach diesem Ansatz lassen sich menschliches Verhalten und psychische Störungen durch die Wechselwirkung biologischer, psychologischer und sozialer Einflussfaktoren erklären. Zudem werden entwicklungsbezogene Faktoren in die Betrachtung einbezogen (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 20).

3.3.1 Vulnerabilität

Vulnerabilität beschreibt die individuelle Anfälligkeit eines Menschen für psychische Belastungen und Störungen. Sie beeinflusst, wie eine Person auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene auf belastende Situationen reagiert. Eine hohe Vulnerabilität allein führt jedoch nicht zu einer psychischen Störung. Erst durch das Zusammenwirken mit belastenden Lebensereignissen oder spezifischen Auslösesituationen kann die Entwicklung einer Krankheit begünstigt werden (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 21). Ob eine Frau während der Schwangerschaft oder nach der Geburt eine psychische Erkrankung wie eine Depression entwickelt, lässt sich im Voraus oft nur schwer einschätzen. Nach aktuellem Wissensstand wird die Vulnerabilität sowohl durch biologische Veranlagungen als auch durch psychologische Faktoren beeinflusst (Dorn & Rohde, 2025, S. 61). Es wird davon ausgegangen, dass Frauen bereits mit vorbestehenden physiologischen und psychologischen Vulnerabilitäten in die Schwangerschaft eintreten. Durch die Stressoren während Schwangerschaft, Geburt und Postpartalzeit kann sich schliesslich eine depressive Symptomatik entwickeln (Wolkenstein, 2023, S. 25).

3.3.2 Physiologische Faktoren

Wolkenstein (2023) unterscheidet zwischen psychosozialen Vulnerabilitätsfaktoren und physiologischen Faktoren, zu denen sie unter anderem die hormonellen Veränderungen zählt (S. 28). Sowohl die Schwangerschaft als auch die Geburt gehen mit erheblichen hormonellen Veränderungen einher. Besonders die Sexualhormone Progesteron und Östrogen unterliegen während der Peripartalphase starken Schwankungen. Im Verlauf der Schwangerschaft steigen die Östrogen- und Progesteronspiegel deutlich an und erreichen gegen Ende des dritten Trimesters ihren Höhepunkt. Nach der Geburt sinkt der Hormonspiegel durch die Ablösung und Geburt der Plazenta rapide. Diese raschen Veränderungen im Hormonhaushalt stellen für den weiblichen Körper eine erhebliche Anpassungsleistung dar (Wolkenstein, 2023, S. 28). Neurobiologische Erklärungsansätze führen Depressionen unter anderem auf Störungen der Neurotransmitter im Gehirn zurück. Im Fokus stehen dabei insbesondere die Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin. Eine verringerte Konzentration dieser Neurotransmitter kann die Kommunikation zwischen Nervenzellen beeinflussen und mit depressiven Symptomen in Zusammenhang stehen (Salis, 2016, S. 24).⁵

Auch andere körperliche Faktoren können zur Entstehung oder Verstärkung einer postpartalen Depression beitragen. Deshalb sollte beim Auftreten depressiver Symptome stets abgeklärt werden, ob körperliche Erkrankungen oder Mangelzustände mitverantwortlich sein können. Zu möglichen Einflussfaktoren zählen beispielsweise Funktionsstörungen der Schilddrüse oder ein Eisenmangel nach der Entbindung (Dorn & Rohde, 2025, S. 65–66).

3.3.3 Psychosoziale Faktoren

Viele der psychosozialen Risikofaktoren für eine postpartale Depression bestehen bereits vor der Schwangerschaft und Geburt und lassen sich vier wesentlichen Bereichen zuordnen (Wolkenstein, 2023, S. 26).

Gesundheit der Mutter

Zu den bedeutendsten Risikofaktoren einer postpartalen Depression gehören psychische Vorerkrankungen der Mutter. Es konnte wiederholt nachgewiesen werden, dass insbesondere vorbestehende Depressionen, aber auch Angststörungen, das Risiko einer postpartalen Depression deutlich erhöhen.

⁵ Für das Vereinfachen der Sprache wurde Open AI. (2026), ChatGPT Juni Version 5.5., <https://chatgpt.com/> verwendet.

Darüber hinaus spielen die körperliche und die psychische Gesundheit der Mutter eine wichtige Rolle. Chronische körperliche Erkrankungen sowie ein bestehender oder früherer Substanzmissbrauch können die Vulnerabilität erhöhen und damit ebenfalls zur Entstehung einer postpartalen Depression beitragen (Wolkenstein, 2023, S. 26–27).

Umfeld und Erfahrungen

Ein weiterer zentraler Faktor ist das Umfeld der Frau. Eine geringe soziale Unterstützung sowie eine konfliktreiche Paarbeziehung oder das Alleinerziehen können das Risiko für die Entwicklung einer postpartalen Depression deutlich erhöhen. Darüber hinaus können belastende Lebensumstände wie Migration, Missbrauchserfahrungen, schwierige Kindheitserlebnisse oder ungünstige Wohnverhältnisse die Entstehung einer postpartalen Depression begünstigen. Auch belastende Ereignisse während der Schwangerschaft gelten als relevante Risikofaktoren (Wolkenstein, 2023, S. 26–27).

Persönlichkeit der Mutter

Persönliche Eigenschaften und Einstellungen der Frau nehmen Einfluss auf die Entwicklung einer postpartalen Depression. Als psychologische Risikofaktoren gelten insbesondere eine erhöhte emotionale Empfindlichkeit gegenüber Belastungen und die Tendenz, negative Ereignisse auf das eigene Handeln oder Versagen zurückzuführen. Ebenso kann das Risiko erhöht sein, wenn Frauen hohe Ansprüche an sich selbst haben oder über ein geringes Selbstwertgefühl verfügen. Auch ein unsicheres Bindungsmuster und negative Einstellungen gegenüber der Schwangerschaft können das Erkrankungsrisiko erhöhen (Wolkenstein, 2023, S. 27).

Soziodemografische Faktoren

In den vergangenen Jahren hat sich gezeigt, dass soziodemografische Merkmale wie das Alter einer Frau einen geringeren Einfluss auf die Entstehung einer postpartalen Depression haben als früher angenommen. Dennoch werden auch in diesem Bereich Zusammenhänge beschrieben. So gilt ein höheres mütterliches Alter insbesondere bei Frauen mit einer depressiven Vorgeschichte als möglicher Risikofaktor. Bei Frauen ohne entsprechende Vorerkrankung wird hingegen häufiger ein jüngeres Alter genannt (Wolkenstein, 2023, S. 27).

3.3.4 Stressoren

Laut dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell spielen Stressereignisse eine grosse Rolle für die Entstehung einer psychischen Störung und beeinflussen das Risiko an einer postpartalen Depression zu erkranken.

Neben bestehenden Vulnerabilitäten können Stress- beziehungsweise Risikofaktoren kurzfristig oder über einen längeren Zeitraum bestehen und sowohl bewusst wahrgenommen werden als auch unbewusst auftreten (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 22). Während einige dieser Stressoren den Grossteil der Mütter betreffen, treten andere nur bei einem kleineren Teil der Frauen auf (Salis, 2016, S. 22).

Für Frauen mit einer erhöhten Vulnerabilität für psychische Störungen ist beispielsweise die Geburt eines Kindes ein Stressor, die eine psychische Störung auslösen kann (Wortmann-Fleischer et al., 2016, S. 17). Wissenschaftliche Studien konnten bisher keinen allgemeinen Zusammenhang zwischen der Art der Entbindung und dem Auftreten psychischer Störungen nach der Geburt nachweisen. Dennoch können individuelle Geburtserfahrungen das psychische Wohlbefinden der Mutter beeinflussen, insbesondere Komplikationen während der Geburt, körperliche Folgen wie Verletzungen oder Beschwerden nach einem Kaiserschnitt sowie als belastend oder traumatisch erlebte Geburten. Dies gilt vor allem dann, wenn die Geburt nicht wie erwartet verläuft und bei der Mutter Gefühle von Enttäuschung, Kontrollverlust oder Versagen auslöst (Dorn & Rohde, 2025, S. 65).

Köhler-Weisker (2023) beschreibt einen Ansatz zur Verbesserung des Geburtserlebens, der durch den aktiven Einbezug der Mutter und die Stärkung ihrer Selbstwirksamkeit indirekt das Risiko für eine postpartale Depression reduzieren kann. Zentral ist eine klare Kommunikation sowie ein verständlicher Austausch von Informationen und Wünschen zwischen den Fachpersonen, der Gebärenden und ihren Begleitpersonen. Mithilfe einer App lernen die Mütter ihre Bedürfnisse klar zu äussern, während Fachpersonen in sicherer Kommunikation geschult werden. Dadurch sollen belastende Geburtserfahrungen reduziert werden, um psychische Risikofaktoren zu minimieren (S. 169-170).

Ein weiterer Risikofaktor für die Entstehung einer postpartalen Depression liegt in den Bedingungen des Wochenbetts. In der heutigen Gesellschaft wird diese Phase häufig nicht mehr als bedeutsame Zeit des Übergangs und der Bindungsentwicklung zwischen Mutter und Kind wahrgenommen. Während sich werdende Eltern eher auf die Vorbereitung der Geburt fokussieren, erhält die anschliessende Gestaltung der neuen Mutter-Kind-Beziehung wenig Aufmerksamkeit. Gleichzeitig fehlen gesellschaftliche Strukturen und Rituale, die Eltern in dieser sensiblen Phase Orientierung und Unterstützung bieten könnten. Dadurch fühlen sich viele Mütter mit den Anforderungen des Wochenbetts und der neuen Lebenssituation allein gelassen und überfordert (Köhler-Weisker, 2023, S. 163).⁶

⁶ Für das Kürzen des Abschnitts wurde Open AI. (2026), ChatGPT Juni Version 5.5., <https://chatgpt.com/> verwendet.

Das Risiko für die Entstehung einer Depression kann sich durch gesundheitliche oder entwicklungsbezogene Auffälligkeiten des Kindes erhöhen. Bereits die Sorge um mögliche Beeinträchtigungen während der Schwangerschaft oder ein erhöhter Betreuungsbedarf des Kindes nach der Geburt können die Mutter stark belasten. Die damit verbundenen Ängste und Unsicherheiten erschweren die Anpassung an die neue Lebenssituation (Köhler-Weisker, 2023, S. 169). Bei gesundheitlichen Auffälligkeiten des Neugeborenen werden Mutter und Kind oft direkt nach der Geburt voneinander getrennt. Dadurch fehlt der frühe Hautkontakt, der den Aufbau der ersten Bindung zwischen Mutter und Baby fördert (Köhler-Weisker, 2023, S. 155).

Auch ein schwieriges Passungsverhältnis zwischen Mutter und Kind stellt ein Risiko dar. Unterschiede im Temperament können die frühe Interaktion belasten, insbesondere wenn das Verhalten des Kindes als schwierig erlebt wird und dadurch die Versorgung erschwert ist. Dies kann bei der Mutter Gefühle von Überforderung und Hilflosigkeit auslösen. Gleichzeitig können Ängste und depressive Symptome der Mutter die Wahrnehmung und das Verhalten des Kindes beeinflussen (Köhler-Weisker, 2023, S. 168). Schreibabys können ebenso einen erheblichen Stressfaktor darstellen und zur Entstehung einer postpartalen Depression beitragen (Salis, 2016, S. 8).

Ein weiterer relevanter Stressor für die Entwicklung einer postpartalen Depression kann die Veränderung sozialer Kontakte nach der Geburt sein. Frischgebackene Mütter erleben häufig eine Reduktion ihres sozialen Umfelds, da kinderlose Freunde aufgrund beruflicher Verpflichtungen weniger Zeit haben oder die zeitintensive und unvorhersehbare Versorgung des Babys die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte erschwert. Um einer sozialen Isolation entgegenzuwirken, ist es notwendig, neue Kontakte aufzubauen. Dafür sind jedoch Kraftreserven und Eigeninitiative erforderlich, die durch psychische Belastungen während der Schwangerschaft und Stillzeit möglicherweise eingeschränkt sein können (Stegmüller et al., 2021, S. 6).

Viele Risikofaktoren für die Entwicklung einer postpartalen Depression sind bekannt. Somit entsteht die Möglichkeit, präventiv zu handeln und im besten Fall die Entwicklung psychischer Störungen zu verhindern oder mindestens zu mindern. Es empfiehlt sich, dass Fachpersonen bereits in der Geburtsvorbereitung das Risiko der postpartalen Depression thematisieren. Dadurch wird zudem auf das Thema aufmerksam gemacht und die Frauen werden sensibilisiert (Forster, 2024, S. 27).

3.3.5 Schutzfaktoren

Im Umgang mit belastenden Situationen spielen Schutzfaktoren eine zentrale Rolle, welche ebenfalls im Vulnerabilitäts-Stress-Modell aufgeführt sind. Sie unterstützen die erfolgreiche Bewältigung von

Herausforderungen und stehen eng mit dem Konzept der Resilienz in Verbindung. Resilienz beschreibt die psychische Widerstandsfähigkeit einer Person und bezeichnet die Fähigkeit, psychische Krisen sowie belastende Lebensereignisse trotz ungünstiger Bedingungen adaptiv zu bewältigen und sich an veränderte Situationen anzupassen. Dabei können Schutzfaktoren dazu beitragen, negative Auswirkungen von Belastungen zu verringern und die psychische Gesundheit zu stärken (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 22; Wolfersdorf & Laux, 2022, S. 196).⁷

Petermann et al. (2004) beschreiben die Resilienz als Fähigkeit, unbeschadet mit den Folgen belastender Lebensumstände umgehen zu können. Dabei können Bewältigungskompetenzen entwickelt werden. Sie führen verschiedene Faktoren auf, die zu einer höheren Resilienz beitragen. Beispielsweise ein positives Sozialverhalten, hohe Sprachfertigkeiten, positives Selbstwertgefühl, aktives Bewältigungsverhalten sowie die Fähigkeit sich zu distanzieren (S. 344).

Diese psychische Stärkung ist insbesondere beim Übergang in die Elternschaft von Bedeutung. Häufig existiert die Vorstellung, dass Elternsein eine angeborene Fähigkeit ist, die automatisch mit der Geburt des Kindes entsteht. Tatsächlich erfordert Elternsein jedoch vielfältige neue Kompetenzen, die teilweise erst erlernt und entwickelt werden müssen. Für die psychische Gesundheit ist eine Balance zwischen belastenden und positiven Erfahrungen zentral. Da in stressreichen Zeiten der Fokus leicht auf das Negative fällt, kann ein bewusster Blick auf Ressourcen das Wohlbefinden fördern. Aus diesem Grund sollten Mütter gezielt Auszeiten für das eigene Wohlbefinden in ihrem Alltag integrieren (Meier, 2021, S. 8).

Eine wesentliche innere Ressource in diesem Prozess stellt das Kohärenzgefühl dar. Es beschreibt die grundlegende Haltung eines Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben und gilt als wichtiger Einflussfaktor für Gesundheit und Wohlbefinden. Dabei übernimmt es eine zentrale Steuerungsfunktion im Umgang mit Belastungen, indem es die Auswahl jener Copingstrategien erleichtert, die zur Bewältigung eines spezifischen Stressors am geeignetsten sind. Frauen mit einem ausgeprägten Kohärenzgefühl sind häufig besser in der Lage, die Herausforderungen der neuen Lebenssituation nach der Geburt zu bewältigen. Sie haben ein grösseres Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, erkennen vorhandene Ressourcen leichter und können diese flexibel zur Bewältigung von Belastungen einsetzen (Weidner et al., 2013, S. 393).

⁷ Für das Zusammenfügen zweier Texte wurde Open AI. (2026), ChatGPT Juni Version 5.5., <https://chatgpt.com/> verwendet.

Ergänzend zu diesen allgemeinen Haltungen können konkrete Faktoren vor psychischer Anfälligkeit schützen. Bewegung, Atemübungen, Yoga sowie Erholungsphasen verbessern nachweislich die Stimmung und fördern das Wohlbefinden. Schon in der Schwangerschaft unterstützen Sport und gezielte Übungen die Gesundheit der Mutter und stärken das körperliche sowie psychische Befinden. Auch das soziale Netzwerk stellt einen wichtigen Schutzfaktor für die psychische Gesundheit dar. Unterstützende Beziehungen fördern das Wohlbefinden und die Stabilität. Entscheidend sind liebevolle, einfühlsame Beziehungen, gemeinsame Zeit und ein wertschätzender Umgang. Positive Interaktionen in der Partnerschaft können belastende Situationen zusätzlich abfedern (Meier, 2021, S. 9). Die finanzielle Sicherheit ist ebenfalls eine wichtige Grundlage für die psychische Gesundheit der Mutter. Die Berufstätigkeit wirkt sich positiv auf das Wohlbefinden aus, sofern diese den eigenen Bedürfnissen entspricht, Freude bereitet und mit den Anforderungen des Kindes vereinbar ist (Köhler-Weisker, 2023, S. 172; Meier, 2021, S. 9).⁸

3.4 Diagnostik

Besteht bei einer Patientin der Verdacht auf eine Depression, kann ein standardisiertes Screening-Verfahren eingesetzt werden, um diesen Verdacht zu überprüfen. Hierfür wird häufig der international evaluierte EPDS-Test⁹ verwendet. Der Test umfasst zehn Fragen, die von der betroffenen Frau selbst beantwortet werden. Die Antworten werden mit Punktwerten von 0 bis 3 bewertet und zu einem Gesamtwert zwischen 0 und 30 addiert. Werte über 12 beziehungsweise 14 gelten als Hinweis auf das mögliche Vorliegen einer Depression und sollten Anlass für eine weiterführende psychiatrisch-diagnostische Abklärung geben (Reiner-Lawugger, 2016, S. 151). Der EPDS-Fragebogen ist ein gut untersuchtes Screening-Instrument, das Fachpersonen hilft, psychische Belastungen frühzeitig zu erkennen. Er kann den Einstieg in Gespräche über das psychische Befinden erleichtern und dazu beitragen, betroffene Frauen rechtzeitig an geeignete Fachstellen weiterzuleiten (Dorn & Mautner, 2018, S. 95).

Das übergeordnete Ziel des Screening-Fragebogens ist es somit zu überprüfen, ob eine weitere und ausführliche Diagnostik im Hinblick auf die postpartale Depression anhand von weiteren Fragebögen durchgeführt werden sollte. Für eine genaue Diagnose reicht der EPDS nicht aus. Diese erfolgt anhand einer bestimmten Symptomkonstellation durch eine Fachperson, wobei die depressiven Beschwerden

⁸ Für das Glätten des Abschnitts wurde Open AI. (2026), ChatGPT Juli Version 5.5., <https://chatgpt.com/> verwendet.

⁹ Edinburgh Postnatal Depression Scale

mindestens zwei Wochen bestehen müssen. Von der Diagnose postpartale Depression kann erst gesprochen werden, wenn die üblichen Kriterien nach ICD erfüllt sind (Dorn & Mautner, 2018, S. 95; Dorn & Rohde, 2025, S. 18).

Trotz vorhandener Screening-Instrumente bleibt die Erkennung einer postpartalen Depression in der Praxis anspruchsvoll. Viele Beschwerden nach der Geburt können auch im Rahmen des normalen Anpassungsprozesses auftreten. Dies stellt Fachpersonen vor die Herausforderung, exakt zu unterscheiden, was physiologisch und was pathologisch ist (Salis, 2016, S. 8). Diese Abgrenzung ist besonders wichtig, da depressive Beschwerden unterschiedlich verlaufen können. Teilweise treten lediglich kurze depressive Episoden auf, während eine unbehandelte postpartale Depression über einen längeren Zeitraum von mehreren Wochen oder Monaten bestehen bleiben kann (Salis, 2016, S. 7). Bei einem anhaltenden Verlauf besteht für die betroffene Mutter das Risiko einer Chronifizierung, was unter anderem auch die Entwicklung des Kindes dauerhaft und nachhaltig prägen kann (Köhler-Weisker, 2023, S. 125).

Ergibt die diagnostische Abklärung einen entsprechenden Unterstützungsbedarf, können betroffene Frauen Informationen zur Erkrankung sowie Hinweise auf geeignete Anlaufstellen erhalten. In bestimmten Fällen kann zudem die Vermittlung eines Erstkontakts sinnvoll sein. In der Praxis fehlt jedoch häufig die notwendige Zeit für ausführliche Gespräche (Reiner-Lawugger, 2016, S. 151).

