

Einleitung

Es gibt wenige Ereignisse während der fruchtbaren Zeit einer Frau, die eine grössere Umwälzung des Lebens bewirken als das Erleben der Schwangerschaft und der darauf folgenden Mutterschaft. Die Schwangerschaft stellt einen einzigartigen und wichtigen Übergang im Leben einer Frau dar und verlangt eine Re-Definition des Selbst und der Anderen. Diese Zeit beinhaltet beträchtliche physiologische, psychologische und interpersonelle Veränderungen. Die Schwangerschaft geht nicht nur mit grossen Veränderungen auf Seiten der Frau einher, sondern beeinflusst auch die Entwicklung des Kindes. Seit geraumer Zeit wissen wir, dass schwierige Lebensumstände der Mutter und teratogene Stoffe während der Schwangerschaft die *physische* Entwicklung des Fötus negativ beeinflussen können (Mulder, Robles de Medina, Huizink, Van den Bergh, Buitelaar, & Visser, 2002; O'Neil, 2003). In den 60er / 70er Jahren zeigten Studien, dass Angst während der Schwangerschaft zu negativen Konsequenzen für den Ausgang der Schwangerschaft sowie für das Wohlbefinden des Neugeborenen führt (z.B. Gorsuch & Key, 1974; Ottinger & Simmons, 1964). Darüber hinaus zeigen aktuelle Untersuchungen, dass pränatale Einflüsse einen signifikanten Teil der späteren kognitiven und verhaltensbezogenen Abweichungen des Kindes, also der *psychologischen* Entwicklung, erklären (Huizink, 2000; O'Connor, Heron, Golding, Beveridge, & Glover, 2002; Van den Bergh, 1992).

Im theoretischen Teil dieser Arbeit sollen Aspekte der emotionalen Befindlichkeit in der Schwangerschaft und deren Auswirkungen auf psychosoziale Faktoren postpartum dargestellt werden. In Kapitel 1 wird zunächst die emotionale Befindlichkeit während der Schwangerschaft mit Hilfe der Konstrukte Geburtsangst, psychosoziale Anpassung an die Schwangerschaft und geburtsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung definiert und beschrieben. In Kapitel 2 wird näher auf die verschiedenen Störungsbilder der psychischen Befindlichkeit postpartum und deren unterschiedliche und keineswegs konsistente ätiologische Erklärungen eingegangen. Die Auswirkungen der pränatalen Befindlichkeit - insbesondere der pränatalen Geburtsangst - auf psychosoziale Faktoren postpartum werden in Kapitel 3 anhand neuer Forschungsliteratur dargestellt.

Das Ziel des empirischen Teils dieser Arbeit ist, die emotionale Befindlichkeit und deren Veränderung während des letzten Drittels der Schwangerschaft bei gesunden schwangeren erstgebärenden Frauen zu beschreiben und Prädiktoren für die emotionale Befindlichkeit während der Schwangerschaft sowie für die psychische Befindlichkeit kurz nach der Geburt darzustellen. Weiter soll aufgezeigt werden, wie sich unterschiedlich hohe Geburtsangst während der Schwangerschaft auf die maternale Einstellung zum Kind, auf die Einschätzung des kindlichen Temperaments sowie auf die maternale psychische

Befindlichkeit 13 Monate postpartum auswirkt. Ohne dieses Wissen ist es kaum möglich, gezielt präventiv wirken zu können. Zum Abschluss werden die Befunde zusammenfassend diskutiert und Implikationen für therapeutische Interventionen bei schwangeren Frauen abgeleitet.

