

FRÜHE MUTTER-KIND-BEZIEHUNG UND DEPRESSIVITÄT

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

Vorgelegt von Nathalie Morel-Köhler
aus Nelspruit

Gießen 2004

Aus dem Zentrum für Psychosomatische Medizin

Abteilung Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Gießen

Leiter: Prof. Dr. D. Beckmann

Gutachter: Prof. Dr. D. Beckmann

Gutachter: Prof. Dr. B. Neubauer

Tag der Disputation: 17.05.2004

INHALTSVERZEICHNIS

1	VORWORT.....	5
2	EINLEITUNG.....	6
3	THEORETISCHER TEIL	8
3.1	PRÄNATALE DEPRESSIVITÄT	8
3.1.1	<i>Definition.....</i>	8
3.1.2	<i>Einflussfaktoren</i>	9
3.1.3	<i>Konsequenzen</i>	11
3.1.4	<i>Zusammenfassung.....</i>	13
3.2	POSTPARTALE DEPRESSIVITÄT	14
3.2.1	<i>Definition.....</i>	14
3.2.2	<i>Einflussfaktoren</i>	15
3.2.3	<i>Konsequenzen</i>	17
3.2.4	<i>Zusammenfassung.....</i>	20
3.3	KINDLICHES TEMPERAMENT	20
3.3.1	<i>Definition.....</i>	20
3.3.2	<i>Messung von Temperament</i>	24
3.3.4	<i>Einfluss von Depression auf die mütterliche Wahrnehmung des Säuglings.....</i>	28
3.3.5	<i>Zusammenfassung.....</i>	29
4	ABLEITUNG DER FRAGESTELLUNGEN	31
4.1	DIE ALLGEMEINE FRAGESTELLUNG	31
4.2	SPEZIFIZIERUNG DER FRAGESTELLUNGEN.....	31
4.3	FRAGESTELLUNGEN	32
4.3.1	<i>Pränatale Depressivität</i>	32
4.3.2	<i>Postpartale Depressivität</i>	32
4.3.3	<i>Kindliches Temperament</i>	32
5	METHODIK	33
5.1	UNTERSUCHUNGSGRUPPEN	33
5.1.1	<i>Sichprobenkriterien</i>	33
5.1.2	<i>Einteilungskriterien</i>	33
5.1.3	<i>Biosoziale Daten.....</i>	33
5.2	UNTERSUCHUNGSVERFAHREN	33
5.2.1	<i>Erstuntersuchung – vor der Geburt.....</i>	33
5.2.1.1	<i>Angaben zur Person.....</i>	33
5.2.1.2	<i>Fragen zur Geburtsangst.....</i>	34
5.2.1.3	<i>Depressivität der Schwangeren</i>	34
5.2.1.4	<i>Interview.....</i>	35
5.2.2	<i>Zweituntersuchung – Vier Monate nach Geburtstermin.....</i>	36
5.2.2.1	<i>Allgemeine Angaben.....</i>	36
5.2.2.2	<i>Soziale Unterstützung.....</i>	36
5.2.2.3	<i>Mütterliche Erziehungseinstellung.....</i>	37

5.2.2.4 Mütterliche Depressivität	37
5.2.2.5 Geburtsverlauf entsprechend dem Mutterpass	38
5.2.2.6 Temperamentfragebogen	38
5.3 UNTERSUCHUNGSHERGANG	39
5.4 STATISTISCHE AUSWERTUNG	39
6 ERGEBNISSE.....	47
6.1 GRUPPENVERGLEICH DER BIOSOZIALEN DATEN.....	47
6.1.1 Biosoziale Daten der Mutter.....	47
6.1.2 Geburtsverlauf und biologische Daten des Kindes.....	47
6.1.3 Ernährung und Krankheiten der vier Monate alten Säuglinge.....	49
6.1.4 Zusammenfassung des Gruppenvergleiches der biosozialen Daten	50
6.2 DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE BEZÜGLICH DER FRAGESTELLUNGEN	50
6.2.1 Pränatale Depressivität	50
6.2.1.1 Schwangerschaftsanamnese und Geburtsangst	50
6.2.1.2 Vorstellungen der Mutter vom Kind, von der Mutterrolle und der Erziehung....	52
6.2.1.3 Partnerschaft und Beurteilung der Mutter im Gespräch	54
6.2.1.4 Zusammenfassung	54
6.2.2 Postpartale Depressivität	55
6.2.2.1 Pränatale Depressivität	55
6.2.2.2 Partnerschaft und Soziale Unterstützung.....	56
6.2.2.3 Mütterliche Erziehungseinstellungen	56
6.2.2.4 Zusammenfassung	57
6.2.3 Kindliches Temperament im Alter von vier Monaten	58
6.2.3.1 Mütterliche Depressivität	58
6.2.3.2 Soziale Unterstützung und mütterliche Erziehungseinstellungen	58
6.2.3.3 Vorgeburtliche Vorstellungen der Charakteristika des Säuglings.....	60
6.2.3.4 Zusammenfassung	61
7 DISKUSSION	63
7.1 ZUSAMMENHANG DER PRÄNATALEN DEPRESSIVITÄT MIT DER SCHWANGERSCHAFTSANAMNESE, DER GEBURTSANGST, DER VORSTELLUNG VOM KIND UND DER MUTTERROLLE, DER ERZIEHUNGSVORSTELLUNG UND DER PARTNERSCHAFT. 63	
7.2 ZUSAMMENHANG DER POSTPARTALEN DEPRESSIVITÄT MIT DER PRÄNATALEN DEPRESSIVITÄT, DER SOZIALEN UNTERSTÜTZUNG UND DER ERZIEHUNGSEINSTELLUNG64	
7.3 ZUSAMMENHANG DES KINDLICHEN TEMPERAMENTS IM ALTER VON VIER MONATEN MIT DER MÜTTERLICHEN DEPRESSIVITÄT, IHRER SOZIALEN UNTERSTÜTZUNG, IHRER ERZIEHUNGSEINSTELLUNG UND IHREN VORGEBURTLICHEN VORSTELLUNGEN DES KINDLICHEN TEMPERAMENTS	66
8 ZUSAMMENFASSUNG.....	68
9 ANHANG	70
10 LITERATURVERZEICHNIS	71

1 Vorwort

Ich finde dich;
du überlebst das, was ich dir antue, indem ich dich als etwas erkenne, das nicht Ich ist;
ich benutze dich;
ich vergesse dich;
aber du erinnerst dich an mich.

D. W. Winnicott

2 Einleitung

Im Rahmen der Forschungsarbeiten des Institutes für medizinische Psychologie der Universität Gießen über das frühkindliche Temperament geht es in dieser Arbeit vor allem um die Rolle der Depressivität der Mutter.

Das Temperament gilt als bedeutender Prädiktor für die emotionale und kognitive Entwicklung des Kindes. Eine wichtige Einflussgröße ist die Mutter-Kind-Beziehung. Das Temperament erwies sich in vielen empirischen Studien als geeignet, spätere Verhaltensauffälligkeiten zu prognostizieren. Die Entwicklung ist ein Transaktionsprozess zwischen angeborenen Kindmerkmalen und Umweltfaktoren, wobei sich die reifungsabhängigen kindlichen Charakteristika wie auch die Umweltmerkmale mit der Zeit verändern.

Die Entwicklung eines Kindes gefährdende psychosoziale Faktoren sind schlechte sozioökonomische Verhältnisse, psychosoziale Belastungen, Depressivität der Bezugsperson und eine depressive Eltern-Kind-Beziehung.

Das „Goodness of fit“-Modell von THOMAS und CHESS (1980) besagt, dass das elterliche Verhalten in der Beziehung zum Kind abhängig ist von der Übereinstimmung des kindlichen Temperaments mit den Vorstellungen und Erwartungen der Eltern. Besteht eine Diskrepanz zwischen dem Temperament und den Erwartungen und Anforderungen der Bezugsperson, so kann es durch diesen „Poorness of fit“ zu einem ungünstigen elterlichen Verhalten und schließlich zur Belastung des Kindes kommen. Das Modell erklärt den Zusammenhang zwischen „schwierigem“ Temperament (wenig Rhythmisiertheit, Rückzugstendenz, geringe Anpassungsfähigkeit, starke Intensität, negative Emotionalität) und späteren Verhaltensproblemen. Ein von den Eltern als belastend empfundenen Temperament kann eine depressive Stimmung begünstigen, sie machen sich selbst Vorwürfe und fühlen sich inkompetent. Andererseits beeinträchtigt die Depressivität der Mutter wiederum die Mutter-Kind-Interaktion (COHN UND TRONICK 1982, FIELD 1984, 1992).

In der vorliegenden Arbeit wird untersucht, welche Faktoren vor und nach der Geburt die Depressivität der Mutter beeinflussen und in welchem Zusammenhang die mütterliche Depressivität mit der Wahrnehmung des Temperaments der vier Monate alten Säuglinge steht.

Vor der Geburt werden depressive und nicht-depressive Erstgebärende bezüglich der Schwangerschaftskomplikationen, Kindsbewegungen, Geburtsangst, ihren Vorstellungen über das Kind, über die Mutterrolle und die Erziehung des Kindes und der Partnerschaft verglichen.

Vier Monate nach dem Geburtstermin wird überprüft, ob die Depressivität noch vorhanden ist und welchen Zusammenhang sie mit der sozialen Unterstützung und den Erziehungseinstellungen zeigt.

Anhand der mütterlichen Beurteilung des kindlichen Temperaments wird untersucht, ob die Depressivität, die soziale Unterstützung, die Erziehungseinstellungen und die vorgeburtlichen Vorstellungen einen Bezug zur Wahrnehmung des Kindes haben.

Die Auswirkungen der mütterlichen Depressivität auf die Mutter-Kind-Interaktion werden in verschiedenen Studien beschrieben. Die Mutter sei nicht sensitiv und responsiv bezüglich des kindlichen Verhaltens. Der Säugling bekomme wenig Bestätigung und Unterstützung und er ziehe sich innerlich zurück (BRAZELTON UND CRAMER 1991). Um die Entwicklung des Kindes nicht zu gefährden, und um eine optimale Mutter-Kind-Beziehung zu erreichen, ist es wichtig, depressive Symptome der Schwangeren und der jungen Mutter zu erkennen und die Frauen zu unterstützen.

3 Theoretischer Teil

3.1 Pränatale Depressivität

3.1.1 Definition

Die pränatale Depression wird unterschieden von der Depression zu anderen Lebenszeitpunkten und wird beschrieben als atypische, nicht-klinische oder als Subtyp einer Depression. Mit standardisierten Depressionsmessinstrumenten können falsch positive Ergebnisse entstehen und es ist wichtig zu untersuchen, ob die depressiven Symptome vorübergehende Erfahrungen der Schwangerschaft darstellen oder atypische emotionale Zustände sind. Bei der Untersuchung von AFFONSO ET AL. (1990) werden standardisierte Interviews zu verschiedenen Zeitpunkten vor und nach der Geburt mit einer modifizierten Version des „Schedule of Affective Disorder and Schizophrenia“ (SADS) durchgeführt. Das Interview gibt den Frauen die Möglichkeit, auslösende und unterstützende Elemente der Stress-Symptome zu beschreiben. Somit kann laut den Autoren eine differenziertere Beschreibung ihrer Stimmung besser wiedergegeben werden als es durch Fragebögen möglich ist. Die Auswertung wird nach den „Research Diagnostic Criteria“ (RDC) in eine *minor* und eine *major depression* eingeteilt. Als häufige Schwangerschaftssymptome zeigen sich dysphorische Stimmungen, Schlaflosigkeit, Müdigkeit, erhöhte Reizbarkeit. Die Frauen machen sich Sorgen und haben Angst. Ängstliche Frauen weisen häufig depressive Symptome auf. Auch andere Studien zeigen eine signifikante Korrelation zwischen Angst und Depression. Zum Beispiel schreibt LOWE (1989), dass die Angst vor der Geburt in allen Persönlichkeitstypen vorkommt und bei ängstlich-depressiven Persönlichkeitsstrukturen besonders hoch ist.

Abschließend ist zu erwähnen, dass es keine klare Definition der pränatalen Depression gibt. Viele physische und psychische Zeichen, welche in der normalen Schwangerschaft vorkommen, gelten auch als Kriterien für die Diagnose eines depressiven Zustandes. KAPLAN (1986) schreibt, dass man vom kulturellen Stereotyp der glücklichen schwangeren Frau wegkommen muss und die Frauen vorbereiten soll auf realistische Erwartungen und Stimmungsschwankungen während der Schwangerschaft. Die gravide Frau kann ihren emotionalen Zustand missverstehen und sich selbst als depressiv beurteilen, während ihre beschriebenen Symptome im Grunde normale Aspekte der Schwangerschaft sind. Andererseits kann eine depressive Frau ihre Stimmung der Schwangerschaft zuschreiben und die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Intervention verpassen. Die Schwierigkeit besteht in der überlappen-

den Symptomatologie und diagnostischer Zweideutigkeit. Weitere Studien sollten dazu beitragen, biologische und psychologische Faktoren zu einer Differenzierung des normalen affektiven Zustandes und der Depression während der Schwangerschaft zu finden.

3.1.2 Einflussfaktoren

Soziale Unterstützung

RAPHAEL UND MARTINEK (1994) beschreiben mehrere Arten von Unverständnis, welche depressive Schwangere erfahren: Eine physische und emotionale Belastung sowie die Ausgeschlossenheit von der Familie und von Freunden. Frauen, die keine soziale Unterstützung während der Schwangerschaft erleben, zeigen signifikant häufiger depressive Symptome. Es besteht eine enge Verbindung zwischen sozialer Unterstützung, negativen Lebenserfahrungen und der psychologischen Vulnerabilität.

Die soziale Unterstützung steht in Verbindung mit der Einschätzung der eigenen Fähigkeiten und dem Vertrauen in die Kompetenz als Mutter. Eine gute soziale Unterstützung korreliert mit weniger depressiven Symptomen der Schwangeren (COUTRONA UND TROUTMAN 1986).

Angst

Verschiedene Studien zeigen eine Verbindung zwischen Depression und Angst. Oft wird bei der Messung der Depression, mit dem „Beck Depression Inventory“ (BDI), zur Erfassung der Angst das „Spielberger State-Trait Anxiety Inventory“ (STAI) mitverwendet. Dieser Fragebogen misst die Angst als Persönlichkeitsmerkmal und den Angststatus, welcher bei spezifischen stresshaften Situationen ausgelöst wird. AFFONSO ET AL. (1990) finden für die Depression während der Schwangerschaft einen ängstlichen Charakter.

Da die Schwangerschaft unweigerlich auf eine Geburt eines Kindes und somit auf eine spezifische stresshafte Situation zugeht, ergibt sich als besondere Untersuchungsvariable die Geburtsangst. BARNETT UND PARKER (1986) zeigen in ihren Untersuchungen (gemessen mit dem STAI) einen Zusammenhang zwischen stark ausgeprägten Angstgefühlen und mehr negativen Lebensereignissen sowie schwacher sozialer Integration der Schwangeren. Während der Geburt geben Frauen mit einem nachgewiesenen hohen Angstlevel vor der Geburt stärkere Schmerzen an im Vergleich zu Schwangeren mit wenig Geburtsangst. Es besteht somit eine enge Korrelation zwischen der Geburtsangst und den Schmerzen während der Geburt (LOWE 1989).

Bei einer Differenzierung der Geburtsängste ergibt die Untersuchung von NEUHAUS UND SCHARKUS (1994), dass im Vordergrund mögliche Erkrankungen oder Schädigungen des Kindes stehen. Bei 25% der befragten Frauen finden sich aber auch ausgeprägte Abhängigkeits- und Versagensängste, das betrifft Befürchtungen, sich während der Geburt hilflos aus-

geliefert zu fühlen, nicht verstanden zu werden, die Beherrschung zu verlieren oder bei der Geburt zu versagen. Einen mäßigen Stellenwert stellt die Angst vor der körperlichen Belastung der Mutter während der Geburt dar, wie Schmerzen, Erschöpfung und gynäkologische Interventionen.

CROWE UND BAEYER (1989) betonen die Wichtigkeit der Vorbereitung auf die Geburt. Das Wissen über den Geburtsvorgang ist signifikant assoziiert mit dem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Dieses Vertrauen, die Fähigkeit zur Selbstkontrolle und ein niedriger Angstlevel wiederum sind psychologische Variablen, welche ein positives Geburtserlebnis begünstigen.

Vorstellungen vom Kind und von der Mutterrolle

Depressivität während der Schwangerschaft wird begünstigt durch Probleme wie Schwierigkeiten mit dem Partner, Partnerlosigkeit, Ambivalenzen gegenüber dem Kind und eine ungewollte Schwangerschaft (FIELD 1984). Frauen mit einer geringen Motivation und vermehrt negativen Gefühlen gegenüber der Schwangerschaft zeigen signifikant höhere Angst- und Depressivitätslevel (gemessen mit den BDI und STAI) (MEBERT 1991).

Schwangerschaft und Geburt können als belastende Lebensereignisse gelten und bei vulnerablen Frauen eine Depression auslösen. Bei der kognitiven Vulnerabilität besteht die Hypothese, dass die Person lernt, Ereignisse oder Situationen in einer stresshaften und negativen Weise wahrzunehmen, zu interpretieren und zu bewerten. Die negative Attribution von Ereignissen führt zu Schuldgefühlen, Dysphorie, Hilflosigkeit und Passivität, und somit zu Symptomen einer Depression (ABRAMSON ET AL. 1978). Eine vulnerable Persönlichkeit und eine persönliche oder familiäre Vorgeschichte von Depression begünstigen die pränatale Depression (gemessen mit den BDI, SADS/RDC).

Eine negative Einstellung und die Depressivität der werdenden Mutter korrelieren mit negativen Erwartungen und Vorstellungen bezüglich des Kindes (CUTRONA UND TROUTMAN 1986, MANGELSDORF ET AL. 1990, VAUGHN ET AL. 1987, VENTURA UND STEVENSON 1986). In einer Studie von DIENER ET AL. (1995) zum Beispiel erwarten depressive Mütter eher aufgeregte („fussy“) und weniger anpassungsfähige („unadaptable“) Kinder. Glücklichere Mütter dagegen stellen sich ihre Babys als häufig lachend und lächelnd vor, und sie beurteilen die Kinder auch nach der Geburt als zufrieden.

FLEMING ET AL. (1988) zeigen durch ihre Studie, dass frühere Erfahrungen mit Kindern mit Gefühlen der Adäquanz als Mutter verbunden sind. Weiter steht die Vorstellung der Mutterrolle im Zusammenhang mit dem Stimmungszustand während der Schwangerschaft. Depressive und ängstliche Frauen (gemessen mit den BDI, Multiple Affect Adjective Checklist, Carroll Depression Scale) zeigen eine weniger positive Einstellung zur Mutterrolle.

3.1.3 Konsequenzen

Schwangerschaftskomplikationen und Geburtsverlauf

Verschiedene Studien zeigen Zusammenhänge zwischen mütterlichen und kindlichen Komplikationen während der Schwangerschaft und mütterlicher Angst und Depression. Die Ergebnisse zeigen eine höhere Inzidenz der Präeklampsie, eine verlängerte Geburt, starke Schmerzen, die Notwendigkeit von gynäkologischen Interventionen, fötaler Distress und Asphyxie, niedrige APGAR-Werte (Punkte-Schema für Atmung, Puls, Grundtonus, Aussehen, Reflexe) und ein niedrigeres Geburtsgewicht. Erhöhte Kortisolwerte und Sympatikusaktivität im Zusammenhang mit der Angst können Einfluss auf das mütterliche und kindliche Befinden nehmen. Zudem kann das mütterliche Verhalten wie vermehrte Medikamenteneinnahme, Nikotin- und Alkoholabusus Auswirkungen auf den Fötus haben (BARNETT UND PARKER 1986, CROWE UND BAEYER 1989, RAPHAEL UND MARTINEK 1994).

HERRERA ET AL. (1992) stellen fest, dass Schwangerschaftskomplikationen wie zum Beispiel Blutungen während der Schwangerschaft, Anämie, Hypertonie und Gestationsdiabetes allein nicht assoziiert sind mit perinatalen Komplikationen. In Verbindung mit psychosozialen Risikofaktoren (wie emotionale Spannungen, Depression, neurovegetative Symptome der Angst) jedoch zeigen sie einen signifikanten Zusammenhang mit perinatalen Komplikationen.

BARNETT UND PARKER (1986) schreiben, dass Frauen mit starker Geburtsangst (gemessen mit dem STAI) nach der Geburt mit der Betreuung in der Klinik unzufriedener sind. Diese Frauen haben mehr Geburtskomplikationen und ihre Babys sind weniger reif und saugen nicht innerhalb der ersten sechs Stunden an der Brust. Die Frauen entwickeln in den ersten Wochen häufiger Depressionen, haben weniger Vertrauen in ihre mütterlichen Fähigkeiten und sind stärker beunruhigt über ihr Kind und ihre Partnerschaft. Die Schwierigkeiten zeigen sich nicht kontinuierlich, sondern eskalieren eher, wenn die Frau die mütterliche Rolle übernimmt.

Kindliches Verhalten

Die Frage nach dem Ursprung des frühen Neugeborenenverhaltens ist noch nicht beantwortet. Verschiedene Studien zeigen, dass ein Zusammenhang zwischen dem Neugeborenenverhalten und dem mütterlichen psychologischen Status während der Schwangerschaft besteht. ZUCKERMAN ET AL. (1990) finden eine signifikante Verbindung zwischen depressiven Symptomen während der Schwangerschaft und dem kindlichen Verhalten. Je höher die mütterlichen Werte des Depressionsfragebogens CES-D sind, desto schlechter beruhigbar sind die Neugeborenen und desto exzessiver schreien sie.

PARKER UND BARRETT (1992) finden heraus, dass Kinder von Müttern mit dem sogenannten TYP A-Verhalten in den ersten 48 Stunden ihres Lebens mehr schreien als Kinder von Müt-

tern mit TYP B-Verhalten. Ein TYP A-Verhalten wird charakterisiert durch eine kompetente und schnelle Arbeitsweise. Als wichtige emotionale Komponente wird den Personen Feindseligkeit und Aggressivität zugeschrieben und es besteht ein hohes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen. Sie sind physiologisch reaktiver in der Antwort auf Stressoren der Umgebung. Typ B-Verhalten zeigt ein Fehlen dieser Eigenschaften und die Personen reagieren weniger stark auf Ereignisse ihres Umfelds.

GROMME ET AL. (1995) befassen sich mit der Beziehung zwischen dem fötalen Verhalten und der mütterlichen Angst (gemessen mit dem STAI) während der Schwangerschaft. Durch Herzfrequenzmessung und sonografische Beobachtungen von Körperbewegungen zeigt sich, dass ein Ungeborenes von Müttern mit großer Angst mehr Zeit im ruhigen Schlaf verbringt und weniger grobe Körperbewegungen aufzeigt. Das Ergebnis steht im Kontrast zu Studien, die bei ängstlichen Schwangeren höhere fötale Aktivität feststellen. Eine Untersuchung von FIELD ET AL. (1985) zeigt, dass Erstgebärende der Gruppe, welche während der Ultraschall-diagnostik mitbeobachten dürfen und Erklärungen bekommen, signifikant weniger Angst (gemessen mit dem STAI) während der Schwangerschaft haben und dass die fötalen Bewegungen weniger aktiv sind. Weiter haben diese Frauen weniger Geburtskomplikationen, die Babys sind größer, erreichen bessere Werte in der „Brazelton Neonatal Behavior Assessment Scale“ und sind weniger aktiv und irritabil.

Diese Untersuchungen zeigen das Verhalten in den allerersten Tagen nach der Geburt. So kann es sein, dass das frühe kindliche Temperament Ursprünge und Einflüsse während des fötalen Lebens bekommen hat.

Mutter-Kind-Interaktion

Die in der Schwangerschaft als depressiv und ängstlich (nach BDI und STAI) beurteilten Mütter zeigen nach der Geburt eine weniger optimale Mutter-Kind-Interaktion und eine straforientierte und kontrollierende Erziehungseinstellung. Sie beurteilen die Kinder als emotionaler im „Colorado Child Temperament Inventory“, was eine Labilität des Stimmungszustandes beinhaltet. Bei einer beobachteten „face-to-face“-Interaktion mit den zwischen drei und fünf Monate alten Kindern zeigt sich, dass die Mütter einen weniger zufriedenen Gesichtsausdruck haben, weniger aktiv sind, ein weniger imitatives Verhalten zeigen und weniger spielerisch mit dem Kind umgehen als nicht-depressive Mütter. Auch die Säuglinge sind weniger zufrieden und aktiv, sie sind schläfriger, aber quengeln öfter im Vergleich mit den Kindern der Kontrollgruppe (FIELD ET AL. 1984).

Eine Untersuchung von FLEMING ET AL. (1988) zeigt, dass Frauen mit ambivalenten Gefühlen während der Schwangerschaft und Frauen, die weniger Erfahrungen mit Kindern haben, sich

weniger verbunden fühlen mit ihren drei Monate alten Kindern. Die depressiven Frauen verhalten sich weniger zärtlich und haben weniger körperlichen Kontakt mit ihren Säuglingen als die nicht-depressiven Mütter.

Postpartale Depression

Eine Vergleichsstudie von O'HARA ET AL. (1990) von gebärenden und nicht-gebärenden Frauen mit der Frage nach der Depression (gemessen mit dem BDI, SADS/RDC) zeigt, dass besonders die Zeit der späten Schwangerschaft und des frühen Wochenbetts einen starken psychologischen Stress für die Frauen darstellt und während dieser Zeit eine signifikant höhere depressive Symptomatik festzustellen ist als bei nicht-gebärenden Frauen. Besonders hoch ist die Differenz der beiden Gruppen bei der somatischen Subskala des „Beck Depression Inventory“. Aber auch die kognitiven und affektiven Items des BDI zeigen vor und nach der Geburt höhere Level bei den Gebärenden. Während der Schwangerschaft beurteilen die Frauen die Skalen betreffend der Unterstützung und Zufriedenheit mit dem Partner besser als die Kontrollgruppe. Postpartal erfahren die jungen Mütter eine deutlich schlechtere Unterstützung durch den Partner und sind weniger zufrieden im Vergleich zu den nichtgebärenden Frauen.

Verschiedene Studien (CUTRONA 1983, O'HARA ET AL. 1984) zeigen nach der Geburt weniger Depressivität der Frauen als während der Schwangerschaft, aber als bedeutendster Prädiktor für die postpartale Depression gilt die pränatale Depression. Als Erklärung diskutieren O'HARA ET AL. (1984), dass besonders die somatischen Items des „Beck Depression Inventory“ höhere Werte während der Schwangerschaft erreichen und somit den körperlichen Beschwerden viel Gewicht beigemessen wird.

3.1.4 Zusammenfassung

Als häufige Symptome der pränatalen Depressivität zeigen sich dysphorische Stimmungen, Schlaflosigkeit, Müdigkeit, erhöhte Reizbarkeit, die Frauen machen sich Sorgen und haben Angst. Depressive Symptome und normale physiologische und psychologische Zustände in der Schwangerschaft überschneiden sich und es ist schwierig, klare Grenzen zu ziehen.

Während der Schwangerschaft können Komplikationen, Partnerprobleme, eine schlechte soziale Unterstützung, eine ungewollte Schwangerschaft, Ambivalenzen gegenüber dem Kind, eine negative Einstellung zur Mutterrolle, negative Lebenserfahrungen und ein schwaches Selbstvertrauen die Depressivität und Angst fördern. Es ist wichtig, schon während der Schwangerschaft gefährdete und depressive Frauen zu unterstützen und zu betreuen, um mögliche perinatale Komplikationen, ein kindliches Verhalten mit vermehrt negativem Affekt, eine ungünstige Mutter-Kind-Interaktion und postpartale Depressionen zu verhindern.

3.2 Postpartale Depressivität

3.2.1 Definition

BOYCE UND STUBBS (1994) unterteilen Stimmungsstörungen nach der Geburt in die milde transiente Verfassung („the blues“), die meist vom dritten bis fünften Tag vorkommt, weiter in die Wochenbettpsychose, eine schwere psychiatrische Krankheit, welche in den ersten drei Wochen postpartal ausbricht und psychiatrischer Intervention bedarf. Die postpartale Depression liegt zwischen diesen beiden Extremen, sie wird definiert als Episode der Depression in den ersten Monaten nach der Geburt. Die Depression kann drei Monate bis zwei Jahre postpartal entstehen, meist liegt der Beginn zwischen dem dritten bis sechsten Monat. Der größte Unterschied zwischen der klassischen und der postpartalen Depression besteht in der Frequenz, in der gewisse Symptome präsent sind. So sind Symptome wie Irritabilität und Angst universell bei Frauen mit einer postpartalen Depression.

Wichtig ist die Unterscheidung zwischen einer postpartalen Depression und dem physiologischen Stimmungswechsel der Frau in der postpartalen Periode, welcher unter anderem transiente depressive Symptome und Müdigkeit als Reaktionen auf die konstanten Forderungen des Babys aufweisen kann. Weitere Symptome können ein Appetitmangel, Erschöpfungszustände oder ein vermindertes sexuelles Interesse sein, welches physiologische Veränderungen in der postpartalen Periode sind und nicht als Depression überbewertet werden dürfen. Die postpartale Depression ist zeitlich bestimmbar durch die Geburt eines Kindes und wird in einer definierten Zeitperiode ausgelöst.