Im Rahmen der Behandlung kommen verschiedene psychotherapeutische Verfahren zum Einsatz, unter anderem die kognitive Verhaltenstherapie. Mit diesem Ansatz lassen sich sehr schnell positive Effekte erzielen, auch im Sinne der Entwicklung einer guten Mutter-Kind-Bindung. In vielen wissenschaftlichen Studien für Depressionen hat sich dieses Verfahren als besonders effektiv erwiesen (Dorn & Rohde, 2025, S. 85). Die Therapieziele umfassen in der Regel die Verbesserung der Stimmung, die Wiederaufnahme von Aktivitäten, den Aufbau positiv erlebter sozialer Kontakte sowie die Entwicklung eines angemessenen Umgangs mit dem Kind (Wolkenstein, 2023, S. 43). Nach den Erfahrungen von Köhler-Weisker (2023) erzielt die Behandlung einer postpartalen Depression die besten Ergebnisse, wenn neben der Mutter auch das Baby und der andere Elternteil in den therapeutischen Prozess einbezogen werden. Eine alleinige Behandlung der Mutter reicht häufig nicht aus, um die Interaktion zwischen Mutter und Kind nachhaltig zu verbessern. Veränderungen im Befinden und Verhalten der Mutter wirken sich auf das Kind aus, das darauf reagiert und neue Beziehungserfahrungen ermöglicht. Dadurch kann die Mutter ihr Baby zunehmend annehmen und die Beziehung als bereichernd erleben. Dieser Prozess stärkt die Bindung zwischen Mutter und Kind und wirkt sich positiv auf das gesamte Familiensystem aus (S. 125). Eine wirksame und frühzeitige Unterstützung psychisch belasteter Mütter setzt

eine enge Zusammenarbeit der beteiligten Professionen voraus. Wird die Verantwortung für die psychische Gesundheit ausschliesslich der Psychotherapie zugeschrieben, kann dies die Versorgung der Betroffenen einschränken (Junge-Hoffemeister et al., 2016; zit. in Forster, 2024, S. 26). Deshalb ist eine wertschätzende und interdisziplinäre Zusammenarbeit für die Unterstützung von den Familien zentral. Gleichzeitig zeigen Studien, dass unklare Zuständigkeiten und Schnittstellenprobleme zwischen Professionen zu Betreuungslücken führen können (Hornstein et al., 2009; zit. in Forster, 2024, S. 26).¹⁰

3.5 Tabuisierung und Stigmatisierung

Für viele Menschen stellt die Elternschaft die Verwirklichung eines grossen Lebenstraumes dar. Besonders die Mutterrolle ist gesellschaftlich häufig mit der Vorstellung verbunden, dadurch Erfüllung zu finden und von Natur aus dafür geschaffen zu sein. Die Realität widerspricht diesem idealisierten Bild jedoch häufig. Hohe Erwartungen an die Mutterschaft können deshalb mit Scham, Schuldgefühlen und Selbstzweifeln einhergehen. Besonders belastend ist diese Diskrepanz für Frauen, die eine psychische Störung im Kontext der Elternschaft entwickeln (Forster, 2024, S. 11–12).

Bei betroffenen Frauen stellt die Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung eine bedeutende Belastung dar. Frauen mit postpartaler Depression befürchten häufig, als schlechte Mutter wahrgenommen zu werden. Damit verbunden ist auch die Sorge, dass ihnen das Kind entzogen werden könnte. Diese Ängste können dazu führen, dass Betroffene ihre Symptome gegenüber Fachpersonen nicht offen ansprechen und dadurch möglicherweise auf eine therapeutische Unterstützung verzichten (Berger, 2019, S. 18). Dadurch bleiben psychische Erkrankungen häufig lange unentdeckt und unbehandelt (Forster, 2024, S. 11–12).

Die Erwartungen an die Mutterschaft werden unter anderem auch durch die Darstellung in den Medien geprägt. Dort überwiegen nach wie vor Bilder und Berichte von glücklichen Müttern mit zufriedenen Babys, während Themen wie die postpartale Depression nach der Geburt selten thematisiert werden. Für betroffene Frauen kann dies zur Folge haben, dass sie sich in diesen idealisierten Darstellungen nicht wiederfinden und sich die Belastungen zusätzlich verstärken (Dorn & Rohde, 2025, S. 70; Hofecker Fallahpour et al., 2005, S. 21).¹¹

¹⁰ Für das Glätten des Abschnitts wurde Open AI. (2026), ChatGPT Juli Version 5.5., <https://chatgpt.com/> verwendet.

¹¹ Für das Zusammenführen zweier Texte wurde Open AI. (2026), ChatGPT Juli Version 5.5., <https://chatgpt.com/> verwendet.

4 Mutter-Kind-Beziehung

Die Mutter-Kind-Beziehung ist für das vorliegende Thema relevant, da eine postpartale Depression das Bindungsverhalten beeinflussen kann. Um die Bedeutung der Beziehung besser einordnen zu können, wird in diesem Kapitel zunächst die Bindungstheorie vorgestellt. Anschliessend werden die mütterliche Feinfühligkeit und die Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Interaktion dargestellt. Die Theorie wird nur so weit erläutert, wie sie für die vorliegende Arbeit relevant scheint. Es ist der Autorenschaft bewusst, dass die Theorie noch viele weitere Aspekte enthält.

4.1 Grundlagen der Bindungstheorie

Die Bindungstheorie wurde Mitte des 20. Jahrhunderts von John Bowlby und Mary Ainsworth empirisch belegt. Ausgangspunkt waren Bowlbys Beobachtungen zu frühen Trennungserfahrungen zwischen Mutter und Kind sowie deren möglichen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung und das Verhalten (Bethke et al., 2017, S. 8).

Das Bindungssystem stellt ein angeborenes und biologisch verankertes System dar, das unmittelbar nach der Geburt aktiviert wird und dem Schutz sowie dem Überleben des Kindes dient. Es entwickelt sich in der Beziehung zwischen dem Säugling und seinen Bezugspersonen und hat die Funktion, in belastenden oder bedrohlichen Situationen Nähe, Sicherheit und Schutz zu gewährleisten. Dabei muss die primäre Bindungsperson nicht zwingend die Mutter sein. Auch Väter, Grosseltern, Pflege- oder Adoptiveltern sowie weitere konstante Bezugspersonen können diese Rolle übernehmen. Neben der Hauptbindungsperson können Kinder zu weiteren Personen Bindungsbeziehungen aufbauen (Brisch, 2022, S. 42–43).

4.1.1 Bindung und Bindungsverhalten

Zum Zeitpunkt der Geburt besteht zwischen dem Säugling und dem ihn umgebenden Erwachsenen noch keine enge emotionale Bindung. Diese entwickelt sich erst im Verlauf des ersten Lebensjahres schrittweise durch die wiederholten Interaktionen zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen. Aus den vielfältigen Erfahrungen des täglichen Miteinanders entsteht nach und nach eine besondere emotionale Beziehung, die als Bindung bezeichnet wird (Bethke et al., 2017, S. 11).

Bei der Bindungstheorie ist zwischen der bestehenden Bindung zu einer Person und dem sichtbaren Bindungsverhalten zu unterscheiden. Eine Bindung besteht dauerhaft über Zeit und räumliche

Distanz hinweg (Grossmann & Grossmann, 2014, S. 73). Unter Bindungsverhalten werden Verhaltensweisen verstanden, die darauf abzielen, die Nähe zu einer als kompetenter wahrgenommenen Person herzustellen oder aufrechtzuerhalten (Bowlby, 2024, S. 21). Dieses Bindungssystem wird vor allem in Situationen aktiviert, die beim Kind Angst und Unsicherheit auslösen. Dazu zählen beispielsweise Trennungen von der Bezugsperson, unbekannte Situationen, fremde Personen oder körperliche Schmerzen. Um in solchen Momenten Schutz, Sicherheit und Geborgenheit zu erfahren, sucht das Kind die Nähe seiner Bindungsperson. Dies geschieht unter anderem durch Blickkontakt, Nachfolgen oder das aktive Herstellen von Körperkontakt. Das Kind nimmt dabei eine aktive Rolle ein, indem es seine Bedürfnisse nach Nähe und Sicherheit signalisiert und auf die Reaktionen seiner Bezugsperson angewiesen ist (Brisch, 2022, S. 43). Eine verlässliche und feinfühlig Bindungsperson vermittelt dabei Geborgenheit und Sicherheit, wodurch die Beziehung für das Kind besonders bedeutsam wird (Bowlby, 2024, S. 21).

Wenn die primäre Bezugsperson in einer als bedrohlich erlebten Situation nicht verfügbar ist oder das Kind von ihr getrennt wird, reagiert dieses häufig mit Angst, Kummer, Weinen oder Wut. Gleichzeitig versucht es aktiv, die Nähe seiner Bindungsperson wiederherzustellen. Im Verlauf des ersten Lebensjahres entwickelt der Säugling eine Hierarchie verschiedener Bezugspersonen. In belastenden Situationen sucht er diese entsprechend ihrer Verfügbarkeit sowie dem Ausmass der erlebten Trennungsangst in einer bestimmten Reihenfolge auf (Brisch, 2022, S. 44).

Schon in der frühen Entwicklungsphase und insbesondere mit zunehmendem motorischem Fortschritt ab dem siebten und achten Lebensmonat benötigt der Säugling Raum für eigene Erkundungen (Brisch, 2022, S. 46). Bowlby (2024) beschreibt Eltern als verlässliche Basis, von der aus die Kinder ihre Umwelt erkunden können. Damit sie sich auf Entdeckungen einlassen und zunehmend selbstständiger werden, müssen sie darauf vertrauen können, dass ihre Bezugspersonen bei Bedarf erreichbar bleiben (S. 9-10).

Es ist daher die Aufgabe der Bindungsperson, diesem Explorationsbedürfnis den nötigen Freiraum zu gewähren. Eine feinfühlig Bindungsperson akzeptiert und reguliert diese Dynamik von Nähe und Distanz. Sie unterstützt das Autonomiestreben, indem sie das Kind akzeptiert, ermutigt und begleitet, ohne jedoch vorschnell in dessen Interaktionen einzugreifen. Während der Exploration bleibt sie als sichere Basis im Hintergrund verfügbar, sodass sich das Kind bei Bedarf durch visuelle Rückversicherung orientieren kann. Nach der Rückkehr von seinen Erkundungen ist es für das Kind von zentraler Bedeutung, sich emotional angenommen zu fühlen sowie in belastenden oder beängstigenden Situationen verlässlich Schutz, Trost und Unterstützung zu finden. Die Bezugsperson kann dabei darauf vertrauen, dass das Kind bei Stress ihre Nähe aktiv aufsucht. Psychische Stabilität und Selbstsicherheit

entstehen demnach dort, wo Eltern das Autonomiestreben des Kindes fördern und zugleich in Belastungssituationen als sicherer Hafen bereitstehen (Bowlby, 2024, S. 9–10; Brisch, 2022, S. 46).

Bereits bei der Geburt verfügt ein Kind über eine biologische Grundausstattung, die den Kontakt zur sozialen Umwelt und den Aufbau einer Bindung zu den Eltern unterstützt. Säuglinge und Kleinkinder besitzen angeborene Verhaltensweisen, mit denen sie in bestimmten Situationen auf ihre Bedürfnisse aufmerksam machen können. Diese Verhaltensweisen dienen dazu, fürsorgliche Bezugspersonen bei Angst, Frustration oder Trauer in die Nähe zu holen. Wenn das Kind emotionale Sicherheit und Geborgenheit benötigt, kann es dadurch aktiv Hilfe einfordern, damit seine Bedürfnisse wahrgenommen und befriedigt werden. Dem angeborenen Bindungsverhalten des Kindes steht das Pflegeverhalten der Eltern gegenüber. Beide Verhaltenssysteme sind eng aufeinander bezogen und entwickeln sich im gemeinsamen Austausch weiter. Wenn Bezugspersonen über längere Zeit verlässlich und fürsorglich auf die Signale des Kindes reagieren, können sie zu sicheren Bindungspersonen werden (Bethke et al., 2017, S. 11–13).

Eine bestehende Bindung zeigt sich insbesondere daran, dass ein Kind eine bestimmte Person dauerhaft bevorzugt, ihre Nähe auch bei Hindernissen sucht und bei einem Wiedersehen nach einer Trennung Entspannung zeigt. Um Bindung beobachten zu können, braucht es deshalb häufig Situationen, in denen die Bindungsbeziehung belastet oder durch Trennung herausgefordert wird. Sucht ein kleines Kind bei Belastung, Gefahr oder Unsicherheit nicht die Nähe seiner Bindungsperson, kann dies darauf hinweisen, dass diese Person für das Kind keine Bindungsperson ist oder dass das Kind wiederholt erfahren hat, von ihr nicht ausreichend beruhigt und geschützt zu werden (Grossmann & Grossmann, 2014, S. 73–74).¹²

4.1.2 Bindungstypen

Mary Ainsworth, Schülerin und spätere Mitarbeiterin von John Bowlby, entwickelte mit der sogenannten «Fremden Situation» ein Verfahren, mit dem unterschiedliche Bindungsqualitäten beobachtet und beschrieben werden können. Daraus wurden vier Bindungstypen abgeleitet. Welche Bindungsqualität ein Kind gegenüber seiner Bindungsperson entwickelt, hängt wesentlich davon ab, wie feinfühlig diese auf die Signale und Bedürfnisse des Kindes reagiert (Bethke et al., 2017, S. 24). Der Begriff der Bindungsqualität beschreibt die Merkmale und Ausprägungen einer Bindungsbeziehung, ohne diese zu

¹² Für das Kürzen des Kapitels wurde Open AI. (2026), ChatGPT Juni Version 5.5., <https://chatgpt.com/> verwendet.

bewerten. Der Bindungstyp stellt dabei keine feste Eigenschaft des Kindes dar, sondern zeigt, wie die Bindung zu einer bestimmten Person gestaltet ist (Bethke et al., 2017, S. 19).

Sichere Bindung

Ein sicher gebundenes Kind zeigt seine Gefühle offen. Es hat die Erfahrung gemacht, dass die Bindungsperson verlässlich verfügbar ist, weshalb es in Belastungssituationen vertrauensvoll deren Nähe sucht. Die Bindungsperson nimmt die Bedürfnisse des Kindes wahr und reagiert direkt zuverlässig, zugewandt und angemessen. Dadurch erlebt das Kind die erwachsene Person als sicheren Hafen, von dem aus es seine Umwelt erkunden und zu dem es sich bei Schwierigkeiten zurückziehen kann. Werden dem Kind Fürsorge und Unterstützung entgegengebracht, fällt es ihm später leichter, selbst Unterstützung zu suchen. Es erlebt sich als bedeutsam und kompetent, verfügt über ein positives Selbstwertgefühl und zeigt eine vergleichsweise hohe Frustrationstoleranz (Bethke et al., 2017, S. 20).

Unsicher-vermeidende Bindung

Ein häufig beobachtetes Merkmal von Kindern mit einer unsicher-vermeidenden Bindung ist die selbstständig und unabhängig wirkende Verhaltensweise. Obwohl sie Belastung und Stress erleben, bringen sie diese Gefühle kaum zum Ausdruck. Sie haben die Erfahrung gemacht, dass ihre Bedürfnisse von der Bindungsperson zurückgewiesen werden und auf ihr Bindungsverhalten ausbleibende, unangemessene oder bestrafende Reaktionen folgen. Daraus erlernt das Kind, seine Bedürfnisse und Belastungen möglichst wenig zu zeigen. Es sucht deshalb weder Trost noch körperliche Nähe, gelegentlich zeigt es ein bewusstes Abwenden von seiner Bindungsperson. Dadurch erwartet das Kind in erster Linie positive Reaktionen oder zumindest keine direkte Zurückweisung. Seine bisherigen Erfahrungen vermitteln ihm, dass es in schwierigen Situationen kaum Unterstützung erhält und sich nicht auf andere verlassen kann. Aufgrund dieser Erfahrungen entwickeln Kinder mit einer unsicher-vermeidenden Bindung häufig entweder ein stark idealisiertes oder ein sehr negatives Selbstbild. Zudem fällt es ihnen schwer, mit Niederlagen und Frustrationen umzugehen sowie ihre Gefühle angemessen auszudrücken (Bethke et al., 2017, S. 19–20).

Unsicher-ambivalente Bindung

Kinder mit einer unsicher-ambivalenten Bindung reagieren auf Trennungssituationen häufig mit starker Angst und Hilflosigkeit. Die Bindungsperson wird von ihnen als unberechenbar erlebt, da sie nicht zuverlässig einschätzen können, wie diese auf ihre Bedürfnisse reagieren wird. Dadurch erleben sie im Kontakt wenig Sicherheit. Dies kann den ausgeprägten Wunsch nach Nähe erklären, der gleichzeitig

von Ärger oder Aggression begleitet sein kann. Aufgrund dieser Unsicherheit bleibt das kindliche Bindungssystem dauerhaft aktiviert. Um damit umzugehen, entwickelt das Kind unbewusst die Strategie eines übersteigerten Bindungsverhaltens. Es sucht körperliche Nähe und reagiert rasch mit Weinen. Selbst in vertrauten Situationen fällt es dem Kleinkind schwer, seine Umgebung eigenständig zu erkunden. Häufig zeigt es ein eher passives Verhalten, indem es die Reaktionen anderer ängstlich beobachtet und durch neue Situationen schnell verunsichert wird (Bethke et al., 2017, S. 21).

Unsicher-desorganisierte Bindung

Ein unsicher-desorganisiert gebundenes Kind verfügt in Trennungssituationen über kein klares Handlungsmuster. Sein Verhalten wirkt widersprüchlich und lässt darauf schliessen, dass ihm für die Bewältigung der Situation keine angemessene Verhaltensstrategie zur Verfügung steht. In solchen Momenten bricht das Bindungssystem gewissermassen zusammen, wodurch lediglich grundlegende Verhaltensmuster aktiviert werden. Diese Kinder zeigen auffällige Verhaltensweisen wie Erstarren, Angst gegenüber der Bindungsperson, zielloses Umherwandern oder stereotype Handlungen. Die Ursache dafür liegt oftmals in traumatischen Erfahrungen der Eltern respektive des Kindes. Sind die Eltern selbst traumatisiert, können sie häufig nicht angemessen auf das Kind eingehen. Dadurch fehlt dem Kind eine verlässliche emotionale Basis sowie eine sichere Orientierung im Beziehungsaufbau. Liegen traumatische Erfahrungen beim Kind selbst vor, können diese die Entwicklung eines sicheren Bindungsverhaltens ebenfalls beeinträchtigen (Bethke et al., 2017, S. 22).¹³

4.2 Mütterliche Feinfühligkeit

Mütterliche Feinfühligkeit in der Kommunikation mit dem Säugling wird anhand von vier Merkmalen beschrieben. Zunächst muss die Mutter das Befinden des Kindes wahrnehmen können. Dazu gehört, dass sie dem Kind aufmerksam zugewandt und geistig präsent ist. Seine Signale werden nicht erst bei starker Ausprägung bemerkt. Weiter ist entscheidend, dass sie die Äusserungen des Säuglings aus dessen Perspektive und entsprechend seinem Befinden interpretiert, ohne diese durch eigene Bedürfnisse zu überlagern. Darauf sollte eine möglichst zeitnahe Reaktion folgen, damit der Säugling einen Zusammenhang zwischen seinem Verhalten und der Reaktion der Mutter herstellen kann. Dadurch erlebt er, dass seine Signale wirksam sind. Bleibt eine solche Reaktion aus, kann hingegen ein Gefühl von Hilflosigkeit entstehen. Schliesslich muss die Reaktion angemessen sein, also dem entsprechen, was der

¹³ Für das Kürzen des Kapitels wurde Open AI. (2026), ChatGPT Juni Version 5.5., <https://chatgpt.com/> verwendet.

Säugling in der jeweiligen Situation braucht. Was als angemessen gilt, verändert sich dabei mit der Entwicklung des Kindes (Grossmann & Grossmann, 2014, S. 121–122).

Ergänzend wird deutlich, dass feinfühliges Verhalten dem Säugling früh vermittelt, dass seine Signale Wirkung haben. Wenn die Mutter zuverlässig auf die Äusserungen des Kindes reagiert, kann das Kind erfahren, dass es durch sein Verhalten Nähe, Zuwendung und Fürsorge auslösen kann. Dadurch erlebt es sich als wirksam in der Beziehung zu seiner Umwelt. Diese Erfahrung bildet eine wichtige Grundlage dafür, dass das Kind sich geschützt fühlt und seine Umgebung in positiver Befindlichkeit erkunden kann. Feinfühligkeit ist dabei von Überbehütung zu unterscheiden, da die Bezugsperson nicht vor-schnell eingreift, sondern auf die geäusserten Bedürfnisse des Kindes reagiert (Ainsworth & Bell, 1974/2003; zit. in Grossmann & Grossmann, 2014, S. 123).

Feinfühliges Pflegeverhalten gilt als wichtige Grundlage für die Entwicklung einer sicheren Bindung. Wenn die Bedürfnisse des Säuglings zuverlässig wahrgenommen und beantwortet werden, erfährt es wiederholt, dass seine Signale verstanden werden und Unterstützung verfügbar ist (Brisch, 2022, S. 44). Dieses elterliche Pflege- und Bindungsverhalten folgt laut Bowlby (2024) bestimmten biologischen Entwicklungslinien, bei denen Eltern impulsiv auf ihr Kind reagieren. Selbstverständlich sind diese Verhaltensmuster anfangs jedoch nur ansatzweise vorhanden und müssen zuerst erlernt werden. Dies geschieht durch den Umgang mit anderen Babys, die frühere Beobachtung fremder Eltern oder den unterschiedlichen Erfahrungen mit den eigenen Eltern (S. 5).

Werden kindliche Signale hingegen nicht, unzureichend oder widersprüchlich beantwortet, bleibt dieses feinfühlige Handeln aus und die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer unsicheren Bindung wird erhöht. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn die Reaktionen der Bezugsperson für das Kind nicht vorhersehbar sind und zwischen übermässiger Zuwendung und Zurückweisung wechseln. Bei schwerwiegender Vernachlässigung besteht zudem das Risiko, dass sich Bindungsstörungen entwickeln (Brisch, 2022, S. 44).

4.3 Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Interaktion

Insbesondere Elternteile, die zu ängstlichen oder zwanghaften Verhaltensweisen neigen, haben manchmal Schwierigkeiten, sich auf die starken Veränderungen der Bedürfnisse des Säuglings anzupassen. Liegt eine postpartale Depression der Mutter vor, steigt das Risiko für die Entstehung einer Bindungsverzögerung oder Bindungsstörung. Dies kann die Mutter-Kind-Interaktion dauerhaft beeinflussen und sich im schlimmsten Fall negativ auf die Entwicklung des Kindes auswirken (Dorn & Rohde, 2025, S. 130).