I Theoretischer Teil

1 Emotionale Befindlichkeit in der Schwangerschaft

Die psychologischen Konsequenzen der Veränderungen während der Schwangerschaft werden auf einem breiten Spektrum von Emotionen, die von Freude und Glücklichkeit bis hin zu beachtlicher Belastung reichen, beschrieben. Verschiedene Autoren¹ haben bestätigt, dass emotionale Störungen bei schwangeren Frauen nicht ungewöhnlich sind. Grosse Belastung wird meistens durch physische und psychische Probleme verursacht (Buesching, Glasser, & Frate, 1986; Lobel, 1998). Über die drei Drittel der Schwangerschaft verteilt (1. Drittel = 1.-13. Schwangerschaftswoche, 2. Drittel = 14.-26. und 3. Drittel = 27.-40. Schwangerschaftswoche) sind unterschiedliche psychische und physische Veränderungen zu beobachten. In dieser Arbeit wird in erster Linie das letzte Trimenon genauer analysiert. In diesem Drittel wird alle Aufmerksamkeit auf die Ankunft des Kindes und die Übernahme der Elternrolle gerichtet. Ansteigende psychische Unruhe und ein zunehmender Wunsch nach baldigem Ende der Schwangerschaft treten in dieser Phase in den Vordergrund (medicine worldwide, On-line). In den letzten Wochen vor der Geburt wird eine intensive Auseinandersetzung mit den Modalitäten der Geburt geführt. Die Fantasien zum Geburtsvorgang sind dabei widersprüchlich und nicht selten mit Ängsten vor möglichen Komplikationen oder Abnormitäten verbunden (Lukesch, 1981). Aufgrund der gründlichen Auseinandersetzung mit Vorzügen und Nachteilen der verschiedenen Möglichkeiten haben die werdenden Eltern zu diesem Zeitpunkt den höchsten Informationsstand. Kuse-Isingschulte gibt folgende Umschreibung für die emotionale Befindlichkeit während des letzten Trimenons:

„Die Betrachtung der emotionalen Situation zeigt am Ende der Schwangerschaft eine Verschiebung der Grundstimmung zu ambivalenten, auch negativen Gefühlen hin. Dabei bestehen Ängste bezüglich des Geburtsverlaufes mit den Wehenschmerzen und dem Verlust der Selbstkontrolle sowie Befürchtungen wegen der Gesundheit und Unversehrtheit des Kindes. Hinzu kommt die Angst vor Komplikationen und medizinischen Eingriffen“ (Kuse-Isingschulte, 2000, S. 13).

Allgemein kann gesagt werden, dass die Schwangerschaft mit signifikanten Veränderungen bezüglich des psychischen und physischen Gesundheitsstatus assoziiert ist. Vor allem Frauen in der Spätschwangerschaft verfügen über eine schlechtere Lebensqualität als nicht-schwangere Frauen und zeigen signifikant höhere Werte in den Bereichen Somatisierung, Zwanghaftigkeit und Feindseligkeit/Aggressivität verglichen mit Nicht-Schwangeren (Otchet, Carey, & Adam, 1999). Zur

¹ Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mitgemeint

emotionalen Verstimmung der Frau trägt das häufig als negativ empfundene Körperbild bei, das nun am stärksten vom gewohnten Erscheinungsbild abweicht (Gloger-Tippelt, 1988).

Die emotionale Befindlichkeit während der Schwangerschaft wird in der Literatur anhand verschiedener Konstrukte analysiert. In der vorliegenden Arbeit wird sie durch die pränatale mütterliche Angst, die psychosoziale Anpassung an die Schwangerschaft und die geburtsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung beschrieben, da diese Konstrukte auch für den empirischen Teil von zentraler Bedeutung sind.

1.1 Pränatale mütterliche Angst

In der Literatur sind verschiedene Formen mütterlicher Angst zu finden. Vor allem frühere, aber auch noch aktuelle Studien haben pränatale Angst mittels verschiedener genereller Angstinventare - wie z.B. dem State-Trait-Angst-Inventar von Spielberger, Gorsuch und Lushene (1970) oder dem General Health Questionnaire (Goldberg, 1972) - gemessen oder mittels selbst erstellter Fragebögen oder Interviews (z.B. Barnett & Parker, 1986; Fridh & Gaston-Johansson, 1990; Kennerley & Gath, 1989). Diese Instrumente wurden nicht zur Erhebung von Sorgen und Ängsten, die spezifisch für die Schwangerschaft und Geburt sind, konzipiert. Obwohl Frauen mit Schwangerschafts-/Geburtsangst oft als generell ängstlich beschrieben werden (Areskog, Uddenberg, & Kjessler, 1983), sollte die Unterscheidung zwischen den verschiedenen Bezeichnungen mütterlicher Angst geklärt werden, da dies zur genauen Untersuchung unerlässlich wäre. Deskriptive und exploratorische Studien zeigten nämlich, dass schwangere Frauen spezifische und intensive Ängste erleben wie z.B. Angst vor Inkompetenz und Sorgen bezüglich Schmerzen und Kontrollverlust während der Wehen und der Geburt (Dunkel-Schetter & Lobel, 1998; Sjögren & Thomassen, 1997). Aus diesem Grund geht es in dieser Arbeit nicht um State-Angst, die gemäss Spielberger et al. (1970) als Zustandsangst definiert wurde oder um Trait-Angst, die die Angst als Eigenschaft misst und auch nicht um generelle Ängstlichkeit, sondern um die zwei spezifischen pränatalen mütterlichen Ängste *schwangerschaftsspezifische Angst* und *Geburtsangst*. In den folgenden zwei Abschnitten wird die pränatale mütterliche Angst (aus praktischen Gründen wird dieser Begriff meistens dem Ausschreiben der beiden Termini vorgezogen) definiert und deren ätiologische Faktoren dargestellt.