Risikofaktoren sind: Depression während der Schwangerschaft, anamnestisch vorkommende Depression, eine vulnerable Persönlichkeit (übersensitiv, ängstlich oder neurotisch), eine inadäquate soziale Unterstützung, eine gestörte interpersonelle Beziehung und gynäkologische Interventionen. Die Angaben zur Häufigkeit von postpartalen Depressionen schwanken zwischen 8 % und 15 % aller gebärenden Mütter. Die Unterschiede sind zur verschiedene Methoden und Untersuchungszeitpunkte bedingt (CAMPBELL ET AL. 1995, L. MURRAY 1990, A. LANE ET AL. 1997, P. J. COOPER ET AL. 1998).

Die Zeit nach der Geburt ist wichtig für die Frau, für das Baby und die Familie, depressive Mütter können eine gestörte Mutter-Kind-Beziehung verursachen und die Entwicklung des Kindes beeinträchtigen (BOYCE UND STUBBS 1994, O'HARA ET AL. 1984 und 1990, RECK ET AL. 2001).

3.2.2 Einflussfaktoren

Pränatale Faktoren und Geburt

Pränatale Variablen wie eheliche Unzufriedenheit, depressive Symptome, Erwartungen über kindliche Schwierigkeiten, belastende Lebensereignisse und gynäkologische Risikofaktoren begünstigen die postpartale Depression (O'HARA ET AL. 1982 und 1984, WHIFFEN 1988). Als bedeutendster Prädiktor der postpartalen Depression zeigt sich die depressive Symptomatik während der Schwangerschaft (ATKINSON UND RICKEL 1984, CUTRONA 1983, GREEN 1990, O'HARA ET AL. 1984, 1990).

Eine Verbindung zwischen Geburtskomplikationen und postpartaler Depression finden ELLIOT ET AL. (1984) nicht. Jedoch korrelieren eine ungenügende Geburtsvorbereitung und ein enttäuschendes Geburtserlebnis mit der Depressivität. GREEN (1990) stellt fest, dass nicht die gynäkologischen Interventionen verbunden sind mit postpartaler Depression, sondern die Unzufriedenheit über die Entscheidung der Intervention. Als stärkster Prädiktor der postpartalen Depression zeigt sich auch bei dieser Studie die depressive Stimmung während der Schwangerschaft.

ASTBURY ET AL. (1994) beschreiben in ihrer Studie, dass eine signifikante Assoziation der Ereignisse und Erfahrungen während der Schwangerschaft, der Geburt und der postpartalen Periode mit der Depression nach der Geburt besteht. Depressive Frauen sind weniger zufrieden mit der Betreuung während der Schwangerschaft und der Geburt. Sie haben weniger Vorsorgeuntersuchungen besucht. Bei der Geburt sind keine Unterschiede in Bezug auf das Geburtsgewicht, die Frühgeburtlichkeit, eine Zangengeburt und einer postpartalen Blutung festzustellen, aber bei der depressiven Gruppe mussten mehr Kaiserschnitte durchgeführt werden. Mütter, die sich nicht fähig fühlten, das Kind gleich nach der Geburt in die Arme zu nehmen, sind signifikant depressiver. Weiter sind Frauen, welche nicht stillen oder nicht länger stillen als drei Monate, eher depressiv.

Soziale Unterstützung

Wie viele andere Studien stellen SMALL ET AL. (1994) fest, dass die soziale Unterstützung einen wichtigen Faktor darstellt und dass depressive junge Mütter häufig alleinstehend, getrennt oder geschieden sind und signifikant weniger Unterstützung vom Partner bekommen. Sie haben generell weniger verfügbare soziale Unterstützung als die Kontrollgruppe. Keine Assoziation der postpartalen Depression findet sich mit der finanziellen Situation, der Ausbildung, der Anzahl der Kinder und der Gesundheit.

Eine gute soziale Unterstützung während der Schwangerschaft und postpartal steht im Zusammenhang mit einem besseren Selbstvertrauen und einer positiven Einstellung zur Mutterrolle und es zeigen sich weniger depressive Symptome (CUTRONA UND TROUTMAN 1986).

Mütter mit guter sozialer Unterstützung sind sensitiver zu ihren Kindern. Das soziale Umfeld ist assoziiert mit ihrer Responsivität, welche wiederum die Mutter-Kind-Interaktion begünstigt. Einen weiteren Einfluss auf die Responsivität zeigen die Charakteristika des Kindes, die Persönlichkeit und das momentane Befinden der Mutter (CROCKENBERG UND MCCLUSKEY 1986).

Berufstätigkeit

Da es immer mehr berufstätige Mütter gibt, untersuchen HYDE ET AL. (1995) den Arbeitsstatus und den Mutterschaftsurlaub im Bezug auf die Depression und die Angst (gemessen mit dem CES-D und STAI). Die Ergebnisse zeigen, dass vier Monate nach Geburt vollarbeitende Frauen höhere Angstlevel aufweisen und ein kurzer Mutterschaftsurlaub unter sechs Wochen mit den höchsten Depressionswerten verbunden ist. Dabei hängt aber auch der kurze Mutterschaftsurlaub von der Ehebeziehung, den sozioökonomischen Verhältnissen und von der Art der Arbeit ab.

Mütterliches Selbstvertrauen

TETI UND GELFAND (1991) legen besonderen Wert auf das mütterliche Selbstvertrauen, welches sie definieren als Vermittler zwischen Wissen und Verhalten. Der Einfluss von mütterlicher Depression, sozial-ehelicher Unterstützung und die Vorstellung vom kindlichen Temperament auf die Mutter-Kind-Beziehung ist indirekt und wird vermittelt durch die mütterliche Selbsteinschätzung ihrer Mutterrolle. CUTRONA UND TROUTMAN (1986) finden eine enge Verbindung zwischen der Einschätzung der mütterlichen Kompetenz und den kindlichen Charakteristika. Frauen mit schwierigen Kindern bekommen wenig Bestätigung, ihre Bemühungen, das Kind zu beruhigen, gelingen nicht und dies führt zu dem Gefühl, der Aufgabe als Mutter nicht gewachsen zu sein, was wiederum die Depression begünstigt.

Kindliches Verhalten

Die Bedeutung der vom Kind ausgehenden Stressoren, welche die postpartale Depression begünstigen können, untersuchen HOPKINS ET AL. (1987). Als kindbezogene Stressoren gelten medizinische Komplikationen und die mütterliche Wahrnehmung vom kindlichen Temperament. Die Kinder von depressiven Müttern zeigen eine höhere Inzidenz von neonatalen Komplikationen und depressive Mütter beurteilen die Kinder als schwieriger, weniger anpassungsfähig und weniger voraussehbar (gemessen mit dem ICQ) als Kinder von nicht-depressiven Frauen. Die hypothetische Beziehung zwischen belastenden Lebensereignissen und sozialer

Unterstützung mit der postpartalen Depression kann jedoch in dieser Studie nicht bestätigt werden. Die Frauen sind alle verheiratet und weisen keinen großen sozialen Unterschied auf. Die spezifischen Variablen wie belastende Lebensereignisse und soziale Unterstützung zeigen in dieser Stichprobe keinen relevanten Voraussagewert für die postpartale Depression.

CUTRONA UND TROUTMAN (1986) bezeichnen die Schwierigkeit des kindlichen Temperaments (gemessen mit dem „Revised Infant Temperament Questionnaire R-ITQ“; CAREY & MCDEVITT 1978) als wichtige Dimension der mütterlichen Erfahrung in den ersten Lebensmonaten des Kindes. Das kindliche Temperament zeigt indirekte und direkte Effekte auf die Depression. Die indirekten Effekte beeinflussen, wie schon oben erwähnt, die Einschätzung der Mutter bezüglich ihrer Kompetenz. Als direkter Effekt löst das häufige Schreien als unangenehmen Stimulus bei der Mutter einen dysphorischen Affekt aus. Das führt zu ambivalenten Gefühlen gegenüber dem Kind und daraus resultieren Schuldgefühle und Vorwürfe.

Auch MURRAY ET AL. (1996) befassen sich mit dem Einfluss von kindlichen Variablen auf die mütterliche Stimmung und ihr Befinden. Die neonatale Irritabilität und eine schwache Aktivität (gemessen mit der „Mother and Baby Scale“ von JAMES-ROBERT UND WOLKE 1988) werden als bedeutende Prädiktoren der postpartalen Depression (gemessen mit der „Edinburgh Postnatal Depression Scale“) beschrieben. Die geringe Aktivität macht den Eltern Probleme, das Kind erscheint ihnen nicht responsiv und das erschwert die Interaktion. Kinder mit vermehrter Irritabilität reagieren typischerweise mit Stressreaktionen auf Änderungen ihres Umfeldes und können sich nicht gut beruhigen. Die Mutter versucht mit vermehrter Anstrengung, die Interaktion zu optimieren, oder sie zieht sich von dem Kind zurück. Die Frauen der hochgefährdeten Gruppe für postpartale Depression sind unglücklicher, haben häufiger ungewollte Schwangerschaften, weniger unterstützende Partner, mehr finanzielle Probleme. Die kindlichen Faktoren können die mütterliche Stimmung beeinflussen und die Depression fördern, das mütterliche Interaktionsverhalten kann sich verändern, es kann zum Zurückziehen und Aufgeben der Mutter führen oder generell zu einer reduzierten Sensitivität. Die Mutter fühlt sich schuldig für das kindliche Verhalten.

3.2.3 Konsequenzen

Kindliches Verhalten

MILGROM ET AL. (1995) untersuchen das Schreiverhalten von drei Monate alten Kindern und kommen zum Resultat, dass Kinder von depressiven Müttern signifikant mehr schreien im Verlauf eines Tages. Die mütterliche Depression kann ein wichtiger Einflussfaktor für das kindliche Weinen sein.

Mütterliches Verhalten und Erziehungseinstellung

BETTES (1988) kann durch Videoaufzeichnungen von „face-to-face“-Interaktionen zwischen depressiven und nicht-depressiven Müttern und ihren drei bis vier Monate alten Säuglingen zeigen, dass depressive Mütter signifikant langsamer auf die kindlichen Lautäußerungen antworten, sie übertreiben weniger ihre Äußerungen und benutzen nicht die typische Babysprache. Die Mütter geben ihren Antworten kein affektives Signal und passen sich nicht dem kindlichen Verhalten an, sie antworten verspätet. Die Kinder werden benachteiligt in ihrem Versuch, sich mit der Mutter zu unterhalten und die Mutter-Kind-Interaktion wird erschwert.

Die mütterliche Sensitivität zeigt sich durch die mütterliche Aufmerksamkeit und Bereitschaft, die Signale des Babys wahrzunehmen, zu interpretieren und auf die Bedürfnisse adäquat und prompt zu antworten. Depressive, emotional instabile und gereizte Mütter zeigen sich weniger sensitiv gegenüber den Kindern. Die Persönlichkeit der Mutter, die Qualität der Ehe/Partnerschaft und die kindlichen Charakteristika sind mit der mütterlichen Sensitivität verbunden. Mütter, die nach der Geburt wenig sensitiv gegenüber ihren Kindern sind, haben eher eine rigide Erziehungseinstellung, verbunden mit starren Vorstellungen und Prinzipien, welchen sich das Baby zu unterwerfen hat. Die Mutter reagiert nicht hinreichend auf die Bedürfnisse des Kindes, und der Umgang mit dem Baby wird erschwert. Objektiv festzustellen ist, dass Kinder rigider Mütter im Alter von drei bis vier Monaten mehr schreien und schlechter zu trösten sind (ENGFER 1984, ENGFER UND GAVRANIDOU 1987). Auch CROCKENBERG UND SMITH (1982) kommen zum Ergebnis, dass die Schreihäufigkeit mit der Unresponsivität der Mutter korreliert. Die Erziehungseinstellung hat einen starken Einfluss auf die Mutter-Kind-Beziehung und das Verhalten des Kindes. FIELD ET AL. (1984) stellen fest, dass die Depressivität der Mutter Einfluss auf die Erziehungseinstellung hat. Mütter mit postpartaler Depression zeigen mehr Kontrolle und eine straforientierte Erziehungseinstellung. Bei „face-to-face“-Interaktionen sind depressive Mütter weniger aktiv, zeigen einen negativeren Gesichtsausdruck, weniger kontingente Antworten, weniger imitatives und spielerisches Verhalten als die nicht-depressive Kontrollgruppe. Ihre Kinder sind weniger aktiv, quengeln mehr und zeigen einen weniger zufriedenen Gesichtsausdruck.

Mutter-Kind-Interaktion

Die Untersuchung von FLEMING ET AL. (1988) zeigt, dass depressive Frauen eine weniger positive Interaktion mit ihren Babys haben. Sie verhalten sich weniger zärtlich und liebevoll, haben Schwierigkeiten, positive Emotionen zu zeigen und haben weniger vokalen Austausch mit den Kindern.

Ein weiterer signifikanter Unterschied fällt in Zusammenhang mit Depressivität und Stillzeit auf. Nach drei Monaten haben mehr depressive Mütter auf Flaschennahrung umgestellt als nicht-depressive Mütter. Auch die Studie von ASTBURY ET AL. (1994) zeigt einen Zusammenhang zwischen der Depressivität und den Frauen, welche nicht stillen oder nicht länger stillen als drei Monate.

Verschiedene Studien zeigen, dass die Depressivität der Mutter einen starken Einfluss auf das kindliche Temperament hat (BENDELL ET AL. 1994, COHN UND TRONICK 1983, CUTRONA UND TROUTMAN 1986, FIELD ET AL. 1984, 1985, 1988, 1990, 1991, 1992). Die depressiven Mütter zeigen sich weniger suffizient im Auslösen von positiven kindlichen Reaktionen und die Kinder antworten weniger kontingent bei neutralem, freudigem und gestresstem Verhalten ihrer Mütter im Vergleich zur Kontrollgruppe mit nicht-depressiven Müttern. Die mütterliche Depression kann durch die fehlende positive Bekräftigung durch das Kind während der Interaktion unterstützt werden, aber auch die kindliche Entwicklung ist durch die verminderte kontingente Reaktion auf sein Verhalten gefährdet. Wegen des vorhersehbaren Fehlens der Kontrolle über die Mutter geben die Kinder auf und zeigen ein passives und depressives Verhalten. Sie können beeinträchtigt sein in der Entwicklung von wichtigen motorischen, sozialen und intellektuellen Fähigkeiten (COHN UND TRONICK 1983, FIELD 1984).

Über die pränatale und genetische Übertragung von Depression ist wenig bekannt. Die Neugeborenen von depressiven Müttern zeigen einen schwächeren Aktivitätslevel und eine limitierte Responsivität bei sozialer Stimulation. Ob innerhalb der ersten drei Monaten die verminderte Aktivität und Responsivität vom Kind seit der Geburt geblieben ist oder ob sich der depressive Verhaltensstil durch die minimale Stimulation der Mutter entwickelt hat, ist nicht klar.

Postpartal ahmt das Kind das mütterliche Verhalten nach. In einem sozialen Lernprozess und durch minimale Stimulation entwickelt das Kind eine erlernte Hilflosigkeit oder eine passive Anpassung bei der Gegenüberstellung einer wiederholt nichtresponsiven Mutter. Das Verhalten, charakterisiert durch einen schwächeren Aktivitätslevel, weniger Vokalisation und vermehrt negative Expressionen bleibt bestehen, wenn die Mutter über sechs Monate depressiv bleibt. Wenn nicht, wird das kindliche Verhalten nicht mehr depressiv. Diese Beobachtung beweist ein gewisses Imitations- und soziales Lern-Phänomen (FIELD 1992).

Es ist wichtig, dass die depressive Mutter sensitiv für das kindliche Verhalten wird und ihre negativen Wahrnehmungen gegenüber dem Kind vermindert werden. Dies kann durch Interaktionsunterricht erfolgen, durch Imitation des kindlichen Verhaltens wird die Mutter weniger aktiv und mehr sensitiv, das Kind wird zunehmend attentiv und responsiv. Durch stimulieren-

des und spielerisches Verhalten der Mutter kann sie positive Expressionen beim Kind hervorrufen (FIELD 1992).

Langzeitstudien zeigen, dass die mütterliche Depressivität mit sozialer Zurückgezogenheit und ängstlichem Verhalten des Kindes assoziiert ist. Die depressiven Mütter haben eine unsichere Bindung mit den zwei Jahre alten Kindern und mit fünf Jahren zeigen die Kinder eine soziale Zurückgezogenheit (RUBIN ET AL. 1991).

3.2.4 Zusammenfassung

Die postpartale Depression wird unterschieden von der leichten transienten Wochenbettdepression und der Wochenbettpsychose. Sie entsteht meistens in den ersten Monaten nach der Geburt und es besteht die Schwierigkeit, die Depression von den normalen Symptomen der Erschöpfung und Stimmungsschwankungen während der ersten Zeit mit einem kleinen Säugling abzugrenzen.

Pränatale und perinatale Faktoren wie Komplikationen während der Schwangerschaft und der Geburt, schlechte soziale Unterstützung und pränatale Depressivität kann eine postpartale Depression begünstigen. Nach der Geburt können ein „schwieriges“ Kind, eine negative Selbsteinschätzung der Mutterrolle und eine fehlende Unterstützung durch den Partner, die Familie oder durch Freunde zur Depressivität führen.

Die möglichen ungünstigen Folgen der postpartalen Depression können das mütterliche Verhalten betreffen. Sie ist weniger sensitiv, antwortet dem Kind verspätet und gibt ihren Äußerungen kein affektives Signal. Das kindliche Verhalten fällt durch vermehrtes Schreien und schlechtere Beruhigbarkeit auf. Die Mutter-Kind-Interaktion ist weniger positiv und die Depressivität der Mutter zeigt wahrscheinlich einen starken Einfluss auf die Entwicklung des weiteren kindlichen Temperaments.

3.3 Kindliches Temperament

3.3.1 Definition

Die Definition von Temperament ist bei den verschiedenen Temperamentsforschern keineswegs einheitlich.

Temperament

THOMAS UND CHESS (1980) konzeptualisieren Temperament als stilistische Komponente des Verhaltens, das „WIE“ des Verhaltens, differenziert von der Motivation, dem „WARUM“ des Verhaltens, und von der Fähigkeit, dem „WAS“ des Verhaltens. Individuen können die glei-

che Motivation und einen ähnlichen Level an Fähigkeiten für eine bestimmte Aufgabe oder soziale Aktivität haben, zeigen jedoch unterschiedliches Verhalten in Bezug auf ihre motorische Aktivität, Intensität und den Ausdruck ihrer Gefühle, Anpassungsfähigkeit und Aufmerksamkeit. Temperament ist ein unabhängiges psychologisches Attribut, welches nicht untergeordnet oder abgeleitet werden darf von anderen Attributen wie Kognition, Aufgewecktheit, Motivation oder Emotionalität. Temperament muss zu jeder Zeit differenziert werden von Motivation, Fähigkeit und Persönlichkeit. Temperament ist immer eine Antwort auf einen externen Stimulus, eine Gelegenheit, Erwartung oder Forderung. Ein ähnlicher Stimulus kann verschiedene Arten von Verhalten bei verschiedenen Individuen auslösen, oder verschiedene Stimuli der Umgebung können ähnliche Verhalten bewirken. Temperament sollte immer im sozialen Kontext beurteilt werden. Zum Beispiel kann ein Kind durch intensive negative Reaktion die Mutter dazu bringen, einem Wunsch doch noch nachzugeben; somit wird die Reaktion bekräftigt und intensiviert. In der Schule wird der gleichen Reaktion wenig Beachtung geschenkt, so dass sich das Kind anders verhält. Der Einfluss von Temperament ist bidirektional, der Effekt auf eine bestimmte Umgebung beeinflusst das kindliche Temperament, zur gleichen Zeit beeinflusst das kindliche Temperament die Entscheidung, die Gewohnheit und das Verhalten der Personen seiner Umgebung. Temperament wird nach THOMAS UND CHESS (1980) in neun Dimensionen unterschieden, in

- Rhythmisierung von biologischen Funktionen
- Aktivitätslevel
- Annäherung oder Zurückziehen von neuen Stimuli
- Anpassungsfähigkeit
- Stimulationsschwelle, um eine Reaktion auszulösen
- prädominante Stimmungsqualität
- Intensität von Stimmungsäußerungen
- Beruhigbarkeit und
- Aufmerksamkeit.

Weiter gibt es drei Temperamentsmuster: das einfache, das schwierige und das langsam auftauende Temperament. Das Konstrukt Temperament macht es möglich, individuelle Unterschiede von kindlichen Antworten auf gleiche Umgebungssituationen zu verstehen.

BUSS UND PLOMIN (GOLDSMITH ET AL. 1987) definieren Temperament als einen Satz ererbter Persönlichkeitsmerkmale, welche in früher Kindheit in Erscheinung treten und eine Grundlage für die spätere Persönlichkeit darstellen. Zu den Elementen von Temperament gehören die Emotionalität, die Aktivität und die Soziabilität.

GOLDSMITH (GOLDSMITH ET AL. 1987) definiert Temperament als individuelle Unterschiede, primäre Emotionen zu erfahren und auszudrücken. Zu den Kriterien gehören die emotionale Natur, die individuellen Unterschiede und die relativ stabilen Verhaltenstendenzen, welche

keine kognitiven oder wahrnehmenden Faktoren beinhalten. Temperament zeigt die expressiven Aspekte der Emotionen. Viele weitere Faktoren, wie die Entwicklung eines Selbstkonzeptes, die Sozialisation und zunehmend kognitive Fähigkeiten interagieren mit den Temperamentscharakteristika und beeinflussen die Persönlichkeit.

ROTHBART (1986, 1988) definiert Temperament als relativ stabile, primär biologisch basierende individuelle Unterschiede in Reaktivität und Selbstregulation. Unter Reaktivität versteht sie die Auslösbarkeit verhaltensspezifischer, endokriner, autonomer und zentralnervöser Prozesse, beurteilt durch Antwortparameter wie Schwelle, Latenzzeit, Intensität, Steigerungszeit und Rückbildungszeit. Von der Verhaltensweise her gesehen kann Temperament als individueller Unterschied von Emotionalität, Aktivität und Aufmerksamkeit gesehen werden. Phänomenologisch gesehen ist Temperament beeinflusst durch Energie, Interesse und Affekt. Temperamentsvariablen, welche die Autoren in der frühen Kindheit untersuchen, sind Aktivitätslevel, Lächeln oder Lachen, Angst, Frustration, Beruhigbarkeit und Dauer der Orientierung. Die individuellen Unterschiede gehen über den Verhaltensstil hinaus, es sind spezifisch individuelle Prädispositionen für bestimmte Reaktionen und beinhalten Differenzen in phänomenologischen Funktionen. Temperament besteht nicht nur aus Emotionalität, sondern auch aus Aspekten der Orientierung und der motorischen Aktivität. Andere Einflussfaktoren, die wie Temperament das Verhalten beeinflussen, sind Motivation, Wissen und Erwartungen. Das Auslösen von spezifischen Reaktionen wird beeinflusst von früheren Bekräftigungen oder Bestrafungen und durch die individuelle Wissensbasis. Um diese Einflüsse zu minimieren, werden Temperamentsvariablen durch die Antworten auf verschiedene Situationen bewertet und Fragen vermieden, welche ein individuelles Selbstkonzept wiedergeben. Persönlichkeit beinhaltet weit mehr als den Begriff Temperament, es beinhaltet wichtige kognitive Strukturen wie Selbstkonzept und spezifische Erwartungen und Einstellungen, welche zu Reaktionen ohne temperamentsbezogene Prädisposition führen können. Wahrgenommene und antwortende Strategien spielen eine Rolle, welche zwischen individuellen biologischen Ausstattungen, kognitiven Strukturen und den Forderungen, Fragen und Möglichkeiten der Umgebung vermitteln. In dieser Sichtweise wird das Kind mit Temperament ausgestattet, welches uneingeschränkt die Persönlichkeit des Neugeborenen bildet. Zusätzliche Persönlichkeitsstrukturen und Strategien entwickeln sich mit dem Reifungsprozess und folgenden Interaktionen mit der Umgebung. Temperament ist die primäre biologische Basis für die sich entwickelnde Persönlichkeit.

Diese Definition erlaubt die Untersuchung vom Verhalten und von autonomen und experimentellen Aspekten von Temperament. Zwei Richtungen der Untersuchungen sind möglich,

einerseits die neurophysiologischen Strukturen, andererseits die psychologischen, besonders die Untersuchung von Interaktionen und sozialer Entwicklung.

Schwieriges Temperament

THOMAS UND CHESSE (1980) beschreiben schwieriges Temperament mit spezifischen Temperamentsattributen wie Irregularität in biologischen Funktionen, Zurückziehen von neuen Stimuli, schlechte Anpassungsfähigkeit, starke Stimmungsintensität und relativ häufig negative Stimmung, welche die Kinder für die meisten Eltern unserer Kultur schwierig machen. Das „Goodness-of-fit-Modell“ besagt, dass bei Übereinstimmung der Umwelt mit den Temperamenteigenschaften des Kindes eine optimale Entwicklung des Kindes resultiert, Diskrepanzen jedoch führen zu „Poorness-of-fit“ und zu maladaptivem Verhalten.

BUSS UND PLOMIN (GOLDSMITH ET AL. 1987) beschreiben schwieriges Temperament abhängig von der Interaktion mit den Eltern. Stimmt der Ausprägungsgrad der beiden Dimensionen Aktivität und Soziabilität zwischen Eltern und Kind überein, wird es zu einer harmonischen Beziehung kommen, da Bedürfnisse bei keinem der Interaktionspartner unbefriedigt bleiben. Bei sich nicht entsprechenden Temperamentsmerkmalen von Eltern und Kind wird Frustration die Folge sein. Besonders aktive und emotionale Kinder gelten als schwierig und bereiten den Eltern Probleme bei der Betreuung. Aktive Kinder stoßen schnell an Grenzen und ertragen keine Einschränkungen und inaktive Situationen.

ENGFER ET AL. (1987) beschreiben als altersunabhängige Merkmale für schwierige Kinder häufiges Weinen, Quengeln und Misslaunigkeit. Als altersspezifisch für das frühe Säuglingsalter steht mangelnde Tröstbarkeit im Vordergrund, keine regelmäßigen Schlaf- und Essenszeiten und eine hohe Aufwachfrequenz in der Nacht. Mit 18 Monaten empfinden die Mütter die Beaufsichtigung besonders unruhiger Kinder als schwierig. Mit 43 Monaten gelten ungehorsame Kinder, Kinder mit Problemen beim Durchschlafen, sowie Kinder, die sich rücksichtslos durchsetzen, um Zuwendung und Beachtung zu bekommen, als schwierig. Als Kriterium für ein schwieriges Kind gilt das Auslösen von mütterlichen Gefühlen wie ärgerliche Ungeduld und strafende Tendenzen. Anfangsprobleme der Mütter mit sehr jungen Säuglingen erlauben keine Prognose hinsichtlich der Verhaltensprobleme, die die Mütter später mit ihren Kindern haben werden. Doch Mütter mit 18 Monate alten schwierigen Kindern geben auch mit 43 Monaten Probleme an. Ob und in welchem Maße die Mutter das Kind als schwierig empfindet, hängt nicht nur vom altersspezifischen Verhalten ab, sondern auch von den verschiedenen Entwicklungsphasen der Mutter-Kind-Beziehung.

BAUER UND FONN (1992) stellen durch das mehrmalige Ausfüllen von Temperamentfragebögen durch die Eltern vor der Geburt bis zu einem Jahr danach fest, dass das stärkste Gewicht

das Schreien für die Beurteilung der Schwierigkeit des Kindes trägt. Weiter gelten schlecht beruhigbare Kinder, Kinder mit einem unregelmäßigen Essens- und Schlafrhythmus, und Kinder, welche nicht gerne kuscheln und schmusen, als schwierig. Die Prädiktoren ändern in den verschiedenen Messzeitpunkten die Signifikanz, vor der Geburt ist das Schreien, die Laune und an dritter Stelle die Beruhigbarkeit signifikant für die Einschätzung der Schwierigkeit, im Alter von fünf Monaten stehen die Beruhigbarkeit und das Schreien an erster Stelle.

BATES (1980) schreibt zusammenfassend, dass schwieriges Temperament definiert werden kann als kindliche negative emotionale Responsivität, welche von einem individuellen Elternteil als solche empfunden wird, wie auch als dargestellte Qualitäten des Kindes, der Eltern und deren Beziehung.

ROTHBART (GOLDSMITH ET AL. 1987) sieht Probleme bei der Definition vom schwierigen Temperament, sie glaubt nicht, dass schwieriges Temperament mit bestimmten Temperamentsvariablen festgelegt werden kann. Es ist wichtig, den situativen Kontext zu beachten, das heißt, wenn ein individuelles Kind als schwierig beschrieben wird, wird die Schwierigkeit in einer bestimmten Situation gesehen, doch gilt das vielleicht nicht in einer anderen. Was in einem bestimmten Alter als schwierig gilt, ist es nicht in einem anderen, und was von der Bezugsperson als schwierig empfunden wird, wird vom Beobachter anders gewertet und umgekehrt.

