

Institut für Sozialanthropologie  
Länggassstrasse 49a  
CH-3012 Bern  
Schweiz

Schriftliche Arbeit im Hauptstudium

# **Erleben des Stillens in den ersten Wochen nach der Geburt**

Befragung von erstgebärenden Frauen mit  
geplanter Sectio in einem Berner Spital

Abgabe der korrigierten Fassung im Oktober 2007

# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>1</b>
<b>1. Einleitung</b>	<b>2</b>
1.1 Forschungsstand	2
1.2 Theoretisch-konzeptuelle Einbettung	7
1.3 Ausgangshypothesen und Fragestellungen	14
1.4 Vorstellen der Kapitel	15
<b>2. Einführung: Anatomie und Physiologie der Brust und Physiologie des Stillens</b>	<b>17</b>
2.1 Anatomie der Brust	18
2.2 Physiologie der Laktation und der Milch	19
2.3 Stillen und Stress	21
2.4 Beitrag des Kindes zum Stillen	22
2.5 Veränderungen des Stillens im Verlauf einer Laktationsperiode	24
2.6 Stillen nach (geplantem) Kaiserschnitt	26
<b>3. Einführung: Quantitative Schweizer Stillstudien</b>	<b>28</b>
<b>4. Methodik</b>	<b>31</b>
4.1 Art der Befragung und Samplewahl	32
4.2 Interviewführung und Niederschrift	32
4.3 Ablauf der Datenerhebung	33
4.4 Inhalt der Fragen	34
4.5 Beschreibung des Samples	35
4.6 Kleine quantitative Auswertung	36
<b>5. Verinnerlichen und Verkörpern des Stillens</b>	<b>38</b>
5.1 Vorgängiges Bild des Stillens	38
5.2 Realität der ersten Tage	40
5.3 Erste Entscheidung	43
5.4 Finden des gangbaren Wegs	47
5.5 Weiterstillen	50
<b>6. Verinnerlichen und Verkörpern der veränderten Brust</b>	<b>53</b>
6.1 Erleben der Veränderungen der Brust	53
6.2 Funktionsveränderung der Brust	58
6.3 Stillen vor andern Personen	60
6.4 Reaktionen aufs Stillen durchs Umfeld	64
<b>7. Reflektionen</b>	<b>68</b>
7.1 Beantwortung der Fragestellung	68
7.2 Kritik am eigenen Vorgehen	73
<b>8. Schlusswort</b>	<b>76</b>
8.1 Zusammenfassung: Embodiment des Stillens	76
8.2 Weiterführende Fragen	77
8.3 Ausblick und mögliche Weiterführung dieser Arbeit	77
<b>9. Literaturverzeichnis</b>	<b>79</b>
<b>Anhang</b>	<b>85</b>
A) Interviewleitfaden (Maximalvariante)	85
Interview 1: vor der Geburt	85
Interview 2: nach 4 – 6 Tagen pp	86
Interview 3: nach 4 – 6 Wochen pp	87
B) Informed consent	90
Informierte schriftliche Einwilligung zur Befragung zum Thema Stillen	90

# 1. Einleitung

Das Thema dieser schriftlichen Arbeit im Fach Sozialanthropologie ist das Erleben des Stillens aus Sicht stillender Frauen in der Schweiz.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, anhand der Daten, d.h. durch die Perspektive der stillenden Frauen eine zusätzliche Sichtweise des Stillens zu eröffnen. Zusätzlich soll, gestützt auf die sozialanthropologischen Konzepte von T. Csordas (1990): ‚Embodiment as a Paradigm for Anthropology‘ (kurz: ‚paradigm of embodiment‘ oder Embodiment-Paradigma) und N. Scheper-Hughes and M. Lock (1987): ‚The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology‘ (kurz: ‚mindful body‘ oder 3-Körper-Modell), der Prozess des Verinnerlichens und Verkörperns des Stillens genauer beschrieben werden.

## 1.1 Forschungsstand

Historischer Abriss des Fachdiskurses: Stillen in der Sozialanthropologie wurde in den 1960er und 1970er Jahren von Mead oder Liedloff aufgegriffen. Ab den 1980er Jahren haben sich in den anglo-amerikanischen Ländern besonders die feministischen Sozialanthropologinnen dem Thema angenommen (z.B. Blum 1993; Schmied und Lupton 2001; Wall 2001 oder Barlett 2002). Inzwischen gibt es auch eine kritische Diskussion dieses Diskurses (z.B. Law 2000; McKinley und Hyde 2004 oder Wolf 2006).

Gleichzeitig und verbunden mit der Debatte: ‚back to nature‘, wurde das Stillen in verschiedenen Gesellschaften und Kulturen untersucht und zahlreiche Ethnografien geschrieben (z.B. Dettwyler 1988; Wright et al. 1993; Sinha und Pradhan 2000; Mabilla 2000; Yovsi und Keller 2003 oder Yovsi, Relindis D. 2003: ‚Ethnotheories about Breastfeeding‘). Daran anknüpfend erschienen Sammelbände zum Thema Stillen aus sozialanthropologischer Perspektive wie: V. Maher (Hg) 1992: ‚The Anthropology of Breastfeeding. Natural Law or Social Construct?‘; P. Stuart-MacAdam und K. A. Dettwyler (Hg) 1995: ‚Breastfeeding. Biocultural Perspectives‘ und D. Bonnet et al. 2002: ‚Allaitements en Marge‘. Diese Werke versuchen eine ganzheitliche Sicht des Stillens zu vermitteln und heben aus crosskultureller Perspektive hervor, dass Stillen gesellschaftlich oder kulturell konstruiert ist und auch historisch variiert (z.B. Salmon 1994; Estermann Meyer und de Oliveira 2003; Knibiehler 2003 oder Fildes, V. 1986: ‚Breasts, Bottles and Babies. A History of Infant Feeding‘).

Bereits Margaret Mead und Niles Newton sprachen 1967 vom Stillen als Phase des Übergangs fürs Neugeborene (Harrell 1981: 805). Spätere Wissenschaftlerinnen betrachteten das Stillen unter der Perspektive des sozialanthropologischen Ansatzes von

van Gennep ‚rites de passage‘ und Turner Symboltheorie und bezogen diese auf die Frau (z.B. Finger 1997; Mahon-Daly und Andrews 2002 oder Frei 2006). Diese Arbeiten untersuchen das Stillen als Übergangsphase d.h. als liminalen Zustand einer Frau zwischen Geburt und Muttersein oder zwischen dem sozialen Status als Frau und als Mutter. Weiter wurde Stillen von den Wirtschaftsanthropologen behandelt unter dem Aspekt der ‚household economy‘ und Subsistenzwirtschaft (z.B. Draper 1996; Sellen 2002 oder Keller et al. 2005). Zudem erschienen Studien zu verschiedensten Aspekten des Stillens, die man im weiteren Sinn als ‚applied studies‘ bezeichnen könnte, weil sie die Resultate der Förderung des Stillens untersuchen (z.B. Davies-Adetugbo 1997; Ketler 2000; Kersting und Dulon 2002 oder Zhang 2007). Inzwischen gibt es sekundär Literatur über das Stillen in der sozialanthropologischen Literatur (z.B. van Esterik 2002).

Aktueller Stand des Fachdiskurses: Die Themen der sozialanthropologischen und soziologischen Stillstudien<sup>1</sup> in westlichen Länder sind: Stillen<sup>2</sup> im Zusammenhang mit der kulturellen Wertung der Brust als „sexuelles Organ“ (z.B. Sterns 1999; Gannon und Müller-Rockstroh 2005 oder Ward et al. 2006), kulturelle und gesellschaftliche Einflüsse auf die Entscheidung zu stillen oder nicht zu stillen, sowie auf die Stilldauer (z.B. Murphy 1999 oder Yngve und Sjöström 2001), der Einfluss des Vaters aufs Stillverhalten (z.B. Earle 2000), die Integration des Stillens ins Berufsleben (z.B. Draper 1996 oder Galtry 2000), der Einfluss der La Leche Liga (z.B. Merrill 1987, Gorham und Kellner Andrews 1990 oder Sandre-Pereira 2005) oder das ‚insufficient milk syndrome‘ (z.B. Zeitlyn und Rowshan 1997 oder Makhoul Obermeyer und Castle 1997).

In der Schweiz wurden bis jetzt meist nur quantitative Stillstudien durchgeführt. Dennoch hat sich Bettina Finger vor zehn Jahren bereits einmal in einer SAHS (schriftliche Arbeit im Hauptstudium) am ethnologischen Institut der Universität Bern mit dem Stillen befasst. Ihre Arbeit: ‚Stille Zeiten? Seminararbeit mit Datenerhebung zum Wandel im Stillverhalten in der Schweiz in den letzten vierzig Jahren‘ (Finger 1997) ist auf zwei Ebenen aufgebaut: zum

---

<sup>1</sup> Ergänzend dazu schreibt Penny van Esterik: „Most research on breastfeeding and infant feeding is not done by anthropologists but by researchers in the areas of health education, international nutrition, clinical nursing, or public health – fields that have had the most influence on policy. [...] The subjects of breast, breastfeeding, lactation, and child nutrition are all lodged in specialized disciplines, each drawing on distinct theoretical and practical traditions. These disciplines have not traditionally relied on qualitative research. As a result, breastfeeding has not always been seen as a complex process shaped by social and cultural forces interacting with local environmental and political conditions. On the other hand, some health professionals researching infant feeding have been trained in anthropology and make use of qualitative methods and narrative analysis, often without the abstract theoretical framing perceived to be of less relevance to policy makers. Such work frequently has an explicitly applied focus aimed at increasing breastfeeding rates or achieving compliance around complementary feeding“ (van Esterik 2002: 258).

<sup>2</sup> Oft wird Stillen auch in einen grösseren Zusammenhang mit verschiedenen Formen der Ernährung des Säuglings gesehen.

einen eine Diskursanalyse der in der Zeitschrift ‚Wir Eltern‘ von 1954-1994 erschienenen Beiträge zum Thema Stillen; zum andern auf zwei Experteninterviews und vier Gesprächen mit Frauen, die gestillt haben (zwei Schweizerinnen und zwei in der Schweiz lebende Ausländerinnen). Sie stützt sich in der Diskussion der Betroffenen auf die ‚rites de passage‘ von van Gennep und die Symboltheorie von Turner. Dabei kommt sie zum Schluss: „Die persönlichen Erfahrungen, die Frauen beim Stillen machen, sind sehr individuell und können nicht verallgemeinert werden“ (Finger 1997: 52).

Ich kann dem ersten Teil ihrer Aussage zu stimmen, bin jedoch überzeugt, dass bei einem geschlosseneren und grösseren Sample sehr wohl Gemeinsamkeiten erkennbar werden, die zu allgemeineren Aussagen führen.

Einbettung dieser Arbeit in den fachdiskurslichen Zusammenhang: In diesem Abschnitt geht es darum die Hauptaussagen zur soziokulturellen Konstruktion des Stillens, wie sie aus den sozialanthropologischen Studien hervorgehen, zusammenzufassen und zu erläutern.

Stillen ist kulturdefiniert und unterliegt sozialen, ökonomischen, religiösen, politischen etc. Faktoren. Das heisst es ist Vorsicht geboten bei der Übertragung von Resultaten anderer Stillstudien auf ein anderes Land, denn Stillstudien sind wegen dieser unterschiedlichen Rahmenbedingungen kaum vergleichbar. Ein Beispiel dafür ist, dass Stillen in der Öffentlichkeit, in einigen Staaten der USA von Gesetzes wegen verboten ist, in der Schweiz hingegen nicht.

Maher geht noch einen Schritt weiter. Ihre Hauptaussage lautet: Stillen ist kulturell konstruiert und durch persönliche Entscheidungen beeinflusst. Dabei sieht sie die Zusammenhänge wie folgt:

„[There are] frequently men who determine the rules for breastfeeding but that day-to-day decisions are made by women themselves who may turn breastfeeding to their own advantage“  
(Maher 1992: 165).

Bei dieser Aussage ist insofern Vorsicht geboten, dass Männer zwar noch immer die biomedizinische Wissenschaft dominieren, aber die La Leche Liga, Hebammen, Stillberaterinnen und Pflegefachleute, welche die Mütter beim Stillen anleiten, fast ausschliesslich Frauen sind d.h. ein simples Mann-Frau Schema geht für die Schweiz nicht. Zudem ist zu erwähnen, dass daraus abgeleitet werden kann, dass Stillen ein persönlicher Prozess ist, und „only ethnographic research can reveal what breastfeeding women really want“ (Sellen 2002: 25). Ich ergänze hier: nicht nur wollen, sondern auch erleben, beschäftigt

u.s.w.

Bonnet betont weiter, dass Stillen nicht nur soziokulturellen Faktoren, sondern auch dem Zeitgeist unterliegt: „différents [...] construction sociales et culturelles [...] selon les sociétés et les époques“ (Bonnet 2002: 11).

Von diesen Ausführungen leite ich meine erste Ausgangshypothese zum Stillen ab:

- ‚Richtiges‘ Stillen ist kulturell determiniert und vom Zeitgeist abhängig, das tatsächliche Stillmanagement jedoch von persönlichen Entscheidungen geprägt.

Unter persönlichen Entscheidungen sind Entscheidungen zu verstehen, welche die momentane persönlich-individuelle Situation einer Frau resp. einer Frau und ihrem Kind resp. einer Familie berücksichtigt. Aufs Stillen bezogen, sind persönliche Entscheidungen zu verstehen, als Stillmanagements, die von den UNICEF-Empfehlungen, den VELB<sup>3</sup>-Richtlinien oder den Handlungsanweisungen im Spital abweichen. Dabei ist davon auszugehen, dass alle Handlungen sozial geprägt sind, denn eine Gesellschaft prägt das Handeln, das Gesagte etc. durch Belohnung oder Sanktionierung. Somit ist auch die Wahl der von der Gesellschaft "offerierten" Auswahl von Handlungsmöglichkeiten sozial geprägt. Die Aufgabe einer sozialanthropologischen Arbeit ist es zu zeigen, wie (hier in Bezug aufs Stillen) mit den gesellschaftlichen Erwartungen umgegangen wird und die kulturell gegebenen Möglichkeiten eingesetzt werden.

Ergänzend dazu muss angemerkt werden: Auch wenn Stillen ein persönlicher Prozess ist, der in seiner Facettenreichheit bei jeder Frau anders abläuft, sind gewisse Übereinstimmungen erkennbar<sup>4</sup>, die zu allgemeinen Aussagen übers Stillen in unserer Gesellschaft führen.

Derzeitige soziokulturelle Faktoren des Stillen in der Schweiz: Crosskulturelle Studien belegen, dass es das naturgegebene Stillen nicht gibt, sondern dass alle Aspekte des Stillens (wie Wertung des Kolostrums und der Muttermilch, Zeitpunkt des idealen Stillbeginns, Stillfrequenz und –dauer, Gabe von Ergänzungsnahrung und Beikost etc.) kulturell bestimmt sind. Zudem zeigen historische Untersuchungen zum Stillen in verschiedenen Ländern Europas (z. B. Fildes 1986), dass Stillen auch dem Zeitgeist unterliegt. Daher werden im Folgenden die soziokulturelle Faktoren, die das Stillen m. E.<sup>5</sup> zurzeit in der Schweiz hauptsächlich prägen, aufgezählt:

---

<sup>3</sup> VELB = Verband Europäischer LakationsberaterInnen

<sup>4</sup> Diese Annahme beruht auf meiner Erfahrung als Pflegefachfrau auf einer Wöchnerinnenabteilung.

<sup>5</sup> An Stelle von Experteninterviews stütze ich mich hier auf mein Wissen und meine Erfahrung als Pflegefachfrau.

Jede Frau kann stillen; Stillen ist lernbar und gleichzeitig Stillen muss gelernt werden, d.h. Stillende brauchen ein Coaching durch eine Fachperson; die Betonung des natürlichen Stillens (vs der künstlichen Pulvermilch-Flaschenernährung); Kolostrum ist wegen seiner Abwehrstoffen sehr wertvoll und rasches ‚bonding‘ zwischen Mutter und Kind nach der Geburt ist sehr wichtig, beides führt zu frühem Ansetzen nach der Geburt. Weiter zu nennen ist die Wichtigkeit resp. der Glaube an Erkenntnisse der (westlichen-biomedizinischen) Wissenschaften und die Umsetzung verschiedener UNICEF-Deklarationen sowie der ‚10 Schritte zum erfolgreichen Stillen‘ (VELB 2000). Dies führt zur Ansicht, dass Milchbildung auf verschiedene Arten angeregt werden muss und kann. Das hat zur Folge, dass Pumpen<sup>6</sup> zur Milchbildungsunterstützung rasch eingesetzt wird. Weiter ist zu erwähnen, dass die kinderzentrierte Sicht des Stillmanagements über der mutterzentrierten Perspektive steht d.h. die Bedürfnisse<sup>7</sup> des Kindes werden über jene der Mutter gestellt. Dies führt z. B. dazu, dass es als wichtiger erachtet wird, dass das Kind nachts (besonders im Spital) bei der Mutter ist (sogenanntes 24h-rooming-in) und von ihr betreut wird, als dass die Mutter schlafen kann. Was durch die Behauptung betont wird: Mütter können besser schlafen, wenn sie ihr Kind bei sich haben.

Indirekt gehört dazu auch, dass ein Säugling nicht schreien gelassen werden soll und dass eine „frischgebackene“ Mutter, eine glückliche Mutter ist resp. zu sein hat. Weiter bewirkt unsere Lebensweise als Kleinfamilie, dass Frauen manchmal keine andere stillende Frau in ihrem näheren Umfeld haben und nach der Geburt alleine mit dem Neugeborenen zu Hause sind. Die Berufstätigkeit der werdenden Mutter bis kurz vor die Geburt (des ersten Kindes) und danach die Länge des Mutterschaftsurlaubs haben auch Einfluss aufs Stillen.

Weitere soziokulturelle Faktoren, die Druck auf stillende Frauen auslösen können, werden besonders von Bonnet betont: Stillen ist zum Wohl des Kindes (Bonnet 2002: 19) und Stillen ist ein Symbol der absoluten Mutterliebe (Bonnet 2002: 21), dies beinhaltet „l’amour, la charité, la pitié ou la contrainte“ (Bonnet 2002: 12). Zusammenfassend heisst das: “l’allaitement maternel y reste, néanmoins, un idéal de santé et de maternage“ (Bonnet 2002: 19).

---

<sup>6</sup> Genauer Anregungspumpen der weiblichen Brust mit speziellen, für die menschliche Brust entwickelten Milchpumpen, die das Saugen des Kindes imitieren.

<sup>7</sup> Diese Bedürfnisse beruhen wiederum auf Resultaten wissenschaftlicher Forschung verschiedener Disziplinen.

## 1.2 Theoretisch-konzeptuelle Einbettung

Ich habe während meiner Literaturrecherche nur einen Artikel gefunden, der Stillen mit dem Embodiment-Paradigma von Csordas sowie dem 3-Körper-Modell von Scheper-Hughes und Lock in Zusammenhang bringt: P. Mahon-Daly und G. Andrews 2002: ‚Liminality and Breastfeeding. Women Negotiating Space and Two Bodies‘. Die Erwähnung geschieht leider nur sehr, sehr kurz, weil dieser Artikel auf den Theorien von van Genneep und Turner basiert. Insofern leistet meine Arbeit einen neuen Aspekt im Fachdiskurs.

### **Scheper-Hughes, Nancy and Lock, Margaret M. 1987: The Mindful Body:**

Zur Strukturierung der Interaktionen, denen ein Körper ausgesetzt ist, dient das 3-Körper-Modell von Scheper-Hughes und Lock.

Erläuterung des Konzepts: Scheper-Hughes and Lock kritisieren, dass die Anthropologen den Dualismus von Körper und Geist (Scheper-Hughes + Lock 1987: 6) aufrechterhalten. Zu dieser Trennung von Körper und Geist gehören noch weitere Gegensatzpaare wie sichtbar – unsichtbar, rational – irrational, real – unreal und Natur – Kultur (Scheper-Hughes + Lock 1987: 7).

Sie betonen, dass diese Wissenschaftstradition im Laufe der Geschichte entstanden ist, weitertradiert wurde und so zur kulturellen Konstruktion unserer westlichen Sichtweise vom Körper führte, welche nicht weltumspannend geteilt wird. Dabei beklagen sie auch, dass uns das Vokabular und neue Konzepte fehlen, um die Interaktionen von Körper, Geist und Gesellschaft präzise auszudrücken (Scheper-Hughes + Lock 1987: 10).

Sie plädieren für eine neue Sicht des Körpers – „a mindful body“ – durch das Studium der Emotionen und Gefühle, welches zu einem „new approach to the subject“ führt (Scheper-Hughes + Lock 1987: 6). Eine Anthropologie des Körpers benötigt gemäss ihnen eine Theorie der Gefühle, weil Gefühle regeln, wie eine Person sich und die Andern wahrnimmt, aber auch wie sie sich in der Gesellschaft verhält (Scheper-Hughes + Lock 1987: 28). In ihren Worten ausgedrückt heisst dies:

„Without culture we would simply not know how to feel.

Insofar as emotions entail both feelings and cognitive orientations, public morality, and cultural ideology, we suggest that they provide an important ‚missing link‘ capable of bridging mind and body, individual, society, and body politic“ (Scheper-Hughes + Lock 1987: 28f).



Auf Grund dieser Überlegungen schlagen sie ein neues Modell zur Analyse des Körpers vor: „individual body“, „social body“ und „body politic“ (Scheper-Hughes + Lock 1987: 7).

Deren Zusammenspiel sehen die Autorinnen wie folgt:

„Insofar as the body is both physical and cultural artefact, it is not always possible to see where nature ends and culture begins“ (Scheper-Hughes + Lock 1987:19).

„The ‚three bodies‘ represent, then not only three separate and overlapping units of analysis, but also three different theoretical approaches and epistemologies: phenomenology (individual body, the lived self), structuralism and symbolism (the social body), and poststructuralism (the body politic)“ (Scheper-Hughes + Lock 1987: 8).

‚body politic‘: ist die politische und gesellschaftliche Kontrolle des Körpers, sprich einer Person – d.h. alles, was regelnd und normierend von aussen einwirkt. Darunter fallen staatliche Massnahmen wie z.B. Gesetze, aber auch soziale Normen (Scheper-Hughes + Lock 1987: 6ff).

Übertragen aufs Stillen fallen darunter Gesetze zum Mutterschaftsurlaub, Mutterschutz, Stillgeld etc. Als soziale Norm ist z.B. die Akzeptanz des Stillens in der Öffentlichkeit durch die Gesellschaft zu erwähnen, aber auch die Erwartung der Gesellschaft, ob eine Mutter zu stillen oder nicht zu stillen hat. Andere soziokulturelle Faktoren sind bereits weiter oben erwähnt worden.

‚social body‘: ist die Darstellung des Körpers im Spannungsfeld von Gesellschaft und Kultur d.h. die Erscheinungsform einer Person in der Öffentlichkeit (Scheper-Hughes + Lock 1987: 7).

In Bezug aufs Stillen fallen in diesen Bereich die Entscheidung einer Stillenden, wo und vor wem sie stillt oder wie sie sich kleidet in Anbetracht ihrer Brüste, die eine neue Funktion haben, nämlich die als laktierendes und somit ernährendes Organ.

‚individual body‘: ist die individuelle, subjektive Selbsterfahrung des eigenen Körpers (Scheper-Hughes + Lock 1987: 6). Dazu gehören die Selbstwahrnehmung des eigenen Körpers, der Gefühle und anderer Prozesse, die in ihm vor sich gehen; die Interaktionen von ‚individual body‘, ‚social body‘ und ‚body politic‘ und die Beziehung vom Selbst zu Andern (Scheper-Hughes + Lock 1987: 7).

Angewandt aufs Stillen sind folgende Aspekte zu sehen: Erleben des Stillens und der Brust als laktierendes und ernährendes Organ, Erleben der Still-Interaktion Mutter–Kind /–Partner, Erleben der Unterstützung sowie der Reaktionen durch Aussenstehende aufs Stillen durch die stillende Frau.

Anwendung in dieser Arbeit: Das Interaktionsmodell der drei Bodys – ‚individual body‘, ‚social body‘ und ‚body politic‘ – war hilfreich im Aufbau des Leitfadeninterviews zum Strukturieren und Differenzieren der einzelnen Themenblöcke. Als Beispiel, die Fragen zum Stillen vor Andern:

Wie war das für Sie? / Was empfanden Sie?	‚individual body‘
Wie verhielten Sie sich?	‚social body‘
Wie reagierte Ihr Besuch, als er Sie beim Stillen sah?	‚body politic‘
Was empfanden Sie bei diesen Reaktionen?	‚individual body‘

Kritik: Manchmal ist eine Frage auch nicht klar einem ‚body‘ zuzuordnen resp. je nach Antwort gehört sie zum einen oder zum andern ‚body‘ z.B.:

Verspüren Sie Druck, stillen zu müssen? Von Wem? ‚body politic‘ oder ‚individual body‘ je nachdem, ob der Druck von aussen kommt oder von der Frau selbst.

Zudem ist es ein statisches Modell und kann die Dynamik des Stillens nicht genügend wiedergeben.

Eine weitere Kritik daran ist die Schwierigkeit, dass am Stillprozess zwei Personen beteiligt sind, die Mutter und das Kind. Ich habe beschlossen, das Kind, obwohl es eigentlich ein eigener Akteur ist, dem ‚individual body‘ zuzuordnen, weil die Mutter über ihr eigenes Empfinden das Kind wahrnimmt und ev. das Stillen modifiziert.

Weiter kann man die Rolle des Partners verschieden zuordnen, sowohl dem ‚individual body‘ mit der gleichen Begründung wie oben, oder der ‚body politic‘, weil er von aussen regelnd wirken kann.

## **Csordas, Thomas J. 1990: Embodiment as a Paradigm for Anthropology:**

Für die genauere Betrachtung der Vorgänge im ‚individual body‘ und ‚social body‘ und zur Analyse der Interviewaussagen dient das Embodiment-Paradigma von Csordas.

Erläuterung des Konzepts: Csordas versteht sein ‚paradigm of embodiment‘ als Weiterentwicklung der Phänomenologie (Csordas 1990: 5). Durch die Aufhebung des Gegensatzes von ‚body and mind‘, möchte er eine kulturelle Phänomenologie begründen, die eine Verbindung zwischen leiblichen Erfahrungen und der Vielfalt kultureller Bedeutungen bildet (Platz 2006: 81). Dabei stützt er seine theoretischen Überlegungen mit Forschungen zu ritueller Heilung und zum Zungenreden in amerikanisch-evangelikalen Kirchen.

Csordas bringt für sein ‚Embodiment‘-Konzept „perception“ (dt. Wahrnehmung) von Merleau-Ponty zusammen mit Bourdieus „practice“ (franz. = habitus; dt. ~ mögliche, zur Verfügung

stehende Handlungsschemata). In dem er für sein ‚Embodiment‘-Konzept „perception“ von Merleau-Ponty mit Bourdieus „practice“ zusammenbringt, vereint er die Verschmelzung von Subjekt und Objekt mit der Verschmelzung von Struktur und Handlung (Csordas 1990: 7f). Als Akteur dient der Leib. Merleau-Ponty wie auch Bourdieu benutzen den deutschen Begriff Leib in ihren französischen Originaltexten. Damit drücken sie aus, dass sie sich nicht auf einen materiellen Körper d.h. auf den physisch-biologischen Körper, sondern auf ein leibliches Selbst beziehen (Platz 2006: 11). Beide „gehen davon aus, dass der Leib durch seine Erfahrung in einer sozialen Welt lernt, auf eine kulturspezifische Weise wahrzunehmen, zu handeln, zu denken und zu fühlen“ (Platz 2006: 119).