Leidet eine Mutter nach der Geburt an einer Depression, ist ihre Fähigkeit, freudvoll und feinfühlig mit ihrem Baby in Kontakt zu treten, häufig eingeschränkt. Da sie stark mit ihren eigenen Ängsten, Sorgen und belastenden Gedanken beschäftigt ist, fällt es ihr oft schwer, die Bedürfnisse und Gefühle ihres Kindes wahrzunehmen und angemessen darauf zu reagieren. Dies kann dazu führen, dass sie ihrem Baby zu wenig emotionale Resonanz bietet oder umgekehrt aus Unsicherheit und der Angst, keine gute Mutter zu sein, überfürsorglich und kontrollierend handelt. Dadurch können die Entwicklung der Selbstständigkeit und die natürliche Interaktion des Kindes beeinträchtigt werden (Köhler-Weisker, 2023, S. 174).

Depressive Mütter sind oft nicht in der Lage, adäquat auf die kindlichen Bedürfnisse zu reagieren, was dazu führen kann, dass auch die Kinder ein depressives Interaktionsmuster entwickeln. Die Kinder werden ruhig und wirken zurückgezogen. Sie lächeln kaum, auch nicht in Kontakt mit anderen Personen. Es lässt sich beobachten, dass betroffene Mütter oft mit enormem Energieaufwand versuchen, aus der inneren depressiven Grundstimmung heraus eine Normalsituation für ihr Baby herzustellen. Die Mutter versucht beispielsweise mit dem Baby durch eine Rassel zu spielen, kommt dabei aber nicht wirklich mit dem Kind in Kontakt. Das Baby ist dadurch irritiert und beginnt zu weinen. Dies führt bei der Mutter zur nächsten Frustration und somit zu einer Negativspirale, welche rasch zu einer destruktiven Dynamik führt und die Mutter-Kind-Beziehung belasten kann (Reiner-Lawugger, 2016, S. 155).

Als Gegenpol zu den beschriebenen Interaktionsstörungen bietet sich ein Blick auf ein klassisches psychoanalytisches Konzept an. Der amerikanische Kinderarzt und Psychoanalytiker Donald Winnicott hat in den 1950er Jahren den Begriff „good enough mother“¹⁴ geprägt. Damit führt er vom Bild einer idealisierten Mutter weg und betont, dass das Hineinwachsen in die Mutterrolle sowie der Aufbau einer stabilen Mutter-Kind-Bindung Zeit und eigene Erfahrungen erfordern. Da sich gesellschaftliche Ansprüche an Eltern ständig wandeln und kulturell beeinflusst werden, muss nicht alles von Anfang an perfekt funktionieren. Eine gute Mutter zeichnet sich vielmehr dadurch aus, dass sie die Bedürfnisse ihres Kindes erfüllt, ohne dabei ihre eigenen zu vernachlässigen. Dazu gehört auch, dass sie nicht rund um die Uhr immer sofort verfügbar sein muss. Da das Muttersein ein Lernprozess ist, wird das Auffüllen der eigenen Reserven als essenziell gesehen. Selbst wenn es gerade depressiven Müttern schwerfällt, ist die zeitweise Fremdbetreuung ein wichtiger Faktor. Dadurch kann die Mutter wieder richtig schlafen oder etwas Zeit für sich haben, was zur Entspannung beitragen kann. Für eine stabile Mutter-Kind-Beziehung sind solche kurzen Trennungsphasen wichtig (Dorn & Rohde, 2025, S. 132–133).

¹⁴ Ausreichend gute Mutter

Wenn psychische Belastungen bereits während der Schwangerschaft erkannt und ernstgenommen werden, können präventive Massnahmen zur Bindungsförderung ausgearbeitet werden. Dadurch wird die schwangere Frau entlastet und möglichen negativen Auswirkungen auf die Entwicklung des ungeborenen Kindes können frühzeitig vorgebeugt werden (Köhler-Weisker, 2023, S. 151). Ausserdem gibt es verschiedene Möglichkeiten zur Frühintervention bei der drohenden Entwicklung von Bindungsstörungen sowie verschiedene Behandlungsstrategien, falls eine solche Störung schon eingetreten ist. Bei den meisten Verfahren ist das Konzept der Feinfühligkeit integriert (Dorn & Rohde, 2025, S. 132).¹⁵

¹⁵ Für das Glätten des Kapitels wurde Open AI. (2026), ChatGPT Juni Version 5.5., <https://chatgpt.com/> verwendet.

5 Methodisches Vorgehen

Dieses Kapitel widmet sich dem methodischen Vorgehen der vorliegenden Arbeit und bildet die Grundlage für den empirischen Teil der Untersuchung. Zu Beginn wird das Forschungsdesign mit dem dazugehörigen Forschungsziel erläutert. Anschliessend wird die qualitative Forschungsmethodik näher beschrieben und dabei das Sampling, der Feldzugang sowie die Erhebungsmethode ausgeführt. Zum Schluss werden die Vorgehensweisen zur Datenaufbereitung und Datenauswertung dargestellt.

5.1 Forschungsdesign

Das Forschungsziel der vorliegenden Arbeit leitet sich aus der Fragestellung wie in Kapitel 1.2 aufgeführt ab. Es wird aus der Perspektive von Fachpersonen untersucht, wie die Soziale Arbeit Mütter mit postpartaler Depression unterstützen und gleichzeitig die Mutter-Kind-Beziehung stärken kann.

Die qualitative Forschung zielt laut König (2016) darauf ab, subjektive Erfahrungen, Sichtweisen und Einstellungen von Personen systematisch zu erfassen und zu analysieren. Im Mittelpunkt steht das Verständnis individueller Perspektiven und deren Bedeutung für ein bestimmtes Phänomen. Durch eine regelgeleitete Auswertung können zugrunde liegende Sinnzusammenhänge und Handlungsmuster identifiziert werden, die zur Erklärung des untersuchten Gegenstands beitragen (S. 43).

Im Gegensatz zur quantitativen Forschung, die auf die Messung und statistische Auswertung von Daten ausgerichtet ist, ermöglicht der qualitative Ansatz ein vertieftes Verständnis solcher persönlichen Eindrücke (König, 2016, S. 43). Da die Zielsetzung dieser Arbeit auf den fachlichen Perspektiven von Expertinnen und Experten liegt, wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Durch diese methodische Herangehensweise können die individuellen Erfahrungen, fachlichen Einschätzungen und praxisbezogenen Handlungsmöglichkeiten besonders differenziert herausgearbeitet werden.¹⁶

5.2 Expert:inneninterviews

Die qualitative Erhebung erfolgte in Form von Expert:inneninterviews, welche als Sonderform des leitfadengestützten Interviews gelten. Die befragte Person ist als Expert:in für gewisse Handlungsfelder interessant (Mayer, 2013, S. 38). Sie liefern keine objektiven Informationen, sondern ermöglichen Ein-

¹⁶ Für die Glättung des Kapitels wurde Open AI. (2026), ChatGPT Juni Version 5.5., <https://chatgpt.com/> verwendet.

blicke in einen spezifischen Ausschnitt der Wirklichkeit, aus Sicht der jeweiligen Fachperson. Diese Methode unterscheidet sich von anderen Interviewformen nicht durch den Ablauf oder die Art der Fragen. Die Besonderheit liegt vielmehr in der Rolle des Interviewpartners/der Interviewpartnerin. Für die Forschenden steht nicht die Person mit ihren individuellen Eigenschaften im Mittelpunkt, sondern ihr Fach- und Erfahrungswissen. Der/die Expert:in dient dabei als Informationsquelle, über die gezieltes Wissen zu einem bestimmten Untersuchungsgegenstand gewonnen werden kann (Rechberg, 2016, S. 128).¹⁷

5.3 Sampling und Feldzugang

Zur Stichprobenbildung für Expert:inneninterviews ist es notwendig, die Frage nach den Experten zu klären. Als Experte gilt jemand, der auf einem begrenzten Fachgebiet über ein spezifisches und abrufbares Wissen verfügt (Mayer, 2013, S. 41). Die Stichprobe kann vor Beginn der Untersuchung anhand bestimmter Merkmale festgelegt werden. Hierfür werden vorab Kriterien bestimmt, nach denen die Stichprobe gezielt zusammengestellt wird. Diese orientieren sich an der Fragestellung der Untersuchung sowie den theoretischen Vorüberlegungen (Mayer, 2013, S. 39). Da sich die Forschungsfrage auf Expert:innen aus der Profession der Sozialen Arbeit bezieht, wurden zunächst Fachpersonen mit sozialpädagogischem Hintergrund gesucht. Gleichzeitig war die praktische Erfahrung in der Begleitung von Müttern mit postpartaler Depression ein zentrales Auswahlkriterium. Die Auswahl von insgesamt sechs geeigneten Fachpersonen erwies sich jedoch als herausfordernd, weshalb die Samplingkriterien im Verlauf des Forschungsprozesses erweitert wurden. Insgesamt wurden drei Interviews mit Sozialpädagoginnen sowie drei Interviews mit Fachpersonen aus den Bereichen Beraterin frühe Kindheit sowie Mütter-Väter-Beratung durchgeführt. Um eine heterogene Stichprobe zu gewährleisten, wurde darauf geachtet, Personen aus unterschiedlichen Institutionen und Kantonen einzubeziehen.

Die Kontaktaufnahme mit den Fachpersonen aus dem Bereich Soziale Arbeit erfolgte direkt, da eine der Autorinnen bereits berufliche Kontakte hatte. Die anderen interviewten Personen wurden per E-Mail angefragt. Vor den Leitfadeninterviews erhielten alle Teilnehmenden Informationen zur geplanten Durchführungsart, zur vorgesehenen Dauer sowie ausgewählte Leitfragen als Orientierung. Die Interviews fanden je nach Möglichkeit entweder vor Ort oder online über Microsoft Teams statt.¹⁸

¹⁷ Für das Kürzen des Abschnitts wurde Open AI. (2026), ChatGPT Juni Version 5.5., <https://chatgpt.com/> verwendet.

¹⁸ Für das Glätten wurde OpenAI. (2026), ChatGPT Juni Version 5.5., <https://chatgpt.com/> verwendet.

5.4 Leitfaden

Expert:inneninterviews werden in der qualitativen Sozialforschung grundsätzlich als teilstrukturierte Interviews durchgeführt. Daher ist die Entwicklung eines Leitfadens ein zentraler Bestandteil der Vorbereitung und erfordert eine entsprechend sorgfältige und zeitintensive Planung (Bogner et al., 2014, S. 27–28). Im Leitfadeninterview gilt das Prinzip der Offenheit, das heisst das Gespräch wird auf bestimmte Fragestellungen fokussiert. Die forschende Person überlegt sich diese im Vorhinein und verfasst einen sogenannten Leitfaden (Rechberg, 2016, S. 124).

Der Leitfaden dient sowohl der inhaltlichen Strukturierung des Forschungsgegenstandes als auch als Orientierungshilfe während des Interviews. Der Umfang und Detaillierungsgrad eines Leitfadens können variieren. Während einige Leitfäden lediglich die zu behandelnden Themenbereiche enthalten, umfassen andere bereits konkrete und offene Fragestellungen (Bogner et al., 2014, S. 27–28). Auf diese kann die befragte Person frei antworten (Mayer, 2013, S. 37). Die Anzahl der Fragen hängt von verschiedenen Faktoren ab. Zum einen kommt es auf den Bedarf der forschenden Person und dem vereinbarten Zeitbudget an, zum anderen der Komplexität der Fragen sowie der Redemotivation des Gesprächspartners. Die Reihenfolge der Fragen kann grundsätzlich nach Prioritäten und Themen sortiert werden, dadurch sollen grosse inhaltliche Sprünge während des Gesprächs vermieden werden (Rechberg, 2016, S. 137).

Durch den konsequenten Einsatz des Leitfadens wird zum einen die Vergleichbarkeit der Daten erhöht und zum anderen gewinnen die Daten durch die Fragen eine Struktur. Der Leitfaden soll sicherstellen, dass wesentliche Aspekte der Forschungsfrage nicht übersehen werden (Mayer, 2013, S. 37). Im Unterschied zur quantitativen Sozialforschung ist in qualitativen Interviews keine vollständige Standardisierung der Fragen erforderlich. Entscheidend ist vielmehr, dass alle relevanten Themenbereiche abgedeckt werden und ein möglichst natürlicher Gesprächsfluss entsteht. Das Interview soll jedoch nicht strikt nach der festgelegten Reihenfolge verlaufen. Die konkrete Formulierung der Fragen kann dabei an die jeweilige Gesprächssituation angepasst werden. Für das detaillierte Nachfragen sind Folgefragen möglich. Während der Erhebung dient der Leitfaden vor allem als Gedächtnisstütze und Orientierungshilfe, nicht als festes Skript. Mit zunehmender Erfahrung ermöglicht er eine flexible und zugleich strukturierte Gesprächsführung (Bogner et al., 2014, S. 28; Mayer, 2013, S. 37).¹⁹

¹⁹ Für das Zusammenführen zweier Texte wurde Open AI. (2026), ChatGPT Juni Version 5.5., <https://chatgpt.com/> verwendet.

Der Leitfaden für die vorliegende Arbeit orientierte sich unter anderem auch an der Theorie nach Bogner et al. (2014). Er gliederte sich in verschiedene Themenblöcke, denen jeweils ein bis drei konkrete Fragestellungen zugeordnet wurden. Die Themenblöcke sollten dabei inhaltlich in sich geschlossen formuliert sein, sodass sie bei Bedarf flexibel in ihrer Reihenfolge angepasst werden können. Weicht das Gespräch im Interviewverlauf in eine andere thematisch relevante Richtung ab, sollte dieser Entwicklung nicht entgegengewirkt werden. Stattdessen ist es sinnvoll, den natürlichen Gesprächsverlauf zuzulassen und den Erzählungen der interviewten Person zu folgen (S. 29-30).

5.5 Erhebung

Als Voraussetzung für die Befragungen wurde vorab die schriftliche Zustimmung zur Erfassung und Nutzung personenbezogener Daten eingeholt. Auf dem Dokument der Hochschule Luzern bestätigten die befragten Personen mit ihrer Unterschrift sowohl die akustische Aufzeichnung als auch die spätere Transkription und die anonymisierte Publikation im Rahmen der Bachelorarbeit.

Die Interviews begannen mit der Vorstellung der Forschungsarbeit sowie der Beantwortung offener Fragen seitens der teilnehmenden Person. Nach der Klärung allfälliger Fragen wurde die erste Leitfrage gestellt und so das Interview Schritt für Schritt in einem angenehmen Gesprächsfluss durchgeführt. Nachfragen kamen zum Einsatz, wenn die Interviewpartner:in einen Aspekt nicht bereits von sich aus beantwortet hatte. Um neben der akustischen Aufnahme zusätzliche Eindrücke festzuhalten, wurden während des Interviews Feldnotizen erstellt. Hierbei notiert sich die forschende Person die wesentlichen Antworten des Gesprächspartners in Stichworten (Rechberg, 2016, S. 138).

5.6 Datenaufbereitung und -auswertung

Die Auswertung qualitativer Interviews beginnt mit der Vorbereitung der Daten und deren Import in die Analysesoftware (Kuckartz & Rädiker, 2024a, S. 1). Bevor dieser Schritt getätigt werden kann, müssen die Daten zuerst transkribiert werden. Unter Transkription versteht man die Verschriftlichung einer Audioaufnahme, bei der das Gesprochene schriftlich festgehalten und für anschliessende Analysen zugänglich gemacht wird. In der Literatur wird zwischen einfachen und detaillierten Transkripten unterschieden. Für die vorliegende Bachelorarbeit wurden einfache Transkripte erstellt. Dabei steht der gesprochene Inhalt im Vordergrund, während nonverbale Äusserungen nur grob dokumentiert werden (Dresing & Pehl, 2018, S. 16–17). Die Transkripte wurden mithilfe der Software noScribe erstellt und anschliessend sorgfältig von den Autorinnen korrigiert. Da in den Expert:inneninterviews personenbezogene und vertrauliche Informationen ausgetauscht wurden, erfolgte in der Transkription die

Anonymisierung sämtlicher persönlicher Daten. Dadurch sind weder Rückschlüsse auf einzelne Personen noch auf die beteiligten Institutionen möglich.

Die Auswertung der aufbereiteten Daten erfolgte nach der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2024b), da sich das Ablaufmodell gut für Leitfadeninterviews eignet (S. 130). Die folgende Abbildung veranschaulicht den Ablauf des Analyseprozesses in sieben Phasen, während die Forschungsfrage im Zentrum steht (Kuckartz & Rädiker, 2024b, S. 132).

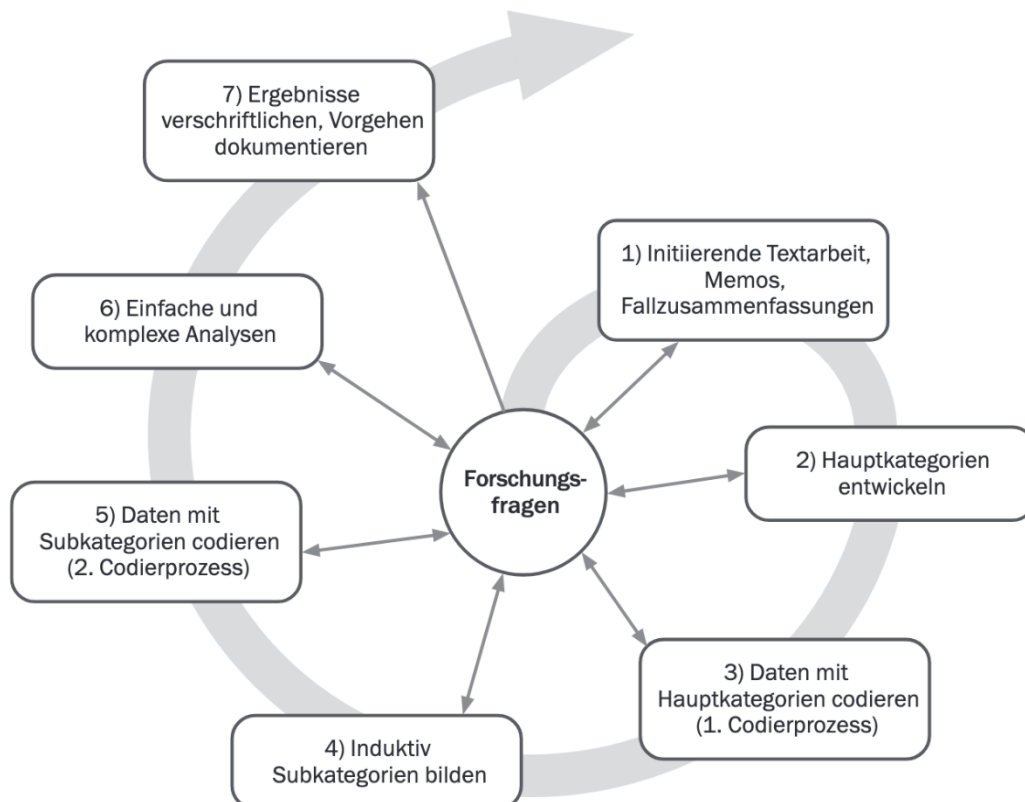


Abbildung 1: Ablauf einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz & Rädiker, 2024b, S. 132)

Die Transkripte wurden in die Software MAXQDA importiert, um den Prozess der Datenauswertung zu professionalisieren. Die sieben Schritte der Inhaltsanalyse wurden mithilfe dieser Software durchgeführt.

Schritt 1: Die erste Phase umfasste das sorgfältige Gegenlesen der Transkripte. Dabei wurden wichtige Textstellen markiert und Besonderheiten in Form von Memos festgehalten. Zum Abschluss dieser Phase wurde für jedes Interview eine Zusammenfassung erstellt (Kuckartz & Rädiker, 2024b, S. 132–133), die durch einen mündlichen Austausch der Autorinnen zusammengeführt wurde.

Schritt 2: Zur inhaltlichen Strukturierung wurden Hauptkategorien entwickelt. Diese können deduktiv aus den Forschungsfragen oder dem Interviewleitfaden abgeleitet sowie induktiv aus dem Datenmaterial entwickelt werden (Kuckartz & Rädiker, 2024b, S. 133–134). Die Gesamtheit aller Kategorien wird

als Kategoriensystem bezeichnet. In der vorliegenden Arbeit wurde ein hierarchisches Kategoriensystem verwendet, das sich aus übergeordneten Hauptkategorien und untergeordneten Subkategorien zusammensetzt. Da das Kategoriensystem eng an den Forschungsfragen ausgerichtet ist, wurde bei jeder Kategorie überprüft, ob sie zur Beantwortung der Forschungsfrage beiträgt (Kuckartz & Rädiker, 2024b, S. 61–63). Gewisse Hauptkategorien wurden vom Interviewleitfaden übernommen, andere Kategorien wurden induktiv verändert oder ganz neu gebildet.

Schritt 3: Dieser Schritt umfasste den ersten Codierprozess. Dabei wurde das gesamte Datenmaterial Zeile für Zeile bearbeitet und den zuvor entwickelten Hauptkategorien zugeordnet. Da einzelne Textstellen mehrere Themen enthalten können, ist die Zuordnung mehrerer Kategorien zu einem Textsegment möglich. Inhaltlich nicht relevante Textabschnitte wurden nicht codiert und bleiben somit unberücksichtigt (Kuckartz & Rädiker, 2024b, S. 134).

Schritt 4: In der vierten Phase wurden die Hauptkategorien weiter ausdifferenziert, indem vorwiegend induktiv Subkategorien aus dem Datenmaterial entwickelt wurden. Hierfür wurden alle einer Hauptkategorie zugeordneten Textstellen zusammengetragen und inhaltlich analysiert. Auf dieser Grundlage entstanden passende Subkategorien, die anschliessend strukturiert und definiert wurden (Kuckartz & Rädiker, 2024b, S. 138). Auch in diesem Schritt gab es vereinzelte Subkategorien, die bereits als Unterfragen im Interviewleitfaden vorhanden waren und somit deduktiv gebildet wurden.