1.1.1 Definition und Prävalenz der pränatalen mütterlichen Angst

Die *schwangerschaftsspezifische Angst* kann definiert werden als Angst, die sich auf die Gesundheit des ungeborenen Kindes bezieht und auf Sorgen, die sich die Mutter über ihre eigene physische und psychische Gesundheit macht. Huizink (2000) hat ein Drei-Faktoren-Modell der

schwangerschaftsspezifischen Angst dargestellt. Sie definiert die schwangerschaftsspezifische Angst durch die Faktoren „Angst vor der Geburt“, „Angst, ein körperlich oder geistig behindertes Kind zu gebären“ und „Sorgen bezüglich des eigenen Erscheinens“. Die schwangerschaftsspezifische Angst beinhaltet also den mentalen und psychologischen Stress, der während der Schwangerschaft erlebt wird und kann aus Erwartungen und Sorgen über die bevorstehende Geburt des Kindes, Sorgen bezüglich der Gesundheit, Lebensveränderungen und erhöhter Verantwortungsübernahme resultieren.

Respekt vor der Geburt zu haben, ist vor allem bei Erstgebärenden durchaus normal, da es sich um eine noch nie zuvor erlebte und unkontrollierbare Situation handelt. Bei realen oder in der Vorstellung antizipierten Gefahren kann zum Teil gewählt werden, ob man sich der Situation stellen will oder nicht. Bei einer Schwangerschaft und insbesondere während der Geburt ist aber ein Ausstieg (abgesehen vom Schwangerschaftsabbruch) und damit eine unmittelbare Angstreduktion nicht möglich. Diese Blockierung der Reaktionsmöglichkeiten ist an sich bereits eine angstauslösende Bedingung (Lukesch, 1981). Für *Geburtsangst* wurde bisher keine einheitliche Definition gebildet, obwohl diese ein allgemeines klinisches Problem darstellt. Als Diagnosestellung können verschiedene ICD-10-Codes (Weltgesundheitsorganisation, 1992) verwendet werden wie „Psychische Krankheiten sowie Krankheiten des Nervensystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren“ (O99.3) oder „andere phobische Störungen“ (F40.2). Seit 1997 hat Geburtsangst unter O99.80 („Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren“) einen eigenen Code im Appendix des ICD-10 (Saisto & Halmesmaki, 2003). Durch die unklare Definition der Geburtsangst ist es oft schwierig, Studien und klinische Daten auf diesem Gebiet miteinander zu vergleichen.

Der Terminus Geburtsangst wird in dieser Arbeit beschrieben durch all jene Ängste, die sich vor, während und nach der Schwangerschaft auf die Geburt des Kindes beziehen (Lukesch, 1983). Er beinhaltet all jene angstauslösenden Vorstellungen, die sich auf die Geburtssituation selber beziehen. Dazu gehört unter anderem die Angst vor Schmerzen, Angst vor dem Ausgeliefertsein, Angst vor dem Schreien oder die Angst, die Kraftanstrengung nicht durchstehen zu können. Saisto und Halmesmaki (2003) führen aus, dass Geburtsangst als biologisch (Angst vor Schmerzen), psychologisch (abhängig von der Persönlichkeit, vorangegangenen traumatischen Erfahrungen oder Angst vor zukünftiger Elternschaft), sozial (Mangel an sozialer Unterstützung, ökonomische Unsicherheit) oder sekundär entstanden (aufgrund vorangegangener Geburtserfahrung entstanden) gesehen werden kann. Wie stark sind jedoch Geburtsängste verbreitet?