Begriffsdefinition: Body verwende ich im Folgenden als den physisch-biologischen Körper vereint mit dem Psychischen. Body und Leib brauche ich parallel mit gleichwertiger Bedeutung. Das heisst, beide Begriffe, sowohl Leib wie auch Body, beinhalten die Dualität von ‚body and mind‘.

Wenn body (kleingeschrieben) steht, ist das Wort im Englischen gemeint.

Mit dem Wort Körper meine ich die physische Form mit biologischer Funktion.<sup>8</sup>

Merleau-Pontys Theorie der Wahrnehmung dient Csordas, um den Einfluss des Leibes auf die Kultur zu erläutern (Platz 2006: 97). Merleau-Pontys Konzept der ‚perception‘ geht davon aus, dass „persons can become objects for us only secondarily, as result of reflection“ (Csordas 1990: 37). Sein neuer Blickwinkel führt weg vom Objekt zum Prozess der Objektifizierung. „It is the process of this objectification to which Merleau-Ponty calls our attention“ (Csordas 1990: 10), betont Csordas d.h. weg von der Kultur oder der Gesellschaft als Betrachtungsobjekt, hin zur Entstehung von Kultur. Kultur entsteht daher durch einen Prozess der Wahrnehmung durch den Leib, wobei Leib und Kultur miteinander interagieren. Hierbei ist der Leib zu verstehen, als einerseits wahrnehmend und andererseits sich selbst bewusst seiender Leib, quasi als Selbst. Dabei kann einerseits der Leib nur etwas ausserhalb sich selbst erkennen, wenn er sich seiner selbst bewusst ist und andererseits sich selbst bewusst werden, nur wenn er die Welt um sich herum wahrnimmt (Platz 2006: 11). D.h. „das Selbst entsteht nicht als monologisches Bewusstsein, sondern durch das Erleben des Andern, der sozialen Welt“ (Platz 2006: 82). Für Csordas eröffnet dieses Konzept die Analyse des „open-ended human process of taking up and inhabiting the cultural world“ (Csordas 1990: 10), als wahrnehmenden, handelnden, denkenden und fühlenden Leib im Verhältnis zur Kultur (Platz 2006: 11).

---

<sup>8</sup> Die Unterscheidung von Körper und Body/Leib wird von meinen Interviewpartnerinnen nicht gemacht.

Bourdieu's Konzept des ‚Habitus‘ dient Csordas, um den Einfluss der Kultur auf den Leib zu erläutern (Platz 2006: 96). Bourdieu's Konzept des ‚Habitus‘ beschreibt Csordas wie folgt:

„[The] conception of habitus is a collection of practices, defining it as a system of perduring dispositions which is the unconscious, collectively inculcated principle for the generation and structuring of practices and representations. ... [It] focuses on the psychologically internalized content of behavioral environment“ (Csordas 1990: 11).  
„With this concept, Bourdieu offers a social analysis of practice“ (Csordas 1990: 12).

Mit andern Worten ausgedrückt, ist der Habitus<sup>9</sup> Mediator zwischen Strukturen resp. der strukturellen Ebene und der individuellen Handlung (Csordas 1990: 12). Dabei ist der Leib der kulturelle Operator in der Analyse von sich und den andern (Csordas 1990: 11). In einer sozial strukturierten Welt lernt der Leib durch Nachahmung und durch ständigen Gebrauch die kulturspezifischen Handlungsschematas und produziert so Kultur. Kulturelles Wissen liegt somit im Leib und wird von Leib zu Leib weitergegeben. Der Habitus bietet überindividuelle Aktionsmöglichkeiten, die der Leib verwendet, um sich in der Gesellschaft zu Recht zu finden und zu agieren, aber auch um sich selbst bewusst zu werden (Platz 2006: 12).

Bourdieu's Blickwinkel weg vom „social fact as opus operatum<sup>10</sup>“ hin zum Prozess des „modus operandi<sup>11</sup> of social life“ führt zu dem für das Embodiment-Paradigma so wichtigen Kollaps der Dualität von ‚body-mind‘ und ‚sign-significance‘ (Csordas 1990: 10f). Dieser Kollaps des cartesianischen Dualismus: die Trennung von Körper und Geist, welche unsere westliche Wahrnehmung vom Body prägt, führt weiter zur Etablierung des Leibes als ungeteilten Akteur (Platz 2006: 13).

Csordas: ‚paradigm of embodiment‘ geht vom folgenden aus:

„[My] paradigm of embodiment has a[s] principal characteristic the collapse of dualities between mind and body, subject and object“ (Csordas 1990: 7).

„The body is a productive starting point for analyzing of perception [...] and practice (the habitus) grounded in the body [...] to

---

<sup>9</sup> Habitus = System von generellen Handlungs- und Wahrnehmungsschemata, durch welche ein Agent (= handelnde Person) eine unendliche Zahl von möglichen Lösungen produzieren kann (Steiner 2001: 42).

<sup>10</sup> Opus operatum = strukturierende Strukturen des Habitus (Steiner 2001: 45).

<sup>11</sup> Modus operandi = Erzeugungsprinzip des Habitus; konstituierende Strukturen, welche die habituellen Strukturen erzeugen (Steiner 2001: 44).

investigate how cultural objects (including selves) are constituted  
[...] [in] adult cultural [and social] life" (Csordas 1990: 39f).

Das Embodiment-Paradigma geht davon aus, dass durch die Untersuchung des Leibes als (ungeteilter sowie wahrnehmender, handelnder, denkender und fühlender) Akteur in einer Gesellschaft eine neue Perspektive eröffnet wird, um die Prozesse zu verstehen, die Kultur konstruieren, reproduzieren und verändern (Platz 2006: 13), weil der Body das Subjekt der Kultur ist (Csordas 1990: 5).

Bei einer Verwendung von Csordas ‚Embodiment‘-Paradigma ist somit eine Trennung von Subjekt und Objekt, Körper und Geist, ‚cognition and emotion‘, sowie zwischen Subjektivität und Objektivität für die wissenschaftliche Betrachtung und sozialanthropologische Analyse nicht sinnvoll (Csordas 1990: 36). Vielmehr führt der Kollaps dieser Dualitäten zu neuen Betrachtungsweisen von der „phenomenology of perception“, d.h. der menschlichen Wahrnehmung im Allgemeinen sowie der Fremd- und Selbst-Wahrnehmung (Csordas 1990: 33).

Dies erklärt Csordas folgendermassen:

„Starting from perception, however, it then becomes relevant (and possible) to ask how bodies may become objectified through processes of reflection" (Csordas 1990: 36).

„Within a paradigm of embodiment, analysis would shift from perceptual categories and questions of classification and differentiation to perceptual process [sic] and questions of objectification and attention / apperception" (Csordas 1990: 35).

In Bezug auf das Phänomen der Wahrnehmung ist unser Body somit nicht ein Objekt von oder zu uns, sondern das Subjekt der Wahrnehmung von uns Selbst, den Andern und der Welt um uns herum. Weiter ist unser Body nicht nur das Feld der Wahrnehmung, sondern auch des Handelns (Csordas 1990: 35), wo physiologische Mechanismen und erlerntes Verhalten zusammenkommen (Csordas 1990: 31). Csordas nennt es „successfully bridges [which] integrates domains of perception, practice, and [...] experience" (Csordas 1990: 31). Dies ist ein weiterer Aspekt von ‚Embodiment‘: ein „Feld von möglichen Perspektiven und Strategien, die der Leib einsetzt“ (Platz 2006: 80) d.h. „das leibliche Selbst hat [...] viele Möglichkeiten, sich auszudrücken“ (Platz 2006: 95).

Übertragung aufs Stillen: Stillen aus Sicht der Stillenden beinhaltet m. E., die stillende Frau als Subjekt und Akteurin zu betrachten.

Csordas fordert den Kollaps der Dualität von ‚body and mind‘ zum Body / Leib und diesen zu verstehen, als handelnden Akteur, welcher Kultur generiert und reflektiert. Weiter ist der Body ein kultureller Operator in der Analyse von sich und den andern. Der Body ist somit das

Subjekt des Erkennens von uns selbst und den andern. Der Body erkennt als wahrnehmende, handelnde, denkende und fühlende Einheit, wobei dieses Erkennen kulturell geprägt ist und die Erkennensweisen nicht voneinander trennbar sind (Platz 2006: 96f). Diese Perspektive des Wahrnehmens und Handelns ist hilfreich, um die Schilderungen vom Erleben des Stillens für Aussenstehende besser zu verstehen und nachvollziehen zu können, welche Prozesse beim Stillen in den ersten Wochen ablaufen.

Embodiment als Feld von möglichen Perspektiven und Strategien, die der Leib einsetzt, zu sehen und zu erkennen, dass der Body viele Möglichkeiten hat sich auszudrücken, hilft bei der Betrachtung der Aussagen jener Frauen, die eine Mischform der Ernährung wählten; aber auch der vielfältigen Formen des Verkörperns des Stillens in Form des Stillens vor Andern.

Weiter anwendbar fürs Stillen und die veränderte Brust ist ‚Embodiment‘ als Prozess des Verinnerlichens und Verkörperns oder „the characteristic of being <another myself>“ (Csordas 1990: 37) zu sehen, d.h. nicht lernen, wie man in eine neue Situation kommt, sondern in einer neuen Situation sein und nun lernen, damit umzugehen, d.h. eine neue Rolle in verändertem Zustand zu finden.

Genau in diesen Punkten ist das Stillen von I.-Paritäts-Wöchnerinnen mit den Studien von Csordas vergleichbar. Mit der Geburt ihres ersten Kindes kommt die I.-Paritäts-Wöchnerin in einen neuen Zustand, nämlich in den der Mutter. In ihrer neuen Rolle als stillende Mutter trägt sie die Verantwortung für einen neuen Erdenbürger, den sie mit ihrer Brust ernährt. Damit erhält ihr Leib eine neue Rolle und ihre Brust eine neue Funktion, nämlich die des laktierenden und ernährenden Organs.

Weiter muss sie teilweise das normierte Bild des schönen, harmonischen und natürlichen Stillens hinterfragen und mit der erlebten, anfänglich meist mühevollen Wirklichkeit zurechtkommen. Neben all dem muss sie ihr Kind kennen lernen, insbesondere deuten lernen, was sein Schreien ausdrückt.

Die ersten Wochen nach der Geburt sind somit eine Zeit des Übergangs, während der sie ihren neuen Zustand als Laktierende und die Realität als stillende Mutter verinnerlicht, sowie das Stillen zu leben und verkörpern beginnt.

Von diesen Ausführungen leite ich meine zweite Ausgangshypothese zum Stillen ab:

- Embodiment des Stillens heisst: Stillen ist ein Prozess des Verinnerlichens und Verkörperns.  
Dabei ist der Body das Subjekt und der Akteur des Wahrnehmens, Handelns, Denkens und Fühlens in einem Feld von möglichen Strategien und Perspektiven.

## 1.3 Ausgangshypothesen und Fragestellungen

### Ausgangshypothesen:

An dieser Stelle werden nochmals die Ausgangshypothesen wiederholt, um daraus die Fragestellungen abzuleiten:

1. ‚Richtiges‘ Stillen ist kulturell determiniert und vom Zeitgeist abhängig, das tatsächliche Stillmanagement jedoch von persönlichen Entscheidungen geprägt.

Embodiment des Stillens heisst:

2. Stillen ist ein Prozess des Verinnerlichens und Verkörperns.  
Dabei ist der Body das Subjekt und der Akteur des Wahrnehmens, Handelns, Denkens und Fühlens in einem Feld von möglichen Strategien und Perspektiven.

### Fragestellung:

- Welche Formen des Stillmanagements kommen bei den Frauen des Untersuchungssamples vor?
- Welche persönlichen Faktoren führen zum gewählten Stillmanagement?
- Wie verläuft der Prozess des Embodiments?  
Welche Phasen gibt es beim Verinnerlichen und Verkörpern des Stillens?
- Welche (soziokulturellen und persönlichen) Faktoren prägen diese Prozesse hauptsächlich?

### Eingrenzung des Themas:

Bei der ersten Durchsicht der Literatur habe ich mit einigem Erstaunen festgestellt, dass es kaum Studien gibt, welche sich phänomenologisch mit der ‚Emic‘<sup>12</sup>-Sicht der stillenden Frau befassen. Auch die Nachfrage bei einigen Stillfachpersonen in der Schweiz führte nicht weiter, was mich bestärkte, die Datenerhebung auf Schweizerinnen zu beschränken und

---

<sup>12</sup> Unter ‚Emic‘-Sicht oder emischer Sicht, versteht man die Eigen- oder Innen-Perspektive einer Person oder Gruppe.

nicht eine transkulturelle Vergleichsstudie durch zu führen, weil schlicht und einfach die qualitativen Basisdaten für die Schweiz fehlen.

Die Wahl, nur Frauen, die ihr erstes Kind bekamen zu befragen, erfolgte einerseits um das Sample möglichst eng zu halten und andererseits, weil diese Frauen den Vorteil bieten, dass sie noch keine selbsterlebten Still Erfahrungen mitbringen, wodurch die Prozesse des Verinnerlichens und Verkörperns prägender verlaufen.

Ich sehe Stillen als Handlung und stelle diese in den Mittelpunkt. Stillen beinhaltet daher volles sowie partielles Stillen. Deshalb führte ich auch keine (quantitative) Erhebung durch über die verschiedenen Formen der Kinderernährung oder die Stillfrequenz und –häufigkeit d.h. es wurde bewusst verzichtet, sogenannte technische Daten zum Stillen wie Stilldauer, Mahlzeitenlänge, Stillpositionen etc. zu erfragen.

Ebenfalls sind die medizinisch-naturwissenschaftliche Perspektive der Muttermilch als Flüssigkeit mit ihren Inhaltsstoffen und die Frage, ob Stillen fürs Kind oder die Mutter gesund sind, keine Betrachtungsschwerpunkte.

Kulturelle und soziale Einflüsse aufs Stillen spielen sicherlich eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Die Analyse der Einflüsse von Aussen bilden jedoch nicht den Schwerpunkt dieser Studie. Diese Fremdeinflüsse könnte beinhalten: die vorgängigen Information übers Stillen durch die Gynäkologin / den Gynäkologen während der Schwangerschaft und durch die Hebammen während den Geburtsvorbereitungskursen; die Informationen während der Stilldauer durch Stillberaterinnen resp. Mütterberaterinnen oder wie in der Presse übers Stillen geschrieben wird.

## 1.4 Vorstellen der Kapitel

Der eigentlichen Arbeit ist ein einführender Teil vorangestellt, der als theoretischer Einstieg zum Thema Stillen gedacht ist, da nicht vorausgesetzt werden kann, dass SozialanthropologInnen und EthnologInnen oder Pflegefachkräfte, die nicht auf einer Wochenbettabteilung arbeiten, über die Anatomie der Brust und die Physiologie der Laktation (= Kapitel 2) grosses Wissen besitzen.

Dasselbe gilt für die quantitativen Schweizer Stilldaten (= Kapitel 3), die seit gut dreissig Jahren gesamtschweizerisch im Abstand von ca. zehn Jahren erhoben werden.

Im Kapitel 4 finden Sie genauere Erklärungen zur Methodik der Datenerhebung. Erläutert werden zum Beispiel die Interviewfragen oder das Sample.



Die Resultate der Befragung werden in den Kapiteln 5 und 6 (Verinnerlichen und Verkörpern des Stillens resp. der veränderten Brust) dargelegt. Es ist mir wichtig, die Frauen selbst sprechen zu lassen, daher wurden oft Zitate eingebaut.

In Kapitel 7 (Reflektionen) werden die in der Einleitung gestellten Fragen erläutert und das eigene Vorgehen kritisch reflektiert.

Kapitel 8 bildet das Schlusswort mit einer kurzen Zusammenfassung und einem Ausblick für eine weitergehende Studie zum Thema ‚Erleben des Stillens‘.

Im Anhang befinden sich der ‚informed consent‘ und der maximale Fragenkatalog der Interviews.

## 2. Einführung: Anatomie und Physiologie der Brust und Physiologie des Stillens

Der Sinn dieses Kapitels ist wie oben erwähnt einige allgemeine Grundlagen übers Stillen zu vermitteln, da dies nicht zum Allgemeinwissen gezählt werden kann. Der Link zu den Daten ist insofern zu sehen, dass dies etwa dem Wissen entspricht, welches sich stillende Frauen anlesen können oder durch Stillfachleute erhalten. Die Informationen sind daher biomedizinisch basiert und stillfreundlich.

Stillen ist ein komplexer Vorgang, zu komplex, als dass er kurz auf ein paar Seiten abgehandelt werden könnte. Das zeigt sich einerseits darin, dass andere AutorInnen ganze Bücher zum Thema schreiben und andererseits das Stillen in seiner vollen Dimension noch nicht gänzlich wissenschaftlich ausgeleuchtet ist. Daher habe ich entschieden, nicht ein allgemeines einleitendes Kapitel zum Stillen zu schreiben<sup>13</sup>, sondern auf drei Aspekte zu fokussieren: die Anatomie der Brust und Physiologie der Milchbildung sowie der Beitrag des Kindes zum Stillen, weil dies in der allgemeinen Stillliteratur eher marginal erwähnt wird. Es geht hier darum zu zeigen, wie Stillen normalerweise verläuft und welche Spannweite von Möglichkeiten als gängig zu betrachten ist.

Stillen nach Kaiserschnitt soll die Spezifika aufzeichnen, mit welchen die Interviewpartnerinnen konfrontiert sind, da eine der Rahmenbedingungen des Befragungssamples, Frauen mit geplantem Kaiserschnitt ist.

Da die Datenerhebung die ersten sechs Wochen nach der Geburt umfasst, liegt der Schwerpunkt des Kapitels auch auf dieser Zeitspanne. Zudem sind gewisse fürs Wochenbett normale Anfangsschwierigkeiten sowie brennende Themen betont, indem sie etwas ausführlicher behandelt werden - z.B.:

”Stillen - kein Automatismus der Natur sondern ein störanfälliger

Lernprozess:

... Erfolgreiches Stillen ist das Ergebnis eines umfassenden

Lernprozesses von Mutter und Kind. Der Milchspendereflex muss

---

<sup>13</sup> Wer Allgemeines zum Stillen lesen möchte, dem kann als Einstieg z.B. „das Handbuch für die stillende Mutter, das umfassende Nachschlagewerk für den Stillalltag“ der La Leche Liga (LLL 2001) empfohlen werden. Darin finden sich Themen wie: Vorteile des Stillens, korrekte Ansetztechnik, verschiedene Stillpositionen, Stillhilfen u.s.w, die bewusst nicht Eingang gefunden haben im folgenden Kapitel.

Wer sich anhand der Lektüre dieses Kapitels noch mehr für die biologischen, anatomischen und physiologischen Grundlagen der Brust, Laktation und des Stillens interessiert, dem kann Kapitel 3 + 4 des Buches “Stillen“ herausgegeben von Scherbaum, Perl und Kretschmer (2003) sehr empfohlen werden. Am Ende des jeweiligen Unterkapitels ist weiterführende Literatur zu finden.

koordiniert [und trainiert] werden, das Kind muss seine Saug-Schluckbewegungen an die mütterliche Anatomie anpassen und mit dieser umgehen lernen“ (Scherbaum et al. 2003: XXXIV).

”Stillen ist nicht kompliziert, es muss aber richtig gehandhabt werden“ (Scherbaum et al. 2003: 111).

## 2.1 Anatomie der Brust

Während der Entstehung des Fötus<sup>14</sup> ungefähr ab der 12. Schwangerschaftswoche (SSW) bilden sich nicht nur die Brustwarzen<sup>15</sup>, sondern auch die Milchdrüsen. Daher können auch Neugeborene ab dem zweiten oder dritten Tag nach der Geburt (post partum = pp) unter Einwirkung der mütterlichen Schwangerschaftshormone einzelne Tropfen Milch aussondern (AFS 1998: 20; Scherbaum et al. 2003: 83). Diese Milch wird in der Mundart meist als ‚Häxemilch‘ bezeichnet.

Bei Mädchen im Alter von zehn bis zwölf Jahren regt im Hirn der Hypothalamus den vorderen Hypophysenlappen zur Sekretion der Gonadotropin-Hormone FSH (follikelstimulierendes Hormon) und LH (luteinisierendes Hormon) an, welche die Reifung des graafschen Follikels in den Ovarien anregen, was wiederum zur Ausschüttung von Follikelöstrogen führt, welches seinerseits die Entwicklung der weiblichen Brust anregt (AFS 1998: 20; Scherbaum et al. 2003: 83).

Das Drüsengewebe einer ausgewachsenen Brust besteht aus 15-25 Brustlappen auch Brustsegmente genannt, welche von Bindegewebe und Blutgefäßen umgeben sind. Jeder dieser Brustlappen besteht wiederum aus 10-100 Milchbläschen (Alveolen), wo die Milchbildung effektiv stattfindet. Jede Alveole (hier Milchbläschen) ist umgeben von einer Kollagenhülle und Myoepitelzellen. Sie besitzen Rezeptoren für die Hormone Prolaktin und Oxytocin (VELB 2000: 11). Etwa 2/3 des Drüsengewebes liegt im Umkreis von 3 cm um die Warze (Mamille) herum (Both 2006: 121). Die kleinen Milchgänge aus den Alveolen kommen in den Hauptmilchgängen zusammen. Von diesen Milchgängen münden durchschnittlich 9 (genauer 4-18) in die Mamille (Warze), wo die Milch aus der Brust austritt (Both 2006: 121). Die Alveolen und Milchgänge können dank ihrer Elastizität kleinere Mengen Muttermilch

---

<sup>14</sup> Beim männlichen, wie beim weiblichen.

<sup>15</sup> Mit Brustwarze ist im Weiteren immer der vorstehende Teil der Warze = Mamille und der Warzenhof = Areola Mammae kurz Areola gemeint.

auch zwischen den Stillmahlzeiten speichern (AFS 1998: 20f; LLL 2002: 36f).

Von Beginn der Schwangerschaft an stimulieren Hormone (wie Laktogen, Prolaktin und Sexualsteroiden) die Brust zum Wachstum. Genauer regen sie zum Entwickeln von mehr und grösserem Drüsengewebe sowie Milchgängen an. Daneben vermehrt sich das Gefässnetz in den Brüsten, so dass während der Stillperiode (Laktationsperiode)<sup>16</sup> die Brust doppelt so stark durchblutet werden kann als sonst. Während der Schwangerschaft werden die Hormone Östrogen und Progesteron ausgeschüttet. Östrogene dienen zur Entwicklung der Milchgänge und Progesteron zum Wachstum der Alveolen. Das von der Plazenta (Mutterkuchen) produzierte Progesteron hemmt gleichzeitig die Produktion grösserer Milchmengen während der Schwangerschaft (AFS 1998: 21f; LLL 2002: 38; Scherbaum et al. 2003: 84).

## 2.2 Physiologie der Laktation<sup>17</sup> und der Milch

Die Brust einer schwangeren Frau ist ca. ab der 16. Schwangerschaftswoche zur Milchbildung (Laktogenese) fähig (Scherbaum et al. 2003: 86). Kolostrum, auch Vormilch oder Anfangsmilch genannt, wird ab Mitte der Schwangerschaft unter Einwirkung des Hormons Progesteron in den Alveolen gebildet (AFS 1998: 21f; Scherbaum et al. 2003: 84). Somit kann eine Mutter ihr Neugeborenes auch stillen, falls es eine Frühgeburt ist.

Der momentane Stand der Wissenschaft geht davon aus, dass in den ersten 24-48 h pp (post partum d.h. nach der Geburt) die Milchproduktion primär hormonell (endokrin) gesteuert ist. Danach wird sie mehrheitlich durchs Saugen (d.h. autokrin) gesteuert, wobei Intensität, Länge und Häufigkeit des Saugens die Milchmenge und -produktion regulieren (AFS 1998: 22; Scherbaum et al. 2003: 84+86). Kurz gesagt: häufiges Ansetzen fördert die Laktation (AFS 1998: 16; Scherbaum et al. 2003: 86).

Kurz gesagt: mit dem Ausstossen der Plazenta nach der Geburt fällt der Progesteronspiegel im Blut und somit entfällt die hormonelle Hemmung der Milchproduktion. Gleichzeitig durch den rapiden Anstieg des Prolaktin-Blutspiegels beginnt die Milchbildung (AFS 1998: 22; Scherbaum et al. 2003: 84).

---

<sup>16</sup> Unter Laktationsperiode verstehe ich in dieser Arbeit die ganze Dauer, während der eine Frau ihr Kind stillt, egal ob sie voll- oder teilstillt und egal ob sie während Tagen, Wochen oder über Monate stillt.

<sup>17</sup> Unter Laktation verstehe man sowohl die Milchbildung, wie auch die Ausschüttung der Milch.

Die Stimulation der Nervenenden in der Mamille durchs Saugen führt in der Hypophyse zur Ausschüttung von Oxytocin (aus dem hinteren Hypophysenlappen) und Prolaktin (aus dem vorderen Hypophysenlappen) (AFS 1998: 21ff; LLL 2002: 38; Scherbaum et al. 2003: 86). Prolaktin ist das eigentliche Schlüsselhormon der Milchbildung. Es löst die Milchbildung durch die Alveolen aus. Oxytocin löst den Milchspendereflex auch ‚Let-down-reflex‘ genannt aus (AFS 1998: 23; Scherbaum et al. 2003: 87). Genauer ziehen sich die Myoepitelzellen, welche die Alveolen umgebenden, unter Einwirkung von Oxytocin zusammen, was die Milch zum Fliessen bringt (AFS 1998: 20; LLL 2002: 38f+58f; Scherbaum et al. 2003: 87). Der Milchspendereflex kann nicht nur hormonell sondern auch durch visuelle und auditive Reize sowie durch den Geruchssinn ausgelöst werden (AFS 1998: 23; LLL 2002: 60f). Weitere, die Milchbildung unterstützende Hormone sind Insulin, Kortisol, Wachstumshormone, Thyroxin und Parathyroxin (AFS 1998: 23; Scherbaum et al. 2003: 84). Hingegen hemmt das Stresshormon Adrenalin die Milchbildung (AFS 1998: 24; Scherbaum et al. 2003: 87).

Kolostrum wird etwa in den ersten 30h pp produziert (AFS 1998: 22). Kolostrum ist reich an Eiweissen (Proteine) - speziell Abwehrstoffe in Form verschiedener Immunglobuline; fettlöslichen Vitaminen A + E sowie Mineralstoffen: Natrium, Eisen und Zink (AFS 1998: 26; Scherbaum et al. 2003: 92+Tab 1-3). Im Durchschnitt produziert eine Frau 30 ml Kolostrum pro Tag, die Menge kann aber erheblich variieren von 10-100 ml/d (AFS 1998: 26).