3.3.2 Messung von Temperament

Die Erfassung vom kindlichen Temperament kann einerseits durch die Beurteilung der Eltern anhand eines Interviews oder Fragebogen erfolgen, andererseits durch Beobachtung des Kindes zu Hause oder unter Laborbedingungen. Ein Vorteil von Beobachtungen ist die Objektivität, gesteigert durch standardisierte Bedingungen im Labor, was zur besseren Genauigkeit und Vergleichbarkeit der Daten führt. Die Temperamenteinschätzung durch Beobachter kann einen Vergleich mit der Einschätzung der Eltern ermöglichen. Zum Beispiel finden BORNSTEIN ET AL. (1991) heraus, dass die Mutter und der Beobachter innerhalb der selben Zeitperiode über die Beurteilung des Kindes übereinstimmen, berichtet aber die Mutter generell über ihr Kind, stimmt das nicht mit der Einschätzung des Beobachters überein.

Andererseits müssen die Beobachter ausgebildet sein, sie sehen das Kind nur in einigen Situationen und während einer begrenzten Zeitspanne. Zudem können bei standardisierten Laborbedingungen festgelegte Situationen nicht auf das alltägliche Verhalten des Kindes übertragen werden und die Auswahl der Situationen kann zur Verzerrung der Wahrnehmung führen.

Die häufigste und einfachste Messung erfolgt durch Elternbefragung. Die Untersuchung ist leicht durchzuführen, braucht kein geschultes Personal und ist ökonomisch. Kritisiert wird die

Validität, die Reliabilität und besonders die Subjektivität der Elterneinschätzung und es wird hinterfragt, was der Elternfragebogen wirklich misst.

WOLK ET AL. (1992) stellt Probleme und Vorteile vor, welche Eltern als Beobachter ihrer Kinder mitbringen. Die Eltern kennen die Kinder in verschiedenen Situationen und können sie rund um die Uhr beurteilen. Doch sie haben keinen Vergleich zu anderen Kindern und die elterlichen Bedürfnisse, Persönlichkeiten, Beziehungen und Erwartungen gehen in die Beurteilung mit ein.

Die elterlichen Charakteristika, ihre Persönlichkeit, die soziale Unterstützung, der sozioökonomische Status, die Erziehungseinstellung, die Erwartungen vom Temperament, das Geschlecht und die Parität beeinflussen die Beurteilung ihrer Kinder (BATES 1980, CROCKENBERG UND ACREDITO 1983, FISH UND STIFTER 1993, MEBERT UND KALINOWSKI 1986, SAMEROFF ET AL. 1982, SCHAEFER ET AL. 1987, VAUGHN ET AL. 1987).

Untersucher mit Temperamentfragebögen müssen sich darüber im Klaren sein, dass ihre Messungen das kindliche Verhalten widerspiegeln, aber eher auch elterliche Charakteristika reflektieren und am ehesten eine komplexe Kombination von beidem wiedergeben. Die elterliche Wahrnehmung vom kindlichen Temperament ist von großer Bedeutung, weil sie möglicherweise mehr Einfluss auf die Entwicklung des Kindes hat als das eigentliche Temperament (SAMEROFF ET AL. 1982). Zusammenfassend kann man als objektive Komponente der elterlichen Beurteilung das Verhalten des Kindes verstehen, während die subjektive Komponente eigene Dimensionen der Mutter beinhaltet wie die Persönlichkeit, die Stimmung und die Erwartungen. Beides gibt als objektiven Faktor wieder, wie sich die Eltern dem Kind gegenüber verhalten (MEBERT 1991).

3.3.3 Vorgeburtliche Temperamentvorstellungen

BRAZELTON UND CRAMER beschreiben in ihrem Buch *Die frühe Bindung* den vor der Schwangerschaft entstandenen Kinderwunsch. Er birgt die Hoffnung, ein Ebenbild hervorzu- bringen und beinhaltet das Gefühl der Unsterblichkeit. Die Erwartungen sind grenzenlos: das Kind wird typische Merkmale der Familie aufweisen, vielleicht Namen von Familienmitgliedern tragen, einen Beruf ergreifen, der für die Familie charakteristisch ist und so weiter. Zudem besteht die Hoffnung, verlorene Idealvorstellungen und verpasste Möglichkeiten zu verwirklichen. Die Eltern stellen sich vor, dass das Kind überall da erfolgreich ist, wo sie selbst versagt haben. Ein weiterer Wunsch besteht, alte Beziehungen wiederzubeleben. Das Kind kann verstorbene Familienangehörige oder Freunde ersetzen, es kann den Lauf der Zeit aufhalten, den Schmerz des Todes und des Verlustes leugnen. Das Erwachen der Bindung be-

ginnt mit der Schwangerschaft und wird deutlicher, wenn die ersten Bewegungen spürbar werden. Durch das Empfinden des Fötus als eigenes Wesen wird eine Beziehung möglich. Gegen Ende der Schwangerschaft wird der Fötus immer realer, Zyklen der fötalen Bewegungen und Aktivitäten deutet die Mutter als späteres Temperament des Kindes (BRAZELTON UND CRAMER 1991).

Die vorgeburtlichen Erwartungen der Mutter sind somit grenzenlos. Die Vorstellungen vom kindlichen Temperament leiten sich ab von den fötalen Bewegungen, den direkten Interaktionen mit dem Fötus. Einen weiteren Einfluss auf das Bild des imaginären Babys nimmt die elterliche Persönlichkeit. Die elterlichen Vorstellungen vom kindlichen Temperament zeigen nach der Geburt einen Zusammenhang mit dem elterlichen Geschlecht, der sozialen Klasse, der persönlichen Charakteristika, der Beziehung zum Partner und dem Gesundheitsstatus (SAMEROFF ET AL. 1982, VENTURA UND STEVENSON 1986, ZEANAH ET AL. 1986, 1987, 1990).

Stabilität der vorgeburtlichen Vorstellungen

Verschiedene Studien zeigen, dass die Erwartungen der Schwangeren von ihren Kindern mit der Temperamentbeurteilung im jungen Säuglingsalter korrelieren (MEBERT 1989, ZEANAH ET AL. 1986 und 1990).

Die mütterlichen Vorstellungen sind stabiler im Verlauf der Schwangerschaft verglichen mit denjenigen des Vaters. Die Väter haben keine direkte Erfahrung mit dem Fötus, ihre Erwartungen sind nicht von den Kindsbewegungen her entstanden, so wechseln die Vorstellungen vor und nach der Geburt stärker. Bei den Müttern zeigt sich ein Wechsel der kindlichen Temperamentvorstellungen nach der Geburt, wenn sie die Geburt anders erlebt haben als erwartet (gemessen mit dem ITQ) (ZEANAH ET AL. 1986).

Verschiedene Aspekte vom Temperament des Säuglings im Alter von vier Monaten werden von den Müttern signifikant ähnlich beurteilt, wie sie sich die Kinder vor der Geburt vorstellten. Besonders betrifft das die Skalen Regelmäßigkeit, Aktivität und Stimmung (gemessen mit dem ITQ) (ZEANAH ET AL. 1987). Als bester Prädiktor für die elterliche postpartale ICQ-Beurteilung gelten ihre pränatalen Erwartungen (DIENER ET AL. 1995).

BAUER UND FONN (1992) stellen fest, dass sich die Stellenwerte der verschiedenen Attribute vor und nach der Geburt ändern können. Die Eltern stellen sich vor der Geburt ein sehr aktives Kind auch als fröhlich und gut gelaunt vor. Die Aktivität wird als positiv empfunden. Die Aufmerksamkeitsforderung von Seiten des Kindes wird nicht als lästig oder schwierig eingeschätzt, sondern steht im Zusammenhang mit dem Schmusen und Kuscheln des Kindes. Die Erwartungen über die kindliche Schwierigkeit liegen vor der Geburt signifikant höher als nach der Geburt, besonders betreffen sie die Dimensionen Beruhigbarkeit, Regelmäßigkeit

und Schreiverhalten. Ansonsten erwarten die Eltern ein gut gelauntes Kind, welches gerne schmust und kuschelt. Nach der Geburt gilt ein leises und ruhiges Kind als fröhlich und gut gelaunt. Mit fünf Monaten wird häufiges Gehalten-werden-wollen und die Aufmerksamkeitsforderung durch das Kind als schwierig erlebt und unabhängig vom Schmusen und Kuscheln des Kindes beurteilt (gemessen mit dem „Infant Characteristics Questionnaire“ von BATES ET AL. 1979).

Kindsbewegungen

Die Mütter erleben die Aktivität, die Rhythmizität und die Stimmung ihres Kindes unmittelbar während der Schwangerschaft. Die Vorstellungen vom kindlichen Temperament, insbesondere die Aktivität des Kindes, sind stark beeinflusst von den fötalen Bewegungen.

Die Kinder werden nach der Geburt in besonderen Situationen beurteilt, wobei das Temperament nicht nur von fötalen Bewegungen abgeleitet werden kann. Die Mütter bekommen eine relativ stabile Vorstellung vor der Geburt über das kindliche Temperament und dieses interne Bild wird mit der Zeit modifiziert, bleibt aber relativ stabil. Die elterliche Beurteilung vom kindlichen Temperament basiert auf dem kindlichen Verhalten und auf den elterlichen Vorstellungen, welche sich schon vor der Geburt entwickeln (ZEANAH ET AL. 1986).

Mütterliche Persönlichkeit und Depressivität

Die Persönlichkeit der Mutter ist verbunden mit ihren Vorstellungen vom kindlichen Temperament. Besonders ängstliche und depressive Frauen stellen sich ein schwieriges Temperament vor (CUTRONA UND TROUTMAN 1986, HOPKINS ET AL. 1987, MANGELSDORF ET AL. 1990, VAUGHN ET AL. 1987, ZEANAH ET AL. 1987 und 1990). Mütter mit vermehrt negativem Affekt erwarten unruhigere und quengelnde Kinder, postpartal beurteilen sie die Kinder als weniger anpassungsfähig. Die ängstliche und depressive Stimmung (gemessen mit dem BDI und STAI) der Schwangeren zeigt jedoch in der Studie von DIENER ET AL. (1995) keine signifikante Korrelationen zu bestimmten kindlichen Charakteristika. Es handelt sich bei den Stichproben um keine Extremgruppen und die Stimmung ist allgemein positiv ausgefallen.

Glückliche Mütter erwarten ihre Kinder als zufrieden und oft lachend und nehmen sie postpartal auch als oft lächelnd und lachend wahr.

Die mütterliche Extroversion und eine positive Emotionalität ist verbunden mit positiven Erwartungen vom kindlichen Temperament (BATES 1980).

MEBERT (1991) findet eine Korrelation der mütterlichen Angst und Depression mit der Betreuungskomponente, aber nicht mit der kindlichen Verhaltenskomponente. Das heißt, die pränatale Angst und Depression beeinflusst die Vorstellung der eigenen Kompetenz als Betreuerin, aber nicht die Sicht auf das Kind an sich. Somit sind höhere Level an Angst und

Depression verbunden mit Erwartungen von Schwierigkeiten mit der Kinderbetreuung und daraus resultiert die Vorstellung vom schwierigen Kind.

3.3.4 Einfluss von Depression auf die mütterliche Wahrnehmung des Säuglings

WHIFFEN UND GOTTLIB (1989) fragen sich, ob die depressiven Mütter ihre Kinder als schwierig empfinden, weil sie eine allgemein negativere Empfindung gegenüber ihrer Umgebung haben, weil sie das kindliche und ihr eigenes Befinden in einem negativen Licht sehen oder alternativ: Haben die depressiven Mütter wirklich schwierige Kinder? In ihrer Studie beurteilen die depressiven Mütter nicht die Kinder vom Temperament her als schwierig, sie geben aber mehr Schwierigkeiten mit der kindlichen Betreuung an und empfinden die Kinder als größere Last als die nicht-depressive Kontrollgruppe. Die Kinder selber zeigen mehr negative Emotionen, sind angespannter und verschlechtern sich schneller bei Testaufgaben unter Stress. Das kindliche Verhalten kann die Stimmung der Mutter verschlimmern und ihre Annahme von ihrer Unfähigkeit als Mutter verstärken. Die depressiven Mütter machen eher sich selbst Vorwürfe als ihren Kindern über ihre Schwierigkeiten mit der Kinderbetreuung und ihrer Empfindung der Last, was ein Attribut der klinischen Beschreibung von Depression ist.

CUTRONA UND TROUTMAN (1986) sehen eher das schwierige Temperament des Kindes als Auslöser von Depression. Indirekt beeinflusst das Verhalten des Kindes die mütterliche Einschätzung ihrer Kompetenz und als direkter Einfluss löst das häufige Schreien eine dysphorische Stimmung bei der Mutter aus.

HOPKINS ET AL. (1987) untersuchen die mütterliche Wahrnehmung vom kindlichen Temperament und stellen fest, dass depressive Mütter im „Infant Characteristics Questionnaire“ (ICQ) die Kinder als schwieriger, weniger anpassungsfähig und weniger vorhersagbar beurteilen, verglichen mit Kindern von nicht-depressiven Frauen. Weitere Studien ergeben, dass Mütter mit höherem Level an Angst und Depression die Kinder als schwieriger beurteilen (VAUGHN ET AL. 1987, VENTURA UND STEVENSON 1986, ZEANAH ET AL. 1987).

Die Mütter mit schwierigen Kindern (gemessen mit dem ITQ) sind aggressiver, misstrauischer, impulsiver, abhängiger, irritabler und ängstlicher vor der Geburt als die Mütter mit einfachen Kindern (VAUGHN ET AL. 1987). Somit vertreten VAUGHN ET AL. (1987) die Meinung, dass für die ITQ-Diagnose von einem einfachen oder schwierigen Kind genauso wie die kindliche auch die mütterliche Responsivität überprüft werden muss. Auch MANGELSDORF ET AL. (1990) finden eine Verbindung zwischen dem mütterlichen Verhalten, ihrer Persönlichkeit und dem kindlichen emotionalen Temperament (gemessen anhand Beobachtungen zu Hause). Ein oft schreiendes Kind bekommt von der Mutter weniger positive Affektivität, weniger Wärme und Unterstützung.

PRIDHAM ET AL. (1994) untersuchen einen Zusammenhang von kindlichen Variablen und mütterlicher Selbsteinschätzung und finden heraus, dass Temperamentsvariablen wie die Beruhigbarkeit, die Rhythmizität im Essen und Schlafen und die Responsivität auf Reize eine Antwort sind auf die mütterliche Kompetenz. Die Mutter nimmt das kindliche Temperament im Licht wahr, wie sie sich selbst als Mutter einschätzt. ENGFER (1986) schreibt, dass Mütter, welche sich hilflos und ineffektiv im Beruhigen ihrer Babys fühlen, beginnen, die eigenen Schwierigkeiten mit dem Kind den Charakteristika des Kindes zuzuschreiben. Die Kinder erscheinen ihnen nicht nur schwierig, sondern werden es auch, wie von den Müttern erwartet. Zusammenfassend kann man sagen, dass als besonders belastend für die Eltern häufiges Schreien, mangelnde Beruhigbarkeit und Reaktivität des Säuglings erlebt wird und die Depressivität begünstigen kann. Die Depressivität wiederum gefährdet die Mutter-Kind-Interaktion (COHN UND TRONICK 1983). Die Responsivität der Mutter wird vom kindlichen Temperament beeinflusst, hängt aber auch von der mütterlichen Erziehungseinstellung, ihrer Persönlichkeit (Angst- und Depressionsneigung) und der sozialen Unterstützung ab (CROCKENBERG UND ACREDOLO 1983).

Bei der Wahrnehmung des Kindes als schwierig ist anzunehmen, dass Diskrepanzen zwischen den Vorstellungen und Erwartungen der Eltern und der Realität bestehen, was zu einer schlechten Anpassung („Poorness-of-fit“) zwischen dem Kind und den Eltern führt. Dieses maladaptive Verhältnis ist der Ausgangspunkt für ein erhöhtes Risiko und für die Manifestation von Verhaltensproblemen (THOMAS UND CHESS 1980).

3.3.5 Zusammenfassung

Als wichtigste Punkte für die Definition von Temperament gelten: Temperament hat eine biologische Grundlage, ist in der frühen Kindheit relativ klar und unbeeinflusst zu untersuchen, zeigt eine gewisse Stabilität, wird von der Umwelt beeinflusst und zeigt individuelle Unterschiede auf. Die Beurteilung des Kindes als schwierig ist ein „schwieriges Konzept“ und hängt ab von der wahrnehmenden Person. Wenn es sich um die Mutter handelt, spielen ihre eigenen Charakteristika, ihre Erwartungen und Vorstellungen, die Beziehung und die Interaktionen mit dem Kind eine bedeutende Rolle. Weiter zu beachten sind der situative Kontext und die altersspezifischen Merkmale. Depressive Mütter tendieren dazu, sich ihre Kinder als schwierig vorzustellen und auch wahrzunehmen. Es ist möglich, dass die Mütter wegen ihrer Stimmung eine generell negativere Sichtweise haben, oder ihre Depressivität und das damit verbundene Verhalten führt zur Schwierigkeit des Kindes, und die Kinder zeigen ein schwieriges Temperament. Die Interaktionen mit dem Kind sind in verschiedenen Studien negativer als die Beobachtungen von nicht-depressiven Müttern. Verbunden mit dem viel schreienden

und schlecht beruhigbaren Kind ist auch die eigene Unfähigkeit, mit dem Kind umzugehen und es zu beruhigen. Die Wahrnehmung des Kindes und die Diskrepanz zwischen den Vorstellungen und Erwartungen und dem tatsächlichen Temperament gefährden die Mutter-Kind-Bindung, die Interaktionen und die Entwicklung des Kindes.

4 Ableitung der Fragestellungen

4.1 Die allgemeine Fragestellung

Die Literatur über die pränatale und postnatale Depression gibt keine einheitliche und klare Definition der Begriffe wider. Die Schwierigkeit liegt bei der Abgrenzung von normalen psychologischen und physiologischen Vorgängen in diesen Zeitperioden und einer klinischen Manifestation einer Depression. Verschiedene Einflussfaktoren können eine dysphorische Stimmung begünstigen, so zum Beispiel eheliche Unzufriedenheiten, eine schwache soziale Unterstützung, Ambivalenzen gegenüber dem Kind und Angst. Nach der Geburt können auch kindliche Stressoren wie ein häufig weinendes und schlecht beruhigbares Kind oder medizinische Komplikationen eine Depression auslösen. Mehrere Studien zeigen das Vorhandensein einer vor- sowie auch einer nachgeburtlichen Depressivität, wobei die postpartale Depressivität weniger ausgeprägt ist (O'HARA ET AL. 1984, 1990, CUTRONA 1983). Die mütterliche Depressivität wirkt sich auf das kindliche Temperament und die mütterliche Wahrnehmung des Kindes aus (COHN UND TRONICK 1983, FIELD ET AL. 1984, 1990, FLEMING ET AL. 1988).

Diese Studie soll anhand zweier Extremgruppen, einer depressiven und einer nicht-depressiven Stichprobe, vor und nach der Geburt mögliche Einflussfaktoren der Depressivität überprüfen. Als weiterer Punkt werden die Zusammenhänge der Depressivität mit der mütterlichen Wahrnehmung des kindlichen Temperaments untersucht.

4.2 Spezifizierung der Fragestellungen

Die Variablen Schwangerschaftskomplikationen, Geburtsangst, Kindsbewegungen, Vorstellungen vom Kind, von der Erziehungseinstellung und Mutterrolle, und die Unterstützung durch den Partner werden im Zusammenhang mit der depressiven Stimmung während der Schwangerschaft untersucht.

Postpartal wird überprüft, ob die Depressivität immer noch vorhanden ist und in welchem Zusammenhang sie mit der sozialen Unterstützung, der Erziehungseinstellung und dem kindlichen Temperament steht.

Die Vorstellung vom kindlichen Temperament wird beeinflusst von den Kindsbewegungen und der mütterlichen Persönlichkeit (ZEANAH ET AL. 1986, 1987, 1990, VENTURA UND STEVENSON 1986), und es zeigt sich eine Stabilität der vorgeburtlichen Einschätzungen mit der postpartalen Temperamentsbeurteilung des Kindes (MEBERT 1989, ZEANAH ET AL. 1986,

1990). Ein weiterer wichtiger Einfluss auf die Wahrnehmung des Kindes stellt die mütterliche Persönlichkeit dar. In einigen Studien wurde nachgewiesen, dass depressive Frauen ihre Kinder negativer einschätzen (HOPKINS ET AL. 1987, VAUGHN ET AL. 1987, VENTURA UND STEVENSON 1986, ZEANA ET AL. 1987). Somit ergibt sich als dritte Fragestellung, welche Zusammenhänge sich bei der Temperamentsbeurteilung des vier Monate alten Säuglings mit den Kindsbewegungen, den vorgeburtlichen Einschätzungen des Temperaments und der Depressivität der Mutter zeigen.

4.3 Fragestellungen

4.3.1 Pränatale Depressivität

Besteht ein Zusammenhang der pränatalen Depressivität mit

- Komplikationen während der Schwangerschaft?
- der Geburtsangst?
- dem Kinderwunsch?
- den zukünftigen Charakteristika des Säuglings?
- den Erziehungsvorstellungen?
- der Unterstützung durch den Partner?

4.3.2 Postpartale Depressivität

Besteht ein Zusammenhang der postpartalen Depressivität mit

- der Depressivität in der Schwangerschaft?
- der sozialen Unterstützung?
- den mütterlichen Erziehungseinstellungen?

4.3.3 Kindliches Temperament

Ist die mütterliche Wahrnehmung des kindlichen Temperaments verbunden mit

- der mütterlichen Depressivität?
- ihrer sozialen Unterstützung?
- ihren Erziehungseinstellungen?
- den vorgeburtlichen Vorstellungen von den Charakteristika des Säuglings?

5 Methodik

5.1 Untersuchungsgruppen

5.1.1 Stichprobenkriterien

Als Stichprobenkriterien gelten folgende: Die Frauen müssen Erstgebärende sein, keine Risikoschwangerschaften wie zum Beispiel Mehrlingsschwangerschaften aufweisen, keine schwerwiegenden Erkrankungen, wie zum Beispiel Diabetes mellitus, haben und zum guten Verständnis des Interviews und der Fragebögen deutschsprachig sein.

5.1.2 Einteilungskriterien

Als Kriterium für die Einteilung der Erstgebärenden in die depressive und in die nicht-depressive Gruppe gilt die Auswertung des Depressionsfragebogen CES-D im letzten Trimester der Schwangerschaft. Versuchspersonen, welche eine Punktzahl unter oder gleich 12 erzielen, kommen in die nicht-depressive Gruppe, Frauen mit Werten über oder gleich 18 Punkten werden in die depressive Gruppe eingeteilt.

5.1.3 Biosoziale Daten

An der Studie nahmen 31 Erstgebärende im Alter zwischen 18 und 37 Jahren teil, das Durchschnittsalter der Frauen betrug 28,26 Jahre, wobei vier Altersangaben fehlen. Alle Frauen waren nicht alleinerziehend, davon hatte keine einen Hauptschulabschluss, 15 einen Realschulabschluss und 16 das Abitur.

5.2 Untersuchungsverfahren

5.2.1 Erstuntersuchung – vor der Geburt

5.2.1.1 Angaben zur Person

Zur Erfassung der Sozialdaten wurde ein Kurzfragebogen erstellt. Die Fragen klären, ob die Versuchsperson erstgebärend ist, ob sie alleinerziehend ist, welche Schulbildung sie hat und ob sie schwerwiegende Erkrankungen wie zum Beispiel Diabetes mellitus oder eine Gestose hat. Der Sozialfragebogen ist im Anhang, Tab. 1, abgedruckt.

5.2.1.2 Fragen zur Geburtsangst

Die Skala „Geburtsangst“ aus dem Schwangerschaftseinstellungsfragebogen S-S-G wurde zur Erfassung der Geburtsangst eingesetzt. Sie dient zur Erfassung der Sorgen und Befürchtungen um die Person der Mutter wegen der möglichen Gefährdung durch den Geburtsakt. In hohen Werten spiegelt sich die Angst, dass der Mutter bei der Geburt ihres Kindes etwas zustoßen könnte, dass es zu bedrohlichen Komplikationen kommen kann. Niedrige Werte deuten auf Gelassenheit und eine zuversichtliche Haltung gegenüber eventuell zu befürchtenden Gefahren während beziehungsweise durch die Geburt hin. Die Items des Fragebogens werden mit wenigen Ausnahmen unpersönlich formuliert mit der Vermutung, dass sich der Trend des eigenen subjektiven Erlebens und Befindens bei einer indirekten Fragestellung besser zeigt als es bei einer direkten der Fall wäre. Der überwiegende Teil der Fragen wird so formuliert, dass eine Zustimmung die Bejahung des negativen Einstellungspols bedeutet. Damit soll eine „Ja-sage-Tendenz“ vermieden werden, welche die Ergebnisse verfälschen kann (LUKESCH H. und LUKESCH M.). Für die Beantwortung der Fragen liegt ein sechsstufiges Antwortschema vor, eine starke Ablehnung (-3) bis zur starken Zustimmung (+3) umfassend. Als Beispielimtem: „Komplizierte Geburten sind häufiger als man denkt.“

Der Fragebogen zur Geburtsangst ist im Anhang, Tab. 2, abgedruckt.

5.2.1.3 Depressivität der Schwangeren

Für die Messung der Depressivität im letzten Trimester der Schwangerschaft wurde die deutsche Version der CES-D Skala gewählt, heute wird sie die „Allgemeine Depressions Skala (ADS)“ genannt. Die „Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)“ ist ein Messinstrument für die Depressivität in der Allgemeinbevölkerung und besteht aus zwanzig Feststellungen, die typische depressive Symptome beinhalten. Der CES-D wurde speziell für den Einsatz bei Untersuchungen an nichtklinischen Stichproben, Bevölkerungsgruppen und epidemiologischen Gemeindestichproben entwickelt. Neben diesem Anwendungsgebiet in der Allgemeinbevölkerung hat sich der CES-D auch in klinischen Stichproben aus dem psychiatrischen, psychosomatischen und neurologischen Bereich bewährt. Deutschsprachige Untersuchungen zum CES-D ergaben bei schwangeren Frauen (zwischen der 30. und 40. Schwangerschaftswoche) mittlere Werte von 10.6 (SD 7,6). Aufgrund der durchschnittlichen Punktzahl von 10.6 und dem Mittelwert von 7,3 wurde die depressive Gruppe der Schwangeren ab einer Punktzahl von 18 Punkten definiert.

Die Innere Konsistenz erreicht Werte zwischen .81 und .91. Die Testhalbierungsreliabilität liegt bei .83. Die Fragen betreffen das Vorhandensein und die Dauer von depressiven Affek-

ten, körperlichen Beschwerden, motivationaler Defizite, motorischen Hemmungen und negativen Denkmustern. Es besteht eine hohe Korrelation ($r = .89$) mit dem Beck Depression Inventory (BDI) (HAUTZINGER 1988, HAUTZINGER UND BAILER 1993). Der Bezugsrahmen ist die Woche vor der Befragung. Die Beurteilung der 20 Items erfolgt in einer vierstufigen Skala, welche über die Häufigkeit und Dauer des Auftretens jedes Symptoms von „kaum, überhaupt nicht (weniger als 1 Tag = 0 Punkte)“, „manchmal (1 bis 2 Tage = 1 Punkt)“, „öfters (3 bis 4 Tage = 2 Punkte)“, bis zu „meistens, die ganze Zeit (5 bis 7 Tage = 3 Punkte)“ reicht. Vier Items sind negativ gepolt und erlauben Personen zu identifizieren, die unehrlich oder unaufmerksam geantwortet haben.

Als Beispielitem: „Während der letzten Woche haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen.“ Vier Items sind negativ gepolt, so dass bei der Auswertung eine Angabe mit „0“ mit 3 Punkten usw. eingeht. Ein CES-D Wert von 18 Punkten und mehr darf als auffällig bezeichnet werden.

Der Depressionsfragebogen ist im Anhang, Tab. 3, abgedruckt.

5.2.1.4 Interview

Das semistrukturierte Interview fand in der 35.–38. Schwangerschaftswoche statt. Im Interview wurde als erstes auf die Schwangerschaftsanamnese eingegangen, gefragt wurde nach Komplikationen während der Schwangerschaft wie Übelkeit, Erbrechen, hoher Blutdruck, Blutungen, Müdigkeit, Rückenschmerzen, Sodbrennen, Ödemen und vorzeitige Wehen. Wie werden die Kindsbewegungen beschrieben und empfunden, besteht ein gewisser Tagesrhythmus? Wie reagiert das Ungeborene auf Reize, wie zum Beispiel auf Musik, auf das Streicheln des Bauches, auf eine gestresste oder entspannte Verfassung der Schwangeren? Weiter wurde nach der Geburtsangst gefragt: Vor was hat die Frau besonders Angst, betrifft es die Schmerzen, Komplikationen wie Sectio, eine schwere Geburt mit folgenden Schäden für das Kind, oder hat sie Angst vor Missbildungen des Kindes? Gibt es Gründe für die Angst? Vielleicht sind Komplikationen in der Familie bekannt, oder die Frau hat schon eine Fehl- oder Totgeburt erlebt. Im Bezug auf die Geburtsvorbereitung wird gefragt, ob sie sich genügend vorbereitet und bereit fühlt für die Geburt.