Schritt 5: Hier stand die nächste Codierphase im Zentrum. Dabei wurden die bereits mit Hauptkategorien codierten Textstellen erneut bearbeitet und den zuvor entwickelten Subkategorien zugeordnet. Dieser Schritt diente der präziseren inhaltlichen Strukturierung des Datenmaterials. Im Verlauf dieser Phase konnten die Subkategorien bei Bedarf nochmals angepasst oder ergänzt werden (Kuckartz & Rädiker, 2024b, S. 142–143).

Schritt 6: In der sechsten Phase fanden einfache und komplexe Analysen statt. Kuckartz und Rädiker (2024b) unterscheiden verschiedene Analyseformen und betonen, dass nicht alle davon für die inhaltliche Auseinandersetzung notwendig sind (S. 148). Für die Analysen der Transkripte wurden hauptsächlich Visualisierungen in Form von Tabellen verwendet sowie Zusammenhänge zwischen einzelnen Kategorien festgestellt.

Schritt 7: Der letzte Schritt umfasste die Ergebnissicherung, indem Ergebnisse verschriftlicht und der gesamte Auswertungsprozess dokumentiert wurde. Dabei wurden die Erkenntnisse anhand der Forschungsfragen strukturiert dargestellt und durch passende Interviewzitate veranschaulicht. Zudem wurde das methodische Vorgehen beschrieben, indem die Entwicklung des Kategoriensystems sowie

die Bildung der Haupt- und Subkategorien nachvollziehbar dokumentiert wurden. Abschliessend wurden die Ergebnisse im Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfrage zusammengefasst (Kuckartz & Rädiker, 2024b, S. 154–156).²⁰

²⁰ Für die Glättung des Kapitels wurde Open AI. (2026), ChatGPT Juni Version 5.5., <https://chatgpt.com/> verwendet.

6 Forschungsergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse aus den sechs durchgeführten Interviews dargestellt. Die Zitate wurden direkt aus dem Transkript übernommen. Für eine angenehmere Lesbarkeit wurden einzelne formale Anpassungen vorgenommen, ohne den Inhalt der Aussagen zu verändern. Da alle Befragten weiblich gelesene Personen sind, spricht die Autorenschaft ab folgendem Kapitel von Expertinnen. Die Interviews eins bis drei wurden mit Sozialpädagoginnen durchgeführt, vier bis sechs mit Fachpersonen aus der Mütter-Väter-Beratung. Für alle befragten Expertinnen wurde derselbe Leitfaden sowie das gleiche Kategoriensystem verwendet. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Darstellung der Haupt- und Subkategorien und bildet die Gliederung für dieses Kapitel. Die von den Fachpersonen genannten regionalen Unterstützungsangebote werden aus Gründen der Anonymisierung nicht genannt. Trotzdem sind hilfreiche Angebote für Mütter mit postpartaler Depression relevant und werden von den Autorinnen als wichtige Nennung erachtet. Deshalb befindet sich eine allgemeine Übersicht ausgewählter Unterstützungsangebote im Anhang.

HAUPTKATEGORIE	SUBKATEGORIE
Rolle der Expertin	Herausforderungen
	Begleitung von Entwicklungsprozessen
Postpartale Depression	Symptomatik
	Risikofaktoren
	Stigmatisierung und Tabuisierung
Mutter-Kind-Beziehung	Elterliche Handlungsfähigkeit
	Bindungsaufbau
Unterstützung	Annahme Hilfe
	Netzwerk
	Lebenswelt
	Interdisziplinarität
	Peers
Früherkennung	Schlüsselakteur:innen
	Methoden
	Lücken
Entwicklungsbedarf	Finanzierung und Auftrag der Sozialen Arbeit
	Gesellschaftliche Sensibilisierung

Tabelle 1: Categoriesystem (eigene Darstellung)

6.1 Rolle der Expertinnen

Als Einstiegsfrage in den Interviews wurden die Rolle und die dazugehörigen Aufgaben der jeweiligen Interviewpartnerin abgefragt. In dieser Hauptkategorie wird deutlich, dass die befragten Fachpersonen ihre Rolle sehr breit verstehen. Sie beschreiben sich nicht nur als beratende Personen, sondern auch als alltagsnahe Begleiterinnen, vermittelnde Stellen sowie stabilisierende Bezugspersonen für Mutter und Kind. Besonders deutlich wird dies in der Beschreibung der Elternberatung. Zwei Fachpersonen beschreiben ihre Tätigkeit in diesem Zusammenhang als eine Art Case Management (Interview 2, Z. 11-16 & Z. 24-28 / Interview 5, Z. 10-13).

Zwei Fachpersonen betonen, dass ihre Arbeit häufig aufsuchend erfolgt. Durch Hausbesuche erhalten sie Einblick in die Lebenssituation der Familien und können wahrnehmen, welche Themen im Alltag gerade im Vordergrund stehen (Interview 5, Z. 14-16 & Z. 105-109 / Interview 4, Z. 403-406). In einem weiteren Interview wird die Rolle als alltagsnah beschrieben. Eine Fachperson nennt Wochengespräche, videobasierte Beratung und die Begleitung der Mutter-Kind-Interaktion als zentrale Bestandteile der sozialpädagogischen Arbeit (Interview 1, Z. 11-14).

Ein weiteres zentrales Merkmal der Rolle ist die Schnittstellenfunktion. Eine Expertin beschreibt, dass Sozialpädagoginnen zwischen Mutter, Kind, Familiensystem und weiteren Fachpersonen vermitteln und je nach Situation die Perspektive wechseln müssen (Interview 3, Z. 39 & Z. 46-48). Eine andere Fachperson versteht sich als Übersetzerin zwischen Mutter und Kind und bietet Unterstützung, um die Kommunikation wieder verständlicher zu machen.

«Ich sehe mich auch als Übersetzerin von Mama zu Kind oder Kind zu Mama» (Interview 2, Z. 16)

6.1.1 Herausforderungen

Durch mehrere Interviewergebnisse wird deutlich, dass sich die Fachpersonen in einem anspruchsvollen Spannungsfeld bewegen und gewisse Aufgaben über den offiziellen Stellenbeschrieb hinausgehen. Eine zentrale Herausforderung besteht in der Abgrenzung zwischen Beratung und Therapie. Eine Fachperson beschreibt, dass sich die Mütter-Väter-Beratung grundsätzlich von der Therapie abgrenzt, wobei die Grenzen jedoch im sozialberaterischen Bereich verschwimmen (Interview 5, Z. 16-19). Im vierten Interview kommt zum Ausdruck, dass die Fachperson Aufgaben ausführt, für die sie nicht verantwortlich ist, die jedoch von niemandem sonst übernommen werden (Interview 4, Z. 50-51).

Eine weitere Herausforderung zeigt sich in der Balance zwischen den Bedürfnissen der Mutter und denen des Kindes. Eine Expertin beschreibt, dass das Team immer wieder reflektieren muss, wo es

aktuell steht und ob die Waage zwischen Mutter und Kind noch gehalten werden kann (Interview 3, Z. 53-64). Auch das gemeinsame Aushalten ist anspruchsvoll, weil Fachpersonen sowohl die Belastung der Mutter ernst nehmen als auch die gesunde Entwicklung des Kindes im Blick behalten müssen.

*«...dort muss man auch etwas aushalten, als Sozialpädagogin. Und wie auch anerkennen, dass diese Mama jetzt einfach in dem Rahmen, wo sie es kann, das gerade macht, (.) und wie nicht mehr»
(Interview 2, Z. 135-137)*

Die Freiwilligkeit der Angebote stellt ebenfalls eine Herausforderung dar. Dies wird im zweiten Interview deutlich, indem die befragte Person beschreibt, dass sie Unterstützung anbieten können und gleichzeitig akzeptieren müssen, wenn eine Mutter oder Familie nur begrenzt dazu bereit ist, Hilfe anzunehmen (Interview 5, Z. 125-127). Auch im Interview sechs kommt hervor, dass sie durch das freiwillige Setting nicht alle Familien erreichen (Interview 6, Z. 14-15).

Zusammenfassend zeigen die Herausforderungen, dass die Expertinnen ständig zwischen Unterstützung, Abgrenzung, Schutz des Kindes, Freiwilligkeit und Stabilisierung der Mutter abwägen müssen. Sie erkennen kleine Entwicklungsschritte und müssen gleichzeitig einschätzen, wann zusätzliche Unterstützung oder eine weiterführende Triage erforderlich wird.

6.1.2 Begleitung von Entwicklungsprozessen

Die Subkategorie zeigt, dass die befragten Expertinnen ihre Aufgabe nicht nur in der unmittelbaren Entlastung sehen, sondern auch in der langfristigen Entwicklung von Mutter, Kind und Familiensystem. Ein wichtiger Ausgangspunkt für diesen Prozess ist die Beziehungsarbeit. Eine interviewte Person erläutert, dass diese gerade zu Beginn sehr viel Raum einnimmt, weil die Beziehung erst die Grundlage dafür schafft, dass eine Mutter Ängste und Sorgen gegenüber der Fachperson ansprechen kann. Denn erst wenn diese Themen ausgesprochen sind, können sie gemeinsam angegangen werden (Interview 3, Z. 121-125). Deshalb braucht es einen tragfähigen Beziehungsaufbau, worüber mehrere der befragten Personen gesprochen haben. Wie schnell sich Mütter öffnen, hängt von ihrem Vertrauen, ihren bisherigen Erfahrungen und ihrer individuellen Offenheit ab. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung benötigt deshalb je nach Ausgangslage unterschiedlich viel Zeit (Interview 4, Z. 427-435 / Interview 6, Z. 396-403).

Die Begleitung von Entwicklungsprozessen zeigt sich auch in der konkreten Alltagsstrukturierung. Die Fachpersonen unterstützen Mütter dabei, neue Abläufe mit dem Kind zu entwickeln, Situationen gemeinsam durchzugehen und den Alltag wieder einfacher zu gestalten. Dadurch sollen Mütter wieder

Kapazität gewinnen, um sich selbst und die gemeinsame Beziehung zum Kind besser wahrzunehmen (Interview 3, Z. 19-22 & Z. 145-151 / Interview 4, Z. 42-44).

Der Entwicklungsprozess wird von den Expertinnen bewusst wahrgenommen und auch die kleinen Schritte werden hervorgehoben. Im zweiten Interview erklärt die Fachperson, dass bei jeder Mutter Entwicklungsschritte sichtbar werden können, auch wenn sie sehr klein sind.

«...und eigentlich sieht man bei jeder Mama kleine Schritte. Sei es auch wirklich mini, mini, mini, aber auch wenn es nur mal ein herzliches Wort ist, es ist mal eine schöne Berührung, es ist wieder mehr Blickkontakt. Man muss sehr achtsam sein selber mit der Beobachtung der Mamas, damit man das dann erkennt» (Interview 2, Z. 138-142)

Ein wichtiger Bestandteil der professionellen Begleitung ist die Ressourcenorientierung. Diese wird in mehreren Interviews genannt und beschreibt ein wesentliches Element des Entwicklungsprozesses der Mütter (Interview 1, Z. 14 / Interview 5, Z. 123). Eine Expertin beschreibt Alltagssituationen, in denen viele Mütter das Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten verlieren. Deshalb wird in der Begleitung bewusst an vorhandene Ressourcen angeknüpft und der Blick auf positive Interaktionen gerichtet, in denen kleine Fortschritte wahrgenommen und gestärkt werden (Interview 3, Z. 125-135).²¹

6.2 Postpartale Depression

Diese Hauptkategorie entstand induktiv im Verlauf des Kategorisierungsprozesses und war nicht durch eine spezifische Leitfrage im Interviewleitfaden abgedeckt. Alle Expertinnen berichteten von ihren Erfahrungen mit postpartaler Depression und die damit verbundene Begleitung betroffener Mütter und Familien. Aufgrund der wiederkehrenden Inhalte wurde die Hauptkategorie mit drei Subkategorien gebildet. Diese Kategorie verdeutlicht, dass die befragten Fachpersonen die postpartale Depression als komplexe psychische Belastung wahrnehmen, die sich unterschiedlich äussern kann. Sie entspricht nicht zwingend einem eindeutigen äusseren Erscheinungsbild. Dies beschreibt eine Expertin im Interview wie folgt:

«...es kann sich auch entwickeln langsam und später eigentlich zum Vorschein kommen, das sind auch nicht ähm, Eltern, die sind zu Tode betrübt und kommen mit verheulten Augen, wie vielleicht sich die Leute das teils vorstellen, dass man es schon von x Meter sieht, sondern die sind draussen

²¹ Für das Kürzen des Kapitels wurde Open AI. (2026), ChatGPT Juni Version 5.5., <https://chatgpt.com/> verwendet.

vielleicht auf einem Spielplatz und sind relativ entspannt und man sieht es ihnen gar nicht an, aber innerlich geht es ihnen einfach nicht gut...» (Interview 6, Z. 317-321)

Die Erkrankung betrifft nach Aussagen der Fachpersonen nicht nur das Befinden der Mutter, sondern kann sich auch auf den Alltag, die Mutterrolle, die Mutter-Kind-Interaktion sowie das gesamte Familiensystem auswirken (Interview 3, Z. 96-99 / Interview 4, Z. 384-388 / Interview 6, Z. 25-28). Eine Fachperson betont, dass die postpartale Depression Auswirkungen auf viele Bereiche haben kann (Interview 1, Z. 34-35).

Eine Aussage aus dem zweiten Interview macht deutlich, dass der Übergang in die Elternschaft eine erhebliche Anpassung erfordert. Das gesamte Familiensystem muss die Veränderung bewältigen und sich in vielen Hinsichten anpassen, was für manche Familien eine grosse Herausforderung darstellen kann.

«...es ist eine sehr kurze Zeit, um diese Anpassungsleistung zu machen, von Frau auf Mutter und von Paar auf Eltern und das ganze Familiensystem, das braucht einfach Zeit...» (Interview 2, Z. 235-237)

6.2.1 Symptomatik

Fachpersonen beschreiben ein breites Spektrum möglicher Erscheinungsformen. Ängste und übermässiges Kontrollverhalten werden als mögliche Symptome genannt. Die Expertin aus dem ersten Interview beschreibt Überfürsorglichkeit sowie ein starkes Schutzbedürfnis gegenüber dem Kind. Dazu können kreisende Gedanken über die Gesundheit des Kindes und Vermeidung auftreten. Ebenso kann sich die Symptomatik darin zeigen, dass das Kind ständig kontrolliert wird und nicht abgegeben werden kann (Interview 1, Z. 176 & Z. 187-190).

Weiter werden rigide Strukturen und übersteigter Perfektionismus beschrieben. Die Mutter hält sich an feste Zeiten, um Sicherheit und Struktur zu schaffen. Diese Starrheit kann sich auch in hohen Ansprüchen an Ernährung, Sauberkeit oder in anderen Bereichen des Alltags zeigen (Interview 1, Z. 190-198).

Eine befragte Person erläutert als Symptomatik die eingeschränkte Aufmerksamkeit gegenüber dem Kind. Viele Mütter sind aufgrund der starken Belastung intensiv mit sich selbst beschäftigt und zeigen eine eingeschränkte Handlungsfähigkeit gegenüber dem Kind (Interview 6, Z. 250-256), dies wird in Kapitel 6.3 näher beleuchtet. Eine andere Fachperson beschreibt das subjektive Erleben bildlich als «in Watte gepackt».

«...ich stelle es mir dann so vor, wie im Watte gepackt oder wie unter einer Glasglocke, (..) alles ein bisschen gedämpft...» (Interview 3, Z. 189-190)

Der Zusammenhang zwischen depressiver Symptomatik, Erschöpfung und Schuldgefühlen wird als Kreislauf beschrieben.

«Und der sogenannte Teufelskreis ist der, der bei einer postpartalen Depression so stark ausgeprägt ist auch. Das ist die depressive Symptomatik, daraus einhergehend die Erschöpfung, (..) daraus einhergehend die kognitive Eingeschränktheit und daraus dann, dass es die Beziehungsfähigkeit beeinträchtigt. Und aus der Beeinträchtigung dann das Schuldgefühl. Und dann wird wieder die Depression verstärkt, oder. Das ist der Kreislauf...» (Interview 1, Z. 159-163)

Die Schuldgefühle werden auch in einem weiteren Interview angesprochen. Die Mütter haben ein schlechtes Gewissen, dass sie an einer postpartalen Depression erkrankt sind. Zudem belastet sie das Empfinden, den eigenen Ansprüchen nicht gerecht zu werden (Interview 2, Z. 152-153).

Erschöpfung wird in den Interviews als besonders präsent Symptom beschrieben. Die Abgrenzung zu üblicher Müdigkeit im frühen Familienalltag fällt jedoch schwer, da Schlafmangel und Erschöpfung nach der Geburt als häufige Begleiterscheinungen eingeordnet werden. Entscheidend ist insbesondere die Intensität und das anhaltende Erleben der Beschwerden (Interview 2, Z. 194-196 / Interview 4, Z. 173-181).

Die damit verbundenen Unterstützungsbedürfnisse und Herausforderungen für die Früherkennung werden in den Kapiteln 6.4 und 6.5 vertieft.

6.2.2 Risikofaktoren

Diese Kategorie fasst die Risikofaktoren zusammen, welche die Expertinnen in den Interviews benannten. Es wird nicht von einer einzelnen Ursache ausgegangen, sondern von einem Zusammenspiel verschiedener Belastungen.

Die Fachperson aus dem Interview fünf fasst mehrere typische Risikofaktoren zusammen. Genannt werden belastende Schwangerschafts- und Geburtserfahrungen, Schlafmangel, fehlende soziale Unterstützung, kindliche Regulationsprobleme sowie weitere familiäre und biografische Belastungen. Zusätzlich nennt sie Belastungen ausserhalb der unmittelbaren Elternrolle, etwa beruflicher Stress, Hausbau oder Konflikte mit Schwiegereltern (Interview 5, Z. 136-144).

Frühere psychische Erkrankungen werden wiederholt als Risikofaktor für die postpartale Depression hervorgehoben. Genannt werden insbesondere Depressionen, Angststörungen sowie Traumata (Interview 1, Z. 300-302 / Interview 2, Z. 171-173). Im zweiten Interview betont die Expertin, dass auch hormonelle Umstellungen nach der Geburt als körperlicher Faktor relevant sind und ihrer Ansicht nach weiterhin unterschätzt werden (Interview 2, Z. 179-181).

Perfektionismus wird häufig als Risikofaktor und somit als Ursache der postpartalen Depression genannt (Interview 1, Z. 196-198 / Interview 2, Z. 173-174). Eine befragte Fachperson teilt ihre Erfahrung, dass die Frauen schon vor der Geburt hohe Erwartungen an sich selbst hatten und die Situation nach der Geburt nicht mehr vollständig kontrollieren können.

«Also perfektionistisch einfach, die eine hohe Erwartung an sich selber haben und an ihre Leistung und dann wie in etwas reinkommen, (..) man hat es nicht mehr alleine in der Hand. Es ist ein kleines Wesen plötzlich da, wo so klein wie es auch ist, einfach schon mitbestimmt und vorgibt...» (Interview 3, Z. 269-271)

Ein weiterer zentraler Bereich betrifft die kindlichen Faktoren. Mehrere Expertinnen nennen im Gespräch häufiges Schreien, Schlafprobleme, Regulationsschwierigkeiten, hohen Betreuungsaufwand, genetische Erkrankungen oder frühe Operationen des Kindes (Interview 2, Z. 176-179 / Interview 6, Z. 256-258). Darüber hinaus wird die Passung zwischen Mutter und Kind thematisiert. Eine Fachperson beschreibt Konstellationen von Mutter, Vater und Kind, die aufgrund von Charakter und Temperament besonders anspruchsvoll sein können und deshalb einen längeren Begleitprozess benötigen (Interview 3, Z. 200-204).

6.2.3 Stigmatisierung und Tabuisierung

Hier wird verdeutlicht, dass psychische Belastungen rund um Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft aus Sicht der Fachpersonen weiterhin mit Scham und Stigmatisierung verbunden sind. Eine befragte Fachperson sieht Tabuisierung bereits in Bezug auf Themen rund um die Schwangerschaft und Geburt. Sie zeigt dabei einen Vergleich mit Fehlgeburten auf, über die ebenfalls häufig nicht offen gesprochen wird (Interview 3, Z. 325-332). Auf gesellschaftlicher Ebene wird beschrieben, dass psychische Erkrankungen anders bewertet werden als körperliche Beschwerden. Hinzu kommen normative Vorstellungen darüber, wie Mutterschaft erlebt und bewältigt werden sollte. Auch gegenseitige Bewertungen unter Frauen können diesen Erwartungsdruck verstärken (Interview 1, Z. 52-53 / Interview 6, Z. 50-53 & Z. 336-341).

Für die betroffenen Mütter kann dies dazu führen, dass sie psychische Beschwerden nicht ansprechen oder lange für sich behalten. Die Angst, negativ beurteilt oder anders wahrgenommen zu werden, erschwert die Offenlegung der eigenen Belastung und kann Schamgefühle verstärken (Interview 4, Z. 180-181 / Interview 6, Z. 341-352).

Die Aufklärung gilt als wichtiger Gegenpol zur Stigmatisierung. Eine Fachperson erklärt, dass es für Frauen entlastend sein kann, eine Erklärung dafür zu erhalten und zu hören, dass sie nicht allein sind (Interview 4, Z. 32-38). Im sechsten Interview wird die Aufklärung kurz und prägnant beschrieben.