Bei häufigem Ansetzen ab der Geburt wird meist nach 30-48h pp die Milchmenge erhöht (AFS 1998: 22). Der initiale Milcheinschuss kann aber auch erst nach sechs bis zehn Tagen pp eintreten (LLL 2001: 43). Wie der initiale Milcheinschuss verläuft, d.h. wie stark das Anschwellen der Brustdrüsen und des umgebenden Gewebes ist, hängt stark von der Stillhäufigkeit und früheren Stillverfahren ab (VELB 2000: 21). Mit der Abnahme der Brustschwellung, meist ca. zwei Tage nach dem initialen Milcheinschuss, ist die Brust weniger gespannt und überhitzt, d.h. die Brust wird auch wieder etwas kleiner und weicher. Viele Frauen setzen dies fälschlicherweise mit einem Rückgang der Milchmenge gleich (VELB 2000: 22).

Als Übergangszeit bezeichnet man die Phase nach dem initialen Milcheinschuss bis ca. 14 Tage pp. Nicht nur erhöht sich in dieser Zeit die Milchmenge kontinuierlich, sondern auch die Zusammensetzung der Milch verändert sich, dabei ist der Anstieg des Laktosegehalts am markantesten (AFS 1998: 22). Nach dieser Zeit der Umstellung spricht man von reifer Muttermilch (AFS 1998: 26; LLL 2002: 48).

Die Zusammensetzung der reifen Muttermilch variiert von Frau zu Frau, aber auch von linker zu rechter Brust, zu Beginn und am Ende einer Stillmahlzeit, je nach Tageszeit sowie zu Beginn und am Ende der Laktationsperiode (AFS 1998: 26).

Ihre Inhaltsstoffe sind Proteine (Eiweisse – speziell Molkenprotein), Fett, Kohlenhydrate speziell Laktose (Milchzucker) und andere Zucker wie Galaktose, Fruktose und Oligosaccharide, Vitamine: A, B, C, D, E, K, Folsäure, Niacin und Ascorbinsäure etc., Mineralstoffe: Eisen, Fluor, Kalium, Kalzium, Magnesium, Phosphor, Zink, Spurenelement: Aluminium, Blei, Chrom, Jod, Kobalt, Kupfer, Mangan, Selen sowie andere Stoffe z.B. Wachstumsfaktoren und Hormone (AFS 1998: 27ff; Scherbaum et al. 2003: 89ff+Tab 1-3). Weltweit hat man festgestellt, dass Frauen bis zu 800ml reife Muttermilch pro Tag produzieren können (Scherbaum et al. 2003: 87).

Die immunologischen Eigenschaften der Muttermilch sind aktiv schützend, aber auch immunsystemaufbauend. Anders formuliert: Muttermilch ist allergievermindernd, infektions- und entzündungshemmend (AFS 1998: 33; Scherbaum et al. 2003: 94ff+Tab 3-2). Wichtige Komponenten dieser immunologischen Eigenschaften der Muttermilch sind Makrophage, B- und T-Lymphozyten, neutrophile Granulozyten, Immunglobuline: IgA, IgM, IgG sowie Lysozym und andere Enzyme, Laktoferin und Bifidusfaktoren (AFS 1998: 34; Scherbaum et al. 2003: 98f). Daneben besitzt Muttermilch antibakterielle, antivirale und antiparasitäre Faktoren (AFS 1998: 36f; Scherbaum et al. 2003: 94ff).

Stillenden Frauen wird empfohlen sich vielfältig und abwechslungsreich zu ernähren und nach Durstgefühl zu trinken. Spezielle Ernährungsregeln oder Diäten für gesunde Stillende werden heute als stillhindernd betrachtet. Zu grosse Flüssigkeitsaufnahme kann sogar für die Milchproduktion negativ sein (VELB 2000: 24). Neben milchbildungsfördernden Substanzen, gibt es auch milchbildungshemmende Stoffe, wie Minze.

## 2.3 Stillen und Stress

Die Aussagen zu Stress und Stillen sind teilweise widersprüchlich. Die Lehrbücher gehen davon aus, dass Stress stillhindernd ist, so lässt sich z.B. die pauschale Aussage: das Stresshormon Adrenalin vermindert die Milchbildung, finden (AFS 1998: 24; Scherbaum et al. 2003: 87). Eine Studie von Groer und Davis kommt jedoch zum Schluss, dass stillende Mütter vermindert auf Stressoren reagieren, weil auf Grund des Stillens der Oxytocinspiegel hoch ist und somit die Stresskaskade über den Hypothalamus gehemmt wird, welche

speziell bei emotionalem Stress ausgelöst wird (Groer und Davis 2002: 414f).

Sie erklären dies wie folgt: Die körperliche Stressreaktion läuft über zwei Kaskaden. Einerseits über das sympathische Nervensystem, wobei es zur Ausschüttung von Katecholaminen wie Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin kommt. Andererseits über den Hypothalamus, der das Corticotropin-Releasing-Hormon (CRH) ausschüttet, welches im Hypophysenvorderlappen zur Produktion und Ausschüttung des Adreno-cortico-tropen Hormon (ACTH) führt, welches wiederum die Nebennierenrinde (NNR) zur Produktion und Ausschüttung von Glukokortikoiden veranlasst (Groer und Davis 2002: 413).

Stillen kann diese beiden Stresskaskaden hemmen, einerseits durch tiefe Blutspiegelwerte der Hormone Östrogen und Progesteron und andererseits durch hohe Blutspiegelwerte der Hormone Prolaktin und Oxytocin. Z.B. stimuliert Östrogen das CRH (Corticotropin-Releasing-Hormon). Dieses ist ein wichtiger Faktor bei der Ausschüttung von ACTH (Adreno-cortico-tropes Hormon). Somit kann ein tiefer Östrogenspiegel eine stresshemmende Funktion haben (Groer und Davis 2002: 414).

Daneben haben Studien gezeigt, dass der Akt des Stillens, d.h. das Saugen des Kindes an der Brust, bei der Mutter die Blutwerte von ACTH, Kortisol, Noradrenalin und Glukose senkt, was bei nicht stillenden Müttern nach einer Flaschenmahlzeit nicht der Fall ist (Groer und Davis 2002: 415).

Es bleibt zu beachten, dass der Bereich Stress und Stillen noch kaum erforscht ist und somit jederzeit neue, das hier Geschriebene ungültig machende Forschungsergebnisse publiziert werden können.

## **2.4 Beitrag des Kindes zum Stillen**

Nach der Geburt sind die meisten Neugeborenen wach, aufmerksam und aufnahmebereit d.h. in einem idealen Zustand, um das erste Mal an der Brust zu saugen (LLL 2001: 35). Ein gesundes termingerechtes Neugeborenes ist bereits innerhalb der ersten beiden Stunden pp fähig an der Brust zu trinken, (AFS 1998: 16) denn es besitzt einen Suchreflex, einen Saugreflex und einen Schluckreflex, welche als Stillreflexe bezeichnet werden. Dank dem Suchreflex öffnet es den Mund weit und bewegt den Kopf hin und her. Der Saugreflex wird durch Berührung des hinteren Gaumens ausgelöst (AFS 1998: 24). Der Saugreflex ist

normalerweise nach 20-30 Minuten pp am stärksten (LLL 2001: 36).

Das Stillen resp. Saugen an der Brust ist eher ein mechanisches Herauswallen der Milch. Dazu sind Kiefer- und Gaumenbewegungen des Kindes aufeinander abgestimmt. Um die Brustwarze fassen zu können, muss das Kind seinen Mund weit öffnen, damit es nicht nur die Mamille sondern auch die Areole (Warzenhof) im Mund hat und so die Mamillenspitze den Gaumen beim Übergang des harten zum weichen Gaumen berührt und dort den Saugpunkt stimuliert. Die Zunge liegt unter der Brustwarze und bildet ein „U“. In rhythmischen Wellenbewegungen von vorne nach hinten drückt die Zunge die Brustwarze an den Gaumen und wallt so die Milch unter Unterstützung des Milchspendereflexes aus den Alveolen und Brustlappen durch die Milchgänge Richtung Mamille. Durch Zusammenpressen der Zahnleisten drückt es die Milch aus den Milchgängen resp. der Mamille. Dank nach aussen geklappten Lippen kann der Säugling seinen Mund an der Brust luftdicht verschliessen und zusätzlich einen Unterdruck d.h. eine Sogwirkung erzeugen (Meintz 1996: 7).

Die Stillreflexe beim Neugeborenen können 12-36h pp vermindert sein, so dass das Neugeborene in dieser Zeit schlechter trinkt, als gleich nach der Geburt.

Meistens zeigt ein Neugeborenes seinen beginnenden Hunger mit frühen Hungerzeichen an, bevor es schreit. Die frühen Hungerzeichen sind:

- Such- und Saugbewegungen des Kopfs und des Mundes
- Sauggeräusche
- Hand zum Mund nehmen und ev. an der Faust saugen
- sanfte Babylaute oder seufzen
- Unruhe ev. mit raschen Augenbewegungen (VELB 2000: 10; Scherbaum et al. 2003: 108).

Es ist normal, dass ein Neugeborenes in den ersten Tagen pp an Gewicht verliert, aber es sollte etwa am 14 d pp sein Geburtsgewicht wieder erreicht haben (LLL 2002: 546; VELB 2000: 12f). Danach verdoppelt ein Säugling sein Geburtsgewicht etwa in den ersten vier bis sechs Lebensmonaten und hat daher einen speziellen Nährstoffbedarf, d.h. es hat einen erhöhten Bedarf an Energie und Protein, speziell an essentiellen Aminosäuren und braucht eher wenig Fett, dafür aber mehr essentielle Fettsäuren. Daneben darf der erhöhte Bedarf von Kalzium und Vitamin D für die Knochenentwicklung sowie Eisen und Vitamin C für die Blutbildung nicht vergessen werden (AFS 1998: 64).

Das Wachstum des Säuglings verläuft nicht kontinuierlich, sondern in Schüben. Bei den meisten Säuglingen sind die ersten Wachstumsschübe um die zweite bis dritte und sechste



bis achte Lebenswoche, sowie nach drei und sechs Monaten zu beobachten. Während den Wachstumsschüben verlangt der Säugling öfters die Brust, was die Mütter verunsichern kann (LLL 2001: 76; Scherbaum et al. 2003: 121). Durch regelmässiges, vermehrtes und längeres Ansetzen, d.h. durch erhöhte Nachfrage kann der Säugling meist innert 48 Stunden die Milchmenge seiner Mutter steigern (LLL 2002: 50).

Wie bereits geschrieben, haben viele Frauen im Lauf einer Stillperiode mindestens einmal das Gefühl zu wenig Milch für ihr Kind zu haben (VELB 2000: 22). Es gibt jedoch eine einfache Faustregel, um zu merken, ob ein Kind genügend erhält, nämlich wenn es genügend ausscheidet. Unabhängig wie oft und lange es gestillt wird und wie unruhig oder schreiend es ist, sollte ein gestillter Säugling mindestens 6x/Tag nasse Windeln haben (VELB 2000: 6+22+26). Neben nassen Windeln sollte ein Säugling auch regelmässig Stuhl haben, d.h. in den ersten vier Lebenswochen 2-5x/Tag (LLL 2002: 45). Nach der vierten bis sechsten Lebenswoche verringert sich meist die Stuhlfrequenz auf 1-2x/Tag bis zu 1x/Woche (LLL 2002: 52). Der Stuhl eines vollgestillten Säuglings ist schwachgeformt bis breiig-cremig und bräunlich bis gelb. Zwischendurch einmal kann er auch grünlich sein. Anhaltend grüner und besonders grünlich-wässriger Stuhl deutet aber darauf hin, dass der Säugling zu wenig nährende Hintermilch erhält, d.h. zuwenig lang an der ersten Brust gestillt wird und daher prozentual gesehen zu viel laktosereiche wässrige Vormilch trinkt (LLL 2002: 128; Meintz 1996: 14; Scherbaum et al. 2003: 127).

Die WHO empfiehlt Beikost nicht vor dem (abgeschlossenen) sechsten Lebensmonat zu geben. Zum einen, weil der Saugreflex des Neugeborenen bewirkt, dass es in den ersten Lebensmonaten nur flüssige Nahrung schlucken kann (AFS 1998: 58). Und zum andern kann langes volles Stillen und sorgfältig ausgewählte Beikost bei prädisponierten Säuglingen das Auftreten von Allergien, Ekzemen und Asthma vermindern (AFS 1998: 69).

## **2.5 Veränderungen des Stillens im Verlauf einer Laktationsperiode**

Die Empfindlichkeit der Mamille und der Areole ist in den ersten Tagen pp erhöht, was meist ein unangenehmes Gefühl am Anfang einer Stillmahlzeit verursacht (AFS 1998: 21; VELB 2000: 20). Für einige Frauen kann das Stillen anfänglich auch sehr schmerzhaft sein. Dann ist es wichtig, dass korrekt angesetzt wird, denn eine richtige Stillposition vermindert Wunde Warzen und somit zusätzliche Schmerzen (AFS 1998: 16). Ein anderer Grund für lang anhaltende Warzen- oder Brustschmerzen können eine ungünstige Saugtechnik des Kindes

oder Infektionen durch Bakterien oder Pilze z.B. Soor sein (VELB 2000: 20).

Die Regelmässigkeit der Stillmahlzeiten ist nicht von Anfang an gegeben, sondern muss sich zuerst einpendeln, denn ein Neugeborenes hat sehr unterschiedlich Hunger. Dies kann zwischen 6-12 x pro Tag, aber auch vereinzelt häufiger oder seltener sein (AFS 1998: 16; LLL 2002: 48). Je nach Neugeborenem können sich die Stillmahlzeiten regelmässig über den Tag und die Nacht verteilen oder zu gewissen Tageszeiten häufen, was man ‚cluster-feeding‘ nennt (VELB 2000: 25; Scherbaum et al. 2003: 121).

Das Stillen ist meist nach 4-6 Wochen pp gut eingespielt (VELB 2000: 12). Normalerweise nimmt dann die Stillhäufigkeit ab und es pendelt sich ein drei bis vier Stundenrhythmus am Tag mit einer längeren Nachtpause ein (VELB 2000: 25). Zu dieser Zeit fühlt sich meist auch die Brust zwischen den Stillmahlzeiten weicher und weniger voll an. Zudem tropft vielleicht die Milch nicht mehr aus der Brust oder die Mutter verspürt den Milchspendereflex weniger, weil die Brust nun mehr bei Bedarf d.h. bei Nachfrage während dem Stillen und weniger im Voraus Milch produziert (LLL 2002: 48+53).

Die vordere Milch oder Vordermilch zu Beginn einer Stillmahlzeit ist eher flüssig und laktosereich d.h. stillt den Durst, die hintere Milch oder Hintermilch besitzt mehr Fett und Kohlenhydrate und ist somit nährender. Genauer ist der Fettgehalt der Milch abhängig vom Völlegrad der Brust. Ist die Brust mit Milch gefüllt, ist die Muttermilch fettarmer; ist in der Brust eine kleinere Menge Milch, ist diese dafür fettreicher (Both 2006: 121). Es ist daher wichtig, dass ein Säugling genügend lang an einer Brust trinken kann, um genügend Kalorien zu bekommen (VELB 2000: 11). Das heisst, an der ersten Brust bis sie leer ist (dies kann 15-20 Minuten dauern) und danach noch an der zweiten Brust bis der Kind nicht mehr saugt (dies kann 10-15 Minuten dauern) (LLL 2002: 49; Scherbaum et al. 2003: 127; VELB 2000: 25). Ist ein Säugling danach noch hungrig, kann er nochmals an die erste Brust oder an beide Brüste angesetzt werden.

Bei erhöhtem Milchbedarf z.B. auf Grund eines Wachstumsschubs kann meist durch häufigeres und längeres Ansetzen die Milchmenge innert 48h erhöht werden (AFS 1998: 26). Hingegen wird ein Säugling bei Durst z.B. an Hitzetagen kürzer aber öfters die Brust verlangen, um mehr flüssige Vordermilch trinken zu können.

Das Ende einer Stillperiode kann verschiedenste Gründe haben. Dabei kann Abstillen abrupt erfolgen und muss dann meist medikamentös unterstützt werden, um den hormonellen Teil der Milchbildung zu hemmen, damit die Brüste nicht spannen und schmerzen oder sich nicht entzünden.

Physiologisches Abstillen dauert mindestens 40 Tage, wobei die Ansetzhäufigkeit und –

dauer langsam verringert werden. Daneben wird dem Kind Beikost gegeben. Während dem kontinuierlichen Abstillprozess verändert sich die Milch. Sie wird reicher an Fett, Immunglobulin und Natrium, sowie laktoseärmer (AFS 1998: 25).

## 2.6 Stillen nach (geplantem) Kaiserschnitt

Kaiserschnitt (Sectio) stellt prinzipiell kein Stillhindernis dar, weil alle körperlichen Prozesse der Milchbildung bei der Mutter gleich verlaufen, wie nach einer Spontangeburt. Es kann sein, dass der initiale Milcheinschuss erst verzögert am 5. - 7. Tag pp stattfindet (LLL 2001: 16). In der überwiegenden Zahl der geplanten Sectios (I<sup>o</sup>-Kaiserschnitt) wird keine Vollnarkose, sondern eine für das Kind schonendere Teilnarkose, genauer Spinal- oder Periduralanästhesie (Betäubung der nach unten führenden Nervenbahnen im Rückenmark) gewählt. Dennoch können gewisse Narkose- und Schmerzmedikamente sowie eine eventuelle Unreife<sup>18</sup> beim Neugeborenen anfänglich die Wahrnehmung vermindern, was zu reduzierten Stillreflexen führen kann (LLL 2001: 15, 249). Trotzdem ist es wichtig, auch nach Sectio (Kaiserschnitt), wenn dies der Zustand der Mutter und des Kindes erlauben, in den ersten beiden Stunden pp anzusetzen (LLL 2001: 13; Scherbaum et al. 2003: 114). Die körperliche und emotionale Nähe nach einer Sectio ist für Neugeborene und ihre Mütter genauso wichtig, wie nach einer Spontangeburt (LLL 2001: 241; Scherbaum et al. 2003: 114).

Stillen nach Sectio braucht anfänglich meist etwas mehr Geduld und oft Hilfe einer Drittperson, weil die Mutter einen chirurgischen Eingriff hatte und daher beim ersten Mal ansetzen flach auf dem Rücken liegen muss und vielleicht bereits Schmerzen im Operationsbereich verspürt (LLL 2002: 544; Scherbaum et al. 2003: 114).

In den ersten Tagen bleibt der empfindliche bis schmerzhafte Bauch, was ein Stillen in Wiegehaltung oder im Liegen erschweren oder verunmöglichen kann. Dazu kommt die Behinderung der Beweglichkeit, durch die Infusionen und Wundableitungen (Redons) sowie durch die Bauchnaht.

Normalerweise sind die Schmerzmittel, welche der Mutter verabreicht werden, für das Neugeborene in der geringen Konzentration, in welcher sie in der Milch vorkommen, unbedenklich (LLL 2001: 249; LLL 2002: 544+546; Scherbaum et al. 2003: 114).

---

<sup>18</sup> Z.B. auf Grund fehlerhafter oder unsicherer Berechnung des Geburtstermins und daraus erfolgtem Sectiotermin, der meist 14 Tage vor Geburtstermin gewählt wird.

In der ersten Zeit zu hause sind Mütter nach Kaiserschnitt noch erholungsbedürftig und müssen sich körperlich schonen, weil sie - wie nach einer andern Bauchoperation - noch rekonvaleszent sind (LLL 2002: 549).

### 3. Einführung: Quantitative Schweizer Stillstudien

Die letzten beiden grossen und gesamtschweizerischen quantitativen Studien zur Stillhäufigkeit und Stilldauer 1994<sup>19</sup> und 2003<sup>20</sup> wurden beide von Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel im Auftrag des BAG (Bundesamt für Gesundheit) erhoben<sup>21</sup>.

Die rezentere Studie von 2003, die im Ernährungsbericht 2005 des Bundesamts für Gesundheit erschien, ist in der Publikation leider etwas knapp gehalten. So fehlt mir z.B. eine Tabelle mit der Auflistung der vollen und ausschliesslichen Stillraten von 0-9 Monate, welche leider nur in einer kleinen Grafik aufgeführt sind.

Als vorangestellte Übersicht sind die wichtigsten Zahlen zum Stillen in der Schweiz als Tabelle dargestellt:

	1994 gesamte Schweiz	2003 gesamte Schweiz	2003 Deutschschweiz
Beginnen zu stillen	92 %	94%	(keine Angabe)
mittlere Totalstilldauer	22 Wochen	31 Wochen	31 Wochen
mittlere Vollstilldauer	15 Wochen	17 Wochen	19 Wochen
Volles Stillen nach 6 Monaten	11 %	20%	(keine Angabe)

1994 begannen 92% der Wöchnerinnen zu stillen, in der Deutschschweiz sogar 93,6%. 2003 waren es gesamtschweizerisch 94% (Merten et al. 2005a: 110). Anders ausgedrückt haben 1994 8% Wöchnerinnen primär abgestillt<sup>22</sup> und 2003 noch 6%, wobei Mütter, die bereits ein Kind hatten viel häufiger nicht zu stillen begannen als Mütter eines ersten Kindes (Merten et al. 2005a: 110 + 113; Conzelmann et al. 1995: 38). Leider werden die Gründe für primäres Abstillen von Müttern mit erstem Kind in keiner der Studien speziell erwähnt. Eine andere Divergenz, die nicht erläutert wird, ist in der 1994er Studie zu finden. Damals gaben während der Schwangerschaft 3,3% der Frauen an, nicht stillen zu wollen. Effektiv nicht zu stillen begonnen haben jedoch 8% der Frauen (Conzelmann et al. 1995: III + 28). Gründe des nachträglichen primären Abstillens waren 1994 (nach schlechten Still Erfahrungen beim älteren Kind / bei älteren Kindern – dies betrifft 1. Paritäts-Wöchnerinnen nicht), bei 20,1 % (aller Frauen) ungeeignete Brustwarzen, bei 7,9 % gesundheitliche Probleme der Mutter und bei 6,1 % gesundheitliche Probleme des Kindes. Gesundheitliche Probleme des Kindes oder

<sup>19</sup> Conzelmann et al. 1995: Stillhäufigkeit und Stilldauer in der Schweiz 1994.

<sup>20</sup> Merten et al. 2005a: Säuglingsernährung in den ersten neun Lebensmonaten. Nationale Studie 2003. In: BAG (Hrsg): Ernährungsbericht 2005.

<sup>21</sup> Weitere quantitative Studien zum Stillen in der Schweiz sind in der Bibliografie aufgeführt.

<sup>22</sup> Primäres Abstillen bedeutet, dass das Stillen nie begonnen wurde. Üblicherweise wird diesen Frauen gleich nach der Geburt ein Medikament gegeben, welches die hormonellen Milchbildungsprozesse unterdrückt.

der Mutter sind beides nachvollziehbare Faktoren für diese Divergenz resp. nichtvorhersehbare Gründe für primäres Abstillen von Müttern mit erstem Kind (Conzelmann et al. 1995: 38).

Die mittlere Totalstilldauer betrug 1994 22 Wochen und 2003 31 Wochen, anders ausgedrückt 2003 wurden nach 31 Wochen noch die Hälfte der Säuglinge gestillt (d.h. ausschliesslich gestillt, voll- oder teilgestillt<sup>23</sup>). Die mittlere Dauer für volles Stillen betrug 1994 15 Wochen und 2003 17 Wochen. 2003 wurden nach 6 Monaten noch 14% der Säuglinge ausschliesslich gestillt und 20% vollgestillt (Merten et al. 2005a: 113). Die Deutschschweiz weist teils etwas höhere Werte auf: mittlere Totalstilldauer 31 Wochen und mittlere Vollstilldauer 19 Wochen (Merten et al. 2005a: 115).

Ob eine Frau vaginal mit PDA (peridural Anästhesie) oder per Kaiserschnitt mit PDA geboren hatte, hat auf die mittlere Vollstilldauer (je 16 Wochen) keine Auswirkung (Merten et al. 2005a: 118).

Die am häufigsten erwähnten Stillprobleme waren 2003 wurde Brustwarzen (32%), zu wenig Milch (17%) und Erschöpfung der Mutter (14%) (Merten et al. 2005a: 114). Leider wird nicht erwähnt, auf welche Periode sich diese Stillprobleme beziehen.

1994 waren es im Wochenbett<sup>24</sup> wurde Warzen (21,2%), Milchstau (14,2%), Saug Schwierigkeiten des Neugeborenen (12,5%) und zu wenig Milch (11,1%). Für die Zeit nach dem Wochenbett gibt es klare Verschiebungen: an oberster Stelle steht nun zu wenig Milch (19,0%), gefolgt von wunden Brustwarzen (14,2%) und neu Erschöpfung der Mutter (10,1%), dann Milchstau (8,4%) und Saug Schwierigkeiten des Säuglings (8,2%), auch neu Koliken (8,0%) und Mastitis<sup>25</sup> (6,5%), übrigens waren Mehrfachnennungen möglich (Conzelmann et al. 1995: 37).

1994 waren die häufigsten Abstillgründe zu wenig Milch (im 1. Monat 64,2% / im 2.+3. Monat 67,4%), Brustwarzenprobleme (30,2% / 12,5%), Stillen zehrt an den Kräften (15,7% / 12,3%), Mastitis (14,5% / 6,1%), Brustverweigerung des Säuglings (6,3% / 8,6%), Wiederaufnahme der Berufstätigkeit (4,4% / 10,3%), Wunsch der Frau (3,8% / 6,7%) und Erkrankung des Kindes (2,5% / 2,5%), auch hier waren Mehrfachnennungen möglich (Conzelmann et al. 1995: 40).

---

<sup>23</sup> Ausschliesslich gestillt heisst, dass der Säugling einzig Muttermilch erhält; vollgestillte Säuglinge erhalten neben Muttermilch noch wässrige Flüssigkeiten z. B. Tee; teilgestillte Kinder erhalten eine Mischernährung d.h. neben Muttermilch noch Pulvermilch oder Beikost.

<sup>24</sup> Unter Wochenbett sind hier die ersten ca. 5-7 Tage nach der Geburt gemeint, welche die meisten Frauen in der Schweiz im Spital verbringen.

<sup>25</sup> = Brustentzündung

Die Abstillgründe werden leider in der 2003er Studie nicht erwähnt.

Die neuere Studie hebt hervor, dass 24% aller Schwangeren resp. 22% der mit dem ersten Kind Schwangeren keine Informationen zur Neugeborenenernährung während der Schwangerschaft erhielten (Merten et al. 2005a: 118+121). 1994 waren es 15,3 % der Schwangeren, die sich während der Schwangerschaft nicht übers Stillen informierten (Conzelmann et al. 1995: 26).

Der Perspektivenwechsel von: sich nicht übers Stillen informieren (1994) zu Informationen nicht erhalten (2003), beruht auf den Studien und ist problematisch. Leider wird in der 2003er Studie nicht erwähnt, ob die Frauen Informationen zum Stillen suchten und nicht erhielten oder ob sie Still-Informationen nicht angeboten bekamen, resp. ob sie überhaupt Bedarf sahen, sich während der Schwangerschaft übers Stillen zu informieren.