Der zweite Themenbereich umfasst die Vorstellung über das Kind. Wie stark ist der Kinderwunsch bei der zukünftigen Mutter und beim Vater vorhanden und welches Geschlecht wird bevorzugt? Die Vorstellung über das Temperament des Kindes umfasst die Aggressivität (schreien), die Zufriedenheit (lachen), die motorische Aktivität, die Aufmerksamkeit, die Durchsetzungsfähigkeit, die Schreckhaftigkeit bei neuen Reizen, die Beruhigbarkeit und das Schlafverhalten. Über die Vorstellung bezüglich der Familie wurde nach Merkmalen der Mut-

ter, des Vaters und der Familie gefragt, welche sie sich für das Kind erhofft und welche sie befürchtet.

Das nächste Thema betrifft die Vorstellung über die Erziehung und die Mutterschaft. Wie klar sind ihre Erziehungspläne vorhanden, wird sie sich stark nach der eigenen Erziehung orientieren, wird sie eher streng oder eher nachgiebig sein? Wie wertet sie den Einfluss der Erziehung auf das Kind, und wird sie sich viel mit dem Kind beschäftigen? Bezüglich der Mutterrolle wurde gefragt, ob sie sich freue auf ihre neuen Aufgaben, ob sie sich der Verantwortung gewachsen fühle, ob sie zufrieden sein werde als Mutter oder ob sie auch Probleme sehe mit der enormen Lebensumstellung. Hat sie sich schon viele Gedanken gemacht über das Kind? Weitere Fragen betreffen die Beziehung zur eigenen Mutter und den Verlauf ihrer eigenen Geburt. Zum Schluss kommen noch ein paar Fragen zur Partnerschaft. Wie hat sich die Partnerschaft während der Schwangerschaft entwickelt, hat sich der Partner um sie gekümmert und sie unterstützt? Wie sind ihre Vorstellungen über den Partner als zukünftigen Vater, wie ist die Kommunikation des Paares, die Zärtlichkeit und die sexuelle Beziehung? Wie wird sich die Partnerschaft entwickeln, wenn das Kind da ist?

Die Interviews wurden zu verschiedenen Tageszeiten bei den Versuchspersonen zu Hause durchgeführt. Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen, danach angehört und mit der fünfstufigen Antwortskala, von „keine/nicht“ bis „viel/stark“ reichend, im Interviewrating bewertet. Am Schluss der Interviews wurde die Frau im Gespräch als ängstlich oder zuversichtlich, verschlossen oder offen, verkrampft oder entspannt, unsicher oder selbstsicher und unehrlich oder ehrlich beurteilt. Anhand der Tonbandaufnahmen ist eine Überprüfungsmöglichkeit gegeben, die Interviews wurden von einer Person durchgeführt und es erfolgte eine Prüfung der Untersucherübereinstimmung.

Die Interviewfragen sind im Anhang, Tab. 4, abgedruckt.

5.2.2 Zweituntersuchung – Vier Monate nach Geburtstermin

5.2.2.1 Allgemeine Angaben

16 Wochen nach dem Termin wurden als erstes allgemeine Angaben wie die Berufstätigkeit der Mutter, festgestellte Erkrankungen des Kindes, die Nahrung des Kindes im Alter von vier Monaten, ob es gestillt wurde und wie lange, erhoben.

Der Fragebogen über die allgemeinen Angaben ist im Anhang, Tab. 5, abgedruckt.

5.2.2.2 Soziale Unterstützung

Zur Untersuchung der sozialen Unterstützung wurde der SOZU-Fragebogen von FYDRICH ET AL. 1987 eingesetzt. Es geht um die Beziehung der Mutter zu nahestehenden Menschen, zum

Partner, Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten und wie sie diese Beziehungen selber einschätzt. Drei Aspekte der sozialen Unterstützung gelten als besonders relevant, und zwar die emotionale Unterstützung, die praktische Unterstützung und die soziale Integration (FYDRICH ET AL. 1987). Die Antwort erfolgt in einer fünfstufigen Skala von „trifft nicht zu“ bis „trifft genau zu“. Als Beispielitem: „Es gibt Menschen, die Leid und Freude mit mir teilen.“

Der Fragebogen über die soziale Unterstützung ist im Anhang, Tab. 6, abgedruckt.

5.2.2.3 Mütterliche Erziehungseinstellung

Zur Erfassung der Erziehungseinstellung der Mütter wurden die Skalen „Überfürsorge aus Angst“ und „Rigidität“ aus dem Fragebogen zur Erhebung der Einstellung von Müttern mit Kindern im Kleinkindalter (EMKK) von ENGFER (1984) verwendet. Die Skala „Überfürsorge aus Angst“ misst die Ängste, welche das Wohlergehen des Kindes betreffen und die Tendenz, das Baby besonders wachsam und andauernd zu umsorgen. Als Beispielitem: „Ich bin ständig in Sorge, dass meinem Kind was zustoßen könnte.“ Die Skala beinhaltet 17 Items mit einer internen Konsistenz von .80 (Cronbachs Alpha).

Die Skala „Rigidität“ zeigt die Neigung, das Baby zu kontrollieren und die kindlichen Bedürfnisse wegen einer starren Normvorstellung zu missachten. Als Beispielitem: „Wenn mein Kind schreit, lasse ich es in Ruhe, dann beruhigt es sich ganz alleine.“ Die Skala hat 14 Items und eine interne Konsistenz von .75 (Cronbachs Alpha).

Die Fragen beider Skalen wurden gemischt und die Mutter hatte vier Antwortmöglichkeiten von „trifft sehr zu“ bis „trifft gar nicht zu“.

Der Fragebogen zur Erfassung der Erziehungseinstellung ist im Anhang, Tab. 7, abgedruckt.

5.2.2.4 Mütterliche Depressivität

Zur Messung der Depression wurde wieder der CES-D-Fragebogen wie bei der Befragung vor der Geburt eingesetzt (siehe dort) sowie die H-Skala. Die H-Skala ist die „hopelessness-scale“ von BECK in der deutschen Übersetzung und Standardisierung von KRAMPEN (1979). Die Skala hat einen engen Bezug zur Depression und dient der Messung von Pessimismus/Hoffnungslosigkeit versus Optimismus beim Erwachsenen. Die Hoffnungslosigkeit ist das endgültige Resultat vergeblicher Auseinandersetzung mit der Umwelt und wird definiert als kognitives System von negativen Erwartungen einer Person über sich selbst und über ihr zukünftiges Leben. Die zwanzig Aussagen werden mit „ja“ oder „nein“ beantwortet. Die Skala eignet sich gut für junge Mütter, weil keine Items Schlafstörungen oder Erschöpfungszustände betreffen, welche als physiologische Zustände in der postpartalen Zeitperiode gelten

können und somit nicht als depressive Symptome fehlgedeutet werden. Als Beispielitem: „Ich glaube nicht, dass ich jemals das im Leben bekomme, was ich mir in Wahrheit wünsche.“

Die H-Skala ist im Anhang, Tab. 8, abgedruckt.

5.2.2.5 Geburtsverlauf entsprechend dem Mutterpass

Zur Erfassung des Geburtsverlaufs anhand von Angaben über den Geburtsmodus, Apgar-Werte, pH-Werte, Hb-Werte, mögliche Fehlbildungen, Geschlecht, Gewicht und Länge des Kindes wurde den Frauen die Abschluss-Untersuchung entsprechend dem Mutterpass zum Ausfüllen zugeschickt.

Der Fragebogen über den Geburtsverlauf ist im Anhang, Tab. 9, abgedruckt.

5.2.2.6 Temperamentfragebogen

Zur Erfassung des kindlichen Temperaments wurde die deutsche Übersetzung und den deutschen Verhältnissen angepasste Version des „Infant Behavior Questionnaire“ (IBQ) von ROTHBART (1981) verwendet. Der Fragebogen entwickelte sich in Abgrenzung zum „Infant Temperament Questionnaire“ (ITQ) von CAREY. ROTHBART benutzte nur sechs Temperamentsdimensionen anstelle der neun Kategorien des ITQ, welche jedoch gut voneinander abgrenzbar sind (ROTHBART 1981). Die Dimensionen betreffen die Aktivität, das Lächeln/Lachen, die Angst, die Reaktion auf Einschränkung, die Beruhigbarkeit und die Dauer der Orientierung. Um die Angaben der Mutter möglichst objektiv zu erfassen, sind die Fragen auf bestimmte Verhaltensweisen des Kindes im Bezug auf definierte Situationen des Alltags bezogen und laufen nicht auf eine allgemeine Beurteilung des Kindes hinaus. Der Zeitraum ist auf die letzte Woche beschränkt. Der Fragebogen reflektiert Temperament in einem interaktiven System, bezieht die betreuende Person und die konstitutionell basierenden Charakteristika des Kindes mit ein und zeigt eine Stabilität, die wahrscheinlich nicht unter Laborbedingungen gefunden wird. Die Temperamentmessung ist nicht unabhängig von der kindlichen Umgebung zu Hause. Die elterlichen Angaben zeigen das Temperament, wie es sich im Kind-Betreuer-System von Interaktionen demonstriert. Durch das Einbeziehen von gegenteiligen Items wird eine mögliche Antwortverfälschung vermindert (ROTHBART 1981). Der entstandene deutsche Temperamentfragebogen enthält 78 Fragen zu den Bereichen Aktivität, positive Emotionen (lächeln/lachen), Angst, Reaktion auf Einschränkungen und Beruhigbarkeit. Die Skala Orientierungsdauer bleibt unberücksichtigt. Der Zeitraum betrifft die letzte Woche und die Beurteilung der Fragen reicht von „nie“ (1) bis „immer“ (7), oder die Antwortmöglichkeit „Situation kam nicht vor“ (x). Als Beispielitem: „Wie oft hat Ihr Kind in der letzten Woche abends vor dem Einschlafen nicht gequengelt oder geschrien?“

Der Temperamentfragebogen ist im Anhang, Tab. 10, abgedruckt.

5.3 Untersuchungshergang

Die Datenerhebung erfolgte vom März 1994 bis Januar 1997. In Geburtsvorbereitungskursen der Universitätsfrauenklinik, des Evangelischen Krankenhauses und des katholischen St. Josef-Krankenhauses in Gießen wurde den Frauen im letzten Trimester der Schwangerschaft ein Fragebogen über ihr momentanes Befinden (CES-D Fragebogen) und über Gedanken zur Geburt (fünf Fragen über die Geburtsangst vom S-S-G) angeboten. Wenn sie sich für ein Interview noch vor der Geburt und für eine zweite Erhebung vier Monate nach dem Termin bereit erklärten, schrieben sie die Telefonnummer auf den Fragebogen und wurden später kontaktiert. Anhand der Auswertung des CES-D Fragebogens wurden die Frauen in eine depressive und eine nicht-depressive Gruppe unterteilt. In jeder Gruppe nahmen 16 Frauen teil, wobei die Angaben einer Frau der depressiven Stichprobe wegen Blindheit nicht mitverwertet werden konnten; somit ergaben sich 15 Versuchspersonen in der depressiven Gruppe und 16 Frauen in der anderen. Beim Ausfüllen des Fragebogens befanden sich die Frauen zwischen der 29. und 37. SSW, durchschnittlich in der 32,84 SSW. Das Interview fand in der 35. bis 38. SSW statt, durchschnittlich waren die Versuchspersonen in der 36,48 SSW.

Nicht-depressive Frauen zeigten sich eher bereit, an der Studie mitzumachen. Zwei depressive Frauen wollten trotz der Angabe der Telefonnummer nicht mehr mitmachen und bei vier depressiven Frauen war das Kind vor der 35. SSW schon da, also zu früh, um noch ein Interview machen zu können.

16 Wochen nach dem Termin wurden den Müttern die Fragebögen zugeschickt. Die Kinder waren 16 bis 20 Wochen alt, durchschnittlich 17 Wochen, wobei bei fünf Kindern das genaue Alter in Wochen nicht angegeben wurde. Alle Frauen schickten die Fragebögen zurück.

5.4 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung fand im Institut für Medizinische Psychologie in Gießen mit der Unterstützung von Frau PD Dr. PAULI-POTT statt.

Zunächst wurden für alle Daten Häufigkeitsauszählungen durchgeführt und es wurden die Verteilungscharakteristiken der verschiedenen Variablen in der Stichprobe überprüft.

Um die Gruppenvergleiche bezüglich der pränatal erhobenen Fragen über die Schwangerschaftsanamnese, die Geburtsangst, die Vorstellungen vom Kind, von der Mutterrolle und der

Erziehung und die Partnerschaft durchzuführen, wurden je nach Skalenniveau der Variablen der t-Test, der Mann-Whitney-U-Test oder das Chi²-Verfahren angewandt.

Auch für die Überprüfung, ob sich die beiden Gruppen postpartal hinsichtlich der Depressivität, der sozialen Unterstützung und der Erziehungseinstellungen unterscheiden, wurde das t-Test-Verfahren, der Mann-Whitney-U-Test oder das Chi²-Verfahren eingesetzt.

Zur Klärung der Fragen, ob die mütterliche Depressivität, ihre soziale Unterstützung, die Erziehungseinstellungen und die vorgeburtlichen Vorstellungen einen Zusammenhang mit dem kindlichen Temperament zeigen, wurden Korrelationskoeffizienten berechnet.

Je nach Auswertung wurden bei Rangordnungen oder bei einer kontinuierlichen Verteilung entsprechend Spearman- beziehungsweise Pearsonkorrelationskoeffizienten errechnet. Der Einfachheit halber werden in der tabellarischen Ergebnisdarstellung die Koeffizienten einheitlich als Korrelationskoeffizienten (r) benannt.

Skalen und Indexbildung des Interviews:

Die Items des Interviews wurden gemäß ihrer korrelativen Beziehung mit Hilfe der Faktorenanalyse in wenige, voneinander unabhängige Variablengruppen geordnet. Zur Ordnung und Strukturierung der Daten und um die Frage der Dimensionalität zu klären, wurden Hauptkomponentenanalysen mit anschließender Varimaxrotation über die Items der folgenden Abschnitte des Interviews durchgeführt. Bei der Itemanalyse und Skalenbildung wurden die Items aus der Skala entfernt, entweder wegen zu geringer Trennschärfe oder zu hohen „Fremdtrennschärfen“ (Korrelationen mit der jeweils anderen Skala).

1) Schwangerschaftsanamnese

Schwangerschaftskomplikationen

Die Komplikationen während der Schwangerschaft wurden inhaltlich in leichte und schwerwiegendere körperliche Beschwerden eingeteilt und die Summen dieser Items als Index verwendet. Zum Index „leichtere Komplikationen“ gehören die Items Übelkeit, Erbrechen, Müdigkeit, Rückenschmerzen und Sodbrennen. Der Index „schwerwiegende Beschwerden“ beinhaltet die Items hoher Blutdruck, Blutungen, Ödeme und zusätzlich noch vorzeitige Wehen.

Kindsbewegungen

Die Kindsbewegungen wurden anhand der Einzelitems untersucht. Die anhand der Faktorenanalyse geordneten Items ergaben keinen inhaltlich interpretierbaren Zusammenhang.

Tabelle 1: Ergebnisse der Faktorenanalysen der Items über die Kindsbewegungen

ITEMTEXT	FAKTOR 1	FAKTOR 2	KOMMUNALITÄT
wild (I9)	.41	.69	.65
ohne Tagesrhythmus (I10)	-.67	.09	.46
unangenehme Empfindung (I11)	.81	.09	.67
starke Reizreaktion (I12)	-.28	.80	.72
Eigenwerte	1.38	1.11	
% Varianz (kummuliert)	34.5	62.3	

Geburtsangst

Vom Inhalt ausgehend wurde die Geburtsangst eingeteilt in Ängste, die eher die Mutter betreffen, wie „Angst vor Schmerzen (I13), vor einer Sectio (I14), eine schwere Geburt (I15)“, und in Ängste, welche eher das Kind betreffen. Dazu gehören „geburtsbedingte Schäden fürs Kind (I16), Angst vor einer Totgeburt (I17) und vor Missbildungen (I18)“. Als Einzelitems kamen die „schon erlebte Fehlgeburt (I19)“, „bekannte Komplikationen in der Familie (I20)“ und die „Einschätzung der Vorbereitung für die Geburt (I21)“ dazu.

2) Vorstellung vom Kind

Als Einzelitems wurden der „Kinderwunsch von der Mutter und vom Vater (I22 und I23)“ untersucht, wie auch das „bevorzugte Geschlecht (I24–I27)“.

Bei der Faktorenanalyse und Itemanalyse der Items betreffend der Vorstellungen vom kindlichen Temperament luden als erster Faktor „aktives, anstrengendes Kind“ die Items: „wenig beruhigbar (I34), motorisch aktiv (I30), durchsetzungsfähig (I32), wenig schlafen (I35), und viel schreien (I28)“. Als weitere Skala ergibt sich bei der Itemanalyse die positive Emotionalität „lachen (I29)“.

Tabelle 2: Ergebnisse der Faktoren- und Itemanalysen der Items über die Vorstellungen vom kindlichen Temperament

ITEMTEXT	FAKTOR 1	FAKTOR 2	FAKTOR 3	KOMMUNALITÄT
motorisch aktiv (I30)	.75	.19	-.00	.60
durchsetzungsfähig (I32)	.67	-.09	.37	.59
schreckhaft (I33)	-.13	.91	-.01	.84
beruhigbar (I34)	-.51	-.64	-.09	.67
schlafen (I35)	-.81	.01	.09	.66
lachen (I29)	-.05	.04	.96	.92
schreien (I28)	.82	.02	-.08	.68
Eigenwerte	2.68	1.22	1.06	
% Varianz (kummuliert)	38.3	55.8	71.0	

Skala 'aktives, anstrengendes Kind' der Itemanalyse

ITEMTEXT	r (korr.)
----------	-----------

wenig beruhigbar (I34)	.45
motorisch aktiv (I30)	.61
durchsetzungsfähig (I32)	.47
wenig schlafen (I35)	.62
viel schreien (I28)	.66

Cronbach's Alpha: .78

(h = Kommunalität, a = Faktorenladung, r (korr.) = part-whole-korrigierte Trennschärfe)

Die Faktorenanalyse über die Items des Interviews, die inhaltlich die Vorstellungen der Mütter über die Einflüsse der Familienmerkmale auf das Kind betreffen, erbrachten zwei gut interpretierbare Skalen. Die Items „Merkmale der Mutter, die das Kind nicht haben soll (I37)“ und „Merkmale des Vaters, die das Kind nicht haben soll (I39)“ zeigten eine hohe Ladung und wurden als Faktor „elterliche Merkmale nicht erwünscht“ zusammengefasst. Die zweite Skala „elterliche Merkmale erwünscht“ beinhaltet die Hoffnung auf "viele Merkmale der Mutter (I36), des Vaters (I38) und der Familie (I40) für das Kind“. Als Einzelitem bleibt der Wunsch nach „vielen Merkmalen der Familie, die das Kind nicht haben soll (I41)“.

Tabelle 3: Ergebnisse der Faktoren- und Itemanalysen der Items über die Familienähnlichkeit

ITEMTEXT	FAKTOR 1	FAKTOR 2	FAKTOR 3	KOMMUNALITÄT
Merkmale der Mutter haben (I36)	-.42	.62	.08	.57
Merkmale der M. nicht haben (I37)	.90	.10	.07	.83
Merkmale des Vaters haben (I38)	-.00	.87	.25	.82
Merkmale des V. nicht haben (I39)	.83	-.28	.08	.77
Merkmale der Familie haben (I40)	.47	.57	-.49	.79
Merkmale der F. nicht haben (I41)	.16	.24	.87	.85
Eigenwerte	1.96	1.63	1.02	
% Varianz (kummuliert)	32.7	59.8	76.9	

3) Vorstellungen der Erziehung und Mutterschaft

Auf dem ersten Faktor zeigten die Items „die Vorstellung über die Erziehung ist schon vorhanden (I42), die Mutter wird eher nicht nachgiebig sein (I45), sie wird eher streng sein (I46), und es wird ihr nicht leicht fallen, sich auf das Kind einzustellen (I50)“ hohe Ladungen. Der zweite Faktor verbindet die Items „die Erziehung hat einen starken Einfluss auf das Kind (I43), die Mutter wird die Erziehung der Eltern als Vorbild nehmen (I44), und sie hat sich schon viele Gedanken über das Kind gemacht (I49)“. Als Einzelitem bleibt die „gute Beziehung zur eigenen Mutter (I55)“.

Als gemeinsame Skala „geplante strenge Erziehung“ ergaben sich nach der Itemanalyse die Items „die Vorstellung über die Erziehung ist schon vorhanden (I42), sie wird eher nicht nachgiebig sein (I45), sie wird eher streng sein (I46)“.

Tabelle 4: Ergebnisse der Faktoren- und Itemanalysen der Erziehungs- und Mutter-schaftsvorstellungen

ITEMTEXT	FAKTOR 1	FAKTOR 2	KOMMUNALITÄT
Erz.vorstellung ist nicht vorhanden (I42)	-.53	.03	.28
Erz. starken Einfluss (I43)	-.40	.65	.59
Eltern als Vorbild (I44)	.23	.35	.17
nicht nachgiebig (I45)	.72	-.19	.56
eher nicht streng (I46)	-.81	-.40	.81
viele Gedanken gemacht (I49)	.28	.70	.57
nicht leicht, auf K. einzust. (I50)	.62	-.13	.40
gute Beziehung eig. Mutter (I53)	.18	-.57	.37
Eigenwerte	2.16	1.59	
% Varianz (kummuliert)	27.0	46.8	

Skala „geplante strenge Erziehung“ der Itemanalyse

ITEMTEXT	r (korr.)
Erz.vorst. ist vorhanden (I42)	.35
nicht nachgiebig (I45)	.50
eher streng (I46)	.57

Cronbach's Alpha: .66

r (korr.) = part-whole-korrigierte Trennschärfe

4) Partnerschaft

Als gemeinsamer Faktor „positive Partnerschaft“ zeigten folgende Items nach der Faktorenanalyse eine hohe Ladung: „die Partnerschaft hat sich während der Schwangerschaft positiv verändert (I55), die Schwangere erlebt den Partner als fürsorglich (I56), und das Paar redet über das zukünftige Kind miteinander (I61)“.

Tabelle 5: Ergebnisse der Faktoren- und Itemanalysen der Partnerschaft

ITEMTEXT	FAKTOR 1	FAKTOR 2	KOMMUNALITÄT
pos. Veränderung der P. (I55)	.79	.08	.63
Partner ist fürsorglich (I56)	.75	-.18	.60
Vater hat Kind gewünscht (I57)	.07	.75	.57
haben selben Erz.vorst. (I59)	-.28	.73	.61
reden über zukünftige K. (I61)	.62	.01	.40
P. wird sich pos. verändern (I64)	.42	.48	.41
Eigenwerte	1.84	1.37	
% Varianz (kummuliert)	30.7	53.5	

Skala „positive Partnerschaft“ der Itemanalyse

ITEMTEXT	r (korr.)
pos. Veränderung der P. (I55)	.51
Partner ist fürsorglich (I56)	.43
reden über zukünftige K. (I61)	.31

Cronbach's Alpha: .60

r (korr.) = part-whole-korrigierte Trennschärfe

5) Beurteilung der werdenden Mutter im Gespräch

Bei der Beurteilung der Schwangeren im Gespräch zeigten die Items „offen (I66), entspannt (I67), selbstsicher (I68) und ehrlich (I69)“ eine hohe Ladung, zusammengefasst als Faktor „positive Beurteilung der Mutter“.

Tabelle 6: Ergebnisse der Faktoren- und Itemanalysen der Items betreffend die Beurteilung der werdenden Mutter im Gespräch

ITEMTEXT	FAKTOR I	KOMMUNALITÄT
offen (I66)	.87	.76
entspannt (I67)	.89	.79
selbstsicher (I68)	.48	.23
ehrlich (I69)	.69	.46
Eigenwert	2.25	
% Varianz (kummuliert)	56.2	

Skala „positive Beurteilung der Mutter“

ITEMTEXT	r (korr.)
offen (I66)	.65
entspannt (I67)	.71
selbstsicher (I68)	.29

Cronbach's Alpha: .73

r (korr.) = part-whole-korrigierte Trennschärfe

6 Ergebnisse

6.1 Gruppenvergleich der biosozialen Daten

6.1.1 Biosoziale Daten der Mutter

Es bestehen keine Altersdifferenzen zwischen den beiden Gruppen und keine Unterschiede betreffend die Berufstätigkeit.

Die beiden Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Schulbildung. In der depressiven Gruppe haben zehn Frauen einen Realschulabschluss, fünf haben das Abitur. In der nicht-depressiven Gruppe liegen die Verhältnisse umgekehrt, fünf Frauen haben einen Realschulabschluss, elf Versuchspersonen haben das Abitur.

Auswertung 1: Personaldata der Mütter in der depressiven Gruppe (Gruppe 1, n = 15) und in der Kontrollgruppe (Gruppe 2, n = 16)

	GRUPPE 1	GRUPPE 2		
Schulbildung				
Hauptschule	0	0		
Realschule	10 (66,7%)	5 (31,3%)		
Abitur	5 (33,3%)	11 (68,8%)	Chi2 = 3,88	p < .05
Alter				
Geburtsjahr x,s	67,1 4,8	66,5 3,5	t = 0,34	ns
Berufstätigkeit im Alter des Kindes von vier Monaten				
keine	13 (86,7%)	14 (87,5%)		
halbtags	1 (6,7%)	2 (12,5%)		
ganztags	1 (6,7%)	0	Chi2 = 1,34	ns

Mitgeteilt sind je nach Skalierung des Merkmals die prozentuale Häufigkeit, der Mittelwert (x), die Standardabweichung (s), der t-Wert (t), der Chi2-Wert (Chi2) und die Irrtumswahrscheinlichkeit (p), wobei ns = nicht signifikant.

6.1.2 Geburtsverlauf und biologische Daten des Kindes

Hinsichtlich der Anzahl der Schwangerschaften, des Zeitpunktes der Erstuntersuchung, des Geschlechts, des Geburtsmodus, der Apgar-Werte, des Gewichts und der Länge des Kindes bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Die depressiven Frauen haben mehr Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft wahrgenommen,

durchschnittlich 13,57 Untersuchungen im Vergleich zu 11,6 der Kontrollgruppe. Weiter besteht ein Unterschied des ph-Wertes gemessen an der Nabelarterie. Der ph-Wert der Kinder der depressiven Erstgebärenden beträgt 7,206 im Gegensatz zum durchschnittlichen ph-Wert von 7,290 der Kontrollgruppe, wobei jedoch beide Werte im Normbereich liegen.

Auswertung 2: Vergleich des Geburtsverlaufes und der biologischen Daten des Kindes anhand des Mutterpasses von den Frauen der depressiven Gruppe (Gruppe 1, n = 15) und den Frauen der nicht-depressiven Gruppe (Gruppe 2, n = 16)

	GUPPE 1		GRUPPE 2		
Anzahl Schwangerschaften					
1	12 (85,7%)		14 (93,3%)		
2	1 (7,1%)		1 (6,7%)		
3	1 (7,1%)				Chi2 = 1,12 ns
Anzahl Vorsorgeuntersuchungen					
x, s	13,6	2,5	11,6 2,7	t = 1,97	p < .05
Erstuntersuchung					
in SSW x, s	13	7,5	11 7,0	t = 0,54	ns
SSW bei der Geburt					
x, s	40,1	1,5	40,0 1,1	t = 0,29	ns
Geschlecht					
Männlich	6 (40.0%)		6 (37,5%)		
Weiblich	9 (60,0%)		10 (62,5%)		Chi2 = 0,02 ns
Geburtsmodus					
Spontan	10 (71,4%)		14 (87,5%)		
Sectio	4 (28,6%)		2 (12,5%)		Chi2 = 1,21 ns
APGAR 5´					
Punktzahl 8	1 (7,1%)		0		
Punktzahl 9	4 (28,6%)		8 (57,1%)		
Punktzahl 10	9 (64,3%)		6 (42,9%)		Chi2 = 2,93 ns
Gewicht in Gramm					
x,s	3617,33	571,06	3641,88 665,49	t = -0,11	ns
Länge in cm					
x, s	52,53	2,0	52,19 2,1	t = 0,47	ns
ph-Wert Nabelarterie					
x, s	7,21	0,1	7,29 0,06	t = -2,47	p < .05
Hb-Wert der Mutter					
x, s	10,46	1,2	10,93 1,9	t = -0,79	ns

Mitgeteilt wird je nach Skalierung des Merkmals die prozentuale Häufigkeit, der Mittelwert ($\bar{x}$), die Standardabweichung (s), der t-Wert (t), der Chi2-Wert (χ^2) und die Irrtumswahrscheinlichkeit (p), wobei ns = nicht signifikant.

