

Der Einfluß der Einstellung zu Schwangerschaft und Geburt auf die vorgeburtliche Mutter-Kind-Beziehung

Helmut Niederhofer¹ und Alfons Reiter²

¹ Univ.-Klinik für Psychiatrie / Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Innsbruck, Österreich

² Institut für Psychologie der Universität Salzburg, Salzburg, Österreich

Schlüsselwörter: Einstellung zur Schwangerschaft, pränatale Mutter-Kind-Bindung

Abstract: *The Influence of Maternal Attitudes Towards Pregnancy and Delivery on the Prenatal Mother-Child Attachment.* Attitudes to pregnancy and delivery might modify the prenatal mother-child attachment. Both can be measured by questionnaires. This study compares a standardized assesment scale of mother's attitudes towards pregnancy with the Maternal-Fetal Attachment Scale (Cranley, 1981). Our results show, that negatives attitudes to pregnancy and delivery correlate significantly with problematic prenatal mother-child attachment.

Zusammenfassung: Einstellungen zu Schwangerschaft und Geburt können als eine modifizierende variable der pränatalen Mutter-Kind-Beziehung angesehen werden. Sowohl die Einstellung als auch die pränatale Beziehung sind mittels Fragebogen erhebbar. Die vorliegende Arbeit vergleicht den „Fragebogen zur Messung von Einstellungen zu Schwangerschaft, Sexualität und Geburt“ (Lukesch & Lukesch, 1976) mit einer deutschen, modifizierten Version der Maternal-Fetal Attachment Scale (Cranley, 1981). Die Ergebnisse bestätigen, daß eine negative Einstellung mit einer problematischen Mutter-Kind-Bindung in der Schwangerschaft signifikant zusammenhängt.

*

Einstellungen zur Schwangerschaft

Unter dem Begriff „Einstellung“ kann nach MacCorquordale (1948) ein hypothetisches Konstrukt oder eine intervenierende Variable verstanden werden, die nicht direkt beobachtbar ist, sondern aus dem (Verbal-)verhalten erschlossen wer-

Korrespondenzanschrift: Mag. DDr. Helmut Niederhofer, Univ.-Klinik für Psychiatrie / Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Anichstraße 35, 6020 Innsbruck, Österreich; Telefon / Telefax +43 512 504-0, E-mail: helmut.niederhofer@uibk.ac.at

den und zur Erklärung des offenen Verhaltens herangezogen werden kann. Shaw und Wright (1967) führen die strittigen Auffassungen dieses Begriffes auf drei Punkte zurück: Beziehen sich diese Konstrukte auf einen spezifischen Referenten oder erfassen sie allgemeine Verhaltensdispositionen? Ist dieser Begriff selektiv auf soziale Relationen zu beziehen, bzw. aus welchen Komponenten besteht der Einstellungsbegriff (affektiv-kognitiv-behavioral)? Kraak und Lindenlaub (1973) verstehen unter Einstellungen relativ überdauernde positive Bewertungen von sozialen Objekten oder Ereignissen. Auch Schwangerschaftseinstellungen sind relativ zeitstabil und beinhalten diese drei Komponenten.

Die ablehnende Einstellung der werdenden Mutter zur Schwangerschaft und zur bevorstehenden Geburt kann sich auch auf das Ungeborene übertragen; lehnt die Mutter das Kind emotional ab, werden auch seine Signale ignoriert. Klimek und Reron (1998) weisen explizit auf die Bedeutung mütterlicher Kognitionen und Emotionen für die Entwicklung der kindlichen Identität hin. Auch van den Carr (1998) betont dies und schlägt ein sechs Punkte Programm zur Verbesserung der mütterlichen Emotionen gegenüber dem Kind vor: (1) Anerkennung der Schwangerschaft, (2) Akzeptanz der Realität des Feten, (3) Bearbeiten der eigenen Kindheit, (4) Verbesserung der Partnerbeziehung zwischen den Eltern, (5) das Baby als eigene Person akzeptieren, (6) Stärkung der elterlichen Identität.