Wichtige Informationsquellen waren Geburtsvorbereitungskurse und das persönliche Umfeld (Merten et al. 2005a: 121). 1994 war die Selbstinformation durch Bücher etc. an wichtigster Stelle, gefolgt von Geburtsvorbereitungskurs und Freundinnen / Bekannten (Conzelmann et al. 1995: 27).

Der Sinn dieses Kapitels war einen Einstieg des Stillens in der Schweiz zu vermitteln. Als Fazit daraus ist zu schliessen, dass das Stillen die übliche Form der Neugeborenenernährung ist. Bei einer Stillbeginnrate von 94% kann man sicherlich von einer sozialen Norm sprechen. Weiter zeigen die Zahlen, dass die Mehrheit der Frauen mit Stillschwierigkeiten in der ersten Zeit konfrontiert ist.

## 4. Methodik

Einführend einige Erläuterungen zu meiner Doppelrolle als Studentin der Sozialanthropologie und als Pflegefachfrau. Zum einen motiviert mich die Medizinanthropologie (ein Teilgebiet der Sozialanthropologie) mich mit Aspekten von Gesundheit und Krankheit sozialwissenschaftlich auseinanderzusetzen. Zum andern arbeite ich seit sechs Jahren auf einer Wochenbettstation und befasse mich somit auch beruflich mit dem Stillen. Diese Arbeit bot die Gelegenheit, mich durch die Datenerhebung aus anderer Perspektive - nämlich aus Sicht der stillenden Frau - mit dem Stillen auseinanderzusetzen.

Dabei war ich mit förderlichen und hindernden Aspekten der Doppelrolle konfrontiert. Bereits im *informed consent* stand, dass die Interviews nicht als Möglichkeit zur Stillberatung zu verstehen seien. Ich habe weiter versucht diese Rollen zu trennen, indem ich keine Interviews während der Arbeitszeit durchführte. Wenn möglich habe ich die Frauen während ihrem Spitalaufenthalt nicht selbst betreut. Falls doch, habe ich die Frauen vor dem 2. Interview darauf hingewiesen, dass das Interview so verlaufen soll, wie wenn ich nichts wüsste und nichts miterlebt hätte, was den Frauen auch sehr gut gelang.

Positiv zu vermerken ist, dass meine Anstellung im Spital mir die Befragung überhaupt ermöglichte. Zudem konnte ich mein Wissen über die Spitalorganisation und -abläufe nutzen z.B. für die Wahl des Interviewzeitpunkts. Zudem sind mir die spital- und fachüblichen Abkürzungen und Ausdrucksweisen geläufig und ich verstand sogleich, was die Frauen damit meinten.

Anderes Vorwissen wie zur Anatomie und Physiologie oder die momentan geltenden Stillrichtlinien flossen direkt in diese Arbeit ein. Daher ist nicht abzustreiten, dass z.B. im Kapitel 2, gewisse fürs Wochenbett normale Anfangsschwierigkeiten und brennende Themen betont sind, indem sie etwas ausführlicher behandelt werden.

Hindernd kann Vorwissen während den Interviews sein, z.B. wenn man Andeutungen sofort versteht resp. zu verstehen meint, anstatt nachzufragen. Oder beim Auswerten, z.B. stellte sich mir immer wieder die Frage: Welche Ergebnisse sind auch für die Pflege relevant? Um die Hindernisse und Tücken, die Vorwissen mit sich bringen, möglichst zu vermeiden, ist fortwährend Selbstreflexion gefordert, damit man in der Rolle als Forscherin der Sozialanthropologie bleibt.



## 4.1 Art der Befragung und Samplewahl

Da ich mich für einen phänomenologischen Forschungsansatz entschieden habe, lag es nahe, eine qualitative Datenerhebung durchzuführen. Die mündlichen Leitfaden-Interviews sind wie folgt strukturiert: Halb-offene Fragen am Anfang eines Themenblocks und engere Fragen gegen Ende eines Themenblocks, wobei die Reihenfolge der Themenblöcke nicht fix eingehalten werden musste.

Bewusst wurde darauf verzichtet, die sogenannten technischen Daten zum Stillen wie Stilldauer, Mahlzeitenlänge, Stillpositionen etc. zu erfragen. Zum einen, weil der Blickwinkel dieser Arbeit nicht die Frage nach dem ‚Wie stillen die Frauen‘ ist, sondern ‚Wie erleben die Frauen das Stillen‘. Zum anderen, weil zu befürchten war, dass dies als Abfragerei oder Überwachung, ob sie ‚richtig‘ stillen, verstanden werden könnte.

Die Einheitlichkeit des Samples ist mir wichtig, da im Vorfeld davon auszugehen war, dass zu grosse Diversität keine Gleichheiten erkennen liesse, sondern nur Einzelfälle produzieren würde. Daher entschloss ich mich das Sample auf Erstgebärende (= I-Paritäts Frauen) mit geplantem Kaiserschnitt (= I°-Sectio) zu beschränken.

I-Paritäts Frauen (Erstgebärende) wurden gewählt, weil diese Frauen keine selbst erlebten Still Erfahrungen mitbrachten, wovon ich mir erhoffte, den Prozess des Verinnerlichens und Verkörperns expliziter zu erkennen. Frauen mit I°-Sectio (geplanter Kaiserschnitt) boten den Vorteil, dass ich diese Frauen vor der Geburt (und ohne dass sie bereits Wehen hatten) interviewen konnte.

## 4.2 Interviewführung und Niederschrift

Die Interviews fanden in einem separaten, ruhigen und geschlossenen Raum statt. Sie wurden auf Tonband aufgezeichnet und danach durch Transkription in schriftliche Form gebracht. Neben der Tonbandaufnahme habe ich mir während der Interviews handschriftliche Notizen aufgezeichnet, um auf wichtige Aussagen im spätem Verlauf des Interviews zurückkommen zu können.

Die Tonbandaufnahmen wurden nach der Niederschrift gelöscht.

Aus Datenschutzgründen und zur besseren Wahrung der Anonymität habe ich beim Transkribieren Tochter resp. Sohn oder die Kleine / der Kleine anstelle des Vornamens geschrieben. Ehemann oder Freund wurde strikt in die neutrale Formulierung ‚mein Partner‘

umgewandelt. Zudem wurden Namen und andere Angaben über die Interviewpartnerinnen und ihre Familien, sofern diese nicht weggelassen werden konnten, soweit verändert, dass keine Rückschlüsse möglich sind.

Die Aussagen wurden anonymisiert als Zitate oder in Form ausgewerteter Daten in diese schriftliche Arbeit integriert. Die schriftliche Variante der Interviews wurde mit einem Buchstabenkode (Konsonant und Vokal) versehen, der nicht den Anfangsbuchstaben des Vor- oder Nachnamens von Mutter oder Kind entspricht. Die Zitate sind neben dem Buchstabenkode noch mit einer Zahlenkombination versehen. Die erste Zahl nach dem Bindestrich gibt das Interview an, die zweite Zahl nach dem Leerzeichen die Nummer der Frage.

In den Zitaten wurde der Verständlichkeit halber die ‚Ähm‘ und ‚Äh‘ sowie die sprachlichen Stocker und Stotterer mehrheitlich weggelassen. Um dennoch möglichst grosse Authentizität und Nähe zum mündlichen Interview sowie die Finessen der Ausdruckweise zu wahren, wurde das Sprachbild der Schweizer Mundart weitgehendst belassen<sup>26</sup>, auch wenn dies ein etwas ungewöhnliches schriftliches Deutsch ergibt.

### 4.3 Ablauf der Datenerhebung

Über einen Zeitraum von sechs Monaten wurden neu eintretende Frauen in einem Berner Privatspital gefragt, ob sie an der Befragung teilnehmen würden<sup>27</sup>. Bedingung war, dass die Frauen ihr erstes Kind erwarteten und mit geplanter Sectio entbunden werden sollten. Die teilnehmenden Frauen wurden maximal dreimal interviewt: zweimal mündlich und einmal schriftlich oder mündlich<sup>28</sup>.

Die ersten beiden Interviews fanden während der Hospitalisation statt: Interview 1 vor dem Kaiserschnitt: im Gebärsaal, wenn die schwangere Frau am Vortag bei den Hebammen zu den Vorbereitungsuntersuchungen war und Interview 2 vor Spitalaustritt: in der Regel 4 bis 6 Tage nach Kaiserschnitt auf der Abteilung. Interview 3 fand 4 bis 8 Wochen nach der Geburt

---

<sup>26</sup> Dies kann sich in der Satzstellung oder Grammatik zeigen, aber auch in der Wortwahl. Zum Beispiel gibt es kein Synonym in Form eines Verbs, mit welchem man „schöpfeln“ übersetzen kann. Im Hochdeutschen gibt es dafür nur den Ausdruck ‚die Flasche geben‘.

<sup>27</sup> Die Anfrage zur Teilnahme erfolgte auf Wunsch des Spitals durch die Gynäkologin/den Gynäkologen oder durch die Hebammen. Die Teilnahme oder Nichtteilnahme war freiwillig und hatte keinen Einfluss auf die Pflege von Mutter und Kind.

<sup>28</sup> Den Interviewpartnerinnen stand es frei, ob sie einmal, zweimal oder dreimal befragt werden wollten und ob die Befragung mündlich oder schriftlich erfolgen sollte.

statt.

Es hat sich gezeigt, dass die schriftliche Form kein gangbarer Weg war. Glücklicherweise haben mich viele Frauen von sich aus fürs dritte Interview zu ihnen nach Hause eingeladen, da dies für sie die einfachste Art war. In drei Fällen haben wir uns vor der Abschlusskontrolle beim Gynäkologen nochmals im Spital getroffen und ein Mal auf Wunsch der Interviewpartnerin bei mir zu Hause.

## 4.4 Inhalt der Fragen

Nachdem das Vorgehen der Datenerhebung erläutert wurde, werden nun die thematischen Schwerpunkte der Interviews<sup>29</sup> besprochen.

Beim ersten Interview werden folgende Themen angeschnitten:

- Stillen ja / nein? Wie kam es dazu? Welche Motivation haben die Frauen zu stillen? Welche Bedeutung wird dem Stillen gegeben?
- Wie hat sich die Schwangere übers Stillen informiert? Hat sie das Stillen bei einer andern Frau miterlebt? Wie hat sich die Schwangere aufs Stillen vorbereitet?
- Welches Bild haben die Frauen vom Stillen? Speziell auch die Vorstellungen vom eigenen Stillen.
- Wie erlebte die Schwangere die Brustveränderung während der Schwangerschaft?

Beim zweiten Interview werden folgende Themen angeschnitten:

- Wie erlebte die Frau den Kaiserschnitt, das erste Ansetzen und das Stillen seit der Geburt?
- Mit welchen Schwierigkeiten sind / waren die Frauen konfrontiert?
- Inwiefern sind die Vorstellungen, Erwartungen, Befürchtungen etc. ans Stillen eingetroffen?
- Welche Unterstützung erfährt die stillende Frau? Und wie ist ihr Partner ins Stillen integriert?
- Stillen vor Besuch: Wie verhält sich die Frau? Wie erlebt sie die Situation? Welche Reaktionen erfolgen durchs Umfeld aufs Stillen?
- Wie erlebte sie die Brustveränderung seit der Geburt?

---

<sup>29</sup> Für Interessierte befindet sich im Anhang A) die Maximal-Variante des Frage-Leitfadens.

Beim dritten Interview werden folgende Themen angeschnitten:

- Wie erlebte die Frau das Einleben zu Hause?
- Wie erlebte die Frau das Stillen seit dem letzten Interview?
- Warum stillt sie noch? Was hätte geschehen müssen, dass sie nicht weiter gestillt hätte?
- Welche Unterstützung erfährt / erfuhr die stillende Frau? Und wie ist ihr Partner jetzt ins Stillen integriert?
- Stillen vor oder zu Besuch und in der Öffentlichkeit: Wie verhält sich die Frau? Wie erlebte sie die Situationen? Welche Reaktionen erfolgten durchs Umfeld aufs Stillen?
- Wie erlebte sie die Brustveränderung seit dem Milcheinschuss?

Frauen, die im Lauf der Interviewperiode abgestillt haben, wurden weiterhin befragt. Es interessierten hier besonders die erlebten Probleme mit dem Stillen oder den Brüsten, der Entscheidungsprozess, der zum Abstillen führte und die Reaktionen des Umfelds aufs Abstillen.

## 4.5 Beschreibung des Samples

Es haben 19 Frauen am 1. Interview teilgenommen.

17 Frauen stellten sich für ein 2. Interview zur Verfügung und bei einer weiteren Frau musste die Zweitbefragung wegen Hunger des Kindes abgebrochen und konnte nicht weitergeführt werden, so dass ein halbes Interview entstand.

13 Frauen nahmen am 3. Interview teil.

Die Frauen sind zwischen 25 und 39 Jahre alt.

Sie gehören der Mittelschicht an, wobei Frauen mit abgeschlossener Berufslehre oder anderem Berufsdiplom, aber auch Akademikerinnen darunter sind.

Ein Interview wurde auf Französisch geführt, die restlichen auf Deutsch. Das französische Interview habe ich selbst ins Deutsche übersetzt.

## 4.6 Kleine quantitative Auswertung

Dieses Kapitel dient als Überleitung von der Beschreibung der Datenerhebung zur Darlegung der Resultate in den nächsten beiden Kapiteln.

Die quantitative Auswertung des Samples in Bezug auf Stillrate und vorgängigen Informationsstand<sup>30</sup> hat ergeben:

	3 Interviews				2 Interviews
	vollstillend	Mischform	spät abgestillt	früh abgestillt	stillend
gut informiert	4	1			3
kaum informiert	1		3 <sup>31</sup>		2
nicht informiert	2	1		1	

Anmerkungen:

- die Unterscheidung zwischen gut, kaum oder nicht informierten Frauen war problemlos, da die Interviewpartnerinnen von sich aus sagten, sie hätten sich im Vorfeld sehr oder kaum mit dem Stillen befasst
- alle 19 Frauen sagten beim 1. Interview, sie wollten stillen;
- unter früh abgestillt ist in dieser Arbeit zu verstehen: abstillen während dem Spitalaufenthalt d.h. in den ersten Tagen nach der Geburt;
- unter spät abgestillt ist in dieser Arbeit zu verstehen: abstillen nach dem Spitalaufenthalt d.h. in den ersten Wochen zu Hause;
- die Formen von Mischernährung sind einerseits abpumpen der Brust und die gepumpte Mutter- sowie Pulvermilch schöppeln resp. andererseits stillen und mit Pulvermilchschoppen ergänzen;
- unter stillend, bei Frauen, die nur an zwei Interviews teilnahmen, ist zu verstehen: volles Stillen, versuchen zu stillen, aber auch pumpen und Muttermilch schöppeln mit der Absicht, wieder mit Ansetzen zu beginnen, wenn z.B. die wunden Brustwarzen verheilt sind

Interessant zu sehen ist, welche Frauen das Stillen in den ersten Tagen „eigentlich“ wie erwartet erlebten und welche nicht:

- bei den gut informierten Frauen sind es alle bis auf eine (7:1);
- bei den kaum und nicht informierten Frauen sind es nur noch zwei (2:7);
- wobei zusätzlich eine Frau das Stillen wie erwartet sehr negativ erlebte.

Die beiden kaum informierten Frauen, welche das Stillen wie erwartet erlebt haben, sagten zwar im ersten Interview, sich kaum übers Stillen in Form von Lektüre informiert zu haben.

<sup>30</sup> Die Einschätzung der Stillrate, wie des Informationsstandes beruht ausschliesslich auf den Aussagen genauer der eigenen Einschätzung der Interviewpartnerinnen.

<sup>31</sup> Unter den Frauen, die spät abstillten, sind zwei Zwillingmütter.

Sie konnten hingegen das Stillen bei einer Freundin, ihrer Schwester oder Schwägerin eng miterleben. Diejenige Frau mit viel angelesenem Wissen, welche das Stillen nicht wie erwartet erlebte, konnte das Stillen bei einer andern Frau nicht miterleben. Was zum Schluss führt, dass erlesenes Wissen zwar hilfreich sein kann, aber dass Stillen real miterlebt zu haben oder realistisch geschildert zu bekommen (mit allen Mühen, Schwierigkeiten, psychischen Belastungen, aber auch schönen Momenten), viel wertvoller und laut den Frauen „hilfreicher“ ist.

Weiter konnten bei gut und sehr gut resp. kaum und nicht informierten Frauen unterschiedliche Vorgänge beim Verinnerlichen des Stillens festgestellt werden, daher ist es im weiteren Verlauf teilweise sinnvoll, diese beiden Gruppen von stillenden Frauen getrennt zu analysieren.

## 5. Verinnerlichen und Verkörpern des Stillens

Dieses Kapitel geht auf den Prozess des Verinnerlichens und Verkörperns des Stillens ein. Anhand der Zitate wird gezeigt, wie die Frauen die Phasen der Konfrontation mit der Realität, dann die happigen ersten zwei Tage zu Hause und die ersten beiden Wochen, wenn sie sich zurechtfinden müssen, erleben.

Der Prozess des Verinnerlichens des Stillens beginnt aber bereits im Voraus, mit dem Bild des Stillens, welches die Frauen haben.

### 5.1 Vorgängiges Bild des Stillens

Zum vorgängigen Bild des Stillens gehört die Motivation der Frauen, warum sie stillen möchten, aber auch die Assoziation, welche sie mit dem Wort Stillen verbinden, das allgemeine Bild, welches das Wort Stillen vor ihrem geistigen Auge hervorruft, sowie das Bild, welches sie vom eigenen Stillen haben, und das miterlebte Stillen bei andern Frauen. Zum Schluss geht es noch kurz um den Umgang mit negativen Aspekten des Stillens, das die Interviewpartnerinnen gehört oder bei andern Frauen miterlebt haben.

Da vom vorgängigen Bild des Stillens die Rede ist, wird Bezug genommen auf die Aussagen der Frauen während des ersten Interviews, d.h. mit Umgang sind nicht Handlungen, sondern der Diskurs und die verbale Modellierung gemeint.

Die grosse Mehrheit der Frauen hat nicht während der Schwangerschaft in einem Abwägungsprozess den Kopfentscheid getroffen, stillen zu wollen, sondern es war ihnen von „Anfang an klar“, dass sie stillen werden. Nur bei einer Frau kam das Vertrauen in den eigenen Körper, stillen zu können, erst zu Beginn der Schwangerschaft mit dem Wachstum der Brüste.

Eine Frau musste während der Schwangerschaft abwägen und eine Entscheidung treffen pro oder kontra Stillen auf Grund einer gesundheitlichen Einschränkung. Ihre Entscheidung fiel so aus: Die gesundheitlichen Probleme stehen im Vordergrund. So lange sie kann, versuche sie zu stillen. Sobald sie aber starke stillunverträgliche Medikamente nehmen müsse, stoppe sie damit.

Auch wenn es den Frauen von Anfang an klar ist zu stillen, nennen sie Gründe, warum sie effektiv stillen werden. Es gibt zum einen allgemeine Gründe für die Frauen zu stillen wie: „Stillen ist etwas Natürliches“ oder „Natur-Gegebenes“; Stillen ist „selbstverständlich“; „es ist meine Überzeugung“ oder „es spricht nichts dagegen“.

Zum andern gibt es konkretere emotionale Gründe. Am häufigsten wurde erwähnt: „Stillen gibt eine spezielle Verbindung zum Kind“. Gewisse Frauen haben dies noch genauer spezifiziert, quasi die Verbindung der letzten neun Monate im Bauch noch weiterführen. Weitere Aspekte dieser speziellen Verbindung sind: Nähe, Wärme, Liebe, Harmonie und Geborgenheit. Regelmässig wird genannt, dass Stillen die beste, natürliche und gesunde Ernährung ihres Säuglings ist. Für einige Frauen gibt das Stillen eine wichtige ganzheitliche Grundlage für die Zukunft und das Leben ihres Kindes.

Zum dritten gibt es noch rationale Gründe. Hier überwiegen die Stärkung des Immunsystems und die Allergieprophylaxe, sowie der praktische und preiswerte Aspekt der Muttermilchernährung resp. des Stillens (immer und überall trinkwarm bereit).

Gefragt nach der Vorstellung des eigenen zukünftigen Stillens ist die Haltung am häufigsten: „ich habe kein fixes Bild“; „ich bin offen, was kommt“ oder „ich nehm's, wie's kommt“.

Daneben wird öfter erwähnt, dass sie hoffen, es klappe mit dem Stillen und sie sich darauf einlassen wollen. Weiter, dass sie sich dafür Zeit nehmen wollen und hoffen, dazu die nötige Ruhe zu finden. Daneben gibt es die ganze Bandbreite von sich freuen aufs Stillen oder dem Stolz und die Selbstbestätigung, wenn Stillen funktionieren würde; der Vorstellung, dass Stillen einfach so klappen wird; über „ich werde es mal probieren“ oder der Hoffnung, dass es klappen wird; bis zu: „ich hoffe, dass es nicht allzu mühsam sein wird“.

Aus der Motivation zu stillen, die von Anfang an da ist, und der Assoziation des Stillens mit Nähe, Wärme, Liebe, Harmonie und Geborgenheit entsteht das schöne Bild des natürlichen Stillens von der Mutter mit dem Kind an der Brust. Dieses harmonische Bild des naturgegebenen Stillens wird von vielen unbewusst mit problemlos in Verbindung gebracht, was dazu führt, dass sich die Mehrheit der schwangeren Frauen, die ihr erstes Kind erwarten, kaum oder nicht übers Stillen informieren.

Daneben gibt es in meiner Studie <sup>2</sup>/<sub>5</sub> sehr gut informierte Frauen, die nicht nur übers Stillen ausführlich gelesen, sondern es auch bei einer andern Frau miterlebt haben oder sich ausführlich von deren Erfahrungen erzählen liessen. Diese Frauen wissen, dass Stillen am Anfang mühsam ist – ein Lernprozess für Mutter und Kind – und welche Anfangsschwierigkeiten eintreffen können, was auch die oben erwähnte Bandbreite der Vorstellung des eigenen Stillens begründet. Im weiteren Verlauf ist es auch immer wieder sinnvoll, diese beiden Gruppen von stillenden Frauen getrennt zu analysieren, da bei gut und sehr gut resp. kaum und nicht informierten Frauen <sup>32</sup> unterschiedliche Vorgänge beim

---

<sup>32</sup> Der Unterschied zwischen gut informierten Frauen und kaum informierten Frauen war meist problemlos zu machen, da die Interviewpartnerinnen von sich aus sagten, sie hätten sich im Vorfeld sehr oder kaum mit dem Stillen befasst.



Verinnerlichen des Stillens festgestellt werden können.

Für kaum informierte Frauen ist folgende Aussage zum Wissen von Negativem übers Stillen exemplarisch:

„Ja, dass man Milchstau oder Entzündungen bekommt, ja ich glaube [das ist] einfach so das Normale, was jede Erstgebärende so im Hinterkopf hat“ (DU-1 10).

Gut informierte Frauen wissen dagegen um die Anfangsschwierigkeiten und wünschen sich auch die Geduld und den Durchhaltewillen, diese zu meistern, oder haben sich vielleicht bereits Gedanken darüber gemacht, was sie dagegen unternehmen könnten. Jedoch hindert dieses Wissen die Frauen nicht, stillen zu wollen und es zu versuchen, denn sie hoffen alle, dass es ihnen selbst nicht passiert oder bei ihnen nicht so schlimm sein wird.

Auch hier beim Umgang mit Negativem übers Stillen wird wieder ersichtlich, wie tief das Bild des schönen, harmonischen und problemlosen Stillens verankert ist, denn die Frauen hoffen, dass es bei ihnen gut geht und stellen Probleme und Komplikationen in den Hintergrund oder äussern diese während dem Interview erst auf nachfragen.

## 5.2 Realität der ersten Tage

Die ersten Tage sind die Phase der Konfrontation mit der Realität des Stillens, aber auch die Phase des ersten Verinnerlichens. Die Schlagworte zur Charakterisierung dieser Phase sind:

„Total überfordert! [...] Es ist wirklich viel Neues, an das man gleichzeitig denken muss und das man lernen muss“ (SO-2 14).

Neben dieser neuen Realität sind weiter das Gefühl, die Einzige zu sein, der dies widerfährt, oder das Erfahren und Spüren am eigenen Leib und die Verantwortung, sein Kind durch die eigene Brust zu ernähren, im Vordergrund.

Die Frauen wurden im zweiten Interview gefragt, inwiefern ihre Vorstellungen übers Stillen nun eingetroffen sind oder nicht. In der Gruppe der gut informierten Frauen erlebt die grosse Mehrheit mit einer Ausnahme das Stillen in den ersten Tagen wie erwartet. Bei den kaum informierten ist es genau umgekehrt.

Zwei äusserten sich, dass sie das Stillen wie erwartet erleben im positiven Sinn und eine im negativen, nämlich dass Stillen wie gedacht ein Riesenproblem sei. Die beiden Frauen, bei denen das Stillen wie erwartet verlief, sind beides Frauen, die zwar sagen, sich wenig übers Stillen informiert zu haben, die aber sehr eng das Stillen bei ihrer Schwester oder Freundin miterlebt haben. Die andern Frauen haben sich das Stillen einfacher, d.h. weniger

zeitintensiv und/oder weniger schmerzhaft, vorgestellt oder wussten nicht, dass das Kind in den ersten Tagen lernen muss, an der Brust zu saugen und, dass die Milch nicht sofort nach der Geburt aus der Brust fließt.

Die folgenden Zitate sollen veranschaulichen, wie die Frauen das erste Stillen erleben und mit welchen Worten sie es beschreiben.

„Ich glaubte, wenn das Kind draussen ist, kommt Milch“ (LO-2 16).

Vor dem Milcheinschuss, wenn erst Kolostrum produziert wird:

„Es kommt noch zu wenig Milch, man setzt viel an und dann tun die Brüste weh. Man wünscht sich, dass endlich die Milch einschiesst und muss abwägen, ob man zufüttern will. Genau so ging es mir in den letzten Tagen“ (ZU-2 16).

„Das war ‚happig‘, weil er viel geschrieen hat und viel an der Brust war. Wir haben gewartet, bis die Milch endlich kommt, und wusste nicht wann [dies sein wird]. Das hat mich belastet. Es ging dann doch vier, fast fünf Tage, bis der Milcheinschuss kam“ (HU-2 12).

der ganze Tagesablauf ist aufs Stillen und Milchproduzieren ausgerichtet (CE-2 15)

„Es gab einen Tag, als es mir beim Ansetzen wirklich schlecht wurde von den Schmerzen bei den ersten paar Zügen. [...] Ja, das ist schon noch so eindrücklich, dass es einem rein vom Stillen schlecht werden kann vor Schmerzen der Brustwarzen“ (MI-2 12).

„Dass mein Sohn es nicht kann, nicht erlickt [zu saugen]. Davon wusste ich im Voraus nichts“ (SO-2 17).