«...ich glaube einfach es bekannt zu machen, darüber zu reden, nicht tabuisieren das ist etwas Wichtiges» (Interview 6, Z. 392)

Zusammenfassend zeigt sich, dass Stigmatisierung und Tabuisierung auf mehreren Ebenen wirken. Sie betreffen die gesellschaftliche Bewertung psychischer Erkrankungen, normative Vorstellungen von Mutterschaft sowie die Angst vor Fremdverurteilung.²²

6.3 Mutter-Kind-Beziehung

Die Hauptkategorie «Mutter-Kind-Beziehung» umfasst Aussagen dazu, wie Fachpersonen die Beziehung zwischen Mutter und Kind im Kontext einer postpartalen Depression unterstützen und begleiten. Die Beziehung zwischen Mutter und Kind wird vor allem als ein wechselseitiger und alltagsbezogener Prozess beschrieben. Die Begleitung setzt nicht ausschliesslich in spezifischen Beratungssituationen an, sondern auch in wiederkehrenden Alltagssituationen. Diese ermöglichen es, das Zusammenspiel zwischen Mutter und Kind unmittelbar wahrzunehmen und zu unterstützen. Aus Sicht der Fachpersonen ist es dabei bedeutsam, dass Mutter und Kind gemeinsam Raum erhalten, um sich zu begegnen und ein Miteinander entwickeln zu können (Interview 3, Z. 11-15). Entsprechend wird auch die Anwesenheit des Kindes in der Begleitung als hilfreich erlebt, weil Beziehungsprozesse nicht losgelöst vom gemeinsamen Alltag bearbeitet werden (Interview 3, Z. 83-87). Interviewpartnerin vier verweist in diesem Zusammenhang auf den Bedarf an gemeinsamen Mutter-Kind-Angeboten, in denen die Familien Entlastung und Zeit erhalten, die erste Phase zu bewältigen und sich in ihrer neuen Rolle zurechtzufinden (Interview 4, Z. 85-89).

²² Für das Zusammenfassen des Abschnitts wurde Open AI. (2026), ChatGPT Juli Version 5.5., <https://chat-gpt.com/> verwendet.

Aus den Interviews wird klar, dass die Fachpersonen der Beobachtung und Rückmeldung zu konkreten Interaktionen eine zentrale Bedeutung beimessen. Dabei werden nicht nur Schwierigkeiten erfasst, sondern insbesondere gelingende Momente sichtbar gemacht. Interaktionsmomente im Alltag werden gezielt aufgegriffen und gegenüber der Mutter benannt. Dies geschieht teilweise durch direkte Rückmeldungen, durch Fragen oder kleine Beobachtungsaufträge zwischen zwei Beratungsterminen. Die Intensität der Begleitung wird an die jeweilige Familiensituation angepasst. Positive Reaktionen des Kindes werden bewusst gespiegelt, weil betroffene Mütter diese selbst teilweise kaum wahrnehmen und herausfordernde Situationen stärker gewichten als gelingende Momente (Interview 2, Z. 157-166 / Interview 3, Z. 129-135 / Interview 4, Z. 318-331/ Interview 5, Z. 107-114 / Interview 6, Z. 225-246).

«Eine Bestärkung von den Mama-Kompetenzen, die sehr viele mitbringen, aber einfach durch die ganzen Belastungen keinen Zugang haben oder wie verloren haben, ein Stück weit» (Interview 2, Z. 160-161)

Die Fachpersonen unterstützen die Mutter-Kind-Beziehung mit unterschiedlichen methodischen Zugängen, die jeweils an die aktuelle Situation angepasst werden. Genannt werden beispielsweise video-basierte Beratungen, angeleitete Spiel- und Sinneserfahrungen sowie körper- und achtsamkeitsorientierte Methoden. Diese Vorgehensweisen haben gemeinsam, dass die Mutter konkrete Erfahrungen mit ihrem Kind macht und dessen Reaktionen unmittelbar wahrnehmen kann (Interview 1, Z. 40-49 / Interview 2, Z. 85-100 / Interview 3, Z. 159-162).

Die Interaktion zwischen Mutter und Kind wird in den Interviews als wechselseitiger Prozess beschrieben. Die Reaktionen des Kindes beeinflussen das Erleben und Handeln der Mutter, während deren Belastung wiederum die gemeinsame Interaktion erschweren kann. Gleichzeitig wird betont, dass Kinder Raum für eigene Erfahrungen und altersangemessene Selbstständigkeit benötigen. Die Mutter-Kind-Beziehung wird damit nicht nur über Nähe und Versorgung verstanden, sondern auch darüber, dem Kind etwas zuzutrauen und seine Eigenständigkeit zuzulassen. Dabei können die Bedürfnisse von Mutter und Kind zeitweise auseinanderliegen. Ist die Mutter aufgrund ihrer psychischen Belastung nur eingeschränkt verfügbar, kann es notwendig sein, dass das soziale oder professionelle Umfeld vorübergehend mitträgt. Mehrere Fachpersonen betonen, dass zunächst eine Stabilisierung der Mutter erforderlich sein kann, bevor eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Mutter-Kind-Beziehung möglich wird (Interview 1, Z. 166-181 / Interview 3, Z. 29-32 & Z. 61-68 & Z. 187-192 / Interview 4, Z. 355-359).

Über die aktuelle Interaktion hinaus werden auch die biografischen Erfahrungen der Mutter beschrieben. Positive Erfahrungen aus der eigenen Kindheit können Orientierung für die Elternrolle geben. Belastete oder unsichere Beziehungserfahrungen hingegen können dazu führen, dass eigene Vorstellungen von der Elternschaft neu erarbeitet werden müssen (Interview 3, Z. 284-296).

Die Begleitung der Mutter-Kind-Beziehung wird von den Fachpersonen als individuellen Prozess dargestellt, der sich am aktuellen Befinden der Mutter, am Entwicklungsstand des Kindes und an den vorhandenen Ressourcen des Familiensystems orientiert.

6.3.1 Elterliche Handlungsfähigkeit

Ein zentrales Ergebnis der Interviews ist, dass die elterliche Handlungsfähigkeit der Mutter durch die postpartale Depression eingeschränkt ist. Gerade zu Beginn der Begleitung wird laut Aussagen viel Unterstützung benötigt, damit die Mutter alltägliche Handlungen mit dem Kind überhaupt bewältigen kann (Interview 3, Z. 15–22). Eine Fachperson beschreibt die Selbstwahrnehmung der Mutter als wichtige Voraussetzung für die Begleitung des Kindes.

«...die Mama müssen zuerst wieder in Kontakt kommen mit ihren eigenen Gefühlen, mit ihren eigenen Körperempfindungen, mit den Bedürfnissen, und erst wenn sie diese wieder wahrnehmen können, ähm, dass sie dann eigentlich ein Kind feinfühlig begleiten können» (Interview 2, Z. 82-85)

Die Fachpersonen nehmen bei den Müttern häufig Unsicherheiten hinsichtlich ihrer eigenen Fähigkeiten wahr. Diese zeigen sich beispielsweise in der Frage, ob sie ihr Kind richtig verstehen, angemessen reagieren oder alltägliche Situationen korrekt bewältigen. Gerade zu Beginn der neuen Rollen sind die Eltern auf Rückmeldungen und Bestätigungen angewiesen. Wenn Interaktionen wiederholt nicht wie erhofft verlaufen, kann dies Selbstzweifel verstärken und zu Selbstabwertung beitragen. Gleichzeitig wird beschrieben, dass die Mütter bereits Kompetenzen mitbringen, durch die Belastung jedoch den Zugang dazu verloren haben oder diese selbst kaum wahrnehmen (Interview 3, Z. 212-217).

Ein wichtiger Bestandteil der Begleitung ist laut Aussagen deshalb die Vermittlung von Wissen über die kindliche Entwicklung und die Bedürfnisse des Kindes. Eltern können laut den Fachpersonen eher an Sicherheit gewinnen, wenn sie Orientierung darüber haben, was ihr Kind in der jeweiligen Entwicklungsphase braucht, welche Reaktionen adäquat sind und wie kindliches Verhalten eingeordnet werden kann. Diese Aufklärung ist besonders wichtig, damit Mütter Unruhe und Regulationsschwierigkeiten des Kindes nicht automatisch als eigenes Versagen deuten (Interview 3, Z. 135-144 / Interview 4, Z. 220-222).

«...weil nur dann können sie auch (..) beginnen sich auch selbstwirksam zu fühlen und kompetent, wenn sie überhaupt die Orientierung haben, was bräuchte mein Kind eigentlich, wenn es jetzt so und so alt ist. (.) Und nur wenn man als Eltern einen gefüllten Rucksack mit Wissen hat, kann man auch kompetente Eltern sein. Und nur dann kann man auch einem Kind einen sichereren, klaren Rahmen geben, wo das Kind dann auch wieder wahnsinnig davon profitiert» (Interview 3, Z. 139-144)

Durch konkrete Rückmeldungen der Fachpersonen werden in der Begleitung vorhandene Kompetenzen sichtbar, die von den Müttern selbst häufig nicht wahrgenommen werden. Laut den Interviews treten unsichere und schwierige Momente stärker in den Vordergrund, während positive Momente mit dem Kind teilweise verdeckt bleiben. Die Begleitung zielt deshalb darauf ab, gelingende Situationen wieder erkennbar zu machen und die Mutter in ihrer Wirksamkeit zu bestärken (Interview 2, Z. 159-166 / Interview 3, Z. 157-159 / Interview 4, Z. 318-322 / Interview 6, Z. 229-246). Eine befragte Expertin beschreibt als Ziel der Begleitung, dass die Mutter trotz eigener Erschöpfung positive Beziehungserfahrungen mit ihrem Kind machen und erkennen kann, dass bereits eine Beziehung besteht und dass das Kind auf sie reagiert (Interview 1, Z. 166-170).

Elterliche Handlungsfähigkeit wird in den Interviews somit nicht als konstante Fähigkeit verstanden, sondern als etwas, das durch Stabilisierung, Orientierung, Rückmeldung und praktische Erfahrung gestärkt werden kann.

6.3.2 Bindungsaufbau

Der Bindungsaufbau wird von den Fachpersonen als Prozess beschrieben, der sich in wiederholten alltäglichen Begegnungen zwischen Mutter und Kind entwickelt. Entscheidend ist laut einer Interviewpartnerin, dass Mutter und Kind in gemeinsamen Situationen überhaupt miteinander in Kontakt treten können. Dabei geht es weniger um perfekte Interaktionen, sondern darum, dass die Mutter das Kind wahrnehmen, auf dessen Signale reagieren und dabei positive Beziehungsmomente erleben kann (Interview 3, Z. 11-17). Neben sprachlichen und visuellen Signalen werden auch körperliche Zugänge genannt. Interviewpartnerin zwei beschreibt beispielsweise die Schmetterlingsmassage als Möglichkeit, eine achtsame Begegnung zwischen Mutter und Kind zu unterstützen (Interview 2, Z. 87-93).

Der Bindungsaufbau zeigt sich schliesslich auch darin, dass Mutter und Kind zunehmend Sicherheit im Zusammensein und in kurzen Momenten der Distanz entwickeln können. Eine Fachperson beschreibt es wie folgt:

«...gerade wenn (..) Beziehung zum Kind noch nicht (..) sich so sicher anfühlt, ist es ja auch schwierig abzugeben. Das merkt man ja auch manchmal, wenn sie kommen, dass sie noch wahnsinnig festhalten, um zusammen zu sein. Weil das Band muss zuerst so sicher sein, dass man sagen kann, wir lassen mal voneinander und haben ein bisschen Distanz» (Interview 3, Z. 227-230)

Der Bindungsaufbau wird damit als fortlaufender Prozess beschrieben, der durch wiederholte Kontaktmomente, ein besseres Verstehen kindlicher Signale und zunehmendes Vertrauen unterstützt wird.²³

6.4 Unterstützung

Die Hauptkategorie «Unterstützung» basiert auf der Frage, welche Unterstützungsbedürfnisse die Fachpersonen bei den Müttern besonders häufig wahrgenommen haben.

Ein wiederkehrendes Thema ist die Entlastung im Alltag. Mehrere Fachpersonen beschreiben, dass betroffene Mütter erst zur Ruhe kommen müssen, bevor sie wieder Zugang zu ihren eigenen Ressourcen finden und mit ihrem Kind in Beziehung treten können. Unterstützung zeigt sich somit sowohl in Beratungsgesprächen als auch in der Begleitung von Alltagssituationen (Interview 2, Z. 49-51 / Interview 4, Z. 488-495).

«Und dass es gerade am Anfang ganz viel praktische Begleitung braucht, wirklich ihnen dort, sie ein bisschen an der Hand zu nehmen durch den Alltag, dass sie überhaupt in die Ruhe kommen, um dann auch mehr in die Beziehung hineinzukommen» (Interview 3, Z. 19-22)

Interviewpartnerin sechs beschreibt, dass Mütter einen Raum benötigen, in dem sie wahrgenommen werden und über ihre Belastungen sprechen dürfen, ohne Angst vor abwertenden Reaktionen. Unterstützung bedeutet in diesem Zusammenhang, Halt zu geben, zuzuhören und gemeinsam zu klären, was die Mutter aktuell braucht. Gleichzeitig wird betont, dass Gespräche allein nicht immer ausreichen und bei Bedarf weitere fachliche Begleitung, beispielsweise psychologische Unterstützung oder Medikamente, notwendig sein kann (Interview 6, Z. 261-270).

In den Interviews zeigt sich, dass Unterstützung nicht auf eine einzelne Massnahme reduziert werden kann. Die Fachpersonen beschreiben ein Zusammenspiel aus emotionaler Stabilisierung, alltagsnaher

²³ Für das Kürzen des Kapitels wurde Open AI. (2026), ChatGPT Juni Version 5.5., <https://chatgpt.com/> verwendet.

Entlastung, lebensweltorientierter Begleitung, sozialem Netzwerk, fachlicher Vernetzung und Austausch mit anderen Betroffenen.

6.4.1 Annahme Hilfe

Hilfe anzunehmen, hängt gemäss den Interviewaussagen mit Scham, Schuldgefühlen und hohen eigenen Ansprüchen an die Mutterschaft zusammen. Betroffene erleben Unterstützung teilweise als Widerspruch zu ihrem eigenen Anspruch, selbst für das Kind sorgen und funktionieren zu müssen. Fehlendes Vertrauen in die Betreuung durch andere Personen kann die Inanspruchnahme von Entlastung erschweren. Dadurch kann eine ambivalente Situation entstehen, in der die Mütter ihren Unterstützungsbedarf wahrnehmen, Hilfe jedoch nicht oder nur schwer annehmen können. Auch vorhandene Ressourcen im Umfeld können nicht automatisch genutzt werden, weshalb die Annahme von Unterstützung enttabuisiert werden soll. Die Fachpersonen betonen deshalb die Bedeutung einer engmaschigen Begleitung und eines schrittweisen Vorgehens, damit Entlastung und Selbstfürsorge zunehmend zugelassen werden können (Interview 2, Z. 151-156 / Interview 4, Z. 78-84 / Interview 5, Z. 217-218 / Interview 6, Z. 82-85 & Z. 386-387).

Als eine Möglichkeit, mit dieser ambivalenten Hilfeannahme umzugehen, wird von der Interviewpartnerin vier beschrieben, den Kontakt in der Beratung über kindsbezogene Anliegen aufrechtzuerhalten. Wiederkehrende Termine können einen kontinuierlichen Zugang zu Familien ermöglichen und zugleich einen verlässlichen Gesprächsraum schaffen, in dem Belastungen aufgegriffen werden können (Interview 4, Z. 474-484).

Die Annahme von Hilfe erscheint aus den Interviewaussagen als Prozess, der Beziehung, Vertrauen und wiederholte Ermutigung benötigt.

6.4.2 Netzwerk

Die Interviews zeigen, dass das private und professionelle Netzwerk eine zentrale Rolle in der Unterstützung spielt. Die Fachpersonen sprechen häufig das private Umfeld an, um Entlastungsmöglichkeiten zu prüfen. Dabei wird deutlich, dass vorhandene Ressourcen nicht immer genutzt werden können. Auch wenn Familienangehörige oder andere Bezugspersonen zwar teilweise vorhanden sind, sind die Beziehungen jedoch nicht immer vertrauensvoll oder tragend genug, um sie als Unterstützung einzubeziehen. Ebenfalls wird darauf hingewiesen, dass viele Familien isoliert leben, Familienmitglieder weiter weg wohnen und die Fremdbetreuung teuer ist (Interview 2, Z. 238-243 / Interview 3, Z. 261-263 / Interview 4, Z. 74-78).

«...finde ich fest fehlendes (..) familiäres Umfeld, aber auch im grösseren, also im Freundeskreis, soziale Isolation, oder halt auch, (..) Grosseltern sind zwar hier, aber von der Beziehung nicht vertrauensvoll oder tragend, dass man sie wirklich nutzen kann» (Interview 3, Z. 261-263)

Innerhalb des privaten Netzwerks schreiben die interviewten Fachpersonen dem Partner eine besondere Bedeutung zu. Dieser ist eine zentrale Entlastungs- und Stabilisierungsperson, da Unterstützung unmittelbar im Familienalltag erfolgen kann. Entsprechend wird betont, den Partner frühzeitig und verbindlich in die Begleitung einzubeziehen und ihm ausreichende zeitliche Möglichkeiten für die Unterstützung der Familie zu geben (Interview 4, Z. 61-69 / Interview 6, Z. 385).

Neben dem privaten Umfeld werden auch professionelle Fachpersonen als wichtiger Bestandteil des Netzwerks beschrieben. Aus den Interviews wird deutlich, dass professionelle Begleitung nicht isoliert erfolgen sollte, sondern bestehende und zukünftige Unterstützungsangebote frühzeitig mitgedacht werden müssen. Dazu gehört, gemeinsam zu klären, bei welchen Anliegen welche Fachpersonen zuständig sind, welche Angebote nach einer intensiveren Unterstützungsphase weitergeführt werden können und wie soziale Isolation vermindert werden kann (Interview 1, Z. 13-39 / Interview 3, Z. 164-169 & Z. 192-198). Die blosser Information über bestehende Angebote reicht gemäss Interviewpartnerin vier oft nicht aus. Je nach Belastung kann es notwendig sein, den Zugang aktiv zu unterstützen, Kontakte herzustellen oder erste Schritte gemeinsam mit der Mutter zu organisieren (Interview 4, Z. 281-298).

6.4.3 Lebenswelt

Die Unterstützung wird in den Interviews stark lebensweltnah beschrieben. Fachperson fünf betont, dass Angebote möglichst nahe am Alltag der Familien ansetzen müssen. Aufsuchende Begleitung wird dabei als besonders hilfreich eingeschätzt, da Mütter nicht zusätzlich durch die Anreise an einen externen Ort belastet werden und Fachpersonen einen umfassenderen Einblick in die konkrete Lebenssituation erhalten (Interview 5, Z. 167-169). Die Interviews zeigen gleichzeitig, dass die Erreichbarkeit von Unterstützungsangeboten wesentlich von der Lebenslage der Familien abhängt. Besonders belastete oder wenig integrierte Familien nehmen Angebote nicht immer selbstständig in Anspruch, sondern benötigen teilweise eine aktive Kontaktaufnahme oder Begleitung. Weite Wege und die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel können zusätzliche Hürden darstellen. Ist eine selbstständige Anreise nicht möglich, setzt die Teilnahme häufig ein tragfähiges soziales Umfeld voraus. Damit wird deutlich, dass Angebote allein durch ihr Bestehen nicht automatisch zugänglich sind, sondern deren räumliche Erreichbarkeit sowie die individuellen und sozialen Ressourcen der Familie mitberücksichtigt werden müssen (Interview 2, Z. 67-69 / Interview 5, Z. 95-97 & Z. 239-240).

Die Unterstützung muss gemäss den Interviewpartnerinnen auf die langfristige Bewältigung des individuellen Familienalltags ausgerichtet sein. Eine Stabilisierung während einer intensiveren Unterstützungsphase wird als nicht ausreichend beschrieben, wenn die Mutter anschliessend in einen Alltag zurückkehrt, in dem die bisherigen Herausforderungen weiterhin bestehen. Deshalb wird betont, bereits während der Begleitung gemeinsam alltagstaugliche Routinen, Lösungen und Sicherheiten zu entwickeln. Der Übergang zurück in den eigenständigen Familienalltag kann für betroffene Mütter mit erneuter Unsicherheit und Überforderung verbunden sein. Eine frühzeitig mitgedachte und abgestimmte Begleitung dieses Übergangs wird daher als bedeutsam beschrieben, um die im Unterstützungsprozess erreichte Stabilisierung auch im Alltag zu sichern (Interview 3, Z. 75-82 / Interview 5, Z. 256-261).

«Aber es muss ja nachher wieder auch den Schritt zurück in den Alltag machen. Und dort ist es einfach hilfreich, wenn das Ganze schon von allen Seiten mitbegleitet und mitgedacht wurde» (Interview 3, Z. 75-77)

Damit wird deutlich, dass die Zugänglichkeit von Angeboten, die individuellen Lebensbedingungen und die langfristige Bewältigung des Familienalltags berücksichtigt werden müssen.

6.4.4 Interdisziplinarität

Ein besonders häufig genannter Unterstützungsfaktor ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Über die Interviews hinweg wird deutlich, dass Mütter mit postpartaler Depression von unterschiedlichen fachlichen Perspektiven profitieren. Je nach Setting zeigt sich diese Zusammenarbeit in unterschiedlicher Form. In spezialisierten Angeboten werden verschiedene fachliche Zugänge eng miteinander verbunden, wodurch Mutter und Kind gemeinsam betrachtet werden können. Die einzelnen Perspektiven werden als sich ergänzende Bestandteile beschrieben, die gemeinsam zur Stabilisierung beitragen und den Übergang zurück in den Familienalltag unterstützen können (Interview 1, Z. 64-73 / Interview 2, Z. 36-42 / Interview 3, Z. 72-77).