Die Ablehnung des Kindes seitens der Mutter, oft eine Folge maternaler traumatischer Erlebnisse (Turner & Westermann, 1999), wirkt sich so auch auf die Beziehung zwischen ihnen aus. Die negative Einstellung als subjektives Erleben der Mutter kann problematische Beziehungsmuster forcieren. Diese wiederum spiegeln sich in den Aussagen der Mutter über ihr Kind wider. Die mütterliche Einstellung und das kindliche Bindungsverhalten (aus der Sicht der Mutter) können also über die Beziehung in Zusammenhang gebracht werden. Erstere beinhaltet das Selbstbild sowie Freude und Ängste vor dem Ereignis Geburt; unter letzterem können spezifische Verhaltensmuster, die die Mutter ihrem Kind zuschreibt, verstanden werden.

Gelingt es, die mütterliche Einstellung gegenüber Schwangerschaft und Geburt und auch die kindliche Bindung (wenn auch nur aus der Sicht der Mutter) zu erfassen, könnten bereits grobe Rückschlüsse auf die Beziehung beider zueinander gezogen werden. Wir glauben davon ausgehen zu können, daß die Einstellung der Mutter zu ihrem Kind und dessen Bindungsverhalten aus ihrer Sicht zu etwa gleichen Teilen als Hinweise auf die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung gesehen werden können; besonders dann, wenn sie sich decken.

In Hinblick auf den Versuch, die Beziehung möglichst sicher abschätzen zu können, erhoben wir bei 121 Frauen beide Komponenten und analysierten deren Übereinstimmung.

Die Einstellung kann mittels direkter Befragung gemessen werden (ist sie erwünscht, geplant, und wie reagiert die Frau auf Kindesbewegungen). Diese Methode ist zeitaufwendig und zudem stark vom Interviewer abhängig.

Bei Einstellungsfragebögen sind thematisch relevante Items am optimalsten in Form von Ratingskalen zu beantworten (vgl. z. B. PARI (Schäfer, 1958), MAPI (Blau, 1964) und PRQ (Schäfer, 1960)). Auch der S-S-G (Lukesch, 1976) und speziell die Subskala „offene Ablehnung“ kann zu diesen Verfahren gezählt werden. Mittels 15, auf einer 6stufigen Skala (völlige Ablehnung – völlige Zustimmung) zu

beantwortenden Items (ist innert 10 Minuten möglich) wird die subjektive Einstellung der schwangeren gegenüber körperlichen und psychischen Veränderungen erfragt (s. Anhang 1).

Vorgeburtliche Mutter-Kind-Bindung

Die vorgeburtliche Mutter-Kind-Bindung kann, in Analogie zur peri- und postnatalen (Ainsworth, 1978; Grossmann, 1989), nicht in standardisierter Form beobachtet werden, sondern nur anhand der Eindrücke der werdenden Mütter abgeschätzt werden (Niederhofer, 2000). Diese Eindrücke lassen zwar nur begrenzt Rückschlüsse auf die Mutter-Kind-Interaktion zu, stellen aber doch eine reliable Möglichkeit dar, die (einseitige) Beziehung der werdenden Mutter zu ihrem Kind zu ermesen. Eine Erhebung dieser mutterzentrierten Bindung ist mittels eines standardisierten Meßverfahrens, der Maternal-Fetal-Attachment Scale (Cranley, 1981) möglich. Mittels 24 Items (innert 10 Minuten zu beantworten), die ursprünglich in 5 Subskalen untergliedert wurden, kann so die Mutter-Kind-Bindung erfaßt werden. Die Übersetzung ins Deutsche (s. Anhang 2) (Validierung siehe Niederhofer, in Vorber.) brachte ähnliche teststatistische Kennwerte, es wurde aber versucht, die Items in drei Subskalen (Varimax-rotierte Faktorenanalyse) zusammenzufassen, um eine bessere Vergleichbarkeit mit den klassischen Bindungsmustern (Ainsworth, 1978) zu ermöglichen.