6.1.3 Ernährung und Krankheiten der vier Monate alten Säuglinge

Keine Differenzen sind bei festgestellten Kinderkrankheiten wie zum Beispiel Ekzeme, Harnwegsinfektionen oder einer Hydrozele zu finden.

Bei der Ernährung gibt es Unterschiede. Fünf depressive Frauen stillen noch nach vier Monaten, neun haben abgestillt und eine Frau stillt und gibt die Flasche. In der nicht-depressiven Kontrollgruppe stillen noch 13 Mütter nach vier Monaten. Gar nicht gestillt haben in beiden Gruppen je eine Frau, in der depressiven Gruppe haben acht Frauen in den ersten vier Monaten abgestillt, in der Gruppe 2 nur zwei Frauen. Es zeigt sich also, dass signifikant weniger Frauen der depressiven Gruppe vier Monate nach der Geburt noch stillen.

Auswertung 3: Vergleich der depressiven Gruppe (Gruppe 1, $n = 15$) und der nicht-depressiven Gruppe (Gruppe 2, $n = 16$) hinsichtlich der Kinderkrankheiten und der Ernährung der vier Monate alten Kinder

	GRUPPE 1	GRUPPE 2		
Kinderkrankheiten				
Keine	13 (86,7%)	14 (75,0%)		
Festgestellt	2 (13,3%)	4 (25,0%)	$\chi^2 = 0,68$	ns
Stillen				
nur stillen	5 (33,3%)	12 (75,0%)		
Flasche	9 (60,0%)	3 (18,8%)		
stillen + Flasche	1 (6,7%)	1 (6,7%)	$\chi^2 = 5,86$	$p < .05$
gestillt	14 (93,3%)	15 (93,8%)		
nicht gestillt	1 (6,7%)	1 (6,3%)	$\chi^2 = 0,00$	ns
abgestillt im Monat				
1	2 (14,3%)	0		
2	2 (14,3%)	1 (6,7%)		
3	2 (14,3%)	0		
4	2 (14,3%)	1 (6,7%)		
es stillen noch	6 (42,9%)	13 (86,7%)	$\chi^2 = 7,22$	$p < .05$

Mitgeteilt sind je nach Skalierung des Merkmals die prozentuale Häufigkeit, der Chi2-Wert (Chi2) und die Irrtumswahrscheinlichkeit (p), wobei ns = nicht signifikant.

6.1.4 Zusammenfassung des Gruppenvergleiches der biosozialen Daten

Die Stichproben unterscheiden sich hinsichtlich der Schulbildung, die Frauen der depressiven Gruppe haben zu zwei Drittel einen Realschulabschluss und zu einem Drittel Abitur, in der nicht-depressiven Gruppe liegen die Verhältnisse umgekehrt. Keine Unterschiede gibt es im Alter der Frauen und in der Berufstätigkeit vier Monate nach der Geburt.

Während der Schwangerschaft haben die Frauen der depressiven Gruppe mehr Vorsorgeuntersuchungen durchführen lassen. Bei einem Vergleich des Geburtsverlaufes gibt es nur hinsichtlich des pH-Wertes der Neugeborenen einen signifikanten Unterschied, wobei der Wert bei der Gruppe 1 bei 7,21 liegt und der pH-Wert der Kontrollgruppe 7,29 beträgt, beide liegen aber im Normbereich. Die Kinder unterscheiden sich hinsichtlich des Gewichts, der Größe und des Geschlechts in den beiden Stichproben nicht.

Vier Monate nach der Geburt stillen depressive Frauen ihre Kinder signifikant weniger. Es haben gleich viele Frauen der beiden Gruppen überhaupt nicht gestillt, aber in den ersten vier Monaten haben depressive Frauen viel eher abgestillt.

Hinsichtlich der festgestellten Kinderkrankheiten nach der Geburt gibt es keine Differenzen.

6.2 Darstellung der Ergebnisse bezüglich der Fragestellungen

6.2.1 Pränatale Depressivität

6.2.1.1 Schwangerschaftsanamnese und Geburtsangst

Die ersten Fragestellungen betreffen Zusammenhänge der pränatalen Depressivität mit Komplikationen während der Schwangerschaft und mit der Geburtsangst.

Zwischen den Gruppen ist ein signifikanter Unterschied in der Schwangerschaftsanamnese bei den leichteren körperlichen Beschwerden (Übelkeit, Erbrechen, Müdigkeit, Rückenschmerzen, Sodbrennen) festzustellen. Bei den schwerwiegenden Komplikationen (hoher Blutdruck, Blutungen, Ödeme, vorzeitige Wehen) jedoch nicht.

Es besteht kein Unterschied der Kindsbewegungen hinsichtlich der Beschreibung als sanft bis wild (I9), rhythmisch bis unrhythmisch (I10), der Empfindung als angenehm bis unangenehm (I11) und der Reaktion auf Reize (I12).

Weiter zeigen sich keine signifikanten Differenzen bezüglich der Skala „Geburtsangst“ des S-S-G. Im Interview geben die depressiven Frauen erhöhte Angst vor einer Totgeburt an (I17). Mehr Frauen der depressiven Gruppe haben schon eine Fehlgeburt erlebt (I19). Die Gruppen unterscheiden sich weder bezüglich der Interviewfragen über die Geburtsangst noch bezüglich der Einschätzung der eigenen Geburtsvorbereitung.

Auswertung 4: Vergleich der depressiven Gruppe (Gruppe 1, n = 15) und der nicht-depressiven Gruppe (Gruppe 2, n = 16) hinsichtlich der Schwangerschaftskomplikationen, der Kindsbewegungen und der Geburtsangst

	GRUPPE 1	GRUPPE 2			
Schwangerschaftskomplikationen					
Leichte Komplikationen	20,00	12,25	U = 60,0	Z = -2,38	p < .05
Schwere Komplikationen	10 (66,6%)	7 (43,8%)		Chi2 = 1,64	ns
Kindsbewegungen					
wild (I9)	15,53	16,44	U = 113,0	Z = -0,30	ns
mit Tagesrhythmus (I10)	15,57	16,41	U = 113,5	Z = -0,28	ns
unangenehm (I11)	16,33	15,69	U = 115,0	Z = -0,21	ns
starke Reizreaktion (I12)	17,43	14,66	U = 115,0	Z = -0,89	ns
Geburtsangst					
S-S-G x,s	16,67 3,6	14,69 3,1		t = 1,64	ns
Angst vor Schmerzen (I13)	18,27	13,88	U = 86,0	Z = -1,41	ns
Angst vor Sectio (I14)	16,17	15,84	U = 117,5	Z = -0,10	ns
Angst vor schwerer Geburt (I15)	16,63	15,41	U = 110,5	Z = -0,40	ns
Angst vor Geburtsschäden für Kind (I16)	16,80	15,25	U = 108,0	Z = -0,51	ns
Angst vor Totgeburt (I17)	18,53	13,63	U = 82,0	Z = -1,88	T
Angst vor Missbildung (I18)	15,67	16,31	U = 115,0	Z = -0,21	ns
Angst vor Fehlgeburt erlebt (I19)	3 (20,0%)	0		Chi2 = 3,54	T
Ko. Familie bekannt (I20)	3 (20,0%)	6 (37,5%)		Chi2 = 1,15	ns
Gute Geburtsvorbereitung (I21)	16,37	15,66	U = 114,5	Z = -0,25	ns

Mitgeteilt sind je nach Skalierung des Merkmals die prozentuale Häufigkeit, der Mittelwert (x), die Standardabweichung (s), der t-Wert (t), der Chi2-Wert (Chi2) und die Irrtumswahrscheinlichkeit (p), wobei ns = nicht signifikant und T = Trend (p < .1). Beim Mann-Whitney U-Test werden der mittlere Rangwert, der U-Wert (U) und der Z-Wert (Z) bestimmt.

6.2.1.2 Vorstellungen der Mutter vom Kind, von der Mutterrolle und der Erziehung

Die Fragestellungen betreffen Zusammenhänge der pränatalen Depressivität mit den Vorstellungen der Mutter vom Kind, von der Mutterrolle und der Erziehung.

Der vorhandene Kinderwunsch der Mutter unterscheidet sich nicht in den beiden Gruppen.

Die im Interview erfragte Vorstellung über das kindlichen Temperament wurde zu einer Skala „aktives, anstrengendes Kind“ zusammengefasst, es zeigen sich keine signifikanten Differenzen zwischen den beiden Gruppen. Die Frauen der depressiven Gruppe stellen sich öfter lachende und zufriedener Kinder (I29) vor. Es zeigen sich keine weiteren signifikanten Unterschiede bezüglich der Vorstellung über das Kind und über die Mutterrolle. Der Wunsch nach Merkmalen vom Vater und der Mutter für das Kind als Skala „elterliche Merkmale erwünscht“ und die Hoffnung nach wenig Charakteristika der Eltern als Skala „elterliche Merkmale nicht erwünscht“ sind bei beiden Gruppen gleich.

Bezüglich den Erziehungsvorstellungen als Skala „geplante strenge Erziehung“ zeigen sich keine Differenzen der beiden Gruppen. Die nicht-depressiven Frauen werden aber mehr die Erziehung der eigenen Eltern als Vorbild nehmen (Item I44 des Interviews) als die depressiven Frauen.

Auswertung 5: Vergleich der depressiven Gruppe (Gruppe 1, n = 15) mit der nicht-depressiven Gruppe (Gruppe 2, n = 16) bezüglich der Vorstellungen des kindlichen Temperaments, der Mutterrolle und der Erziehung

	GRUPPE 1	GRUPPE 2			
Kinderwunsch					
von Mutter stark vorhanden (I22)	15,93	16,06	U = 119,0	Z = -0,04	ns
von Vater stark vorhanden (I23)	16,83	15,22	U = 107,5	Z = -0,53	ns
Vorstellungen vom Kind					
Skala ‘aktives, anstrengendes Kind’ x, s	8,00 1,9	8,13 2,1		t = -0,17	ns
viel lachen (I29)	18,67	13,5	U = 80,0	Z = -1,91	p < .05
Skala ‘elterliche Merkmale erwünscht’ x, s	2,93 1,0	3,19 0,9		t = -0,76	ns
Skala ‘elterliche Merkmale nicht erwünscht’ x, s	3,00 0,9	2,88 0,8		t = 0,40	ns
Erziehungsvorstellungen					

Skala 'geplante strenge Erziehung' x, s	4,73 1,2	4,69 1,2		t = 0,11	ns
Erziehung hat starken Einfluss (I43)	15,80	16,19	U = 117,0	Z = -0,13	ns
Eltern als Vorbild nehmen (I44)	12,67	19,13	U = 70,0	Z = -2,04	p < .05
Vorstellungen von der Mutterrolle					
leicht fallen, sich einzustellen (I50)	17,83	14,28	U = 92,5	Z = -1,14	ns
bereit für enge Bindung (I51)	17,40	14,69	U = 99,0	Z = -1,06	ns
Aufgaben gewachsen (I52)	15,67	16,31	U = 115,0	Z = -0,24	ns
gute Beziehung eig. Mutter (I53)	15,11	15,84	U = 106,5	Z = -0,25	ns
gute eigene Geburt (I54)	13,75	17,03	U = 87,5	Z = -1,07	ns

Mitgeteilt sind je nach Skalierung des Merkmals die prozentuale Häufigkeit, der Mittelwert (x), die Standardabweichung (s), der t-Wert (t), der Chi2-Wert und die Irrtumswahrscheinlichkeit (p), wobei ns = nicht signifikant. Beim Mann-Whitney-U Test werden die mittleren Rangwerte, der U-Wert (U) und der Z-Wert (Z) bestimmt.

6.2.1.3 Partnerschaft und Beurteilung der Mutter im Gespräch

Zusammenhänge der pränatalen Depressivität mit der Partnerschaft wurden anhand des Interviews mit der Skala „positive Partnerschaft“ untersucht, es ergeben sich keine Differenzen der beiden Gruppen. Die Einschätzung der zukünftigen Partnerschaft ist nicht unterschiedlich.

Die Beurteilung durch den Interviewer der Mutter im Gespräch als Skala „positive Beurteilung der Mutter“ fällt nicht unterschiedlich aus. Auch die Zuversichtlichkeit der Frauen zeigt keine signifikante Differenz.

Auswertung 6: Vergleich der depressiven Gruppe (Gruppe 1, n = 15) und der nicht-depressiven Gruppe (Gruppe 2, n = 16) bezüglich der Partnerschaft und der Einschätzung im Gespräch

	GRUPPE 1	GRUPPE 2			
Partnerschaft					
Skala 'positive Partnerschaft' x, s	4,80 1,1	4,87 1,1		t = -0,19	ns
wird guter Vater (I58)	14,40	17,50	U = 96,0	Z = -1,19	ns
gleiche Erziehungsvorst. (I59)	14,43	17,47	U = 96,5	Z = -0,97	ns
wird Stütze sein (I60)	14,47	17,44	U = 97,0	Z = -1,03	ns
pos. Veränderung mit Kind (I64)	15,60	16,38	U = 114,0	Z = -0,26	ns
Beurteilung im Gespräch					
Skala 'positive Beurteilung der Mutter' x, s	7,07 1,2	7,13 1,3		t = -0,13	ns
zuversichtlich (I65)	15,63	16,34	U = 114,5	Z = -0,26	ns

Mitgeteilt sind je nach Skalierung des Merkmals die prozentuale Häufigkeit, der Mittelwert (x), die Standardabweichung (s), der t-Wert (t), der Chi2-Wert (Chi2) und die Irrtumswahrscheinlichkeit (p), wobei ns = nicht signifikant. Beim Mann-Whitney U-Test werden die mittleren Rangwerte, der U-Wert (U) und der Z-Wert (Z) bestimmt.

6.2.1.4 Zusammenfassung

Die beiden Stichproben unterscheiden sich nicht in Bezug auf den Kinderwunsch, die Vorstellungen über die Charakteristika des Kindes, die Einschätzung der Mutterrolle und der Partnerschaft. Nur die leichteren Schwangerschaftsbeschwerden wie Übelkeit, Erbrechen, Rückenschmerzen, Müdigkeit und Sodbrennen finden wir vermehrt bei der depressiven Gruppe. Es

zeigt sich eine Tendenz von stärkerer Geburtsangst bei den depressiven Frauen, was sich jedoch nur im Interview und nicht im S-S-G zeigt. Die Erziehungseinstellung variiert nur in Bezug auf das Vorbild der eigenen elterlichen Erziehung, welches bei der depressiven Gruppe weniger vorhanden ist. Es bestehen keine Differenzen der Gruppen bezüglich der positiven Einstellung gegenüber dem Kind und der Mutterrolle und bezüglich einer guten Unterstützung durch den Partner.

6.2.2 Postpartale Depressivität

6.2.2.1 Pränatale Depressivität

Die folgende Fragestellung betrifft den Zusammenhang zwischen der pränatalen und der postpartalen Depressivität. Die vor der Geburt als depressiv geltenden Frauen haben auch vier Monate nach der Geburt signifikant höhere Werte im CES-D-Fragebogen als die nicht-depressive Gruppe, aber niedrigere Werte als pränatal. Im Gegensatz dazu zeigt die Kontrollgruppe eine leicht zunehmend depressive Tendenz postpartal. Die depressive Gruppe weist höhere Werte in der H-Skala auf und zeigt signifikant mehr Depressivität und Hoffnungslosigkeit und somit auch eine negative Sichtweise gegenüber sich selbst und ihrem zukünftigen Leben. Die CES-D-Werte nach der Geburt (CES-D 2) zeigen keine Korrelationen mit der H-Skala. Berechnet wurden hier Spearmanische Rangkorrelationskoeffizienten.

Auswertung 7: Vergleich der depressiven Gruppe (Gruppe 1, n = 15) mit der Kontrollgruppe (Gruppe 2, n = 16) hinsichtlich der Depressivität vor (CES-D 1) und nach der Geburt (CES-D 2 und H-Skala). Korrelationen zwischen der pränatalen und der postpartalen Depressivität und der Hoffnungslosigkeitskala mit n = 31

	GRUPPE 1	GRUPPE 2		
Depressivität				
CES-D 1 x, s	21,20 3,4	8,63 4,0	t = 9,33	p < .001
CES-D 2 x, s	16,13 6,8	9,44 4,0	t = 3,37	p < .005
H-Skala x, s	25,20 1,4	23,81 1,4	t = 2,76	p < .01

	CES-D 2	H-Skala
CES-D 1 r	.66***	.49**
CES-D 2 r		.23

* = p < .05 ** = p < .01 *** = p < .001

Mitgeteilt sind je nach Skalierung der Mittelwert ($\bar{x}$), die Standardabweichung (s), der F-Wert (F), die Irrtumswahrscheinlichkeit (p), der Korrelationskoeffizient (r) und die Signifikanz (p).

6.2.2.2 Partnerschaft und Soziale Unterstützung

Die Unterstützung des Partners gemessen mit der Skala „positive Partnerschaft“ des Interviews steht in keinem Zusammenhang mit der postpartalen Depressivität gemessen mit dem CES-D (CES-D 2). Eine Korrelation zeigt sich zwischen der Skala „positive Partnerschaft“ und bei der Hoffnungslosigkeitsskala (H-Skala). Eine negative Veränderung der Partnerschaft während der Schwangerschaft, eine schwache Unterstützung und Fürsorge des Partners und wenig Gespräche über das zukünftige Kind gehen mit vermehrter Depressivität und Hoffnungslosigkeit postpartal einher.

Der SOZU-Fragebogen umfasst die emotionale und praktische Unterstützung und die soziale Integration. Es konnte kein Zusammenhang nachgewiesen werden zwischen der Depressivität und der sozialen Unterstützung, gemessen mit dem SOZU-Fragebogen.

Auswertung 8: Korrelationen zwischen der Skala ‘positive Partnerschaft’, der sozialen Unterstützung (gemessen mit dem SOZU-Fragebogen postpartal) und der postpartalen Depressivität (CES-D 2 und H-Skala)

Soziale Unterstützung	CES-D 2	H-Skala
Skala ‘positive Partnerschaft’ r	.16	-.45**
SOZU r	.02	-.14

* = $p < .05$ ** = $p < .01$ *** = $p < .001$

Mitgeteilt sind der Korrelationskoeffizient (r) und die Signifikanz (p) $n = 31$.

6.2.2.3 Mütterliche Erziehungseinstellungen

Besteht ein Zusammenhang zwischen der postpartalen Depressivität und der mütterlichen Erziehungseinstellung? Die postpartale Depressivität zeigt eine negative Korrelation mit dem Vorhaben der Mutter, die elterliche Erziehung als Vorbild zu nehmen (I44). Eine schlechte Beziehung zur eigenen Mutter (I53) zeigt einen Zusammenhang mit der H-Skala. Somit haben Frauen mit einer schlechten Beziehung zur eigenen Mutter eine negativere Einstellung gegenüber sich selbst und ihrem zukünftigen Leben.

Sonst zeigen die anhand des Interviews pränatal erhobenen Vorstellungen der Erziehung keine Verbindungen mit der postpartalen Depressivität. Die Hoffnungslosigkeitsskala und der CES-D korrelieren signifikant mit der Skala „Überfürsorge aus Angst“ (EMKKU).

Auswertung 9: Korrelationen zwischen den im Interview erhobenen Erziehungsvorstellungen (anhand von Einzelitems und der Skala ‘geplante strenge Erziehung’) und den Skalen Überfürsorge aus Angst (EMKKU) und Rigidität (EMKKR) des Fragebogens zur Erhebung der Einstellung von Müttern mit Kindern im Kleinkindalter (EMKK)

ERZIEHUNGSEINSTELLUNG	CES-D 2	H-SKALA
Skala ‘geplante strenge Erziehung’ r	.04	-.07
Erz. hat starken Einfluss (I43) r	.08	-.13
Eltern als Vorbild nehmen (I44) r	-.47**	-.27
macht sich viele Gedanken (I49) r	-.14	-.03
gute Beziehung zur eig. Mutter (I53) r	.06	-.52**
EMKKU r	-.50**	-.51**
EMKKR r	.10	.04

* = $p < .05$ ** = $p < .01$ *** = $p < .001$

Mitgeteilt sind der Korrelationskoeffizient (r) und die Signifikanz (p) mit $n = 31$.

6.2.2.4 Zusammenfassung

Die vorgeburtliche Depressivität zeigt sich auch nach der Geburt wieder. Die Gruppe der depressiven Frauen zeigen einen signifikanten Unterschied zu den nicht-depressiven Frauen bezüglich der Hoffnungslosigkeitskala und weisen somit eine negativere Erwartung gegenüber sich selbst und ihrem zukünftigen Leben auf.

Eine schwache Unterstützung durch den Partner und eine schlechte Beziehung zur eigenen Mutter zeigen einen Zusammenhang mit der postpartalen Depressivität (gemessen mit der H-Skala). Die allgemeine soziale Unterstützung gemessen mit dem SOZU-Fragebogen zeigt keine Verbindung mit der Depressivität.

Die Skala „Überfürsorge aus Angst“ aus dem EMKK korreliert hoch mit dem CES-D und der H-Skala; somit zeigen Mütter, die ständig in Sorge und Angst um ihr Kind sind und das Kind besonders gut beschützen wollen, eine Verbindung mit der Depressivität und Hoffnungslosigkeit.

Zusammenfassend konnte nachgewiesen werden, dass die Gruppe der depressiven Frauen auch nach der Geburt eine deutliche Depressivität aufzeigt und negativere Erwartungen gegenüber sich selbst und dem zukünftigen Kind zeigt. Die postpartale Depressivität weist einen Zusammenhang mit einer schwachen Unterstützung durch den Partner, einer schlechten Beziehung zur eigenen Mutter und einer mütterlichen Überfürsorge aus Angst auf.

6.2.3 Kindliches Temperament im Alter von vier Monaten

Im Alter von vier Monaten beurteilte die Mutter das Temperament des Kindes anhand definierter Situationen des Alltags durch den Temperamentfragebogen. Untersucht wurden die Variablen Depressivität, soziale Unterstützung und Erziehungseinstellungsmerkmale, die einen Einfluss auf die Wahrnehmung der Mutter haben können.

Vor der Geburt wurde nach den Kindsbewegungen und den Vorstellungen des kindlichen Temperaments gefragt. Eine weitere Fragestellung betrifft die Verbindung zwischen vorgeburtlichen Erwartungen und der mütterlichen Wahrnehmung des Kindes vier Monate postpartal.

6.2.3.1 Mütterliche Depressivität

Die Fragestellung betrifft den Zusammenhang der mütterlichen Beurteilung des kindlichen Temperaments mit der mütterlichen Depressivität. Der Temperamentfragebogen ist eingeteilt in die Skalen „positive Emotionalität lachen/lächeln“ (SKLAE), „Reaktion bei Einschränkung“ (SKLI), „Beruhigbarkeit“ (SKBE), „Angst“ (SKFE) und „motorische Aktivität“ (SKAC). Die Mütter der depressiven Gruppe beschreiben ihr Baby vergleichsweise häufig negativ in seinen Reaktionen auf Einschränkung (SKLI). Die Skala „negative Reaktion bei Einschränkung“ (SKLI) korreliert mit der H-Skala.

Der Depressionsfragebogen CES-D, der postpartal erhoben wurde (CES-D 2), zeigt keine Korrelation mit der Temperamentsbeurteilung.

Auswertung 10: Korrelation zwischen der mütterlichen Depressivität (CES-D 1, CES-D 2 und H-Skala) und ihrer Einschätzung des kindlichen Temperaments mit vier Monaten mit den Skalen lächeln (SKLAE), Reaktion bei Einschränkung (SKLI), Beruhigbarkeit (SKBE), Angst (SKFE) und motorische Aktivität (SKAC)

	SKLAE	SKLI	SKBE	SKFE	SKAC
CES-D 1 r	.24	.36*	-.13	-.02	.29
CES-D 2 r	.08	.24	-.04	.05	.07
H-Skala r	-.10	.31 T	-.33 T	.15	.34 T

T (Trend) = $p < .1$ * = $p < .05$ ** = $p < .01$ *** = $p < .001$

Mitgeteilt sind der Korrelationskoeffizient (r) und die Signifikanz (p) bei $n = 31$.

6.2.3.2 Soziale Unterstützung und mütterliche Erziehungseinstellungen

Die im Interview erfragte Fürsorge und Unterstützung des Partners als Skala „positive Partnerschaft“ zeigt keine Verbindung mit den Temperamentsskalen.

Auch der SOZU-Fragebogen weist keine Korrelationen mit der mütterlichen Temperamentsbeurteilung auf.

Die im Interview erhobene mütterliche Vorstellung der Erziehung zeigt, dass Frauen mit einer strengen Erziehungsvorstellung (Skala „geplante strenge Erziehung“) ihre Kinder im Alter von vier Monaten als weniger lächelnd (SKLAE), weniger motorisch aktiv (SKAC) und schlechter beruhigbar (SKBE) beurteilen. Weiter zeigt sich eine Korrelation zwischen der Annahme, dass die Erziehung einen starken Einfluss auf das Kind hat (I43), und der Wahrnehmung des Kindes als weniger lächelnd (SKLAE). Eine gute Beziehung zur eigenen Mutter (I53) weist eine Verbindung mit einem zufriedenen und lächelnden (SKLAE) Kind auf. Die Absicht, die elterliche Erziehung als Vorbild zu nehmen (I44), zeigt keine Korrelation mit dem kindlichen Temperament.

Bei der Skala „Überfürsorge aus Angst“ (EMKKU) zeigt sich ein Zusammenhang mit der Temperamentsskala „negative Reaktion bei Einschränkung“ (SKLI). Sonst zeigen die Skalen „Überfürsorge aus Angst“ (EMKKU) und „Rigidität“ (EMKKR) keine Korrelationen mit den Temperamentsskalen.

Auswertung 11: Korrelationen zwischen der sozialen Unterstützung (Skala ‘positive Partnerschaft’ und SOZU) und der Erziehungseinstellung (Skala ‘geplante strenge Erziehung’) und Einzelitems vom Interview (EMKKU und EMKKR) mit den Temperamentsskalen lächeln (SKLAE), Reaktion bei Einschränkung (SKLI), Beruhigbarkeit (SKBE), Angst (SKFE) und motorische Aktivität (SKAC)

	SKLAE	SKLI	SKBE	SKFE	SKAC
Skala ‘positive Partnerschaft’ r	-.01	.03	.07	-.02	-.02
SOZU r	.13	-.01	.15	-.090	.08
Skala ‘geplante strenge Erziehung’ r	-.45**	-.09	-.33 T	.02	-.34 T
Erz. hat starken Einfluss (I43) r	-.51**	-.06	-.38*	.06	-.19
Eltern als Vorbild nehmen (I44) r	.17	-.21	-.17	-.26	-.19
gute Beziehung eig. Mutter (I53) r	.36*	-.26	.22	-.16	-.06
EMKKU r	.13	-.35*	-.01	-.04	-.20
EMKKR r	.13	-.11	-.02	-.16	.07

T (Trend) = $p < .1$ * = $p < .05$ ** = $p < .01$ *** = $p < .001$

Mitgeteilt sind der Korrelationskoeffizient (r) und die Signifikanz (p) mit $n = 31$.

6.2.3.3 Vorgeburtliche Vorstellungen der Charakteristika des Säuglings

Zuerst wurde die Beziehung der Kindsbewegungen mit den pränatalen Vorstellungen vom kindlichen Temperament untersucht und in einem weiteren Schritt, welche Zusammenhänge die Variablen mit der mütterlichen Temperamentsbeurteilung ihrer Säuglinge aufweisen.

Als wild beschriebene Kindsbewegungen (I9) gehen mit der Vorstellung eines motorisch aktiven (I30) und oft schreienden (I28), wenig schlafenden (I35) und somit einem eher anstrengenden Kind einher. Weiter ergibt sich eine Verbindung zwischen unangenehmen Kindsbewegungen (I11) und dem vorgeburtlichen Bild eines oft schreienden Kindes (I28).

In Bezug auf den Temperamentsfragebogen gibt es eine Korrelation zwischen Kindsbewegungen mit starkem Tagesrhythmus (I10) und der Temperamentsskala „Ängstlichkeit“ (SKFE). Weiter zeigt ein Ungeborenes, welches stark auf Reize (I12), wie zum Beispiel das Streicheln des Bauches, auf Musik oder emotionale Zustände der Mutter reagiert, eine Korrelation mit der „motorischen Aktivität“ (SKAC) und einen Zusammenhang mit der Skala „negative Reaktionen bei Einschränkungen“ (SKLI).

Die vorgeburtlichen Temperamentsvorstellungen des Kindes zeigen vier Monate später keine klaren Verbindungen. Die Vorstellung von einem zufriedenen und oft lachenden Kind (I29) zeigt eine Verbindung mit einem schlecht beruhigbaren (SKBE) Säugling. Ein als leicht beruhigbar (I34) vorgestelltes Kind zeigt eine negative Korrelation mit der Skala „negative Reaktion bei Einschränkung“ (SKLI).