«Und ich glaube einfach genau dieses interdisziplinäre, dass einfach nicht nur die Mama oder nicht nur die Kinder behandelt wird, sondern einfach, dass das zusammen angeschaut wird, das ist auch viel näher an der Lebenswelt und viel näher an der Realität der Mamas» (Interview 2, Z. 39-42)

Die Zusammenarbeit verschiedener Professionen ermöglicht zudem, unterschiedliche Anliegen frühzeitig zu erkennen und an die passenden Fachpersonen oder Angebote zu triagieren. Besonders in multiprofessionellen Strukturen können Mütter je nach Bedarf an unterschiedlichen Stellen anknüp-

fen. Die Soziale Arbeit übernimmt dabei eine orientierende und vermittelnde Funktion, indem sie Unterstützungsbedarfe einordnet, Verbindungen zu spezialisierten Angeboten herstellt und darauf achtet, dass unterschiedliche Themen nicht isoliert bearbeitet werden (Interview 1, Z. 37-39 & Z. 105-111 / Interview 3, Z. 39-48).

Im ambulanten Bereich zeigt sich Interdisziplinarität vor allem in der Vernetzung verschiedener Fachpersonen und Beratungsstellen. Genannt wird unter anderem die Zusammenarbeit mit Hebammen, medizinischen Fachpersonen, psychologischen und psychiatrischen Angeboten sowie weiteren regionalen Beratungsstellen (Interview 5, Z. 32-47 & Z. 67-71 / Interview 6, Z. 170-172).

Den Übergängen zwischen verschiedenen Unterstützungsphasen wird eine besondere Bedeutung zugeschrieben. Die Interviews zeigen, dass direkte Übergaben mit Hebammen, gemeinsame Kontakte oder abgestimmte Weiterbegleitungen den Zugang zu nachfolgenden Angeboten erleichtern können. Eine gemeinsame und persönliche Übergabe kann dazu beitragen, Vertrauen aufzubauen und den Kontakt zur weiteren Unterstützung zu sichern (Interview 4, Z. 71-75 & Z. 250-255 / Interview 5, Z. 44-49 / Interview 6, Z. 16-19).

Die Interviewpartnerinnen weisen darauf hin, dass die Möglichkeiten interdisziplinärer Zusammenarbeit regional unterschiedlich ausgeprägt sind. Vernetzung muss aktiv aufgebaut und gepflegt werden, etwa durch regelmässigen Austausch, persönliche Kontakte und die gegenseitige Information über bestehende Angebote. Solche Strukturen sind jedoch nicht in allen Regionen gleichermassen vorhanden. Ihre Umsetzung hängt zudem von zeitlichen und finanziellen Ressourcen sowie von der Bereitschaft der beteiligten Fachpersonen ab (Interview 3, Z. 336-337 / Interview 4, Z. 256-257 / Interview 5, Z. 42-43 & Z. 178-184 / Interview 6, Z. 119-139). Insbesondere wenn Vernetzungsarbeit nicht als Arbeitszeit vergütet wird, wie bei freiarbeitenden Hebammen, kann die Zusammenarbeit stärker vom persönlichen Engagement Einzelner abhängig sein (Interview 6, Z. 128-132).

Damit wird deutlich, dass eine kontinuierliche interdisziplinäre Begleitung nicht allein vom Vorhandensein verschiedener Fachstellen abhängt, sondern auch von den regionalen Rahmenbedingungen, der Motivation und den verfügbaren Ressourcen.

6.4.5 Peers

Der Austausch mit anderen betroffenen Müttern erscheint in den Interviews als weitere zentrale Unterstützungsform. Gleichzeitig wird aber deutlich, dass dieser Austausch nicht selbstverständlich ist. Postpartale Depression wird mit Scham und Stigmatisierung verbunden, weshalb es für betroffene Mütter Überwindung kosten kann, über eigene Belastungen zu sprechen und sich gegenüber anderen

zu öffnen. Auch die Sorge, als Mutter beurteilt zu werden, kann den Zugang zum Austausch erschweren (Interview 1, Z. 50-60).

«...sich zu trauen, zu zeigen als Mutter, wie man mit seinem Kind umgeht. (.) Und das so zu begleiten, dass die Atmosphäre wohlwollend ist im Raum, dass die Mama in Stresssituationen, bei Stressanzeichen, wie reguliert werden können von aussen, damit sie dieses Gruppensetting nicht verlassen und auch da schrittweise aus der Isolation und aus dem Stigmatisierungsgedanken und aus den Schuldgefühlen herauskommen» (Interview 1, Z. 56-60)

Gelingt dieser Austausch, werden geteilte Erfahrungen als entlastend beschrieben. Die Mütter können erleben, mit ihren Belastungen nicht allein zu sein. Sie erfahren, dass andere ähnliche Unsicherheiten und Schwierigkeiten haben. Dadurch können Scham und Isolation reduziert und Zugehörigkeit sowie gegenseitige Unterstützung gefördert werden. Es wird als hilfreich beschrieben, voneinander zu erfahren, was im Umgang mit Belastungen unterstützt hat und wie sich Situationen positiv weiterentwickeln können (Interview 1, Z. 120-127 / Interview 3, Z. 101-103 & Z. 329-336 / Interview 4, Z. 333-339 / Interview 6, Z. 290-295).

Die Interviews zeigen, dass Erfahrungen und Ratschläge anderer Mütter nicht ohne Weiteres auf die eigene Familiensituation übertragen werden können und dadurch auch neue Unsicherheiten entstehen können. Fachpersonen übernehmen deshalb eine einordnende Funktion, indem sie Aussagen in einen grösseren Zusammenhang stellen und auf die individuelle Situation der jeweiligen Familie beziehen (Interview 3, Z. 170-176).

«Zum einen finde ich den sehr unterstützend, und zum anderen stösst er aber auch immer wieder Unsicherheiten an, (...) wo ich sehr wichtig finde, dass wir dann auch da sind und das wieder in einen Gesamtrahmen setzen können, oder auf (..) die individuelle Situation der einen Familie begründen können...» (Interview 3, Z. 171-174).

Peers können gemäss den interviewten Fachpersonen somit eine wichtige Ressource darstellen, wenn der Austausch entlastend wirkt, Zugehörigkeit vermittelt und die Mutter sich nicht bewertet fühlt. Gleichzeitig braucht es Sensibilität dafür, dass diese Form der Unterstützung auch überfordern, beschämen oder verunsichern kann.²⁴

²⁴ Für das Kürzen und Glätten des Kapitels wurde Open AI. (2026), ChatGPT Juni Version 5.5., <https://chat-gpt.com/> verwendet.

6.5 Früherkennung

Die Hauptkategorie «Früherkennung» umfasst Interviewaussagen dazu, welche Personen, Fachstellen und Methoden aus Sicht der Fachpersonen dazu beitragen können, Belastungen rund um eine postpartale Depression frühzeitig wahrzunehmen oder präventiv zu wirken.

Mehrere befragte Fachpersonen erhalten alle Zahlen und Daten der Geburtsinstitutionen und damit auch Zugang zu den Familien. Dadurch können Familien frühzeitig kontaktiert und ihnen mögliche Unterstützungsangebote zugänglich gemacht werden (Interview 4, Z. 244-246 / Interview 5, Z. 79-83).

6.5.1 Schlüsselakteur:innen

Über die Interviews hinweg wird Früherkennung als Aufgabe verschiedener Fachpersonen beschrieben, die mit Familien in Kontakt stehen. Je nach Zeitpunkt und Setting können unterschiedliche Berufsgruppen Belastungen wahrnehmen und weitere Unterstützung anbieten. Genannt werden insbesondere Hebammen, die Mütter-Väter-Beratung sowie medizinische, psychologische, psychiatrische und pflegerische Fachpersonen (Interview 1, Z. 244-248 / Interview 3, Z. 315-317 / Interview 4, Z. 153 & Z. 162-165 / Interview 6, Z. 150-164).

Innerhalb des professionellen Netzwerkes wird den Hebammen eine besonders wichtige Rolle zugeschrieben. Ihr früher Kontakt mit den Familien während der Schwangerschaft und nach der Geburt sowie der Einblick in das häusliche Umfeld werden als günstige Voraussetzungen beschrieben, um psychische Belastungen wahrzunehmen (Interview 3, Z. 367-373 / Interview 4, Z. 71-72 / Interview 5, Z. 41-42). Zudem beschreibt Interviewpartnerin eine Hebamme als für postpartale Depressionen sensibilisierte Fachperson, die Betroffene an weiterführende Angebote zuweisen können (Interview 1, Z. 244-247).

Die Mütter-Väter-Beratung wird ebenfalls als wichtige Fachstelle der Früherkennung genannt. Sie wird als niederschwellige Anlaufstelle im Frühbereich beschrieben, die Familien nach der Geburt kontaktieren und bei Bedarf im häuslichen Umfeld aufsuchen kann. Dadurch können Belastungen auch dann wahrgenommen werden, wenn die Begleitung durch andere Fachpersonen abnimmt. Gleichzeitig wird in den Interviews beschrieben, dass der Zugang freiwillig ist und deshalb nicht alle Familien erreicht werden (Interview 3, Z. 355-366 / Interview 6, Z. 31-41).

Nach der Geburt übernehmen die Hebammen die Begleitung im Wochenbett und können bei erkennbaren Belastungen Übergänge zu weiteren Fachstellen einleiten. Besonders die Weitergabe an die Mütter-Väter-Beratung wird in mehreren Interviews als bedeutsam beschrieben. Teilweise erfolgen

direkte Übergaben oder gemeinsame Kontakte, damit die Begleitung möglichst kontinuierlich weitergeführt werden kann (Interview 3, Z. 30-33 / Interview 4, Z. 70-75 / Interview 5, Z. 42-47). Eine Fachperson berichtet von einer sehr hohen Hebammendichte in ihrer Region, wodurch die Begleitung nach der Geburt und anschliessende Übergaben erleichtert werden (Interview 5, Z. 42-44). Zudem erwähnt Interviewpartnerin fünf die enge Zusammenarbeit verschiedener Stellen im Frühbereich in ihrer Region, wodurch eine möglichst lückenlose Versorgungskette geschaffen werden kann (Interview 5, Z. 31-39). Im Interview sechs wird hingegen eine hohe Auslastung der Hebammen beschrieben, wodurch die Familien teilweise weniger lange begleitet werden können und die Mütter-Väter-Beratung früher einbezogen wird (Interview 6, Z. 30-36).

Neben Fachpersonen gilt vor allem das private Umfeld als bedeutsam für die Früherkennung. Partner:innen, Angehörige, Nachbar:innen oder andere Eltern könnten Veränderungen im Befinden der Mutter wahrnehmen (Interview 1, Z. 248-250 / Interview 6, Z. 151-152). Eine Interviewpartnerin betont, dass insbesondere jene Personen wichtig sind, die zu Hause Einblick in das familiäre Umfeld haben (Interview 1, Z. 249-253). Eine andere befragte Expertin betont, dass gerade der Partner Belastungen möglicherweise wahrnimmt, diese aber nicht unbedingt als postpartale Depression einordnen kann.

«...der Vater definitiv, wobei er wahrscheinlich nicht immer einen Namen dazu hätte, aber er sieht sicher, wie es seiner Frau geht, ähm, und könnte sicher besser reagieren, oder, oder es einordnen, wenn er es wüsste, oder wenn jeder Vater wüsste, dass es das gibt» (Interview 4, Z. 150-153)

Auch Begegnungsorte werden als mögliche Zugänge zur Früherkennung genannt. Eine Fachperson verweist auf soziokulturelle Angebote wie Familien- oder Quartierzentren, weil diese für Mütter teilweise erste Anlaufstellen darstellen können (Interview 2, Z. 213-215).

Damit zeigt sich, dass Früherkennung nicht nur im medizinischen oder therapeutischen Bereich stattfindet, sondern auch dort relevant wird, wo Mütter mit anderen Familien, Fachpersonen oder niederschwelligen Angeboten in Kontakt kommen.

6.5.2 Methoden

In den Interviews werden verschiedene Methoden genannt, die zur Früherkennung beitragen können. Genannt werden Fragebögen, mit denen Belastungs- und Schutzfaktoren bereits während der Schwangerschaft oder nach der Geburt erfasst werden können. Diese Instrumente können auch wiederholt

eingesetzt werden, um Veränderungen im Befinden der Mutter wahrzunehmen. Dabei wird angesprochen, dass die Ergebnisse gemeinsam mit der Mutter besprochen und mit ihrem eigenen Erleben abgeglichen werden (Interview 5, Z. 37-39 & Z. 145-155).

Zusätzlich werden digitale und mehrsprachige Zugänge als Möglichkeit beschrieben, um Familien niederschwellig zu erreichen. Digitale Selbstscreenings ermöglichen es Eltern, Fragen zunächst eigenständig zu beantworten und bei erkennbarem Unterstützungsbedarf Hinweise auf weitere Fachstellen zu erhalten. Als Vorteil werden insbesondere die einfache Zugänglichkeit und die Verfügbarkeit in mehreren Sprachen genannt (Interview 6, Z. 165-167 & Z. 188-193). Gleichzeitig wird im vierten Interview angesprochen, dass mehrsprachige Instrumente nur bei inhaltlich korrekter Übersetzung hilfreich sind. Unklare Formulierungen können sonst zu Missverständnissen führen und die Aussagekraft der Erhebung beeinträchtigen (Interview 4, Z. 224-230).

Die Methoden der Früherkennung werden als unterstützend beschrieben, wenn sie strukturiert, wiederholt und verständlich eingesetzt werden.

Die Mütter-Väter-Beratung wird ebenfalls als wichtige Fachstelle der Früherkennung genannt. Sie wird als niederschwellige Anlaufstelle im Frühbereich beschrieben, die Familien nach der Geburt kontaktieren und bei Bedarf im häuslichen Umfeld aufsuchen kann. Dadurch können Belastungen auch dann wahrgenommen werden, wenn die Begleitung durch andere Fachpersonen abnimmt. Gleichzeitig wird in den Interviews beschrieben, dass der Zugang freiwillig ist und deshalb nicht alle Familien erreicht werden (Interview 3, Z. 355-366 / Interview 6, Z. 30-36).

6.5.3 Lücken

Trotz der verschiedenen Schlüsselstellen zeigen die Interviews mehrere Lücken in der Früherkennung. Ein zentrales Thema ist das Fehlen eines flächendeckenden und systematischen Screenings. Eine Fachperson beschreibt, dass zwar Instrumente vorhanden sind, diese jedoch noch nicht bei allen Müttern und zu festen Zeitpunkten angewendet werden (Interview 5, Z. 158-160). Im Frühbereich bestehen gemäss den Interviewten viele freiwillige Angebote, jedoch kein einheitliches Verfahren, das alle Mütter nach der Geburt erreicht. Dadurch hängt die Früherkennung stark davon ab, mit welchen Fachpersonen Familien in Kontakt kommen, wie sensibilisiert diese für postpartale Depression sind und ob Belastungen aktiv angesprochen und weiterverfolgt werden. Auch Übergänge zwischen den einzelnen Begleitphasen können dazu führen, dass Belastungen aus dem Blick geraten. Besonders wenig integrierte Familien laufen Gefahr, lange ausserhalb bestehender Strukturen zu bleiben und erst mit der

Einschulung des Kindes mit Regelangeboten in Kontakt zu kommen (Interview 3, Z. 355-366 / Interview 5, Z. 191-194).

Eine weitere Schwierigkeit besteht in der Abgrenzung einer postpartalen Depression gegenüber Belastungen, die nach einer Geburt häufig auftreten. Schlafmangel, Müdigkeit, Erschöpfung und Unsicherheit können als häufige Begleiterscheinungen des neuen Familienalltags verstanden und dadurch in ihrer Intensität unterschätzt werden. Die Fachpersonen beschreiben den Übergang von einer erwartbaren Belastung zu einer postpartalen Depression als teilweise schleichend und schwer einzuordnen. Dadurch besteht die Gefahr, dass Symptome normalisiert und erst erkannt werden, wenn sie sich bereits verfestigt haben (Interview 2, Z. 194-200 / Interview 3, Z. 370-374 / Interview 4, Z. 173-190).

Eng damit verbunden ist die Bedeutung des aktiven Ansprechens. Die Interviews zeigen, dass ein oberflächliches Nachfragen häufig nicht ausreicht. Es muss aus Sicht der Befragten deutlich gemacht werden, dass Zeit und echtes Interesse für eine Antwort vorhanden sind. Gleichzeitig braucht es das nötige Wissen der Fachpersonen, aber auch im privaten Umfeld, um beobachtete Veränderungen und Belastungen angemessen einordnen zu können (Interview 4, Z. 150-153 & Z. 188-190 / Interview 6, Z. 298-305 & Z. 314-326).

Eine Aussage aus dem sechsten Interview zeigt, dass Eltern trotz bestehender Früherkennungs- und Unterstützungsangebote nicht immer rechtzeitig erreicht werden, wodurch Versorgungslücken auch in der Prävention entstehen.

«Ja, wenn wir Glück haben, spüren wir schon am Telefon raus, dass es der Mutter nicht gut geht, dann können wir ihr, wie ich hier den Flyer mitgenommen habe, Periparto, wirklich die Homepage angeben und dann lege ich ihnen nahe, dass sie den Fragebogen ausfüllen. (.) Eigentlich sollten schon die Spitäler informiert haben und die Hebamme vor mir. Das gibt es immer, dass halt einfach Eltern durchs Netz fliegen» (Interview 6, Z. 41-45)

Früherkennung wird damit als abhängig von Wissen, Sensibilität, Zeit und konkreten Gesprächssituationen beschrieben.²⁵

²⁵ Für das Glätten des Kapitels wurde Open AI. (2026), ChatGPT Juni Version 5.5., <https://chatgpt.com/> verwendet.

6.6 Entwicklungsbedarf

Dieses Kapitel fasst die letzte Fragestellung aus den Interviews zusammen, bei der es um den Zukunftsblick ging. Es wurde deutlich, dass die befragten Fachpersonen Lücken im schweizerischen Versorgungssystem wahrnehmen und diese unterschiedlich geäußert haben. Der Entwicklungsbedarf zeigt sich auf mehreren Ebenen, weshalb verschiedene Subkategorien gebildet wurden.

Der Zugang zu Unterstützung kann eine erhebliche Hürde darstellen. Im Interview beschreibt eine Fachperson am Beispiel der Mütter-Väter-Beratung, wie viele Schritte erforderlich sind, um daran teilzunehmen.

«...dort finden nicht alle Zugang weil es einfach schon mal ist ich muss verstanden haben dass es das gibt ich muss die Fähigkeit haben (...) herauszufinden wann ist das Angebot zu welchem Tag in der Woche und welche Zeit ich muss die Adresse finden ich muss den Mut haben dorthin zu gehen und ich muss mich sprachlich verständigen dass ich überhaupt dort in Austausch komme, also sind schon mal mega viele und ich habe sicher nicht alle aufgezählt, es sind schon mal super viele Hindernisse bis man das schafft (.) und dann müsste man sich noch trauen darüber zu reden dass es jetzt schwierig ist» (Interview 3, Z. 360-366)

Der Entwicklungsbedarf wird damit nicht nur in fehlenden Angeboten gesehen, sondern auch darin, bestehende Unterstützung tatsächlich erreichbar, verständlich und zugänglich zu gestalten. Dabei spielen die Sprache und Kultur eine wesentliche Rolle, was auch in mehreren Interviews angesprochen wurde (Interview 3, Z. 352-354 / Interview 4, Z. 434). Insbesondere fremdsprachige Mütter sind häufig schwer erreichbar, wobei dies weniger auf mangelnde Gesprächsbereitschaft als vielmehr auf den erschwerten Erstkontakt zurückzuführen ist (Interview 4, Z. 241-243). Zudem weist eine Fachperson darauf hin, dass bestehende Therapieangebote nur auf Deutsch verfügbar sind (Interview 2, Z. 70-71).

6.6.1 Finanzierung und Auftrag der Sozialen Arbeit

Die Subkategorie verbindet im Datenmaterial zwei eng zusammenhängende Bereiche. Einerseits beschreiben die Expertinnen finanzielle Hürden für Familien und Angebote. Andererseits sehen sie einen Auftrag der Sozialen Arbeit darin, den präventiven und alltagsnahen Nutzen ihrer Begleitung sichtbarer zu machen und strukturell zu verankern.

Eine Fachperson beschreibt, dass Kosten der Angebote für viele Familien eine Grenze darstellen. Dadurch zeigt sich, dass selbst fachlich passende Angebote nicht genutzt werden, wenn die Finanzierung ungeklärt ist (Interview 4, Z. 102-103).

Im sechsten Interview argumentiert die Expertin aus einer präventiven Perspektive. Gemeinden sollen stärker erkennen, dass frühe Unterstützung langfristig günstiger ist, als abzuwarten, bis es zu spät ist (Interview 6, Z. 66-68). Auch die Interviewpartnerin vom ersten Gespräch spricht einen anderen wesentlichen Aspekt an. Ihrer Ansicht nach gehört es zum Auftrag der Sozialen Arbeit, die präventive Bedeutung der Stärkung der Mutter-Kind-Interaktion fachlich zu begründen, da dadurch Beziehungsstörungen und kindlichen Entwicklungsproblemen vorgebeugt werden kann (Interview 1, Z. 141-148).