Material und Methoden

Die Einstellung zu Schwangerschaft und Geburt wurde mittels des S-S-G (Lukesch, 1976) erhoben. Dieses Erhebungsinstrument wurde 121 schwangeren Frauen während einer Routine-Ultraschalluntersuchung in der 20. Schwangerschaftswoche vorgegeben. Die Probandinnen waren bezüglich sozioökonomischen Status gleich verteilt und zwischen 18 und 38 Jahre alt. Komplikationsbehaftete Schwangerschaften galten als Ausschließungsgrund. Der Fragebogen war mittels Paper and Pencil Methode auszufüllen (ca. 10 Minuten/Person). Um eine Vergleichbarkeit mit der Mutter-Kind-Beziehung möglich zu machen, wurden von uns die 15 Items umfassende Subskala „offene Ablehnung“ erfragt, und mittels Varimax-rotierter Faktorenanalyse drei weitere Subskalen (negative psychologische Situation – Item 1,3,4,19; Isolation – Item 15,17,24; Risiko – Item 7,8,10,12,14,23,25) gebildet. Die Faktorenladungen legten eine Reduktion der Itemanzahl auf 14 nahe.

Unmittelbar danach erhielten diesselben Frauen die deutsche Version der Maternal-Fetal Attachment Scale. Die Komplettierung entsprach bezüglich Art und Dauer der des S-S-G. Wiederum wurden mittels Varimax-rotierter Faktorenanalyse drei Subskalen gebildet (sicher - Item 7,9,17,20,22,24; vermeidend - Item 3,4,8,11,12,15,23; ambivalent - Item 1,2,5,6,10,13,14,15,16,18,19,21).

Ein hoher Score bedeutete jedes Mal eine große Zustimmung zu den vorgegebenen Items; jede Mutter wurde derjenigen Gruppe, wo sie den höchsten Mittelwert erlangte, zugeordnet.

Die Subskalen des S-S-G (Lukesch, 1976) wurden mit denjenigen der deutschen, modifizierten Version der Maternal-Fetal Attachment Scale (Cranley,

1981) mittels Korrelationen und des Mann-Whitney-U-Tests mit der pränatalen Mutter-Kind-Bindung verglichen.

Ergebnisse

Eine negative psychische Situation der werdenden Mutter während der Schwangerschaft kann unseren Ergebnissen zufolge hochsignifikant die pathologischste Bindungsvariante, nämlich eine ambivalente Mutter-Kind-Bindung in der Schwangerschaft verstärken. Die positive Korrelation eher mit vermeidender und weniger mit sicherer Bindung ist nicht signifikant, was ebenfalls eher auf negative denn auf positive Auswirkungen des momentanen psychischen Status hinweist.

Isolation in der Schwangerschaft wirkt bindungsdestabilisierend, indem sie hochsignifikant positiv mit „Ambivalenz“ und „Vermeidung“ zusammenhängt. Auf die sichere Bindung bestehen unseren Ergebnissen zufolge (praktisch Nullkorrelation) keinerlei Auswirkungen.

Das Wissen um Risikofaktoren dürfte selektiv die Bindungsvermeidung verstärken (hochsignifikant), hängt jedoch kaum mit sicherer und ambivalenter Bindung zusammen (jeweils praktisch Nullkorrelationen).

Eine negative psychische Situation und das subjektive Gefühl der Isolation sind unseren Ergebnissen zufolge im Gegensatz zu den Risikofaktoren (Nullkorrelation) als Prädiktoren für eine ambivalente Mutter-Kind-Bindung anzusehen.

Das subjektive Gefühl der Isolation und die Risikofaktoren (und weniger ausgeprägt die negative psychische Situation) korrelieren deutlich positiv mit der vermeidenden Bindung.

Die sichere Bindung wird von den Faktoren, die die negative Einstellung der Schwangeren gegenüber Schwangerschaft und Geburt beschreiben, weder positiv noch negativ in signifikanter Weise beeinflusst.

Das subjektive Gefühl der Isolation belastet demnach die Mutter-Kind-Bindung am nachhaltigsten ($r = .69$, $p < .01$ mit Ambivalenz; $r = .76$, $p < .01$ mit Vermeidung); gefolgt von der negativen psychischen Situation ($r = .92$, $p < .01$ mit ambivalenz) und – an dritter Stelle – von den Risikofaktoren ($r = .77$, $p < .01$ mit Vermeidung).