Auswertung 12: Korrelationen zwischen den Kindsbewegungen (I9 = wild, I10 = ohne Tagesrhythmus, I11 = unangenehme Empfindung, I12 = starke Reaktion auf Reize) und den vorgeburtlichen Temperamentvorstellungen (I28 = schreien, I29 = lachen, I30 = motorisch aktiv, I34 = beruhigbar, I35 = schlafen) sowie der Beurteilung des Säuglings vier Monate nach der Geburt mit den Skalen Lächeln (SKLAE), negative Reaktion bei Einschränkung (SKLI), Beruhigbarkeit (SKBE), Angst (SKFE) und motorische Aktivität (SKAC).

Kindsbewegungen – Temperamentsvorstellungen

	SCHREIEN (I28)	LACHEN (I29)	MOT. AKTIV (I30)	BERUHIGBAR (I34)	SCHLAFEN (I35)
wild (I9) r	.47**	.09	.49*	-.19	-.53**
ohne Tagesr. (I10) r	.13	-.04	.09	-.02	-.09
unangenehm (I11) r	.33 T	-.29	.12	-.28	-.22
starke Reizr. (I12) r	-.08	.25	-.08	-.10	.18

Kindsbewegungen – Temperamentfragebogen

	SKLAE	SKLI	SKBE	SKFE	SKAC
wild (I9) r	.01	.14	.03	.04	-.04
ohne Tagesr. (I10) r	-.22	-.06	-.30	-.45**	-.22
unangenehm (I11) r	-.08	-.05	.12	.24	-.26
starke Reizr. (I12) r	.19	.36*	.00	.02	.48**

Temperamentsvorstellungen – Temperamentfragebogen

	SKLAE	SKLI	SKBE	SKFE	SKAC
schreien (I28) r	.03	.09	.09	.05	-.02
lachen (I29) r	.07	.33 T	-.50**	-.14	.18
mot. aktiv (I30) r	.15	.06	.12	-.05	.20
beruhigbar (I34) r	.27	-.52**	.04	-.35 T	-.31T
2 schlafen (I35) r	-.02	-.03	.05	-.27	.14

T (Trend) = $p < .1$ * = $p < .05$ ** = $p < .01$ *** = $p < .001$

Mitgeteilt sind der Korrelationskoeffizient (r) und die Signifikanz (p) mit $n = 31$.

6.2.3.4 Zusammenfassung

Untersucht wurden die Variablen Depressivität, soziale Unterstützung, Erziehungseinstellungsmerkmale und vorgeburtliche Erwartungen des kindlichen Temperaments der Mutter in Bezug auf die mütterliche Beurteilung des kindlichen Temperaments vier Monate nach der Geburt.

Der Einfluss der Depressivität auf die mütterliche Wahrnehmung des kindlichen Temperaments zeigt sich besonders anhand der Hoffnungslosigkeitskala. Besonders depressive und hoffnungslose Mütter mit einer negativen Einstellung gegenüber sich selbst und ihrem zukünftigen Leben zeigen eine Tendenz, die Kinder als negativ reagierend bei Einschränkung, als schlecht beruhigbar und stark motorisch aktiv zu beurteilen.

Die soziale Unterstützung durch den Partner, die Familie und durch Freunde zeigt keine Verbindung mit bestimmten Temperamentsmerkmalen.

Bei einer strengen Erziehungseinstellung wird das Kind als weniger lächelnd und als weniger motorisch aktiv und schlechter beruhigbar wahrgenommen. Frauen mit der Einstellung, dass die Erziehung einen starken Einfluss auf das Kind besitzt, beurteilen ihre Babys als weniger lächelnd und lachend. Es besteht ein Zusammenhang mit einem als oft lachend wahrgenommenen Kind und einer guten Beziehung zur eigenen Mutter.

Schwangere Frauen, welche die Kindsbewegungen als wild empfinden, stellen sich ein aktives, schreiendes und schlecht schlafendes Kind vor. Bei der nachgeburtlichen Temperamentsbeurteilung finden wir eine Verbindung zwischen einem Ungeborenen, welches stark auf Reize reagiert, und einem von der Mutter als motorisch aktiv wahrgenommenen Säugling.

Bei den vorgeburtlich vorgestellten Charakteristika des Kindes ergeben sich keine klaren Verbindungen mit der Beurteilung vier Monate nach der Geburt.

7 Diskussion

7.1 Zusammenhang der pränatalen Depressivität mit der Schwangerschaftsanamnese, der Geburtsangst, der Vorstellung vom Kind und der Mutterrolle, der Erziehungsvorstellung und der Partnerschaft

In der Literatur beschriebene Variablen, die die pränatale Depressivität beeinflussen, sind der Kinderwunsch, Ambivalenzen gegenüber dem Kind, der Schwangerschaftsverlauf, die Geburtsangst, die soziale Unterstützung und die Partnerschaft.

Die Angst vor der Geburt kommt in allen Persönlichkeitstypen vor, besonders hoch ist sie jedoch bei depressiven Persönlichkeiten (LOWE 1989). Die Untersuchung von NEUHAUS UND SCHARKUS (1994) ergab, dass die Angst vor möglichen Schäden und Erkrankungen des Kindes im Vordergrund steht und weniger die Angst vor der körperlichen Belastung der Mutter oder vor gynäkologischen Interventionen. Der Vergleich zwischen der depressiven und der nicht-depressiven Gruppe dieser Studie zeigt eine Tendenz der depressiven Frauen für eine stärkere Geburtsangst (anhand der Interviews, keine signifikante Differenz besteht im S-S-G). Ein Unterschied besteht in den leichteren Schwangerschaftskomplikationen wie Übelkeit, Erbrechen, Müdigkeit, Rückenschmerzen und Sodbrennen, welche vermehrt in der depressiven Gruppe angegeben wurden. Verschiedene Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen Komplikationen während der Schwangerschaft und der Geburt und erhöhter Angst und Depression der Mutter (BARNETT UND PARKER 1986, CROWE UND BAEYER 1989, RAPHAEL UND MARTINEK 1994). Der Geburtsverlauf und die biologischen Daten der Kindes zeigen keine signifikanten Differenzen der beiden Gruppen. Die depressiven schwangeren Frauen haben mehr Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen. Die Untersuchung von ASTBURY ET AL. (1994) zeigt bei depressiven Frauen eine schwache pränatale Fürsorge und weniger durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen. Es kann sein, dass Frauen mit erhöhter Depressivität besonders vorsichtig und ängstlich sind und dadurch öfter den Frauenarzt konsultieren.

Eine sehr wichtige Einflussvariable stellt die soziale Unterstützung dar (RAPHAEL UND MARTINEK 1994). Eine gute soziale Unterstützung fördert das Vertrauen bezüglich der eigenen Fähigkeiten und der Kompetenz als Mutter (CUTRONA UND TROUTMAN 1986). Die Ergebnisse zeigen in beiden Gruppen eine gute Unterstützung durch den Partner und eine positive Einstellung gegenüber der bevorstehenden Mutterschaft. In vielen Studien wird eine negative Einstellung und Depressivität der werdenden Mutter mit negativen Erwartungen und Vorstellungen des Kindes in Verbindung gebracht (CUTRONA UND TROUTMAN 1986, MANGELSDORF ET AL. 1990, VAUGHN ET AL. 1987, VENTURA UND STEVENSON 1986). Der Gruppenvergleich

betreffend den Kinderwunsch und die Temperamentsvorstellungen des Kindes ist nicht signifikant verschieden, die depressive Gruppe stellt sich eher lachende und fröhliche Kinder vor. Die nicht-depressiven Frauen werden sich mehr an der elterlichen Erziehung orientieren, sonst unterscheiden sich die Gruppen in den Erziehungsvorstellungen nicht.

Unsere Hypothese, dass depressive Schwangere mehr Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, eine schlechtere soziale Unterstützung durch den Partner und eine negativere Einstellung gegenüber dem Kind und der Mutterrolle haben, hat sich nicht bestätigt. Die Frauen in den hier untersuchten Gruppen haben eine gute Schulbildung, es gibt keine alleinstehenden Frauen, alle geben eine gute Partnerschaft an. Die Frauen der depressiven Gruppe haben vermehrt einen Realschulabschluss, in der nicht-depressiven Stichprobe überwiegt das Abitur, vielleicht steht die Schulbildung im Zusammenhang mit der Depressivität. In dieser Studie zeigen Abiturentinnen weniger Depressivität während der Schwangerschaft als Frauen mit einem Realschulabschluss.

Wir haben zwei Extremgruppen untersucht, welche sich sehr stark in ihrem momentanen Befinden unterscheiden. Nochmals erwähnt sein sollte die größere Schwierigkeit, depressive Versuchspersonen zu finden. Mehr depressive Frauen wollten sich an der Studie nicht mehr beteiligen oder haben das Kind vor der 35. Schwangerschaftswoche bekommen. Alleinerziehende Frauen mit schlechten Voraussetzungen für ihre Mutterschaft, finanziellen Problemen, weniger Unterstützung durch die Familie und durch Freunde, einem Berufsleben, das sie nicht gerne aufgeben oder einschränken, waren nicht daran interessiert, Fragen zu beantworten und ihre Probleme preiszugeben. Diese Gruppe konnte in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt werden. Zudem sind Hochrisikoschwangerschaften und Frühgeborene nicht in den Stichproben enthalten. Vielleicht können zukünftige Studien versuchen, eine mehr heterogene Gruppe von schwangeren Frauen zu untersuchen und noch weitere Einflussfaktoren der Depressivität herausfinden.

7.2 Zusammenhang der postpartalen Depressivität mit der pränatalen Depressivität, der sozialen Unterstützung und der Erziehungseinstellung

Erwähnte Statistiken zeigen als starker Prädiktor für die postpartale Depressivität die pränatale depressive Stimmung. Auch in unserer Studie zeigen die Frauen der depressiven Gruppe eine deutlich höhere Depressivität als die nicht-depressive Gruppe. Der Mittelwert des CES-D pränatal beträgt 21.20, nach der Geburt 16.13, somit geben die jungen Mütter weniger depressive Symptome an als pränatal. Die vorgeburtliche Depressivität zeigt eine starke Korrelation mit der H-Skala und somit eine Hoffnungslosigkeit im Sinne einer negativen Sichtweise ge-

genüber sich selbst und dem zukünftigen Leben. Der Einfluss der sozialen Unterstützung und der Partnerschaft ist auch nach der Geburt in Bezug auf die Depressivität nicht nachzuweisen, jedoch besteht wie schon erwähnt in beiden Gruppen eine gute soziale Unterstützung und Partnerschaft. Die gemessene soziale Unterstützung durch den SOZU-Fragebogen mit den untersuchten Aspekten der emotionalen Unterstützung, der praktischen Unterstützung und der sozialen Integration zeigt keine Korrelation mit der postpartalen Depressivität. Jedoch korrelieren eine schwache Stütze durch den Partner und eine schlechte Beziehung zur eigenen Mutter mit der postpartal erhobenen Hoffnungslosigkeitskala. Die Studie von SMALL et al. (1994) zeigt, dass eine schwache soziale Unterstützung und Stütze durch die Partnerschaft mit der depressiven Stimmung der jungen Mutter korrelieren und diese Frauen häufig alleinstehend, getrennt oder geschieden sind. In unserer Stichprobe sind diese Frauen nicht vertreten, die Gruppen sind relativ homogen und nicht auf die Allgemeinbevölkerung zu übertragen.

Die Depressivität und die Erziehungseinstellung zeigen in der Statistik von FIELD et al. (1984) einen Zusammenhang. Mütter mit postpartaler Depressivität zeigen eine kontroll- und straforientierte Erziehungseinstellung. Studien beschreiben auch den Einfluss der Erziehungseinstellung auf die Mutter-Kind-Interaktion. Eine rigide Erziehungseinstellung mit starren Vorstellungen und Prinzipien, denen sich das Baby zu unterwerfen hat, zeigt ein wenig sensibles Verhalten der Mutter. Die Mutter reagiert nicht hinreichend auf die Bedürfnisse des Kindes und objektiv festzustellen ist ein mehr schreiendes und schlechter beruhigbares Kind im Alter von vier Monaten (ENGFER 1984, ENGFER UND GAVRANIDOU 1987). Die negativen Äußerungen des Kindes können wiederum die Depressivität der Mutter begünstigen und ihre Kompetenz als Mutter in Frage stellen. Im Unterschied zu diesen Studien zeigen die Ergebnisse keinen Zusammenhang zwischen der rigiden Erziehungseinstellung der Mutter und der Depressivität. Die überfürsorgliche Mutter aus Angst und Unsicherheit zeigt aber eine Korrelation mit der Hoffnungslosigkeitskala und somit mit negativen Erwartungen bezüglich sich selbst und ihrer Zukunft.

Es bestehen keine Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen bezüglich des Geburtsverlaufs, den festgestellten Krankheiten des Kindes und es erfolgte auch keine unterschiedliche mütterliche Bewertung des kindlichen Temperaments. Somit ergeben sich die kindlichen Stressoren wie medizinische Komplikationen und Krankheiten des Kindes sowie ein schwieriges Temperament, welche begünstigend auf die Depressivität wirken können (HOPKINS ET AL. 1987, CUTRONA UND TROUTMAN 1986), nicht. Ein signifikanter Unterschied der beiden Gruppen betrifft das Stillen des Kindes. Bedeutend mehr Frauen der depressiven

Gruppe haben in den ersten vier Monaten abgestellt, dieses Ergebnis stimmt auch mit früheren Studien überein.

Zusammenfassend ist zu erwähnen, dass die vorgeburtlich depressive Stimmungslage der Frauen auch nach der Geburt noch vorhanden ist. Die Einflussvariablen soziale Unterstützung und Erziehungseinstellung in Bezug auf die Depressivität konnten in dieser Studie nicht bestätigt werden. Es besteht jedoch eine Verbindung zwischen der mit dem CES-D gemessenen Depressivität und der Hoffnungslosigkeitskala.

Der CES-D mit seinen Fragen über das momentane Befinden der letzten Woche eignet sich gut, um eine Beschreibung der Stimmung zu bekommen. Er ist vergleichbar mit dem „Beck Depression Inventory“ und ist für die Allgemeinbevölkerung entwickelt worden. Vielleicht können aber standardisierte Interviews oder ausführlichere Fragebögen differenziertere Symptome herausfinden und die Persönlichkeit der Versuchsperson stärker miteinbeziehen. Zudem besteht weiterhin die Frage, wann eine klinische Depression beginnt, und ob den Frauen während der Schwangerschaft und in der postpartalen Periode nicht dysphorische Stimmungen zustehen; auch als Folge des enormen Wechsel im Leben, der Bemühungen, den Anforderungen des Kindes gerecht zu werden, des zunehmenden Schlafmangels und den körperlichen Belastungen und Veränderungen.

7.3 Zusammenhang des kindlichen Temperaments im Alter von vier Monaten mit der mütterlichen Depressivität, ihrer sozialen Unterstützung, ihrer Erziehungseinstellung und ihren vorgeburtlichen Vorstellungen des kindlichen Temperaments

Die dritte Hypothese betreffend den Einfluss der Depressivität bezüglich den mütterlichen Wahrnehmungen des Kindes kann zum Teil bestätigt werden. Die vorgeburtliche Depressivität zeigt eine Tendenz zur Beurteilung des Kindes als stark reagierend bei Einschränkungen, es wird zum Beispiel nicht gerne in den Autositz oder in eine Kinderwippe gesetzt. Die postpartale Hoffnungslosigkeit korreliert mit der Beurteilung eines motorisch aktiven und schlecht beruhigbaren Kindes. Eine signifikante Verbindung zwischen einem eher schwierigen Kind (wie schlecht beruhigbar, wenig lächelnd, vermehrt quängelnd und schreiend und motorisch aktiv oder besonders passiv) und den Depressionswerten ergibt sich jedoch nicht.

Die soziale Unterstützung zeigt keine Verbindung mit der kindlichen Temperamenteinschätzung.

Eine strenge Erziehungsvorstellung geht mit der Wahrnehmung eines weniger lächelnden, schwächer motorisch aktiven und schlecht beruhigbaren Säuglings einher. Eine Mutter mit

einem überfürsorglichen Verhalten aus Angst beschreibt ihr Kind als stark reagierend bei Einschränkungen. Die Studie von FIELD ET AL. (1984) stellt fest, dass Mütter mit einer postpartalen Depression eine strenge, straforientierte Erziehungseinstellung haben. Sie zeigen sich weniger sensitiv gegenüber ihren Säuglingen und beeinflussen die Interaktion negativ.

Die mütterliche Rigidität hat mit dem kindlichen Temperament keinen Bezug. Somit kann der Zusammenhang zwischen mehr schreienden und schlechter tröstbaren Säuglingen und einer rigiden Mutter wie in der Literatur beschrieben (ENGFER 1984, ENGFER UND CAVRANIDOU 1987) nicht gefunden werden.

Die Temperamentsvorstellungen des Kindes vor der Geburt sind beeinflusst von den fötalen Bewegungen. Nach der Geburt erfolgt die Beurteilung des kindlichen Temperaments anhand seiner Reaktion beschriebener Alltagssituationen durch die Mutter. ZEANA ET AL. (1986) findet eine relativ stabile mütterliche Vorstellung des Temperaments vor der Geburt, welche mit der Zeit modifiziert wird, aber stabil bleibt. Klare Zusammenhänge zwischen den Kindsbewegungen, den vorgeburtlichen Vorstellungen vom kindlichen Temperament und der Beurteilung des Kindes mit vier Monaten haben wir nicht gefunden. Doch besonders wilde Kindsbewegungen zeigen eine Verbindung mit der Vorstellung von einem aktiven, oft schreienden und schlecht beruhigbaren Kind. Diese vorgeburtlichen Temperamentserwartungen konnten vier Monate nach der Geburt anhand des Temperamentfragebogens nicht weitergeführt werden. Jedoch wird ein Ungeborenes, welches stark auf Reize reagiert, als Säugling als motorisch aktiv und heftig reagierend bei Einschränkungen wahrgenommen.

Die vorgeburtlichen Vorstellungen des Kindes sind beeinflusst von den Erwartungen der Mutter, ihrer Persönlichkeit und der erwünschten Merkmalen der Familie, das kindliche Temperament leitet sie von den fötalen Bewegungen und Aktivitäten ab (BRAZELTON UND CRAMER 1991).

Die häufig beschriebene Verbindung von der mütterlichen Depressivität und ihren negativen Vorstellungen und Wahrnehmungen des kindlichen Temperaments (CUTRONA UND TROUTMAN 1986, VAUGHN ET AL. 1987, VENTURA UND STEVENSON 1986, ZEANA ET AL. 1987) können wir nicht signifikant nachweisen, aber es zeigt sich eine Tendenz, dass die Frauen mit negativen Erwartungen gegenüber sich selbst und ihrem zukünftigen Leben ihre Säuglinge als schlechter beruhigbar und motorisch aktiv beschreiben.

8 Zusammenfassung

Die Entwicklung wird als Transaktionsprozess zwischen kindlichen Charakteristika und Umweltfaktoren verstanden und die Untersuchungen über das kindlichen Temperament haben in den letzten Jahren auch im deutschen Sprachraum zunehmend an Bedeutung gewonnen.

In dieser Studie geht es um die Auswirkungen der mütterlichen Depressivität auf die Wahrnehmung ihres Säuglings. Zudem wollen wir überprüfen, welche Faktoren vor und nach der Geburt die Depressivität begünstigen können.

Es ergeben sich folgende Fragestellungen:

1) Besteht ein Zusammenhang der pränatalen Depressivität mit

- Komplikationen während der Schwangerschaft?
- der Geburtsangst?
- dem Kinderwunsch?
- den zukünftigen Charakteristika des Säuglings?
- den Erziehungsvorstellungen?
- der Unterstützung durch den Partner?

2) Besteht ein Zusammenhang der postpartalen Depressivität mit

- der Depressivität in der Schwangerschaft?
- der sozialen Unterstützung?
- den mütterlichen Erziehungsvorstellungen?

3) Ist die mütterliche Wahrnehmung des kindlichen Temperaments verbunden mit

- der mütterlichen Depressivität?
- ihrer sozialen Unterstützung?
- ihren Erziehungsvorstellungen?
- den vorgeburtlichen Vorstellungen von den Charakteristika des Säuglings?

An der Studie nahmen 31 Erstgebärende teil, 15 depressive Frauen und 16 nicht-depressive. Eingeteilt wurde die Stichprobe im letzten Trimester der Schwangerschaft anhand des CES-D Fragebogens, eine Depressionskala für die Allgemeinbevölkerung mit Fragen über das Vorhandensein und die Dauer von depressiven Affekten, körperlichen Beschwerden, motorischen Hemmungen und negativen Denkmustern. Die erste Erhebung erfolgte vor der Geburt mit dem Depressionsfragebogen CES-D, den Fragen über die Geburtsangst vom S-S-G und einem

Interview. Vier Monate nach dem Termin erfolgte die zweite Erhebung anhand von Fragebögen.

Die beiden Extremgruppen ergeben Unterschiede in Bezug auf vermehrte leichtere Schwangerschaftsbeschwerden, mehr wahrgenommenen Vorsorgeuntersuchungen und einen Trend in Richtung stärkerer Geburtsangst der depressiven Gruppe. Ansonsten zeigen sich keine Differenzen bezüglich der Vorstellungen über das Kind, die Mutterrolle, die Erziehung und die Partnerschaft.

Die pränatale Depressivität hat eine signifikante Korrelation mit der postpartalen Depressivität, auch mit der Hoffnungslosigkeitskala. Bei den Erziehungseinstellungen zeigt eine Überfürsorge aus Angst eine Verbindung mit der Depressivität.

Die Hypothese, dass die Beurteilung des kindlichen Temperaments von den vorgeburtlichen Vorstellungen, der mütterlichen Persönlichkeit (Hilflosigkeits- und Depressionsneigung), ihren Erziehungseinstellungen und der sozialen Unterstützung abhängt, kann teilweise bestätigt werden. Besonders die depressive Frau mit negativen Erwartungen gegenüber sich selbst und ihrem zukünftigen Leben beschreibt ihr Kind als schlechter beruhigbar, stark motorisch aktiv und sich wehrend bei Einschränkungen. Negative Auswirkungen ergeben auch eine strenge Erziehungseinstellung und ein überfürsorgliches Verhalten aus Angst. Pränatal zeigen wilde und stark auf Reize reagierende Ungeborene einen starken Einfluss auf die Vorstellungen und Wahrnehmungen des Kindes.

9 Anhang

Tabelle 1: Sozialfragebogen

Tabelle 2: Skala Geburtsangst aus S-S-G nach LUSCHEK H. und LUSCHEK M.

Tabelle 3: CES-D nach HAUTZINGER

Tabelle 4: Interview zur Schwangerschaftsanamnese, Geburtsangst, Vorstellungen vom Kind und Mutterrolle, Erziehungsvorstellungen und Partnerschaft

Tabelle 5: Fragebogen über allgemeine Angaben nach der Geburt

Tabelle 6: SOZU-Fragebogen (K-22) nach SOMMER UND FYDRICH

Tabelle 7: EMKKU und EMKKR aus EMKK-Fragebogen nach ENGFER ET AL.

Tabelle 8: H-Skala nach BECK ET AL.

Tabelle 9: Geburtsverlauf anhand des Mutterpasses

Tabelle 10: Fragebogen zum kindlichen Verhalten nach ROTHBART

10 Literaturverzeichnis

ABRAMSON L. Y., SELIGMAN M. E. P., TEASDALE J. D. (1978)

Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation
Journal of Abnormal Psychology 87 49–74

AFFONSO D. D., LOVETTS S., PAUL S. M., SHEPTAK S. (1982)

A Standardised Interview that Differentiates Pregnancy and Postpartum Symptoms from Perinatal Clinical Depression
Birth 17 121–130

ARRESKOG B., KJESSLER B., UDDENGERG N. (1982)

Identification of Women with Significant Fear of Childbirth during Late Pregnancy
Gynecologic and Obstetric Investigation 13 (2) 98–107

ASTBURY J., BROWN S., LUMLEY J., SMALL R. (1994)

Birth Events, Birth Experiences and Social Differences in Postpartal Depression
Australian Journal of Public Health 18 176–184

ATKINSON A. K., RICKEL A. U. (1984)

Postpartum Depression in Primiparous Parents
Journal of Abnormal Psychology 31 (1) 115–119

BARNETT B., PARKER G. (1986)

Possible Determinants, Correlates and Consequences of High Levels of Anxiety in Primiparous Mothers
Psychological Medicine 16 177–185

BATES J. E. (1980)

The Concept of Difficult Temperament
Merrill-Palmer Quarterly 26 299–319

BATES J. E., FREELAND C. A. B., LOUNSBURY M. L. (1979)

Measurement of infant difficultness
Child Development 50 794–803

BAUER J., FONN C. (1992)

Die Schwierigkeit des Kindes aus der Sicht der Eltern; Überprüfung des kindlichen Temperaments in einer Längsschnittstudie

Diplomarbeit Psychologie Heidelberg

BENDELL D., FIELD T., YANDO R., LANG C., MARTINEZ A., PICKENS J. (1994)

“Depressed” Mothers’ Perceptions of Their Preschool Childrens’ Vulnerability

Child Psychiatry and Human Development 24 183–190

BETTES G. A. (1988)

Maternal Depression and Motherese: Temporal and Intonational Features

Child Development 59 1089–1096

BLUMBERG N. L. (1980)

Effects of Neonatal Risk, Maternal Attitude, and Cognitive Style on Early Postpartum Adjustment

Journal of Abnormal Psychology 89 139–150

BORNSTEIN M. H., GAUGHRAN J. M., SEGUI J. (1991)

Multimethod Assessment of Infant Temperament: Mother Questionnaire and Mother and Observer Reports Evaluated and Compared at Five Months Using the Infant Temperament Measure

International Journal of Behavioral Development 14 131–151

BOYCE P. M., STUBBS J. M. (1994)

The Importance of Postnatal Depression

The Medical Journal of Australia 161 471–472

BRAZELTON T. B., CRAMER B. G. (1991)

Die frühe Bindung

Die erste Beziehung zwischen dem Baby und seinen Eltern

Stuttgart: Klett-Cotta

BROWN S., LUMLEY J. (1993)

Antenatal Care: A Case of the Inverse Care Law?

Australian Journal of Public Health 17 95–103

CAMPBELL S. B., COHN J. F., MEYERS T. (1995)

Depression in First-Time Mothers: Mother-infant Interaction and Depression Chronicity
Developmental Psychology 31 349–357

CALKINS S. D., FOX N. A. (1992)

The Relations among Infant Temperament, Security of Attachment, and Behavioral Inhibition
at Twenty-Four Months
Child Development 63 1456–1472

CAREY W. B., MCDEVITT S. C. (1978)

Revision of the Infant Temperament Questionnaire
Pediatrics 61 735–739

COHN J. F., TRONICK E. Z. (1983)

Three-Month-Old Infants' Reaction to Simulated Maternal Depression
Child Development 54 185–193

COHN J. F., CAMPBELL S. B., MATIAS R., HOPKINS J. (1990)

Face-to-Face Interactions of Postpartum Depressed and Nondepressed Mother-Infant Pairs at
2 Months
Developmental Psychology 26 (1) 15–23

COOPER P. J., MURRAY L. (1998)

Postnatal Depression
British Medical Journal 316 1884–1886

CROCKENBERG S., ACREDOLO C. (1983)

Infant Temperament Ratings: A Function of Infants, of Mothers, or Both?
Infant Behavior and Development 6 61–72

CROCKENBERG S., MCCLUSKEY K. (1986)

Change in Maternal Behavior during the Baby's First Year of Life
Child Development 57 746–753

CROCKENBERG S., SMITH P. (1982)

Antecedents of Mother-Infant Interactions And Infant Irritability in the First Three Months of
Life
Infant Behavior and Development 5 105–119

CROWE K., VON BAEYER C. (1989)

Predictors of a Positive Childbirth Experience

Birth 16 59–63

CUTRONA C. E. (1983)

Causal Attributions and Perinatal Depression

Journal of Abnormal Psychology 92 161–172

CUTRONA C. E., TROUTMAN B. R. (1986)

Social Support, Infant Temperament, and Parenting Self-Efficacy: A Mediational Model of Postpartum Depression

Child Development 57 1507–1518

DIENER M. L., GOLDSTEIN L. H., MANGELSDORF S. C. (1995)

The Role of Prenatal Expectations in Parents' Reports of Infant Temperament

Merril-Palmer Quarterly 41 172–190

ELLIOT S. A., ANDERSON M., BROUGH D. I., WATSON J. P., RUGG A. J. (1984)

Relationship Between Obstetric Outcome and Psychological Measures in Pregnancy and the Postnatal Year

Journal of Reproductive and Infant Psychology 2 18–32

ENGFER A. (1984)

Entwicklung punitiver Mutter-Kind-Interaktion im sozioökonomischen Kontext; Arbeitsbericht zum Antrag an die Deutsche Forschungsgemeinschaft auf Gewährung einer Sachbeihilfe
Institut für Psychologie München Mai

ENGFER A., GAVRANIDOU M. (1987)

Antecedents and Consequences of Maternal Sensitivity: A Longitudinal Study

Psychobiology and Early Development 71–99

ENGFER A., GAVRANIDOU M., HEINIG L. (1987)

Das schwierige Konzept des schwierigen Kindes: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde

8. Tagung Entwicklungspsychologie Bern (CH) Sept.

ENGFER A., GAVRANIDOU M., HEINIG L. (1986)

Stability and Change in Perceived Characteristics of Children 4 to 43 Months of Age
Second European Conference on Developmental Psychology Rome (Italy) Sept.