Je nach Informationsstand ordnet die Frau ihr Erleben der Anfangsschwierigkeiten anders ein. Die kaum informierten Frauen glauben, nur ihnen widerfahre dies, und die Selbstzweifel kommen rasch:

„Ich kam mir manchmal etwas blöd vor, wie ein ‚Babeli‘. [...] Es ging nicht und ich meinte, es müsse doch einfach so gehen, und ich kam mir vor wie DIE Ausnahme, die das nicht zu Stande bringt“ (LO-3 S).

Ich kann mich nicht auf meinen Körper verlassen / mein Körper hat mich im Stich gelassen (CE-2 12).

Hingegen wenn gut informierte Frauen die Anfangsschwierigkeiten am eigenen Leib erleben, ist es zwar etwas Neues, aber sie sind froh zu wissen, dass dies Andern auch widerfahren ist:

Es ist einem schon etwas geholfen, „wenn eben man die Erfahrung selbst muss oder darf machen, dass man weiss, dass es nicht aussergewöhnlich ist und dass andere die gleichen Probleme haben. Nicht alle [genau] gleich, aber [ähnlich]. Ja, dass [wenn] die Schwierigkeit da ist, dass man sich davon nicht stressen oder frusten lassen darf, dass es nicht nur einem so geht, sondern allen ähnlich geht. Das finde ich schon sehr hilfreich“ (JE-2 16).

Doch Wissen im Kopf ist das Eine, es selbst erleben und am eigenen Leib zu spüren etwas Anderes:

„Das, was ich gelesen habe und immer gehört habe übers Stillen, das trifft voll zu – aber das sind Worte. Aber nachvollziehen, das Gefühl, wie es wirklich ist. [...]“

Wenn man das nur liest, man kann es sich vorstellen, aber nachvollziehen nicht. Die Gefühle, die man verspürt, man kann sie erklären, man kann sie erzählen, aber erst wenn man drinnen ist [begreift man sie], man muss sie erleben. Vorstellen wirklich, wie intensiv das ist, konnte ich mir im Voraus nicht: Dass es sooo intensiv ist! Das hätte ich im Voraus vielleicht geglaubt, aber ich hätte es nicht verstanden“ (HU-2 16).

Das Stillen in den ersten Tagen wird neben den üblichen Anfangsschwierigkeiten und den Selbstzweifeln noch erschwert mit dem Druck, Milch produzieren zu müssen, genauer dass das Kind von der ernährenden laktierenden Mutter abhängig ist. Dazu kommt, dass sich das Neugeborene nur durch Weinen äussern kann.

„Es ist ein Druck, wegen der Verantwortung und der Abhängigkeit“ (MI-3 28).

„Man ist verloren mit dem kleinen Bébé, das nur weinen kann, um sich auszudrücken“ (FA-3 S).

„Ja, am Anfang zweifelst du auf alle Fälle rasch an dir. Es hängt alles an dir im Prinzip: ist man gestresst, was isst man, was trinkt man. Man ist auf sich alleine gestellt, das Neugeborene kann dir ja nicht sagen, was los ist“ (WI-3 34).

„Es ist eine grosse Aufgabe auch. Man steckt viel ein. Man kommt nicht zu viel Schlaf. Man macht alles, damit er zu essen bekommt. Es ist – ja wirklich – eine bedingungslose Liebe, für die man alles macht“ (HU-2 15).

„Sie ist stark abhängig von mir. [...] Sie hat nur das, daher muss man investieren [ins Stillen]“ – auch wegen der Gewichtsabnahme (FA-2 15).

„Dieser Gedanke begann mich immer mehr zu stressen: Das arme Kind muss hungern, nur weil ich nicht genug Milch habe und es mit dem Ansetzen nicht richtig klappt“ (CE-2 15).

Das Ende dieses Abschnitts bilden zwei Zitate. Eines, welches das Wesen des Mutter-Seins sehr eindrücklich zeigt:

„Es ist nicht so, dass mein Leben gewesen ist und ich nicht mehr wichtig bin, sondern ich bin umso viel wichtiger!“ (HU-2 18).

Und Eines über das Wesen des Stillens in den ersten Tagen:

„Stillen ist etwas sehr Schwieriges am Anfang, aber nichts Hoffnungsloses [...]. Eher ein Zusammenspiel, das klappen [muss]. Ein Prozess, der in Gang kommen muss. Dabei darf keiner verzweifeln“ (SO-2 17).

### 5.3 Erste Entscheidung

Das vorgängige Bild des schönen, harmonischen und problemlosen Stillens kollidiert in den ersten Tagen mit der mühevollen Realität, d.h. die Frauen müssen das idealisierte Bild des Stillens dekonstruieren und sich mehrheitlich zum ersten Mal überlegen: Will ich stillen? Respektive: Will ich weiterstillen?

Frauen mit gutem Informationsstand haben den Vorteil, dass sie wissen, dass Anfangsschwierigkeiten normal sind und diese auch ihren Freundinnen, Schwestern usw. widerfahren sind. Dennoch muss ein Prozess bei ihnen stattfinden: vom Versuchen-zu-Stillen, zum Stillen-Wollen und trotzdem durchhalten:

„Zuerst war es so ein Ach-Ich-Versuchs-Mal, man ist noch nicht voll überzeugt davon, doch dann kommt der WILLE; der Wille, nicht gleich wegen ein wenig Schmerzen am Anfang einer Stillmahlzeit das ganze Stillen aufzugeben“ (FA-3 36).

„Einfach nicht aufgeben, wenn es nicht reibungslos funktioniert von Beginn weg, ein wenig durchbeissen lohnt sich!“ (WI-2 S).

Daneben ist es auch wichtig, dass die Frauen eine Perspektive haben, zum Beispiel, weil sie wissen, warum es noch nicht geht, oder durch verschiedene Handlungsmöglichkeiten oder Auswege:

„Verschiedene Krankenschwestern haben verschiedene Tipps gegeben, so dass ich nun eine breite Palette von Handlungsmöglichkeiten kenne“ (BO-2 19).

Wobei gut informierte Frauen tendenziell besser mit unterschiedlichen Möglichkeiten umgehen können und auf die kaum informierten Frauen verschiedene Tipps eher verwirrend und als Durcheinander wirken.

Konfrontiert mit den Anfangsschwierigkeiten, geraten kaum informierte Frauen rascher in starke Selbstzweifel, weil sie glauben, nur ihnen widerfahre dies und sie seien unfähig. Der dritte und vierte Tag nach der Entbindung ist daher meist der erste Moment der Entscheidung: weiter versuchen zu stillen oder früh abzustillen?

„Und emotional ist es für mich, also nicht so, also es wäre schön, wenn es geht, aber noch lang üben, dann lieber den Schoppen geben. Wenn er stundenlang an der Brust ist und dann doch noch den Schoppen braucht, dann denke ich, kann ich auch gleich den Schoppen geben. Ich bin dann ruhiger und das Kind auch und wir sind nicht genervt“ (LO-2 12).

„Ich bin dann irgendwie in 'nen mega Stress gekommen [Ansetzen klappte nicht, Kind weinte oft, Milch kam nicht und ich habe] gedacht: Oh Gott, wenn das so weitergeht, dann brauchst du gar nicht weitermachen, dann kannst du gleich sofort sagen, du willst nicht mehr stillen. Weil er war unzufrieden und ich war unzufrieden“ (XE-2 14).

„Ich war schon fast am Verzweifeln, weil es nicht ging. Ich habe mir schon überlegt, nur zu pumpen und Muttermilch zu schöpeln oder

sogar abzustillen.“ Er regte sich rasch auf, wenn es nicht klappte mit Saugen; er weinte oft“ (SO-2 14).

[Gefühle:] „dass man versagt hat. Dass man etwas zu wenig gut gemacht hat. Dass man [sich] in der Zeit der Schwangerschaft vielleicht doch intensiver mit dem Stillen hätte befassen müssen und und und. Man macht sich selbst Vorwürfe und denkt dennoch: Nein, das bringt jetzt auch nichts, bleib rational!“ (RA-2 12).

Bis auf eine Wöchnerin haben auch alle Frauen weitergestillt oder versucht zu stillen, meist aus der Motivation heraus:

„Also so gar nicht versuchen, wollte ich dennoch nicht“ (LO-2 20).

Eine Frau hat früh beschlossen abzustillen. Ihre Aussagen zeigen kurz und präzise nochmals das Verinnerlichen des Stillens durch die Erfahrung am eigenen Leib, welche kollidiert mit dem idealisierten Bild des problemlosen Stillens. Dem folgt die Phase der Entscheidung und darauf das Verkörpern gegen aussen: hier, in dem man sagt, abstillen zu wollen. Dabei rechnet diese Frau, auf Druck oder Ablehnung von aussen zu stossen, weil sie dem Idealbild der stillenden Mutter nicht entspricht.

„Das hat mich noch zusätzlich gestresst, dass sie Hunger hatte. [...] Dieser Gedanke begann mich immer mehr zu stressen: Das arme Kind muss hungern, nur weil ich nicht genug Milch habe und es mit dem Ansetzen nicht richtig klappt“ (CE-2 15).

„Nein, das macht so keinen Sinn! Sie begann es zu nerven, mich begann es zu nerven; das war dann genau der Fall für mich, wie ich es nicht haben wollte“ (CE-2 12).

„Nein, ich wollte nicht alle paar Stunden pumpen und füttern, so dass ich keine Zeit habe, um sie zu geniessen“ (CE-2 12).

„Ja, es war für mich [der Punkt erreicht]: Wenn ich weitermache, komme ich genau in die Spirale, in die ich nicht wollte. Wovon ich bereits zu Beginn sagte, dass ich dahinein nicht will“ (CE-2 12).

„Ich sass so da und es war für mich klar: Nein, so nicht mehr. Ich fragte mich bereits seit zwei Stunden: Willst du das wirklich? Ich habe mich dann gefragt, ob dies [das Abstillen] eine Variante wäre, und auch abgewogen, aber das Abwägen ist dann rasch gekippt. Ich habe mir schon überlegt, ob es [= das Stillen, so wie es gestern

war], das ist, was ich wollte, aber es war mir rasch klar, dass es nicht so war, wie ich es wollte. Mit dem Nachdenken war es auch wie entschieden. Und danach war ich auch nie im Zweifel, mich umzuentcheiden“ (CE-2 12).

„Aber es hat mich schon gestresst, diesen Entscheid zu treffen. Es hat mich extrem gestresst.“

*Was war stressig?*

„Meine Erwartung ist nicht eingetroffen“ [...]

„ich habe aufgegeben“ [...]

„ich konnte mich nicht auf meinen Körper verlassen“ (CE-2 12).

„Ja, es ist das Gefühl: Nun geht dies [das Stillen] auch nicht oder nur mit einem riesigen Aufwand, den ich aber nicht bereit bin aufzuwenden“ (CE-2 12).

*Sie haben zwei Worte gebraucht: aufhören und aufgeben. Was ist es nun für Sie?*

“Es ist beides. {überlegt kurz}

Den negativen Anklang hat es sicher. Ich habe es mir nicht so vorgestellt, früh abzustillen. Ich hatte so das Bild: Man erwacht aus der Narkose und es geht einfach [mit dem Stillen]. [...] Es ist insofern ein Aufgeben, weil man etwas versucht hat und auf ein Ziel hinarbeitete, [...] mit allem Möglichen probierte [...] und es dann nicht klappte. Das ist schon ein Aufgeben. Man hat etwas angestrebt, aber es nicht erreicht.

Andererseits ist nun die grosse Erleichterung da und insofern ist es ein Aufhören“ (CE-2 12).

„Ich bin wirklich sehr froh. [...] Ich bin so erleichtert heute!“  
(CE-2 12).

„Und ich bin auch dankbar, dass niemand kam und fand: Oh nein, aber Sie können doch nicht nach vier Tagen schon aufgeben! Eigentlich war ich darauf vorbereitet, dass jemand kommt und meine Entscheidung anzweifelt“ (CE-2 12).

Bei Frauen, die weiterstillen, ist das Verinnerlichen und Verkörpern des Stillens mit den ersten Tagen nicht abgeschlossen, sondern dieser Prozess hat erst begonnen.

## 5.4 Finden des gangbaren Wegs

Weitere Phasen der Entscheidung sind zum einen die ersten beiden Tage zu Hause, wenn sich Mutter und Kind an die neue Umgebung gewöhnen müssen und das Neugeborene meist permanent an der Brust saugen will. Und zum anderen die ersten beiden Wochen, wenn die Mutter lernen muss, neben der 24-Stunden-Aufgabe als Mutter und Stillende noch den Alltag samt Haushalt zu bewältigen.

Die ersten beiden Tage zu Hause hat eine Frau sehr treffend beschrieben:

„Auch die beiden [Kinder], man hatte das Gefühl, sie müssen sich an die neue Umgebung gewöhnen, ja andere Bettchen, andere Geschmäcker, andere Geräusche. Das brauchte schon noch so ein, zwei Tage“ (NO-3 27).

Die ersten vierzehn Tage zu Hause bezeichne ich als die Zeit vom Finden des gangbaren Wegs. Interessant sind dabei die Aussagen von Frauen, die eine Mischform der Ernährung gewählt haben; aber auch von den Frauen, welche sich durch eine kleinere Modifikation des Stillens oder ihres Stillbildes eine Perspektive eröffneten, mit weniger Druck weiterzustillen; sowie den Frauen, welche in dieser Zeit abgestillt haben.

Bei beiden Frauen, die eine Mischform der Ernährung wählten, ist es der Druck der negativen Stillererfahrung, die sie nach einem anderen eigenen Weg suchen liessen. Der Druck hat sich bei beiden in den ersten beiden Tagen zu Hause zugespitzt. Die Art des gewählten Ernährungsmanagements ist von persönlichen Faktoren von Kind, Mutter und Partner abhängig:

„Stillen war nichts wirklich Schönes.“

„Ich hatte ja bereits im Spital Schmerzen beim Stillen, zwar nur am Anfang während der ersten halben Minute.“

„Und dann zu Hause, als er alle Stunden kam, konnte ich mich nicht mehr erholen. Ich denke, es musste so kommen.“

Aber am Anfang war für mich der Gedanke sehr schlimm: Ich kann nicht stillen, was mache ich nun? Ich wollte wirklich gerne Stillen, aber die Schmerzen, ich war wirklich sehr im Zweifel und hatte keine Freude mehr am Kind. Mit Pumpen und Muttermilch Schöpfeln fand



ich einen guten Zwischenweg und er ist auch zufrieden. Dann kam auch die Freude am Kleinen wieder.

Ich werde es mit Ansetzen aber nochmals probieren. Falls es dann doch nicht gehen sollte, kann ich mir im Nachhinein wenigstens sagen: Ich habe es nochmals versucht. So habe ich, glaube ich, auch nichts verpasst“ (SO-3 40).

„Ich finde es sehr schön, dass so der Vater viel mehr einbezogen ist. Er kann so viel mehr eine Beziehung aufbauen zu unserem Sohn. Er steht auch nachts auf und macht alles und muss nicht nur daneben sitzen, wenn der Kleine gestillt wird. O.k., er ist dauernd zu Hause, er hat Vaterschaftsurlaub“ (SO-3 S).

Die zweite Frau, welche eine Mischform wählte, nämlich Stillen und Zuschöpfeln von Pulvermilch, analysiert noch etwas klarer, weshalb sie am Stillen festhält und wie dies mit ihrem vorgängigen Bild des Stillens zusammenhängt.

„Ja, wenn man da sitzt und zwei Stunden stillt, bis er endlich ruhig ist, da fragt man sich schon: Bringt es das?

Ja, einerseits musste ich etwas tun, damit ich nicht völlig kaputt war, und andererseits wollte ich ihm wegen der Allergien Muttermilch geben, dann sagte ich mir: Machen wir doch halbe - halbe, ja“ (LO-3 28).

„Vielleicht [hätte ich] doch ein schlechtes Gewissen, wenn ich nicht stillen würde. Nicht ein Minderwertigkeitsgefühl, aber ein Nicht-Probiert-Haben.“

„[Ich bin] mit der Vorstellung ins Spital: Das Kind kommt auf die Welt, und dann kommt die Milch. Ich muss mich wohl selber auch noch von dem lösen. Darum habe ich wahrscheinlich auch den Weg gewählt, beides zu machen. Irgendwie möchte ich schon, weil ich glaube, es ist richtig und wichtig für das Kind, es gibt ihm ja die Abwehrkräfte und ist gesund“ (LO-3 29).

„Und ich dachte, wenn ich schon ein bisschen dieser Milch [d.h. Muttermilch] habe, kann ich sie ihm ja schon geben“ (LO-3 28).

„Ich war beruhigt, als ich daneben noch Schoppen geben konnte, damit er genügend bekommt und wachsen kann“ (LO-3 28).

Nicht alle Frauen, die weiterstillten, taten dies, weil es einfach so ging. Einige mussten sich neue Perspektiven eröffnen, damit Weiterstillen erträglich war. Neben dem Willen oder Ehrgeiz und Austausch mit Freundinnen, was bereits früher eine wichtige Rolle gespielt hat, gibt es noch etliche persönliche Handlungsstrategien wie: auf Fortschritte fokussieren; etwas als Eigenart des Kindes akzeptieren; Ziel zurückstecken oder sich abfinden mit der Situation, so wie sie ist. Wichtig ist aber auch die positive Rückmeldung des Kindes, wenn es nach dem Stillen zufrieden ist oder lächelt. Dies, aber auch Fachleute (ambulante Hebamme, Stillberatung, Elternberatung, Pädiater), z. B., wenn das Kind gut zugenommen hat, spricht das Glücks- oder Muttergefühl der Frau an.

Im letzten Teil dieses Unterkapitels wird noch auf die drei Frauen eingegangen, welche in den ersten vierzehn Tagen zu Hause abstillten resp. abstillen musste, was bei einer Frau der Fall war.

Bei den beiden Andern war die Situation, wie bei den Frauen, welche eine Mischform der Ernährung wählten, nicht mehr tragbar:

„Ich glaub, mich hat daher die ganze Sache so gestresst – das ewige Gefühl: Etwas stimmt da nicht, er wird nicht satt“ (XE-3 40).

„Und anderthalb Wochen später hatte er nochmals 180 gr abgenommen gehabt! Das war der Hauptfaktor für mich, um zu sagen: O.k., jetzt ist Schluss“ (XE-3 38).

„Er war wirklich sehr unglücklich, weil er immer so hungrig war. Als ich ihm das erste Mal den Schoppen gab, hat er ihn in einem Mal leergetrunken und danach [war er] total satt und zufrieden und [hat] völlig erschöpft in meinem Arm gelegen. Das war das erste Mal, als ich ihn so völlig zufrieden sah“ (XE-3 27).

„Ich sage halt sofort, dass er soviel abgenommen hat und nicht satt geworden ist, und dann ist das jeweils völlig in Ordnung, weil: Das ist ja zum Wohle des Kindes. Ich glaube, wenn ich sagen würde, ich hätte aufgehört mit Stillen, weil ich einfach keine Lust mehr hatte oder weil es mich gestresst hat. Ich glaube, dann würde man schon negativ darauf reagieren“ (XE-3 41).

Interessant an diesem Beispiel ist das Wie-Sage-Ich, dass ich nicht stille, damit die Verkörperung nach aussen mit den vermuteten Erwartungen der Gesellschaft übereinstimmt.

Bei der andern Frau ist es nicht der Faktor Kindwohl, welcher als Abstillgrund akzeptiert wird, sondern die Tatsache, dass es zwei sind, nämlich Zwillinge.

Wenn ich erzähle, dass es mit Stillen nicht ging, stiess ich immer auf „grosses Verständnis, ja. Oft wird auch gesagt: Ja eben mit zweien!“ (NO-3 41).

Wobei das Suchen des gangbaren Wegs in diesem Beispiel etwas vielfältiger verlief:

„Also ich weiss gar nicht mehr, was ich wann machte, ich habe so viel ausprobiert. Ich glaube zuerst nur immer eins angesetzt zu haben und einmal nur gepumpt zu haben. Dann kam zweimal eine Hebamme zu mir nach Hause und wir versuchten dann ohne zu pumpen, weil das so aufwendig war. Aber es kam einfach nicht mehr Milch, es waren beim Pumpen immer so 50 ml insgesamt und ich musste immer noch Schoppen nachgeben. Ja, ich merkte dann, so kann es nicht sein, es stresst mich zu stark. Als ich alleine war, brauchte das soviel Zeit, ich war nonstop am Essengeben. Dann entschied ich abzustillen, ja“ (NO-3 33).

Eine Frau stillte auf ärztlichen Rat ab, wegen dessen Empfehlung zur Einnahme stillunverträglicher Medikamente. Sie beschreibt ihre Gefühle dabei so:

„Das hat mich sehr gebraucht, das war ein Abschied, das hat mir wehgetan, weil ich ein super Gefühl für mich hatte, so wie: Jetzt funktioniere ich. He, die Milch kommt ja. Ich begann mich in diesem Sinn gern zu haben. Und dann zu merken, es geht doch nicht, das war sehr hart“ (KU-3 38).

Was zeigt, dass Abstillen-Müssen auf Empfehlung von aussen doppelt hart ist, da das Gefühl des Es-Geht-Nicht, das bei den andern Frauen schleichend kam oder latent vorhanden war, nicht da ist.

## 5.5 Weiterstillen

Die ersten vierzehn Tage zu Hause, die Zeit vom Finden des gangbaren Wegs oder des zweiten Verinnerlichen und Verkörperns des Stillens können aber noch aus einer andern Perspektive betrachtet werden.

Ein Aspekt dieser andern Perspektive aufs Verkörpern, der am oben behandelten Thema des Abstillens anknüpft, sind die Antworten auf die Frage: Was hätten geschehen müssen,

dass sie nicht gestillt hätten?<sup>33</sup> Der andere Aspekt ist die Frage, warum die Frauen noch stillen oder warum sie weitergestillt haben trotz schwieriger Momente beim Stillen.

Der am häufigsten genannte Grund zum Abstillen ist bei den stillenden Frauen: Stillen als riesigen Aufwand und Stress zu erleben, so dass keine Energie mehr für den normalen Alltag bleibt. Eng gefolgt von: „zu wenig Milch haben“, was sich durch ein unzufriedenes, hungriges Kind äussert. Weiter sind wiederkehrende oder länger anhaltende Probleme mit den Brüsten und Warzen genannt worden: „unerträglich schmerzende Brüste“; „offene Warzen“; Milchstau oder Mastitis. Sowie vereinzelt, „wenn die Milch für das Kind nicht bekömmlich wäre“ zum Beispiel, weil die Mutter stillunverträgliche Medikamente nehmen muss.

Eine Frage, welche die Frauen oft überrascht hat, besonders wenn es zu Hause mit dem Stillen und dem Einleben gut geklappt hat, war die Frage, warum sie noch stille. Wobei der Faktor, dass es das Beste fürs Kind ist, überwiegt. Gleichwertig genannt werden Machbarkeitsfaktoren wie: „es geht einfach“ oder „weil es am praktischsten ist“ und durch den Kopf bewusst gesteuerte Faktoren wie: „wegen der Abwehrstoffe“ oder der Wille der Mutter.

Auf die Frage, warum sie weiterstille trotz schwieriger Momente beim Stillen, werden die Abwehrstoffe, der Wille, aber auch: „ich weiss, warum es noch nicht funktioniert“ oder „wir sind am Lernen“, genannt.

Interessanterweise nannte keine der Frauen Druck von aussen, wie etwa: es wurde mir empfohlen oder man erwartet es von mir. Eine Frau meinte sogar:

„Nein, also ich weiss gar nicht, ob der da ist. Ich merke mehr, dass ich mich unter Druck setze. Aber ich würde mich nie von der Gesellschaft unter Druck setzen lassen, das würde ich nicht. Es bin ich, ja – die mir den Druck macht“ (MI-3 31).

---

<sup>33</sup> Dies ist zwar eine indirekte und hypothetische Frage, jedoch haben die meisten Frauen auf diese Frage rasch geantwortet, was für mich bedeutet, dass sie sich mit dem Thema bereits (in Gedanken) beschäftigt haben.

Dennoch scheint es, dass man nicht über seine Stillprobleme erzählt:

„Mit allen Frauen, die bereits Kinder haben [sprach ich während meiner Schwangerschaft übers Stillen]. Obwohl sie von sich aus über ihre Stillerlebnisse kaum berichten. Es entsteht dann so ein Bild vom Stillen, dass alles schön und einfach ist. Ich habe bewusst bei Frauen aus der Bekanntschaft übers Stillen und ihre Stillerlebnisse nachfragt“ (FA-1 6).

„Es erstaunt mich noch, wie viele Frauen Probleme haben mit Stillen, davon erfährt man kaum einfach so, im Voraus“ (SO-3 41).

Ich meine daher, sagen zu können, dass Stillen als soziale und kulturelle Norm in der Schweiz von den Frauen wie von der Gesellschaft akzeptiert ist. Das Erleben des Stillens aber nicht als Allgemeinwissen verankert ist, sondern normiert wird als das schöne, harmonische, natürliche und problemlose Stillen, welches alle Frauen können.

## 6. Verinnerlichen und Verkörpern der veränderten Brust

In diesem Kapitel wird einerseits auf die körperlichen Veränderungen der Brust und auf das emotionale Erleben dieser Veränderungen sowie andererseits auf den Funktionswandel der Brust zum ernährenden Organ eingegangen. Der dritte und letzte Teil ist dem grossen Thema Verkörpern des Stillens nach aussen, d. h. dem Stillen vor andern Personen z.B. in der Öffentlichkeit, sowie der Reaktion von aussen aufs Stillen und Abstillen gewidmet.

### 6.1 Erleben der Veränderungen der Brust

#### Vorgängige Veränderungen

Die Frauen haben die üblichen Veränderungen der Brust gespürt, wie grösser oder voller werden der Brüste sowie dunkler werden der Brustwarzen. Diese Veränderungen wurden als normal resp. positiv erlebt.

„Am Anfang war es schön, auch durch das Brustwachstum zu spüren, dass man schwanger ist“ (ZU-1 11).

„Es ist schön gewesen, die Veränderungen mitzuerleben. So zu spüren, dass sich da Sachen verändern, bewegen und Vorbereitungen einfach laufen“ (MI-1 11).

„Der gefühlsmässige Bezug zu meiner Brust wurde positiv“ (KU-1 11).

„Ich habe es sehr gemocht. Ich fühlte mich weiblicher“ (FA-1 11).

Eine Frau sagte jedoch:

„Ja, am Schluss dachte ich schon: Hoffentlich wird sie nicht noch grösser! {lacht}“ (LO-1 11).

Neben diesen positiven Veränderungen erlebten einige Frauen auch Schmerzen, wie ein Ziehen in den Brüsten oder gereizte und sensiblere Brustwarzen, was sie als unangenehm bezeichneten.

Keine Frau erlebte ihre sich verändernden oder veränderten Brüste während der

Schwangerschaft als negativ.

Etwa die Hälfte der Frauen<sup>34</sup> haben ihre Brüste aufs Stillen vorbereitet, entweder durch kalt-warm Abduschen oder durch Einölen.

## Veränderungen in den ersten Tagen

Vor dem Milcheinschuss, wenn Kolostrum produziert wird, möchten die Neugeborenen oft an der Brust saugen, was sie durch Schreien oder die frühen Hungerzeichen kundtun:

„Es kommt noch zu wenig Milch, man setzt viel an und dann tun die Brüste weh. Man wünscht sich, dass endlich die Milch einschiesst“ (ZU-2 16).