Die Tabelle 1 gibt die entsprechenden Korrelationen wieder; wobei 0.00 einen fehlenden, 1.00 einen maximalen Zusammenhang bedeutet. Hochsignifikante Werte $p < .01$ sind mit einem „*“ gekennzeichnet. Es gab keine signifikanten Zusammenhänge ausschließlich auf dem 5%-Niveau.

Diskussion

Grossmann (1989) weist wiederholt auf die Notwendigkeit einer sicheren Eltern-Kind-Bindung hin. Eine Bindungsvermeidung ermöglicht dem Kind zwar keine „sichere Basis“ (Grossmann, 1992), macht die Eltern aber doch einschätzbar, nämlich dahingehend, daß von ihnen kaum Verständnis und Zuneigung zu erwarten sind. Nach ebendiesen Autoren ist die ambivalente Bindung als die pathologischste anzusehen: die Eltern sind für das Kind eigentlich uneinschätzbar.

Eine betont negative Einstellung der Mutter zu ihrem Kind, die sich in Form einer momentan negativen psychischen Situation, dem subjektiven Gefühl der

Tabelle 1. Korrelationen zwischen der Einstellung zu Schwangerschaft und Geburt und der Maternal-Fetal Attachment Scale.

	neg. psych. Sit. (4,67+/-0,40)	Isolation (2,62+/-0,92)	Risiko (3,46+/-1,10)
Ambivalenz (3,67+/-0,40)	.92*	.69*	.14
Sicherheit (2,62+/-0,92)	.24	.10	.10
Vermeidung (4,46+/-0,10)	.26	.76*	.77*

Legende: (Mittelwert/Standardabweichung) * = $p < .01$

Isolation und dem Vorhandensein von Risikofaktoren äußert, wird die Bindung am meisten belasten: Das Kind wird abgelehnt, aber doch nicht verleugnet. Auch unsere Ergebnisse können das bestätigen: Je negativer die Einstellung ist, allen voran das Gefühl der Isolation, welches das Entstehen vermeidender und ambivalenter Bindungsmuster begünstigt, gefolgt von der negativen psychischen Situation mit ihrer bindungsambivalenzfördernden Wirkung und schließlich den vermeidungsfördernden Risikofaktoren, desto belasteter ist auch die Mutter-Kind-Bindung, sowohl pränatal, wie unsere Ergebnisse zeigen, als auch postnatal, wie Gloger-Tippelt (1991) zeigen konnte.

Insgesamt gesehen, weisen unsere Ergebnisse auf einen deutlichen Zusammenhang zwischen negativer Einstellung hin, die sich im Gefühl der Isolation, und weniger in einer als negativ erlebten psychischen Situation und in Form von Risikofaktoren gegenüber Schwangerschaft und Geburt einerseits und der Bindung aus der Sicht der Mutter andererseits zeigen. Das Konstrukt „präinatale Beziehung“ wird offensichtlich durch eine negative Einstellung der Schwangeren (welche die augenblickliche psychische Situation, das Gefühl der Isolation sowie das Wissen um Risikofaktoren umfaßt) und Einschätzung kindlichen Bindungsverhaltens aus ihrer Sicht ähnlich exakt beschrieben. In bezug auf die präinatale Mutter-Kind-Beziehung erscheinen beide Erhebungsinstrumente austauschbar; bezüglich Kindzentriertheit würden wir aber die Maternal-Fetal Attachment Scale (bei ähnlich guten teststatistischen Kennwerten beider Erhebungsinstrumente) bevorzugen. 24 Items sind auch bezüglich Ökonomie (innerhalb von 10 Minuten zu beantworten) gut vertretbar; eine weitere Reduktion erachten wir als für nicht sinnvoll, wiewohl auch die teststatistischen Kennwerte dagegen sprechen und mit dem vorliegenden Erhebungsinstrument auch die ambivalente Bindung ausreichend erfaßt wird. Niederhofer (2000) konnte die Persistenz von Bindungsmustern von der pränatalen Periode bis hinein ins Schulalter nachweisen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit weisen auf die Möglichkeit hin, die präinatale Bindung mittels Fragebögen zu erheben. Es legt sich nahe, bereits bestehende Programme zur breiten Erfassung der Einstellung zu Schwangerschaft und Geburt anzuwenden, um die pränatal determinierte, wenn auch postnatal entscheidend modifizierte Mutter-Kind-Bindung zu erfassen. Es könnten in der Folge bereits frühzeitig effektive Unterstützungsprogramme entwickelt werden.

Literatur

- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S (1978) *Patterns of Attachment*. Erlbaum, New York
- Blau A, Welkowitz J, Cohen J (1964) *Maternal Attitude to Pregnancy Instrument*. *Archives of General Psychiatry* 10: 324–331
- Van de Carr K (1998) Integrating Therapy with Emotionally at Risk Pregnancies. *Int J Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 10(4): 487–492
- Cranley MS (1981) Development of a Tool for the Measurement of Maternal Attachment During Pregnancy. *Nursing Research* 30(5): 281–284
- Gloger-Tippelt G (1991) Zusammenhänge zwischen dem Schema vom eigenen Kind vor der Geburt und dem Bindungsverhalten nach der Geburt bei erstmaligen Müttern. *Z für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 13(2): 95–114
- Grossmann KE (1989) Die Bindungstheorie: Modell und entwicklungspsychologische Forschung. In: Keller H (Hrsg.) *Handbuch der Kleinkindforschung*. Berlin
- Klimek R, Reron A (1998) Medical Versus Social Aspects of Unwanted Pregnancy. *Int J Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 10(3): 287–293
- Kraak B, Lindenlaub B (1973) Einstellungen und Verhalten: Entwurf einer Theorie. *Archiv für Psychologie* 125: 274–287
- Lukesch H, Lukesch M (1976) S-S-G – ein Fragebogen zur Messung von Einstellungen zu Schwangerschaft, Sexualität und Geburt. Hogrefe, Göttingen
- MacCorquodale K, Meehl PE (1948) On a distinction between hypothetical constructs and intervening variables. *Psychological review* 55: 95–107
- Niederhofer H (2000) Einfluß von präpartalem Bindungsverhalten auf die Mutter-Kind-Bindung im Alter von 0;6 beziehungsweise 6;0 Jahren und seine Objektivierung anhand intrauteriner Fetalbewegungen. *Int J of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 12(1): 177–189
- Schäfer ES, Bell RQ (1958) Development of a Parental Attitude Research Instrument. *Child Development* 29: 339–361
- Schäfer ES, Mannheimer H (1960) Dimensions of perinatal adjustment. Paper read at Eastern Psychol. Assoc., N. Y. (April, 1960)
- Shaw ME, Wright JM (1967) Scales for the measurement of attitudes. McGraw-Hill, New York
- Turner RG & T, Westermann S (1999) Prebirth Memory Discovery in Psychotraumatology. *Int J Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 11(4): 469–485

Anhang 1: S-S-G

Anleitung: Jede Frage bitte möglichst spontan mit „x“ beantworten. Bitte keine Frage auslassen, da sonst eine Auswertung nicht möglich ist. Bitte ankreuzen, ob der jeweilige Belastungsfaktor vorhanden ist oder nicht! (ja / nein)

1. Wie sehr sich eine Frau ein Baby auch wünschen mag, eine Schwangerschaft ist immer ein unangenehmes Erlebnis.
2. Kinder kommen immer zu ungünstigen Zeitpunkten.
3. Wenige Frauen empfinden die Schwangerschaft als eine angenehme Zeit.
4. Die Schwangerschaft macht eine Frau sehr häßlich.
5. Das Kinderkriegen ist für den Fortbestand der Menschheit ein notwendiges Übel.
6. Es gibt für eine Frau nichts Unangenehmeres, als schwanger zu sein.
7. Aus ganz natürlichen Gründen widerstrebt es vielen Frauen, ein Kind zu haben.
8. Eigentlich ist die Schwangerschaft eine Krankheit.