Die Themen Finanzierung und Auftrag der Sozialen Arbeit bedingen sich gegenseitig. Eine Fachperson betont, dass es verlässliche Daten benötigt, um den Beitrag der Sozialen Arbeit im Bereich der Unterstützung von Müttern mit postpartaler Depression sichtbar zu machen (Interview 5, Z. 76-79). Dadurch könnte die Finanzierung der Fachkräfte legitimiert werden. Dies wird aus dem ersten Interview deutlich, bei dem die Fachperson betont, dass sozialpädagogische Begleitung einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung der Lebenswelt sowie zur Übertragung therapeutischer Inhalte in den Alltag leisten kann. Dabei kritisiert sie, dass die Soziale Arbeit im bestehenden Versorgungssystem zu wenig berücksichtigt wird und die Leistungen der Fachpersonen entsprechend unzureichend finanziert werden (Interview 1, Z. 274-277).

Auf die Frage nach dem grössten Entwicklungsbedarf spricht die Expertin im ersten Interview die Ausbildung der Sozialen Arbeit an. Sie fordert mehr Wissen von Fachpersonen über seelische Belastungen sowie biografische Verletzungen, die zu psychischen Erkrankungen führen können. Fehlendes Wissen führt dazu, dass die Profession Soziale Arbeit neben der Psychiatrie und Psychotherapie weniger ernst genommen wird und auf administrative Aufgaben reduziert wird (Interview 1, Z. 308-311).

«...da positioniere ich mich und sage einfach wer mit Menschen zu tun hat sollte über die seelischen Belastungen von Menschen besser Bescheid wissen finde ich...» (Interview 1, Z. 298-300)

6.6.2 Gesellschaftliche Sensibilisierung

Hier wird aufgezeigt, dass Entwicklungsbedarf nicht nur im professionellen Hilfesystem gesehen wird, sondern auch auf Gesellschaftsebene. Dafür werden in vielen Interviews die Themen Tabuisierung und Stigmatisierung angesprochen, welche in Kapitel 6.2.3 ausführlich beleuchtet sind.

Eine Fachperson berichtet, dass postpartale Depression insbesondere in ländlichen Regionen noch stärker verschwiegen wird. Belastungen nach der Geburt werden teilweise durch Aussagen relativiert, wonach die erste Zeit mit einem Kind nun einmal streng ist und Betroffene nicht empfindlich reagieren sollten (Interview 6, Z. 89-93). In einem weiteren Interview beschreibt eine Expertin die fehlenden

gesellschaftlichen Signale, sodass sich Frauen nicht trauen, darüber zu sprechen (Interview 3, Z. 334-336).

Um der Tabuisierung entgegenzuwirken, braucht es die gesellschaftliche Sensibilisierung und Aufklärung, damit die Menschen über die Erkrankung Bescheid wissen und so die betroffenen Eltern unterstützt werden. Mehrere befragte Fachpersonen nennen deshalb das Thema Öffentlichkeitsarbeit, wie nachfolgend belegt wird. Eine Expertin schlägt vor, das Thema öffentlich stärker zu bearbeiten und sichtbarer zu machen, damit Betroffene erkennen können, dass sie nicht allein sind (Interview 5, Z. 236-238). Im Interview sechs wird ein konkretes Umsetzungsbeispiel genannt in Form von Werbung während der Hauptsendezeit im Fernsehen, so wie bei früheren Kinderschutzkampagnen (Interview 6, Z. 195-198). Auch die vierte Interviewpartnerin betont die Bedeutung der Aufklärung und verweist auf deren präventiven Charakter.

«Aufklärung halt, je nachdem, schon mehr in der Schwangerschaft irgendwo mit einzubauen, wobei die meisten da wie nicht empfänglich sind. Da habe ich so wie der Eindruck, dass ich denke, ja, ja, passiert mir eh nicht, und jetzt ist alles gut, und so schweben sie so auf ihrer Wolke, und ist doch alles was. Äh, ich werde doch glücklich sein, wenn das Baby da ist, aber da vielleicht schon wie anknüpfen irgendwo, ich weiss nicht, wo man das einbauen könnte, dass sie es wie schon nochmal gehört haben, und dass es wie der Papa das auch schon gehört haben, dass er wie vielleicht ein bisschen darauf aufmerksam machen könnte, wenn ihm das auffällt...» (Interview 4, Z. 133-140)

Die gesellschaftliche Sensibilisierung umfasst laut Datenmaterial zudem eine realistischere Darstellung von Elternschaft. Eine Expertin beschreibt ihre Erfahrung, dass viele Mütter sich vor der Geburt wenig damit auseinandergesetzt haben, was Mutter- und Elternsein tatsächlich bedeutet. Sie nennt Geburtsvorbereitungskurse als konkretes Beispiel, bei dem viele Eltern erreicht werden könnten (Interview 2, Z. 224-231). Eine andere befragte Fachperson sieht den Entwicklungsbedarf ebenfalls schon vor der Geburt. Werdende Eltern sollen über mögliche Belastungen, Risikofaktoren und bestehende Unterstützungsangebote informiert werden, dadurch werden sie sensibilisiert und sehen verschiedene Möglichkeiten, um sich Hilfe zu holen (Interview 3, Z. 402-409).

Eine andere Interviewpartnerin verweist auf den gesellschaftlichen Druck, der auf dem Bild von Mutter und Kind liegt (Interview 1, Z. 208). Auch auf politischer Ebene wird der gesellschaftliche Entwicklungsbedarf thematisiert. Eine Fachperson kritisiert den kurzen Vaterschaftsurlaub und argumentiert, dass eine längere Anwesenheit des Vaters oder anderen Elternteils das gesamte Familiensystem von Anfang an besser stabilisieren könnte (Interview 4, Z. 63-69). Eine zweite Fachperson hält den Mutterschaftsurlaub für zu kurz und beschreibt den Druck, der auf den Müttern lastet.

«Und dann finde ich auf politischer Ebene ist schon noch, kann man noch vieles machen, ich meine, die 14 bis 16 Wochen Mutterschaftsurlaub ist viel zu wenig. Ich finde, Mütter sind unter grossem Druck, je nachdem, wenn du nachher keinen unbezahlten Urlaub nehmen kannst, dann musst du nach drei oder vier Monaten wieder arbeiten gehen. Es ist eine sehr kurze Zeit, um diese Anpassungsleistung zu machen, von Frau auf Mutter und von Paar auf Eltern und das ganze Familiensystem, das braucht einfach Zeit. Und ich finde, da sind die 14 bis 16 Wochen nichts» (Interview 2, Z. 232-237)

Zusammenfassend zeigt sich der Entwicklungsbedarf sowohl auf struktureller als auch auf gesellschaftlicher Ebene. Neben zugänglichen und finanzierbaren Unterstützungsangeboten braucht es eine stärkere Verankerung der Sozialen Arbeit. Auch gesellschaftliche Erwartungen an die Elternschaft und bestehende Tabuisierungen sollten thematisiert werden.²⁶

²⁶ Für das Kürzen des Kapitels wurde Open AI. (2026), ChatGPT Juni Version 5.5., <https://chatgpt.com/> verwendet.

7 Diskussion

In diesem Kapitel werden die theoretischen Erkenntnisse aus den Theoriekapiteln (vgl. Kapitel 3 und 4) mit den Forschungsergebnissen (vgl. Kapitel 6) verknüpft. Für die Diskussion wurden zwei Unterkapitel gebildet, die sich an der Forschungsfrage orientieren.

7.1 Unterstützung von Müttern mit postpartaler Depression

Damit betroffenen Müttern Unterstützung geboten werden kann, muss eine postpartale Depression zuerst erkannt und angesprochen werden.

Mehrere Aussagen von Interviews machen deutlich, dass eine postpartale Depression nicht zwingend äusserlich erkennbar ist und viele verschiedene Symptomatiken mit sich bringt (vgl. Kapitel 6.2.1). Auch die Theorie beschreibt, dass eine postpartale Depression vielschichtig ist und nicht immer eindeutig erkannt wird. Zudem können Symptome wie Erschöpfung, Schlafmangel und Unsicherheit mit normalen Belastungen nach der Geburt verwechselt werden. Dadurch wird die Diagnostik erschwert, weil die Unterscheidung zwischen physiologischen und pathologischen Symptomen auch für Fachpersonen eine Herausforderung darstellt (Dorn & Rohde, 2025, S. 31; Salis, 2016, S. 8; Schrimpf, 2013, S. 29). Diese Schwierigkeit der Unterscheidung von normaler Müdigkeit und depressiver Erschöpfung wird von den Fachpersonen in den Interviews angesprochen und als Herausforderung für die Früherkennung dargestellt (Interview 2, Z. 194-200 / Interview 3, Z. 370-374 / Interview 4, Z. 173-190).

In den Forschungsergebnissen wird von den Interviewpersonen auf weitere Lücken in der Früherkennung hingewiesen. Ein zentrales Problem ist das Fehlen systematischer Screenings und einheitlicher Verfahren. Die Früherkennung ist deshalb stark von der Sensibilisierung der Fachpersonen und ihrem Umgang mit Belastungsanzeichen abhängig (vgl. Kapitel 6.5.3). Reiner-Lawugger (2016) beschreibt ein standardisiertes Screening-Verfahren, welches aus einem EPDS-Fragebogen besteht (S. 151). Dieser Test hilft, psychische Belastungen frühzeitig zu erkennen und betroffene Frauen an geeignete Fachstellen weiterzuleiten. Durch den Fragebogen kommen Fachpersonen mit Klientinnen leichter über das psychische Befinden ins Gespräch (Dorn & Mautner, 2018, S. 95). Im Praxisalltag fehlt jedoch häufig die notwendige Zeit für ausführliche Gespräche (Reiner-Lawugger, 2016, S. 151). Die theoretischen Erkenntnisse bestätigen somit die beschriebenen Herausforderungen einer uneinheitlichen und erschwerten Früherkennung.

Im Kapitel 3.5 wird beschrieben, dass Frauen mit einer postpartalen Depression häufig Angst haben, als schlechte Mutter wahrgenommen zu werden. Diese Angst vor Stigmatisierung kann dazu führen,

dass Symptome gegenüber Fachpersonen nicht offen angesprochen werden (Berger, 2019, S. 18). Die Forschungsergebnisse zeigen Ähnliches auf, indem zwei Fachpersonen die Stigmatisierung aus Sicht der Mütter beschreiben (Interview 4, Z. 180-181 / Interview 6, Z. 341-352). In diesem Zusammenhang steht auch das Thema Annahme von Hilfe. In den Interviews zeigt sich, dass Scham, Schuldgefühle und hohe Ansprüche an die eigene Mutterrolle die Annahme von Unterstützung erschweren können (vgl. Kapitel 6.4.1). Damit betroffene Mütter Ängste und Sorgen bei Fachpersonen ansprechen können, braucht es tragfähige Beziehungen. Der Beziehungsaufbau braucht je nach Erfahrungen der Mütter unterschiedlich viel Vertrauen und Zeit (vgl. Kapitel 6.1.2). Ein wichtiger Bestandteil in der professionellen Begleitung ist die Ressourcenorientierung, welche in mehreren Interviews genannt wird (Interview 1, Z. 14 / Interview 3, Z. 125-135 / Interview 5, Z. 123). Die Theorie zu Schutzfaktoren beschreibt, dass ein positives Selbstwertgefühl, soziale Unterstützung, aktives Bewältigungsverhalten und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten die psychische Gesundheit stärken können (Petermann et al., 2004, S. 344). Die Fachpersonen aus den Interviews heben in der Begleitung der Mütter die gelingenden Momente sowie die vorhandenen Kompetenzen hervor (vgl. Kapitel 6.3.1).

Für die Unterstützung betroffener Mütter hat das Netzwerk eine grosse Bedeutung, dies zeigt sich sowohl in der Theorie als auch in den Interviews. Soziale Unterstützung kann eine zentrale Schutzfunktion für Mütter mit postpartaler Depression haben (Meier, 2021, S. 9). Gleichzeitig zeigen die Interviews, dass ein tragfähiges Netzwerk im Praxisalltag nicht selbstverständlich vorausgesetzt werden kann (vgl. Kapitel 6.4.2).

Die Interviews zeigen durch mehrere Antworten den spezifischen Beitrag der Sozialen Arbeit auf. Viele Fachpersonen sehen sich als alltagsnahe Begleiterin, stabilisierende Bezugsperson für Mutter und Kind sowie eine Art Case Management. Die Schnittstellenfunktion als Rollenmerkmal wird in den Interviews ebenfalls genannt (vgl. Kapitel 6.1). Da die postpartale Depression als multifaktorielles Geschehen verstanden wird und die psychische Gesundheit durch diverse Faktoren beeinflusst wird, braucht es verschiedene fachliche Perspektiven (Meier, 2021, S. 7; Salis, 2016, S. 8). Die Forschungsergebnisse unterstreichen die Theorie, dass Interdisziplinarität ein häufig genannter Unterstützungsfaktor ist. Viele betroffene Frauen profitieren von unterschiedlichen fachlichen Perspektiven. Die Zusammenarbeit verschiedener Professionen ermöglicht eine ganzheitliche Unterstützung sowie die Triage an passende Angebote (vgl. Kapitel 6.4.4). In der Literatur wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen beteiligten Fachpersonen als zentral für die Unterstützung von betroffenen Müttern beschrieben. Durch eine koordinierte Zusammenarbeit kann der Vielschichtigkeit der Elternschaft besser begegnet werden. Studien zeigen jedoch, dass Schnittstellenprobleme und Verantwortungsdiffusion zwischen den Professionen häufig zu Lücken in der Begleitung führen (Forster, 2024, S. 26). In der Praxis fallen immer wieder betroffene Eltern durch das professionelle Netz (Interview 6, Z. 41-45). Die Interdisziplinarität

hängt von einem aktiven Aufbau und Erhalt des Netzwerks ab. Zudem müssen die zeitlichen und finanziellen Ressourcen vorhanden sein (Interview 6, Z. 119-139).

Diese Notwendigkeit einer koordinierten, systemischen Perspektive spiegelt sich auch in der Behandlungsmethodik wider. In der Theorie beschreibt Köhler-Weisker (2023) die ganzheitliche Behandlung als besonders wirksam. Dabei werden neben der Mutter auch das Baby und der andere Elternteil in den therapeutischen Prozess einbezogen. Eine ausschliessliche Behandlung der Mutter reicht häufig nicht aus, gerade auf Ebene der Interaktion zwischen Mutter und Kind (S. 125). Diese theoretischen Erkenntnisse werden durch die Aussagen einer Fachperson bestätigt. Sie betont, dass die Behandlung einer postpartalen Depression nicht nur die Mutter, sondern das gesamte Familiensystem einbeziehen sollte. Dadurch wird die gesamte Lebenswelt der Mutter berücksichtigt und die Unterstützung näher an der Realität der Betroffenen gestaltet (Interview 2, Z. 39-42).

Mehrere Fachpersonen sehen bereits während der Schwangerschaft einen wichtigen Ansatzpunkt, um werdende Eltern über mögliche Belastungen und bestehende Unterstützungsangebote zu informieren (Interview 2, Z. 224-231 / Interview 3, Z. 402-409). Diese Einschätzung wird durch die Theorie von Köhler-Weisker (2023) bestätigt. Es wird beschrieben, dass die Vorbereitung häufig auf die Geburt fokussiert ist, während die Zeit danach sowie die neue Elternrolle oft zu wenig thematisiert wird (S. 163). Forster (2024) nennt die Geburtsvorbereitung als Möglichkeit, über die postpartale Depression aufzuklären (S. 27). Geburtsvorbereitungskurse werden auch von einer Fachperson im Interview als geeigneten Ansatz gesehen, um werdende Eltern für das Thema zu sensibilisieren (Interview 2, Z. 224-231).

7.2 Stärkung der Mutter-Kind-Beziehung

Die Theorie beschreibt Bindung als etwas, das sich im Verlauf des ersten Lebensjahres schrittweise durch die wiederholten Interaktionen zwischen Kind und Bezugsperson entwickelt (Bethke et al., 2017, S. 11). Auch in den Interviewergebnissen wird Bindungsaufbau als fortlaufender Prozess verstanden. Mutter und Kind müssen in alltäglichen Situationen überhaupt miteinander in Kontakt kommen, damit ein Miteinander entstehen kann (Interview 3, Z. 11-17).

Das Konzept der «good enough mother» führt vom Bild einer idealisierten Mutter weg. Es betont, dass Muttersein sowie der Aufbau einer tragfähigen Mutter-Kind-Beziehung Zeit, Erfahrung und Lernprozesse benötigen. Eine gute Mutter muss demnach nicht jederzeit perfekt verfügbar sein, sondern die Bedürfnisse des Kindes ausreichend wahrnehmen und beantworten, ohne dabei die eigenen Grenzen zu vernachlässigen. Entlastung, Selbstfürsorge und zeitweise Fremdbetreuung können deshalb als wichtige Voraussetzung verstanden werden, damit die Mutter ihre Reserven wieder auffüllen und die

Beziehung zum Kind gelingen kann (Dorn & Rohde, 2025, S. 132–133). Diese theoretische Entlastung vom Ideal der perfekten Mutter zeigt sich auch in den Interviews. Die Fachpersonen betonen, dass nicht nur Schwierigkeiten betrachtet werden, sondern vor allem gelingende Interaktionsmomente sichtbar gemacht werden sollen. Positive Reaktionen des Kindes werden bewusst gespiegelt, weil betroffene Mütter diese selbst teilweise kaum wahrnehmen und herausfordernde Situationen stärker gewichten. Durch direkte Rückmeldungen, Fragen oder kleine Beobachtungsaufträge wird die Mutter unterstützt. Somit kann sie vorhandene Kompetenzen wieder erkennen und Vertrauen in ihr eigenes Handeln aufbauen (Interview 2, Z. 157-166 / Interview 3, Z. 129-135 / Interview 4, Z. 318-331/ Interview 5, Z. 107-114 / Interview 6, Z. 225-246).

Mütterliche Feinfühligkeit wird als Fähigkeit beschrieben, kindliche Signale wahrzunehmen und aus der Perspektive des Kindes richtig zu interpretieren. Dazu gehört auch, zeitnah und angemessen darauf zu reagieren und die eigene Antwort an das Bedürfnis des Kindes anzupassen (Grossmann & Grossmann, 2014, S. 121–122). Diese gilt als wichtige Grundlage für die Entwicklung einer sicheren Bindung (Brisch, 2022, S. 44). Eine postpartale Depression kann die mütterliche Fähigkeit beeinträchtigen, feinfühlig und freudvoll mit dem Kind in Kontakt zu treten. Betroffene Mütter sind häufig stark mit eigenen Ängsten und Sorgen beschäftigt, wodurch es ihnen schwerfällt, sich auf die Signale ihres Kindes einzulassen (Köhler-Weisker, 2023, S. 174). Die Interviews zeigen, dass viele Mütter zuerst wieder Zugang zu ihren eigenen Gefühlen und Bedürfnissen finden müssen, bevor sie ihr Kind begleiten können. Gleichzeitig sind sie in ihrer Elternrolle häufig verunsichert und nehmen ihre vorhandenen Kompetenzen kaum wahr (Interview 2, Z. 82-85 / Interview 3, Z. 212-217). Sowohl die Theorie als auch die Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass ein schwieriges Passungsverhältnis zwischen Mutter und Kind die frühe Interaktion zusätzlich belasten kann (Interview 3, Z. 200-204). Unterschiede im Temperament können den Beziehungsaufbau erschweren und einen längeren Begleitprozess erforderlich machen (Köhler-Weisker, 2023, S. 168).

Fachpersonen unterstützen die Mütter in ihrer elterlichen Handlungsfähigkeit durch die Begleitung von konkreten Alltagssituationen (Interview 3, Z. 15-22). Dadurch kann eine mögliche negative Dynamik zwischen mütterlicher Verunsicherung, kindlicher Irritation und erneuter Frustration unterbrochen werden, wie sie auch in der Theorie beschrieben wird (Reiner-Lawugger, 2016, S. 155). Die in den Interviews genannten Methoden schaffen in diesem Zusammenhang Situationen, in denen Mutter und Kind miteinander in Kontakt kommen und die Mutter die Reaktionen des Kindes unmittelbar erleben kann (vgl. Kapitel 6.3).

Die Theorie verdeutlicht, dass der Bindungsaufbau nicht nur durch Nähe, Schutz und Versorgung entsteht, sondern auch durch die Möglichkeit des Kindes, schrittweise die Umwelt zu erkunden. Voraussetzung dafür ist, dass die Bindungsperson als verlässliche Basis verfügbar bleibt und dem Kind sowohl Autonomie als auch Rückversicherung ermöglicht (Bowlby, 2024, S. 9–10; Brisch, 2022, S. 46). Der Bindungsaufbau zeigt sich nicht nur in der Nähe, sondern auch in der Sicherheit, Distanz zuzulassen. Für die Begleitung bedeutet dies, Mütter zu unterstützen, dem Kind mehr Eigenständigkeit zuzutrauen. Kurze Trennungen werden als Teil einer stabilen Mutter-Kind-Beziehung verstanden (Interview 3, Z. 227-230).

Zusammenfassend zeigt die Auslegung der Ergebnisse, dass die Stärkung der Mutter-Kind-Beziehung bei einer postpartalen Depression nicht auf schnelle Veränderungen ausgerichtet sein kann. Es müssen im therapeutischen und alltäglichen Setting Bedingungen geschaffen werden, unter denen Mutter und Kind wiederholt Sicherheit, realen Kontakt und positive gegenseitige Reaktionen erleben können.²⁷

²⁷ Für das Zusammenfassen des Abschnitts wurde Open AI. (2026), ChatGPT Juli/August Version 5.5., <https://chatgpt.com/> verwendet.