Durch die ungewohnte Belastung sind die Brustwarzen am Anfang irritiert und können auch wund werden:

„Es gab einen Tag, als es mir beim Ansetzen wirklich schlecht wurde von den Schmerzen, bei den ersten paar Zügen. [...] Ja, das ist schon noch so eindrücklich, dass es einem rein vom Stillen schlecht werden kann vor Schmerzen der Brustwarzen“ (MI-2 12).

Diese Phase ist zwar mühsam, weil man auf den Milcheinschuss warten muss und für gewisse Frauen, wie im vorderen Kapitel gesehen, unbekannt und daher psychisch belastend, aber nicht mit einem negativen Brustgefühl verbunden.

## Milcheinschuss

Auch den Milcheinschuss haben die Frauen mit den typischen und mühsamen Symptomen geschildert. Die Zitate sollen die verschiedenen Facetten der körperlichen Veränderungen der Brust während des Milcheinschusses zeigen:

„Mit dem Milcheinschuss sind nun eher die negativeren Seiten [der Brustveränderung] da, wie geschwollen und rot“ (BO-2 22).

„Während dem Milcheinschuss waren sie hart und gespannt, das schmerzte“ (FA-3 37).

---

<sup>34</sup> Dies steht nicht im Zusammenhang mit dem vorgängigen Informationsstand der Frau.

„Die Brüste waren heiss, am liebsten wäre ich nur oben ohne herumgelaufen“ (SO-3 37).

„Drei Tage war sie [die Brüste] zwischendurch nicht gerade feurig, aber so wie wenn man Fieber hat“ (LO-2 22).

„Sie sind riesig geworden! [...] Zudem haben sie jetzt eine rosa Farbe, sind heiss und jucken mich. Zudem sind sie unangenehm prall und gespannt, ich habe das Gefühl, sie könnten jederzeit platzen“ (PA-2 22).

„Ich kann meine Brust jetzt kaum berühren“ (PA-2 15).

„Es war noch angenehm, bis der Milcheinschuss kam. Ich hatte pralle Brüste mit massiven Verhärtungen. Die Pflegenden halfen mit Brustmassagen während dem Pumpen, danach kühlte ich mit Eis, und für die Nacht gab es noch einen Quarkwickel. Ich fühlte mich schlecht an diesem Tag, denn ich hatte auch Gliederschmerzen und leicht Fieber“ (KU-2 14).

„Das ist noch eindrücklich, wenn man das nie erlebt hat, kann man das nicht nachvollziehen, [...] wenn man vom Milcheinschuss oder den harten und warmen Brüsten sprach. Das ist etwas, was man einfach erlebt haben muss, um Verständnis dafür zu haben“ (MI-2 22).

Aber es gibt auch das Andere:

„Es war überhaupt nicht schlimm, weil der Kleine so viel gesaugt hat und stimuliert hat, musste ich nicht viel machen und es tat nicht weh. Ich glaube, weil die Brust so gross ist, kann sie gar nicht so prall werden, sondern sie wird schwer – ja, das merke ich“ (HU-2 22).

„Ich erlebe es nicht als spektakulär. Aber das Umfeld bemerkte die Vergrösserung. Ich merke, sie sind gespannt. Ich fühle, sie sind jetzt voller. Das motiviert mich, weil sie produktiv werden“ (FA-2 22).

Die Frauen erleben diese zwei, drei Tage des Milcheinschusses oft als unangenehm. Und auch das eigene Körpergefühl und Körperbild stimmt nicht mehr:

„Wenn ich mich im Spiegel betrachte, denke ich oft: Oh, ungewohnt“ (TE-2 22).



„Es ist schon ungewohnt, so riesige Brüste zu haben, das merke ich speziell, wenn ich sie massiere“ (SO-2 22).

„Ich musste lachen, wie nach einer Schönheitsoperation!“ (NO-2 22).

„Am nächsten Morgen fühlte ich mich wie Pamela Anderson: gross, künstlich und wie aufgesetzt!“ (KU-2 14).

„Aber es ist natürlich ein anderes Körpergefühl, ganz klar. Weil es ist nicht meins! Ich hatte sonst immer sehr kleine und flache Brüste und jetzt sind sie hart und [grösser]. [...] Es fühlt sich einfach anders an, es ist ein anderes Körpergefühl, ja“ (XE-2 22).

„Ja, jetzt im Moment bin ich gar nicht glücklich mit ihnen. Ich empfinde es auch nicht als schön. Ich fühle mich nicht als ich“ (CE-2 22).

Da der Milcheinschuss nach zwei bis drei Tagen vorüber ist, schafft dieses Körpererleben keinen nachhaltigen Eindruck des Körperbildes.

## Veränderungen nach dem Milcheinschuss

Die Veränderungen nach dem Milcheinschuss sind nicht mehr spektakulär, sondern eher ein Entspannen des Brustgewebes und ein Einspielen der Milchproduktion auf die Nachfrage hin.

„Verändert, seit dem Milcheinschuss [haben sich meine Brüste] eigentlich nicht mehr. Es ist ein normaler Zyklus von Auffüllen und Entleeren“ (JE-3 37).

„Noch ein bisschen mehr Volumen ist da, aber nicht sehr viel mehr. Ich merke schon, wenn die Milch wieder produziert wird, das merke ich. Manchmal, wenn sie laut schreit, merke ich bei beiden Brüsten: Oh, jetzt fliesst die Milch, jetzt kommt es gerade“ (BO-3 37).

„Die Milch läuft nicht aus, aber ich habe auch nicht das Gefühl, er müsse stark ziehen, damit etwas kommt. Es ist wie ein Hahn [= ein Wasserhahn, der bei Bedarf läuft und danach wieder abgestellt ist]“ (RA-3 37).

Ein häufig genanntes Problem beim 3. Interview war das Gefühl, zu wenig Milch zu haben. Einige Frauen bringen das Gefühl, zu wenig Milch zu haben, mit den weichen Brüsten zusammen:

„Sie fühlen sich so weich an, dass ich mich sogar fragte, ob ich genügend Milch habe“ (FA-3 37).

„Ich hatte am Anfang die Vorstellung, die Brüste müssen nun immer hart sein. Als sie dann längere Zeit weich waren, hatte ich das Gefühl, ich hätte zu wenig Milch, und habe fleissig Stilltee getrunken und ja, das hat mir wieder riesige Brüste gegeben“ (MI-3 37).

Daneben kommt dieses Gefühl auch, wenn die Milch nicht mehr einfach so aus der Brust tropft oder die Kinder oft, d.h. stündlich bis 2-stündlich Hunger haben und an der Brust trinken oder wenn sie nach dem Stillen noch unruhig und weinerlich sind.

Zusammenfassend kann das Erleben der Brustveränderungen in der ersten Woche nach der Geburt mit diesem Zitat treffend beschrieben werden:

„Es war sehr spannend {lacht} eigentlich!  
Von der Grösse ja, von der man sich gewohnt war von der Schwangerschaft, war es in den ersten beiden Tagen gleich. Am dritten Tag mit dem Milcheinschuss ist die Brust ja: Wahnsinnig! Enorm grösser und hart bis in den Ansatz geworden. Man hat das Gefühl, man ist extrem mächtig im Oberkörper, als wenn man da gerade an Muskelmasse zugelegt hätte. Ja, man kann gewisse Bewegungen [kaum mehr machen,] am Anfang ... ja, ist man eingeschränkt. Ja, es verändert sich enorm, eigentlich. Jetzt schon wieder, habe ich das Gefühl, ist sie schon wieder so wie in der Schwangerschaft, kleiner und weicher und weniger gespannt. Man merkt schon, wann sie getrunken hat resp. auf welcher Seite, den Unterschied spürt man gut. Es ist schon interessant so innert ein paar Tagen, die Veränderungen!“ (JE-2 22).

## Veränderungen der Brust nach dem Abstillen

Das Schwierige am Abstillprozess ist nicht der körperliche Faktor der Brustveränderung.

Dies zeigen die Aussagen über die Brustveränderungen nach dem Abstillen ganz klar:

„Es wurde rasch besser. Ich habe noch drei, vier Tage zu Hause Wickel gemacht und sie haben sich gut zurückgebildet [nun sind sie wie vor der Schwangerschaft]“ (CE-3 37).

„Ja, die Brust ist ... noch kleiner als vorher und ganz weich, äh nicht einmal Knötchen oder Drüsen sind spürbar, ganz weich, ja“ (NO-3 37).

„Also nach dem Abstillen habe ich jetzt den Eindruck, sie sind schlapp geworden, so ein bisschen. Aber dass sie sich grossartig verändert haben, würde ich nicht sagen. Ich habe immer noch ein bisschen Milch, wenn ich so drücke“ (XE-3 37).

## 6.2 Funktionsveränderung der Brust

Anhand der Daten ist kein Prozess der Funktionsveränderung erkennbar. Die neue Funktion der Brust ist quasi „über Nacht“ da:

„Ich habe nun auch eine ganz andere Beziehung zu meiner eigenen Brust. Vorgängig konnte ich mir nicht vorstellen, meine Brust zu entblößen, um das Kind zu stillen vor meinen Kollegen. Nun ist es ganz anders. Die Brust ist die Ernährung des Kindes, meine Hemmungen sind viel geringer, finde ich“ (WI-2 22).

„Ich war erstaunt, ich bin absolut nicht verklemmt, aber es geht doch um die Brust. Aber es war kein Unterschied, ob es vor meiner Mutter oder Bekannten war, es war für mich kein Problem. Ich dachte nur an meine Tochter. Es war nicht mehr die erotische Seite der Brust, es war der ernährende Aspekt. Sie weinte und ich stellte mir nicht mal mehr die Frage, ob ich vor den Leuten stillen sollte oder nicht, ich nahm sie einfach an die Brust. O.k. ich bereitete alles vor, damit das Ansetzen nicht unnötig lang dauerte und ich nicht unnötig lang entblösst sein musste“ (FA-2 23).

Dies gilt nicht nur für die Frauen, sondern auch für den Besuch:

„Die Leute schauen dich auch anders an. Die Kollegen auch: Früher, hätte ich die Brust entblösst, wäre dies etwas ganz anderes gewesen als jetzt mit einem Kind. Ja, das ist irgendwie ... das Lustige ist, dass jeder schauen kommt, alle finden es sehr niedlich (wörtl.: hässlich). Und du sitzt da, am Stillen und ob Kolleg oder Kollegin, jeder schaut zu und findet es normal. Das finde ich noch genial! Niemand hat ein Problem damit“ (WI-3 30).

„Ein Kolleg von meinem Partner, er arbeitet hier in der Nähe [kam zu Besuch, während ich stillte]. [...] Er sass dann da und wir sprachen miteinander und er schaute mich an und gar nicht die Brust“ (HU-2 23).

Wobei diese Frau sogleich ihre Aussage zu erläutern beginnt:

„Ich habe kein Problem mehr damit, es ist für mich nichts Entblössendes. Im Moment ist mir nur wichtig, dass der Kleine gut trinkt. Wenn ein Mann aber immer auf die Brust starren würde, dann hätte ich ein Problem und würde ihm dies auch sagen“ (HU-2 23).

Diesen Abschnitt zur Funktionsveränderung der Brust kann nicht besser zusammengefasst werden, als es diese stillende Frau tat:

„Eigentlich so, dass endlich diese Brust nun ihre erste Funktion, wofür sie da ist, übernimmt. Sonst ist sie ja in unserer Gesellschaft eher ein Schönheitssymbol. Das Äussere ist wichtiger als das Innere. Jetzt hat sie den Sinn, die Milch zu produzieren, das fasziniert mich: Wie viel da kommt und wie perfekt die Zusammensetzung ist. Sie ist ideal fürs Kind und dies ist auch ein Aspekt von Gesundheit, z.B. Allergieprophylaxe. Also ein gewisser Stolz als Frau, dass man das kann und dass dieser Körperteil dies alles vollbringt. [...] Ich finde es eine schöne Veränderung der Brust“ (BO-2 22).

### 6.3 Stillen vor andern Personen

Obwohl wie oben beschrieben das Verinnerlichen der neuen Funktion der Brust mit der Geburt sofort eintritt, mögen nicht alle Frauen vor allen Leuten wie z.B. fremde Besucher oder Arbeitskollegen des Partners stillen. Das heisst beim Verkörpern des Stillens nach aussen finden Modellierungen der Verhaltensweise statt.

Im Spital ist es eher der Aspekt Ruhe oder noch üben müssen, wenn die Frauen sich zurückziehen oder den Besuch nach Hause schicken vor dem Stillen.

„Viel ging ich auch mit meinem Partner ins Stillzimmer, dort waren wir wohler. [... Denn] der Besuch der andern nahm nicht auf mein Stillen Rücksicht, z.B. dass er leiser sprach“ (BO-2 23).

„Am Anfang hat es mir eigentlich nichts gemacht. Aber ich habe gemerkt, dass die Kleine dann immer zuhört und nicht mehr trinkt, d.h. nicht mehr bei der Sache ist. Ich habe dann begonnen, wenn Besuch da war oder kam [zu sagen]: ‚Jetzt müsst ihr nach draussen gehen oder noch warten‘.

Ja, weil es für mich auch nicht angenehm war, wenn ich merkte: Sie ist nicht bei der Sache“ (MI-2 23).

„Ich habe den Besuch so kommen lassen, dass ich beim Stillen nicht gestört wurde. Ich habe immer ganz klar gesagt, zu welcher Zeit der Besuch kommen darf. Ich wollte mich nicht stören lassen beim Stillen vom Besuch, ich brauche die Ruhe zum Üben“ (TE-2 23).

Aber auch der Aspekt der Privatsphäre ist wichtig:

„Also, wenn ich am Stillen bin, entweder drehe ich mich so ab, dass es mir egal ist, wenn jemand hinschaut, oder ich benütze die Stellwände, damit man nicht alles sieht, das ist doch ein privater Moment“ (BO-2 23).

„Also meine Familie und fremde Leute, wie der Mann der Zimmernachbarin, machen mir nichts. Vor Kollegen zu stillen aber schon, ich habe daher heute Besuch nach Hause geschickt“ (SO-2 23).

„Es war [anfänglich] mehr der Gedanke daran, dass jemand kommen könnte, der mich stresste“ (CE-2 23).

Die Reaktionen des Besuchs kann man kurz und bündig zusammenfassen: unkompliziert. Stillen gehört dazu und es wird darauf Rücksicht genommen.

„Die Einen fragten, ob sie nach draussen gehen sollten. [...] Die meisten waren aber beeindruckt und fanden es schön. Ich war erstaunt, wie unkompliziert die Reaktionen waren“ (FA-2 23).

„{schmunzelt} Einmal ist wirklich jemand voll hereingekommen, als ich am Stillen war, dies war mein Götti. Er war cool und meinte: ‚Da komme ich ja im richtigen Moment‘, und nahm gleich sein Handy, um ein Foto zu machen. {lacht} Er nahm dies so locker und natürlich, dass es mich nicht stresste“ (CE-2 23).

„Sie fanden das alle schön, wenn ich am Stillen war. Sie waren auch verständnisvoll, wenn ich sie nach draussen schickte“ (MI-2 23).

Als kleiner Einschub wird hier noch das negative Erleben des Abpumpens angesprochen.

Die eine Gleichung, welche die Frauen aufstellen, ist:

Pumpe = Melkmaschine = Milch-Kuh!

„Dieses Pumpen! Ja – das Pumpen war mir so zuwider! Immer kam jemand herein und störte mich oder es kam Besuch“ (CE-2 15).

„Also beim Stillen hat es mich nicht gestört, aber dann beim Abpumpen schon, dann ist es äh, wie soll ich sagen: Lächerlich, wie man so da sitzt, wie eine Milchkuh, die an der Pumpe hängt!“ (RA-2 23).

Die andere Gleichung lautet: stillen = natürlich; pumpen = entblössend, entwürdigend.

„Wenn ich abpumpe, versuche ich mich immer abzuschirmen, aber die Stellwände lassen dennoch Zwischenräume offen. Wenn Frauen vorbeigehen, stört mich dies nicht, bei Männern aber schon, die schauen auch.“

Vor Fremden zu stillen, macht mir nichts, das ist die Natur! Aber Abpumpen, das ist was anderes, da ist die Brust entblösst!“ (PA-2 23).

„Der Körper wird so – wie soll ich sagen – zum Spender, das fand ich am Anfang als entwürdigend“ (TE-2 18).

Hier wird eine klare Bedeutungsverschiebung vom Abpumpen gegenüber dem Stillen sichtbar, die sicherlich mit dem Bild des natürlichen Stillens verbunden ist.

Zurück zum Stillen vor Andern: Zu Hause sieht es dann teilweise anders aus, wobei keine klaren Regelmässigkeiten erkennbar sind. Die folgenden Aussagen sind daher als Einzelbeispiele zu betrachten:

„Bis jetzt [habe ich] noch nie jemanden zu Besuch kommen lassen, bei dem ich das Gefühl hatte, ich müsse in den oberen Stock stillen gehen oder der dürfe nicht zusehen. Ich sage dann: ‚Wahrscheinlich muss ich so in einer halben Stunde stillen.‘ Wenn es z.B. einem Mann nicht recht wäre, könnte der sich zurückziehen oder abdrehen. Aber nein, bis jetzt haben alle so weitergemacht, wie wenn nichts wäre“ (BO-3 31).

„Wo ich zu Besuch war, kannte ich die Leute und sie wussten alle, dass ich stille. Klar, fragte ich noch, man weiss ja nie. Männer sind da ja meist auch noch heikler als Frauen. Aber bis jetzt sagte noch nie jemand: Es stört mich, geh nach draussen“ (WI-3 31).

„Oh, das kommt ganz auf den Besuch an. Ist es meine Familie oder meine Freundinnen, macht mir dies nichts. Aber ich habe gemerkt: Sind es Kollegen meines Partners oder so, ging ich oft ins Zimmer der Kleinen. So sonderte ich mich ab und hatte meine Ruhe – das ist mein System, das ich gefunden habe. Mich schämen: Nein! Es ist nicht eine Frage der Scham, sondern der Ruhe mit ihr“ (FA-3 31).

„Einmal hatten wir eine Autopanne in der Stadt, dann hatte ich – dann musste ich zum ersten Mal auswärts stillen statt zu Hause. Geplant war, dass es bis nach Hause reicht, bis zum nächsten Stillen. Dann habe ich gemerkt, war ich nicht wirklich wohl, im Auto zu stillen. Obwohl es ist schlussendlich gut gegangen. Ich denke, man kann sich dann nicht wirklich voll darauf einlassen“ (BO-3 30).

„Ich habe mich dann umgesehen, wo es gut wäre zu stillen, auf dem Vorder- oder Rücksitz. Ich habe mich dann für den Rücksitz entschieden, man ist dort weniger exponiert. Aber sonst ging es nicht anders, als sonst zu Hause auch. Ich habe eine Decke genommen, um mich abzustützen. [...]

„Nein, nein ich glaube, es hat es nicht einmal jemand gesehen“  
(BO-3 31).

„Ich war auch schon in der Stadt mit ihr und dann ist sie viel früher gekommen als normal. Da habe ich sie schon in der Stadt gestillt, ja“  
(MI-3 31).

„Ähm, also bis jetzt ist es zweimal vorgekommen. Das eine Mal hat es mir nichts ausgemacht, da sind eigentlich nur Frauen um mich herum gewesen. Das andere Mal war auch ein Mann dort. Da habe ich gemerkt, [ich bin nicht wohl und dachte:] Der müsste jetzt nicht da sein. Das Gefühl: Schaut er oder schaut er nicht? Ja, ich merkte schon, für mich ist das noch Privat- oder Intimsphäre, aber ja, wenn sie weint, habe ich keine Wahl“ (MI-3 31).

„Ich war letztthin im Geschäft meines Partners, dort habe ich mich ins Sitzungszimmer zurückgezogen. Es gibt immer Möglichkeiten, wo man sich separieren kann“ (JE-3 31).

„Ich kann überall stillen. Vielleicht nicht gerade mitten im Einkaufszentrum. Aber bei anderen zu Besuch oder hier mit Besuch, das ist kein Problem, auch wenn ein Mann dabei ist“ (LO-3 33).

„Wir sind mittlerweile so viel unterwegs gewesen. Es muss nun kein Spezialplatz mehr sein, es geht auch im überfüllten Zug“ (RA-3 28a).

Ich kann keine Regelmässigkeiten erkennen zum Stillen in der Öffentlichkeit. Sehr allgemein gehalten gilt folgendes: Einerseits wen man nach Hause einlädt und zu wem man zu Besuch geht, wird gesteuert. Andererseits hat die Frau unterwegs nicht die Wahl, ob sie jetzt stillen will oder nicht, sondern muss sich dem Kind anpassen und sich mit der Situation abfinden.

Dennoch treffen die Frauen gewisse Vorbereitungen bezüglich des Stillens in der Öffentlichkeit:

„Ich schaue immer, etwas anzuziehen, das die Brust bedeckt, so gings, so sieht man ja auch nichts. Die Leute merkten es gar nicht“  
(HU-3 31).

„Zudem habe ich häufig nun Blusen an, so muss man nicht alles auftun oder abziehen“ (BO-3 31).

„Also zum Beispiel gestern ging ich meinen Arbeitskollegen einen Besuch abstatten. Dort hat es keinen Sessel oder so und alle



Arbeitskollegen sind versammelt. Da habe ich mir im Voraus schon überlegt, wo ich stillen könnte“ (FA-3 31).

„Also wenn ich einkaufen gehe, schaue ich schon, dass die Kleine zuvor gehabt hat. Im Coop oder in der Migros möchte ich ihr schon nicht ‚s Püpi‘ (die Brust) geben. {lacht}

Aber sonst, wenn wir in einem Restaurant etwas trinken gehen, schaue ich schon, dass wir nicht gerade mittendrin sitzen, gerade provozieren muss man es ja nicht. Aber dort, es stört mich auch nicht“ (WI-3 31).

## 6.4 Reaktionen aufs Stillen durchs Umfeld

Weiter interessierte, welche Reaktionen die Frauen aufs Stillen erhielten. Einerseits aufs Stillen in der Öffentlichkeit:

„Sie tun gar nicht, gar nicht dergleichen. Ich habe nicht das Gefühl, dass sie mir auf die Brust starren. Ich empfinde meine Brust momentan nicht als sexuell. Dort kommt einfach die Nahrung für mein Kind“ (HU-3 31).

„Im Restaurant, wahrscheinlich fanden es die Einen gut und die Anderen nicht, aber ich wurde nie direkt darauf angesprochen, ich hatte eher so das Gefühl vom Blick her. Aber das macht mir nichts“ (JE-3 31).

„Nein, eigentlich nicht. Die meisten schauen eher verstohlen. Wenn man zurückschaut, wenden sie den Blick ab. {lacht} Aber irgendwelche negativen Reaktionen, nein: Hat mir noch nie jemand gesagt. Eher positiv, oft kommen Leute hin und finden: ‚Oh, niedlich (wörtl.: härzig)!‘“ (WI-3 31).

„Man sieht den Leuten auch an, dass sie teilweise überfordert sind mit dem. [...] Ja, gestern – ich glaube, bei uns ist es zwar nicht gang und gäbe, aber akzeptiert, aber in anderen Ländern nicht. Die Leute [Ausländer] schauen komisch oder blicken sofort betreten weg. Ja, aber das ist denen ihr Problem und nicht meines“ (RA-3 31).

Und andererseits die Reaktionen aufs Stillen allgemein:

„{Seufzt erleichtert} Eigentlich schöne Reaktionen“ (BO-3 31).

Die positive Rückmeldung ist zwar die Hauptaussage, aber es gibt auch anderes:

„Was ich merkte, wenn eine Frau stillt, dann wissen es immer alle besser, wie man stillen sollte“ (HU-3 31).

Die Reaktionen zeigen, dass Stillen in unserer Gesellschaft auch in der Öffentlichkeit akzeptiert ist oder zumindest toleriert wird. Aber auch, dass sich die Frauen mehrheitlich gut abgrenzen können gegenüber Blicken, die Unverständnis ausdrücken.

Ebenfalls von Interesse waren die Reaktionen des Umfelds aufs Abstillen.

„Nein, mehr anteilnehmend von vielen Seiten. [Die meisten sagen:] Gut ist, dass sie Muttermilch am Anfang bekamen. [...]  
Ich nehme negative Reaktionen auch nicht mehr persönlich. Ich habe am Anfang meine Leistung so gut wie möglich gebracht, das wird mir nun bewusst“ (KU-3 41).

„Ich stiess immer auf grosses Verständnis. Es war nie ein Thema, mehr ein Zurkenntnisnehmen oder von engen Freunden ein interessiertes Nachfragen, was ich erlebte“ (CE-3 41).

„Ich kenne nun einige Frauen, die nicht stillen“ (CE-3 41).

„Eigentlich ... sie verstehen es ... grosses Verständnis, ja. Oft wird auch gesagt: Ja eben mit zweien! {lacht}  
Also ich hatte nie Negatives vermittelt bekommen. Ich wurde wirklich ermuntert, auf mich zu hören und das zu machen, was für mich stimmt, und zu machen, wie es am einfachsten, am besten für uns geht“ (NO-3 41).

Diese Frauen scheinen offen über ihr Nicht-Stillen zu sprechen und verspüren auch keinen Druck von aussen:

„Nein, es kam absolut kein Druck. Die meisten sind eine Generation älter und hatten ihre Kinder zu einer Zeit, als dem Stillen noch nicht so viel Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Die meisten machten die Erfahrung, dass es eh nicht geht und dass sie abgebremst wurden. Es wird als positiv betrachtet, dass ich Milch abpumpen kann“ (KU-2 23).

„Nein, wirklich nicht.

Im Gegenteil zwei, drei Frauen sagten mir, sie hätten auch früher entscheiden sollen abzustillen, anstatt das Stillen weiterzuziehen, sich durchzumühen und sich dabei fertigzumachen“ (CE-3 41).

Eine andere Frau sagt aber klar, dass sie die Verkörperung des Nicht-Stillens sprachlich gegen aussen der von ihr erwarteten sozialen Norm des Stillen-Müssens anpasst:

„Ich sage halt sofort, dass er so viel abgenommen hat und nicht ähm satt geworden ist und dann ist das jeweils völlig in Ordnung, weil: Das ist ja zum Wohle des Kindes.

Ich glaube, wenn ich sagen würde, ich hätte aufgehört mit Stillen, weil ich einfach keine Lust mehr hatte oder weil es mich gestresst hat. Ich glaube, dann würde man schon negativ darauf reagieren“ (XE-3 41).

„Ja, die Gesellschaft erwartet schon von den Frauen zu stillen.

Meine Eltern und mein Partner aber waren loyal äh neutral während meiner Entscheidung“ (XE-3 41).

Auch der Versprecher von loyal statt neutral, ist bei dieser Interviewpassage sehr markant.

Weiter hat interessiert, ob die stillenden Frauen gesellschaftlichen Druck verspüren zu stillen.

„Für mich selbst finde ich nicht. Ich wollte ja von mir aus stillen. Allgemein in der Gesellschaft habe ich schon das Gefühl, dass momentan die Erwartung da ist, dass Frauen stillen sollten – mehr als früher. Ich selbst erfahre aber keinen negativen Druck durch mein Umfeld“ (BO-3 31).