ENZELSBERGER H., LANGER M., REINHOLD E., RINGLER M., NEMESKERI N. (1990)

Persönlichkeitsabhängige Angstreaktion bei Erstgebärenden
Zeitschrift für Geburtshilfe und Perinatologie 194 (1) 29–35

ESSER VON G., DINTER R., JÖRG M., ROSE F., VILLALBA P., LAUCHT M., SCHMIDT M. H.
(1993)

Bedeutung und Determinanten der frühen Mutter-Kind-Beziehung
Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 39 (3) 246–264

FIELD T. M. (1984)

Early Interactions Between Infants and their Postpartum Depressed Mothers
Infant Behavior and Development 7 517–522

FIELD T. M. (1992)

Infants of Depressed Mothers
Development and Psychopathology 4 49–66

FIELD T., HEALY B., GOLDSTEIN S., GUTHERTZ M. (1990)

Behavior-State Matching and Syndromy in Mother-Infant Interactions of Nondepressed Versus Depressed Dyads
Developmental Psychology 26 (1) 7–14

FIELD T., HEALY B., GOLDSTEIN S., PERRY S., BENDELL D., SCHANBERG S., ZIMMERMAN E. A., KUHN C. (1988)

Infants of Depressed Mothers Show “Depressed” Behavior Even with Nondepressed Adults
Child Development 59 1569–1579

FIELD T., SANDBERG D., GARCIA R., VEGA-LAHR N., GOLDSTEIN S., GUY L. (1985)

Pregnancy Problems, Postpartum Depression, and Early Mother-Infant Interactions
Developmental Psychology 21 1152–1156

FIELD T., MORROW C., HEALY B., FOSTER T., ADLESTEIN D., GOLDSTEIN S. (1991)

Mothers with Zero Beck Depression Scores Act More “Depressed” with their Infants
Development and Psychopathology 3 251–262

- FIELD T., SANDBERG D., QUETEL T. A., GARCIA R., ROSARIO M. (1985)
Effects of Ultrasound Feedback on Pregnancy Anxiety, Fetal Activity, and Neonatal Outcome
Obstetrics and Gynecology 66 525–528
- FISH M., STIFTER C. A. (1993)
Mother Parity as a Main and Moderating Influence on Early Mother-Infant Interaction
Journal of Applied Developmental Psychology 14 557–572
- FLEMING A. S., RUBLE D. N., FLETT G. L., SHAUL D. L. (1988)
Postpartum Adjustment in First-Time Mothers: Relations Between Mood, Maternal Attitudes, and Mother-Infant Interactions
Developmental Psychology 24 71–81
- FYDRICH T., SOMMER G., MENZEL U., HÖLL B. (1987)
Fragebogen zur sozialen Unterstützung (Kurzform: SOZU-K-22)
Zeitschrift für Klinische Psychologie 15 (4) 434–436
- GENNARO S., MEDOFF-COOPER B., LOTAS M. (1992)
Perinatal Factors and Infant Temperament: A Collaborative Approach
Nursing Research 41 375–377
- GOLDBERG S., MACKAY-SOROKA S., ROCHESTER M. (1994)
Affect, Attachment, and Maternal Responsiveness
Infant Behavior and Development 17 335–339
- GOLDSMITH H. H., BUSS A. H., PLOMIN R., ROTHBART M. K., THOMAS A., CHESSE S., HINDE R. A., MCCALL R. B. (1987)
Roundable: What Is Temperament? Four Approaches
Child Development 58 505–529
- GREEN J. M. (1990)
“Who is Unhappy after Childbirth”? Antenatal and Intrapartum Correlates from a Prospective Study
Journal of Reproductive and Infant Psychology 8 175–183

GREEN J. M., COUPLAND V. A., KITZINGER J. V. (1990)

Expectations, Experiences and Psychological Outcomes of Childbirth: A Prospective Study of 825 Women

Birth 17 15–23

GROOME L. J., SWIBER M. J., BENTZ L. S., HOLLAND S. B., ATTERBURY J. L. (1995)

Maternal Anxiety During Pregnancy: Effect on Fetal Behavior at 38 to 40 Weeks of Gestation
Developmental and Behavioral Pediatrics 16 (6) 391–396

HAUTZINGER M. (1988)

Die CES-D Skala. Ein Depressionsmessinstrument für Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung

Diagnostica 34 (2) 167–173

HAUTZINGER M., BAILER M. (1993)

ADS, Allgemeine Depressions Skala

Weinheim: Beltz Test

HEINICKE C. H., DISKIN S. D., RAMSEY-KLEE D. M., GIVEN K. (1983)

Pre-Birth Parent Characteristics and Family Development in the First Year of Life

Child Development 54 194–208

HEERMANN J. A., JONES L. C., WIKOFF R. L. (1994)

Measurement of Parent Behavior During Interactions with Their Infants

Infant Behavior and Development 17 311–321

HERRERA J. A., HURTADO H., CACERES D. (1992)

Antepartum Biopsychosocial Risk and Perinatal Outcome

Family Practice Research Journal 12 391–399

HOPKINS J., CAMPELL S. B., MARCUS M. (1987)

Role of Infant-Related Stressors in Postpartum Depression

Journal of Abnormal Psychology 96 237–241

HUBERT N. C., WACHS T. D. (1985)

Parental Perceptions of the Behavioral Components of Infant Easiness/Difficultness

Child Development 56 1525–1537

HYDE J. S., KLEIN M. H., ESSEX M. J., CLARK R. (1995)

Maternity Leave and Women's Mental Health

Psychology of Women Quarterly 19 (2) 257–285

KAPLAN B. J. (1986)

A Psychobiological Review of Depression during Pregnancy

Psychology of Women Quarterly 10 35–49

KENNERLEY H., GATH D. (1989)

Maternity Blues

III. Associations with Obstetric, Psychological, and Psychiatric Factors

Birth Journal of Psychiatry 155 367–373

KITZLING VON K., BÜRGIN D. (1993)

Der Einfluß psychischer Faktoren in der Schwangerschaft auf die entstehende Eltern-Kind-Beziehung

Gynäkologisch-Geburtshilfliche Rundschau 33 231–235

KNIGHT R. G., THIRKETTLE J. A. (1987)

The Relationship between Expectations of Pregnancy and Birth, and Transient Depression in the Immediate Post-Partum Period

Journal of Psychosomatic Research 31 (3) 351–357

KRAMPEN G. (1979)

Hoffnungslosigkeit bei stationären Patienten – Ihre Messung durch einen Kurzfragebogen (H-Skala)

Medizinische Psychologie 5 39–49

LANE A., KEVILLE R., MORRIS M., KINSELLA A., TURNER M., BARRY S. (1997)

Postnatal Depression and Elation among Mothers and their Partners: Prevalence and Predictors

British Journal of Psychiatry 171 550–555

LIVINGOOD A. B., DAEN P., SMITH B. D. (1983)

The Depressed Mother as a Source of Stimulation for her Infant

Journal of Clinical Psychology 39 369–375

LOWE N. K. (1989)

Explaining the Pain of Active Labor: The Importance of Maternal Confidence

Research in Nursing & Health 12 237–245

LUKESCH H., LUKESCH M. (o. J.)

S-S-G

Ein Fragebogen zur Messung von Einstellungen zur Schwangerschaft, Sexualität und Geburt

Verlag für Psychologie Dr. C. J. Hogrefe Göttingen-Toronto-Zürich

MAHLER M. S., PINE F., BERGMAN A. (1993)

Die psychische Geburt des Menschen

Fischer Verlag, Frankfurt am Main

MAHOMED K., GÜLMEZOGLU A. M., NIKODEM V. C., WOLMAN W. L., CHALMERS B. E.,
HOFMEYR G. J. (1995)

Labor Experience, Maternal Mood and Cortisol and Catecholamine Levels in Low-risk Primiparous Women

Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology 16 (4) 181–186

MANGELSDORF S., GUNNAR M., KESTENBAUM R., LANG S., ANDREAS D. (1990)

Infant Proneness-to-Distress Temperament, Maternal Personality, and Mother-Infant Attachment: Associations and Goodness of Fit

Child Development 61 820–831

MAYBERRY L. J., AFFONSO D. D. (1993)

Infant Temperament and Postpartum Depression: A Review

Health Care for Women International 14 201–211

MEARES R., PENMAN R., MILGROM-FRIEDMAN J., BAKER K. (1982)

Some Origins of the ‘Difficult’ Child: The Brazelton Scale and the Mother’s View of her New-Born’s character

British Journal of Medical Psychology 55 77–86

MEBERT C. J. (1989)

Stability and Change in Parents’ Perceptions of Infant Temperament: Early Pregnancy to 13,5 Months Postpartum

Infant Behavior and Development 12 237–244

MEBERT C. J. (1991)

Dimensions of Subjectivity in Parents' Rations of Infant Temperament

Child Development 62 352–361

MEBERT C. J., KALINOWSKI M. F. (1986)

Parents' Expectations and Perceptions of Infant Temperament: "Pregnancy Status" Differences

Infant Behavior and Development (9) 321–334

MILGROM J., WESTLEY D. T., MCCLOUD P. I. (1995)

Do Infants of Depressed Mothers Cry More than Other Infants?

Journal of Pediatrics and Child Health 31 218–221

MILLER A. R., BARR R. G., EATON W. O. (1993)

Crying and Motor Behavior of Six-Week-Old Infants and Postpartum Maternal Mood

Pediatrics 92 551–558

MURRAY L., CAROTHERS A. D. (1990)

The Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a Community Sample

British Journal of Psychiatry 157 288–290

MURRAY L., STANLEY CH., HOOPER R., KING F., FIORO-COWLEY A. (1996)

The Role of Infant Factors in Postnatal Depression and Mother-Infant-Interactions

Developmental Medicine and Child Neurology 38 109–119

NEUHAUS W., SCHARKUS S. (1994)

Wünsche, Erwartungen, Ängste – Schwangere Frauen vor der Geburt

Zeitschrift für Geburtshilfe und Perinatalogie 198 (1) 27–32

O'HARA M. W., NEUNABER D. J., ZEKOSKI E. M. (1984)

Prospective Study of Postpartum Depression: Prevalence, Course, and Predictive Factors

Journal of Abnormal Psychology 93 158–171

O'HARA M. W., REHM L. P., CAMPBELL S. B. (1982)

Predicting Depressive Symptomatology: Cognitive-Behavioral Models and Postpartum Depression

Journal of Abnormal Psychology 91 457–461

- O'HARA M. W., ZEKOSKI E. M., PHILIPPS L. H., WRIGHT E. J. (1990)
Controlled Prospective Study of Postpartum Mood Disorders: Comparison of Childbearing and Nonchildbearing Women
Journal of Abnormal Psychology 99 3–15
- PANACCIONE V. F., WAHLER R. G. (1986)
Child Behavior, Maternal Depression, and Social Coercion as Factors in the Quality of Child Care
Journal of Abnormal Child Psychology 14 263–278
- PARKER S. J., BARRETT D. E. (1992)
Maternal Type A Behavior During Pregnancy, Neonatal Crying, and Early Infant Temperament: Do Type A Women Have Type A Babies?
Pediatrics 89 474–479
- PENMAN R., MEARES R., BAKER K., MILGROM-FRIEDMAN J. (1983)
Synchrony in Mother-Infant Interaction: A Possible Neurophysiological Base
British Journal of Medical Psychology 56 1–7
- PICKENS J., FIELD T. (1993)
Attention-Getting vs. Imitation Effects on Depressed Mother-Infant Interactions
Infant Mental Health Journal 14 (3) 171–181
- PINES D. (1972)
Pregnancy and Motherhood: Interaction between Fantasy and Reality
British Journal of Medical Psychology 45 333–343
- PRIDHAM K. F., CHANG A. S., CHIU Y.-M. (1994)
Mothers' Parenting Self-Appraisals: The Contribution of Perceived Infant Temperament
Research in Nursing & Health 17 381–392
- RAPHAEL B., MARTINEK N. (1994)
Social Contexts Affecting Women's Well-being in Pregnancy and Postpartum
The Medical Journal of Australia 161 463–464
- RECK C., BACKENSTRAB M., MÖHLER E., HUNT A., RESCH F., MUNDT C. (2001)
Mutter-Kind-Interaktion und postpartale Depression
Psychotherapie 6 171–185

RICHTERS J., PELLEGRINI D. (1989)

Depressed Mothers' Judgements about Their Children: An Examination of the Depression-Distortion Hypothesis

Child Development 60 1068–1075

ROTHBART M. K. (1981)

Measurement of Temperament in Infancy

Child Development 52 569–578

ROTHBART M. K. (1986)

Longitudinal Observation of Infant Temperament

Developmental Psychology 22 356–365

ROTHBART M. K. (1988)

Temperament and the Development of Inhibited Approach

Child Development 59 1241–1250

RUBIN K. H., BOTH L., ZAHN-WAXLER C., CUMMINGS E. M., WILKINSON M. (1991)

Dyadic Play Behaviors of Children of Well and Depressed Mothers

Development and Psychopathology 3 243–251

SAMEROFF A. J., SEIFER R., ELIAS P. K. (1982)

Sociocultural Variability in Infant Temperament Ratings

Child Development 53 164–173

SCHAEFER E. S., HUNTER W. M., EDGERTON M. (1987)

Maternal Prenatal, Infancy and Concurrent Predictors of Maternal Reports of Child Psychopathology

Psychiatry 50 (4) 320–331

SELIGMAN M. E. P., ABRAMSON L. Y., SEMMEL A., BAEYER VON C. (1979)

Depressive Attributional Style

Journal of Abnormal Psychology 88 242–247

SMALL R., ASTBURY J., BROWN S., LUMLEY J. (1994)

Depression after Childbirth: Does Social Context Matter?

The Medical Journal of Australia 161 473–477

STIFTER C. A., FOX N. A. (1990)

Infant Reactivity: Physiological Correlates of Newborn and 5-Month Temperament
Developmental Psychology 26 582–588

TERRY D. J. (1991)

Predictors of Subjective Stress in a Sample of New Parents
Australian Journal of Psychology 43 29–36

TETI D. M., GELFAND D. M. (1991)

Behavioral Competence among Mothers of Infants in the First Year: The Mediational Role of
Maternal Self-Efficacy
Child Development 62 918–929

THOMAS A., CHES S. (1980)

Temperament und Entwicklung
Ferdinand Enke Verlag Stuttgart

VAUGHN B. E., BRADLEY C. F., JOFFE L. S., SEIFER R., BARGLOW P. (1987)

Maternal Characteristics Measured Prenatally Are Predictive of Ratings of Temperamental
“Difficulty” and the Carey Infant Temperament Questionnaire
Developmental Psychology 23 152–161

VAUGHN B. E., STEVENSON-HINDE J., WATERS E., KOTSIFTIS A., LEFEVER G. B., SOULDICE
A., TRUDEL M., BELSKY J. (1992)

Attachment Security and Temperament in Infancy and Early Childhood: Some Conceptual
Clarifications 28 463–473

VENTURA J. N., STEVENSON M. B. (1986)

Relations of Mothers’ and Fathers’ Reports of Infant Temperament, Parents’ Psychological
Functioning, and Family Characteristics
Merrill-Palmer Quarterly 32 (3) 275–289

WHIFFEN V. E. (1988)

Vulnerability to Postpartum Depression: A Prospective Multivariate Study
Journal of Abnormal Psychology 97 467–474

WHIFFEN V. E., GOTLIB J. H. (1989)

Infants of Postpartum Depressed Mothers: Temperament and Cognitive Status

Journal of Abnormal Psychology 98 274–279

WOLK S., ZEANAH CH. H., GARCIA COLL C. T., CARR S. (1992)

Factors Affecting Parents' Perceptions of Temperament in Early Infancy

American Journal of Orthopsychiatry 62 (1) 71–82

WOROBAY J. (1986)

Convergence among Assessments of Temperament in the First Month

Child Development 57 47–55

WUITCHIK M., HESSON K., BAKAL D. A. (1990)

Perinatal Predictors of Pain and Distress During Labor

Birth 17 186–191

WINNICOTT D. W. (1990)

Das Baby und seine Mutter

Klett-Cotta Verlag Stuttgart

ZEANAH CH. H., CARR S., WOLK S. (1990)

Fetal Movements and the Imagined Baby of Pregnancy: Are they Related?

Journal of Reproductive and Infant Psychology 8 23–36

ZEANAH CH. H., KEENER M. A., ANDERS T. F. (1986)

Developing Perceptions of Temperament and their Relation to Mother and Infant Behavior

Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines 27 499–512

ZEANAH CH. H., KEENER M. A., ANDERS T. F., VIEIRA-BAKER C. C. (1987)

Adolescent Mothers' Perceptions of their Infants before and after Birth

American Journal of Orthopsychiatry 57 (3) 351–360

ZEANAH CH. H., SCHEERINGA M., BORIS N. (1994)

Parenting Styles and Risks in the Vulnerable Infant

Current Opinion in Pediatrics 6 406–410

ZEANAH CH. H., ZEANAH P. D., STEWART L. K. (1990)

Parents' Constructions of their Infants' Personalities before and after Birth: A Descriptive Study

Child Psychiatry and Human Development 20 191–206

ZEKOSKI E. M., O'HARA M. W., WILLS K. E. (1987)

The Effects of Maternal Mood on Mother-Infant Interaction

Journal of Abnormal Child Psychology 15 361–378

ZUCKERMAN B., BAUCHNER H., PARKER S., CABRAL H. (1990)

Maternal Depressive Symptoms during Pregnancy, and Newborn Irritability

Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics 11 190–194

Summary

The development of children is seen as transactional process between individual characteristics and environmental factors. In recent years, studies on infant temperament have gained more and more attention, even in German-speaking countries.

This study deals with the question of to what extent the mother's depression effects her perception of her infant. In addition, we want to examine what factors lead to depression before and after birth.

Therefore, the following questions need to be answered:

- 1) Is there a correlation between antenatal depression and
 - complications during pregnancy
 - fear of the birth process
 - the desire to have a child
 - the future personality of the infant
 - the mother's ideas of how the child is to be brought up
 - the support the mother gets from her partner
- 2) Is there a correlation between postpartum depression and
 - depression during pregnancy
 - social support
 - the mother's ideas about how the child is to be brought up
- 3) Is there a correlation between the mother's perception of her infant's temperament and
 - the mother's depression
 - her social support
 - her ideas about how the child is to be brought up
 - her prenatal ideas about her infant's personality

In the study, 31 first-time mothers took part: 15 were depressive, 16 were not. In the last trimester of pregnancy, the sample survey was divided with the help of the CES-D questionnaire, a depression scale for the general public with questions on the existence and length of depressive affects, physical problems, motor inhibitions and negative thoughts. The first survey was conducted before birth with the depression questionnaire CES-D, questions about the future mother's fear of the birth process (from S-S-G) and an interview.

Four months after the due date, the second survey was conducted with the help of questionnaires.

In both extreme groups, differences can be seen in more minor problems during pregnancy, more check-ups and a slight trend towards an increased fear of giving birth in the depressive

group. Otherwise there were no differences concerning ideas about the baby, the mother's role, upbringing and the relationship with the partner.

Prenatal depression shows a significant correlation with postpartum depression, even with the scale measuring the level of hopelessness. Concerning the attitudes towards the upbringing of the child, exaggerated care due to fear is connected with depression.

The hypothesis, that the judgment of the infant's temperament is based on prenatal attitudes, the mother's personality (tendency towards helplessness and depression), her attitudes towards the upbringing of the child and social support, can be partially confirmed. Especially the depressive mother with negative expectations of herself and her future life describes her child as more difficult to quieten, very active and hard to cope with restrictions.

A strict attitude towards upbringing and an exaggerated care due to fear also have negative effects. Prenatal, wild babies and those who react strongly to stimuli have a strong influence on the attitudes and perceptions of the child.

Lebenslauf

Name		Nathalie Morel-Köhler
Geburtsdatum/-ort		02.03.1969 in Nelspruit
Staatsangehörigkeit		Schweiz
Familienstand		verheiratet
Kinder	03/1993	Geburt von Vincent
	10/1994	Geburt von Emilie
Schulbildung	1975 – 1981	Grundschule Kilchberg/Schweiz
	1981 – 1983	Sekundarschule Kilchberg
	1983 – 1987	Gymnasium Stadelhofen in Zürich
Studium	1989 – 1990	Studium der Ethnologie Universität Zürich
	1990 – 1996	Klinisches Studium der Humanmedizin Justus-Liebig-Universität Gießen
	10/1996	Staatsexamen
Beruflicher Werdegang	1997 – 1999	Ärztin im Praktikum Krankenhaus Balserische Stiftung in Gießen Abteilung Innere Medizin
	08/1999 – 06/2000	Ärztin Krankenhaus Balserische Stiftung in Gießen
	07/2000 – 06/2001	Ärztin Kardiologische Reha-Klinik am Südpark, Bad Nauheim
	seit 07/2001	Ärztin Medizinische Klinik I Klinikum Wetzlar

Danksagung

Herrn Prof. Dr. Beckmann, Leiter des Instituts für Medizinpsychologie an der Justus-Liebig-Universität Gießen, danke ich für die ausgiebige und freundliche Betreuung und die Unterstützung bei der Fertigstellung der Arbeit.

Frau PD Dr. Pauli-Pott hat mit vielen anregenden Diskussionen diese Arbeit begleitet und die statistische Auswertung betreut. Auch ihr danke ich für ihr Engagement ganz herzlich.

Ein großes Dankeschön geht an meine Freundin Annette Richter für die Hilfe bei der Korrektur und Formatierung des Textes.

Meinem Mann Eberhard und meinen Kindern Vincent und Emilie danke ich für ihre Unterstützung und ihre Geduld.

Ein besonderer Dank geht schließlich an die Mütter, die bereit waren, an dem Interview und der Untersuchung teilzunehmen und die gewissenhaft die Fragebögen ausgefüllt haben.

Erklärung

Ich erkläre: Ich habe die vorgelegte Dissertation selbständig, ohne unerlaubte fremde Hilfe und nur mit den Hilfen angefertigt, die ich in der Dissertation angeben habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten und nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten.

Anhang

Tabelle 1: Sozialfragebogen

FRAGEN FÜR WERDENDE MÜTTER IM LETZTEN DRITTEL DER SCHWANGERSCHAFT

Im Rahmen meiner Doktorarbeit möchte ich Frauen vor der Geburt und vier Monate nach der Geburt befragen. Es würde mich freuen, wenn Sie sich bereit erklären, mit mir ein Interview (ca. 1/2 Stunde) zu machen über ihre Gedanken zur zukünftigen Mutterrolle, zu Ihrem Kind und zum Verlauf Ihrer Schwangerschaft. Bitte schreiben Sie Ihre Telefonnummer auf diesen Fragebogen, ich werde mich bei Ihnen melden und mit Ihnen einen Termin vereinbaren.

Telefonnummer: _____

Selbstverständlich werden Ihre Angaben mit der gebührenden Diskretion behandelt.

Ich danke Ihnen für Ihr Interesse

Nathalie Morel

Bitte machen Sie folgende Angaben zu Ihrer Person:

Erstgebärend
Alleinerziehend
Schulbildung

☐ ja ☐ nein
☐ ja ☐ nein
☐ Hauptschulabschluss
☐ Realschulabschluss
☐ Abitur
☐ ja ☐ nein

Schwerwiegende Erkrankungen
(z.B. Diabetes mellitus, Gestose)
Falls ja, welche?

Tabelle 2: Skala Geburtsangst aus S-S-G nach LUSCHEK H. und LUSCHEK M.

Bitte geben Sie folgende Äusserungen über die Geburt.
Ihre persönliche Stellungnahme:

Ablehnung

-1 eher unzutreffend
-2 unzutreffend
-3 völlig unzutreffend

Zustimmung

+1 eher zutreffend
+2 zutreffend
+3 völlig zutreffend

1. Oft überkommt es einen, dass man bei der Geburt sterben könnte.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
2. Es ist ganz normal, wenn sich eine Frau die grössten Sorgen über Komplikationen bei der Geburt macht.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
3. Jede Mutter hat grosse Angst vor der Geburt.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
4. Es ist völlig sinnlos, wenn man bei der Geburt auch nur geringe Schmerzen erleidet, wo es doch bereits so viele medizinische Hilfsmittel gibt, die eine schmerzfreie Geburt ermöglichen.
-3 -2 -1 +1 +2 +3
5. Komplizierte Geburten sind häufiger als man denkt.
-3 -2 -1 +1 +2 +3

Tabelle 3: CES-D nach HAUTZINGER

Bitte kreuzen Sie bei jeder der folgenden Feststellungen die Antwort an, die Ihrem Befinden während der letzten Woche am besten entsprochen hat.

Antworten: 0 kaum oder überhaupt nicht (weniger als 1 Tag)
 1 manchmal (1 bis 2 Tage lang)
 2 öfters (3 bis 4 Tage lang)
 3 meistens, die ganze Zeit (5 bis 7 Tage lang)

Während der letzten Woche...

1. haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen	0	1	2	3
2. hatte ich kaum Appetit	0	1	2	3
3. konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/Familie versuchten aufzumuntern	0	1	2	3
4. kam ich mir genau so gut vor wie andere	0	1	2	3
5. hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren	0	1	2	3
6. war ich deprimiert/niedergeschlagen	0	1	2	3
7. war alles anstrengend für mich	0	1	2	3
8. dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft	0	1	2	3
9. dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag	0	1	2	3
10. hatte ich oft Angst	0	1	2	3
11. habe ich schlecht geschlafen	0	1	2	3
12. war ich fröhlich gestimmt	0	1	2	3
13. habe ich weniger als sonst geredet	0	1	2	3
14. fühlte ich mich einsam	0	1	2	3
15. waren die Leute unfreundlich zu mir	0	1	2	3
16. habe ich das Leben genossen	0	1	2	3
17. musste ich manchmal weinen	0	1	2	3
18. war ich traurig	0	1	2	3
19. hatte ich das Gefühl, dass mich die Leute nicht leiden können	0	1	2	3
20. bin ich überhaupt nicht in die Gänge gekommen	0	1	2	3

Tabelle 4: Interview zur Schwangerschaftsanamnese, Geburtsangst, Vorstellungen vom Kind und Mutterrolle, Erziehungsvorstellungen und Partnerschaft

INTERVIEWRATINGS

I) Schwangerschaftsanamnese

- Komplikationen, körperliche Beschwerden:

	keine					viel				
	I	2	3	4	5					
Uebelkeit	I	2	3	4	5					
Erbrechen	I	2	3	4	5					
Hoher Blutdruck	I	2	3	4	5					
Blutungen	I	2	3	4	5					
Müdigkeit	I	2	3	4	5					
Rückenschmerzen	I	2	3	4	5					
Sodbrennen	I	2	3	4	5					
Oedeme	I	2	3	4	5					
Uebermässige Gewichtszunahme	I	2	3	4	5					

- Kindsbewegungen:

Beschreibung	sanft	I	2	3	4	5	wild
	rhythmisch	I	2	3	4	5	unrhythmisch
Empfindung	angenehm	I	2	3	4	5	unangenehm
Reaktion auf Reize (z.B. Musik)	keine	I	2	3	4	5	stark

- Angst vor der Geburt:

	keine					viel				
	I	2	3	4	5					
vor Schmerzen	I	2	3	4	5					
vor Komplikationen:										
Sectio caesarea	I	2	3	4	5					
schwere Geburt	I	2	3	4	5					
folgende Schäden für Kind	I	2	3	4	5					
Fehlgeburt	I	2	3	4	5					
Missbildungen	I	2	3	4	5					

Begründungen für Angst:	keine	viel
schon erlebte Fehlgeburt	I 2 3 4 5	
in Familie Komplikationen bekannt	I 2 3 4 5	
ungenügende Vorbereitung für Geburt	I 2 3 4 5	
übermässige Vorbereitung für Geburt	I 2 3 4 5	

2) Vorstellung über das Kind

- Kinderwunsch:	nicht	stark
Mutter hat sich Kind gewünscht	I 2 3 4 5	
Vater hat sich Kind gewünscht	I 2 3 4 5	
Geschlecht ist bekannt	o Junge	o Mädchen
ist unbekannt:		
Mutter wünscht sich	o Junge	o Mädchen
Vater wünscht sich	o Junge	o Mädchen
Mutter meint, es wird ein	o Junge	o Mädchen

- Vorstellung über das Temperament:	wenig	viel
schreien (Agressivität)	I 2 3 4 5	
lachen (Zufriedenheit)	I 2 3 4 5	
motorisch aktiv	I 2 3 4 5	
aufmerksam	I 2 3 4 5	
durchsetzungsfähig	I 2 3 4 5	
schreckhaft bei neuen Reizen	I 2 3 4 5	
beruhigbar	I 2 3 4 5	
schlafen	I 2 3 4 5	

- Vorstellung bezüglich der Familie:

Die Mutter hofft, dass das Kind ihr ähnlich wird in vielen Persönlichkeitsaspekten

	nicht	I 2 3 4 5	sehr
Es gibt Merkmale der Mutter, die das Kind auf keinen Fall tragen soll			

	keine	I 2 3 4 5	viele
Die Erwartung der Mutter auf grosse Aehnlichkeit des Kindes mit dem Vater besteht			

	nicht	I 2 3 4 5	sehr
--	-------	-----------	------

Es gibt Merkmale des Vaters, welche sich die Mutter auf keinen Fall für das Kind erhofft

keine I 2 3 4 5 viele

In der Familie gibt es Merkmale, die sich die Mutter für ihr Kind wünscht

nicht I 2 3 4 5 sehr

In der Familie gibt es Merkmale, die das Kind auf keinen Fall haben soll

nicht I 2 3 4 5 viele

3) Vorstellung über die Erziehung und die Mutterschaft

- Erziehung: nicht stark/ viel

Die Vorstellung über die Erziehung

ist schon vorhanden I 2 3 4 5

Sie glaubt, ihre Erziehung wird das Kind stark beeinflussen

I 2 3 4 5

Sie wird die Erziehung von den eigenen Eltern als Vorbild nehmen

I 2 3 4 5

Sie wird eher nachgiebig sein

I 2 3 4 5

Sie wird eher streng sein

I 2 3 4 5

Sie wird sich viel mit dem Kind beschäftigen

I 2 3 4 5

- Mutterrolle:

nicht viel/ sehr

Sie glaubt, dass sie glücklich wird mit dem Kind

I 2 3 4 5

Sie hat sich schon viele Gedanken über das Kind gemacht

I 2 3 4 5

Sie denkt, es wird ihr leicht fallen, sich auf das Kind einzustellen

I 2 3 4 5

Sie glaubt, dass sie fähig ist, eine enge Bindung einzugehen

I 2 3 4 5

Sie fühlt sich der Aufgabe als Mutter gewachsen

I 2 3 4 5

Sie hat eine gute Beziehung zur eigenen Mutter

I 2 3 4 5

Die eigene Geburt ging gut

I 2 3 4 5

4) Partnerschaft

Die Beziehung zum Partner hat sich während der Schwangerschaft verändert

	negativ	I	2	3	4	5	positiv
Sie erlebt den Partner als fürsorglich, sie umsorgend	nicht	I	2	3	4	5	sehr
Der Vater hat sich das Kind sehr gewünscht	nicht	I	2	3	4	5	sehr
Sie glaubt, dass er ein guter Vater wird	nicht	I	2	3	4	5	sehr
Sie haben die selben Vorstellungen über die Erziehung des Kindes	nicht	I	2	3	4	5	sehr
Der Partner wird ihr eine Stütze sein	nicht	I	2	3	4	5	sehr
Das Paar redet über das zukünftige Kind miteinander	nicht	I	2	3	4	5	viel
Das Paar ist zärtlich zueinander	nicht	I	2	3	4	5	sehr
Die sexuelle Beziehung ist befriedigend	nicht	I	2	3	4	5	sehr
Sie denkt, dass sich die Partnerschaft mit dem Kind verändert	negativ	I	2	3	4	5	positiv

- Beurteilung der werdenden Mutter im Gespräch:

ängstlich	I	2	3	4	5	zuversichtlich
verschlossen	I	2	3	4	5	offen
verkrampt	I	2	3	4	5	entspannt
unsicher	I	2	3	4	5	selbstsicher
unehrlich	I	2	3	4	5	ehrlich

Tabelle 5: Fragebogen über allgemeine Angaben nach der Geburt

Fragebogen 3:

Sind Sie momentan berufstätig?

Nein ☐

halbtags ☐

voll ☐

Sind bei Ihrem Kind bislang Erkrankungen festgestellt worden?

Nein ☐

Ja ☐

Wenn ja, welche Organe sind betroffen?

	welcher Art	seit wann bekannt (Alter des Kindes)
☐ Herz, Lunge		
☐ Magen-Darm-Trakt		
☐ Niere, Blase, Harnwege		
☐ Nerven, Gehirn		
☐ Knochen, Muskeln		
☐ Haut		
☐ Sonstiges		

Welche Nahrung bekommt Ihr Kind jetzt?

☐ ausschließlich Stillen

☐ Flaschennahrung

☐ Stillen und Zufüttern

Haben Sie gestillt? ☐ ja ☐ nein

Bis wann: (Alter des Kindes)

Tabelle 6: SOZU-Fragebogen (K-22) nach SOMMER UND FYDRICH

S O Z U - Fragebogen (K-22)

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Wir möchten erfahren, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen. Der Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen. Neben jeder Aussage finden Sie fünf Kreise. Kreuzen Sie bitte den Kreis an, der Ihrer Zustimmung entspricht. Ein Kreuz ganz rechts ("trifft genau zu") würde bedeuten, daß die entsprechende Aussage für Sie genau zutrifft; ein Kreuz ganz links ("trifft nicht zu") würde bedeuten, daß diese Aussage für Sie gar nicht zutrifft.

Wir geben Ihnen dazu ein Beispiel:

Ich habe Freunde / Angehörige, die es gut finden, wie ich lebe

trifft
nicht zu trifft
genau zu

○ — ☒ — ○ — ○ — ○

Das Ankreuzen an dieser Stelle heißt, daß diese Feststellung eher nicht zutrifft.

Bitte entscheiden Sie sich bei jeder Aussage für eine der fünf Einschätzungen und zwar mit einem Kreuz durch eine der fünf Nullen. Scheuen Sie sich nicht, auch extreme Werte anzukreuzen, wenn dies für Sie zutrifft. Es gibt dabei keine "richtigen" oder "falschen" Angaben, es kommt auf Ihr Erleben an. Am besten kreuzen Sie ohne lange zu überlegen an der Stelle an, die Ihrer ersten Einschätzung entspricht. Bitte achten Sie darauf, daß Sie alle Aussagen beantworten.

Wenn in den folgenden Aussagen allgemein von "Menschen" oder von "Freunden / Angehörigen" die Rede ist, dann sind die Menschen gemeint, die für Sie wichtig sind.

- | | trifft
nicht zu | trifft
genau zu |
|---|--------------------|--------------------|
| 1. Ich habe Menschen, die sich um meine Wohnung (Blumen, Haustiere) kümmern können, wenn ich mal nicht da bin | ○ — ○ — ○ — ○ — ○ | ○ — ○ — ○ — ○ — ○ |
| 2. Es gibt Menschen, die mich so nehmen, wie ich bin | ○ — ○ — ○ — ○ — ○ | ○ — ○ — ○ — ○ — ○ |
| 3. Meinen Freunden / Angehörigen ist es wichtig, meine Meinung zu bestimmten Dingen zu erfahren | ○ — ○ — ○ — ○ — ○ | ○ — ○ — ○ — ○ — ○ |
| 4. Ich wünsche mir von anderen mehr Verständnis und Zuwendung | ○ — ○ — ○ — ○ — ○ | ○ — ○ — ○ — ○ — ○ |
| 5. Ich kenne einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich in jedem Fall rechnen kann | ○ — ○ — ○ — ○ — ○ | ○ — ○ — ○ — ○ — ○ |
| 6. Bei Bedarf kann ich mir Werkzeug oder Lebensmittel ausleihen | ○ — ○ — ○ — ○ — ○ | ○ — ○ — ○ — ○ — ○ |
| 7. Ich habe Freunde / Angehörige, die auch mal gut zuhören können, wenn ich mich aussprechen möchte | ○ — ○ — ○ — ○ — ○ | ○ — ○ — ○ — ○ — ○ |

Bitte wenden

	trifft nicht zu	trifft genau zu
8. Ich kenne fast niemanden, mit dem ich gerne ausgehe	○ — ○ — ○ — ○ — ○	
9. Ich habe Freunde / Angehörige, die mich auch einfach mal umarmen	○ — ○ — ○ — ○ — ○	
10. Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde / Angehörige bitten, wichtige Dinge (z.B. Einkaufen) für mich zu erledigen	○ — ○ — ○ — ○ — ○	
11. Wenn ich mal tief bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann	○ — ○ — ○ — ○ — ○	
12. Ich fühle mich oft als Außenseiter	○ — ○ — ○ — ○ — ○	
13. Es gibt Menschen, die Leid und Freude mit mir teilen	○ — ○ — ○ — ○ — ○	
14. Bei manchen Freunden / Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein	○ — ○ — ○ — ○ — ○	
15. Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich sehr wohl fühle	○ — ○ — ○ — ○ — ○	
16. Ich habe genug Menschen, die mir wirklich helfen, wenn ich mal nicht weiter weiß	○ — ○ — ○ — ○ — ○	
17. Es gibt Menschen, die zu mir halten, auch wenn ich Fehler mache	○ — ○ — ○ — ○ — ○	
18. Ich wünsche mir mehr Geborgenheit und Nähe	○ — ○ — ○ — ○ — ○	
19. Es gibt genug Menschen, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe	○ — ○ — ○ — ○ — ○	
20. Es gibt eine Gemeinschaft von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich mich zugehörig fühle	○ — ○ — ○ — ○ — ○	
21. Durch meinen Freundes- und Bekanntenkreis erhalte ich oft gute Tips (z.B. guter Arzt, wichtige Informationen)	○ — ○ — ○ — ○ — ○	
22. Es gibt Menschen, denen ich alle meine Gefühle zeigen kann, ohne daß es peinlich wird	○ — ○ — ○ — ○ — ○	

SUM :

SUM/NI :

Tabelle 7: EMKKU und EMKKR aus EMKK-Fragebogen nach ENGFER ET AL.

Fragebogen 4:

Die Aussagen in diesem Fragebogen geben Erfahrungen wieder, die Sie im Umgang mit Ihrem Kind machen könnten oder die allgemeiner mit Kindern zu tun haben.

Bitte kreuzen Sie jeweils die Antwortmöglichkeit an, die Ihrer Meinung nach am besten auf Sie zutrifft.

Bitte lassen Sie keinen Satz aus!

	trifft sehr zu	trifft zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
1. Es macht mich sehr kribbelig, wenn mein Kind nicht richtig trinkt.				
2. Ich bin ständig in Sorge, daß meinem Kind was zustoßen könnte.				
3. Mein Kind soll alles essen, was ich ihm gebe.				
4. Ich werde den Gedanken nicht los, daß mein Kind doch krank sein könnte.				
5. Auch wenn das Kind vorher schreit, halte ich die Fütterzeiten ein.				
6. Es ist für mich unvorstellbar, mein Kind auch nur für Minuten allein zu lassen.				
7. Ich will mein Kind so früh wie möglich an Ordnung und Sauberkeit gewöhnen.				
8. Ich wecke mein Kind nicht, wenn es zur Fütterzeit schläft.				
9. Ich könnte mein Kind nie einem Babysitter überlassen, aus Sorge, daß er das Kind nicht richtig behandelt.				
10. Ich frage mich ständig, ob ich bei meinem Kind alles richtig mache.				
11. Außerhalb der Fütterzeiten bekommt das Kind nichts.				
12. Andere Leute lasse ich an mein Kind nicht ran, weil man nie weiß was passieren könnte.				

	trifft sehr zu	trifft zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
13. Manchmal habe ich das Gefühl, daß mich mein Kind nicht mag.				
14. Ich schaue nachts manchmal nach, ob mein Kind auch wirklich noch atmet.				
15. Schmatzen finde ich bei Kindern eklig.				
16. Bei Krankheiten des Kindes überfällt mich plötzlich der Gedanke, daß mir das Kind wieder genommen werden könnte.				
17. Man sollte vor den eigenen Kindern nie seine Schwächen zeigen.				
18. Manchmal kann ich nachts nicht schlafen, weil ich mir vor- stelle, meinem Kind könnte etwas zustoßen.				
19. Vom Stillen halte ich nichts, weil man sich damit vom Kind abhängig macht.				
20. Ich habe manchmal Angst, daß ich meinem Kind wehtue.				
21. Es kränkt mich, wenn mein Kind nicht trinken mag.				
22. Wenn mein Kind schreit, lasse ich es in Ruhe, dann beruhigt es sich ganz alleine.				
23. Ich frage mich manchmal, ob ich meinem Kind beim Trocken- legen nicht sehr wehtue.				
24. Ich füttere das Baby so oft es danach verlangt.				
25. Manchmal überfällt mich der Gedanke, daß ich mein Kind verletzen könnte.				
26. Ich überprüfe täglich ganz genau den Gesundheitszustand meines Kindes.				
27. Ein ordentliches Heim ist das Wichtigste, was Kinder brauchen.				

	trifft sehr zu	trifft zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
28. Ich erziehe mein Kind genau nach Vorschrift.				
29. Ich fühle mich enttäuscht, wenn mein Kind meine Zärtlichkeiten abwehrt.				
30. Es ist für mich wichtig, daß ich das Kind ganz in der Hand habe.				
31. Ich ärgere mich, wenn man mich für eine schlechte Mutter hält, bloß weil das Kind schreit.				

Tabelle 8: H-Skala nach BECK ET AL.

H - Skala (Kurzfragebogen)*

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen, indem Sie bei "ja" oder "nein" ein Kreuz machen.

Beispiel:

	<u>ja</u>	<u>nein</u>
a. Es ist so viel zu tun, das schaffe ich nie	x	

	ja	nein
1. Ich blicke mit Optimismus und Begeisterung in die Zukunft		
2. Häufig möchte ich alles hinschmeißen, weil ich es doch nicht besser machen kann		
3. Wenn einmal alles schief läuft, geht es mir besser, wenn ich daran denke, daß es ja auch wieder aufwärts gehen wird		
4. Ich kann mir nicht vorstellen, wie mein Leben in 10 Jahren aussehen wird		
5. Ich habe genug Zeit, um die Sachen, die mir Spaß machen, zu tun		
6. Ich glaube, daß ich in der Zukunft mit dem, was mich im Moment am meisten beschäftigt, Erfolg haben werde		
7. Die Zukunft liegt für mich im Dunkel		
8. Ich erwarte in meinem Leben mehr Schönes zu erleben als der durchschnittliche Mensch		
9. Ich kriege einfach keine richtigen Chancen im Leben		
10. Meine Erfahrungen sind eine gute Vorbereitung für künftige Probleme		
11. Alles, was ich im Moment vor mir liegen sehe, ist eher unschön als schön und angenehm		
12. Ich glaube nicht, daß ich jemals das im Leben bekomme, was ich mir in Wahrheit wünsche		

* BECK et al. (1974)

Fortsetzung:

	ja	nein
13. Ich glaube, daß ich in künftigen Zeiten glücklicher sein werde als heute		
14. Die Dinge laufen einfach nicht so, wie ich es gerne hätte		
15. Ich setze große Hoffnungen in die Zukunft		
16. Ich bekomme einfach nie das, was ich will; es ist also Unsinn, überhaupt noch etwas zu wollen		
17. Es ist sehr unwahrscheinlich, daß das Leben mir noch Befriedigung und Freude bringt		
18. Die Zukunft erscheint mir sehr unsicher		
19. Das Leben wird mir noch viel mehr schöne Zeiten bringen als schlechte		
20. Es nützt nichts, etwas anzustreben, das ich gerne hätte, da ich es wahrscheinlich ja doch nicht erreiche		

Tabelle 9: Geburtsverlauf anhand des Mutterpasses

BITTE MACHEN SIE ENTSPRECHEND DEM MUTTERPASS FOLGENDE ANGABEN:

Abschluß-Untersuchung/Epikrise

Schwangerschaft	Geburtsjahr	19		alleinstehend		Nationalität	
	Schwangerschaften (mit dieser)			Geburten (mit dieser)		Erst-Untersuchung in SSW	
	Anzahl der Vorsorge-Untersuchungen			vor Entbindung in Klinik vorgestellt		stat. Aufenthalt ante partum in Wochen	
	Nach Katalog A/B (Seite 21 und 22) dokumentierte wichtigste Risikonummern						
Geburt	Datum					SSW	
					extern entbunden		
	Lebendgeburt			1. Kind		2. Kind (Zwilling)	
	Geschlecht						
	Geburtsmodus						
	Kindslage						
	Gewicht						
	Länge						
	Apgar-Zahl 5'/10'						
	pH-Wert (Nabelarterie)						
auffällige Fehlbildung							
Besonderheiten							
Wochenbett	Wochenbett normal			gyn. Befund normal			
	Hb			RR			
	Anti-D-Prophylaxe						
	Besonderheiten (s. a. S. 12)						
	Blutgruppe und Untergruppen (nur bei rh-neg.-Mutter; kein Ausweis!)						
	direkter Coombstest						
	Kind unauffällig entl. am						
Kind verlegt am							
Kind verstorben am							

*) 1 Deutsch
2 Italienisch
3 Spanisch
4 Türkisch
5 Jugoslawisch
6 Griechisch
7 Sonstige

Datum der Entlassungsuntersuchung _____ Unterschrift/Stempel _____

Bitte Kohlepapier einlegen

Tabelle 10: Fragebogen zum kindlichen Verhalten nach ROTHBART

Fragebogen zum kindlichen Verhalten

Bitte lesen Sie die folgenden Hinweise sorgfältig:

Sie finden in diesem Fragebogen Beschreibungen kindlicher Verhaltensweisen.

Geben Sie bitte für jede dieser Verhaltensweisen an, wie oft sich Ihr Kind in der letzten Woche so verhalten hat.

Kreuzen Sie dazu bitte eine der Zahlen an, die immer neben der Beschreibung des Verhaltens stehen.

Diese Zahlen bedeuten, wie oft Sie das Verhalten in der letzten Woche beobachtet haben:

- (1)....nie
- (2)....sehr selten
- (3)....weniger als bei der Hälfte der Gelegenheiten
- (4)....ungefähr bei der Hälfte der Gelegenheiten
- (5)....bei mehr als der Hälfte der Gelegenheiten
- (6)....fast immer
- (7)....immer

- (x)....Die Situation kam nicht vor

(x): Die "kam nicht vor" Spalte sollten Sie ankreuzen, wenn Sie das Baby während der letzten Woche nicht in der beschriebenen Situation beobachten konnten. Zum Beispiel, wenn die Situation, daß Ihr Baby auf sein Essen warten mußte, in der letzten Woche nicht vorgekommen ist. "Kam nicht vor" ist etwas anderes als "Nie".

"Nie" sollten Sie benutzen, wenn die Situation vorkam, das Baby sich aber nie so verhalten hat: Zum Beispiel, wenn das Baby auf sein Essen warten mußte, aber während des Wartens niemals laut schrie.

Bitte achten Sie darauf, daß Sie bei jeder Frage eine Zahl ankreuzen!

Vielen Dank!

x die Situation kam nicht vor	1 nie	2	3	4 Hälfte der Geleg.	5	6	7 immer
--	----------	---	---	---------------------------	---	---	------------

Füttern

Wenn Ihr Baby auf sein Essen oder Getränk in der letzten Woche warten mußte, wie oft

		nie					immer
(1) schien es ihm wenig auszumachen?	x	1	2	3	4	5	6 7
(2) zeigte es leichtes Unbehagen?	x	1	2	3	4	5	6 7
(3) schrie es laut?	x	1	2	3	4	5	6 7

Beim Füttern, wie oft hat Ihr Baby

		nie					immer
(4) ruhig gelegen oder dagesessen?	x	1	2	3	4	5	6 7
(5) mit den Armen gewedelt, sich gewunden oder gestrampelt?	x	1	2	3	4	5	6 7
(6) gequengelt oder geschrien, wenn es genug hatte?	x	1	2	3	4	5	6 7

Wenn Ihr Baby etwas Neuartiges zu essen oder zu trinken bekam, wie oft hat das Baby

		nie					immer
(7) es sofort akzeptiert?	x	1	2	3	4	5	6 7
(8) es überhaupt nicht akzeptiert?	x	1	2	3	4	5	6 7

Schlafen

Wie oft hat Ihr Kind in der letzten Woche

		nie					immer
(9) abends vor dem Einschlafen nicht gequengelt oder geschrien?	x	1	2	3	4	5	6 7
(10) nicht gequengelt oder geschrien bevor es am Tag einschlief	x	1	2	3	4	5	6 7

Während des Schlafens, wie oft hat Ihr Baby

		nie					immer
(11) sich im Bett umher bewegt?	x	1	2	3	4	5	6 7
(12) an der gleichen Stelle ruhig gelegen?	x	1	2	3	4	5	6 7

Wenn es aufwachte, wie oft

		nie					immer
(13) quengelte oder schrie Ihr Baby sofort?	x	1	2	3	4	5	6 7
(14) spielte es ruhig im Bett?	x	1	2	3	4	5	6 7
(15) weinte es, wenn innerhalb weniger Minuten niemand kam?	x	1	2	3	4	5	6 7

x							
die Situation	1	2	3	4	5	6	7
kam nicht	nie			Hälfte			immer
vor				der Geleg.			

Baden und An- bzw. Ausziehen

Wenn Ihr Baby in der letzten Woche an- oder ausgezogen wurde, wie oft hat es

		nie					immer	
(16) mit den Armen gewedelt oder gestrampelt?	x	1	2	3	4	5	6	7
(17) sich gewunden und versucht wegzukommen?	x	1	2	3	4	5	6	7
(18) gelächelt oder gelacht?	x	1	2	3	4	5	6	7

Wenn Ihr Baby in das Badewasser kam, wie oft

		nie					immer	
(19) ist es erschrocken (nach Luft schnappen, Arme hochwerfen, sich versteifen etc.)?	x	1	2	3	4	5	6	7
(20) hat es gelächelt oder gelacht?	x	1	2	3	4	5	6	7
(21) machte es einen überraschten Eindruck?	x	1	2	3	4	5	6	7
(22) hat es geplanschelt und gestrampelt?	x	1	2	3	4	5	6	7
(23) hat es sich gedreht und gewunden?	x	1	2	3	4	5	6	7
(24) hat es viel geplappert?	x	1	2	3	4	5	6	7

Wenn sein Gesicht gewaschen wurde, wie oft hat Ihr Baby

		nie					immer	
(25) gelächelt oder gelacht?	x	1	2	3	4	5	6	7
(26) gejammert oder geschrien?	x	1	2	3	4	5	6	7

Beim Haare- oder Kopfwaschen, wie oft hat das Baby

		nie					immer	
(27) gelächelt oder gelacht?	x	1	2	3	4	5	6	7
(28) gejammert oder geschrien?	x	1	2	3	4	5	6	7

x
die Situation
kam nicht
vor

1	2	3	4	5	6	7
nie			Hälfte der Geleg.			immer

Spielen

Wie oft hat Ihr Kind in der letzten Woche ...

		nie						immer
(29) beim Spielen viel geplappert?	x	1	2	3	4	5	6	7
(30) laut gelacht?	x	1	2	3	4	5	6	7
(31) gelächelt oder gelacht, wenn es gekitzelt wurde?	x	1	2	3	4	5	6	7
(32) geweint oder mit Unbehagen reagiert, wenn es gekitzelt wurde?	x	1	2	3	4	5	6	7

Wenn Ihrem Baby etwas weggenommen wurde, womit es gespielt hatte, oder ihm ein Spielzeug runtergefallen ist, wie oft

		nie						immer
(33) schrie oder protestierte es für einen Moment?	x	1	2	3	4	5	6	7
(34) schrie oder protestierte es für mehrere Minuten oder länger?	x	1	2	3	4	5	6	7

Wenn Ihr Baby ein neues Spielzeug bekam, wie oft

		nie						immer
(35) zögerte es beim ersten Anblick des Spielzeugs?	x	1	2	3	4	5	6	7
(36) wollte es das Spielzeug sofort haben?	x	1	2	3	4	5	6	7

Wenn das Baby spielerisch in die Höhe gehoben oder geworfen wurde (z.B. "Fliegen" spielen o.ä.), wie oft

		nie						immer
(37) lächelte es?	x	1	2	3	4	5	6	7
(38) lachte es?	x	1	2	3	4	5	6	7

Beim Guck-guck Spiel, wie oft

		nie						immer
(39) lächelte es?	x	1	2	3	4	5	6	7
(40) lachte es?	x	1	2	3	4	5	6	7

Wenn Sie mit Ihrem Baby gespielt hatten, dabei aber unterbrochen wurden, wie oft

		nie						immer
(41) machte das Ihrem Baby nichts aus?	x	1	2	3	4	5	6	7
(42) weinte es oder zeigte Unbehagen?	x	1	2	3	4	5	6	7

x die Situation kam nicht vor	1 nie	2	3	4 Hälfte der Geleg.	5	6	7 immer
--	----------	---	---	---------------------------	---	---	------------

Tagesaktivität

Wie oft in der letzten Woche

- | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| (43) schrie Ihr Baby oder zeigte Unbehagen bei lauten Geräuschen (Küchenmaschine, Staubsauger etc.)? | x | nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | immer |
| (44) protestierte es, wenn es in seiner Bewegung eingeschränkt wurde (Kinderstuhl, Laufstall, Autositz)? | x | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| (45) erschrak das Baby bei einer plötzlichen Änderung seiner Körperlage, z.B. wenn es schnell hochgehoben wurde? | x | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| (46) erschrak es bei einem lauten oder plötzlichen Geräusch? | x | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| (47) schrie es, wenn es sich erschreckte? | x | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

Wenn Ihr Baby auf dem Arm war, wie oft

- | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| (48) hat es sich heftig bewegt? | x | nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | immer |
|---------------------------------|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|-------|

Wenn das Kind auf den Rücken gelegt wurde, wie oft

- | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| (49) protestierte es? | x | nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | immer |
| (50) lächelte oder lachte es? | x | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| (51) wedelte es mit den Armen oder strampelte heftig? | x | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| (52) hat es sich gedreht und gewunden? | x | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

Wenn das Baby etwas wollte, es aber nicht bekam, wie oft

- | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| (53) wurde es ärgerlich? | x | nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | immer |
| (54) bekam es einen Wutanfall (schreien, rotes Gesicht etc.)? | x | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

x
die Situation
kam nicht
vor

1	2	3	4	5	6	7
nie			Hälfte			immer
			der Geleg.			

Wenn das Kind in einen Kinderstuhl oder Autositz gesetzt wurde,
wie oft

		nie					immer
(55) wedelte es mit den Armen und strampelte heftig?	x	1	2	3	4	5	6 7
(56) hat es sich gedreht und gewunden?	x	1	2	3	4	5	6 7
(57) lag oder saß es ruhig?	x	1	2	3	4	5	6 7
(58) zeigte es anfangs Unbehagen?	x	1	2	3	4	5	6 7

Im Autositz, Kinderstuhl oder Babywippe, wie oft

		nie					immer
(59) plapperte Ihr Baby viel?	x	1	2	3	4	5	6 7

Wenn Sie wegwaren, dann wiederkamen, und ihr Kind wach war, wie oft

		nie					immer
(60) lächelte oder lachte es?	x	1	2	3	4	5	6 7

Wenn Sie Ihr Baby ablegten (Bett, Sofa, Spieldecke etc.), wie oft

		nie					immer
(61) quengelte es bald?	x	1	2	3	4	5	6 7
(62) war es für längere Zeit zufrieden?	x	1	2	3	4	5	6 7

Wenn ihr Baby mit einer fremden Person zusammenkam, wie oft

		nie					immer
(63) wollte es nur bei den Eltern bleiben?	x	1	2	3	4	5	6 7
(64) wollte es mit dem Fremden keinen Kontakt aufnehmen?	x	1	2	3	4	5	6 7
(65) wendete es sich sofort dem Fremden zu?	x	1	2	3	4	5	6 7

Wenn Sie mit ihrem Baby in eine fremde Umgebung kamen, wie oft

		nie					immer
(66) reagierte es sofort interessiert?	x	1	2	3	4	5	6 7
(67) reagierte es mit Zurückhaltung oder Unbehagen?	x	1	2	3	4	5	6 7

x die Situation kam nicht vor	1 nie	2	3	4 Hälfte der Geleg.	5	6	7 immer
--	----------	---	---	---------------------------	---	---	------------

Wenn Ihr Baby in den letzten 2 Wochen quengelte oder schrie und sie es beruhigen wollten, wie oft ließ sich Ihr Baby schnell beruhigen durch:

	x	nie					immer	
(68) Schaukeln und Wiegen	x	1	2	3	4	5	6	7
(69) Sprechen und Singen	x	1	2	3	4	5	6	7
(70) Verändern der Körperlage	x	1	2	3	4	5	6	7
(71) Schnuller geben	x	1	2	3	4	5	6	7
(72) Etwas zu Essen geben	x	1	2	3	4	5	6	7
(73) Streicheln	x	1	2	3	4	5	6	7
(74) Etwas Interessantes zeigen	x	1	2	3	4	5	6	7
(75) Ein Spielzeug geben	x	1	2	3	4	5	6	7
(76) Auf den Arm nehmen	x	1	2	3	4	5	6	7
(77) Auf dem Arm umhertragen	x	1	2	3	4	5	6	7
(78) Sonstiges:.....	x	1	2	3	4	5	6	7