8 Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit

Folgendes Kapitel fasst die zentralen Erkenntnisse für die Soziale Arbeit zusammen und leitet daraus mögliche Handlungsansätze ab. Daraus ergeben sich keine allgemeingültigen Handlungsanweisungen, sondern fachlich begründete Perspektiven und Denkansätze, welche für die Soziale Arbeit relevant sein können.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen zwei eng miteinander verbundene Ebenen auf. Einerseits geht es darum, Mütter mit einer postpartalen Depression in ihrer Belastung zu unterstützen, zu entlasten und zu stabilisieren. Andererseits soll die Mutter-Kind-Beziehung mit Blick auf die Entwicklung des Kindes gestärkt werden. Diese beiden Ebenen lassen sich nicht getrennt voneinander betrachten. Die Mutter-Kind-Beziehung kann insbesondere dann gefördert werden, wenn die Mutter wieder mehr Sicherheit, Orientierung und Handlungsfähigkeit gewinnt.

Der Übergang in die Elternschaft stellt eine anspruchsvolle Anpassungsleistung dar. Die Geburt eines Kindes verändert nicht nur die Befindlichkeit der Mutter, sondern auch den Alltag, die Rollenverteilung und die Beziehungen innerhalb des gesamten Familiensystems. Bei einer postpartalen Depression können diese Veränderungen mit zusätzlicher Unsicherheit und Überforderung verbunden sein. Daraus lässt sich für die Soziale Arbeit ableiten, dass Unterstützung nicht erst in akuten Krisen erfolgen soll, sondern frühzeitig, alltagsnah und mit Blick auf das familiäre Umfeld zu gestalten ist.

Für eine nachhaltige Stabilisierung ist die Gestaltung des Familienalltags zentral. Betroffene Mütter benötigen häufig nicht nur medizinische oder therapeutische Unterstützung, sondern auch Orientierung, Entlastung und konkrete Begleitung in Alltagssituationen. Insbesondere der Übergang von einer intensiveren Unterstützungsleistung zurück in einen selbstständigen Familienalltag kann mit erneuter Unsicherheit und Überforderung verbunden sein. Deshalb kann eine frühzeitig geplante und abgestimmte Begleitung dazu beitragen, die erreichte Stabilität im Alltag aufrechtzuerhalten. Die Soziale Arbeit kann gemeinsam mit den Müttern alltagstaugliche Routinen entwickeln, Herausforderungen frühzeitig erkennen und konkrete Lösungsansätze erarbeiten. Dabei werden vorhandene Ressourcen sichtbar gemacht und weiter gestärkt. Auf diese Weise kann die elterliche Handlungsfähigkeit gefördert werden. Wenn die Mutter mehr Sicherheit erfährt, können auch feinfühligere Interaktionen, positive Beziehungsmomente und der Bindungsaufbau zum Kind unterstützt werden.

Damit verbunden ist die Ressourcen- und Netzwerkarbeit. Ein bestehendes soziales Umfeld darf nicht automatisch als tragfähig vorausgesetzt werden. Vielmehr muss gemeinsam mit der Mutter geprüft werden, welche privaten Beziehungen tatsächlich erreichbar, vertrauensvoll und unterstützend sind.

Viele Familien mit hoher Belastung sind häufig nicht in der Lage, passende Unterstützung selbst zu suchen oder aufrechtzuerhalten. Die Soziale Arbeit kann bestehende Ressourcen und Netzwerke sichtbar machen, fehlende Unterstützung erkennen und gemeinsam mit der Familie ein tragfähiges Unterstützungsnetz aufbauen. Dabei geht es nicht nur um eine kurzfristige Entlastung, sondern um längerfristig verfügbare Unterstützung für Mutter, Kind und Familie.

Die Unterstützung von Müttern mit postpartaler Depression stellt zugleich eine interdisziplinäre Aufgabe dar. Medizinische, therapeutische, sozialpädagogische und beratende Angebote müssen ineinandergreifen, damit Familien nicht zwischen verschiedenen Zuständigkeiten verloren gehen. Die Soziale Arbeit kann dabei eine verbindende Funktion übernehmen. Ihre Stärke liegt darin, die Lebenswelt der Familien, vorhandene Ressourcen, soziale Netzwerke und professionelle Hilfesysteme zusammenzudenken. Gerade in einem freiwilligen Setting ist diese Schnittstellenfunktion bedeutsam. Gleichzeitig setzt sie eine klare Abgrenzung der professionellen Zuständigkeiten voraus. Die Soziale Arbeit übernimmt keine psychotherapeutische Behandlung, sondern ergänzt diese durch eine lebensweltorientierte Perspektive und die Begleitung des Familienalltags. Eine klare Rollenverteilung und eine verlässliche interprofessionelle Zusammenarbeit sind deshalb notwendig. Fachpersonen der Sozialen Arbeit benötigen zudem ein breites professionelles Netzwerk, damit betroffene Mütter gezielt an geeignete Angebote triagiert werden können.

Auch im Bereich der Früherkennung ergeben sich wichtige Ansätze. Fachpersonen der Sozialen Arbeit begegnen Familien in unterschiedlichen Lebensbereichen und können dadurch Belastungen wahrnehmen, einordnen und ansprechen. Dafür benötigen sie fundiertes Wissen über postpartale Depression, Risikofaktoren, Symptome und mögliche Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung. Früherkennung umfasst somit die sensible Beobachtung, die Gesprächsführung und die Einleitung weiterer Unterstützung. Werden Belastungen frühzeitig wahrgenommen und aufgefangen, kann einer zunehmenden Überforderung der Mutter sowie möglichen Auswirkungen auf das Familiensystem entgegen gewirkt werden.

Unterstützung kann jedoch nur wirksam werden, wenn sie für Familien tatsächlich zugänglich ist. Chancengerechtigkeit bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Angebote nicht nur bestehen müssen. Ebenso entscheidend sind deren Erreichbarkeit, Verständlichkeit und Nutzbarkeit. Dies betrifft insbesondere fremdsprachige Mütter oder stark belastete Familien. Die Soziale Arbeit kann dazu beitragen, Barrieren sichtbar zu machen, mehrsprachige und niederschwellige Zugänge einzufordern und Familien aktiv an geeignete Unterstützung heranzuführen.

Schliesslich ergibt sich noch ein Handlungsansatz auf gesellschaftlicher Ebene. Postpartale Depression ist weiterhin mit Scham, Schuldgefühlen und Vorstellungen von gelingender Mutterschaft verbunden. Die Soziale Arbeit kann zur Entstigmatisierung beitragen, indem sie psychische Belastungen rund um Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft offen anspricht und die Inanspruchnahme von Unterstützung als legitimen Bestandteil dieser Lebensphase vermittelt. Auch fachlich begleitete Peer-Angebote und Begegnungsorte auf Augenhöhe können dazu beitragen, soziale Isolation zu vermindern und Belastungen früher sichtbar zu machen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Soziale Arbeit in diesem Handlungsfeld vor allem dort bedeutsam ist, wo psychische Belastung, Familienalltag und das Hilfesystem ineinandergreifen. Ihre spezifischen Stärken liegen in der lebensweltnahen Begleitung, der Ressourcen- und Netzwerkarbeit, der Schnittstellenfunktion sowie der Gestaltung zugänglicher Unterstützung.²⁸

²⁸ Für die Glättung des Kapitels wurde Open AI. (2026), ChatGPT Juli Version 5.5., <https://chatgpt.com/> verwendet.

9 Fazit und Ausblick

Als zentrales Ergebnis der Arbeit geht hervor, dass die Mutter-Kind-Beziehung nicht losgelöst von der Situation der Mutter betrachtet werden kann. Eine postpartale Depression wirkt sich nicht nur auf das psychische Befinden der Mutter aus, sondern auch auf den Familienalltag, die elterliche Handlungsfähigkeit und die Interaktion mit dem Kind. Die Stärkung der Mutter-Kind-Beziehung setzt deshalb dort an, wo die Mutter entlastet, stabilisiert und in ihrer Selbstwirksamkeit gestärkt wird. Erst wenn eine Mutter wieder mehr Ruhe, Orientierung und Vertrauen in ihr eigenes Handeln entwickeln kann, können feinfühlig Interaktionen und positive Beziehungserfahrungen mit dem Kind ermöglicht werden.

Die Forschungsfrage, wie die Soziale Arbeit aus Sicht von Fachpersonen Mütter mit postpartaler Depression unterstützen und die Mutter-Kind-Beziehung stärken kann, lässt sich dahingehend beantworten, dass die Soziale Arbeit psychische Belastung, Lebenswelt, Beziehung, Ressourcen und Hilfesystem miteinander verbindet. Ihre Unterstützung umfasst insbesondere die alltagsnahe Begleitung, die Förderung der elterlichen Handlungsfähigkeit und die Erschliessung geeigneter sozialer und professioneller Ressourcen. Dadurch werden Bedingungen geschaffen, unter denen Mütter entlastet und in ihrer Selbstwirksamkeit gestärkt werden können. Die Unterstützung betroffener Familien kann nicht durch eine einzelne Profession gewährleistet werden.

Aus der Arbeit wird deutlich, dass Unterstützung nicht allein von der Bereitschaft der betroffenen Mutter abhängt. Auch gesellschaftliche und strukturelle Rahmenbedingungen haben Einfluss darauf, ob Belastungen frühzeitig angesprochen werden und passende Hilfe in Anspruch genommen wird. Dazu gehört die Enttabuisierung psychischer Erkrankungen, die Vereinbarkeit von Elternschaft und Erwerbsarbeit, finanzielle Rahmenbedingungen, Betreuungssituationen sowie der Abbau von Vorurteilen.

Für die Praxis zeigt sich, dass es Angebote benötigt, in denen Mutter und Kind gemeinsam Platz haben und nicht getrennt voneinander betrachtet werden. Besonders bedeutsam erscheinen Institutionen und Fachstellen, die vernetzt arbeiten, Übergänge aktiv begleiten und sowohl die psychische Belastung der Mutter als auch die Entwicklung des Kindes im Blick behalten. Unterstützungsangebote sollten deshalb so gestaltet sein, dass sie frühzeitig erreichbar, alltagsnah, verständlich und längerfristig tragfähig sind.

Zukünftig braucht es eine stärkere Verankerung der Sozialen Arbeit im Bereich der postpartalen psychischen Gesundheit. Dazu gehören mehr Wissen über postpartale Depression in Ausbildung und Praxis, klare Zuständigkeiten verschiedener Professionen sowie eine bessere Finanzierung alltagsnaher und familienorientierter Angebote. Auch die gesellschaftliche Sensibilisierung bleibt bedeutsam, damit

betroffene Mütter weniger Scham erleben, Belastungen früher ansprechen und Unterstützung als legitime Hilfe in einer anspruchsvollen Lebensphase annehmen können.

Im Verlauf der Arbeit wurden Themen sichtbar, die sich für weiterführende Untersuchungen eignen. Da das Thema Unterstützung in der vorliegenden Arbeit eine zentrale Rolle spielt, wäre insbesondere die Perspektive des anderen Elternteils weiterführend zu untersuchen. Dabei könnte betrachtet werden, welchen Beitrag dieser zur Entlastung und Genesung der betroffenen Mutter leistet und welche Herausforderungen sich für alleinerziehende Mütter ergeben.

Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit liegt auf der postpartalen Depression. Auch andere psychische Erkrankungen rund um die Geburt, beispielsweise Psychose oder Schizophrenie, können die Eltern-Kind-Beziehung ebenso einschränken und das Kindeswohl gefährden. Deshalb sollten auch weitere psychische Erkrankungen gesellschaftlich stärker thematisiert und als relevantes Handlungsfeld der Sozialen Arbeit berücksichtigt werden. Weitere wissenschaftliche Arbeiten können dazu beitragen, den entsprechenden Unterstützungsbedarf und die Relevanz sichtbarer zu machen.²⁹

²⁹ Für die Glättung des Kapitels wurde Open AI. (2026), ChatGPT Juli/August Version 5.5., <https://chatgpt.com/> verwendet.

10 Literaturverzeichnis

- AvenirSocial. (2026). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz: Ein Argumentarium für die Praxis* [Broschüre].
- Berger, A. (2019). Perinatale psychische Erkrankungen: Ein vernachlässigtes Thema der Gesundheitsversorgung von Frauen. *Psychiatrische Pflege*, 4(1), 17–20. <https://doi.org/10.1024/2297-6965/a000224>
- Bethke, C., Braukhane, K., & Knobloch, J. (2017). *Bindung und Eingewöhnung von Kleinkindern*. Schubi Lernmedien AG.
- Bogner, A., Littig, B., & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-19416-5>
- Bowlby, J. (2024). *Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie* (6. Aufl.). Ernst Reinhardt Verlag.
- Brisch, K. H. (2022). *Bindungsstörungen: Von der Bindungstheorie zur Beratung und Therapie* (19. Aufl.). Klett-Cotta.
- Dorn, A., & Mautner, C. (2018). Postpartale Depression: Interdisziplinäre Behandlung. *Der Gynäkologe*, 51(2), 94–101. <https://doi.org/10.1007/s00129-017-4183-3>
- Dorn, A., & Rohde, A. (2025). *Postpartale Depressionen und ihre vielen Gesichter: Ein Ratgeber für betroffene Frauen und Angehörige* (2. Aufl.). Kohlhammer. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-045525-2>
- Dresing, T., & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Auflage). Eigenverlag.
- Forster, F. (2024). Psychische Krisen bei Frauen im Kontext der Mutterschaft. In U. Lang & A. Brühl (Hrsg.), *Frauen in psychischen Krisen helfen: Besonderheiten und Empfehlungen für Therapie und Begleitung* (1. Aufl., S. 11–33). W. Kohlhammer GmbH. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-043526-1>
- Grossmann, K., & Grossmann, K. E. (2014). *Bindungen—Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Klett-Cotta.

- Hofecker Fallahpour, M., Zinkernagel, C., Frisch, U., Neuhofer, C., Stieglitz, R.-D., & Riecher-Rössler, A. (2005). *Was Mütter depressiv macht und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen: Ein Therapiehandbuch* (1. Aufl.). Hans Huber.
- Köhler, T. (2024). *Psychische Störungen: Symptomatologie, Erklärungsansätze, Therapie* (4. Aufl.). W. Kohlhammer GmbH. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-044122-4>
- Köhler-Weisker, A. (2023). *Postpartale Depression: Ein psychoanalytisches Modell zur Co-Therapie von Mutter und Kind*. Psychosozial-Verlag.
- König, J. (2016). Praxisforschung in zwölf Arbeitsschritten: Handlungswissen im Überblick. In J. König (Hrsg.), *Praxisforschung in der Sozialen Arbeit: Ein Lehr- und Arbeitsbuch* (1. Aufl., S. 29–92). W. Kohlhammer GmbH. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-024196-1>
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2024a). *Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA: Schritt für Schritt*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-40212-9>
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2024b). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Umsetzung mit Software und künstlicher Intelligenz* (6. Auflage). Juventa Verlag.
- Mayer, H. O. (2013). *Interview und schriftliche Befragung: Grundlagen und Methoden empirischer sozialforschung* (6., überarbeitete Auflage). Oldenbourg Verlag.
- Meier, F. (2021). *Die psychische Gesundheit von Eltern unterstützen: Informationen und Empfehlungen für Fachpersonen* [Broschüre]. Gesundheitsförderung Schweiz.
- Petermann, F., Niebank, K., & Scheithauer, H. (2004). *Entwicklungswissenschaft: Entwicklungspsychologie—Genetik—Neuropsychologie*. Springer.
- Rechberg, K.-H. (2016). Narrative Interviews und Leitfadeninterviews. In J. König (Hrsg.), *Praxisforschung in der Sozialen Arbeit: Ein Lehr- und Arbeitsbuch* (1. Aufl., S. 117–144). W. Kohlhammer GmbH. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-024196-1>
- Reiner-Lawugger, C. (2016). So war das aber nicht geplant... In B. Wimmer-Puchinger, K. Gutiérrez-Lobos, & A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Irrsinnig weiblich—Psychische Krisen im Frauenleben* (S. 145–157). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-48436-4>

- Salis, B. (2016). *Psychische Störungen im Wochenbett: Möglichkeiten der Hebammenkunst* (2. Auflage). Mabuse Verlag GmbH. <https://doi.org/10.5771/9783863217334>
- Schrimpf, U. (2013). *Wie kann ich dich halten, wenn ich selbst zerbreche? Meine postpartale Depression und der Weg zurück ins Leben*. Südwest.
- Stegmüller, V., Gerbig, N., & Meisenzahl, E. M. (2021). *Psychische Belastungen in Schwangerschaft und Stillzeit: Das Manual für Gruppen- und Einzelsettings*. Schattauer.
- Weidner, K., Bittner, A., Pirling, S., Galle, M., Junge-Hoffmeister, J., Einsle, F., & Stöbel-Richter, Y. (2013). Was hält Schwangere gesund? Protektive Faktoren für postpartale Depression. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 59(4), 391–407. <https://doi.org/10.13109/zptm.2013.59.4.391>
- World Health Organization. (2019). *Psychische Gesundheit—Faktenblatt*. WHO Regional Office for Europe.
- Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (Hrsg.). (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Springer.
- Wolfersdorf, M., & Laux, G. (2022). *Depressionen: Ein Erfahrungsbuch zu Diagnostik, Verlauf, Therapie und Prävention*. W. Kohlhammer GmbH. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-030648-6>
- Wolkenstein, L. (2023). *Postpartale Depression*. Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/03079-000>
- Wortmann-Fleischer, S., Downing, G., & Hornstein, C. (2016). *Postpartale psychische Störungen: Ein interaktionszentrierter Therapieleitfaden*. W. Kohlhammer. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-030213-6>

11 Anhang

A Interviewleitfaden

Themen	Leitfragen
Rolle der Expertin	Wie würden Sie Ihre Rolle in der Begleitung der Frauen beschreiben und welche Aufgaben ergeben sich im Alltag, die über den offiziellen Stellenauftrag hinausgehen?
	<i>Worin sehen Sie den spezifischen Beitrag Ihrer Profession gegenüber anderen Berufsgruppen?</i>
Angebot	Welche Elemente des Angebots erleben Sie als besonders hilfreich für die Frauen?
	<i>Welche Risiken oder Grenzen zeigen sich im Alltag dieses Settings? Gibt es Verbesserungsmöglichkeiten?</i>
	<i>Welche Frauen erreichen die bestehenden Angebote Ihrer Einschätzung nach nicht?</i>
Mutter-Kind-Beziehung	Welche Methoden wenden Sie im Alltag an, um die Mutter-Kind-Beziehung zu stärken?
	<i>Wie unterstützen diese Methoden den Beziehungsaufbau zwischen Mutter und Kind?</i>
	<i>Worauf achten Sie in der Begleitung besonders?</i>
	<i>Wo sehen Sie Grenzen der Methoden zur Stärkung der Mutter-Kind-Beziehung? Welche Schwierigkeiten erleben die Frauen häufig mit ihrem Kind?</i>
Unterstützungsbedarf	Welche Unterstützungsbedürfnisse nehmen Sie bei den Müttern besonders häufig wahr?
	<i>Welche Belastungen und Risikofaktoren begegnen Ihnen bei vielen Klientinnen immer wieder?</i>
	<i>Welche Bedürfnisse werden erst im Verlauf der Begleitung sichtbar?</i>
Früherkennung	Wer nimmt Belastungen der Frauen Ihrer Erfahrung nach häufig als Erstes wahr?
	<i>Von welchen Fachpersonen werden die Frauen am häufigsten an Ihr Angebot vermittelt?</i>
	<i>Welche Personengruppen oder Fachstellen könnten eine wichtige Rolle bei der Früherkennung übernehmen?</i>
	<i>Welche Anzeichen werden Ihrer Meinung nach häufig übersehen oder zu spät erkannt?</i>
Zukunftsblick	Wo sehen Sie den grössten Entwicklungsbedarf im bestehenden Unterstützungssystem der Schweiz und welche Rolle sollte die Soziale Arbeit künftig einnehmen?
	<i>Welche präventiven Angebote würden Sie sich im Versorgungssystem der Schweiz wünschen?</i>

B Auflistung relevanter Unterstützungsangebote in der Schweiz

Allgemeine Webseite: Periparto Schweiz, <https://www.periparto.ch/de>

- Selbsthilfe, <https://www.periparto.ch/de/fuer-betroffene/selbsthilfe-community>
- Auflistung verschiedener Fachhilfen, <https://www.periparto.ch/de/fuer-betroffene/fachhilfe>
- Informationen für Fachpersonen, <https://www.periparto.ch/de/fuer-fachpersonen>
- Angebote für Arbeitgebende, <https://www.periparto.ch/de/fuer-arbeitgebende>

Beratungsangebote:

- Schweizerischer Fachverband für Mütter- und Väterberatung, <https://www.sf-bfk.ch/de/info-fuer-eltern/>
- Restful, Austausch und vernetzen – von Eltern für Eltern, <https://www.getrestful.ch/>
- Institut Kinderseele Schweiz, <https://www.kinderseele.ch/>

Weitere Beratungsangebote unter: <https://www.periparto.ch/de/fuer-betroffene/entlastung-untersuetzung/elternberatung>

Teilstationäre Angebote:

- Tageszentrum Inselhof, Zürich, <https://inselhof.ch/angebot/tageszentrum-fuer-muetter-mit-postpartaler-depression/>
- Stadtspital Affoltern, Affoltern am Albis, <https://www.spitalaffoltern.ch/fachgebiete/mutter-kind-abteilung>
- Familybonding, Winterthur, <https://familybonding.ch/>
- Bindungshaus, Basel, <https://bindungshaus.ch/>

Stationäre Angebote:

Liste auf Periparto mit regionaler Suchfunktion, <https://www.periparto.ch/de/fuer-betroffene/fachhilfe/stationaere-fachhilfe>

Telefonhilfen:

- Elternnotruf, Tel. 0848 35 45 55
- Die Dargebotene Hand, Tel. 143
- Pro Juventute, Tel. 147