„Nein, also ich weiss gar nicht, ob der da ist. Ich merke mehr, dass ich mich unter Druck setze. Aber ich würde mich nie von der Gesellschaft unter Druck setzen lassen, das würde ich nicht. Es bin ich, ja – die mir den Druck macht“ (MI-3 31).

Das heisst, die Frauen sagen zwar, keinen direkten gesellschaftlichen Druck zu erleben und sie meinen auch, sie würden sich von aussen nicht unter Druck setzen lassen, dennoch verspüren sie die gesellschaftliche Erwartung oder setzen sich selbst unter Druck zu stillen.

Zusammenfassend kann ich sagen, dass die Funktionsveränderung der Brust vom Körperteil mit Sexappeal zum ernährenden Organ keinem Prozess unterliegt, sondern schlagartig mit der Geburt des Kindes kommt, für die Frauen wie auch für die Gesellschaft. Denn auch Frauen, die beim 1. Interview bedenken äusserten dem Kind vor Andern die Brust zu geben, stillen beim 2. Interview selbstverständlich vor andern Leuten. Weiter haben die Frauen mit ihren körperlich-veränderten Brüsten kaum Mühe.

Beides führt dazu, dass Stillen in unserer Gesellschaft auch in der Öffentlichkeit akzeptiert ist.

## 7. Reflektionen

### 7.1 Beantwortung der Fragestellung

Hier geht es darum, die Eingangs gestellten Fragen nochmals aufzugreifen und zu beantworten, indem die Resultate in einen grösseren soziokulturellen Rahmen gestellt werden. Frage eins und zwei stehen zwar in thematischer Verbindung, können jedoch gut getrennt behandelt werden. Frage drei und vier gehören so eng zueinander, dass sie sinnvoll nur zusammen abgehandelt werden sollten.

Es muss an dieser Stelle nochmals betont werden, dass die Aussagen sich auf Schweizer Frauen beziehen, die ihr erstes Kind per geplanter Sectio bekamen. Die Beobachtungsdauer beträgt im Schnitt die ersten sechs Wochen nach der Geburt.

#### 1. Frage:

- Welche Formen des Stillmanagements kommen bei den Frauen des Untersuchungssamples vor?

Alle 19 Frauen sagten beim 1. Interview, sie wollten stillen.

Beim 2. Interview haben 17 Frauen voll gestillt, versucht zu stillen oder ihre Milch abgepumpt und die gepumpte Muttermilch mit der Flasche verabreicht mit der Absicht, wieder mit Ansetzen zu beginnen, wenn z.B. die wunden Brustwarzen verheilt sind. Diese verschiedenen Stillmanagements sind am Anfang sehr fluktuierend und können von Tag zu Tag manchmal sogar von Stillmahlzeit zu Stillmahlzeit variieren. Eine Frau hat während dem Spitalaufenthalt abgestillt und ihrem Kind die Flasche mit künstlich-hergestellter Babymilch gegeben.

Beim 3. Interview haben sieben Frauen voll gestillt, zwei haben eine Mischform gewählt und vier Frauen<sup>35</sup> ernährten ihre Kinder ausschliesslich mit Babymilch aus der Flasche. Es kommen zwei Formen von Mischernährung vor: einerseits abpumpen der Muttermilch aus der Brust und dann Ernährung des Kindes mit gepumpter Muttermilch sowie ergänzend dazu Pulvermilch aus der Flasche; andererseits stillen und die Ernährung des Kindes mit Pulvermilch aus der Flasche ergänzen.

---

<sup>35</sup> Inklusive der Interviewpartnerin, welche im Spital abgestillt hatte.

## 2. Frage:

- Welche persönlichen (und soziokulturellen) Faktoren führen zum gewählten Stillmanagement?

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Faktor quantitativ zuwenig Milch haben zu den persönlichen Stillmanagements resp. zum Abstillen führte oder zumindest beigetragen hat.

C. Maklouf Obermeyer und S. Castle (1997) haben das Thema ‚insufficient milk syndrome‘ bereits für die Sozialanthropologie bearbeitet. Kritisch zu betrachten an diesem Artikel ist, dass sie quantitative und qualitative Insuffizienz nicht voneinander trennen resp. mischen. Es handelt sich um eine crosskulturelle Studie, der keine eigene Forschung zu Grunde liegt. Es werden Beispiele aus verschiedenen Kulturen, verstreut über den ganzen Globus, zugezogen und mit historischen Studien aus Europa verbunden.

An Hand meiner Daten lässt sich sagen, dass es sich hier beim Zuwenig-Milch-Haben nicht um eine qualitative Abwertung der Muttermilch handelt. Soziokulturell wird der Muttermilch eine hohe Qualität und Wertschätzung zugesprochen. Als Ausnahme ist das Kolostrum zu betrachten. Von der Medizin als höchst wertvoll erachtet, wird es von den Frauen nicht als Milch gewertet und sie zweifeln, ob es dem Kind als Nahrung in den ersten Tagen reicht<sup>36</sup>. Bei den quantitativen Faktoren ist der offensichtlichste, wenn das Kind nicht zunimmt oder sogar abnimmt. Dies ist auch der einzige naturwissenschaftlich-messbare Faktor<sup>37</sup>. Die Sorge um das Kindeswohl d.h. das Kind gedeiht und gesund ist, ist der wichtigste Faktor beim Einschätzen des eigenen Stillens. Die Interviewpartnerinnen glaubten in folgenden Situationen zuwenig Milch zu haben<sup>38</sup>: unzufriedenes, hungriges Kind - dies zeigt sich in Form von Schreien und starkem Saugverhalten nach dem Stillen; kurze Abstände (ca. 1-2h) zwischen dem Stillen und langes Saugen des Neugeborenen an der Brust; wenn der Säugling keinen Rhythmus hat im Trinkverhalten oder zu einer Tageszeit vermehrt saugen will; weiche Brüste, die sich leer anfühlen; wenn keine Milch mehr ‚einfach so‘ aus der Brust fließt.

---

<sup>36</sup> Diese Ansicht wird teilweise auch vom Medizinern, Pflegefachleuten und Hebammen geteilt.

<sup>37</sup> Im Weiteren wird daher bewusst vom Gefühl des Zuwenig-Milch-Habens gesprochen, auch wenn Gefühl nicht der absolut richtige Ausdruck ist, da es so erscheint, wie wenn die Dichotomie rational – irrational resp. Kopf vs Gefühl aufrecht erhalten wird. Es handelt sich bei diesem „Gefühl“ um einen leiblichen Eindruck, der quasi aus rationalen Beobachtungen und Überlegungen sowie Gefühlen (im eigentliche Sinn) entstand.

<sup>38</sup> Es kann sich um ein allgemeines Gefühl handeln, welches Stunden und Tage anhält oder zeitlich beschränkt ist z.B am Abend oder in einer bestimmten Situation.

### 3. + 4. Frage:

- Wie verläuft der Prozess des Embodiments?  
Welche Phasen gibt es beim Verinnerlichen und Verkörpern des Stillens?
- Welche (soziokulturellen und persönlichen) Faktoren prägen diese Prozesse hauptsächlich?

Der Prozess des Embodiments beginnt vor der Schwangerschaft. Dieser erste Schritt des Verinnerlichen, d.h. wenn Frauen zum ersten Mal mit dem Stillen in Kontakt kommen resp. sich Gedanken machen übers Stillen, beginnt unbewusst, denn den genauen Zeitpunkt, können sie meist nicht nennen. Stillen ist zwar im Alltag, auf der Strasse oder in den Medien nicht omnipräsent, doch sind Stillende im öffentlichen Raum in der Schweiz präsent, z.B. auch in der Werbung. So hat eine Versicherungsgesellschaft letztes Jahr auf Plakaten und Inseraten unter dem Slogan „Nah am Leben, nah bei Ihnen“ das Bild einer stillenden Frau abgebildet und gefragt: „Pflichtprogramm? – Oder Glücksmoment.“<sup>39</sup>

Wenn sich die schwangeren Frauen bewusst mit dem Thema Stillen zu befassen beginnen, haben sie bereits das Bild des schönen, harmonischen Stillens, das Liebe, Nähe und Beziehung bedeutet, verinnerlicht. Dieses Bild gekoppelt mit der Motivation zu Stillen, die schon von Anfang an da ist, führt zur Vorstellung des problemlosen Stillens. Diese Vorstellung wird einerseits gestützt durch die positive Ausstrahlung einer Stillenden, welche die Interviewpartnerinnen laut ihren Aussagen wahrnehmen, andererseits auch durch die gesellschaftliche Vorstellung der glücklichen Mutter. Diese Vorstellung oder Norm wird in letzter Zeit etwas aufgebrochen, indem die Medien das Thema postnatale Depression zur Sprache bringen. Diese Diskussion hat aber das Thema Stillen noch nicht erreicht. Weiter kommt die Vorstellung dazu, dass jede Frau stillen kann, welche von stillfördernden Vereinigungen unterstützt wird<sup>40</sup>.

Hingegen hatten Frauen, die das Stillen bei einer andern Frau eng miterlebt haben oder detailreich geschildert bekamen, bereits im Vorfeld mit der andern Seite der Realität einer stillenden Frau Kontakt. Dies entspricht nicht der Regel, was sicherlich in Verbindung steht mit der Autonomie der Frauen und Paare gegenüber einer früheren Lebensweise in der Grossfamilie; der Berufstätigkeit der Frauen, häufig bis kurz vor die Geburt und den geringen Stillraten in der Generation der Mütter von heute schwangeren und stillenden Frauen.

---

<sup>39</sup> Die veränderte Schriftgrösse entspricht dem Werbedesign.  
Man beachte die Wertung, des Stillens durch die Manipulation der Schriftgrösse, auch wenn dem Stillen durch die Worte eine negative Seite zugestanden wird.

<sup>40</sup> Je nach Quelle könnten nur 3-5% der Frauen aus biologischen Gründen nicht (voll-) stillen.

Die ersten Tage nach der Geburt sind die Phase der ersten Entscheidung stillen ja / nein, genauer weiterstillen oder abstillen, da Stillen in den ersten Tagen nicht dem Idealbild entspricht, sondern oft geprägt ist von mühsamen bis negativen Erfahrungen und ursprünglich kein bewusster Entscheidungsprozess zum Stillbeginn führte.

Gleichzeitig zu dieser Phase des Verinnerlichens des Stillens, kommt die postpartale Umstellung der Hormone, welche sich als Babyblues - auch Heultage genannt - äussern kann. Der Babyblues ist eine Periode von ein bis zwei Tagen, in der den Frauen die Nerven blankliegen können oder die Tränen einfach so, auch ohne Grund laufen, manchmal sogar über ein lachendes Gesicht. Ein weiterer äusserer sprich soziokultureller Faktor, der diese Zeit prägt ist, dass Stillen erlernt werden muss, wie Stillfachleute oft betonen. Etwas, worauf die Frauen meist nicht vorbereitet sind.

Die nächste Phase des Embodimentprozesses sind die ersten beiden Tage zu Hause. Das Kind muss eine neue Umgebung kennenlernen und braucht viel Nähe. Zudem muss die Frau das im Spital Erprobte und Erlernte nun alleine umsetzen.

Unterstützend kommt dazu, dass die meisten Partner die ersten beiden Tage, wenn nicht sogar die ersten beiden Wochen zu Hause sind und sich an der Neugeborenenbetreuung und am Haushalt beteiligen. Daneben haben Frauen in der Schweiz die Möglichkeit, dass eine Hebamme auf Hausbesuch kommt. Dies wird bis 10 Tage nach der Geburt von der Krankenkasse bezahlt<sup>41</sup>. Dieses Angebot haben die meisten der Interviewpartnerinnen wahrgenommen.

Die ersten zwei Wochen zu Hause sind die Phase des Findens des gangbaren Weges. Der Alltag als Mutter muss ins Stillmanagement integriert werden und umgekehrt muss das Stillen mit den Verrichtungen des tägliche Lebens vereinbar sein.

Fast alle Partner nehmen in dieser Zeit Urlaub und bleiben zu Hause, sie sind der wichtigste Unterstützungsfaktor für die Frauen. Gleichzeitig nehmen sie so auch Einfluss<sup>42</sup> auf das Stillmanagement und die Säuglingsbetreuung.

Nach vier bis acht Wochen hat sich das Stillen meist fürs Erste eingependelt. Einige Frauen haben bis dahin die Möglichkeit der drei von den Krankenkassen bezahlten ambulanten Stillberatungen wahrgenommen. Neben regelmässigen Besuchen beim Pädiater ist es üblich, dass die Frauen in der Schweiz die Angebote der Mütter- und Väterberatung nutzen.

---

<sup>41</sup> Bei begründeten Fällen kann diese Dauer mit einem Rezept der Gynäkologin / des Gynäkologen verlängert werden.

<sup>42</sup> Es liegt hier keine Wertung vor, auch wenn die Frauen dies als positive Mitarbeit werten.



Es besteht sicherlich eine stillfreundliche Stimmung in der Schweiz. Ein Aspekt davon ist das Fehlen von Werbung für Babymilchpulverprodukte<sup>43</sup>. Doch besteht ein gesellschaftlicher Druck, dass Frauen zu stillen haben? Aus den Daten geht hervor, dass die Erwartung bei den Frauen da ist, negative Reaktionen aufs Nichtstillen zu erhalten<sup>44</sup>. Frauen, die abstillten, erhielten aber kaum negative Rückmeldungen.

Wie steht es nun effektiv mit dem Druck stillen zu müssen in unserer Gesellschaft? Obwohl die Frauen sagen, keinen gesellschaftlichen Druck zu verspüren und sich von einem solchen auch nicht unter Druck setzen liessen, stellt sich die Frage: Haben die Frauen die soziale Norm<sup>45</sup> des Stillens bereits so verinnerlicht, dass sie sich selbst unter Druck setzen, stillen zu wollen? Ich bin geneigt mit JA zu antworten, auch wenn keine der Frauen dies explizit sagt. Der Druck, unter den sich die Frauen selbst setzen, zu stillen resp. weiterzustillen oder noch nicht abzustillen, besteht aus verschiedenen Komponenten. Zum einen wegen der Abwehrstoffe und der allergievermindernden Wirkung der Muttermilch, welche auch von der medizinischen Forschung gestützt bis propagiert wird - welche Mutter möchte ihrem Kind nicht den besten Start ins Leben bieten? Zum andern ist Stillen der Inbegriff der Mutterliebe resp. wird dazu hochstilisiert - frau gibt ihrem Kind alles was sie hat. Daneben ist die Erfahrung der Schwangerschaft, dass ein Kind in einem entsteht und alles fürs Leben erhält, motivierend. Dieses Aus-Sich-Heraus-Ernähren und Wachsen-Lassen-Können, wird nach der Geburt noch weitergeführt durchs Stillen und erfüllt die Stillende mit Stolz.

Ob Ursache oder Folge der sozialen Norm zu stillen resp. des normierten Bildes vom schönen, harmonischen, natürlichen Stillen, welches alle Frauen können, stellt sich als Frage für das teilweise Schweigen über resp. Verschweigen von Stillschwierigkeiten und -problemen unter Frauen. Gewisse Interviewpartnerinnen vermerken, dass über Stillprobleme in ihrem Umfeld nicht gesprochen wird. Dies konnte im Voraus sein, als Mütter zu ihr als Nicht-Mutter nicht darübersprachen - schon gar nicht von sich aus, aber auch kaum auf gezielte Nachfrage hin. Nun da sie selbst stillen, stossen sie immer noch auf Zurückhaltung, wenn sie sich mit einer andern Frau austauschen möchten. Die Antwort kommt zögerlich, besonders bei Frauen, bei denen das Stillen nicht bilderbuchmässig verläuft. Unisono

---

<sup>43</sup> Die Schweiz hat die Innocent-Deklaration und andere UNO-Codices zur Förderung des Stillens unterzeichnet. Die Umsetzung und Überwachung liegt beim Bund, welcher sie der Schweizerischen Stiftung zur Förderung des Stillens delegierte.

<sup>44</sup> Eine Frau hat (wie unter 5.4 genauer erläutert) ganz klar ihre Aussage, warum sie nicht mehr stille so modelliert, dass die Verkörperung nach aussen übereinstimmt mit der von ihr befürchteten Erwartungen der Gesellschaft, dass sie stillen müsse resp. wegen welchen Gründen abstillen akzeptiert wird.

<sup>45</sup> Ich spreche von Stillen als sozialer Norm, da in der Schweiz über 90% der Frauen zu stillen beginnen (vgl Kapitel 2).

bedauern dies die Interviewpartnerinnen und fänden es wichtig, dass über beide Seiten des Stillens gesprochen wird und kein Druck auf die stillende und nicht stillende Frauen ausgeübt wird.

Ein weiteres, indirektes Indiz für den selbstgesetzten Druck stillen zu wollen, könnte sein, dass Teilstillen und Nichtstillen mit einem Prozess des Abschiednehmens von den eigenen Vorstellungen und vom selbst gesetzten Ziel, wie man seinen Säugling ernähren möchte, verbunden ist.

## 7.2 Kritik am eigenen Vorgehen

### Information zur Datenerhebung

Es haben keine Frauen an der Datenerhebung teilgenommen, welche nicht zu stillen begannen. Ich könnte mir vorstellen, dass sich nicht-stillen-wollende Frauen nicht angesprochen fühlten, da im informed consent immer von Stillen und nicht von verschiedenen Ernährungsformen gesprochen wird. Diese Vermutung basiert auf der Tatsache, dass mich die teilnehmenden Frauen oft fragten, ob ich noch am Dritrinterview interessiert sei, auch wenn sie nicht mehr stillen würden.

In einer allfälligen Weiterführung der Arbeit müsste somit Stillen erweitert werden zu verschiedene Formen der Ernährung des Säuglings und deren Integration ins Leben mit einem Neugeborenen und das Einfinden in die Rolle als „frischgebackene“ Mutter. Zudem wurde mir die Wichtigkeit von Mischformen der Ernährung erst bei der Auswertung der Daten bewusst. Auch dies müsste in einer erweiterten Datenerhebung mehr gewichtet werden.

### Fragen der Datenerhebung

Wer einen standardisierten Fragenkatalog, mit immer gleichen Fragen an alle Teilnehmerinnen vermisst, dem kann ich nur sagen: Wie es bei einer qualitativen Befragung üblich ist, habe ich die Fragen teilweise im Lauf der Datenerhebung an die neuen Erkenntnisse angepasst.

Zudem habe ich situativ meiner inneren Stimme folgend und dem Mass, nachdem ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden konnte, manchmal bewusst eine Frage, die mir zu

heikel schien ausgelassen oder eine zusätzliche, eher intime Frage gestellt. Hingegen habe ich sehr darauf geachtet die Leitfrage am Anfang der Interviews und zu Beginn eines neuen Themenblocks, immer gleich zu stellen.

Die Frage 3<sup>46</sup> und sicherlich Frage 4<sup>47</sup> nach dem Entscheidungsprozess Stillen ja/nein haben sich in dieser Wortwahl als falsch herausgestellt, da zu stillen - mit einer Ausnahme - nicht auf einer bewussten Kopfentscheid oder auf einem rationalen Abwägungsprozess beruht. Bei einer weiteren Studie müsste eher gefragt werden: Wann wussten Sie, dass Sie stillen möchten? Die Frage nach dem: Was oder Wer hat Ihren Entscheid zu stillen positiv oder negativ beeinflusst? oder: Gab es Sachen oder Miterlebtes, die sie in ihrem Entschluss beeinflusst haben oder schwanken liessen? - bleibt aber unerlässlich.

Auch die Frage nach dem Erleben des Kaiserschnitts hat sich aufs Erleben des Stillens als irrelevant erwiesen, da die Frauen keine Verbindung zwischen der Sectio oder Narkose und dem Stillen herstellen. Als Einstiegsfrage fürs 2. Interview hat sie sich jedoch bewährt. Hier stellt sich für eine erweiterte Erhebung die Frage: Wie verhält sich dies bei Frauen mit II°Sectio<sup>48</sup>?

Im Nachhinein muss an meiner Interviewführung bemängelt werden, dass einige spannende Themen nur punktuell bei einigen Frauen zur Sprache kamen. Systematischer und tiefergreifender hätte nach folgenden Themen gefragt werden sollen:

- Was haben die Frauen von den vorgängigen Informationen übers Stillen und dem miterlebten Stillen memorisiert oder mitgenommen d.h. was ist ihnen im Gedächtnis geblieben?
- Was heisst Stillen für die Frau: Muttermilch geben oder das Kind an der eigenen Brust zu ernähren?
- Warum erleben die einen Frauen Stillhilfen sehr negativ und für die andern ist dies kein Problem?
- Warum Stillen Sie noch? Gab es Momente, als Sie sich überlegten: Will ich weiterstillen oder nicht? Was hätte eintreten müssen, dass Sie nicht weitergestillt hätten?

---

<sup>46</sup> 3) Was oder Wer hat Ihren Entscheid zu stillen positiv oder negativ beeinflusst?

<sup>47</sup> 4) Wann haben sie diesen Entscheid getroffen?

<sup>48</sup> II°Sectio ist ein nicht im voraus geplanter Kaiserschnitt d.h. der Entscheid zur Sectio fällt im Verlauf des Geburtsverlaufs.

- Welchen Stellenwert oder welche Bedeutung hat das Stillen in ihrem Leben als Mutter?
- Verspüren Sie Druck stillen zu müssen? Wie steht es mit der gesellschaftlichen Erwartung an Frauen - zu stillen oder frei wählen zu können, wie sie ihren Säugling ernähren?

## 8. Schlusswort

### 8.1 Zusammenfassung: Embodiment des Stillens

Ziele dieser Arbeit waren eine zusätzliche Sichtweise des Stillens, durch die Eigen-Sicht von stillenden Frauen zu eröffnen und anhand der Daten den Prozess des Verinnerlichens und Verkörperns genauer zu beschreiben, sowie zu zeigen was es heisst, das ‚paradigm of embodiment‘ (Csordas 1990) auf das Stillen anzuwenden.

Embodiment ist nicht nur ein Prozess des Verinnerlichens und Verkörperns sondern auch „the characteristic of being <another myself>“ (Csordas 1990: 37) d.h. nicht lernen wie man in eine neue Situation kommt, sondern in neuer Situation sein und nun lernen damit umzugehen d.h. eine neue Rolle in verändertem Zustand genauer einer neuen sozialen Rolle finden.

Genau in diesen Punkten ist das Stillen von I-Paritäts-Wöchnerinnen mit den Studien von Csordas vergleichbar: mit der Geburt ihres ersten Kindes kommt die I-Paritäts-Wöchnerin in einen neuen Zustand nämlich den der Mutter. In ihrer neuen Rolle als stillende Mutter trägt sie die Verantwortung für einen neuen Erdenbürger, den sie mit ihrer Brust ernährt. Damit erhält ihr Leib eine neue soziale Rolle und ihre Brust eine neue Funktion nämlich die des laktierenden und ernährenden Organs. Weiter muss sie teilweise das normierte Bild des schönen, harmonischen und natürlichen Stillens dekonstruieren und mit der erlebten anfänglich meist mühevollen Wirklichkeit zurechtkommen. Sie muss lernen, was als normaler Stillprozess gilt. Neben all dem muss sie ihr Kind kennen lernen, insbesondere deuten lernen, was sein Schreien ausdrückt und was als normales Verhalten des Kindes gilt. Die ersten Wochen nach der Geburt sind somit eine Zeit des Übergangs, während der sie ihren neuen Zustand als Laktierende und die Realität als stillende Mutter verinnerlicht, sowie das Stillen zu leben und verkörpern beginnt. Dabei ist der Leib der Mediator verschiedener Einflüsse und Eindrücke.

Der leibliche Eindruck setzt sich zusammen aus rationalen Beobachtungen und Überlegungen, Gefühlen sowie Reaktionen von aussen. Bezogen aufs Stillen sind die hauptsächlichsten Eindrücke: wie sie die eigene Brust und den eigenen Körper empfindet; das Verhalten des Neugeborenen einschätzt; die eigenen Gefühle; die eigenen Überlegungen und Beobachtungen, die vermengt sind mit dem (angelesenen und gehörten) Wissen und der Einschätzung von (Still-) Fachleuten (von der Brust, dem Stillmanagement und dem Verhalten des Kindes); dem Verhalten und den Aussagen des Partners, sowie den Erzählungen und Beispielen anderer stillender Frauen (Freundinnen und Verwandte). Dabei wirkt das Wissen, dass Andere das Gleiche erleben, entlastend. Ergänzend dazu helfen das

(angelesene und gehörte) Wissen und die Einschätzung von Fachpersonen den Frauen, das Erlebte besser einzuordnen und bestärkt sie, dass bei ihnen alles normal läuft.

## 8.2 Weiterführende Fragen

Die Auswertung der Interviews hat neue Fragen eröffnet, die anhand meiner Datenbasis nicht genügend geklärt werden konnten:

- Wie stark ist der Druck von Aussen stillen zu müssen resp. haben die Frauen die soziale Norm stillen zu müssen bereits so verinnerlicht, dass sie eher sich selber diesbezüglich unter Druck setzten?
- Welchen Stellenwert oder Bedeutung hat das Stillen genau im Leben als Frau resp. als Mutter?
- Warum erleben einige Frauen Stillhilfen sehr negativ und für andere ist dies kein Problem?
- Was heisst Stillen für die Frau: Muttermilch geben oder das Kind an der eigenen Brust zu ernähren?<sup>49</sup>

## 8.3 Ausblick und mögliche Weiterführung dieser Arbeit

Es wäre wünschenswert vertiefter zu betrachten:

- Das Stillen und andere Ernährungsformen bei allen 1. Paritäts- Wöchnerinnen d.h. nach Spontangeburt, geplantem und II°Kaiserschnitt
- Den Prozess des Verinnerlichens des Stillens bei Frauen mit eigenen Stillererfahrungen, wenn sie ein zweites oder weiteres Kind bekommen
- Mutter-Werden und speziell das Stillen als learning-by-doing zu analysieren und lerning-by-doing-Konzepte der Pädagogik und Psychologie beizuziehen
- Die juristischen Rahmenbedingungen des Stillens in der Schweiz
- Stillen und Männer, aber auch stillende Männer (ein Thema zu dem ich bereits vereinzelte ethnografische und historische Beispiele gefunden habe).

---

<sup>49</sup> Ev. hängt das negative Erleben von Stillhilfsmitteln mit dem Verständnis des Stillens, nämlich das Kind an der eigenen Brust zu ernähren zusammen. Hingegen kann eine Frau für die Stillen bedeutet, das Kind mit Muttermilch zu ernähren, vielleicht eher eine Stillhilfe, wie ein Warzenschild, in ihr Bild des Stillens integrieren.

Ich möchte abschliessend besonders meinen Interviewpartnerinnen danken, die diese Studie überhaupt ermöglicht haben, aber auch den zuständigen Personen des Spitals, welche die Datenerhebung erlaubten.

## 9. Literaturverzeichnis

Ackermann-Liebrich, Ursula 1981: Stillgelder. Eine präventivmedizinische Massnahme. *Schweizer Rundschau für Medizin* 38: 1628-1632.