9. Eine Schwangerschaft macht nicht-ärztliche Therapien notwendig und kann somit als Störung des körperlich-seelischen Wohlbefindens gewertet werden.
10. Eine Schwangerschaft macht ärztliche Kontrollen notwendig und besitzt somit Krankheitswert.
11. Die Bewegungen des Kindes sind für eine Schwangere sehr lästig.
12. Man sollte von keiner Frau erwarten, daß sie mehr als ein, schlimmstenfalls zwei Kinder bekommt.
13. Wie nett Umstandskleider auch geschneidert sein mögen, eine schwangere Frau sieht immer plump und unattraktiv aus.
14. Eine schwangere Frau ist eine unglückliche Frau.
15. Eine Frau zweifelt oft an der Sinnhaftigkeit einer Schwangerschaft.
16. Eine schwangere Frau verzichtet nur ungern auf Annehmlichkeiten, die sie vor der Schwangerschaft gewohnt war.
17. Eine Frau empfindet das noch ungeborene Kind oft als einen störenden Eindringling.
18. Die Schwangerschaft ist häufig nicht nur für die berufstätige Frau eine schwere Belastung.
19. Eine Frau, die früher im Beruf stand, hat ein Recht darauf, die Schwangerschaft als lästig zu empfinden, zumal sie eine finanzielle Belastung darstellt
20. Eine Schwangerschaft ist sehr problembeladen.
21. Eine Frau freut sich auf den Moment, wo sie das Kind das erste Mal in ihren Armen halten kann.
22. Häufig wünscht sich eine Frau, daß ihr Kind nie geboren werden möge.
23. Eine kluge und intelligente Frau vermeidet es, überhaupt schwanger zu werden.
24. Die Schwangerschaft ist eine wunderbare Zeit der Erwartung.
25. Die Schwangerschaft ist eine Zeit, in der die meisten Frauen besonders blühend aussehen.
26. Die Schwangerschaft ist für viele Frauen eine Enttäuschung.

Anhang 2: Maternal-Fetal Attachment Scale

Mutter-Kind-Bindung

Beantworten Sie bitte jede Frage, indem sie die am ehesten zutreffende Antwort einkreisen. (sicherlich ja / ja / unsicher / nein / sicherlich nein)

1. Ich spreche zu meinem ungeborenen Kind
2. Ich finde, die Schwangerschaft ist ihre Mühen wert.
3. Ich betrachte gerne meinen Bauch, wenn das Baby strampelt.
4. Ich stelle mir vor, das Kind zu füttern.
5. Ich freue mich schon darauf zu sehen, wie das Baby aussehen wird.
6. Ich glaube, das Baby fühlt sich eingeeengt.
7. Ich spreche mein Baby mit einem Spitznamen an.
8. Ich stelle mir vor, für das Baby zu sorgen.
9. Aufgrund seiner Bewegungen kann ich schon erraten, welche Persönlichkeit das Baby haben wird.
10. Sollte das Baby ein Mädchen werden, habe ich schon einen Namen für es.
11. Ich tue Dinge, um gesund zu bleiben, die ich nicht täte, wäre ich nicht schwanger.
12. Ich glaube, mein Baby kann schon hören.
13. Sollte das Baby ein Bub werden, habe ich schon einen Namen für ihn.
14. Ich glaube, mein Baby kann schon denken und fühlen.
15. Ich esse Fleisch und Gemüse, um sicherzugehen, daß mein Baby gut ernährt wird.

16. Es scheint, als ob mich mein Baby treten würde, um mir zu signalisieren, daß es Essenszeit ist.
17. Ich stupse mein Baby, damit es zurückstupst.
18. Ich kann es kaum erwarten, mein Baby zu halten.
19. Ich versuche mir vorzustellen, wie mein Baby wohl aussehen wird.
20. Ich streichle meinen Bauch, um mein Baby zu beruhigen, wenn es zu viel strampelt.
21. Ich merke es, wen mein Baby Schluckauf hat.
22. Ich finde meinen Körper abstoßend.
23. Ich höre auf, bestimmte Dinge zu tun, um meinem Baby zu helfen.
24. Ich packe den Fuß meines Babys durch meinen Bauch, um es zu bewegen.