AFS - Arbeitsgemeinschaft freier Stillgruppen Bundesverband (Hrsg) 1998: Die physiologischen Grundlagen der Säuglingsernährung. Würzburg: Citydruck.

Baerlocher, Charles 1962: Das Stillen der Säuglinge im Gebiet des Kantons Basel-Stadt im Jahre 1957. Inaugural-Dissertation der Universität Basel. Basel: Karger.

Bärlocher, Kurt 1962: Die künstliche Ernährung der Säuglinge im Gebiet des Kantons Basel-Stadt im Jahr 1957. Basel: Karger.

Bartlett, Alison 2002: Breastfeeding as Headwork. Corporeal Feminism and Meanings for Breastfeeding. *Women's Studies International Forum* 25 (3): 373-382.

Blum, Linda M. 1993: Mothers, Babies and Breastfeeding in late Capitalist America. The Shifting Contexts of Feminist Theory. *Feminist Studies* 19 (2): 291-311.

Bonnet, Doris, Catherine Le Grand-Sébille und Marie-France Morel (Hrsg) 2002: *Allaitements en Marge*. Paris: L'Harmattan.

Both, Denise 2006: Neues Wissen zur Anatomie und Funktionsweise der Brust. *Laktation und Stillen* 3: 120-122.

Conzelmann, Cornelia und Corina Bron, Ursula Ackermann-Liebrich 1995: Stillhäufigkeit und Stilldauer in der Schweiz 1994. Basel: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel.

Csordas, Thomas J. 1990: Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos* 18 (1): 5-47.

Davies-Adetugbo, Anita A. 1997: Sociocultural Factors and the Promotion of Exclusive Breastfeeding in Rural Yoruba Communities of Osun State, Nigeria. *Social Science Medicin* 45 (1): 113-125.

Dettwyler, Katherine A. 1988: More than Nutrition. Breastfeeding in Urban Mali. *Medical Anthropology Quarterly* (New Series) 2 (2): 172-183.

Draper, Susan B. 1996: Breast-Feeding as a Sustainable Resource System. *American Anthropologist* (New Series) 98 (2): 258-265.



- Earle, Sarah 2000: Why some Women do not Breast Feed. Bottle Feeding and Father's Role. *Midwifery* 16: 323-330.
- Estermann Meyer, Dagmar und Dora Lúcia de Oliveira 2003: Breastfeeding Policies and the Production of Motherhood. A Historical-cultural Approach. *Nursing Inquiry* 10 (1): 11-18.
- Fildes, Valerie A. 1986: Breasts, Bottles and Babies. A History of Infant Feeding. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Finger, Bettina 1997: Stille Zeiten? Seminararbeit mit Datenerhebung zum Wandel im Stillverhalten in der Schweiz in den letzten vierzig Jahren. Bern: Ethnologisches Institut der Universität Bern.
- Frei, Irena A. 2006: Erfahrungen erstgebärender Frauen auf einer Wochenstation. *Die Hebamme* 19: 110-115.
- Galtry, Judith 2000: Extending the 'Bright Line'. Feminism, Breastfeeding and the Workplace in the United States. *Gender and Society* 14 (2): 295-317.
- Gannon, Susanne und Babette Müller-Rockstroh 2005: Narrating Breasts. Constructions of Contemporary Motherhood(s) in Women's Breastfeeding Stories.  
In: Porter, Marie, Patricia Short und Andrea O'Reilly (Hg.): Motherhood. Power and Oppression. Ontario: Women's Press. 41-55.
- Gorham, Deborah und Florence Kellner Andrews 1990: The La Leche League. A Feminist Perspective.  
In: Arnup, Katherine und Andrée Lévesque, Ruth Roach Pierson (Hg.): Delivering Motherhood. Maternal Ideologies and Practices in the 19th and 20th Centuries. London and New York: Routledge. 238-269.
- Groer, Maureen W. und Mitzi W. Davis 2002: Postpartum Stress: Current Concepts and the possible protective Role of Breastfeeding. *JOGNN (Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing)* 31: 411-417.
- Harrell, Barbara B. 1981: Lactation and Menstruation in Cultural Perspective. *American Anthropologist (New Series)* 83 (4): 796-823.
- Keller, Heidi und Monika Abels, Bettina Lamm, Relindis D. Yovsi, Susanne Voelker, Aruna Lakhani 2005: Ecocultural Effects on Early Infant Care. A Study in Cameroon, India, and Germany. *Ethos* 33 (4): 512-541.

- Kersting, Mathilde und Madeleine Dulon 2002: Assessment of Breast-Feeding Promotion in Hospitals and Follow-up Survey of Mother-Infant Pairs in Germany. The SuSe Study. *Public Health Nutrition* 5 (4): 547-552.
- Ketler, Suzanne K. 2000: Preparing for Motherhood. Authoritative Knowledge and the Undercurrents of Shared Experience in Two Childbirth Education Courses in Cagliari, Italy. *Medical Anthropology Quarterly* 14 (2): 138-158.
- Knibiehler, Yvonne 2003: L'allaitement et la société. *Recherches féministes* 16 (2): 11-33.
- Law, Jules 2000: The Politics of Breastfeeding. Assessing Risk, Dividing Labor. *Signs* 25 (2): 407-450.
- LLL – La Leche Liga (Hrsg) 2001: Das Handbuch für die stillende Mutter. Das umfassende Nachschlagewerk für den Stillalltag. Biel: Druckerei Schüler AG.
- LLL – La Leche Liga (Hrsg) 2002: Handbuch für die Stillberatung. Stillende Mütter fachlich kompetent und einfühlsam begleiten. München: Druckhaus Köthen.
- Mabilia, Mara 2000: The Cultural Context of Childhood Diarrhoea Among Gogo Infants. *Anthropology & Medicine* 7 (2): 191-208.
- Maher, Vanessa (Hrsg) 1992: The Anthropology of Breast-feeding. Natural Law or Social Construct? Oxford: Berg.
- Mahon-Daly, Patricia und Gavin J. Andrews 2002: Liminality and Breastfeeding. Women Negotiating Space and two Bodies. *Health and Place* 8: 61-76.
- Makhlouf Obermeyer, Clara und Sarah Castle 1997: Back to Nature? Historical and Cross-Cultural Perspectives on Barriers to Optimal Breastfeeding. *Medical Anthropology* 17: 39-63.
- McKinley, Nita M. und Janet S. Hyde 2004: Personal Attitudes or Structural Factors? A Contextual Analysis of Breastfeeding Duration. *Psychology of Woman Quarterly* 28: 388-399.
- Meintz Maher, Susan 1996: Lösungsmöglichkeiten für Saug- und Stillprobleme. München: o.V. (Eigendruck La Leche Liga Deutschland).
- Merrill, Elizabeth B. 1987: Learning how to Mother. An Ethnographic Investigation of an Urban Breastfeeding Group. *Anthropology and Education Quarterly* 18 (3): 222-240.

- Merten, Sonja und Julia Dratva, Ursula Ackermann-Liebrich 2005a: Säuglingsernährung in den ersten neun Lebensmonaten. Nationale Studie 2003.  
In: BAG (Hrsg): Ernährungsbericht 2005. Langenthal: Merkur Druck. 109-123.
- Merten, Sonja und Julia Dratva, Ursula Ackermann-Liebrich 2005b: Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding duration Nationwide? *Pediatrics* 115 (1): 109-124.
- Merten, Sonja und Ursula Ackermann-Liebrich 2004: Exclusive Breast-Feeding Rates and Associated Factors in Swiss Baby-Friendly Hospitals. *Journal of Human Lactation* 20 (1): 9-17.
- Murphy, Elizabeth 1999: 'Breast is Best'. Infant Feeding Decisions and Maternal Deviance. *Sociology of Health & Illness* 21 (2): 187-208.
- Platz, Teresa 2006: Anthropologie des Körpers. Vom Körper als Objekt zum Leib als Subjekt von Kultur. Berliner Beiträge zur Ethnologie, Band 10. Berlin: Weissensee Verlag.
- Salmon, Marylynn 1994: The Cultural Significance of Breastfeeding and Infant Care in Early Modern England and America. *Journal of Social History* 28 (2): 247-269.
- Sandre-Pereira, Gilza 2005: La Leche League. Des Femmes pour l'Allaitement Maternel (1956-2004). *Clio: Histoire, Femmes et Sociétés* 21:  
<<http://clio.revues.org/document1462.html>>. 1. Juni 2007.
- Scheper-Hughes, Nancy; Lock, Margaret M. 1987: The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* (New Series) 1 (1): 6-41.
- Scherbaum, Veronika und Friederike M. Perl, Ursula Kretschmer (Hrsg) 2003: Stillen. Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Schmied, Virginia und Deborah Lupton 2001: Blurring the Boundaries. Breastfeeding and Maternal Subjectivity. *Sociology of Health & Illness* 23 (2): 234-250.
- Sellen, Daniel W. 2002: Anthropological Approaches to Understanding the Causes of Variation in Breastfeeding and Promotion of "Baby Friendly" Communities. *Nutritional Anthropology* 25 (1): 19-29.
- Sinha, R.K. und A. Pradhan 2000: Cross-cultural Dimensions of Breastfeeding Practices and Abstinence. Evidence from Uttar Pradesh and Tamilnadu, India. *International Journal of Anthropology* 15 (1-2): 147-160.

Stearns, Cindy A. 1999: Breastfeeding and the Good Maternal Body. *Gender and Society* 13 (3): 308-325.

Steiner, Pascale 2001: Bourdieu lesen und verstehen. Institut für Ethnologie der Universität Bern: Arbeitsblatt Nr. 19. Bern: Institut für Ethnologie der Universität Bern.

Sutter-Leuzinger, Anna 2005: Stillförderung. Globale Strategien und Umsetzung in der Schweiz.

In: BAG (Hg.): Ernährungsbericht 2005. Merkur Druck: Langenthal. 125-132.

Tönz Otmar und U. Schwaninger, Holzherr, Schafroth 1978: Stillen 1978. Eine prospektive Studie in der Nord-, Zentral- und Ostschweiz. Sonderdruck aus Beiheft 20 des *International Journal for Vitamin and Nutrition Research*. Bern:Huber.

Van Esterik, Penny 2002: Contemporary Trends in Infant Feeding Research. *Annual Review of Anthropology* 31: 257-278.

VELB – Verband Europäischer LaktationsberaterInnen 2000: Leitlinien für das Stillmanagement während der ersten 14 Lebenstage auf wissenschaftlicher Grundlage. Kufstein: Druckerei Aschenbrenner.

Wall, Glenda 2001: Moral Constructions of Motherhood in Breastfeeding Discourse. *Gender and Society* 15 (4): 592-610.

Ward, Monique L. und Ann Merriwether, Allison Caruthers 2006: Breasts Are for Men. Media, Masculinity Ideologies, and Men's Beliefs About Women's Bodies. *Sex Roles* 55: 703-714.

Wolf, Jacqueline H. 2006: What Feminists can do for Breastfeeding and what Breastfeeding can do for Feminists. *Signs* 31 (2): 397-424.

Wright, Anne L. und Mark Bauer, Clarina Clark, Frank Morgan, Kenneth Begishe 1993: Cultural Interpretations and Intracultural Variability in Navajo Beliefs about Breastfeeding. *American Ethnologist* 20 (4): 781-796.

Yngve, Agneta und Michael Sjöström 2001: Breastfeeding in Countries of the European Union and EFTA. Current and Proposed Recommendations, Rationale, Prevalence, Duration and Trends. *Public Health Nutrition* 4 (2B): 631-645.

Yovsi, Relindis D. 2003: Ethnotheories about Breastfeeding and mother-Infant Interaction. Studien zur Ethnopsychologie und Ethnopschoanalyse, Band 4. Münster, Hamburg, London: Lit Verlag.

Yovsi, Relindis D. und Heidi Keller 2003: Breastfeeding. An Adaptive Process. *Ethos* 31 (2): 147-171.

Zeitlyn, Sushila und Rabeya Rowshan 1997: Privileged Knowledge and Mothers' "Perceptions". The Case of Breast-Feeding and Insufficient Milk in Bangladesh. *Medical Anthropology Quarterly* 11 (1): 56-68.

Zhang Gottschang, Suzanne 2007: Maternal Bodies, Breast-Feeding, and Consumer Desire in Urban China. *Medical Anthropology Quarterly* 21 (1): 64-80.

# Anhang

## A) Interviewleitfaden (Maximalvariante)

### Interview 1: vor der Geburt

1) Gedenken Sie zu stillen?

Wie kam es dazu?

Wenn Sie das Wort Stillen hören, was kommt Ihnen dazu in den Sinn?

Was verbinden / assoziieren Sie mit dem Stillen?

Welche Bild ruft Stillen in Ihnen hervor?

2) Wie haben Sie sich übers Stillen informiert?

Haben Sie das Stillen bei einer anderen Frau wie z.B. Ihrer Schwester, Freundin oder einer Nachbarin miterlebt?

3) War es überhaupt eine Entscheidung zu Stillen?

Was oder Wer hat Ihren Entscheid zu stillen positiv oder negativ beeinflusst?

Gab es Sachen oder Erlebtes, die Sie in ihrem Entschluss beeinflusst haben oder schwanken liessen?

4) Wann haben Sie diesen Entscheid getroffen?

5) Wurden Sie selbst gestillt?

6) Gab es Leute, mit denen Sie während der Schwangerschaft übers Stillen gesprochen haben?

War das Stillen während der Schwangerschaft eine Diskussion in Ihrer Familie?

Mit Ihrem Partner?

Mit Ihrer Mutter?

7) Wie stellen Sie sich selbst Ihr zukünftiges Stillen konkret vor?

8) Was bedeutet es Ihnen Ihr Kind zu stillen?

9) Haben Sie Erwartungen ans Stillen? Welche?

10) Haben Sie Bedenken, Befürchtungen oder Sorgen bezüglich des Stillens? Welche?

11) Wie hat sich Ihre Brust während der Schwangerschaft verändert? (körperlich/physischer)  
Wie erlebten Sie diese Veränderungen? (gefühlsmässig/psychisch)  
Haben Sie sich oder Ihre Brust konkret aufs zukünftige Stillen vorbereitet (z.B. Brustmassage)?

## **Interview 2: nach 4 – 6 Tagen pp**

12) (Stillen Sie noch?)

Es ist viel passiert, seit wir uns das letzte Mal gesehen haben. Erzählen Sie mir doch bitte, was inzwischen geschehen ist.

13) Wie erlebten Sie die Geburt / den Kaiserschnitt?

14) Wie erlebten Sie das erste Ansetzen nach der Geburt?

15) Was bedeutet Ihnen das Stillen nun?

16) Inwiefern sind Ihre Vorstellungen ans Stillen eingetroffen oder nicht eingetroffen?

17) Inwiefern haben sich Ihre Erwartungen ans Stillen erfüllt oder nicht erfüllt?

18) Sind Ihre Befürchtungen bezüglich des Stillens eingetreten?

19) Wie erleben Sie das Stillen momentan?

Löst das Stillen spezielle Gefühle bei Ihnen aus?

Gutes Stillen, was heisst das momentan für Sie? Welche Faktoren gehören für Sie dazu?

Haben Sie das Gefühl der Kaiserschnitt oder der Bauchschnitt beeinflusse Ihr Stillen?

20) Treten beim Stillen Schwierigkeiten auf? Welche?

Was machen Sie dagegen?

Warum haben Sie dennoch weitergestillt?

Gab es Momente, als Sie sich überlegten: Will ich weiterstillen oder nicht? Wann war dies?

Was hätte eintreten müssen, dass Sie nicht weitergestillt hätten?

21) Welche Unterstützung in Bezug aufs Stillen erfahren Sie?

Durch wen (professionell und privat)?

In welcher Form ist Ihr Partner ins Stillen integriert?

22) Wie hat sich Ihre Brust seit der Geburt (körperlich/physisch) verändert?

Wie erlebten Sie diese Veränderungen (gefühlsmässig/psychisch)?

Wie pflegen Sie Ihre Brustwarzen und Brüste momentan?

23) Wenn Sie beim Stillen waren und Besuch hereinkam. Wie war das für Sie?

Wie verhielten Sie sich?

Wie reagierte Ihr Besuch, als er Sie beim Stillen sah?

Was empfanden Sie dabei?

### **Interview 2 bei abgestellten Frauen**

12) (Stillen Sie noch?)

Es ist viel passiert, seit wir uns das letzte Mal gesehen haben. Erzählen Sie mir doch bitte, was inzwischen geschehen ist.

24) Warum haben Sie aufgehört zu stillen?

25) Was und wer hat ihren Entscheid beeinflusst?

In welcher Form (positiv / negativ)?

26) Wie reagierte Ihr Umfeld (Verwandte / Freunde), dass Sie nicht Stillen?

Was lösten diese Reaktionen bei Ihnen für Gefühle aus?

Verspüren Sie Druck stillen zu müssen? Von Wem?

### **Interview 3: nach 4 – 6 Wochen pp**

27) (Stillen Sie noch?)

Es ist viel passiert, seit wir uns das letzte Mal gesehen haben. Erzählen Sie mir doch bitte, was inzwischen geschehen ist. Wie ist es, wenn man sich als „frischgebackene“ Mutter mit einem Neugeborenen zu Hause einleben und zurechtfinden muss?

Schildern Sie mir bitte, wie etwa ein normaler Tagesablauf bei Ihnen aussieht?

Haben Sie und Ihr Kind einen gewissen (Still-) Rhythmus gefunden?



Erkennen Sie die verschiedenen Arten des Weinens Ihres Kindes und verstehen Sie, was es damit ausdrücken will?

28) Warum Stillen Sie noch?

Gab es Momente, als Sie sich überlegten: Will ich weiterstillen oder nicht? Wann war dies? Was hätte eintreten müssen, dass Sie nicht weitergestillt hätten?

29) Was bedeutet Ihnen das Stillen nun im Leben als Mutter?

Welchen Stellenwert hat das Stillen in Ihrem Leben als Mutter?

30) Wie erleben Sie das Stillen momentan?

Löst das Stillen spezielle Gefühle bei Ihnen aus?

Gutes Stillen, was heisst das für Sie? Welche Faktoren gehören für Sie dazu?

Haben Sie das Gefühl der Kaiserschnitt oder der Bauchschnitt beeinflusse oder beeinflusste Ihr Stillen?

32) In welcher Form ist Ihr Partner ins Stillen integriert?

Welche Unterstützung in Bezug aufs Stillen erfuhren Sie? Durch wen? (Privates Umfeld: stillende Freundinnen, Mutter)

Suchen Sie bewusst den Austausch mit andern stillenden Frauen?

33) Inwiefern hat sich das Stillen in den vergangenen Wochen verändert?

34) Treten beim Stillen Schwierigkeiten auf? Welche?

Warum haben sie dennoch weitergestillt?

Was hätte eintreten müssen, dass Sie nicht weitergestillt hätten?

35) Bestehen jetzt noch Schwierigkeiten beim Stillen? Welche?

36) Welche Massnahmen haben Ihnen, rückwirkend gesehen, für Ihre Stillprobleme in den ersten Wochen geholfen?

Von wem haben Sie Hilfe (professionel und privat) erhalten?

31) Wie verhielten Sie sich zu Hause mit Besuch / bei Leuten zu Besuch / in der Öffentlichkeit, wenn es Zeit zum Stillen war?

Wie war das für Sie?

Was empfanden Sie dabei?

Wie reagierte Ihr Umfeld (Partner / Familie / Freunde / Gesellschaft), als es Sie beim Stillen sah?

Was empfanden Sie bei diesen Reaktionen?

Verspüren Sie Druck stillen zu müssen? Von Wem?

37) Wie hat sich Ihre Brust während der Stillzeit (körperlich/physischer) verändert?

Wie erlebten Sie diese Veränderungen (körperlich/physischer)?

Gab es Momente / Situationen, als Sie das Gefühl hatten, zu wenig Milch zu haben?

Wie pflegen Sie Ihre Brustwarzen und Brüste momentan?

### **Interview 3 bei abgestillten Frauen**

27) (Stillen Sie noch?)

Es ist viel passiert, seit wir uns das letzte Mal gesehen haben. Erzählen Sie mir doch bitte, was inzwischen geschehen ist. Wie ist es, wenn man sich als „frischgebackene“ Mutter mit einem Neugeborenen zu Hause einleben und zurechtfinden muss?

Schildern Sie mir bitte, wie etwa ein normaler Tagesablauf bei Ihnen aussieht?

Haben Sie und Ihr Kind einen gewissen (Trink-) Rhythmus gefunden?

Erkennen Sie die verschiedenen Arten des Weinens Ihres Kindes und verstehen Sie, was es damit ausdrücken will?

38) Warum haben Sie aufgehört zu stillen?

39) Was und wer hat Ihren Entscheid beeinflusst?

In welcher Form (positiv / negativ)?

40) Welche Massnahmen hätten Ihnen rückwirkend gesehen für Ihre Stillprobleme helfen können?

41) Wie reagierte Ihr Umfeld (Verwandte / Freunde / Gesellschaft), dass Sie nicht Stillen?

Was lösten diese Reaktionen bei Ihnen für Gefühle aus?

Verspüren Sie Druck stillen zu müssen? Von Wem?

## B) Informed consent

### Informierte schriftliche Einwilligung zur Befragung zum Thema Stillen

Die Befragung zum Thema Stillen richtet sich an Frauen, die ihr erstes Kind erwarten und mit geplantem Kaiserschnitt im XXX Spital Bern gebären werden.

Die Befragung zum Thema Stillen dient als Datenerhebung für meine schriftliche Arbeit im Hauptstudium im Fach Sozialanthropologie / Ethnologie an der Universität Bern.

Ich – Katja Winzeler – bin diplomierte Pflegefachfrau und arbeite selbst im XXX Spital auf der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie im Säuglingszimmer zu 50%. Gleichzeitig studiere ich seit 10 Semester an der Universität Bern die Fächer Archäologie und Sozialanthropologie / Ethnologie.

#### Thema und Titel der Arbeit:

**Thema:** Es geht darum mehr zu erfahren übers Stillen von Frauen, die ihr erstes Kind bekommen (Fachausdruck dafür ist I-Paritäts Wöchnerinnen) und die mit geplantem Kaiserschnitt gebären (Fachausdruck dafür ist I<sup>o</sup>-Se ctio).

Von besonderem Interesse sind die Bedeutung und das Erleben des Stillens durch die stillende Mutter und die Unterstützung, welche die stillende Mutter erhält.

**Titel der Arbeit:** Erleben des Stillens in den ersten Wochen nach der Geburt: Befragung von erstgebärenden Frauen mit geplanter Sectio in einem Berner Spital.

#### Befragung

Da Sie Ihr erstes Kind erwarten und für einen geplanten Kaiserschnitt in den Monaten August bis Dezember 20XX ins XXX Spital Bern eintreten, gehören Sie zur Gruppe der Schwangeren, welche angefragt werden, ob Sie an der Befragung teilnehmen würden.

Bei Studienteilnahme werden Sie drei Mal befragt: zwei Mal mündlich und einmal schriftlich oder mündlich.

Die mündlichen Interviews mit Fragen, auf die Sie frei antworten können, finden während der Hospitalisation statt: Interview 1 vor dem Kaiserschnitt und Interview 2 vor Spitalaustritt, das ist in der Regel um den 5. Tag nach Kaiserschnitt.

Das Interview 3, welches je nach Situation schriftlich oder mündlich ist, findet ca. sechs Wochen nach der Geburt statt.

Die Interviews dauern voraussichtlich 20-30 Minuten. Ihr Partner kann, falls Sie dies wünschen, bei den Interviews dabei sein.

Die Interviews finden in einem separaten, ruhigen und geschlossenen Raum statt. Die Interviews werden auf Tonband aufgezeichnet und danach in schriftliche Form gebracht. Neben der Tonbandaufnahme werde ich mir während den Interviews handschriftliche Notizen machen, um auf wichtige Aussagen ihrerseits später im Verlauf des Interviews zurückkommen zu können. Die Tonbandaufnahme wird nach der Niederschrift gelöscht. Die schriftliche Variante der Interviews wird mit einem Buchstabenkode versehen, der nicht Ihren Initialen oder den Anfangsbuchstaben ihres Nachnamens entspricht. Zudem werden Namen und andere Angaben über Sie und Ihre Familie, sofern diese nicht weggelassen werden können, soweit verändert, dass keine Rückschlüsse auf Sie und Ihre Familie machbar sind. Ihre Aussagen werden so anonymisiert als Zitate oder in Form ausgewerteter Daten in die schriftliche Arbeit integriert.

Die Befragungen, Niederschrift, Auswertung und Aufbewahrung der Daten erfolgt durch mich. Jedoch wird meine Betreuerin Frau Dr. S. Walentowitz – wissenschaftliche Assistentin der Universität Bern – für die Beurteilung meiner Arbeit in die schriftlichen, anonymisierten und mit Buchstabenkode versehenen Interviews der vollen Länge Einsicht nehmen.

## **Nutzen**

Die Befragungen bieten Ihnen die Möglichkeit mit einer aussenstehenden Person über Ihre Erfahrungen des Stillens zu sprechen, jedoch ist keine Stillberatung durch mich möglich.

Die Resultate der Studie könnten anderen Wöchnerinnen zu Gute kommen, weil die Informationen zur Verbesserung der Betreuung nützlich sein können.

## **Rechte der Studienteilnehmerinnen**

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig und die Teilnahme oder Nichtteilnahme hat keine Auswirkung auf Ihre Pflege während der jetzigen Hospitalisation.

Die Befragung benötigt keine Einsicht in Ihr medizinisches Dossier.

Ist Ihnen eine Frage zu intim oder anderweitig unangenehm, können Sie jederzeit eine Frage unbeantwortet lassen. Sie können das Interview jederzeit ohne Angaben von Gründen abbrechen. Bitte teilen Sie dies klar mit, dann werden Sie diesbezüglich nicht mehr länger befragt.

Zusätzlich werden Sie nach den ersten beiden Interviews gefragt, ob Sie bei der nächsten Befragung noch Auskunft geben möchten.

Bei Fragen dürfen Sie sich jederzeit an mich wenden:

**Katja Winzeler**, Telefon xxx oder email: xxx

Weiter stehen Ihnen für Fragen und andere Anliegen bezüglich dieser Studie zur Verfügung:

**Frau Dr. S. Walentowitz** – wissenschaftliche Assistentin am Institut für Sozialanthropologie der Universität Bern – email: xxx

**Frau S. Zürcher** – Verantwortliche für Pflege und Pflegeprojekte des XXX Spital Bern –  
Telefon extern: xxx, Telefon intern: xxx

Wenn Sie sicher sind, alles verstanden zu haben und keine Fragen mehr haben, unterschreiben Sie bitte dieses Blatt. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie über die vorgesehene Studie für Sie ausreichend informiert wurden und freiwillig an der Befragung teilnehmen.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie Ihr Einverständnis, dass Ihre Aussagen in anonymisierter Form als Zitate oder in Form ausgewerteter Daten schriftlich publiziert oder mündlich z.B. in Form eines Referats, veröffentlicht werden dürfen.

Bern, den \_\_\_\_\_ Unterschrift:

Ich, Katja Winzeler, verpflichte mich meinerseits die Rechte der Studienteilnehmerinnen zu respektieren und die erhobenen Daten vertraulich zu behandeln.

Bern, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: