

BERICHT
aus dem
PSYCHOLOGISCHEN INSTITUT
DER UNIVERSITÄT HEIDELBERG

Diskussionspapier Nr. 19

Januar 1980

Subjektive Theorie von Fraune über ihre
erste Schwangerschaft:
Theoretische Konzepte und methodische
Möglichkeiten

Gabriele GLOGER-TIPPELT

Für Diskussionen und Anregungen danke ich meinen Kolleginnen
und Kollegen A.Métraux, N.Groeben, B.Scheele, F.E.Weinert.
und R.Bastine;
den Diplomandinnen und Diplomanden M.Schulmeister,
J.Rothe-Kirchberger, B.Mechela und G.Vester

Heidelberg, September 1979

Subjektive Theorie von Frauen über ihre erste Schwangerschaft:

Theoretische Konzepte und methodische Möglichkeiten.

	Seite
1. Einleitung	1
1.1 Impulse zur Untersuchung von Schwangerschaft und Geburt	1
1.2 Vorläufige Eingrenzung des Gegenstandsbereichs auf das Erleben von Schwangerschaft und Geburt aus der Sicht der Frau	4
2. Darstellung von Schwangerschaft und Geburt in der Literatur	8
2.1 Populäre Informationsschriften über Schwangerschaft und Geburt als Hintergrund für Alltagstheorien (Funktion und Inhalt)	8
2.2 Wissenschaftliche Psychologische Ansätze im Überblick: Theorien und Methoden	14
2.2.1 Psychoanalytische Theorien	14
2.2.2 Psychosomatische und psychophysiologische Ansätze	18
2.2.3 Deskriptive korrelationsstatistische und emidemiologische Untersuchungen	20
2.2.4 Erfassung des Schwangerschaftserlebens mit dem Einstellungskonzept	21
2.2.5 Schwangerschaft und Geburt als "life event"	25
2.3 Psychologische Forschungsergebnisse über das Erleben von Schwangerschaft und Geburt	27
2.3.1 Allgemeine Überlegungen zur Struktur des Schwangerschaftserlebens	27
2.3.2 Motivation zur Schwangerschaft	31

	Seite	
2.3.2	Allgemeine Einstellungen zur Schwangerschaft	33
2.3.4	Schwangerschaftserleben in der Frühschwangerschaft	41
2.3.5	Veränderungen in der mittleren Schwangerschaft	48
2.3.6	Spätschwangerschaft und Geburtserleben	52
2.3.7	Kontaktaufnahme zum Neugeborenen	59
3.	Der Ansatz: Subjektive Theorie. Theoretische und methodische Überlegungen	65
3.1	Nachteile bisheriger Ansätze für den Gegenstandsbereich Schwangerschaftserleben	65
3.2	Das Konstrukt Subjektive Theorie	69
3.2.1	Vorläufige Definition und Funktion	69
3.2.2	Ansätze einer wissenschaftstheoretischen und wissenschaftshistorischen Begründung des Konstruktes Subjektive Theorie	71
3.2.3	Zusammenfassende Darstellung des Konstruktes und offene Probleme	81
3.3	Methodische Implikationen des Konstruktes Subjektive Theorie und Beispiele für methodische Vorgehensweisen	85
4.	Rekonstruktionsversuche der Subjektiven Theorie von Frauen über ihre erste Schwangerschaft	91
4.1	Schritte bei der Konkretisierung des Konstruktes Subjektive Theorie der ersten Schwangerschaft	92
4.1.1	Festlegung auf die erste Schwangerschaft	92
4.1.2	Konkretisierung der Zeitpunkte und Ereignisse im Verlauf der Schwangerschaft	93
4.1.3	Auswahl und Begründung von Rekonstruktionsstrategien	97
4.2	Elemente der Subjektiven Theorie der Frühschwangerschaft	100

	Seite
4.2.1 Die Attribuierungstheorie als Rekonstruktionsstrategie: Zentrale Annahmen und offene Probleme	100
4.2.2 Vorläufige Konzeption von wesentlichen Elementen der Subjektiven Theorie der Frühschwangerschaft	105
4.2.3 Methodische Umsetzung der Rekonstruktionsstrategie	108
4.2.4 Weitere Planung	115
4.3 Elemente einer Subjektiven Theorie des Geburtserlebens	117
4.3.1 Die Kontrolltheorie als Rekonstruktionsstrategie: Zentrale Annahmen und offene Probleme	118
4.3.2 Vorschläge für die Konzeption wesentlicher Elemente der Subjektiven Theorie des Geburtserlebens	123
5. Zusammenfassung	128
6. Literaturverzeichnis	129

Verzeichnis der Tabellen:

- | | |
|--|----|
| 1. Verteilung verschiedener Gruppen der Einstellung zur Schwangerschaft nach der Parität | 32 |
|--|----|

Verzeichnis der Abbildungen:

- | | |
|---|-----|
| 1. Schema der möglichen Einflußgrößen auf Schwangerschaftseinstellungen | 40 |
| Abb. 2 Mutter-Säugling- und Säugling-Mutter-Interaktion | 61 |
| Abb. 3 Schema möglicher explikativer Konstrukte für verschiedene vorherzusagende Kriterien im Schwangerschaftsverlauf | 82 |
| Abb. 4 Attribuierungstheoretisches Modell leistungsmotivierten Verhaltens | 102 |
| Abb. 5 Schema der wesentlichen Elemente einer Subjektiven Theorie in der Frühschwangerschaft | 106 |
| Abb. 6 Zweidimensionales Auswertungsschema subjektiver Erklärungen für wahrgenommene Veränderungen in der Frühschwangerschaft anhand von Beispielen | 112 |
| Abb. 7 Inhaltliches Auswertungsschema subjektiver Erklärungen für wahrgenommene Veränderungen in der Frühschwangerschaft | 114 |

1. EINLEITUNG

1.1 Impulse zur Untersuchung von Schwangerschaft und Geburt

Bisher bildeten Schwangerschaft und Geburt kein Thema der wissenschaftlichen Psychologie. Offenbar gab es wenig Anlaß, dieses dem Alltagsbewußtsein vertraute biologisch-soziale Ereignis wissenschaftlich genauer zu untersuchen. Heute gerät der Themenkreis Schwangerschaft, Elternschaft, Geburt des ersten Kindes verstärkt ins öffentliche Interesse. In verschiedenen Medien, z.B. in der populären Aufklärungsliteratur, in Schriften "alternativer" Gruppen, in medizinischen Publikationsorganen über Geburtspraxis und nicht zuletzt in der psychologischen Fachliteratur wird dieses Thema verstärkt behandelt. Einige Beispiele sollen hier genannt werden:

- Veröffentlichungen über die Bevölkerungsentwicklung in der BRD nehmen zu, Politiker äußern Bedenken über den Geburtenrückgang und reflektieren Hintergründe dafür. Laut Angaben des statistischen Bundesamtes hat die BRD im internationalen Vergleich mit anderen Industrieländern den geringsten Anteil von Kindern unter 5 Jahren (in den Jahren 1976/1977 4.7% der Gesamtbevölkerung) und die geringste Zahl an Lebendgeburten (je 1000 Einwohner fiel diese von 1961: 18 auf 8.8 im Jahr 1977 für die deutschen Staatsangehörigen). Die durchschnittliche Ehedauer der Eltern bis zur Geburt des ersten Kindes steigt (STATISTISCHES BUNDESAMT 1979). Als Ursachen für die Veränderung des generativen Verhaltens werden demographische, ökonomische, psychologisch-motivationale und soziokulturelle Veränderungen diskutiert. Ebenso hat der Bevölkerungsrückgang weitreichende ökonomische, arbeitsmarktpolitische und soziologische Auswirkungen (vgl. Ursachen des Geburtenrückgangs 1979).
- In diesem Zusammenhang werden Gesetzesänderungen vorgenommen wie die im Jahre 1979 eingeführte Verlängerung des Mutterschutzes für berufstätige Frauen, eine Erhöhung des Kindergeldes u.ä. Die Familien- und Sozialpolitik ist verstärkt Gegenstand politischer Kontroversen.

- In der interessierten Öffentlichkeit findet eine Diskussion verschiedener Geburtsvorbereitungsmethoden und Geburtsmethoden statt, es tauchen Begriffe und Methoden einer "alternativen Geburt", "sanften Geburt" auf. Auch im medizinischen Bereich verändert sich die Praxis der Entbindung und des Wochenbetts (LEBOYER 1974, ODONT 1979, MANTHEY 1977, Lothrop 1978).
- Durch die Frauenbewegung ist das Thema Schwangerschaft und Geburt in einem Zusammenhang mit der Veränderung von Geschlechterrollen, Rollendifferenzierung zwischen Mann und Frau, Berufstätigkeit vs. Kindererziehung als Aufgabe der Frau u.ä. Themen diskutiert worden (z.B. VOGT-HÄGERBÄUMER 1977, de BEAUVOIR 1968).
- In der Entwicklungspsychologie i.e.S. finden einerseits die pränatale Entwicklung als wichtiger Zweig der Säuglingsforschung und andererseits das mittlere Erwachsenenalter mehr Beachtung, wobei in der "life-event"-Forschung auch Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft als kritische Lebensereignisse diskutiert werden. In der Sozialisationsforschung wird versucht, die Veränderung der Partnerbeziehung und Familienstruktur durch das Ereignis der Geburt eines Kindes zu erfassen (z.B. LAMB 1979, GUTMAN 1975).
- Nicht zuletzt befassen sich Vertreter der Klinischen Psychologie im weiteren Sinne unter dem Bereich der Primären Prävention mit der Diskussion des Krisenbegriffs. Schwangerschaft wird als kritisches und belastendes Lebensereignis angesehen (BECKER 1978).
- Der Entwicklung von Beratungs- und Interventionsprogrammen zur Vorbereitung auf Schwangerschaft, Geburt, Stillen und Kinderbetreuung wird ein größeres Gewicht beigemessen (BIESELT-HUBRAL & LOTHROP 1977).
- In medizinischen Versorgungseinrichtungen findet allmählich eine Umorientierung statt in bezug auf die psychoprophylaktische Geburtsvorbereitung, z.B. führte die Frauenklinik der Universität Heidelberg 1978 die sog. "familienbezogene Geburt" ein.

All dies sind Impulse genug, um den Themenkomplex Schwangerschaft, Geburt, erstes Kind aus wissenschaftlicher Sicht ernst zu nehmen und genauer zu erforschen. Dabei stellt sich die Schwierigkeit, daß dieser Bereich von verschiedenen Fachrichtungen bearbeitet wird: natürlich von medizinischer Seite, und zwar sowohl von der Gynäkologie wie von der Psychosomatik, auf Seiten der Psychologie von der empirischen Persönlichkeitsforschung, der Entwicklungs- und der Klinischen Psychologie, aber auch aus journalistischer und literarischer Sicht mit dem Ziel der Wissenschaftsverbretung, der Aufklärung und Emanzipation von traditionellen Vorurteilen. Deshalb gibt es bisher kein gemeinsames Begriffs- und Theoriensystem, auch kein vergleichbares Methodenrepertoire. Folglich ist bisher die Information und Kommunikation sowohl zwischen verschiedenen Fachrichtungen als auch in den öffentlichen Medien äußerst gering. Es erscheint daher um so dringlicher, die umfangreichen empirischen Kenntnisse zu integrieren, um endlich notwendige praktische Konsequenzen zu ziehen, z.B. durch Einrichtung eines allgemeinen psychosozialen Versorgungssystems u.a. zur Beratung von Schwangeren und zukünftigen Eltern, wie es Modelle der Primären Prävention vorschlagen.

Diese notwendige interdisziplinäre Integration vorliegender Ergebnisse muß Aufgabe eines größeren Forschungsteams sein. Dagegen verfolgt dieser vergleichsweise bescheidene Bericht zunächst das Ziel, den Gegenstandsbereich aus psychologischer Sicht zu strukturieren und die vorhandenen Ansätze zur Untersuchung von Schwangerschaft und Geburt im Überblick zu sammeln. Danach soll eine Eingrenzung auf ein spezifisches Phänomen in diesem Komplex, nämlich auf das subjektive Schwangerschaftserleben der Frau, vorgenommen werden. Zu diesem eingeschränkten Bereich werden theoretische und methodische Möglichkeiten reflektiert und Hypothesen für ausgewählte empirische Untersuchungen entworfen.

Gleichzeitig soll dieser informelle Bericht auch die Kommunikation unter Kolleginnen und Kollegen erleichtern und fördern, die an dem Thema interessiert sind. Nicht zuletzt soll er eine Orientierungshilfe für die Diplomanden liefern, die in Form von

Diplomarbeiten in dem Projekt mitarbeiten. Daher bin ich an Rückmeldungen, Vorschlägen und Kritik sehr interessiert.

1.2 Vorläufige Eingrenzung des Gegenstandsbereiches auf das Erleben von Schwangerschaft und Geburt aus der Sicht der Frau

Neben vielen anderen möglichen Ausgangspunkten zur Untersuchung von Schwangerschaft soll hier der Untersuchungsgegenstand auf die subjektive Wahrnehmung eingegrenzt werden. Unsere Ausgangsfragen sind folgende:

- Wie erleben Frauen ihre erste Schwangerschaft und Geburt?
- Wie empfinden sie, was denken sie, welche Erwartungen, Vorstellungen, Phantasien, Wünsche haben sie dazu?
- Lassen sich allgemeine Beschreibungskategorien finden für das Schwangerschaftserleben? Gibt es allgemein-psychologische Merkmale zur Kennzeichnung z.B. der Wahrnehmung und Beurteilung spezifischer Phasen im Schwangerschaftsverlauf und der Geburt trotz aller individuellen Unterschiede? Oder lassen sich typische kognitive Umstrukturierungen in der mittleren bzw. späten Schwangerschaft feststellen?
- Wie hängen bestimmte Wissensinhalte und subjektiv wahrgenommene Gesetzmäßigkeiten über Schwangerschaft und Geburt mit der erlebnismäßig affektiven Verarbeitung zusammen, und welche Ansätze und Methoden bietet die Psychologie bisher zur Untersuchung dieser Fragen?

Damit ist bereits angedeutet, daß es nicht um biologisch-körperliche Aspekte des Schwangerschaftsablaufs gehen soll, ebenso nicht primär um soziale Normen über Verhalten in der Schwangerschaft, auch nicht um die Auswirkung äußerer, objektiv registrierbarer Bedingungen wie Ehe, Beruf, soziale Schicht usw. auf den Schwangerschaftsverlauf, sondern die genannten Aspekte werden hier nur aus der Perspektive der Frau betrachtet, so daß die Frage lautet: Wie schlagen sich körperliche Veränderungen, soziale Verhaltensnormen, äußere Lebensbedingungen usw. in der subjektiven Wahrnehmung und Verarbeitung der Schwangeren selbst nieder? Weiterhin ist aus dieser Frage ersichtlich, daß zunächst nach übergreifenden Beschreibungskategorien gesucht wird und nicht nach differentiellen Unterschieden zwischen verschiedenen Gruppen von Frauen.

Inwieweit die Einschränkung und Spezifizierung des Themas auf subjektives Schwangerschaftserleben sinnvoll ist, soll zum einen aus der Vernachlässigung dieses Aspektes in bisherigen Veröffentlichungen über Schwangerschaft aufgezeigt werden. Außerdem kann die Wahrnehmung der Frau selbst in dieser als außergewöhnlich und z.T. als krisenhaft erlebten Zeit ein wesentlicher Ansatzpunkt der Primären Prävention sein, wenn man die Möglichkeiten der kognitiven Umstrukturierung durch gründliche Information, Problemlösetraining u.ä. einbezieht.

Ließe sich langfristig empirisch nachweisen, daß die subjektive Theorie der Frau bzw. ihre Kognitionen, Gefühle auf den Verlauf der Schwangerschaft, den Verlauf der Geburt und möglicherweise auf die Mutter-Kind-Beziehung Auswirkungen hat, so erschiene es sinnvoll und notwendig, wünschenswerte, d.h. sich positiv auswirkende kognitive und emotionale Strukturen durch klinisch-therapeutische Beratungsmethoden bei der Schwangeren zu verstärken bzw. aufzubauen. Eine solche Komponente könnte z.B. das Vertrauen sein, den Verlauf der Schwangerschaft aktiv selbst beeinflussen zu können, oder die antizipatorische Bearbeitung von zu erwartenden Konflikten, damit die Erhöhung der kognitiven Kontrolle und des Sicherheitsgefühls, das zu einer besseren Anpassung an die neue Situation führt. Im Gegensatz dazu würde eine passive Haltung des Über-Sich-Ergehen-Lassens stehen, die ein Gefühl von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein zur Folge haben kann.

Bei dem Versuch, den Gegenstandsbereich auch nur global zu definieren, zeigt sich bereits eine bekannte wissenschaftstheoretische Schwierigkeit: Man kann nur etwas beschreiben, wenn man dafür sprachliche Begriffe, Konzepte, Theorien - kurz, irgendwelche Darstellungsmöglichkeiten zur Verfügung hat. Häufig wird daher bei der vordergründigen Beschreibung eines Phänomens auf das sog. Alltagsdenken und "naive" Konzepte zurückgegriffen. Gerade zum Thema Schwangerschaft stammen nun diese Alltagskonzepte z.T. wiederum aus der Rezeption wissenschaftlicher, häufig medizinischer Forschungsergebnisse: z.B. Informationen über die schädigende Wirkung von Genußmitteln oder Medikamenten auf die Embryonal- und Fötalentwicklung, über hormonelle Steuerung der

Schwangerschaft und Geburt, über zu erwartende körperliche Veränderungen in der Schwangerschaft usw. Andere Aspekte des Alltagswissens wurden aus der Popularisierung spezifischer psychoanalytischer Theorien aufgegriffen wie die Interpretation morgendlicher Übelkeit und der Wochenbettdepression einiger Schwangerer. Ein anderer umfangreicher Teil der Alltagskonzepte über Schwangerschaft stammt wahrscheinlich aus tradierten Stereotypen, religiösen und magischen Vorstellungen und Volksweisheiten (z.B. Einflüsse von Erlebnissen auf Merkmale des Kindes).

Es muß aber auch umgekehrt hervorgehoben werden, daß viele wissenschaftliche Theorien auf Alltagskonzepte und -erfahrungen zurückgehen. Gerade wenn man die Aufklärungsschriften über Schwangerschaft und die populäre Informationsliteratur sichtet, fällt auf, daß hier ganz deutlich eine Vermischung von wissenschaftlich gewonnenen Informationen mit traditionellen Vorstellungen und sozialen Normen der "glücklichen zukünftigen Mutter" u.ä. vorliegen oder daß sachliche Information mit emanzipatorischen Ansprüchen an "die bewußte Frau und Mutter" verbunden wird.

Zur Entwicklung einer Konzeption und Vorgehensweise, die subjektive Theorien bzw. Kognitionssysteme von Schwangeren zum Gegenstand hat, erscheint daher die "Kenntnis" sowohl von verbreiteten Informationsschriften als auch von wissenschaftlichen Theorien und Ergebnissen zu dem Komplex Schwangerschaft und Geburt notwendig.

Dieser Bericht ist folgendermaßen aufgebaut:

Im zweiten Kapitel wird versucht, den Gegenstandsbereich anhand der populärwissenschaftlichen und Aufklärungsliteratur sowie der psychologischen und medizinischen Literatur zu beschreiben. Dabei soll dargestellt werden, welche Aspekte von Schwangerschaft und Geburt in dieser - für den interessierten Laien zugänglichen - Literatur behandelt werden, welche Informationen vermittelt werden und was als sog. "naives Wissen" wahrscheinlich bei vielen Betroffenen vorhanden ist. Demgegenüber wird im zweiten Teil des 2. Kapitels zusammengefaßt, was in der psychologischen Fachliteratur an Ansätzen und Ergebnissen

zur Schwangerschaftserforschung existiert und welche Defizite bestehen. Danach wird die Fragestellung für eine eigene Konzeption und Untersuchung zusammengefaßt.

Das dritte Kapitel enthält die Entwicklung eines methodischen und theoretischen Konzeptes, nämlich das der "subjektiven Theorie der Schwangerschaft". Hierzu wird die Bedeutung der subjektiven Kognitionen und Gefühle der Betroffenen für ihr Handeln herausgearbeitet, und die wissenschaftstheoretischen Probleme bei der Beschreibung und Erfassung von Alltagstheorien werden kurz aufgezeigt. Die Funktion von sog. "objektiven" Theorien zur Rekonstruktion von subjektiven Theorien nimmt einen besonderen Platz ein.

Im vierten Abschnitt werden die prinzipiellen Überlegungen aus Kapitel 3 spezifiziert auf den Fall "Subjektive Theorie der eigenen ersten Schwangerschaft". Wesentlicher Schritt ist dabei die Konzeption von Elementen oder Teilstücken der subjektiven Theorie. Hierzu enthalten die sog. objektiven Theorien als Rekonstruktionsstrategien einen besonderen Stellenwert. Für dieses Vorgehen werden zwei Beispiele dargestellt:

- eine erste Rekonstruktion von subjektiven Erklärungen für Veränderungen in der Frühschwangerschaft nach der Attribuerungstheorie,
- eine Rekonstruktionsstrategie zur Erfassung von Kontrollüberzeugungen vor der Geburt und ihre Auswirkung auf das psychische Wohlbefinden nach Theorien zur kognitiven Kontrolle.

2. DARSTELLUNG VON SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT IN DER LITERATUR

Wollte man einen vollständigen Überblick über die genannten Gebiete anstreben, so ließe sich die Sammlung von Literatur zum Thema Schwangerschaft ohne ersichtliches Ende fortführen. Darum kann es in diesem Zusammenhang nicht gehen. Vielmehr werden zu jedem der behandelten Punkte nur Beispiele gegeben. Außerdem ist zu berücksichtigen, daß die angeführte Literatur unter Punkt 2.1 im Gegensatz zu 2.2 und 2.3 an sehr verschiedene Leserkreise gerichtet ist.

2.1 Populäre Informationsschriften über Schwangerschaft und Geburt: Funktion und Inhalt

Nach Feststellung der Schwangerschaft und der Entscheidung, das Kind auch auszutragen, wird eine Frau in unserer Gesellschaft in der Regel durch den Arzt oder durch Organisationen, die an der Geburtsvorbereitung beteiligt sind, mit einer Reihe von Informationsschriften (teilweise als Werbematerial von Firmen, die Babyartikel herstellen) versorgt, die zusätzlich zu der medizinischen Information durch den Arzt selbst über die verschiedenen biologischen Aspekte der Kindesentwicklung und Geburt und über einzuhaltende Verhaltensregeln bezüglich Ernährung, Bewegung usw., über Termine der Vorsorgeuntersuchung mehr oder weniger gut Aufschluß geben. Neben dieser Art von Informationsmaterial gibt es inzwischen einen kaum überschaubaren Markt von Nachschlagewerken und Taschenbüchern über Kindesentwicklung, Schwangerschaft, Geburt, Risiken in der Schwangerschaft, Geburtsmethoden und -vorbereitungsmechanismen sowie Erfahrungsberichte über die erste Mutter-, selten Elternschaft. Diese Schriften haben teilweise einen rein sachlichen, z.T. kritisch-emanzipatorischen Informationsanspruch, sie verfolgen teilweise das Ziel, die erste Schwangerschaft und Mutterschaft harmonisierend beschönigend darzustellen. Dieser Buchmarkt ist natürlich überwiegend Frauen mit höherer Bildung zugänglich.

Es ist zu überlegen, welche Funktion diese Art von Lektüre für Frauen heute haben kann. Für einen Großteil der Frauen, die zum erstenmal eine Schwangerschaft durchmachen, ist dies

sicher eine notwendige Informationsquelle, da nur selten wie früher in Großfamilien andere Frauen als Modelle bereitstehen, an denen stellvertretend der Ablauf von Schwangerschaft und Kinderkriegen beobachtend miterlebt werden kann. Als Ergänzung zu den Berichten von Müttern, Schwestern oder Bekannten ist daher dieses Informationsmaterial heute wahrscheinlich einflußreicher als früher.

Es ist nicht Ziel dieses Abschnittes, eine Inhaltsanalyse dieser Art von Aufklärungsmaterial zu leisten (obwohl dies sicher eine lohnende Untersuchung wäre). Hier interessiert der Inhalt nur soweit, als er wahrscheinlich zu einem wesentlichen Teil das Wissen, d.h. die kognitive Struktur bestimmt, über die eine schwangere Frau die zu erwartenden körperlichen und psychischen Veränderungen und Vorgänge verarbeitet. Somit beeinflusst diese Information ihre Erwartungen, ihre Ziele, Einstellungen, Bewertungsmaßstäbe, Ansprüche und Normen über das, was eine "normale" Schwangerschaft oder was eine "risikoreiche" Schwangerschaft ist. Die populärwissenschaftlichen Schriften haben also sicher einen sehr stark bewußtseinsbildenden Einfluß. Sie sind zugänglich und eher kalkulier- und nachvollziehbar als die zusätzlich wirksamen, von Müttern und Verwandten übermittelten Verhaltensvorschriften, Informationen und Erwartungen über diese Ereignisse. Innerhalb der populären Informationsschriften lassen sich wiederum verschiedene Schwerpunkte unterscheiden:

- Magazine, Zeitschriften-Sondernummern und Informationsmaterial von Firmen,
- allgemeine Informationsbücher oder Sachbücher über Schwangerschaft, Geburt,
- Sachbücher über spezifische Geburtsvorbereitungsmethoden,
- Sachbücher über Pflege, Ernährung und Entwicklung von Säuglingen (diese sind in diesem Kontext noch nicht wesentlich).

Anhand einiger ausgewählter Beispiele sollen nun Inhalt und Tendenz dieser Schriften aufgezeigt werden, da eine Analyse der von den Frauen tatsächlich benutzten Informationsschriften nicht vorliegt.

Zunächst gehe ich auf die vermutlich verbreitetsten Kategorien von Informationsschriften kurz ein und wähle als Beispiel das

Elternsonderheft "Arzt und Schwangerschaft" (1977) und "Ein Kind ist unterwegs. Das Aletebuch zur Schwangerschaft".

Das Sonderheft der Mittelschicht-Familien populären Zeitschrift "Eltern" - versehen mit einem Geleitwort der Bundesministerin für Familie, Jugend und Gesundheit - nennt sich "ein Lexikon für werdende Mütter". Entsprechend enthält es Stichwörter von "Alkohol", "alleinstehende Mutter" über z.B. "Entbindungskosten", "Kaiserschnitt", "Körperpflege", "Mutterpaß, "Zangengeburt" und "Zwillinge", zusammengestellt mit vielen Fotos, Grafiken und Tabellen und etlichen Werbeanzeigen. Sicher enthält dieses Heft viele Informationen für die Schwangere. Unterteilt man die insgesamt 95 Stichwörter in medizinische Information (1) im weitesten Sinne, alltägliche praktische Ratschläge (2) sowie Stichwort mit modischem und kosmetischem Inhalt (3) und psychologisch beratende Stichwörter (4), so ergibt sich eine Aufteilung von (1)/48 : (2)/30 : (3)/6 : (4)/11. Dieses Verhältnis spiegelt grob den Informationsgehalt und praktischen Nutzen dieses Heftes wider. Informationen über den biologischen Schwangerschaftsablauf nehmen den größten Raum ein. Diese Informationen sind wahrscheinlich die wesentlichste Voraussetzung für eine angemessene psychische Verarbeitung dieser Ereignisse. Immerhin befassen sich nur sechs Stichwörter mit kosmetischem u. modischem Inhalt. Sie beziehen sich überwiegend auf Körperpflege und Umstandskleidung. Von den 95 Stichwörtern sprechen nur 11 dagegen explizit das psychische Erleben von Schwangerschaft und Geburt unmittelbar an. Natürlich werden auch unter anderen Stichwörtern Angaben gemacht, die über Wahrnehmung und Einstellung der Schwangeren Auskunft geben. Insgesamt ist erkennbar, daß nur ein sehr kleiner Teil der Informationen sich mit dem psychischen Schwangerschaftserleben befaßt.

Ähnlich verbreitet sind wohl Informationsschriften von Firmen, die Artikel produzieren, welche mit Schwangerschaft, Geburt und Kinderpflege in Verbindung stehen. Beispielhaft wähle ich ein Heft der Firma Alete aus.

Schon äußerlich fällt an der Alete-Broschüre auf: doppelseitige, große Farbbilder sind graphisch sehr ansprechend gestaltet, der Text hält sich dezent am Rand, die gepflegten Mütter-Fotomodelle tragen hier nur feinste Unterwäsche und Spitzennachthemden, sie strahlen in allen Phasen der Geburt mit dem Ausdruck der glücklichen und erfüllten Mutter. Die Aufteilung des Inhalts ergibt nur ca. ein Drittel Informationen über körperliche Prozesse von Schwangerschaft und Kindesentwicklung. Dagegen sind rund zwei Drittel des Heftes mit sog. Ratschlägen für die Schwangere gefüllt. Der werdende Vater und die weitere Umgebung des Kindes werden so gut wie gar nicht erwähnt. Allerdings befassen sich diese Ratschläge wiederum nur mit relativ äußerlichen Fragen wie: "leckeren Rezepten", "Sport mit Vernunft", "Umgang mit Haustieren" und vor allem Tips für die "Schönheit und Körperpflege", "schicke Umstandsmodè für alle Tage" und dem altbewährten Rat-schlag "Handarbeit macht Spaß".

Hier entwirft die Firma Alete das Bild einer sorgenfreien, pro-

blemlosen Mutter, die sich strickenderweise im Garten ihres Bungalows sonnt und voller Erwartung auf das -nur entzückende - Baby ist. Hinweise auf körperliche und psychische Veränderungen, Selbstbildveränderung der Frauen, Probleme in der Partnerschaft, erlebte Einschränkungen durch Schwangerschaft und Kind, ganz zu schweigen von materiellen Sorgen, würden diese Idylle nur stören. Leider ist diese sowohl verkürzte als auch idealisierte Darstellung der Schwangerschaft durch die Werbung so beschaffen, daß sicher Frauen aller Schichten diesem Einfluß ausgesetzt sind.

Insgesamt weniger harmonisierend, aber kaum informationsreicher ist ein verbreitetes Taschen- und Sachbuch (B. VOGT-HÄGERBAUM, 1977), das mit emanzipatorischer Zielsetzung Anregungen zur Reflexion über die Einstellungen zur Schwangerschaft für Mann und Frau geben will.

In drei größeren Abschnitten werden behandelt: (1) allgemeine Fragen und Probleme im Zusammenhang mit der Schwangerschaft, (2) Geburt und Geburtshilfepraxis, (3) alternative Geburtsmethoden.

Der erste Teil, der sich vom reinen Sachbuch unterscheidet, postuliert eine Tabuierung von Schwangerschaft und Geburt in unserer Gesellschaft, indem allgemeine soziale Erwartungen über das Verhalten von Schwangeren ausgeführt werden wie: keine Aufenthalte an öffentlichen Plätzen (Schwangere werden gemieden, vgl. Psychologie heute, Heft 12, 1977), Vernachlässigung motivationaler Aspekte der Schwangerschaft und Geburt, die Darstellung von Schwangerschaft als Zeit des Rückzugs, des Unattraktiv- und Häßlich-Seins für die Frau. Die Frage der Motivation zur Schwangerschaft wird in Zusammenhang mit der Arbeitsplatzstruktur und Rollendifferenzierung von Männern und Frauen und der häufig geringeren Ausbildung der Frau gesehen. Viel Gewicht wird der schwangeren Frau als Konsumentin im Werbetrieb beigemessen.

Auffällige Lücken bestehen auch hier bezüglich der psychischen Vorgänge, Veränderungen und Erlebnisse im Verlauf der Schwangerschaft - sowohl bei Frau und Mann, der Auseinandersetzung mit dem Heranwachsen des Kindes und der damit verbundenen Erwartungen. M.E. wird der Sexualität in der Schwangerschaft (Geburt als sexuelles Erlebnis) ein übermäßiges Gewicht beigemessen im Verhältnis zu den viel umfassenderen kognitiven und emotionalen Umstrukturierungen bei beiden Partnern, die in dieser Zeit vor sich gehen.

Ein zweiter Abschnitt gibt in knapper Form Informationen über Geburt und Geburtshilfepraxis konventioneller Art im Vergleich zu den Geburtsmethoden nach READ, LAMAZE und LEBOYER. Insgesamt bieten diese letzten Abschnitte sowohl mehr Informationen als auch eine stärkere Beachtung der psychischen Verarbeitung der Vorgänge von Geburt, des Stillens, des Aufbaues einer Beziehung zwischen Vater - Mutter und Kind. Alles wird jedoch äußerst knapp abgehandelt. Die Ebene des subjektiven Erlebens wird immerhin erwähnt.

Überwiegenden Informationsanspruch hat auch das aus dem Amerikanischen übersetzte "Handbuch zur Schwangerschaft, Geburt und Säuglingspflege" (Hrsg. STEHR 1978), das stellvertretend für viele andere, früher veröffentlichte Sachbücher steht.

In sehr ausführlicher Darstellung im Vergleich zu Taschenbüchern (insgesamt ca. 550 Seiten), in verständlicher Sprache und guter Gliederung werden medizinische und psychologische Informationen und darauf abgestimmte Ratschläge und Verhaltensanweisungen zu den drei großen Bereichen Schwangerschaft/Kindesentwicklung, Geburt und Neugeborenes zusammengestellt. Jeder der drei großen Teile enthält einen Abschnitt über den normalen Ablauf (z.B. Schwangerschaft und Geburt oder Säuglingsentwicklung) und einen weiteren über Komplikationen, Krankheiten und Anomalien in diesem Bereich, die jeweils alle grundlegenden Aspekte behandeln.

Die verschiedenen Autoren - jeweils Spezialisten auf ihrem Bereich - bemühen sich um eine Vermittlung aktueller Forschungsergebnisse in verständlicher Form. Auch wenn im einzelnen sicher zahlreiche Verkürzungen der umfangreichen Gebiete vorgenommen wurden, so kann dieses Überblicksbuch doch als überwiegend sachlich informierend und als wenig wertend beurteilt werden.

Der Aspekt des subjektiven Erlebens der Schwangerschaft und Geburt spielt eine sehr untergeordnete Rolle.

Als neuerdings sehr verbreitete Sachbücher müssen NILSSON (1978) und FLANAGAN (1978) erwähnt werden. NILSSONS Bilddokumentation enthält erstaunliche fotografische Abbildungen des Embryos und Feten von der Befruchtung bis zur Geburt, z.T. dargestellt an einzelnen Organentwicklungen. Ähnlich bietet FLANAGAN in Taschenbuchformat informative Fotos und knappe, verständliche Texte über die pränatale Entwicklung. Diese beiden Bücher sind sehr geeignet, den Eltern eine anschauliche Vorstellung von dem Kind zum jeweiligen Stadium der Schwangerschaft zu vermitteln.

Einen relativ großen Anteil unter Sach- und Informationsbüchern nehmen die explizit psychoprophylaktisch genannten Geburtsvorbereitungsmethoden ein. Hierbei sind zu erwähnen: MITCHELL (1971), EWEY (1976) und schließlich auch LEBOYER (1974) bzw. ODONT (1978, vgl. auch den ZDF-Film von LEBOYER).

Nach dem zuerst von G. READ (1933) verbreiteten Buch "Die natürliche Geburt", in dem er eine Methode darstellt, die vor allem auf Verringerung des Geburtsschmerzes ausgerichtet ist, entwickelte in den 50er Jahren der Franzose LAMAZE diese Geburtsvor-

bereitungsmethode weiter. Er führte zusätzlich zu Atem- und Entspannungstechniken eine aktive Beteiligung der Schwangeren und ihres Partners ein und versuchte, dies durch die detaillierte Wissensvermittlung über den Geburtsprozeß und die -vorbereitung sowie Training des Paares auf die spezifischen Phasen des Geburtsprozesses zu erreichen. Nachweislich sinkt dadurch das Schmerzempfinden und damit der Bedarf an medikamentösen Hilfen und schmerzstillenden Mitteln (s. Kontrolluntersuchung in MITCHELL 1971).

Schließlich führte LEBOYER mit dem Buch "Der sanfte Weg ins Leben" (1974) die Geburtspraxis weiter, indem er die Bedürfnisse des Säuglings zusätzlich beachtete. Für die von ihm eingeführte Entbindungsmethode heißt dies, den Übergang von intrauterinarem Leben zu extrauterinem möglichst gut aufeinander abzustimmen.

Diese Bücher sind so aufgebaut, daß sie nach einer allgemeinen Information über den Geburtsprozeß und die Geburtsmethode ein detailliertes Übungsprogramm für Partner und Schwangere selbst sehr praxisbezogen darstellen (Entspannungsübungen, Muskelkontrolle während verschiedener Geburtsphasen, Atemtechniken, Preßübungen, Massagen usw.). An der hohen Auflagenzahl dieser Taschenbücher läßt sich zumindest ihre Verbreitung ablesen, wenn auch nicht direkt die Häufigkeit der Anwendung der Methode. Für die erfolgreiche Anwendung sprechen außer Erfahrungsberichten einige psychologische Untersuchungen (s. 2.3.6). Diese Art von Sachbüchern bietet über Phasen der Geburt sicher die meisten Informationen. Sie tragen dazu bei, dieses Ereignis im Detail zu antizipieren, und vermitteln psychische und körperliche Bewältigungsmethoden. Weiterhin stehen Frauen mit höherer Ausbildung natürlich spezielle medizinische Fachbücher über Geburtshilfe zur Verfügung.

2.2 Wissenschaftliche psychologische Ansätze im Überblick: Theorien und Methoden

Nach diesem Eindruck von der populären Informationsliteratur für die Betroffenen ist man zu Recht neugierig auf die psychologische Fachliteratur: Welche Aspekte des Schwangerschaftserlebens und -verhaltens werden hier untersucht? Welche Ergebnisse liegen vor?

Hier bietet sich jedoch ein sehr unklares Bild. Zunächst muß man sich die Literatur zu dem Thema aus sehr verschiedenen Gebieten zusammensuchen, da keine eindeutige Zuordnung entweder zum Bereich der Entwicklungspsychologie (wie Schwangerschaft als "critical life event" für die Frau bzw. Eltern, pränatale Entwicklung des Kindes, Einflüsse der mütterlichen Einstellung auf Schwangerschaft und Geburt, zur Klinischen Psychologie in ihrem präventiven Bereich (z.B. unter der Frage Prävention für "stressful life events", präventive Elternberatung, Eltern/Partnerberatung u.ä.) oder auch zum Bereich der medizinisch-psychologischen Vorsorge und Beratung möglich ist. Entsprechend stammen die hier herangezogenen Literaturquellen aus unterschiedlichen Gebieten. Sie stellen auch jeweils nur Beispiele dar.

Um zunächst ein Gliederungssystem zu haben, werden in diesem Abschnitt die vorliegenden Arbeiten nach theoretischen und methodischen Ansätzen aufgelistet. Im darauffolgenden Abschnitt (2.2.3) wird eine Gliederung nach inhaltlichen Ergebnissen vorgenommen.

2.2.1 Psychoanalytische Theorien

Die Mehrzahl besonders älterer Veröffentlichungen zum Thema Schwangerschaft und Geburt geht von der psychoanalytischen Theorie aus. Innerhalb dieses Rahmens kann man ein breites Spektrum von Theorien mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Methoden zusammenfassen.

FREUD selbst behandelte die psychische Bedeutung der Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft für Frau und Mann in verschiedenen Zusammenhängen in seinem Werk. Diese lassen sich nach zentralen Themen folgendermaßen gliedern:

- die Symbolik von Schwangerschaft und Geburt in Träumen und Phantasien,
- Geburt und Gebären in infantilen Sexualtheorien,
- Geburtsangst, Geburtstrauma in Zusammenhang mit der Entstehung von Angst,
- allgemeine Merkmale des männlichen/weiblichen "Geschlechtscharakters".

Entsprechend der Annahme FREUDs, menschliches Verhalten und Erleben sei durch Triebkräfte zu erklären, die in der psychischen Struktur häufig im Unbewußten repräsentiert sind, befaßt er sich (vor allem in der Traumdeutung, Bd. II, III, Ges. Werke, 1968) mit der Symbolik von Schwangerschafts- und Geburtsträumen bzw. -phantasien. Für das Thema des subjektiven Schwangerschaftserlebens von Frauen ist dabei wesentlich, daß sich in bestimmten Symbolen ein unbewußter Wunsch nach oder eine unbewußte Ablehnung von Schwangerschaften ausdrücken kann. Weiterhin besteht die Möglichkeit, daß in der Traumarbeit bereits eine Abwehr dieses Wunsches erfolgt. Für Geburtsträume und Phantasien über das intrauterine Leben hat Freud eine Anzahl typischer Symbole zusammengetragen.

Sehr wesentlich in der psychoanalytischen Theorie ist die Annahme von systematischen Veränderungen der Libido im Verlaufe der Entwicklung, vor allem die prägende Wirkung spezifischer Erfahrungen in frühkindlichen Phasen der Libidoentwicklung. Für die Analyse der subjektiven Bedeutung von Schwangerschaft und Geburt sind für FREUD daher die infantilen Geburtstheorien und Sexualphantasien maßgeblich, da sie in der Schwangerschaft vor allem in Zusammenhang mit Wünschen und Ängsten aktualisiert werden. FREUD schreibt Kindern zwischen 3 und 5 Jahren eine starke Wißbegierde bezüglich Sexualität allgemein und bezüglich der Frage zu: Woher kommen die Kinder? Gemäß ihren kognitiven Kompetenzen und den körperlich-anatomischen Kenntnissen entwickeln Kinder offenbar eine Vielfalt von Theorien über Schwangerschaft und Geburt, die im späteren Leben häufig in Träumen und sexuellen Phantasien wiederaufleben (FREUD, Bd. V, Ges. Werke, 1942, 96).

Die von O. RANK aufgestellte These des Geburtstraumas bzw. der Geburtsangst wird von FREUD (z.B. Bd. XIV, Ges. Werke, 1940) in der Form aufgegriffen, daß die Geburt als erste Gefahrensituation und Angstbedingung sich in späteren Angstsituationen aufgrund gemeinsamer situativer Merkmale wiederholt. Die Verarbeitung von Angstsituationen hängt davon ab, wieweit ein Abreagieren des Angsteffektes durch das Ich erlernt werden konnte. Die Geburt wird als traumatische Situation von Hilflosigkeit dargestellt, zunächst für das Kind. Dies gilt in abgeschwächter Form sicher auch für die Mutter.

In allgemeinen Überlegungen zu den Geschlechtsrollen postuliert FREUD, ausgehend von der unterschiedlichen Funktion und dem anatomischen Aufbau der Sexualorgane, eine Polarisierung des weiblichen und des männlichen "Geschlechtscharakters". Der weibliche Charakter sei durch Passivität und Masochismus, der männliche durch Aktivität gekennzeichnet, und zwar im biologischen, psychologischen und soziologischen Sinne (Bd. XV, Ges. Werke, 1940, Bd. V, Ges. Werke, 1942, 121).

Besonders H. DEUTSCH greift diese wohl nur deskriptiv gemeinte Kennzeichnung auf und wendet sie ins Normative: Frauen, die Schwierigkeiten in Zusammenhang mit der Schwangerschaft haben, können die naturgegebene weibliche Rolle nicht akzeptieren.

Von nachfolgenden analytisch orientierten Autoren wird Schwangerschaft ebenfalls als Zeit der emotionalen Labilisierung, der Aktivierung frühkindlicher Konflikte und Phantasien über die weibliche Rolle (Passivität, Masochismus) und als Zeit neuer Identifikations- bzw. Lösungsprozesse von den Eltern, vor allem der Identifikation der Schwangeren mit ihrer Mutter gesehen (H. DEUTSCH 1959, LUKESCH 1975, MOLINSKY 1972). Besonders thematisiert werden immer wieder die Motivation zur Schwangerschaft, vor allem unbewusste Motive dabei (Rottmann 1974). Die Position der genannten Autoren kann sicher nur im unterschiedlichen Ausmaß als psychoanalytisch gekennzeichnet werden. Auffällig ist, daß sie sich nur in geringem Maße auf Schriften vor FREUD bezieht.

Der psychoanalytische Ansatz bietet Interpretationskriterien und Therapiemethoden für neurotische Konflikte während und durch die Schwangerschaft, für Beschwerden während der Schwangerschaft wie Schwangerschaftserbrechen oder für Fälle von habituellem Abort und Frühgeburten an, in denen keine organischen Ursachen festgestellt wurden (MOLINSKY 1972).

Vor allem die von FREUD behandelten Themen wie die sich in Schwangerschaftsphantasien und Traumsymbolen ausdrückenden unbewußten Wünsche und Ängste, die Bedeutung infantiler Anteile an Geburtstheorien und evtl. Geburtsängste als Ursituation stellen mit großer Wahrscheinlichkeit wesentliche Anteile sog.

naiver subjektiver Theorien über Schwangerschaft und Geburt dar und könnten sicher in ein anderes theoretisches Konzept wie das der "subjektiven Theorie" integriert werden.

Davon unabhängig erscheint jedoch der psychoanalytische Ansatz aus mehreren Gründen problematisch:

- Die theoretischen Konstrukte und Aussagen der Psychoanalyse sind häufig uneindeutig und nicht widerspruchsfrei, daher nicht konkretisierbar bzw. operationalisierbar. Z.B. wird unbewusste Ablehnung der Schwangerschaft aufgrund von Verhaltensweisen erschlossen wie Hyperemesis gravidarum oder hypochondrischen Neigungen, z.T. nur aufgrund von Emesis (=Erbrechen). Ähnlich ist die Interpretation einer overprotection-Haltung gegenüber dem Kind als unbewusste Aggression nicht eindeutig aus den Konstrukten ablesbar. Außerdem fehlt oft die psychodynamische Argumentation innerhalb des Systems der Psychoanalyse wie auch der Bezug zu anderen psychologischen Theorien i.e.S.
- Häufig findet sich eine vorurteilhafte, ideologische Sicht der Geschlechterrollen, vor allem derjenigen der Frau (z.B. FREUD, Bd. XV, 1942, H. DEUTSCH 1959). Diese Auffassung entstand bei FREUD m.E. aufgrund der völligen Vernachlässigung der historischen und sozialen Bedingungen, unter denen Frauen zu seiner Zeit aufwuchsen. Andere Theorien - z.B. soziale Lerntheorien - bieten hierzu sicher bessere Erklärungskonzepte an (SCHENK 1979).
- Es herrscht häufig die Annahme von verfestigten Einstellungen zur Schwangerschaft vor (entweder positiv oder negativ): gerade die Veränderung der Einstellungen im Verlauf der Schwangerschaft wäre jedoch interessant (vgl. ROTTMANN 1974).
- Die wissenschaftstheoretische Reflexion im psychoanalytischen Ansatz ist relativ gering. Es wird keine Trennung von Theorieebene (Konstruktbildung) und Beobachtungsebene (Phänomenebene) vorgenommen. Vielmehr wird gerade deren Vermischung gefordert.

- Bei analytischen Autoren, die sich mit Schwangerschaft befassen, fehlt oft eine Begründung der empirischen Methoden wie Interview, Einzelfallstudie, projektive Methoden, die entweder bezogen sein können auf die methodischen Kriterien des kritischen Rationalismus (Objektivität, Reliabilität, Validität, Falsifikationskriterium ...) oder explizit auf andere Wahrheitskriterien wie die Herstellung eines Dialogkonsens. Die Mehrzahl der Thesen wird mit Einzelfallstudien belegt, deren Methodik und Interpretation jedoch nicht ausreichend genau geschildert sind (H. DEUTSCH 1959, MOLINSKI 1972).
- Selten werden soziale Bedingungen wie Sozialschicht berücksichtigt; Es wird zu starker Wert auf frühkindliche Erfahrungen gelegt.

2.2.2 Psychosomatische und psychophysiologische Ansätze

Diese teilen zum großen Teil auch die Annahmen der Psychoanalyse, versuchen jedoch, die psychodynamischen Vorgänge zu bestimmten körperlichen Prozessen wie hormonellen Veränderungen oder psychophysiologischen Maßen in Beziehung zu setzen. Klassische Vertreter der Psychosomatik wie F. ALEXANDER (1971) oder Th. BENEDEK (1951) erklären die psychischen Vorgänge während der Schwangerschaft aus dem sog. "Sexualzyklus", dem Hormonzyklus der Frau.

Die These lautet: Die Veränderungen des emotionalen Erlebens und die vorherrschenden Verhaltensdispositionen verlaufen parallel zu zyklischen Veränderungen der Hormonausschüttung während der Phasen des Menstruationszyklus. Es läßt sich eine aktiv-extravertierte Phase (Östrogenphase bis zur Ovulation) mit vorherrschenden heterosexuellen Interessen von einer passiv-rezeptiven Phase (Progesteronphase bis zur nächsten Menstruation bzw. bis kurz vor der Menstruation) unterscheiden, in der die psychosexuelle Energie "nach innen" verlagert ist. Als eigentlich weibliches Hormon wird das Progesteron bezeichnet, das erst ab der Pubertät gebildet wird und das die passive Phase des reifen weiblichen Zyklus verursacht. H. DEUTSCH (1959) versuchte, dies mit psychoanalytischen Studien zu belegen.

Das psychische Erleben während der Schwangerschaft entspricht nach dieser Position demjenigen in der Progesteronphase, da diese jetzt andauert. Das beinhaltet im psychoanalytischen Sinne ein Vorherrschen von rezeptiven und retentiven Tendenzen. "Die schwangere Frau erlebt in ihrer starken vegetativen Ruhe mit Freuden ihren Körper, der von libidinösen Gefühlen überströmt" (BENEDEK 1951, 186). Durch das Ansteigen primär-

narzistischer Befriedigung erhöht sich die Geduld der Frau, die Unbequemlichkeiten der Schwangerschaft zu ertragen. Aufgrund der körperlichen und psychischen Belastungssituation befindet sich ihr Ich gegenüber dem normalen Integrationsgrad in einem regressiven Zustand, der auch in der Laktationsphase anhalte. Im Rahmen dieses Ansatzes werden auch Schwangerschaftsstörungen wie Hypochondrie, Erbrechen u.a. beschrieben.

Der psychosomatische Ansatz enthält folgende Probleme:

- Eine wesentliche Einschränkung kann darin gesehen werden, daß nicht nur die Determination psychischer Prozesse durch die Hormonproduktion der Keimdrüsen gesehen wird, sondern auch die Möglichkeit zugestanden wird, daß sich fördernde oder hemmende emotionale Faktoren auf den Hormonzyklus auswirken können, so daß von einer psychosomatischen Wechselwirkung gesprochen werden kann.
- Unabhängig von der obengenannten psychophysiologischen Theorie liegen viele empirische Nachweise für die Beeinflussung von physiologischen Maßen durch emotionale Veränderungen (vor allem Angst, Stress in der Schwangerschaft) und deren direkte Auswirkung auf Merkmale des Neugeborenen (Gewicht, Aktivität, motorische, neurologische Reife) vor (LUKESCH 1975, CORDING & LIEPMANN 1971).
- Auch wenn die ursprüngliche These für den Menstruationszyklus nachgewiesen zu sein scheint (CONGER 1973, 112), so fehlt doch für die Zeit der Schwangerschaft der empirische Nachweis für die behauptete Beziehung.
- Die Theorie sagt nur etwas über eine allgemeine Grundstimmung in der Schwangerschaft aus. Intraindividuelle Variationen im Laufe der Zeit und ebenso interindividuelle Variationen können bisher nicht erklärt werden. Dazu müssen empirische Unterschiede in der Qualität und Quantität von Hormonausschüttungen zu Intensität und unterschiedlicher Qualität des Erlebens in Beziehung gesetzt werden. Dies steht bisher aus.
- Der Ansatz berücksichtigt ebenso wie der rein psychoanalytische die sozialen und kulturellen Einflüsse und die individuelle Lebenssituation der Schwangeren kaum.

2.2.3 Deskriptive korrelationsstatistische und epidemiologische Untersuchungen

Weniger durch einen verbindlichen theoretischen Bezugsrahmen als vielmehr durch das empirisch-methodische Vorgehen läßt sich eine Gruppe von psychologischen Untersuchungen kennzeichnen, die auf die Feststellung von korrelativen Zusammenhängen verschiedener Variablengruppen oder auf die Analyse von Unterschieden zwischen Teilstichproben von Personen (z.B. Frauen verschiedenen Alters, sozialer Herkunft u.ä.) ausgerichtet sind. Hierbei werden mehr oder weniger theoriebezogenen Hypothesen über Zusammenhänge bzw. Gruppenunterschiede bezüglich folgender Variablen überprüft: Persönlichkeitsmerkmale der schwangeren Frau (wie Testwerte aus dem MMPI z.B., Angstwerte, Stressindikatoren), sozialstatistische Daten (Alter, soziale Herkunft, Ausbildung, Familienstand), Angaben über den Schwangerschaftsverlauf, über den Geburtsverlauf (z.B. Schmerzmittel), Verhalten des Neugeborenen, Entwicklungsdaten des Kindes und Merkmale der Mutter-Kind-Beziehung.

Diese Arbeiten sind bisher relativ verstreut. Zusammenfassungen finden sich ansatzweise in Lehrbüchern der Kinderpsychologie (MUSSEN et al. 1974, Van Der ZANDEN 1978, STONE et al. 1973). Ein wesentlicher Kritikpunkt an diesem Vorgehen, nämlich zwei oder mehr unabhängige Variablen in ihrer Wirkung auf das Erleben der Schwangeren und auf die kindliche Entwicklung als abhängige Variable zu erheben, besteht darin, daß dabei häufig andere, nachweislich wichtige Variablen nicht kontrolliert wurden. Deshalb sind die aufgezeigten Zusammenhänge z.T. nicht verallgemeinerbar und die Einzelergebnisse nicht vergleichbar.

Dieser Nachteil tritt bei einer anderen Form von Untersuchungsansätzen nicht auf, und zwar bei groß angelegten, eher epidemiologischen Projekten. Stellvertretend hierfür soll die DFG-Studie in der BRD angeführt werden (1977). Großprojekte wie die DFG-Studie haben den Vorteil, daß an einer repräsentativen Stichprobe (fast 8000 Frauen wurden im Zeitraum von 1969 - 1972 erfaßt) ein umfangreiches Datenmaterial über den

Verlauf der Schwangerschaft und der Kindesentwicklung erhoben wurde. Hierzu gehören monatliche ärztliche Untersuchungen während der Schwangerschaft (unter besonderer Berücksichtigung von Medikamenteneinnahmen), psychologische, soziologische Angaben über die Frauen, die Hauptfaktoren der Geburt und Beurteilungen des Kindes nach der Geburt und zu mehreren weiteren Zeitpunkten bis zum 3. Lebensjahr nach pädiatrischen Kriterien. Zusätzlich wurden spezielle Teilstichproben, z.B. Aborte gesondert, untersucht. Von der gesamten Studie sind bisher nur Teilergebnisse ausgewertet (vgl. 2.3).

Die Vorteile derartiger Großprojekte liegen vor allem darin, daß viele wesentliche medizinische, psychologische und soziologische Einflußgrößen nach ihren multiplen Zusammenhängen über eine lange Zeit hinweg beurteilt werden können. Es bieten sich aufgrund der großen Stichprobe zahlreiche statistische Auswertungs- und Kontrollverfahren dafür an, so daß die Ergebnisse in erheblich höherem Maße verallgemeinerbar sind. Der Hauptnachteil derartiger Projekte vor allem für die Verwendung der psychologischen Daten liegt m.E. darin, daß die Erhebungen an verschiedenen Orten in der BRD und in verschiedenen Kliniken unter jeweils anderen Bedingungen stattfanden. So ist die Vergleichbarkeit der Daten gerade über das Schwangerschaftserleben sehr gering. Dies gilt vor allem für die ohnehin wenigen psychologischen Daten (wie Geplantheit, Erwünschtheit der Schwangerschaft).

2.2.4 Erfassung des Schwangerschaftserlebens mit dem Einstellungskonzept

Der in der psychologischen Literatur häufigste Ansatz, innere Prozesse und emotionale Zustände der Frau während der Schwangerschaft zu erfassen, ist die Verwendung des Einstellungskonzeptes, und zwar entweder in einem sehr globalen Sinn oder in Form von operationalisierten und skalierten Einstellungsdimensionen (z.B. Hubert 1976, LUKESCH & LUKESCH 1976, DFG-Studie 1977).

Vor allem amerikanische Untersuchungen verwendeten das Einstellungskonzept und setzten dies methodisch so um, daß sie mehrere in sich möglichst homogene Skalen zu Gegenstandsbe-

reichen wie Schwangerschaft, Partnerschaft, Kindererziehung konstruieren, die prognostisch einsetzbar sein sollen. So werden Beziehungen zwischen Einstellungen im letzten Drittel der Schwangerschaft, Merkmalen des Geburtsablaufs und Verhaltensindikatoren des Neugeborenen bzw. Säuglings untersucht (YANG et al. 1976, DAVIDS & HOLDEN 1970, DOTY 1967). Die Instrumente zur Erfassung von Einstellungen lassen sich nach

- eher allgemeinen Erziehungseinstellungsskalen (z.B. PARI)
- und spezifischen Einstellungsskalen zu Schwangerschaft und Geburt unterscheiden.

LUKESCH & LUKESCH (1976) bieten einen Überblick. Dort wird die theoretische Ableitung der Teilskalen jedoch kaum dargestellt, ausführlicher deren Konstruktion.

Als Beispiel für die allgemeinen Erziehungseinstellungen soll die Anwendung des PARI in der Untersuchung von DAVIDS & HOLDEN (1970) erwähnt werden. 6 Subskalen des PARI wurden zu 2 Hauptfaktoren zusammengefaßt, die einerseits Feindseligkeit (Reizbarkeit und ehelicher Konflikt), andererseits Kontrolle erfassen. Diese Indikatoren für negative Einstellungen der Frauen im 3. Trimenon der Schwangerschaft zeigten positive Zusammenhänge zu Angst- und Depressionswerten der Mutter, wenn das Kind 8 Monate alt war, die Zusammenhänge mit der Mutter-Kind-Beziehung zu diesem Zeitpunkt fielen unterschiedlich aus. Spezifische Fragebögen zur Erfassung von Einstellungen zur Schwangerschaft stellen diejenigen von DOTY, YANG et al. und im deutschen Sprachraum von LUKESCH & LUKESCH dar. DOTYs Pregnancy Attitude Scale (PAS) enthält 5 Teilskalen mit je 10 items und eine Lügenskala (Bereiche: emotionale Störbarkeit, körperliche Symptome der Schwangerschaft, Ablehnung der weiblichen Rolle, Angst vor Schwangerschaft und Geburt, Ablehnung der Schwangerschaft). Die internen Konsistenzwerte der Skalen liegen zwischen .62 und .82. Diese Einstellungen zu Schwangerschaft im 3. Trimenon stellten sich in einer empirischen Untersuchung als Funktion der sozialen Schicht und der Parität heraus.

YANG et al. (1976) verwendeten einen Pregnancy Research Questionnaire nach SCHAFER & MANNHEIMER mit 7 Teilskalen: Angst um sich selbst, Wunsch nach Schwangerschaft, Abhängigkeit, Befürchtungen für das Kind, Reizbarkeit und Anspannung, Depression und Rückzug. Die internen Konsistenzangaben liegen zwischen .67 u. .94, die Skalen korrelieren positiv miteinander. Die Verwendung des PRQ bei diesen Autoren ergab vor allem positive Zusammenhänge zwischen 4 Einstellungsskalen im 8. Monat der Schwangerschaft und dem Ausmaß, in dem Schmerzmittel während der Geburt benutzt wurden.

Auf der Grundlage eines Literaturüberblicks stellen LUKESCH & LUKESCH einen neuerdings in der BRD veröffentlichten Fragebogen zu Schwangerschaft, Sexualität und Geburt (SSG) zusammen, der 5 Dimensionen erfaßt: Offene Ablehnung der Schwangerschaft, Verletzungsangst gegenüber dem Kind, Ablehnung des Stillens,

Geburtsangst, Einstellung zu Sexualität. Die Anzahl der Items schwankt zwischen 5 und 20 pro Subskala, die Homogenität der Subskalen nach HOYT liegt zwischen .62 und .88. Auch hier interkorrelieren die Teilskalen signifikant (meist positiv) miteinander.

Das Einstellungskonzept zur Beschreibung von Schwangerschaftserleben geht von der Annahme aus, allgemeinere, vom konkreten Verhalten abstrahierte kognitive und emotionale Orientierungen zu erfassen. Bei relativ großen Unterschieden in der theoretischen Konzeption des Einstellungsbegriffs ist das methodische Vorgehen noch eher einheitlich auf die Konstruktion von ein- oder mehrdimensionalen Skalen ausgerichtet, wobei allerdings verschiedene Skalierungstechniken verwendet werden.

Kritikpunkte an diesem Ansatz beziehen sich demnach auch einerseits auf das theoretische Konzept "Einstellung" und andererseits auf die methodische Qualität der Skalenkonstruktion. Der wesentlichste Kritikpunkt muß jedoch in der grundsätzlichen Diskrepanz zwischen dem häufig noch komplexen theoretischen Modell der Einstellung und der meist sehr reduzierten Messung gesehen werden.

Das verbreitetste theoretische Konzept der Einstellung ist das Drei-Komponenten-Modell, das eine kognitive, eine affektive (oder evaluative) und eine behaviorale Dimension unterscheidet. Einige Autoren sehen in der evaluativen Komponente die wichtigste und beschränken deshalb die Messung darauf, während die kognitive Komponente am wenigsten bzw. unklarsten erfaßt wird. Es kann jedoch weder anhand des Konzeptes angegeben werden, in welchem Verhältnis die drei Komponenten stehen bzw. wie die jeweilige Abhängigkeit der Komponenten voneinander ist. Dies wird auch nicht durch Zuordnung der Items geklärt. Aufgrund neuerer kognitiver Motivationstheorien bzw. Kognitionstheorien ist eine derartige Trennung auch prinzipiell fragwürdig.

Ein wesentliches Argument der Einstellungsforscher besteht darin, daß sie hiermit überdauernde, situationsübergreifende psychische Dispositionen und affektive Wertungen erfassen wollen. Allerdings ist gerade der postulierte Zusammenhang

von kognitiv-affektiver zu behavioraler Komponente aufgrund empirischer Untersuchungen sehr infrage gestellt worden. Eine Vorhersage des Verhaltens aufgrund der beiden anderen Einstellungskomponenten ist offenbar kaum möglich (vgl. SCHULMEISTER 1979). Durch die Operationalisierung der Messung wird die Einstellung notgedrungen weiter reduziert - entweder auf eine Anzahl von Teilskalenwerten oder noch extremer auf einen Summenwert.

Eher methodenimmanente Kritikpunkte an den vorliegenden Einstellungsskalen zur Schwangerschaft sind folgende:

- Nach allgemeinen Gütekriterien sind die meisten Skalen schwach empirisch abgesichert. Eine Item-Analyse wird selten berichtet. Die interne Konsistenz bzw. Homogenität ist z.T. sehr gering. Die Konstruktvalidität der jeweiligen Subskalen erscheint trotz verschiedener Validierungsstudien zweifelhaft. Die Subskalen sind in der Regel nicht unabhängig voneinander.
- Bei dem deutschen SSG wurden mögliche Veränderungen der Einstellungen im Verlauf der Schwangerschaft bei der Eichstichprobe nicht berücksichtigt. Vielmehr wurden die Einstellungen zur Schwangerschaft selbst erst direkt nach der Geburt erhoben. Prinzipiell sind retrospektive Daten vielen Verzerrungen unterworfen. Zusätzlich muß in diesem Fall der Erhebungszeitpunkt 2 - 10 Tage nach der Geburt für Einstellungen zur Schwangerschaft als äußerst ungünstig kritisiert werden. Daher sind die Mittelwerte der Skalen schwer interpretierbar. Ebenso wenig wurde bei diesem Instrument die Parität kontrolliert.
- Die Polung der Teilskalen (z.B. Ablehnung der Schwangerschaft, Reizbarkeit, ...) und die Formulierung der Fragen wurden oft negativ ausgerichtet. Dies führt zu erheblichen Verzerrungstendenzen. Die allgemeine Formulierung im SSG z.B.: "Jede schwangere Frau ...", läßt offen, ob die Frau für sich selbst oder für eine "verallgemeinerte Schwangere" antwortet, die Unterstellung des Projektionsmechanismus wird zu häufig durchschaut und ruft Verärgerung hervor. Gerade bei

Mittelschicht-Frauen führt dies zu einer Verringerung der Streuung. Da der SSG für Frauen und Männer anwendbar sein soll, wird die Interpretation aufgrund der Formulierung der Fragen noch unklarer.

- Die Interpretation der gemessenen Skalenwerte wird z.T. im Rückgriff auf nicht explizierte Annahmen (z.T. psychoanalytische in Anlehnung an den PARI) vorgenommen.

2.2.5 Schwangerschaft und Geburt als "life event"

Unter völlig anderer theoretischer und methodischer Zugangsweise werden Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft in der sog. "life-event"- oder "life-crisis"-Forschung behandelt. Ziel dieses Ansatzes, der aus der Lebenslaufforschung in der neueren Entwicklungspsychologie stammt, ist es, die Bedeutung von wichtigen, d.h. hier als "stressful" oder "critical" beurteilten Lebensereignissen für den Verlauf der Entwicklung festzustellen. Der Ansatz geht damit auf die Stressforschung zurück, die sich mit der Veränderung von Verhaltensgewohnheiten durch einschneidende Bedingungen und mit der danach verlaufenden körperlichen und psychischen Anpassung befaßt.

HULTSCH & PLEMONS (1979) unterscheiden zwei Arten der Analyse von Lebensereignissen nach den zugrunde liegenden entwicklungspsychologischen Modellen, die nebeneinander bestehen:

- Im Rahmen des organismischen Entwicklungsmodells wird das Individuum als aktiv handelndes und als eine Ganzheit gesehen, die sich durch bestimmte Lebensphasen auf ein Ziel hin entwickelt. Veränderung verläuft diskontinuierlich durch Veränderung der Beziehung von psychischen Strukturen und deren Funktion.
- Ein mechanistisches Entwicklungsmodell sieht Veränderungen als quantitativ an. Lebensereignisse werden in einem Modell antezedenter und konsequenter Bedingungen analysiert, d.h. für Ereignisse gibt es wirksame Gründe.

Vertreter des organismischen Modells sehen den Lebenslauf als Abfolge von bestimmten Phasen oder Ereignissen im Lebenszyklus der Frau, wobei sich dann altersspezifische Lebenskrisen (so bei ERIKSON nach HULTSCH & PLEMONS 1979) oder Entwicklungsaufgaben (bei HAVIGHURST 1972 und LEHR 1978) feststellen lassen, die in einer Kultur einen universellen Charakter haben.

Das mechanistische Entwicklungsmodell postuliert keinen universellen Entwicklungsverlauf, sondern untersucht positive und

negative Ereignisse als potentielle Stressoren (z.B. DOHRENWEND & DOHRENWEND 1974) mit ihren antezedenten und konsequenten Bedingungen sowie vermittelnden Faktoren. Antezedente Bedingungen umfassen sowohl historische, soziale als auch persönliche Voraussetzungen eines bisherigen Lebenslaufes.

In dieser Betrachtung wird ein bedeutsames oder kritisches Lebensereignis definiert als ein solches, das eine entscheidende Veränderung des Lebensstils einer Person erfordert. Der Stresscharakter kann darin liegen, daß Schmerz erduldet wird oder daß eine Rollenveränderung notwendig wird (HULTSCH & PLEMONS 1979). Als ein Lebensereignis in diesem Sinne werden in zahlreichen empirischen Untersuchungen Schwangerschaft, Geburt des ersten Kindes und Elternschaft von Frauen (und in geringerem Ausmaß auch von Männern) angegeben, daneben Ereignisse wie Heirat, Krankheit oder Tod eines Angehörigen, Wirtschaftskrisen usw. Insgesamt nennen Frauen und Unterschicht-Angehörige mehr "stressful life events" als Männer (HULTSCH & PLEMONS 1979). Diese beziehen sich auch häufiger auf den privaten familiären Bereich (LEHR 1978).

Nach GUTMAN (1975) ist die Elternschaft, d.h. die Geburt des ersten Kindes, für beide Partner der Angelpunkt sowohl für davor liegende als auch für nachfolgende Lebensereignisse im mittleren Erwachsenenalter. Durch die Elternschaft tritt eine verstärkte Differenzierung der Geschlechtsrollen ein. Nach LAMB (1979) weist diese Differenzierung nach der Geburt des ersten Kindes einen Trend in Richtung auf prinzipiell traditionelle oder konservative Definition der Geschlechtsrollen, d.h. für die Frau treten die emotionalen und expressiven Funktionen i.S. PARSONS' mehr in den Vordergrund, für den Mann die instrumentellen Funktionen. Es stellt sich die Frage, wie stabil die mit Schwangerschaft und Geburt auftretende Rollentrennung ist, d.h. wie weit dieses Lebensereignis die für eine bestimmte Zeit - bis zur Beendigung des Stillens - biologisch vorgegebenen Rollen über ein notwendiges Maß hinaus durch soziale Erwartungen festgelegt sind.

Für die spezifische Erforschung des Lebensereignisses Schwangerschaft in diesem Ansatz wird es wesentlich sein (nach HULTSCH & PLEMONS 1979), weitere Merkmale festzustellen, z.B. das Aus-

maß der dadurch verlangten Veränderung, die Bedeutung des Zeitpunktes dieses Ereignisses (Alter der Mutter bei Geburt des ersten Kindes), die Überschneidung mit anderen Lebensereignissen (wie Ausbildung der Frau), der Einfluß von Kohorteneffekten (Altersnormen zu der sozialen Zeit, z.B. Tendenz zum Geburtenrückgang heute) u.ä. Noch ganz im unklaren sind die bei HULTSCH & PLEMONS vorgesehenen vermittelnden Variablen, die in diesem Bericht als "subjektive Theorie" gefaßt werden sollen, z.B. kognitive Strategien oder coping-Prozesse im Umgang mit dem Ereignis.

Der Vorteil dieses Ansatzes ist darin zu sehen, daß Schwangerschaft im Gesamtablauf des Lebens gesehen wird und dabei auch historische und soziale Bedingungen einbezogen werden. Der daraus resultierende Nachteil liegt darin, daß das hier interessierende eigentliche Schwangerschaftserleben der Frau, die kognitiven und emotionalen Prozesse bei der Makroperspektive auf Lebensereignisse nicht erfaßt werden können.

2.3 Psychologische Forschungsergebnisse über das Erleben von Schwangerschaft und Geburt

2.3.1 Allgemeine Überlegungen zur Strukturierung von Schwangerschaftserleben

Eine Systematisierung bisheriger Ergebnisse über das Schwangerschaftserleben unter inhaltlichen Gesichtspunkten erweist sich als wesentlich schwieriger im Vergleich zu einer Darstellung der theoretischen und methodischen Ansätze. Ein Problem dabei ist, daß auch bei Einschränkung auf Schwangerschaftserleben dies ein relativ breiter Gegenstandsbereich ist, da alle Ereignisse auch in der Wahrnehmung und den Kognitionen und Beurteilungen der Frau aufgegriffen werden können. Eine Systematisierung der Ergebnisse nach dem Verlauf der Schwangerschaft, d.h. der Veränderung des Erlebens in einzelnen Zeitabschnitten der Schwangerschaft, hat mehrere Vorteile:

- Sie ist anschaulich und eng auf die Phänomene bezogen, die für die Frau selbst im Vordergrund stehen.

- In der bisherigen Literatur erscheint mir die subjektive Perspektive i.S. einer Alltagstheorie der Frau nicht beachtet zu sein.
- Wenn letztlich eine Sammlung bisheriger Ergebnisse zur Prävention von Konflikten in der Schwangerschaft verwendet werden soll, hat eine phänomenbezogene Systematisierung des Wissens Vorteile.

Ein Nachteil bei einer derartigen Aufteilung der vorliegenden Ergebnisse kann darin gesehen werden, daß es einen großen Teil nicht speziell zeitgebundener Phänomene in der Schwangerschaft gibt wie allgemeine Einstellungen zur Schwangerschaft. Außerdem sind einzelne Abschnitte im Verlauf einer Schwangerschaft in der Literatur nicht gleichwertig behandelt. Gegenüber anderen denkbaren Einteilungsmöglichkeiten, z.B. nach eigener Person, sozialem Umfeld, Sachumfeld u.ä. kommt die Darstellung nach zeitlichem Verlauf dem subjektiven Erleben am nächsten.

In dieser Betrachtung wird die Tatsache einer bestehenden Schwangerschaft dann ähnlich wie eine unabhängige Variable betrachtet. D.h. es werden Veränderungen oder Einflüsse dieser Variable auf andere Variablen wie Verhalten, Emotionen und Kognitionen der Frau untersucht. Gelegentlich ist allerdings auch die Art des Schwangerschaftserlebens wie eine abhängige Variable in Abhängigkeit von sozialer Schicht, Alter u.ä. untersucht worden.

Als herausragende Ereignisse oder Zeitpunkte im Verlauf der Schwangerschaft wurden folgende Aspekte in der Literatur behandelt:

- die Motivation zur Schwangerschaft, die für die Zeit davor erschlossen wird,
- die allgemeine Einstellung zur Schwangerschaft, die teilweise als zeitstabil angesehen bzw. nicht phasenspezifisch untersucht wird,
- die Erstreaktionen auf die Feststellung einer Schwangerschaft überhaupt gelten als Hinweise für das weitere Erleben des Ablaufs.

Entsprechend der medizinischen Einteilung des Schwangerschaftsverlaufs von 38 - 40 Wochen in drei Trimenen kann auch eine psychologische Aufteilung gegliedert werden:

- Die Frühschwangerschaft bis zum Ende des 3., bei manchen Autoren des 4. Monats wird vor allem unter dem Aspekt der kör-

perlichen und psychischen Anpassung an den neuen Zustand interpretiert. Am häufigsten erfaßt wurden psychosomatische Beschwerden, vor allem Übelkeit und Erbrechen, wobei psychoanalytische Interpretationen dominieren.

- Die mittlere Schwangerschaft bis zum Ende des 6. Monats ist durch das Konkretwerden des Föten gekennzeichnet, z.B. durch Abhören der Herztöne, Ultraschall, die Wahrnehmung der ersten Kindesbewegungen u.ä. Damit einher geht eine kognitive Umstrukturierung bei der Frau, die zu einer veränderten Rollendefinition und antizipatorischen Beschäftigung mit dem Kind führt.
- Das letzte Drittel der Schwangerschaft wurde sehr häufig untersucht. Themen sind: Geburtserleben, Einstellungen zur Geburt, Angst vor der Geburt und die Auswirkungen auf den Geburtsablauf bzw. auch auf Merkmale des Kindes. Ein praktischer Teil der Veröffentlichungen befaßt sich mit Geburtsvorbereitungsmethoden und der Überprüfung von deren Effektivität.
- Ein weiterer Themenkreis befaßt sich mit der Kontaktaufnahme der Eltern zu dem neugeborenen Kind. Dies ist der Beginn der Säuglingsforschung über die Entwicklung der Bindung Eltern - Kind.
- Das Geburtserleben umfaßt einen weiteren Aspekt. In der Literatur wird häufig die Anpassung an den neuen Zustand während der ersten Tage und Wochen nach der Geburt thematisiert. Psychoanalytische Arbeiten stellen die Wochenbettdepression in den Vordergrund, Stressforschungsansätze eher die Anpassungsmöglichkeiten der Frau an die veränderte hormonelle, psychische und soziale Situation.

Entsprechend dieser Systematisierung sollen im folgenden kurz die wichtigsten Ergebnisse dargestellt werden.

Bevor Aussagen über einzelne Phasen des Schwangerschaftserlebens gemacht werden, muß ein allgemeines Problem angesprochen werden. Für den psychologisch geschulten Leser stellt sich die Frage: Gibt es den allgemeinen, d.h. bei allen Frauen vorfindbaren Schwangerschaftsverlauf? Ist es nicht vielmehr so, daß jede Frau ihre Schwangerschaft in jeweils individueller, d.h.

auch in unterschiedlicher Weise erlebt und verarbeitet aufgrund jeweils unterschiedlicher Lebensbedingungen? Es stellt sich damit die Frage nach dem Verhältnis von allgemeinen zu differenziellen Entwicklungsverläufen. Für die Darstellung der Ergebnisse zum Schwangerschaftserleben und für den eigenen Untersuchungsansatz gehe ich von folgenden Thesen aus:

- Es gibt universelle und bei jeder Frau vorfindbare Wünsche, Vorstellungen, Emotionen im Verlauf bestimmter Phasen der Schwangerschaft. Diese sind durch den einheitlichen biologischen-körperlichen Ablauf der Schwangerschaft vorbestimmt.
- Die allgemeinen, d.h. gemeinsamen psychischen Prozesse werden jedoch überlagert von teilweise starken individuellen Unterschieden in der kognitiven und emotionalen Verarbeitung. So sind z.B. die Reaktionen auf die erste Feststellung der Schwangerschaft äußerst verschieden. Es werden verschiedene körperliche und psychische Veränderungen festgestellt, diese werden unterschiedlich verarbeitet, die Anpassung nach der Geburt verläuft jeweils anders. Diese interindividuellen Variationen sind wiederum durch viele Faktoren in der Person der Mutter, ihren materiellen und sozialen Lebensbedingungen, ihrem Vorwissen, ihren Erwartungen erklärbar.

Interindividuelle Unterschiede in der Verarbeitung der Schwangerschaft lassen sich teilweise wiederum für Gruppen von Frauen zusammenfassen. Die Schwangerschaften von ledigen und jugendlichen Müttern (unter 20 J.) sind z.B. in der amerikanischen Literatur sehr gut beschrieben. Ein anderes Beispiel für spezifische Schwangerschaftsverläufe findet sich für einzelne Risikofaktoren der Schwangerschaft, z.B. ergab sich für den Risikofaktor "Alter der Mutter" eine zunehmende Häufigkeit ungünstiger Schwangerschaftsverläufe.

Der Akzent der folgenden Literatursammlung liegt stärker auf den gemeinsamen Ereignissen und Prozessen im Schwangerschaftsverlauf, da sie zunächst die Voraussetzung für individuelle Abweichungen darstellen.

2.3.2 Motivation zur Schwangerschaft

Als Eingangsvoraussetzung einer Schwangerschaft wird vor allem in der psychoanalytischen Literatur häufig die Motivation zur Schwangerschaft behandelt, wahrscheinlich aufgrund der Annahme, daß die vorausgehende Motivation Hinweise auf die weitere, vor allem emotionale Bewältigung der Schwangerschaft geben kann. Außerdem wird davon ausgegangen, daß ein Kinderwunsch bei der Frau nicht nur bewußt vorhanden ist, sondern je nach Triebstruktur der Person unbewußte Motive eine große Bedeutung haben. Außer der primären Motivation der "reifen" weiblichen Persönlichkeit, die als "altruistische Liebe" (BENEDEK nach LUKESCH 1975, 9) beschrieben wird, gibt es in diesem Ansatz auch eine sekundäre Motivation, die sich aus der prägenitalen Zeit der Libidoentwicklung in Form von infantilen Bedürfnissen erhalten hat bzw. wieder aktiviert.

Als solche häufig unbewußten Motive bei gehemmten und sehr belasteten Frauen werden regressiv Wünsche (Identifikation mit dem Kind), narzistische, kompensatorische Wünsche als Ausgleich von Minderwertigkeitsgefühlen (Kind als Penisersatz bei FREUD), Macht- und Dominanzstreben über einen Menschen oder auch Selbstbestrafungstendenzen (z.B. Risikoverhalten bei einer sehr jungen ledigen Mutter) genannt (LUKESCH 1975, DEUTSCH 1959)

Dabei erscheint es problematisch, diese "tiefere" unbewußte Motivation methodisch zugänglich zu machen. Hierfür stehen in diesem Ansatz natürlich psychoanalytische Techniken und Therapiemethoden zur Verfügung. Belege werden überwiegend in Einzelfallstudien gesehen (DEUTSCH 1959, MOLINSKI 1972).

Eine wesentliche Voraussetzung, um überhaupt von Motivation zur Schwangerschaft zu sprechen, besteht darin, daß Frauen auch die Wahl zur Schwangerschaft haben oder nicht. Von einer bewußten Entscheidung zur Schwangerschaft kann erst seit Kenntnis und Verbreitung von (vor allem oralen) Antikonzeptionsmethoden gesprochen werden (CORDING & LIEPMANN 1971). In einer Analyse der Vorstellungen von Frauen über orale Antikonzeption hat NJIS (1972) aufgezeichnet, in welchem engem psychodynamischen Zusammenhang die Einstellung zur Sexualität, Antikonzeption und Schwangerschaft stehen und welche psychosexuellen Symptome sich als Konsequenz der Einnahme von oralen Antikonzeptiva bei Män-

nern und Frauen ergeben. Als besonderen Fall stellt er bei sog. neurotischen Frauen ein gewolltes Risiko zu einer nicht gewünschten Schwangerschaft fest ("wishful exposure to unwanted pregnancy" in der amerikanischen Terminologie).

In der neueren psychoanalytischen Literatur wird die bewußte oder unbewußte Ablehnung der Gravidität als Ursache für vermehrte Störungen in der Schwangerschaft und ungünstige Entwicklung (wie Blutungen, Aborte, Hyperemesis, lange und schmerzreiche Geburten, ambivalente Einstellungen zum Kind) angesehen. Derartige Überzeugungen sind kaum bestätigt, werden aber häufig zur Interpretation klinischer Befunde herangezogen (DFG-Studie 1977, 26).

In empirisch orientierten Arbeiten wird eher von Erwünschtheit und Geplantheit der Schwangerschaft gesprochen (DFG-Studie 1977, LUKESCH & LUKESCH 1976). Die DFG-Großstudie charakterisiert vier Gruppen von Müttern aus einer Kombination von Erwünschtheit der Schwangerschaft (ja/nein) und vorheriger Verhütung einer Schwangerschaft als Indikator für Geplantheit (ja/nein), vgl. Tab. 1.

Tab. 1. Verteilung verschiedener Gruppen der Einstellung zur Schwangerschaft nach Parität (nach DFG-Studie 1977, 27)

Kurzbezeichnung der Gruppe	Charakterisierung		Prozentsatz im jeweiligen Kollektiv			
	Schwangerschaft erwünscht	frühere Konzeptionsverhütung	Kinderzahl			
			0	1	≥ 2	insg.
„Planer“	ja	ja	29,3 %	30,7 %	15,6 %	25,6 %
„Unbeschwerte“	ja	nein	58,5 %	45,7 %	29,0 %	45,6 %
„Pechvögel“	nein	ja	5,4 %	11,3 %	30,3 %	13,5 %
„Leichtsinnige“	nein	nein	6,8 %	12,3 %	25,1 %	15,3 %

Erwünschtheit einer Schwangerschaft und Anwendung einer Antikonzeptionsmethode stimmen also nicht immer überein, was möglicherweise für unbewußte Motive sprechen könnte. Es ergab

sich in der genannten DFG-Studie unabhängig von der Parität bei 70% der Stichprobe (N = 7870), daß die Schwangerschaft prinzipiell erwünscht war, davon hatten 25% früher die Konzeption verhütet. Eine Ablehnung der Schwangerschaft gaben 38.8% der Gesamtstichprobe zu, davon hatten aber 15.3% keine Empfängnisverhütung betrieben. In dieser Studie wird die Motivation zur Schwangerschaft mit der Einstellung zur Schwangerschaft gleichgesetzt (vgl. 2.3.3).

HUBERTs qualitative Befragung einer Stichprobe von Londoner Erstgebärenden aus der Unterschicht ergab bei 2/3 der Frauen eine nicht geplante und nicht gewollte Schwangerschaft. Bei diesen Frauen herrschte eine große Ignoranz hinsichtlich Empfängnisverhütung vor, ebenso auch hinsichtlich des Prozesses von Schwangerschaft und Geburt (HUBERT 1976). In der größeren Stichprobe österreichischer Frauen (N = 230) ergab sich bei M. LUKESCH (1975) eine Verteilung von 43.6% geplanten zu 56.4% ungeplanten und von 66.4% erwünschten zu 17% neutral beurteilten und 16.4% unerwünschten Schwangerschaften.

2.3.3 Allgemeine Einstellung zur Schwangerschaft

In vielen Kulturen bestehen naive oder magische Theorien über den Einfluß von Erfahrungen und Erlebnissen der Frau und, damit verbunden, Kognitionen und Emotionen auf das Kind in seiner pränatalen Entwicklung (vgl. LUKESCH 1975). Dieser Gedanke ist also keineswegs neu in der Psychologie.

Ein sehr großer Teil empirischer Untersuchungen faßt die emotionalen und kognitiven Prozesse in der Schwangerschaft unter dem Einstellungsbegriff zusammen. Diese werden häufig als überdauernde Grundhaltungen zum Gegenstand Schwangerschaft und Geburt angesehen bzw. so behandelt, als seien sie überdauernd und situationsunabhängig (vgl. 2.2.4).

Das Merkmal der Situationsunabhängigkeit von Einstellungen wird von einigen Autoren so weit ausgedehnt, daß dabei Einstellung für die gesamte Dauer der Schwangerschaft und die Zeit nach der Geburt (so bei LUKESCH & LUKESCH 1976) als konstant angesehen wird. Dies erscheint aufgrund des deutlichen Prozeßcharakters der Schwangerschaftsveränderungen sowohl im körperlichen wie im psychischen Bereich äußerst fragwürdig. Einstellungsänderungen werden nach der Geburt durch den postnatalen Kontakt mit dem

Kind ausgelöst, z.B. kann es bei negativer Einstellung und unerwünschter Schwangerschaft nach der Geburt zum "Durchbruch eines überwältigenden Mutterinstinktes" kommen (KRUSE in LUKESCH 1975).

Der besondere Wert des Einstellungskonzeptes wird damit begründet, daß Einstellungen als Prädiktoren für das weitere Schwangerschaftserleben und für die prä-, peri- und postnatale Entwicklung des Kindes gelten.

Eine grobe Einteilung der Einstellungen zu Schwangerschaft gibt z.B. die DFG-Studie mit der Erwünschtheit oder Nichterwünschtheit der Schwangerschaft und Ablehnung/Akzeptierung der Schwangerschaft. Die Gruppe der Frauen mit unerwünschter Schwangerschaft in der deutschen Befragung läßt sich folgendermaßen kennzeichnen: Es sind eher ledige, eher Mütter mit 2 und mehr Kindern, unter 20 und über 30jährige mit einer Ehedauer unter 2 J. oder über 10 J., mit kurzem Abstand zum letzten Kind, einem Kind mit Mißbildungen oder Cerebralschäden sowie eher Frauen von Arbeitern und Studenten. Dagegen ist bei folgenden Gruppen die Schwangerschaft häufiger erwünscht: bei Erstgebärenden, bei einer Ehedauer zwischen 2 und 5 J., vorangegangener Sterilitätsbehandlung oder Zyklusstörungen, bei Aborten, Totgeburten oder perinatal verstorbenem Kind, speziell bei Aborten in der letzten Schwangerschaft, es sind eher Frauen von Beamten und Angestellten (DFG-Studie 1977, 28). Der Einzelfaktor Familienstand (ledig oder verheiratet zu sein) trägt deutlich zur Ablehnung der Schwangerschaft bei, ebenso die Anzahl der Kinder. Höhere seelische Belastungen wie Eheprobleme werden für die Ablehnung der Schwangerschaft verantwortlich gemacht, ebenso Konflikte aufgrund einer Berufstätigkeit der Frau (DFG-Studie 1977).

Die Aufstellung der Faktoren läßt eine vorsichtige Schlußfolgerung auf die Lebensbedingungen zu, die eine Ablehnung der Schw. wahrscheinlicher machen.

Die häufig mit der Untersuchung von Einstellungen verbundene Hypothese, daß sich negative Einstellungen nachteilig auf die Entwicklung des Kindes auswirken (protrahierte Geburt, verzögerte motorische Entwicklung des Kindes u.ä.), ließ sich in dieser Allgemeinheit von der DFG-Studie nicht bestätigen.

Möglicherweise ist der höhere Anteil an Frühgeburten und Spätaborten bei unerwünschten Kindern eine Auswirkung des nicht isoliert erhobenen Faktors "Sozialstatus" der Frau. Bei Unerwünschtheit der Schwangerschaft wird auch häufiger ein hormoneller Schwangerschaftstest benutzt (Duogenon), der sich auf die fetale Entwicklung nachteilig auswirkt, diese Frauen nutzen auch weniger Vorsorgeuntersuchungen für sich und das Kind. Plausibel erscheint weiterhin, daß sie weniger Rücksicht auf ihre Schwangerschaft nehmen, z.B. bezüglich beruflicher, sportlicher Aktivitäten oder Reisen. Insgesamt ist jedoch die Abort- und Frühgeburtenrate bei unerwünschter Gravidität nicht erhöht (DFG-Studie 1977, 30).

Eine ausgesprochen problematische Verwendung der globalen Einstellungen Ablehnung/Akzeptierung der Schwangerschaft in bewußter oder unbewußter Form gibt ROTTMANN mit seiner Typologie (1974).

Eine psychodynamische Ableitung von akzeptierenden bzw. ablehnenden Einstellungen zur Schwangerschaft aus der Entwicklung der Persönlichkeit der Frau führt M. LUKESCH anhand zahlreicher Literaturstellen aus. Als wesentliche Einflußgrößen werden diskutiert: die Art der Elternbeziehung, die Geschlechtsrollenidentifikation der Frau, dabei insbesondere die Beziehung zu ihrer eigenen Mutter, befriedigende oder unbefriedigende sexuelle Beziehungen, eine eher unterstützende oder belastende Partnerbeziehung. Die genannten Faktoren werden vor allem als Ursachen für psychosomatische und Persönlichkeitsstörungen angesehen. LUKESCH (1975) führt hierzu zahlreiche, meist psychoanalytische Untersuchungen an.

Von der globalen Einstellungskonzeption Ablehnung/Akzeptierung der Schwangerschaft lassen sich die differenzierteren dimensionsorientierten Ansätze abgrenzen. Bereits im vorhergehenden Abschnitt (2.2.4) wurde unter methodischen Gesichtspunkten ein Überblick über die Operationalisierung von Einstellungsdimensionen und für Designs bei der Verwendung der Einstellungsdimensionen als Prädiktoren für den weiteren Schwangerschaftsverlauf und die Kindesentwicklung gegeben (DOTY 1967, LUKESCH & LUKESCH 1976, YANG et al. 1976).

Bei der inhaltlichen Bestimmung von Einstellungsdimensionen gibt es größere Überschneidungen zwischen verschiedenen Instrumenten.

Als wesentliche Dimensionen fassen LUKESCH & LUKESCH (1976) zusammen: Annahme/Ablehnung der Schwangerschaft, Geplantheit vs. Ungeplantheit, Gefühl der Abhängigkeit wegen Schwangerschaft, Akzeptieren des Kindes als selbständiges Wesen, Geburtsangst, Verletzungsangst gegenüber dem Kind, psychosomatische Beschwerden, Annahme/Ablehnung des Stillens, der Sexualität, Identität mit der weiblichen Rolle, Einstellung zum Partner und allgemeine Erziehungseinstellungen (S. 12f). Andere Autoren führen oft noch Reizbarkeit und Depressivität an.

Diese theoretisch postulierten und auch die im vorhergehenden Abschnitt angeführten skalierten Einstellungsdimensionen sind nicht unabhängig voneinander und klären auch den Gesamtkomplex Schwangerschaftseinstellungen in unterschiedlichem Maße auf. Als wesentlichste Einstellungsdimension stellte sich häufig die Ablehnung/Akzeptierung der Schwangerschaft heraus, die bei LUKESCH & LUKESCH (1976) auch am höchsten mit den anderen vier Bereichen korrelierte. Ähnlich hatte bei HUBERT (1976) die Ablehnung/Akzeptierung auch den wesentlichsten Einfluß auf die Bereitschaft zum Stillen. Aufgrund derartiger Ergebnisse würde sich der Komplex von mehreren qualitativen Einstellungsdimensionen wieder reduzieren auf eine grundlegende Befürwortung oder Ablehnung der Schwangerschaft, die als unabhängige Variable auf weitere Bedingungen des Geburtsverlaufes und des Neugeborenenverhaltens Einfluß hat, selbst aber auch als abhängige Variable durch z.B. soziale Schicht, Partnerbeziehung und Lebensbedingungen bestimmt wird (vgl. Abb. 1).

Zu dem häufig angenommenen Zusammenhang von Einstellungen zur Sexualität und Schwangerschaft kann auf die umfangreiche, aber heterogene Literatursammlung von FISHER (1976) zur weiblichen Sexualität verwiesen werden. Anhand von objektiven Testdaten konnte er z.B. keinen Zusammenhang zwischen Menstruationsbeschwerden und Schwangerschaftsverlauf feststellen. In seiner Zusammenfassung über Sexualverhalten, Orgasmuserleben und Schwangerschaftsverlauf kommt er zu der Schlußfolgerung, daß das geringste Ausmaß an psychischer Beeinträchtigung in der Schwangerschaft bei befriedigendem Orgasmuserleben auftritt.

Entsprechend der oben ausgeführten Betonung der evaluativen Komponente (Akzeptieren/Ablehnen) wird das Einstellungskonzept häufig zur Umschreibung der emotionalen Zustände der Frau in

der Schwangerschaft benutzt. Eine besondere Fundierung erfährt diese Auffassung durch die psychophysiologischen Forschungen: Spezifische psychische Zustände wie emotionale Spannung und Stress finden auf der physiologischen Seite ihre Entsprechung in organismischen Bedingungen wie z.B. Hormonausschüttung, bestimmten Kreislaufindikatoren u.ä. Es liegen vor allem in medizinischen Zeitschriften zahlreiche Untersuchungen über den wechselseitigen Zusammenhang von psychischen und physiologischen Variablen sowie deren Einfluß auf Schwangerschaftsverlauf und Entwicklung vor.

Im einzelnen werden der Zustand des autonomen Nervensystems und der Hormonspiegel der Mutter (besonders Adrenalin, Noradrenalin, Schilddrüsenhormon) sowie das veränderte Herz-Kreislauf-System als physiologische Variablen untersucht. Hinweise auf Einzeluntersuchungen, die physiologische Variablen als Indikatoren für emotionale Zustände der Mutter in ihrer Wirkung z.B. auf die Intensität der Bewegungen des Kindes im Mutterleib, das physiologische Gleichgewicht des Säuglings nach der Geburt (Ernährungsstörungen, Motilität, Hyperaktivität, Häufigkeit des Schreiens, Vorkommen von Koliken) erfaßt haben, finden sich in MUSSEN et al. 1974, STONE et al. 1973, LUKESCH 1975, Van Der ZANDEN 1978).

Besonders häufig werden Angst- und Stressmaße der Mutter in Beziehung zu Schwangerschaftsverlauf und Kindesentwicklung gesetzt. Diese Maße können aus projektiven Verfahren oder spezifischen psychometrischen Angsttests gewonnen werden. Ebenso werden Teilskalen zur Depressivität, Erregtheit, Aggression aus Persönlichkeitstests herangezogen. Im Vergleich zu Nichtschwangeren wurden bei Schwangeren häufig erhöhte Werte für Angst und Aggression festgestellt (vgl. CORDING & LIEPMANN 1971). Gegenteilige Ergebnisse berichtet FISHER (1976). Die Zusammenhänge zwischen Variablen der Angst, Depressivität und Aggressivität und körperlichen Beschwerden sind bei ledigen Schwangeren zusätzlich enger als bei verheirateten (CORDING & LIEPMANN 1971). Die physiologischen Korrelate dieser psychologischen Emotionalitätsmaße haben im Organismus der Mutter einen Einfluß auf das plazentare Gefäßsystem und damit auf den Stoffwechsel des Feten. Hierzu liefern Tierversuche zahlreiche Belege (STONE et al. 1973).

In der engen Wechselbeziehung von physiologischen und psychologischen Variablen ist es schwierig, Kausalbeziehungen herauszu-

finden. Überwiegend wird der veränderte Hormonhaushalt für die emotionalen Veränderungen verantwortlich gemacht, und zwar sowohl in wissenschaftlichen als auch in naiven Theorien der Frauen selbst (MECHELA & VESTER 1979).

In engem Zusammenhang mit der psychologischen Einstellungsstruktur und erlebten Belastungen muß der Medikamenten-, Drogen- und Genußmittelkonsum gesehen werden. Über die Häufigkeit der Einnahme dieser Substanzen gibt für die BRD die DFG-Studie einen Überblick.

Ein erstaunliches Ergebnis ist, daß in einer Stichprobe von gesunden Frauen (vor der Gravidität bestehende chronische Krankheiten wurden ausgeschlossen) nur 22% im ersten Trimenon keine Medikamente einnahmen. Zählt man Salben, Tees und Vitamine dazu, so sind dies nur 18% der Stichprobe. Die Einnahme erfolgt bei Gruppen, die zu Schwangerschaftserkrankungen, drohender Frühgeburt, Übelkeit, Erbrechen und leichten Beschwerden oder Erkältungen neigen. Mit dem Alter und der Parität steigt der Medikamentenkonsum. Diese Frauen scheinen eher an vegetativen Störungen zu leiden, sind empfindlicher und psychisch störbarer, sind signifikant eher Studentinnen und keine Arbeiterfrauen.

In einer ähnlichen amerikanischen Studie ergab sich, daß durchschnittlich 3 Medikamente pro Schwangerschaft eingenommen wurden (Van Der ZANDEN 1978).

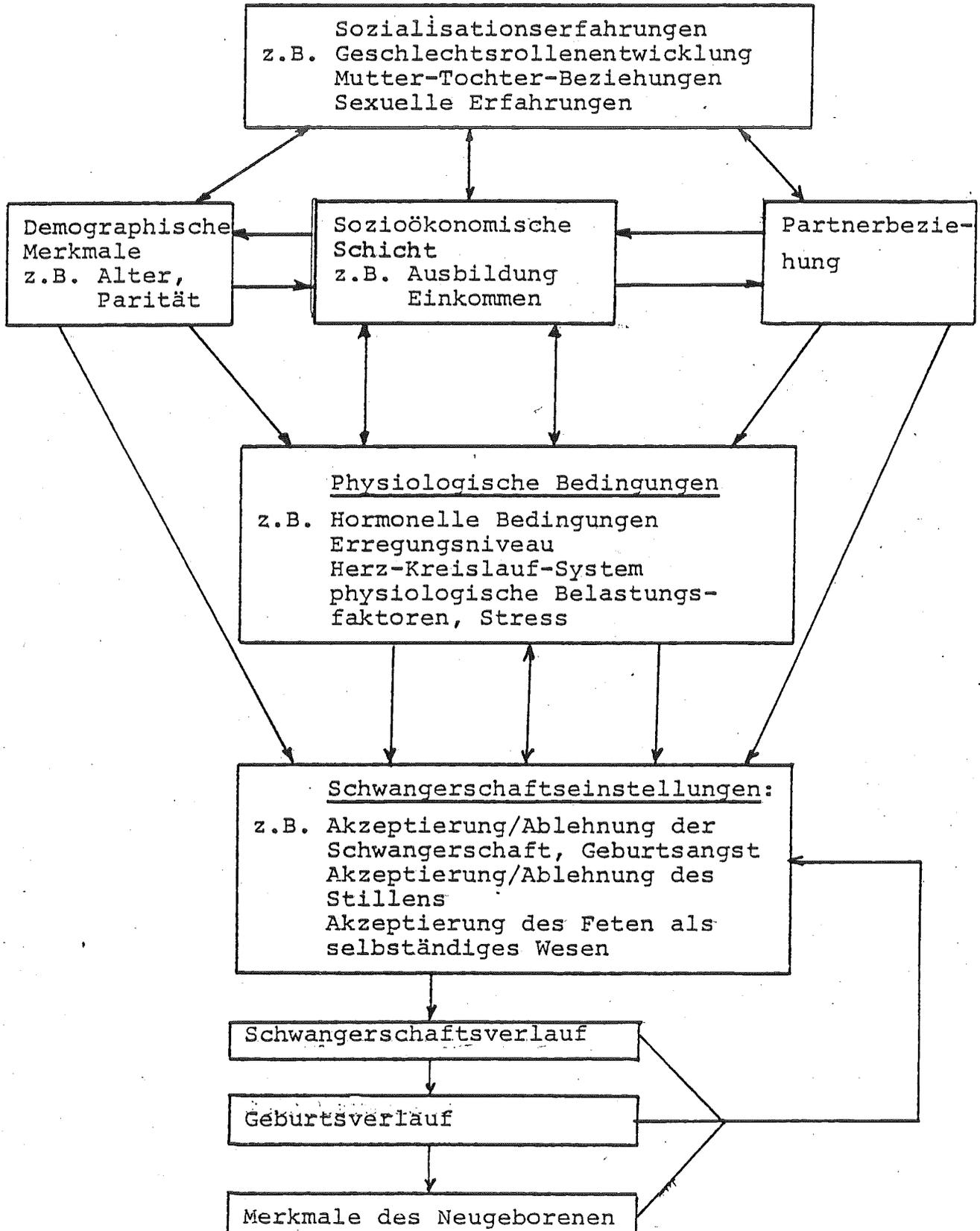
BOWES et al. (1970) berichten in ihrer Zusammenfassung nordamerikanischer Ergebnisse von durchschnittlich 3 - 5 Medikamenten, die in der Schwangerschaft einschl. Geburt eingenommen werden und die in den Stoffwechsel des Feten gelangen.

Als Auswirkungen erhöhten Medikamentenkonsums auf das Kind wurden festgestellt: ein erhöhter Anteil an unreif geborenen und perinatal gestorbenen Kindern, Reflexanomalien, Muskeltonusauffälligkeiten, vermehrte Infekte, geringer Appetit. In der DFG-Studie werden die Wirkungen der einzelnen Medikamente genau aufgeschlüsselt (1977, 53).

Die Bedingungen und Auswirkungen des Genußmittelkonsums seien nur kurz erwähnt. Am eindeutigsten sind die Ergebnisse zum Zigarettenrauchen. Regelmäßiges Rauchen in der Schwangerschaft führt zu Gewichtsreduktion bei Neugeborenen und zur Erhöhung der perinatalen Sterblichkeit. Diese wird zusätzlich durch die Rauchgewohnheiten des Mannes beeinträchtigt, die sich wahrscheinlich über die Spermiogenese vermittelt. Starker Kaffeegenuß bei Schwangerschaft ist statistisch signifikant mit größerem Untergewicht der Kinder verbunden, starker Alkoholgenuß mit verkürzter Tragzeit (DFG-Studie 1977). Diese Einzelfaktoren sind jedoch von vielen anderen Merkmalen wie Sozialstatus, Alter, Konstitution und Persönlichkeitstyp überlagert.

Abb. 1

Schema der möglichen Einflußgrößen auf Schwangerschaftseinstellungen (in Anlehnung an LUKESCH & LUKESCH 1976, 23).



Es steht allerdings noch aus, die sozialen und individuellen kognitiven und emotionalen Bedingungen, die zu der Einnahme von Genußmitteln und Medikamenten führen, genauer zu erforschen. Wahrscheinlich lassen sich bestimmte Einstellungsmuster nachweisen, die mit der Einnahme dieser Substanzen in engem Zusammenhang stehen. (vgl. den schematischen Überblick in Abb.1)

2.3.4 Schwangerschaftserleben in der Frühschwangerschaft

Die hervorstechenden Ereignisse im Schwangerschaftsverlauf lassen sich gut entsprechend der medizinischen Gliederung der Schwangerschaft in 38 Wochen (post conceptionem) bzw. 40 Wochen (post menstruationem) in drei ca. gleich lange sog. Trimenen einteilen. In der medizinischen Literatur zur Schwangerschaftsbetreuung wird der 1. bis 3., teilweise bis 4. Monat als Zeit der körperlichen (Hormonumstellung, Organwachstum) und seelischen Adaptation, der 5. bis 7. Monat als Zeit der relativen psychischen Stabilität und des Wohlbefindens, der 7. Monat bis zur Geburt als Periode vorherrschender körperlicher Beschwerden und der Geburtsvorbereitung (physiologische Veränderungen) gekennzeichnet (vgl. LUKESCH 1975).

Die Frühphase der Schwangerschaft ergibt auch vom embryonalen Entwicklungsverlauf einen eindeutigen Einschnitt, da bis zur 12. Woche die Organentwicklung der Embryonalzeit abgeschlossen ist. In der nun folgenden fetalen Periode wächst das Kind nur weiter. Die ersten 12 Wochen sind außerdem unter rechtlichen Gesichtspunkten in der BRD (Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs bei verschiedenen Indikationen) ein wesentlicher Zeitabschnitt. Aus psychologischer Sicht erscheint die Einteilung in drei Abschnitte zunächst auch als brauchbar, zumindest bis sich bessere Einteilungsgesichtspunkte herausgestellt haben.

Für die Zeit der Frühschwangerschaft werden in der Literatur folgende Ereignisse thematisiert: die Erstreaktionen auf die Feststellung der Schwangerschaft, Übelkeit und Erbrechen als auffällige körperliche Begleiterscheinungen, psychosomatische Beschwerden bzw. Störungen anderer Art, Auftreten von Aborten, Abortängste, als spezielles Problem habitueller Abort sowie allgemeine psychische Bewältigungsmechanismen und Anpassungsprozesse an die Veränderungen der Schwangerschaft.

Unter Erstreaktionen werden die affektiven Äußerungen, Bewertungen und Verhaltensweisen der Frau gefaßt, die sie spontan auf die endgültige Feststellung der Schwangerschaft zeigt bzw. auf Befragung berichtet. Da die eindeutige Feststellung einer Schwangerschaft frühestens 8 - 12 Tage nach Ausbleiben der Regelblutung (d.h. 5. - 6. Woche p. m.) möglich ist, kann diese Diagnose (mit Hilfe immunologischer Schwangerschaftstests) subjektive Gewißheit bedeuten und damit die Beendigung eines möglicherweise unsicheren Gefühlszustandes. Aus diesem Grunde lassen sich die eher freudigen oder eher ablehnenden Erstreaktionen als Indikatoren für die allgemeine Einstellung zur Schwangerschaft interpretieren. Damit entspricht eine positive bzw. negative Erstreaktion weitgehend der Akzeptierung oder Ablehnung der Schwangerschaft als Einstellung (vgl. 2.3.3). Ob allerdings die grobe Zweiteilung der ersten affektiven Bewertung der Schwangerschaft sinnvoll ist, erscheint zweifelhaft. Sinnvoller wäre es, eine Bewertungskategorie "unentschieden" i.S.v. abwartend, neutral zuzulassen. Wenn man die geringe Zahl der geplanten Schwangerschaften betrachtet (DFG-Studie 1977 unter 1/3 der Stichprobe), so müßte diese Kategorie sogar am häufigsten sein. Erst im Laufe der Zeit dürfte sich eine eindeutige Akzeptierung/Ablehnung der Schw. herauskristallisieren.

Der Schwangerschaftsbeginn ist durch starke körperliche Veränderungen wie hormonale Veränderungen (Ansteigen des Progesteronspiegels), Wachstum der Brüste usw. gekennzeichnet, die von mehr oder weniger deutlichen psychischen Veränderungen begleitet werden. Diese resultieren aus der Auseinandersetzung mit der ersten Schw. als einer neuen und ungewohnten Situation und den damit stark veränderten Zukunftsperspektiven.

In der Alltagstheorie sind morgendliche Übelkeit und Erbrechen als körperliche Veränderungen sprichwörtlich. Mit der Beschreibung und Interpretation dieses Schwangerschaftsmerkmals befaßt sich ein großer Teil der psychologischen, vor allem der psychoanalytischen Literatur. Es soll versucht werden, an diesem Beispiel die widersprüchlichen Ergebnisse der theoretischen und methodischen Ansätze darzustellen. Die Schwangerschaftsbeschwerden Übelkeit und Erbrechen erscheinen deshalb als besonders we-

sentlich, da ihre gängige psychoanalytisch orientierte Interpretation als unbewußte Ablehnung der Schwangerschaft sehr stark von der Alltagstheorie zumindest bestimmter Frauengruppen rezipiert wurde, neuere Ergebnisse jedoch andere Erklärungen nahelegen.

Zunächst erscheint es notwendig, zwischen einfacher Emesis gravidarum (Schwangerschaftserbrechen) in den ersten 3 - 4 Monaten und der verstärkten Hyperemesis auch zu späteren Zeitpunkten der Schwangerschaft zu unterscheiden. Nach LUKESCH (1975) und CHERTOK et al. (1963) leiden 60 - 70% aller Schwangeren unter leichter bis mittlerer Übelkeit und Erbrechen, häufig in Verbindung mit Appetitveränderungen. Dies wird als normale Reaktion aufgrund physiologischer Veränderungen im Stoffwechsel und im Hormonhaushalt angesehen. Davon unterschieden werden muß die Hyperemesis mit 5 - 10 Brechanfällen pro Tag, die bedrohliche Folgen für die Gesundheit der Mutter haben kann (LUKESCH 1975, 90; MOLINSKI 1972).

Bei der Suche nach Bedingungen für das Schwangerschaftserbrechen werden nun beide Formen wieder häufig miteinander vermischt, wodurch die psychoanalytische Interpretation der Hyperemesis (DEUTSCH in LUKESCH 1975, MOLINSKI 1972) ungerechtfertigterweise auch auf die schwächeren Beschwerden von leichtem Erbrechen und Übelkeit ausgedehnt wird. So berichtet LUKESCH von einem Trend, psychischen Bedingungsfaktoren ein größeres Gewicht beizumessen als physiologischen. Die wesentlichen Ursachen für leichte und schwere Übelkeit sehen psychoanalytisch orientierte Autoren in einer unbewußten Ablehnung der Schwangerschaft, die dann das Erbrechen als Ausdruck eines affektiven Zustandes zur Folge hat. H. DEUTSCH wertet dies als "Protestreaktion, ... die unter Umständen einem Abortversuch gleichkommt und quasi als ein 'Ausspucken' des Kindes gedeutet wird" (in LUKESCH 1975, 91). Empirische Überprüfungen stellen diese psychoanalytische These eher in Frage.

So untersuchten CHERTOK et al. (1963) an 100 französischen Erstgebärenden (ab dem 3. Monat) den Zusammenhang zwischen Erbrechen und sprachlich geäußerten Einstellungen zu Schwangerschaft und Kind mit Hilfe von halbstrukturierten Interviews. Die Interviewergebnisse zu den verschiedenen Einstellungsreichen wurden von 3 unabhängigen Beurteilern nach 3 Katego-

rien ausgewertet: eindeutige Ablehnung, eindeutiger Kinderwunsch und Ambivalenz. Das Auftreten von starkem Erbrechen stand in keinem Zusammenhang mit den drei Einstellungskategorien. Von den 100 Personen zeigten 67 Erbrechen, 53 mit mittlerer und 14 mit starker Ausprägung. Faßt man jedoch die Einstellungskategorien so zusammen, daß eindeutige Einstellungen (klare Ablehnung und klare Akzeptierung) der ambivalenten Haltung gegenübergestellt werden, so zeigen Frauen mit unklarer Einstellung signifikant häufiger Symptome des Erbrechens. Nach Auffassung der Autoren drücken ambivalente Einstellungen Konflikte zwischen Akzeptieren und Ablehnen des Kindes aus, die bei den Frauen verstärkt zu Beschwerden führen. Nur in dieser Form erscheint ihnen die These, daß psychische Bedingungen eine Rolle für Schwangerschaftsbeschwerden spielen, bestätigt.

LUKESCH referiert andere Untersuchungen, die weiterhin zwischen drei Gruppen mit unterschiedlicher Ausprägungsform von Übelkeit und Erbrechen differenzieren.

Darin wird die Gruppe von Frauen mit leichten und mittleren Beschwerden gekennzeichnet als "psychisch normal" oder "gesund" (Akzeptieren der Schw., positive Identifikation mit der weiblichen Rolle, eher verheiratet und eher geplante Schw.), die Gruppe mit starken Beschwerden auch nach dem 4. Monat zeigt häufiger neurotische Symptome, Störungen im sexuellen Bereich, hat die Schw. seltener geplant, ist seltener verheiratet. Eine weitere, völlig symptomfreie Gruppe erregt allerdings sehr den Verdacht dieser Autoren, "... da sowohl ein übersteigertes Auftreten von Beschwerden als auch ein totales Leugnen, d.h. Nichtvorhandensein von Symptomen auf Konflikte rückschließen läßt" (LUKESCH 1975, 98). Dieser Gruppe unterstellt H. DEUTSCH keine Konfliktbereitschaft, sondern eine maskulin-aggressive Orientierung und einen Mangel an positiver Geschlechtsrollenidentifikation. Auf die Probleme der psychoanalytischen Theorie, z.B. die widerspruchsfreie Interpretation beobachteter Phänomene, wurde unter 2.2 eingegangen.

In einer neueren Veröffentlichung deutet MOLINSKI (1972) auf dem Hintergrund der Theorie von SCHULTZ-HENCKE die Hyperemesis gravidarum, die allerdings deutlich abgegrenzt wird von einfachem Erbrechen, als Anzeichen unbewußter Angst vor dem Kind. Nach seiner Auffassung gibt es keine organischen Ursachen für die erste Übelkeit, vielmehr komme es in der frühen Schwangerschaft zu einer normalen Belebung des oralen und aggressiven Erlebens (Schwangerschaftsgelüste, Heißhunger, Freß- und Fettsucht, Speichelfluß, Sodbrennen, Stehlen i.d.Schw.). Halten jedoch Übelkeit und Erbrechen von Mageninhalt, verbunden mit einem Zustand erhöhter innerer Spannung, erhöhtem Speichelfluß, wie bei den pathologischen Fällen der Hyperemesis auch nach der

12. - 16. Woche an, so postuliert MOLINSKI aufgrund klinischer Fallstudien Persönlichkeitsdeformationen dieser Frauen. An Einzelfällen werden die frühkindlichen konflikthaftern Erfahrungen vor allem mit der eigenen Mutter aufgezeigt. Im Gegensatz zu H. DEUTSCH interpretiert MOLINSKI das übermäßige Erbrechen nicht als gegen den Fetus gerichtet, sondern als einen Versuch, über die körperlichen Folgeerscheinungen des Erbrechens, nämlich allgemeine Schwäche, Übelkeit und Schwindelgefühle, verstärkte Zuwendung von der Umgebung zu erhalten. Frauen mit dieser Symptomatik haben nach seiner Auffassung eine niedrige Entwicklungsstufe ihrer Weiblichkeit und Mütterlichkeit erreicht, sie können nicht akzeptieren, selbst Mutter zu sein, und lehnen das Kind unbewußt ab. Auch diese Arbeit geht von einer nicht explizierten Ideologie (Theorie) der Geschlechtsrollen bzw. der Weiblichkeit aus (vgl. 2.2.1).

LUKESCH & LUKESCH (1976) fanden zwischen Erbrechen und Übelkeit einerseits und Einstellungsdimension Geburtsangst andererseits im 1. Trimenon keine signifikante positive Beziehung, dagegen im 3. Trimenon. Weiter referiert MACFARLANE (1977) zwei empirische Untersuchungen, wobei sich bei der ersten (MANN) nur bei übermäßigem Erbrechen eine Ablehnung der Schwangerschaft ergab, bei der zweiten Untersuchung (ROSEN in MACFARLANE 1977) kein Zusammenhang bestand.

Für die Extremform von starkem Erbrechen und Übelkeit mögen die Deutungen der psychoanalytisch orientierten Autoren ihre Berechtigung haben. Allerdings ist deutlich zu warnen vor der häufigen Ausdehnung der Interpretation auf die Erscheinungen leichte Übelkeit und Erbrechen zu Beginn der Schwangerschaft. Die folgende Untersuchung begründet diese Bedenken.

Aufgrund der epidemiologischen Großstudie der DFG (1977) erhalten physiologische Ursachenfaktoren als Auslöser von Übelkeit und Erbrechen zu Beginn der Schwangerschaft wieder mehr Gewicht als psychologische. In einer Zusatzuntersuchung wurde dort dem Problem der Spontanaborte nachgegangen. Bei den fast 10% Spontanaborten in dieser Stichprobe stellte sich ein statistischer Zusammenhang zwischen Übelkeit und Erbrechen auf der einen Seite und dem Abortrisiko auf der anderen Seite heraus. Die Verfasser argumentieren so, daß die schwangerschaftsbedingten Veränderungen im mütterlichen Organismus ten-

denziell zu dem Auftreten von Übelkeit und Erbrechen führen müssen. Bei gestörter Fruchtentwicklung können diese Symptome nicht auftreten. Diese Behauptung wird einerseits mit Hilfe mathematisch-statistischer Modelle der Markov-Ketten aufgrund der Übergangswahrscheinlichkeit von längsschnittlichen Angaben über Übelkeit, Erbrechen, Blutungen und Abortgefahr bestätigt und andererseits durch Einzelfallstudien über den Schwangerschaftsverlauf der eingelieferten Patientinnen zweier Kliniken. Danach verringert sich bei Auftreten von Übelkeit und Erbrechen das Abortrisiko, die beiden Beschwerden sind also als Prädiktoren für eine sichere Schwangerschaft zu deuten (DFG-Studie 1977, 23f).

Berücksichtigt man die hohe Quote für spontane Aborte (9.7% der aufgetretenen Schwangerschaften endeten durch Abort), so haben diese Ergebnisse eine hohe praktische Bedeutung für die Beurteilung von Übelkeit und Erbrechen in der Frühschwangerschaft. Sie verdienen mehr Verbreitung als die psychodynamische Interpretation der Psychoanalyse. Da, wie so häufig, die Methoden zur Überprüfung der Ausgangsthese nicht vergleichbar sind, ist eine Beurteilung der widersprüchlichen Ergebnisse hier nicht möglich.

Die angegebene Aborthäufigkeit in der repräsentativen DFG-Stichprobe macht deutlich, daß erlebte Angst vor einer Fehlgeburt - vor allem bei bereits vorangegangenen Aborten und vorangegangenen weiteren Schwangerschaften - eine reale Grundlage hat. Das tatsächliche Abortrisiko ist wahrscheinlich noch größer, es steigt außerdem mit Risikofaktoren wie Alter der Mutter und niedriger Sozialschicht an.

Entsprechend dem objektiven Problem der Abortgefahr finden sich in der psychologischen Literatur kaum Untersuchungen zur erlebnismäßigen Verarbeitung von Aborten. Eine Ausnahme bilden wiederum überwiegend in psychoanalytischen Studien spezielle Phänomene wie habitueller Abort, definiert durch mehr als 3 Aborte hintereinander (vgl. LUKESCH 1975). Auf diesen Fall soll hier nicht eingegangen werden, es besteht in der Argumentation Ähnlichkeit zur Beurteilung von Übelkeit und Erbrechen.

Weitere psychosomatische Beschwerden und Belastungen wurden von LUKESCH (1975) und LUKESCH & LUKESCH (1976) untersucht. Untergewicht, Einschlaf- und Durchschlafstörungen hingen mit den dort operationalisierten Einstellungsdimensionen "Ablehnung des Stillens" bei der Frau signifikant zusammen, "Verletzungsangst", "Geburtsangst" und "Einstellung zur Sexualität" auf Seiten der Männer korrelieren positiv mit Durchschlafstörungen im 1. und 2. Trimenon.

LUBIN et al. (1975) erhielten ebenfalls einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen körperlichen Beschwerden im Verlauf der Schwangerschaft und der Geschichte früherer Schwangerschaft, wobei es sich hier um eine echte Verlaufsstudie handelt.

Während die körperlichen Beschwerden in der Studie von LUKESCH & LUKESCH weniger mit Einstellungen zusammenhingen, fanden sich zu psychischen Belastungsfaktoren wesentlich stärkere Beziehungen. So gaben Frauen, die die Schwangerschaft als größere Belastung erlebten, eine stärkere offene Ablehnung der Schwangerschaft, Verletzungsangst, Ablehnung des Stillens und Geburtsangst an - allerdings nicht nur für die erste Zeit der Schwangerschaft (LUKESCH & LUKESCH 1976, 37).

Zusammenfassend kann man feststellen, daß die Mehrzahl der bisherigen Arbeiten zum Ziel hatte, die Auswirkung von Beschwerden und Störungen körperlicher und psychischer Art zu erfassen. Damit wird offenbar, daß der Schwangerschaftsbeginn überwiegend als Stress und Belastungssituation gesehen wird. Es erscheint sinnvoll, in Ergänzung dazu Veränderungen, die von Frauen wahrgenommen werden, zunächst deskriptiv zu erfassen und diese erst danach als angenehme oder unangenehme, wichtige oder unwichtige Veränderungen beurteilen zu lassen. Dies wurde in zwei explorativen Studien versucht, auf die später eingegangen wird. Es stellte sich heraus, daß wesentlich mehr Veränderungen körperlicher und psychischer Art bemerkt werden, die aber in ihrer subjektiven Wichtigkeit stark schwanken (MECHELA & VESTER 1979, ROTHE-KIRCHBERGER 1979).

2.3.5 Veränderungen in der mittleren Schwangerschaft

Dieser Abschnitt in der Schwangerschaft ist vergleichsweise wenig untersucht. Man kann davon ausgehen, daß bis zu diesem Zeitpunkt eine Gewöhnung an den Zustand der Schw. stattgefunden hat. Die körperlichen Beschwerden der Frühschwangerschaft sind z.T. zurückgegangen (wie Übelkeit und Erbrechen, Brustempfindlichkeit), oder es hat eine Anpassung daran stattgefunden (wie an die Müdigkeit). Während der bisher vergangenen vier bis sechs Monate hat die Frau Gelegenheit gehabt, sich kognitiv, emotional und in ihrem Verhalten auf den neuen Zustand und die dadurch eingetretenen und zu erwartenden Veränderungen einzustellen. Insofern wird häufig von einer Zeit der emotionalen Stabilität im mittleren Schwangerschaftsdrittel gesprochen (LUKESCH 1975, ARBEIT 1975). Für das 2. Trimenon ergab sich in der Studie von LUBIN et al. (1975) auch das niedrigste Angstniveau.

In dieser Phase findet eine zunehmende erlebnismäßige Konkretisierung des heranwachsenden Feten statt, vor allem durch subjektive Wahrnehmung der ersten Kindesbewegungen. Der Prozeß der Verdeutlichung des Kindes als eigenes Lebewesen wird heute durch verschiedene objektive Methoden der Geburtshilfe unterstützt.

Als weitere abgrenzbare Ereignisse in diesem Schwangerschaftsabschnitt werden in der Literatur genannt:

- die Veränderung des Körperbildes (body image), erfaßbar mit projektiven Verfahren,
- eine allmähliche Differenzierung des Kindes als eigenes Wesen, getrennt vom Selbst der Mutter, damit Aktivierung frühkindlicher Trennungsängste,
- die kognitive Umstrukturierung der Frauenrolle in eine mütterliche Rolle, wobei vor allem die Auseinandersetzung mit der eigenen Mutter angeführt wird,
- die Klärung der Partnerbeziehung, antizipatorische Rollendefinition, häufig stärkere Rollentrennung der beiden Partner.

Zwischen der 19. und 22. Woche, also gegen Ende des 5. Monats, werden von Erstgebärenden die ersten Kindesbewegungen subjektiv wahrgenommen (FRIEDBERG & HIERSCHE 1975). LUKESCH (1975) befragte in ihrer Untersuchung die Frauen nach dem Eindruck,

den diese Wahrnehmungen bei ihnen ausgelöst haben. Dazu gaben 85.2% ihrer Stichprobe ein Gefühl der Freude an, 11% Überraschung und 3.8% Gleichgültigkeit oder Ablehnung (S. 190). Bei der Verteilung der gefühlsmäßigen Reaktionen muß berücksichtigt werden, daß diese Befragung rückblickend direkt nach der Geburt stattgefunden hat, so daß aufgrund dieses Befragungszeitpunktes der Anteil freudiger Reaktionen gegenüber überraschten oder gleichgültigen wahrscheinlich erhöht ist. Nach LUKESCHS Ergebnissen bestand ein positiver signifikanter Zusammenhang zwischen Reaktionen auf die Kindesbewegungen und der Erwünschtheit der Schwangerschaft.

Mit technischen Hilfsmitteln kann der Fetus bereits früher objektiv wahrnehmbar bzw. abbildbar gemacht werden, so durch Verstärkung der kindlichen Herztöne (je nach Methode 10. bis 12. oder 16. bis 18. Woche, FRIEDBERG & HIERSCHE 1975), oder durch Abbildung fetaler Strukturen im Ultraschall. Die Untersuchungen gehören heute zur ärztlichen Routinebetreuung. Diese Verdeutlichung des Kindes ist für die schwangere Frau ähnlich wie die innerlich empfundenen Kindesbewegungen Anlaß, sich kognitiv und affektiv stärker mit dem heranwachsenden Wesen zu befassen.

Eine der wenigen Untersuchungen, die diesen Konkretisierungs- und psychischen Anpassungsprozeß in der Schwangerschaft zu erfassen versuchte, ist diejenige von ARBEIT (1975). Ausgehend von dem Begriff der Differenzierung sollen dort folgende Prozesse beschrieben werden:

- die allmähliche Wahrnehmung des Feten als unabhängig von der Frau selbst, die Akzeptierung des Feten als selbständiges Wesen,
- das Wiederaufleben früherer Identifikationen der Schwangeren mit ihrer eigenen Mutter und die Verarbeitung dieser Vorstellungen,
- die Identifikation der jungen Frau mit dem Kind.

Eine genaue theoretische Ausarbeitung des Konzepts Differenzierung in den drei Bereichen bleibt offen.

Als Methode verwendete die Autorin die Befragung mit Hilfe eines halbstrukturierten Interviews, ein Q-sort-Verfahren zur Beurteilung der eigenen Person und der Eltern und eine sog. Differenzierungsskala. Ihre Stichprobe bestand aus 30 verheirateten Mittelschicht-Frauen, die mindestens im 5. Monat schwan-

ger waren und bereits Kindesbewegungen gespürt hatten. In den halboffenen Interviews traten vier Erlebnisbereiche oder Dimensionen in den Vordergrund:

- die eigene Beteiligung an der Schwangerschaft,
- eine Dimension: entstehende Definition des Feten,
- die Beziehung zur eigenen Mutter,
- die Betonung der Aufrechterhaltung der persönlichen Identität.

Nach der Ausprägung dieser Dimensionen ließen sich drei Gruppen von Frauen unterscheiden. Eine erste Gruppe empfand die Schwangerschaft als Bereicherung, fühlte sich körperlich und psychisch zufrieden und erfüllt. Eine zweite Gruppe sah die Schwangerschaft als notwendige Vorbereitung auf die Elternschaft. Bei der dritten Gruppe stand die Weiterführung des eigenen Lebens im Vordergrund, das Kind wurde erst für eine Zeit nach der Geburt als real existierend angesehen und die Schwangerschaft als notwendige, aber einschränkende und unbequeme Zeit beurteilt.

Unter dem für die mittlere Schwangerschaft wesentlichen Auswertungsaspekt "entstehende Definition des Feten als Kind" wurden Interviewäußerungen zusammengefaßt wie: Die Mutter beschreibt den Feten als eigene Person, sie schreibt ihm Absichten bei seinen Bewegungen zu (will mich stoßen), sie macht Spiele mit dem Kind, spricht mit ihm, gibt ihm einen Namen usw.

Es stellte sich heraus, daß die Bewegungen des Feten eine wesentliche Rolle spielen bei der Akzeptierung als eigene Person, sie wurden als Bereicherung der neuen Beziehung angesehen. Häufig wurde berichtet, daß durch die Wahrnehmung der Bewegungen die Beziehung und die Einstellung zu dem Kind verbessert wurden. Manche Frauen dagegen fühlten sich durch den Fetus kontrolliert, z.B. in ihrer Nahrungsaufnahme.

Deutliche Unterschiede zeigten sich in der Wahrnehmung des Feten als eigene Person und in der Konkretheit der Vorstellungen und Phantasien. Den gleichen Prozeß der Abgrenzung und Wahrnehmung des Kindes als eigenes Wesen beschreiben KLAUS & KENNEL (1976) als psychische Leistung in der Schwangerschaft.

Neben der Auseinandersetzung mit der eigenen Mutter (teils Identifikation, teils Abgrenzung) eignet sich als weiterer Erlebnisaspekt in dieser Zeit die Aufrechterhaltung der eigenen Identität und Unabhängigkeit. Dies wird als Bestreben interpretiert, angesichts der engen Verbindung mit dem Feten die per-

sönliche Grenzen in körperlicher und emotionaler Hinsicht deutlich machen. Leider wird die Methode der Auswertung der Interviews nicht nachvollziehbar, es bleibt eine summarische Beschreibung unter Heranziehung zahlreicher Einzelfälle.

Eine genaue theoretische Ausarbeitung des Konzepts Differen-

Als eigener ergänzender Versuch, die psychische Differenzierung des Kindes von sich selbst quantitativ zu erfassen, kann die sog. *D i f f e r e n z i e r u n g s s k a l a* angesehen werden, die bipolar angelegt ist. Beispiele für starke Differenzierung sind:

- Ich kann es kaum erwarten, das Baby zu halten,
- wenn es sich bewegt, möchte es hinaus ...

für geringe Differenzierung:

- ich muß das Baby schützen,
- ich glaube, das Baby fühlt, was ich auch fühle,
- ich fühle mich jetzt vollständig.

Die Gütekriterien der Skala, vor allem die Trennschärfe sind jedoch sehr mangelhaft. Versuche, das individuelle Ausmaß an Differenzierung mit der Wahrnehmung von Ähnlichkeit mit der Mutter, erfaßt mit einem Q-sort in Beziehung zu setzen, erbrachten für die Frauen mit mittlerem Differenzierungsgrad (des Feten von sich) eine starke Abgrenzung von den eigenen Eltern.

Die Dissertation von ARBEIT ist zu verstehen als erster Versuch, den Differenzierungsprozeß Mutter-Fetus auf einer qualitativen und erlebnismäßigen Ebene aus der Sicht der Frauen zu beschreiben. Dieser Ansatz muß theoretisch und methodisch weitergeführt werden.

Aus umgekehrter Perspektive stellt LAMB (1979) die Frage, welchen Einfluß das Kind auf die Art der Ehe- und Familieninteraktion auch schon in den Phasen der Schwangerschaft und Geburt hat. Nach seiner Auffassung spielt der Säugling bereits in pränatalen Phasen eine aktive Rolle für beide Eltern. Nach einer getrennten Befragung von Paaren (allerdings im 8. Monat der Schwangerschaft) nach ihren Erwartungen und Gefühlen gegenüber dem Kind ergab sich, daß die Schwangerschaft, mehr als bisher betont, eine *P a a r e r f a h r u n g* darstellt (SOULE in LAMB a.a.O.). Damit soll nicht gemeint sein, daß die Schwangerschaft für Mann und Frau die gleiche Erfahrung darstellt, sondern daß sie für die Frau eine direkte und für den Mann eine indirekte Wirkung zeigt. In der Erhebung

von SOULE antizipieren Männer weniger Lebensveränderungen als ihre Ehefrauen und sind weniger ambivalent eingestellt.

LAMB entwickelt die These, daß die erste Elternschaft für Paare einen prinzipiell konservativ-traditionellen Einfluß ausübt.

Dieser Einfluß ist als Stress und Konflikt um so größer, je mehr sich das Paar einer nicht-traditionellen Rollendefinition verpflichtet fühlt. Die Veränderung wird nur für die erste Elternschaft postuliert, da hier die Lebensveränderung am größten ist. Der Beginn der Elternschaft wird deutlich als Stress für beide Partner beschrieben.

Nach LUKESCH (1975) kann ergänzt werden, daß die Art der Partnerbeziehung selbst wieder als wesentlicher Belastungsfaktor bei einer insgesamt stark belastenden Schwangerschaft von der Frau erlebt wird.

Bei Belastungen durch den Partner zeigen sich auch negative Einstellungen zur Schwangerschaft (LUKESCH & LUKESCH 1976).

Ein weiterer Untersuchungsbereich, der sich auf die mittlere und späte Schwangerschaft bezieht, ist die Veränderung des Körperbildes in der Schwangerschaft. FISHER (1976) referiert Untersuchungen, die eine Abnahme der Differenzierung der Körpergrenzen und eine Zunahme verzerrter Körperwahrnehmungen und Körpererfahrungen mit Hilfe von projektiven Verfahren feststellen wollen.

2.3.6 Spätschwangerschaft und Geburtserleben

Das letzte Drittel der Schwangerschaft zusammen mit der Geburtsvorbereitung und dem Erleben der Geburt wurde relativ häufig untersucht. Die wichtigsten dabei interessierenden Fragestellungen bzw. leitenden Konzepte sind:

- die Einstellungen und Konflikte der Frau in Zusammenhang mit der Geburt,
- das Ausmaß der Angst vor der Geburt, Auswirkungen der Angst auf Geburtskomplikationen, Schmerzmittelkonsum sowie Möglichkeiten und Methoden der Angstreduktion,
- das Geburtserleben selbst, bzw. die Erwartungen bezüglich des Geburtsprozesses und Beurteilungen danach,

- längsschnittliche Untersuchungen über Zusammenhänge zwischen Einstellungen vor der Geburt, den Geburtsverlauf und Merkmale des Neugeborenen.

Gegen Ende der Schwangerschaft nehmen aufgrund physiologischer Veränderungen wie stark zunehmender Leibesumfang, starker Druckgefühle im Bauchraum, erhöhte Kreislaufbelastung und der Senkung der Gebärmutter, die Einschränkungen und körperlichen Beschwerden in der Regel zu. Die Vorbereitung auf die Geburt, die gegen Ende ungeduldig erwartet wird, treten in den Vordergrund. Das Kind wird bis zu diesem Zeitpunkt als eigenes selbständiges Wesen gesehen. Die Frau erwartet den körperlichen Ablösungsprozeß, sie befaßt sich mit ihren Vorstellungen stärker mit der Gesundheit, dem Aussehen oder dem Geschlecht des zu erwartenden Kindes.

In Zusammenhang mit diesen zwangsläufigen Veränderungen kann es vermehrt zu körperlichen Beschwerden und zu psychischen Konflikten kommen.

LUKESCH (1975) faßt psychoanalytische Auffassungen über Störungen z.B. bei der Ablösung des Kindes (unbewußte Trennungsängste, Geburts- und Todesängste) zusammen.

In einer Untersuchung über den Zusammenhang von körperlichen Symptomen, unbewußten Konflikten (erfaßt mit TAT-Varianten) und bewußt geäußerten Einstellungen (in Fragebögen) bei Erstgebärenden im letzten Trimenon fand ZUCKERBERG (1972) Zusammenhänge zwischen körperlichen Beschwerden und unbewußten Konflikten. Vor allem dann, wenn eine Diskrepanz zwischen bewußt geäußerten Einstellungen (Fragebogen) und unbewußten Konflikten mit Hilfe des projektiven Verfahrens erfaßt, bestand, waren die körperlichen Beschwerden groß. LUBIN und Mitarbeiter (1975) konnten diesen Zusammenhang von körperlichen Symptomen und Angst im Verlauf von drei Trimestern (Meßzeitpunkte im 2., 5. und 8. Schwangerschaftsmonat) bestätigen. Es ergab sich in ihrer varianzanalytischen Auswertung eine signifikante Interaktion zwischen früherer Schwangerschaftsgeschichte und Trimester, dh. Schwangerschaftsabschnitt bezüglich körperlicher Beschwerden.

Die untersuchten 90 Mittelschichtfrauen wurden dabei in drei Gruppen aufgeteilt:

- I. - keine früheren Schwangerschaften (N= 32)
- II. - frühere Lebendgeburten und keine früher beendete Schwangerschaft, d.h. keine Unterbrechung der Schwangerschaft (N= 44)
- III. - frühere Lebendgeburten und früher unterbrochene Schwangerschaften (N= 14)

Bei der ersten Gruppe nahmen die körperlichen Symptome systematisch über die drei Trimenen ab. Gruppe II zeigte eine V-Kurve und Gruppe III eine umgekehrte J-Kurve über die drei Meßzeitpunkte in bezug auf körperliche Beschwerden.

Ein weiteres wesentliches Ergebnis dieser echten Verlaufsstudie war, daß das Ausmaß der Angst, gemessen mit einer Angst-Adjektiv-Liste und der IPAT Anxiety Scale Questionnaire sich stark verändert als Funktion des Trimesters. Bei allen drei Gruppen zeigte sich eine gemeinsame Verlaufskurve, die im mittleren Schwangerschaftsdrittel das niedrigste Angstniveau aufwies, welches im 3. Trimester dann jeweils über das Ausgangsniveau im 1. Trimester ansteigt. Depressive Stimmungen zeigten dagegen keine signifikanten Veränderungen über den Schwangerschaftsverlauf.

Besondere Beachtung fand auch in Einstellungsskalen (sh. 2.2.4 und 2.3.3 das Ausmaß der Angst vor der Geburt und die vielfältigen Beziehungen zwischen Angstwerten und Variablen des Geburtsverlaufs, des Schmerzmittelkonsums und der Vorbereitung auf die Geburt.

Hierzu seien einige Ergebnisse angeführt.

Als erste objektive Methode kann das Vorgehen angesehen werden, im letzten Schwangerschaftsdrittel Angstwerte mit verschiedenen Testverfahren zu erheben und diese zu Aspekten des Geburtsverlaufs in Beziehung zu setzen.

So verglich McDONALD (1963) die Angstwerte (IPAT, andere Fragebögen und MMPI-Teilskalen) zu Beginn des letzten Trimenens bei zwei Gruppen von sonst vergleichbaren Erstgebärenden, die aufgrund von klinischen Angaben in eine "normale" und eine "nicht normale" Gruppe nach Unregelmäßigkeiten in der Schwangerschaftsdauer, Dauer der Geburt, Geburtskomplikationen und Auffälligkeiten des Neugeborenen bei der Geburt eingeteilt worden waren. Es stellte sich eine positive Beziehung zwischen Angst und Geburtsschwierigkeiten heraus, die "nicht normale Gruppe" war charakterisiert durch signifikant mehr und höhere Indikatoren für Angst und höhere Verdrängung.

Die "normale" Gruppe lag in ihren Angstwerten nicht höher als vergleichbare Nichtschwangere. Es wird von den Verfassern vermutet, daß physiologische Bedingungen bei Angst sich ungünstig auf die Geburt auswirken. Ähnlich wurden in einer Erhebung von EDWARDS (1970) aufgrund von Schwierigkeiten und Unregelmäßigkeiten bei den Wehen und im Geburtsprozeß zwei Gruppen in einer Stichprobe von Erstgebärenden unterschieden: eine "normale" Gruppe und eine Gruppe mit Schwierigkeiten. Objektive Messungen der Angstwerte und Werte aus projektiven Verfahren für Verdrängung, Angst, Feindseligkeit waren vor und nach der Geburt erhoben worden. Die Gruppe mit Geburtsschwierigkeiten wies dabei mehr emotionale Schwierigkeiten und hohe Angst auf.

Weitere Hypothesen bezogen sich auf die Abnahme von Angst und emotionalen Störungen. Wöchentliche Self-reports über das Angstniveau über 7 Wochen vor der Geburt ergaben einen unterschiedlichen Verlauf für beide Gruppen, jedoch keine Unterschiede im Angstniveau. Bei der normalen Gruppe verlief das Angstniveau relativ niedrig und stieg kurz vor der Geburt an, die pathologische Gruppe zeigte einen umgekehrten Verlauf. Ebenso zeigte sich über die siebenwöchige Dauer eine bessere Einschätzung der persönlichen Anpassung an das Geburtsergebnis bei der normalen Gruppe (EDWARDS 1970).

Von den fünf Einstellungsdimensionen, die, wie schon mehrfach erwähnt, LUKESCH & LUKESCH (1976) erfaßt hatten, zeigten sich offene Ablehnung der Schwangerschaft, Angst vor dem Stillen, Geburtsangst und negative Einstellung zur Sexualität, höhere Ausprägung bei einer Gruppe von Frauen, die als "stark verkrampft" bez. "verkrampft" eingestuft wurden nach ihrem Geburtsverlauf im Vergleich zu eher entspannten Frauen (a.a.O., 38).

Je höher die Frauen das Ausmaß der Schmerzen bei der Geburt beurteilten, desto stärker war ihre offene Ablehnung der Schwangerschaft. Ein weiteres häufig bestätigtes Ergebnis ist, daß das Ausmaß der Ängste vor der Geburt mit dem Schmerzmittelverbrauch während der Wehen in deutlichem Zusammenhang steht (KLUSMAN 1975). Diese hier nur knapp belegten, aber offenbar schon lange bekannten Ergebnisse führten zu zahlreichen Versuchen, die Geburtsschmerzen und -ängste zu verringern. Auf die grundlegenden Methoden nach READ und LAMAZE wurde bereits hingewiesen (vgl. 2.1).

In Evaluationsstudien hat sich die Effektivität der verschiedenen psycho-prophylaktischen Methoden deutlich erwiesen. So sinkt bei Frauen, die sich nach der Lamaze-Methode vorbereiten, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe das Ausmaß der empfundenen Schmerzen (in MITCHEL 1976). KLUSMAN (1975) konnte auch einen weiteren Zusammenhang empirisch nachweisen: Bei einem Vergleich eines Schwangerschaftsvorbereitungskurses nach LAMAZE mit einem einfachen Rote-Kreuz-Kurs (allg. Informationen über Geburtsablauf und Säuglingspflege) hatte nur die erste Methode das Angstniveau (gemessen mit IPAT Skalen) sign. gesenkt. Weiter zeigte sich, daß das Angstniveau einen sign. Effekt auf die Selbstbeurteilung der Schmerzen in der Übergangsphase der Geburt hatte, nicht jedoch generell auf die gesamte Geburt. Außerdem ergab sich, daß die Teilnehmerinnen des Lamaze-Kurses zu geringeren Teilen Analgetika benutzten als die Vergleichsgruppe. Die Verfasser interpretieren ihr Ergebnis als Bestätigung des Zusammenhangs von Angst und Geburtsschmerzen und als Beleg für die Wirksamkeit der Vorbereitungsmethode.

Wahrscheinlich spielen bei der Einstellung zur Geburt und der Vorbereitung darauf sozio-ökonomische Herkunft sowie demographische Faktoren eine große Rolle. Vermutlich muß bei dem Besuch von Vorbereitungskursen von einer starken Selbstselektion der Frauen ausgegangen werden. Während in der Untersuchung von KLUSMAN (1975) die Teilnehmerinnen aus höheren sozialen Schichten stammten, zeigte sich bei der von HUBERT (1976) untersuchten Stichprobe von Unterschichts-Frauen in London relativ geringe Geburtsangst vor dem Ereignis. Sie waren insgesamt kaum informiert und hatten eher eine gleichgültige Einstellung und konnten trotz Vorbereitungskurs die Anzeichen von Wehen nie und Geburtsbeginn nicht erkennen.

Häufig löste das stärkere Einsetzen von Wehen dann Angst und Verwirrung aus, dies wurde verstärkt durch den Eindruck des Alleingelassenseins während der langen Geburtsdauer. Dies führt zur Äußerung von Aggressionen auf den Mann, zu Rufen nach der eigenen Mutter u.ä. Aufgrund dieser Umstände erlebte diese Gruppe die Geburt nur als unangenehm und schmerzhaft.

Nach Auffassung der Autorin wird diese Haltung durch die herrschenden kulturellen Vorstellungen verstärkt. Eine allmähliche Veränderung dieser Auffassung durch die Verbreitung von Geburtsvorbereitungstechniken erreicht wahrscheinlich zuerst höhere Soziale Schichten, die dann auch geringere Angst vor der Geburt zeigen (LUBIN et al. 1975).

Im Vergleich zu den eher objektiven Ansätzen, das Ende der Schwangerschaft zu erfassen, sind die Versuche, das subjektive Erleben der Beteiligten bei der Geburt zu beschreiben, eher selten. Die geringe Zahl empirischer Ergebnisse über das Geburtserleben ist sicher dadurch begründet, daß erst neuerdings über eine "natürliche Geburt" gesprochen wird, während man dies Ereignis früher nur unter medizinischen Gesichtspunkten im Vergleich mit Krankheiten oder Operationen betrachtete. FISHER (1976) sammelte bei einer Stichprobe von Frauen in den USA schriftliche Berichte über ihre Körperempfindungen und Gefühle bei der Entbindung. Er wertete diese freien Erlebnisbeschreibungen nach den vorherrschenden Themen in den Berichten aus und kommt zu folgenden vier Ergebnissen:

- Als wesentliches Problem erleben diese Frauen die h a l b-ö f f e n t l i c h e U m g e b u n g, die Aufhebung der sonst üblichen Tabuierung des eigenen Körpers, vor allem der Genitalien, und die entblößende und psychisch verletzende Gebärposition.
- Ein zweiter wichtiger Punkt war für die Frauen die S c h m e r z e r f a h r u n g über lange Zeit und in unerträglicher Intensität, so, wie es fast alle Frauen bisher noch nicht erlebt hatten. Die Unausweichlichkeit der Geburt bzw. die Unmöglichkeit, den Prozeß abubrechen, führt zu einer Auflösung des normalen Zeitempfindens.
- Als weiteres Thema ergab sich aus den Beschreibungen die "A n g s t v o r d e m V e r l u s t d e r S e l b s t- b e h e r r s c h u n g" (a.a.O., 355), die durch Wegfall normaler Körperfunktionen (Harn-, Darmregulierung, Muskelspasmen), durch die Neigung zu Stöhnen oder Schreien und durch ein herabgesetztes Bewußtseinsniveau (zusätzlich durch Medikamente reduziert) bedingt ist.

- Relativ häufig wurden Ä n g s t e v o r V e r l e t z u n g u n d T o d während der langen Geburtszeit erwähnt. Aufgrund der Anforderungen bei der Entbindung sind nach FISHER die Frauen in den ersten 1-2 Wochen danach gegenüber zusätzlichen Belastungsfaktoren äußerst empfindlich.

Aus den Berichten über Geburtserleben ist zu schließen, daß dieses Ereignis einen Ausnahmezustand bzw. einen herausgehobenen Zeitraum darstellt, der von dem Schwangerschaftsverlauf sowie der Zeit mit dem Kind danach deutlich abgegrenzt werden muß. Ob die hier dargestellten Erlebnisbeschreibungen während der Geburt sich in gewissem Umfang verallgemeinern lassen, ist kaum zu beurteilen; da die vorausgehenden Prozesse des Schwangerschaftsverlaufs und die Geburtsvorbereitung sowie die Entbindungsmethode selbst nicht bekannt ist bei dieser Stichprobe. Vieles weist auf eine von überwiegend medizinischen Gesichtspunkten geleitete Geburtsmethode hin. Die Berichte, die Vertreter der "sanften Geburt" und der Psychoprophylaxe auf seiten der Ärzte und der betroffenen Frauen und deren Partner abgeben, heben demgegenüber die besondere Bedeutung des elterlichen G l ü c k s g e f ü h l s als wesentlichsten Erlebnisaspekt bei der Geburt hervor (MITCHELL 1976; ODENT 1979). Dies legen ebenso die Protokolle über den eigentlichen Geburtsmoment in MACFARLANE (1977) nahe (KLAUS + KENNEL 1976).

Zwei amerikanische Dissertationen vergleichen Erwartungen vor der Geburt mit dem Erleben der Geburt, welche nachträglich erfragt wurde. LEVY (1969) befragte 60 Erstgebärende vor und nach der Geburt zu erwarteten bzw. tatsächlichen Entbindungserfahrungen und erhob Angstwerte (TAYLOR Manifest Anxiety-Scale) und Verdrängungswerte. Es stellte sich heraus, daß die Frauen, die nachträglich Wehen- und Entbindungserfahrungen günstig beurteilten, vorher mehr Schwierigkeiten erwartet hatten und umgekehrt diejenigen, die sie ungünstig beurteilten, wenig Schwierigkeiten erwartet hatten. Die Art der Informationen von der eigenen Mutter spielten bei dieser Stichprobe eine modifizierende Rolle. Angst- und Verdrängungswerte standen in keiner Beziehung zum Geburtserleben.

EPSTEIN (1969) versuchte, die Ängste bezüglich der Geburt in täglichen Berichten über Träume während 6 Wochen vor und 4 Wochen nach der Geburt zu erfassen, wobei die Trauminhalte als Bewältigungsmechanismen für schwangerschafts- und geburtsbezogene Ängste ausgewertet wurden. Die im Traum geäußerten Ängste wurden zu einer Einstellungsskala über bewußte Sorgen und Befürchtungen und zu erwarteten Geburtsschwierigkeiten vorher und tatsächlich aufgetretenen nachher in Beziehung gesetzt. Empirisch ließ sich nur eine Gruppe mit mittleren und eine mit niedrigen Geburtssorgen und Befürchtungen abgrenzen (worry-scale), die verglichen wurden bezüglich der anderen Maße. Beide Gruppen unterschieden sich nicht in der Art und im Ausmaß schwangerschaftsbezogener angstbesetzter Träume. Allerdings verringerte sich bei Frauen mit großen Sorgen bezüglich der Geburt die Beurteilung der Stärke der Wehen- und Geburtsschwierigkeiten von vor zu nach der Geburt, während sich die Beurteilung bei der Gruppe mit geringen Befürchtungen in umgekehrter Weise veränderte.

Beide Verfasserinnen kommen zu der Schlußfolgerung, daß durch antizipatorische Beschäftigung mit dem Ablauf der Geburt - sei es bewußt oder in Träumen - die psychische Anpassung der Frauen an diese Belastungssituation verbessert werden kann.

2.3.7 Kontaktaufnahme zum Neugeborenen;

Zusammenhänge zwischen Erleben der Spätschwangerschaft, Geburt und Merkmalen des Neugeborenen.

In enger Verbindung mit der Schwangerschaft und dem Geburtserleben sehen einige Autoren die erste Kontaktaufnahme zwischen Eltern und Neugeborenen in den Minuten und Stunden nach der Geburt (KLAUS u. KENNELL 1976; LAMB 1979; ODENT 1979). Die Augenblicke nach der 2. Phase der Geburt, der eigentlichen Entbindung, wurden von LAMB als ergreifendes Erlebnis für beide Eltern dargestellt. KLAUS und KENNELL sprechen von einem Zustand der Extase, vor allem auf seiten der Mutter. LAMB sieht hierin den Beginn der Familieninteraktion; die Kontaktaufnahme

zu dem Kind geht in gleicher Weise von beiden Eltern aus.

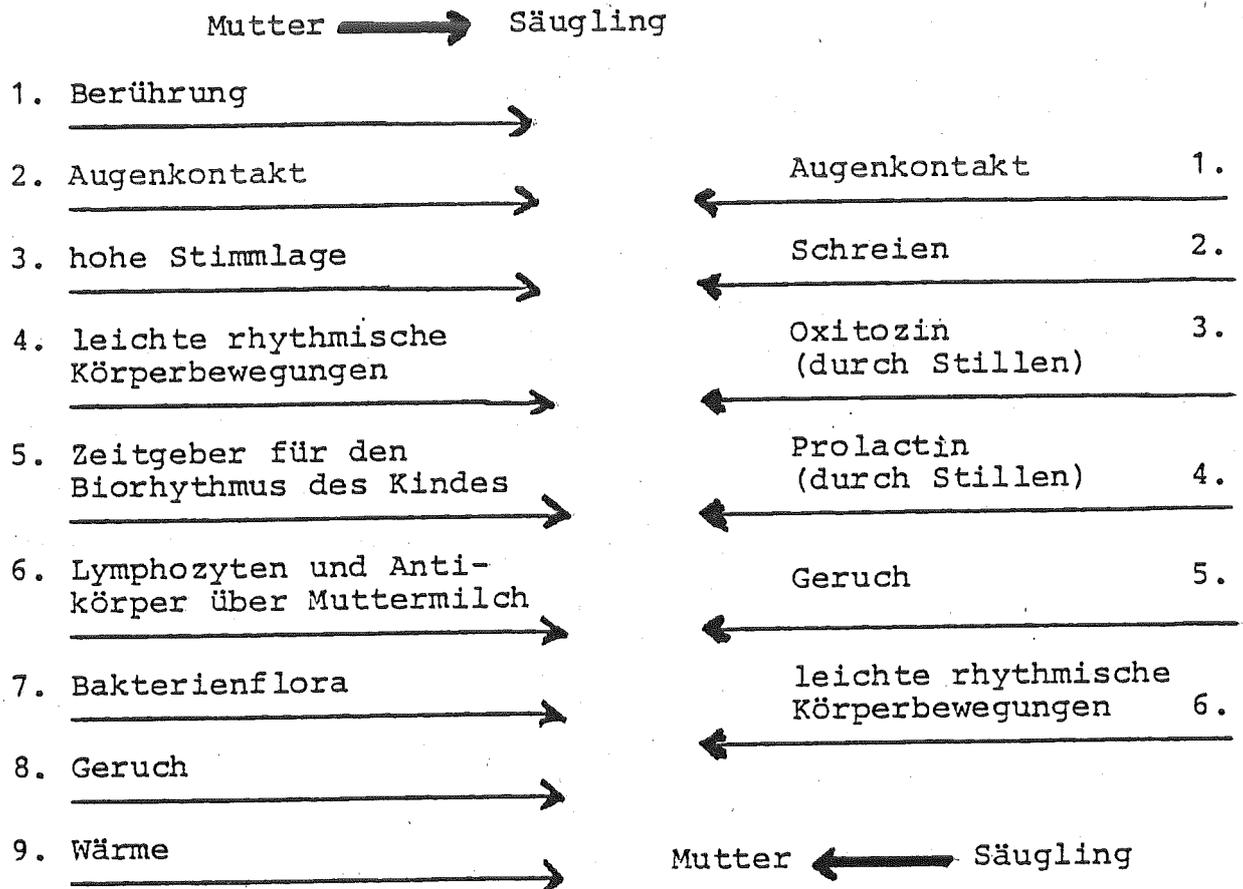
Aufgrund umfangreicher Studien, bestehend aus naturalistischen Beobachtungen (Hausgeburten), Langzeitinterview-Sequenzen, systematischen Interviews und Beobachtungen in Entbindungskliniken, kontrollierten Untersuchungen an Frühgeburten, vergleichenden Tierversuchen und transkulturellen Untersuchungen haben KLAUS und KENNEL (1976) das universelle Auftreten und die Funktion von Interaktionssequenzen in der ersten Kontaktaufnahme Mutter-Kind und Vater-Mutter-Kind sowie den Aufbau einer Bindung dargestellt. Sie fassen ihre Ergebnisse in Thesen (a.a.O., 14) zusammen, von denen die wichtigsten angeführt werden:

- Es besteht eine sensible Periode in den ersten Minuten und Stunden des Lebens, die für Eltern und Kind notwendig ist zur gegenseitigen Kontaktaufnahme.
- Es scheint artspezifische Reaktionen auf den Säugling bei Mutter und Vater zu geben.
- Der Prozeß der Bindung (attachment) läuft optimal ab, wenn Vater und Mutter nur zu einem Säugling zur Zeit Kontakt aufbauen (monotropy-Prinzip).
- Während des Aufbaus der Beziehung ist es erforderlich, daß der Säugling durch Signale auf die Mutter reagiert, in der Regel durch Bewegungen.
- Die Art der frühen Kontaktaufnahme bzw. Störungen dabei können Langzeiteffekte auf die Entwicklung des Kindes haben.

Ihre zentrale These einer sensiblen Phase für die Entwicklung der Bindung Mutter-Kind direkt nach der Geburt stützen die Autoren mit einer Vielzahl von Untersuchungen mit verschiedener Methodik (sh. oben). Die Kontaktaufnahme wird nach einzelnen Aspekten der reziproken Interaktion von Mutter und Kind aufgeschlüsselt, die in der folgenden Abbildung schematisch angeführt sind.

Abb. 2

Mutter-Säugling- und Säugling-Mutter-Interaktion, die simultan in den ersten Lebenstagen abläuft (in Anlehnung an KLAUS und KENNELL 1976, 67)



Die wesentlichen erlebten Aspekte dieser Kontaktaufnahme stellen die Art der Berührung, der Blickkontakt und die Vokalisation beider Interaktionspartner dar.

Für die Berührung des nackten Säuglings stellen die Verfasser eine systematische Sequenz für die ersten 10 Minuten fest, die zuerst über die Fingerspitzen, dann die Handflächen und dann über Berührung und Streicheln von Extremitäten und Rumpf des Kindes abläuft. Die Kontaktaufnahme des Vaters zu seinem Kind verläuft in den ersten vier Punkten (Abb. 2) vergleichbar ab, wenn der Vater mit dem Kind allein ist. Befindet er sich jedoch in der Dreiersituation (mit Mutter und Kind), so berührt er das Kind häufiger, nimmt es öfter auf, vokalisiert mehr und lächelt es mehr an als die Mutter (PARKE in KLAUS und KENNELL 1976).

Von den Verfassern werden diese Ergebnisse noch weiter gestützt durch Daten über negative Auswirkungen der Trennung von

Eltern und Kind in Tierexperimenten. Die Befunde werden weiter zur Begründung von Rooming-in-Methoden und als Richtlinien zur Prävention von Fehlentwicklungen des Bindungsverhaltens der Eltern (z.B. bei Frühgeburten) herangezogen. Die inzwischen sehr umfangreiche Attachment-Forschung integriert verschiedene Theorien über die Entwicklungssequenzen beim Aufbau des Bindungsmotivs (vgl. BOWLBY 1971).

Aufgrund des Systemcharakters von kognitiven Strukturen und emotionalen Bewertungen finden sich bei Frauen wahrscheinlich jeweils spezifische Kombinationen von allgemeinen Erziehungseinstellungen, Einstellungen und Bewertungen in der Schwangerschaft, Geburtserleben, Bevorzugung/Ablehnung des rooming-in in Brust vs. Flaschenernährung. Es wird daher schwer möglich sein, einzelne Aspekte dieses Netzwerks isoliert in ihrer Wirkung auf z.B. die weitere Entwicklung des Kindes zu überprüfen.

An dieser Stelle soll trotz der prinzipiellen Interpretationsgrenzen derartiger Untersuchungen ein letzter Themenschwerpunkt zum Komplex Schwangerschaftserleben erwähnt werden, nämlich die Untersuchung von Einstellungen der Mutter in Beziehung zum Geburtserleben und Neugeborenenverhalten. In Zusammenhang mit dem Einstellungskonzept wurde das am meisten verbreitete Design zu dieser Fragestellung bereits angeführt: Zu mehreren Meßzeitpunkten werden Einstellungsaspekte zum Ende der Schwangerschaft, objektive und subjektive Indikatoren für den Geburtsablauf und Merkmale des Neugeborenen in Beziehung gesetzt.

So ergaben sich bei LUKESCH & LUKESCH (1976) folgende signifikante Zusammenhänge zwischen Einstellungsskalen und Neugeborenenverhalten in den ersten 4 Tagen:

Mütter, deren Kinder als bewegungsarm in dieser Zeit eingestuft wurden, hatten höhere Geburtsangst. Auch Väter, deren Kinder als bewegungsarm eingestuft wurden, haben höhere Einstellungswerte in der offenen Ablehnung der Schwangerschaft, Verletzungsangst und Geburtsangst.

In bezug auf das Merkmal "Wachheit des Kindes" in den ersten 4 Tagen (wach / normal / stark schläfrig und apathisch) ergab sich für die Mütter von apathischen Kindern höhere offene Ablehnung der Schwangerschaft. Die deutlichsten Unterschiede

bestanden bei dem Merkmal Erbrechen des Kindes (normal / vermehrt / stark vermehrt). Kinder mit starkem Erbrechen hatten Mütter, die die Schwangerschaft mehr offen ablehnten, höhere Verletzungsangst, Geburtsangst sowie Ablehnung des Bruststillens zeigten. Väter dieser Kinder haben eine negativere Einstellung zur Sexualität.

Insgesamt zeigten sich also für ungünstige Einstellungsaspekte Zusammenhänge mit negativen Merkmalen des Neugeborenen, was nach Auffassung der Autoren für den prädikativen Wert der SSG-Einstellungsskalen spricht (LUKESCH & LUKESCH 1976). Diese Auffassung wird m.E. sehr stark relativiert durch den Erhebungszeitpunkt der Schwangerschaftseinstellungen, nämlich nach der Geburt.

Amerikanische Studien ergaben weniger eindeutige Zusammenhänge. YANG et al. (1976) erfaßten im letzten Trimester der Schwangerschaft verschiedene Einstellungsaspekte, medizinische Berichte über die Geburt (Wehen, Entbindung, Schmerzmittel) und eine große Anzahl Verhaltensindikatoren des Neugeborenen (physiologische Merkmale, Schlaf- und Wachrhythmen, Säugen, Schreien usw.). Bei dieser echten Längsschnittuntersuchung (im Gegensatz zu LUKESCH & LUKESCH 1976) zeigten sich nur wenige Zusammenhänge zwischen Einstellungsmaßen und kombinierten Maßen des Neugeborenenverhaltens.

Je höher die gesamte Schmerzmittelmenge, desto niedriger fielen die Apgar-Werte aus (5 Min. nach der Geburt). Auch multiple Regressionsanalysen ergaben keine Beziehungen zum Neugeborenen. Allerdings muß als wesentliches Ergebnis von YANG et al. (1976) festgehalten werden, daß der Schmerzmittelkonsum bei der Geburt mit Einstellungsbereichen Reizbarkeit, Spannung und Depression, Rückzug vor der Geburt überzufällig zusammenhing.

Die frühere umfangreiche Untersuchung von CONWAY und BRACKBILL (in BOWES et al. 1970), die Art und Ausmaß der Medikation bei der Geburt (3 Gruppen: keine Anästhesie; lokale und generelle Anästhesie) in ihrer Auswirkung auf abhängige Maße des Säuglings wie Muskelspannung, Aussehen, Reifewerte, Lösungsresistenz auf Orientierungsreflex, Apgar-Werte und Bayley Infant Skalen prüfte, ergab einige signifikante Zusammenhänge. Die

Säuglinge wurden zu 3 Meßzeitpunkten, nach 2, 5 Tagen und nach 4 Wochen beurteilt. Analgetika und Anästhesie zeigten Auswirkungen auf verschiedene Merkmalsbereiche des Säuglings. Nach 2 und 5 Tagen zeigten Säuglinge, deren Mütter ein stärkeres Ausmaß an Medikation erhalten hatten, in Teilskalen der Muskelspannung, nach 5 Tagen in der Wahrnehmungsteilskala schlechtere Werte. Höhere Medikation bei der Geburt verringerte signifikant die Reaktion auf auditive Reize. Nach 4 Wochen ergaben sich für motorische Skalen und Löschung des Orientierungsreflexes schlechtere Werte bei den Kindern von Müttern mit höherer Medikation. Das Ausmaß der Medikation bei der Geburt bewirkte keine Unterschiede in den Apgar-Werten. Es zeigten sich weiter keine Unterschiede für das Alter der Mutter, Parität, Dauer der Geburt, sozio-ökonomisches und Ausbildungsniveau der Eltern (sh. im einzelnen BOWES et al. 1970).

Der wesentliche globalere Ansatz von DAVIDS und HOLDEN (1970) ergab Zusammenhänge von ungünstigen Einstellungen in der Schwangerschaft und Angst und Depression der Mutter und ungünstiger Mutter-Kind-Interaktion, wenn das Kind 8 Monate alt war.

Die angeführten Untersuchungen werden von Befürwortern der "natürlichen Geburt" als Argumente gegen die Verwendung von Schmerzmitteln, gegen eine medizinisch orientierte Geburtspraxis und für intensive psychologische Vorbereitungskurse auf die Geburt verwendet.

Mit diesem Überblick über bisherige Forschungsergebnisse über das Erleben von Schwangerschaft und Geburt in ihren einzelnen Abschnitten soll der Literaturbericht beendet werden. Aufgrund des sehr komplexen Themas und der vielfältigen interdisziplinären Verflechtungen konnten für viele Themen nur beispielhafte Arbeiten angeführt werden, so daß zumindest die Fragestellungen, der theoretische Ansatz und die benutzten Methoden zum Schwangerschaftserleben veranschaulicht wurden.

3. Der Ansatz: Subjektive Theorie.

Theoretische und methodische Überlegungen

3.1 Nachteile bisheriger Ansätze für den Gegenstandsbe- reich Schwangerschaftserleben.

Zu Beginn des Berichts wurde als Zielsetzung formuliert, das subjektive Erleben der Frau während ihrer ersten Schwangerschaft darzustellen, d.h. als Phänomenbereich wurden die inneren Prozesse wie Wahrnehmungen, Vorstellungen, Wünsche, das Wissen sowie die Gefühle und affektiven Bewertungen der Frau in Zusammenhang mit ihrer ersten Schwangerschaft umschrieben. Für den alltagssprachlich so definierten Gegenstand Schwangerschaftserleben hat sich nach Sichtung der populärwissenschaftlich und wissenschaftlich-psychologischen Fachliteratur folgendes erwiesen:

- Das Erleben von Schwangerschaft und Geburt ist eingebettet in ein k o m p l e x e s S y s t e m von bedingenden und bedingten Einflußgrößen (vgl. Abb. 1).
 - Das Erleben von Schwangerschaft hat deutlichen P o z e ß c h a r a k t e r. Aufgrund körperlicher Veränderungen und der psychischen Auseinandersetzung mit der eingetretenen und fortschreitenden Schwangerschaft sind die zentralen Erlebnisinhalte bzw. die die Frau beschäftigenden Vorstellungen und Gefühle in ständiger Änderung begriffen und auf ein Ziel hin orientiert, nämlich auf die Geburt und die Interaktion mit dem Kind.
 - Im Verlauf lassen sich typische a l l g e m e i n e E r l e b n i s i n h a l t e feststellen, die von d i f f e r e n t i e l l e n Variationen bei einzelnen Frauen oder Frauengruppen überlagert werden. Beispiele für allgemeine Verlaufsmerkmale sind Veränderungen in der Frühschwangerschaft wie Übelkeit und Erbrechen, in der mittleren Schwangerschaft allmähliche Wahrnehmung des Kindes als eigenes Wesen, veränderte Wahrnehmung der eigenen Rolle oder im Spätstadium die Auseinandersetzungen mit der Geburt.
- Spezielle Tönungen oder unterschiedliche Verläufe allgemeiner psychischer Veränderungen ergeben sich vor allem durch

den starken Einfluß verschiedener Einzelbedingungen wie Risikofaktoren (hohes Alter der Mutter, problematische Schwangerschaftsgeschichte) oder z.B. unklare Partnerbeziehung, die möglicherweise zunächst eine skeptische Reaktion auf das Eintreten der Schwangerschaft zur Folge haben kann oder ein durch verschiedene Faktoren bewirktes hohes Niveau der Angst vor der Geburt, das nachweislich zu stärkerem Medikamentenverbrauch führt und dann die Reaktion des Neugeborenen beeinträchtigt.

- Es hat sich gezeigt, daß die deutlichen körperlichen Veränderungen wie Hormonumstellung, Herz-Kreislauf-Veränderungen, Beeinträchtigungen des Verdauungssystems oder der Blasenfunktion in einer wesentlichen Wechselbeziehung mit psychischem Erleben und Wohlbefinden stehen, möglicherweise sogar den psychischen Veränderungen vorgeordnet sind.
- Zahlreiche Forschungsergebnisse konnten weiterhin bestätigen, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß, daß die kognitiven und emotionalen inneren Prozesse bei der Schwangerschaft einen wesentlichen, empirisch nachweisbaren Einfluß auf den Verlauf der weiteren Schwangerschaft haben. Belege dafür brachten zum Teil die mit dem Einstellungsbegriff erfaßten psychischen Inhalte, die als bewußte Zustimmung der Frau zu bestimmten vorformulierten Einstellungsäußerungen erhoben werden. Dagegen sind die von der Psychoanalyse teilweise als unbewußt postulierten psychischen Kräfte und Triebe wie Aggression gegen das Kind, Identifikation mit dem Kind usw. nur mit Hilfe der von dieser Richtung vertretenen Methoden und in Einzelfällen nachweisbar. Diese unterstellten kognitiven und emotionalen Bewertungen widersprechen oft anderen Ergebnissen (sh. Beisp. Übelkeit in 2.3).

Für den weiteren Versuch, einen geeigneten Ansatz zur Erfassung des Schwangerschaftserlebens zu finden, können die vorliegenden Ergebnisse als Bestätigung der These angesehen werden, daß einzelne Komponenten des Schwangerschaftserlebens von wesentlichem Einfluß auf den weiteren Verlauf der Schwangerschaft und Geburt sind.

Der Literaturüberblick in Kapitel 2 sollte die Frage klären, welche wissenschaftlichen psychologischen Begriffe, Konstrukte, Theorien bisher zur Verfügung stehen, um den so de-

finierten Gegenstandsbereich Schwangerschaftserleben abzudecken. Es zeigte sich, daß die bisher verwendeten Konzepte äußerst heterogen sind, da sie verschiedenen und schwer vergleichbaren Traditionen entstammen, unterschiedlich stark differenziert und methodisch verschieden erfaßt wurden.

Die Psychoanalyse benutzt als zentrale theoretische Konzepte die libidinösen und aggressiven Triebkräfte i.S. von psychischen Energiequellen und die diesen genetisch vorausgehenden Partialtriebe, die sich entsprechend dem Strukturmodell der Persönlichkeit in z.T. bewußten und z.T. unbewußten Motiven, Wünschen oder Konflikten manifestieren. Bezogen auf das subjektive Erleben ist an diesem Ansatz die starke Betonung unbewußter Motive zu kritisieren, zu denen die Frau zwangsläufig keinen Zugang in ihrem Denken und ihren Gefühlen haben kann. Vielmehr kommt hier dem Analytiker (Forscher) die wichtigere Position bei der Überprüfung der Motive zu im Verhältnis zu der Frau selbst. LAUCKEN (1974) sieht in Freud's Theorie zwar auch Ansätze zur Einbeziehung von naivem Wissen - vor allem durch die Ich-Funktionen, die allerdings durch die Es-Steuerungen determiniert werden. Als weiterer deutlicher Nachteil erscheint mir die Annahme verfestigter Geschlechterrollen, bei der die soziale Situation der Frau nicht berücksichtigt ist. In den zugänglichen psychoanalytischen Schriften werden Veränderungen der Verarbeitung von Schwangerschaft kaum thematisiert. Es scheint die Auffassung eines gleichbleibenden Schwangerschaftserlebens vorzuherrschen.

Die psychosomatische Forschungsrichtung ergänzt diese Auffassungen durch die Annahme einer Determinierung des vorherrschenden Erlebens von Passivität und regressiven Tendenzen in der Schwangerschaft durch die veränderte Hormonausschüttung. Auch hier gelten die Bedenken, die gegenüber der Psychoanalyse vorgebracht wurden.

Die in Kap. 2 herangezogenen empirischen Studien, die auf Einzelkorrelationen oder auch multiplen Zusammenhängen von psychologischen, sozialen und medizinischen Variablen beruhen,

führen keine eigenen theoretischen Konzepte ein. Sie verwenden für die psychischen Prozesse bei der Frau z.T. den Einstellungsbegriff oder verarbeiten Verhaltensdaten (z.B. Lebens-, Eßgewohnheiten, Medikamenteneinnahme).

Die Verwendung des Einstellungskonzeptes kommt dem subjektiven Schwangerschaftserleben insofern näher, als es die bewußte und aktive Zustimmung oder Ablehnung der Frau zu globalen oder spezifischen vorformulierten Einstellungsdimensionen wie Ausmaß der allgemeinen Befürwortung der Schwangerschaft, niedergeschlagene, gereizte Stimmung, Angst vor der Geburt u.ä. erfaßt und diese nicht indirekt interpretativ aus bestimmten Äußerungen der Frau erschließt. Allerdings kann die befragte Person auch bei diesem theoretischen Konzept nur zustimmen oder ablehnen, aber keine eigenen Vorstellungen äußern. Problematisch ist also die Verkürzung der kognitiven und emotionalen Prozesse und Verhaltenstendenzen in den verwendeten Modellen sowie die Art der Erhebung (sh. SCHULMEISTER 1979). Ebenso wird die Behandlung von Einstellungen als überdauernd der nachgewiesenen Veränderung von Schwangerschaftserleben nicht gerecht. Dies ist eher der Fall bei einer inhaltsanalytischen Auswertung von Differenzierungsprozessen (Arbeit 1975).

Der Ansatz, Schwangerschaft und Geburt unter dem theoretischen Konzept des Lebensereignisses zu fassen, kann sich für die Analyse der sozialen und ökonomischen Bedingungen und die epidemiologischen Bedingungen und Wirkungen dieses Ereignisses z.B. als Stressor als fruchtbar erweisen, liefert jedoch keine Begriffe und Vorgehensweisen für die subjektive Ebene der Kognitionen, Emotionen oder Handlungssteuerung.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß mit den vorliegenden Konstrukten die subjektive Perspektive, die Wahrnehmung, Beurteilung der Frau nicht angemessen oder nur verkürzt erfaßt wird, daß die betroffenen Personen keinen Einfluß auf die Konzeptbildung des Wissenschaftlers haben und nur als Informationsträger fungieren, daß die bisher vorliegenden Konzepte kaum spezifiziert werden für einzelne Ereignisse, Phasen

in der Schwangerschaft, und daß sie schließlich nicht in der Lage sind, Veränderungen bzw. den Verlauf zu beschreiben oder zu erklären.

3.2 Das Konstrukt Subjektive Theorie

3.2.1 Vorläufige Definition und Funktion

Gegenüber den bisher verwendeten Konzepten soll nun ein theoretisches und methodisches Vorgehen begründet werden, das

- dem zu beschreibenden Phänomen mehr gerecht wird, gleichzeitig wissenschaftstheoretisch besser zu begründen ist und
- ein Menschenbild zugrundelegt, das den zu befragenden Frauen mehr an Aktivität, kognitiver Leistungsfähigkeit und Selbstständigkeit zugesteht.
- Weiterhin sollte das Konzept so offen sein, daß bei der Erhebung die Beziehung zwischen Forscher und den erfaßten Personen stärker in Richtung auf Symmetrie hin verändert werden kann als dies bei den vorherigen Ansätzen der Fall ist.

Nicht nur in explizit phänomenologischen Ansätzen, sondern auch in kognitiven Ansätzen im weiten^{er} Sinne wird die Auffassung vertreten, daß die subjektive Wahrnehmung und Beurteilung der betreffenden handelnden Person, ihre Vorstellungen, ihr Denken insgesamt sowohl eine ordnungsstiftende als auch eine die Handlung steuernde und bewertende Funktion für die Person haben. Für diesen Gegenstandsbereich gibt es in der Psychologie bzw. in kognitiven Theorien verschiedene Konstrukte wie z.B. Erwartung, personal constructs, Ursachenerklärungen, kognitive Strukturiertheit usw. Diese Konstrukte sind allerdings kaum wissenschaftstheoretisch begründet worden (mit Ausnahme ev. des Ansatzes von KELLY) und nicht im Kontext übergeordneter Ziele oder Menschenbildannahmen der jeweiligen wissenschaftlichen Richtung eingeordnet worden.

Dagegen machen verschiedene Traditionen in den Sozialwissenschaften das sog. A l l t a g s w i s s e n inzwischen explizit zum Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen. SCHÜTZ als Urheber des Begriffs Alltagswissen formuliert: "Es

ist darum die erste Aufgabe der Methodologie der Sozialwissenschaften, die allgemeinen Prinzipien zu erforschen, nach denen der Mensch im Alltag seine Erfahrungen und insbesondere die der Sozialwelt ordnet" (SCHÜTZ 1971, 68). In diesem Kontext sind die Begriffe entstanden wie naive Theorie, Alltagstheorie, naives Wissen, Alltagswissen, subjektive Theorie.

Mit diesen Konstrukten ist die Annahme verbunden, daß das naive Wissen, die subjektiven Erwartungen, Erklärungen usw. in bestimmter Weise systematisch organisiert sind und eine Art Theorie bilden bzw. als Theorie vom Wissenschaftler rekonstruiert werden können, auch wenn die Elemente einer solchen Theorie der naiven Person nicht unbedingt bewußt sein müssen. Für den Gegenstandsbereich - Erleben von Schwangerschaft soll daher als psychologisches Konstrukt - Subjektive Theorie der ersten Schwangerschaft eingeführt werden.

Subjektive Theorie soll als d e s k r i p t i v e r S a m m e l b e g r i f f für alle mit der ersten eigenen Schwangerschaft zusammenhängenden Kognitionen und Emotionen verwendet werden. Hierfür kann der Terminus Subjektive Theorie deshalb von den genannten als der geeignetste gelten, weil er gegenüber dem Ausdruck subjektives oder naives Wissen den systematischen Charakter dieser Kognitionen und die subjektive Perspektive deutlich macht und die leicht abwertenden Konnotationen der n a i v e n Theorie vermeidet. Das Konstrukt Subjektive Theorie steht damit in der Tradition der Analysen von Alltagswissen: Als Sammelbegriff hat es den Vorteil, bei der noch sehr in den Ansätzen begriffenen Untersuchung von naiven, subjektiven Schwangerschaftstheorien alle inneren Prozesse der Frau, ihre Wahrnehmungen, Erwartungen, Befürchtungen, Ziele, Gefühle und ihre Ursachenerklärungen für eigenes Verhalten oder Kontrollüberzeugungen für zukünftige schwierige Ereignisse miteinzubeziehen.

Subjektive Theorie umfaßt also deutlich die subjektive Perspektive der Frau. Die eigenen aktiven Kognitionen, Reflexionen werden zum Gegenstand gemacht, die Person wird nicht als Opfer unbewußter Triebe und Instinktkräfte gesehen. Die im Alltag

vorhandenen Wissenselemente und Regelmäßigkeitsannahmen werden ernst genommen. Im folgenden soll versucht werden, ein solches Konstrukt weiter auszuführen und zu begründen.

3.2.2 Ansätze einer wissenschaftstheoretischen und wissenschaftshistorischen Begründung des Konstruktes Subjektive Theorie

Konstrukte wie Subjektive Theorie oder Alltagswissen erhalten einen besonderen Stellenwert in einem sog. epistemologischen Subjektmodell, das GROEBEN und SCHEELE (1977) als wissenschaftstheoretische Orientierung für die Psychologie vorschlagen. Die beiden Autoren postulieren in diesem Wissenschaftszweig einen Paradigmawechsel i.S. KUHN's von einem "behavioralen" zu einem "epistemologischen Subjektmodell", d.h. von der Vorstellung, das Verhalten des Menschen stehe wesentlich unter Kontrolle der physikalischen und sozialen Umgebung zu der leitenden Vorstellung, daß der jeweilige Mensch, der das Forschungsobjekt darstellt, ebenso wie das Forschungssubjekt, nämlich der Forscher, durch verhaltenssteuernde Reflexionen gekennzeichnet ist.

Der hier verwendete Paradigmabegriff wird von GROEBEN und SCHEELE mit Hilfe des Begriffs- und Analyseinstrumentariums zur Beschreibung von Forschungsprogrammen der Psychologie in Anlehnung an HERRMANN (1966) präzisiert. Paradigmen sind gekennzeichnet durch ein System von empirisch nicht widerlegbaren Kernannahmen, die überhaupt erst eine **D e f i n i t i o n** **v o n** zu untersuchenden **F o r s c h u n g s g e g e n -** **s t ä n d e n** oder -problemen ermöglichen und dazu jeweils eine spezifische Methodik implizieren. Widerlegbar oder falsifizierbar sind nach dieser Auffassung nur die einzelnen Anwendungsversuche des jeweiligen theoretischen Paradigmas (vgl. im einzelnen die analoge Übertragung des Theoriekonzeptes i.S. von "Strukturkernen" aus den Naturwissenschaften auf die Sozialwissenschaften bei HERRMANN a.a.O.). Anhand zahlreicher Einzelprobleme der Psychologie weisen GROEBEN und SCHEELE nach, daß bereits seit längerer Zeit eine

Verunsicherung des behavioralen Forschungsprogramms und eine Bewältigung von Problemen in Form von Problemersetzungen im Rahmen des kognitiven bzw. reflexiven Subjektmodells stattgefunden haben.

Als Kernannahmen dieses epistemologischen Subjektmodells werden von den Autoren hervorgehoben:

- die Aktivität des Subjekts
- die Reflexivität oder Kognitivität
- weiter die Parallelität der Theiestrukturen von Forscher und erforschter bzw. untersuchter Person
- und schließlich die daraus resultierende prinzipielle Austauschbarkeit von subjektiven und objektiven Theorien.

Das Merkmal **Aktivität** betrifft die Grundannahme kognitiver Ansätze, daß der Mensch sich aktiv ein Bild der Umwelt konstruiert und nicht passiv auf Reize reagiert. Er entwickelt planvoll und bewußt eine eigene subjektive oder naive Theorie der Welt, die sein Wissen organisiert und wendet diese zur Steuerung seines eigenen Verhaltens und der Vorgänge in seiner physikalischen und sozialen Umwelt an.

Das Kennzeichen **Reflexivität** und **Kognitivität** (bei GROEBEN und SCHEELE auch Rationalität, a.a.O., Kap. II) betont die in diesem Menschenbild leitende Stellung von Vorstellungen, Erwartungen, Hypothesen, Erklärungen und Bewertungen des Subjekts, d.h. alle Arten von Informationssammlung und -verarbeitungsprozessen, die unter dem Begriff Subjektive Theorie zusammengefaßt werden. Die Annahme von Triebkräften, denen der Mensch hilflos ausgeliefert ist, ist mit dieser Kernannahme unvereinbar.

Reflexivität und Kognitivität sind wiederum nicht beschränkt auf den Forscher selbst, sondern werden entsprechend dem zugrundeliegenden Menschenbild in gleicher Weise dem Forschungsobjekt zugesprochen. Der Alltagsmensch wird in diesem wissenschaftstheoretischen Ansatz ebenso wie in vielen neueren Kognitionstheorien der Psychologie als ein erkenntnissuchender verstanden. Wissenschaftler und Alltagsperson organisieren ihre Erkenntnis in Theorien oder theorieähnlichen Systemen. Wenn

auch die Theorien der Alltagsperson noch sehr unvollständig sein können, so lassen sie sich doch als solche beschreiben oder rekonstruieren (vgl. 3.3). Nach welchen Definitionen oder Kriterien von Theorie allerdings die subjektive und objektive Theorie bzw. die Alltagstheorie und die wissenschaftliche Theorie zu konzipieren sind, ist hierbei noch offen. Weiter kann die Reflexivität des Alltagsmenschen wie auch des Wissenschaftlers beeinträchtigt sein durch mangelnde Informationsaufnahme, Attribuierungsfehler, motivationale Verzerrungen u.ä. Dadurch ist jedoch die prinzipielle Strukturparallelität nicht in Frage gestellt.

Aufgrund des in diesem Modell hier zugrundegelegten Menschenbildes ergibt sich für die psychologische Theorienbildung, "diese (nämlich die Theorien) notwendigerweise zum größten Teil als (objektive) Konstrukte über (subjektive) Konstrukte zu formulieren, als Metatheorien ..." (GROEBEN und SCHEELE 1977, 24) bzw. als "Konstruktionen zweiter Stufe" nach SCHÜTZ. Damit wird eine kognitive Betrachtungsweise in psychologischen Fragestellungen verstärkt.

Wenn die untersuchte Person ebenso wie der Forscher selbst zu Theorieentwicklungen und Theorieprüfungen in der Lage ist, die eine Beurteilung nach wissenschaftstheoretischen Kriterien zulassen, so müssen subjektiven und objektiven Theorien auch prinzipiell austauschbar sein. Die grundsätzliche Asymmetrie zwischen Wissenschaftler und "organismisch-reaktivem" Forschungsobjekt (GROEBEN und SCHEELE a.a.O., 24), die in dem behavioristischen Forschungsprogramm vorherrschte, wird damit eher zugunsten einer Subjekt-Subjekt-Beziehung verändert (SCHULMEISTER 1979), in der wechselseitig eine Kritik der Alltagstheorie und eine Kritik der wissenschaftlichen Theorie möglich ist.

Für die im Rahmen von Attribuierungstheorien postulierten Ursachenerklärungen von Ereignissen als zentrale Kognitionen bedeutet z.B. das Kriterium der Prüfbarkeit, daß die subjektiven Ursachenerklärungen ebenso auf ihre Realitätsangemessenheit zu überprüfen sind wie die (objektiven) wissenschaft-

lichen Ursachenerklärungen, wobei sich dann die Frage eines angemessenen Wahrheitskriteriums stellt.

Ein wesentlicher Gesichtspunkt der Austauschbarkeit von subjektiven und objektiven Theorien scheint weiterhin zu sein, daß die als naiv oder subjektiv bezeichneten Theorien zumindest partiell immer schon wissenschaftliche Theorien enthalten, diese aber vermischen mit Vorurteilen, persönlichen Meinungen usw. Am Beispiel von Theorien über Veränderungen in dem Frühstadium der Schwangerschaft ließ sich dies deutlich nachweisen, wenn Frauen Veränderungen z.B. durch die hormonelle Umstellung ihres Körpers erklären, was zumindest partiell als wissenschaftliche Erkenntnis gelten kann.

Es stellt sich die Frage, in welchen Aspekten sich das auf wissenschaftstheoretischer Ebene postulierte epistemologische Subjektmodell mit den genannten Kernannahmen grundsätzlich unterscheidet von den in zentralen Positionen kognitiver Ansätze wie z.B. der personal construct-Theorie von KELLY, verschiedenen Attribuierungstheorien, kognitiven Kontrolltheorien, auf die im folgenden z.T. eingegangen wird. Nach Darstellung von GROEBEN und SCHEELE geht das Konstrukt Subjektive Theorie in zwei Punkten über die kognitiven Konzepte hinaus:

- Der Ansatz der subjektiven Theorie berücksichtigt nicht nur den strukturellen oder formalen Aspekt, dies subjektiven Theoretisierens, sondern in gleicher Weise auch dessen Inhalte.
- Durch die Annahme einer Parallelität von naiven und wissenschaftlichen Theorien werden kognitive Konzepte ebenfalls überschritten.

Kognitionen des Subjekts werden unter dem Aspekt ihres Theoriecharakters rekonstruiert und auch nach Kriterien von Theorien beurteilt. Allerdings können nicht alle Kognitionen des Subjekts den Anspruch erheben, in die Theorie eingliederbar zu sein.

Auf ein spezielles wissenschaftstheoretisches Kriterium zur Beurteilung von Theorien, ihre Übereinstimmung mit der Realität (bei GROEBEN und SCHEELE: Veridikalität) und auf die Metho-

den zur Feststellung der Übereinstimmung wird unter 3.2.3 eingegangen.

Bezüglich der Funktion von subjektiver Theorie und anderen kognitiven Konstrukten im Rahmen kognitiver Theorien bestehen keine Unterschiede. Bei beiden Ansätzen besteht die Funktion in der Strukturierung der Selbst- und Weltsicht und in der Gewinnung von (zunächst kognitiver) Kontrolle in der Planungs- und Steuerungsmöglichkeit des eigenen Verhaltens und der Umwelt. Dies verdeutlicht z.B. für die Kontrolltheorie, die unter "Kognitive Kontrolle"-wiederum in Analogie zum Wissenschaftler - die Dimensionen der (naiven) Erklärung, Voraussage und Technologie versteht, das folgende Zitat: "Kognitive Kontrolle besteht dabei in dem Maße, in dem eine Person glaubt, Ereignisse und Zustände in sich und seiner Umwelt beeinflussen und/oder erklären und/oder vorhersehen zu können" (KUMPF et al., 545).

Es finden sich also schon seit längerer Zeit mehrere Ansätze - vor allem bei kognitiven Theoretikern - die einige Kernannahmen, die das epistemologische Subjektmodell formuliert, bereits erfüllen bzw. damit für eine Formulierung eines solchen allgemeinen Modells auf wissenschaftstheoretischer Ebene richtungsweisend waren. Daher kann die von GROEBEN und SCHEELE herausgearbeitete Gegenüberstellung der zwei Paradigmen m.E. als starke Pointierung von zwei Schwerpunkten in der wissenschaftstheoretischen und wissenschaftsmethodischen Konzeption angesehen werden, die sich in einigen konkreten Theorieansätzen mit Sicherheit berühren, wie die Verfasser auch selbst aufzeigen.

Für das angeführte wissenschaftstheoretische Modell lassen sich Argumente bei sozialwissenschaftlichen Grundlagentheoretikern finden. Diese Argumente können allerdings hier nicht in ihrer wissenschaftsgeschichtlichen Entwicklung dargestellt werden. Einen Abriß über Ansätze, in denen Alltagswissen oder naive Verhaltenstheorien ein konstituierendes Element darstellen, hat LAUCKEN (1974) gegeben. Die von ihm analysierten Merkmale naiver Verhaltenstheorien entsprechen weitgehend den

Kernannahmen des Modells von GROEBEN und SCHEELE. LAUCKEN's Zielsetzung ist weiterhin die Erstellung einer allgemeinen Rahmentheorie naiver Verhaltenstheorien. In Zusammenhang mit unserer Fragestellung soll jedoch nur auf zwei ausgewählte Grundlagentheoretiker eingegangen werden, von denen wesentliche Komponenten Subjektiver Theorien herausgearbeitet wurden, und zwar auf F.HEIDER in der psychologischen Tradition und auf A.SCHÜTZ in der soziologischen Tradition.

Im Rahmen psychologischer Ansätze kann F.HEIDER's in gestaltpsychologischer Tradition stehende "Psychologie der interpersonellen Beziehungen" (urspr. 1958, dt. 1977) und die darin entwickelte naive Handlungsanalyse als Ausgangspunkt für eine inzwischen längere Tradition von sog. Attribuierungstheorien angesehen werden.

HEIDER's Ausgangsthese ist, daß Menschen in ihrer Wahrnehmung nicht nur registrieren, sondern sog. Dispositionseigenschaften als Invarianzen benutzen, "die eine mehr oder weniger stabile, vorhersagbare und kontrollierbare Welt möglich machen. Sie beziehen sich auf die relativ unveränderlichen Strukturen und Prozesse, die Phänomenen zugrundeliegen oder sie charakterisieren" (HEIDER 1977, 100). HEIDER ist also besonders interessiert an den naiven Konzepten zu den als langfristig und konstant angenommenen Umweltmerkmalen, nicht an Konzepten über Veränderungen. Die Invarianzen sind nach seiner Auffassung in hierarchischer Weise angeordnet.

"An erster Stelle steht das Rohmaterial, das die Informationen darüber liefert, daß Veränderung x eintritt oder eingetreten ist und daß o x verursacht oder verursacht hat (obwohl dieses bereits eine weitere Interpretationsebene sein kann). Dann wird diesen Tatsachen weitere Bedeutung verliehen, wenn wir sie zu bestimmten dispositionalen Eigenschaften der Person oder Umwelt in Relation setzen und zu dem Schluß kommen, o kann x tun, o versucht x zu tun, o tut x gern usw. Diese Schlüsse werden für uns die Realität, wie sie aufgenommen wird, und zwar so sehr, daß sie bezeichnenderweise überhaupt nicht als Interpretationen erlebt werden." (HEIDER a.a. O., 102).

Im Bereich der Personwahrnehmung heißt das, daß jede Person dazu neigt, Handlungen und Ergebnisse von Handlungen anderer Menschen ursächlich zu erklären. Die dazu verwendeten Erklä-

rungsmuster oder Kausalfaktoren der naiven Person gliedert HEIDER in Faktoren, die sich auf Kräfte der Person (Macht bzw. Fähigkeit und Versuchen/Anstrengung) und Kräfte der Umwelt (wie Schwierigkeit) beziehen. Verbreiteter ist inzwischen ROTTER's Bezeichnung als internale und externale Ursachenfaktoren. Aus diesen beiden Quellen hat sich in den letzten 5 Jahren die sog. Attribuierungstheorie bzw. eine Gruppe von Theorien entwickelt, die sich mit dem Zustandekommen und den Wahrnehmungen von Ursachen eigenen und fremden Verhaltens beschäftigen.

Als Gegenstand der Attribuierungstheorien nennen MEYER und SCHMALT (1978) in ihrem Überblick diejenigen Prozesse, aufgrund derer Personen die Ursachen von eigenem und fremdem Verhalten schlußfolgern. Sie betreffen somit die naive Psychologie (common sense Psychologie), d.h. die Ursachenerklärungen, die der Alltagsmensch für die ihm auffallenden Ereignisse vornimmt. Es wird davon ausgegangen, daß die Erklärungen als zentrale Kognitionen des Alltagsmenschen sein Handeln beeinflussen bzw. daß der zur Reflexion fähige Alltagsmensch sein Handeln auf der Basis der von ihm selbst vorgenommenen Ursachenanalyse steuert.

Die Kernannahmen des Subjektmodells nach GROEBEN und SCHEELE (1977) entsprechen den von HEIDER und Nachfolgern vertretenen Annahmen:

- Der Mensch hat ein "allgemeines Motiv, beobachtete Ereignisse auf zugrundeliegende Ursachen zurückzuführen" und nicht nur zu registrieren (MEYER und SCHMALT 1978, 100).
- Weiter bemüht sich der Mensch als rationales Wesen in der Regel, seine Umgebung möglichst realitätsangemessen wahrzunehmen und zu beurteilen, auch wenn es zu Attribuierungsfehlern und Verzerrungen kommen kann.
- Der Mensch wird wie ein (wenn auch naiver) Wissenschaftler betrachtet, der Hypothesen über Ursachen von Verhalten aufstellt und diese prüft anhand von Erfahrungstatsachen, nicht bestätigte Hypothesen fallen läßt und bestätigte aufrechterhält (vgl. MEYER und SCHMALT a.a.O.).

Als Ziel der reflexiven Tätigkeit wird auch hier das Verstehen, die Vorhersage und die Kontrolle eigenen Verhaltens und der Umgebung angesehen. Die in den Attribuierungstheorien als zentral behandelten Kognitionen des naiven Subjekts, nämlich die Erklärungen und ihre Variationen haben in dem epistemologischen Subjektmodell aufgrund der Parallelität von subjektiven und objektiven Theorien einen besonderen Stellenwert. Dabei befassen sich die Attribuierungstheorien nur mit einem spezifischen Bereich von Erklärungen des naiven Individuums, mit den kausalen "weil-Erklärungen", die in der Angabe von Ursachen bestehen. Daher argumentieren GROEBEN und SCHEELE für ihr allgemeines Modell: "...die Attributionsforschung ist als die bisher expliziteste und differenzierteste Rekonstruktion reflexiver Kognitionssysteme unter der Erklärungsperspektive anzusehen und bildet von daher sicherlich eines der Herzstücke eines epistemologischen Forschungsprogramms..." (GROEBEN und SCHEELE 1977, 78).

Mit Hilfe von SCHÜTZ kann die Analyse der naiven Erklärungen noch erweitert werden (sh. unten).

Die speziellen Weiterentwicklungen und Differenzierungen der Attribuierungsansätze lassen sich in JONES et al. (1972), HARVEY et al. (1976) und MEYER und SCHMALT (1978) verfolgen.

Im Rahmen der wahrscheinlich längeren und umfangreicheren Tradition zu Analyse von Alltagswissen in der Soziologie soll für den hier interessierenden Gegenstand Schwangerschaftserleben hauptsächlich auf die grundlegenden theoretischen Ausführungen von A. SCHÜTZ zur Theorie und Methode der Sozialwissenschaften eingegangen werden (SCHÜTZ 1971).

Unter Rückgriff auf die phänomenologische Philosophie HUSSERL's und den dort verwendeten Begriff der "Lebenswelt" führte SCHÜTZ das Konzept des Alltagswissens in die Sozialwissenschaften ein. Alltagswissen ist definiert als verfügbarer Wissensvorrat über die Welt alltäglicher Erfahrungen, Es besteht in Konstruktionen oder Abstraktionen gedanklicher Art und kann im Handeln und Planen jedes einzelnen Individuums einer gesellschaftlichen Gruppe aufgezeigt werden. Wesentliches Merk-

mal des Alltagswissens ist sein sozialer Ursprung und der intersubjektive Charakter des Wissensvorrates, ohne den keine gegenseitige Verständigung möglich wäre. Die Mitglieder einer sozialen Gemeinschaft gehen von einer (z.T. idealisierten) Reziprozität der Perspektiven und einer Übereinstimmung der Bedeutungsstrukturen der Wissensinhalte aus.

Für das Zustandekommen von Alltagswissen nimmt SCHÜTZ einen Prozeß der "Typisierung" i.S. einer gedanklichen Konstruktion oder Begriffsbildung über Gegenstände und soziale Sachverhalte an, der innerhalb einer sozialen Gruppe relativ gemeinsam ist und sich von anderen Gruppen unterscheidet.

Die Konstruktion von gedanklichen Gegenständen durch den Sozialwissenschaftler ist zwar prinzipiell vergleichbar, unterscheidet sich nach SCHÜTZ jedoch in einigen entscheidenden Punkten, z.B. in der Art des verfügbaren Wissenscorpus oder den Relevanzstrukturen von der des Alltagsmenschen (a.a.O., 45). Für die Modelle des Wissenschaftlers stellt er einige Postulate auf. In diesem Punkt besteht m.E. ein Unterschied zu der Position von GROEBEN und SCHEELE.

In der sozialen Interaktion im Alltag findet eine Typisierung z.B. von Handlungstypen oder personalen Typen statt. Dabei wird mit Handeln hier "menschliches Verhalten bezeichnet, das vom Handelnden im voraus geplant ist, also ein auf einen vorgefaßten Entwurf begründetes Verhalten" (SCHÜTZ 1971, 22).

Ausgangspunkt aller Handlungsentwürfe ist das verfügbare Alltagswissen der Person. Da Handlungen immer motiviertes Verhalten sind, können Handlungsentwürfe nach ihrer zeitlichen Perspektive durch zwei Motivstrukturen gekennzeichnet werden:

- Um-zu-Motive, die vom Standpunkt des Handelnden auf die Zukunft verweisen und einen aktuellen Handlungsplan mit Zielen und Mitteln zur Erreichung dieser Ziele entstammen.

Sind sie organisierender Faktor einer Handlung, und stellen den vorphantasierten Zustand einer entworfenen Handlung dar (a.a.O., 80).

- Weil-Motive verweisen vom Standpunkt des Handelnden auf die Vergangenheit, auf seine biographische Situation und seine

Erfahrungen. Sie sind dem Handelnden nicht unbedingt bewußt, können aber im Rückblick bewußt werden.

Die Um-zu-Motive lassen sich teilweise auch als Weil-Sätze formulieren, umgekehrt gilt das nicht.

Für die wissenschaftliche Methode ist wichtig, daß die Um-zu-Motive im wesentlichen eine subjektive Kategorie darstellen, die Weil-Motive dagegen eine objektive, sie sind auch dem Beobachter zugänglich. Hierin besteht nach SCHÜTZ ein Grundproblem der Sozialwissenschaften, daß nämlich subjektive Phänomene mit objektiven Kategorien angegangen werden müssen (SCHÜTZ in: SCHÜTZ und PARSONS 1977, 52).

In ihrer "Modellskizze rationaler Erklärung" setzen GROEBEN und SCHEELE (1977, 116) die Handlungsmotive nach SCHÜTZ mit Erklärungsstrukturen des Alltagsmenschen in Beziehung, wobei Erklären nur meint: sich verständlich machen, zwei Formen von Erklärungsperspektiven unterscheiden: die "Weil-Perspektive", nach der die antezedenten Bedingungen als Ursachen für ein Ereignis angegeben werden und die "Um-zu-Perspektive", nach der sinnhafte Gründe für die Erreichung eines Ziels mit bestimmten Mitteln angegeben werden.

Die Weil-Perspektiven, in diesem Sinne als naive Ursachenerklärungen, sind Gegenstand der Attribuierungstheorien.

Die psychologische Tradition zur Erforschung von Alltagswissen hat wesentlich mehr Wert auf empirische Absicherung ihrer Ergebnisse gelegt als die soziologische Tradition. Die größten Erfolge beim Nachweis der Handlungsrelevanz von Subjektiven Theorien im Bereich der Kognition von Ursachenerklärungen des Alltagsmenschen hat die psychologische Forschung wohl auf dem Gebiet der Leistungsmotivationsforschung erreicht. Allerdings wird in diesem Anwendungsbereich vor allem in der Wahl der Methoden nicht auf die soziologische Analyse von Alltagswissen zurückgegriffen.

3.2.3 Zusammenfassende Darstellung des Konstruktes Subjektive Theorie und offene Probleme

Nach den angeführten wissenschaftstheoretischen und wissenschaftsgeschichtlichen Argumenten für die Konzeption von Schwangerschaftserleben als Subjektive Theorie soll diese als Konstrukt noch einmal zusammenfassend dargestellt werden.

Zur Abbildung des Gegenstandsbereichs Schwangerschaftserleben wurde hiermit als wissenschaftlich psychologisches Konstrukt "Subjektive Theorie der eigenen Schwangerschaft" eingeführt, das einen Sammelbegriff für alle mit der ersten eigenen Schwangerschaft in Zusammenhang stehenden Kognitionen, Emotionen, geplanten oder wahrgenommenen eigenen Verhaltensweisen darstellen soll. Es umfaßt also alle Aspekte des subjektiven eigenen Erlebens in diesem Bereich und kann darüber hinaus auch bei Beurteilungen anderer Schwangerschaften oder dieses sozialen Ereignisses überhaupt relevant sein.

Das Konstrukt Subjektive Theorie kann deskriptive oder explikative Funktionen haben. Bisher wurde in den in diesem Zusammenhang durchgeführten empirischen Arbeiten (ROTHE-KIRCHBERGER 1979; MECHELA und VESTER 1979) nur von einer deskriptiven Funktion für Aspekte des Schwangerschaftserlebens ausgegangen. Es wird jedoch angestrebt, Subjektive Theorie der eigenen Schwangerschaft zu einem bestimmten Zeitpunkt auch als explikatives Konstrukt zur Erklärung von entweder Erleben und Verhalten in der Schwangerschaft zu späteren Zeitpunkten der Schwangerschaft, zu Geburtserleben oder Ereignissen nach der Geburt einzusetzen. Die empirischen Grundlagen für eine Anwendung als Erklärungskonstrukt müssen jedoch noch geschaffen werden. Sie sollen an der Zielvorstellung orientiert sein, kognitive Verarbeitung und emotionale Bewertungen und Handlungspläne im Kontext von Schwangerschaft präventiv so zu beeinflussen, daß das körperliche und psychische Wohlbefinden in allen Phasen der Schwangerschaft und Geburt maximiert wird.

Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Subjektive Theorie der Schwangerschaft selbst nicht ausschließliches Erklärungskon-

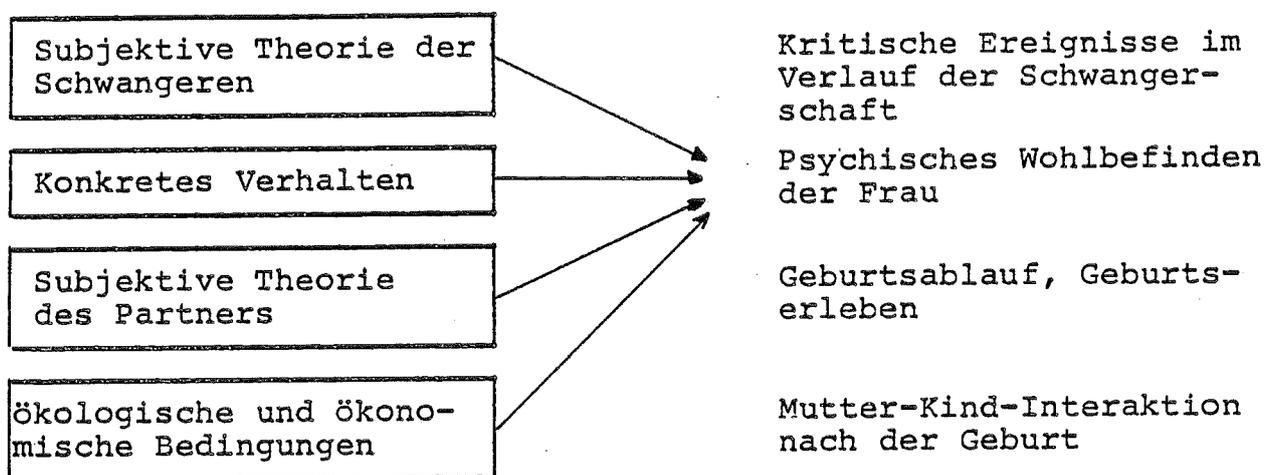
strukt sein kann, sondern daß es zu ergänzen ist durch andere Konstrukte mit zusätzlicher Erklärungskraft, z.B. die Subjektive Theorie des Partners oder bestimmte Lebensbedingungen der Schwangeren u.ä. (sh. Abb. 3).

Abb. 3

Schema möglicher explikativer Konstrukte für verschiedene vorherzusagende Kriterien im Schwangerschaftsverlauf.

Explikative Konstrukte:

Kriterien:



Die Subjektive Theorie der Schwangeren über ihre erste Schwangerschaft kann ein wesentliches Erklärungskonstrukt sein für verschiedene Kriterien im weiteren Verlauf der Schwangerschaft. Dieses Konstrukt allein kann jedoch kaum hinreichend sein, sondern muß ergänzt werden durch andere Einflußvariablen.

Einige weitere offene Probleme werden im folgenden benannt:

In den bisherigen Verwendungen des Konstruktes Subjektive Theorie, naive Theorie u.ä. ist noch keineswegs geklärt, welche K o m p o n e n t e n oder E l e m e n t e subjektiver Theorien man annehmen soll. D.h., die Einheiten von Kognitionen, Emotionen und deren B e z i e h u n g oder struktureller Aufbau zueinander sind noch weitgehend unklar. Das bedeutet auch, daß die Theoriekriterien oder der Theoriebegriff noch nicht geklärt sind (im Sinne wissenschaftstheoretische Kriterien, wie sie PRIM und TILMAN 1973 oder GROEBEN und WESTMEYER 1975 zusammenstellen).

LAUCKEN (1974) hat sich im deutschen Sprachraum als erster darum bemüht, in einer zu entwerfenden Rahmentheorie naiver Verhaltenstheorien die n a i v e n G r u n d k o n z e p t e und naiven Teiltheorien zu sammeln und zu analysieren. So gliedert er z.B. die naive Verhaltenstheorie in eine naive Dispositionstheorie (Persönlichkeitstheorie) und eine naive Prozeßtheorie, wobei die letztere naive Teiltheorien über Gefühle, Motivation, kognitive Prozesse u.ä. enthält. Auch er legt für die Strukturierung der naiven Konzepte ein Handlungsmodell zugrunde.

GROEBEN und SCHEELE (1977) diskutieren verschiedene Analyseebenen für die formale Struktur subjektiver Theorien wie Begriffe, Sätze usw., und prüfen, welche Arten von Sätzen einen zentralen Stellenwert haben. In diesem Zusammenhang wird von den Autoren aufgrund der postulierten Parallele zu wissenschaftlichen Theorien den Sätzen mit Erklärungscharakter ein besonderer Stellenwert zugesprochen. SCHÜTZ analysiert als zentrale Elemente die Weil- und Um-zu-Motive der Alltagstheoretiker als sinnhafte Gründe bzw. Ursachen für dieses Handeln.

Ebenso ist noch in keiner Weise berücksichtigt worden, in welchem Umfang, d.h. für welche abgrenzbaren i n h a l t l i c h e n B e r e i c h e (auf der Phänomenebene: welche Gedanken, Gefühle der Frau) die Subjektive Theorie der Schwangerschaft theoretisch konzipiert und empirisch erfaßt werden sollten. Die Einbeziehung der Inhaltsseite soll gerade ein entscheidendes Merkmal des Konzeptes Subjektive Theorie darstellen. Für das geplante Projekt wird zu entscheiden sein, welche Einheiten, welche zentralen Elemente einer Subjektiven Theorie angenommen werden. Ebenso ist offen, welche inhaltlichen Bereiche einer Subjektiven Theorie der Schwangerschaft umfassen sollte (z.B. Partnerbeziehung, Berufstätigkeit...).

Ein wesentlicher Punkt in der Konzeption Subjektiver Theorien über den Gegenstand Schwangerschaft ist m.E. die Frage ihrer S t a b i l i t ä t oder V e r ä n d e r u n g im Verlauf

der Zeit. Wie aus vorliegenden Untersuchungsergebnissen ersichtlich ist, sind die psychischen Inhalte, die die Frau während der verschiedenen Abschnitte der Schwangerschaft und Geburt zumindest in der ersten Schwangerschaft vorrangig beschäftigen, äußerst unterschiedlich. Ein wesentliches Charakteristikum einer Subjektiven Theorie der Schwangerschaft sollte daher die Veränderung der Inhalte des Kognitionssystems und möglicherweise auch seines Aufbaus sein. Da eine Beschreibung der Veränderung jedoch zunächst die Kenntnis wesentlicher Dimensionen oder Elemente der Veränderung voraussetzt, wird wahrscheinlich die einzige methodische Möglichkeit darin bestehen, vorläufig zu bestimmten Zeitpunkten im Verlauf der Schwangerschaft die wesentlichen Inhalte und Strukturen der Subjektiven Theorie wie Momentaufnahmen zu erfassen.

Zumindest sollte als theoretische Orientierung die Konzeption aufrechterhalten werden, daß die Subjektive Theorie der Schwangerschaft starken inhaltlichen Veränderungen unterliegt. Diese Annahme steht in deutlichem Widerspruch zu Ansätzen der Einstellungsforschung und z.T. zu psychoanalytischen Arbeiten, die auf einer als konstant gefaßten Akzeptierung bzw. Ablehnung der Schwangerschaft wesentliche Interpretationen aufbauen.

Eine weitere offene Frage ist, wodurch die Veränderungen Subjektiver Theorie bewirkt werden. Dies kann wahrscheinlich nur durch langfristige Aufklärung des komplexen Beziehungsgefüges bei einer spezifischen gegenstandsgebundenen Subjektiven Theorie geklärt werden.

In der Konzeption von Subjektiven Theorien vor allem als explikative Konstrukte spielt die Beziehung zum konkreten Verhalten der Person bzw. in einem umfassenderen Ansatz die Handlungsrelevanz der Subjektiven Theorie eine entscheidende Rolle. Wie auch das übergeordnete Paradigma ist das Konstrukt Subjektive Theorie angewiesen auf ein allgemeines Handlungsmodell, in dem die Kognitionsstrukturen und -inhalte des Individuums als Handlungsentwürfe intentional oder nachträglich als Rationalisierungen von voll-

zogen Handlungen (LAUCKEN 1974; WAHL 1978; GENSER 1978) einzuordnen sind. Affektive Elemente der Subjektiven Theorie bestimmen dabei die antizipierten Ziele oder die nachträgliche Bewertung von Handlungen. HECKHAUSEN hat für das leistungsbezogene Handeln ein System von affektiven und kognitiven Teilkomponenten entworfen (1977). Ein entsprechendes Modell für Schwangerschaftserleben ist noch weitgehend offen, vor allem, welche Rolle konkretes Handeln im Verhältnis zu Kognitionen und Gefühlen dabei spielt.

Einen großen Teil der Handlungen im Alltag stellen eingeschlifene Routinehandlungen dar (SCHÜTZ), die wahrscheinlich höchstens in ihrem Erwerb, nicht aber in ihrer dauerhaften Ausführung die beschriebenen Planungs- und Bewertungsprozeduren erfordern. Es bleibt zu fragen, ob die routinierten und verkürzten kognitiven Prozesse bei diesen Handlungen für das Individuum z.B. mit Unterstützung des Forschers der Introspektion zugänglich gemacht werden können. Einige Autoren bezweifeln dies (vgl. SCHÜTZ 1971; NISBETT und WILSON 1977; WAHL 1978).

In welchem Ausmaß die Subjektiven Theorien über Schwangerschaft sich auf Routinehandlungen oder deutlich geplante und bewußte Handlungen beziehen, kann noch nicht beantwortet werden.

3.3 Methodische Implikationen des Konstruktes Subjektive Theorie und Beispiele für methodische Vorgehensweisen

Da die Erfassung Subjektiver Theorien wesentlich auch auf empirische Absicherung hin angelegt ist, muß nach Methoden gesucht werden, die dazu geeignet sind. In diesem Punkt gibt es allerdings bisher kaum Vorstellungen oder richtungsweisende Projekte, wie auch die Übersicht über die Grundlagentheoretiker (HEIDER, SCHÜTZ, LAUCKEN, GROEBEN und SCHEELE) deutlich zeigt. Die vorliegenden Ansätze, die im Anschluß erwähnt werden, lassen sich aus verschiedenen Gründen auf den angestrebten Gegenstandsbereich nicht übertragen.

Bei einer derartigen Ausgangssituation erscheinen folgende grundlegenden Überlegungen zum methodischen Vorgehen bei der empirischen Erhebung von Subjektiven Theorien notwendig:

Aus den allgemeinen theoretischen Konzepten lassen sich zur Zeit keine eindeutigen konkreten Methoden ableiten. Es besteht eine ausgeprägte Lücke zwischen allgemeiner Forschungslogik und konkreter Datensammlung. Wahrscheinlich können nur in geringem Umfang allgemeine methodische Richtlinien zur Erfassung Subjektiver Theorien aufgestellt werden, sondern diese müssen je nach inhaltlichem Bereich eng auf das Phänomen abgestimmt werden.

Grundsätzlich lassen sich wahrscheinlich m e h r e r e V o r g e h e n s w e i s e n entwickeln, um Subjektive Theorien über einen Gegenstandsbereich empirisch zu erheben. Es muß deutlich davon ausgegangen werden, daß die als Subjektive Theorie gefaßten Kognitionen und Emotionen nicht unmittelbar zugänglich sind, sondern daß sie vielmehr mit bestimmten Hilfsmitteln erst entwickelt werden müssen. Die Erfassung entspricht nicht einem kurzen Diagnostizieren i.S. des "Ablichtens" eines Gegenstandes, sondern läßt sich eher vergleichen mit einem allmählichen Herausarbeiten von z.T. expliziten, klar bewußten, abrufbaren Vorstellungen und Gefühlen der Alltagsperson, z.T. aber ihr selbst unklar und nur unvollständig kognitiv repräsentierten Gedankeninhalten. Für diesen Prozeß des Herausarbeitens soll im folgenden der Terminus R e k o n s t r u k t i o n e i n e r S u b j e k t i v e n T h e o r i e verwendet werden, ohne daß damit bereits eine Methode angedeutet wäre.

Der Forscher erstellt zur Erfassung von Subjektiven Theorien einen Plan oder ein Modell, das verschieden weit ausgearbeitet sein kann, implizit oder explizit vorhanden sein kann. Dieser Plan soll als Rekonstruktionsstrategie der Subjektiven Theorie bezeichnet werden.

Für die von dem jeweiligen Forscher bevorzugte Rekonstruktionsstrategie kann eine objektive wissenschaftliche Theorie die zentralen Aussagen liefern. Diese herangezogene objekti-

ve Theorie stellt dann auch - zumindest teilweise - Kriterien zur Konzeption der wesentlichen theoretischen Komponenten der Subjektiven Theorie, postuliert Beziehungen zwischen den Komponenten und liefert ev. noch Anhaltspunkte zur Art der Konkretisierung, Operationalisierung der Elemente der Subjektiven Theorie. Die Rekonstruktionsstrategie des Wissenschaftlers zur Erhebung der Subjektiven Theorie kann also sehr verschiedene methodische Schritte umfassen und außerdem unterschiedlich explizit oder differenziert sein.

Einige Grundlagentheoretiker plädieren für eine möglichst offene Rekonstruktionsstrategie, d.h. für möglichst wenige Vorannahmen oder Voraussetzungen des Forschers bei der Erhebung von Alltagswissen, andere für eine stärkere Vorstrukturierung. Diese Frage bedarf sicher einer im Einzelfall sehr gründlichen Abschätzung des Vorgehens bei dem jeweiligen Gegenstandsreich.

Prinzipiell können verschiedene Forscher beliebig viele Rekonstruktionsstrategien entwickeln und Rekonstruktionen derselben Subjektiven Theorie erstellen. Allerdings wird diese Beliebigkeit begrenzt durch die Überprüfung der Angemessenheit der Rekonstruktion, und zwar unter wesentlicher Beteiligung der betroffenen Alltagsperson.

Alle Rekonstruktionsmethoden erfassen wahrscheinlich nur jeweils Aspekte des Denkens und Erlebens und der Handlungspläne der naiven Person. Allerdings geht wohl jeder Forscher davon aus, daß er die zentralen Aspekte erfaßt hat.

Die Überprüfung der **A n g e m e s s e n h e i t** der **R e k o n s t r u k t i o n** der Subjektiven Theorie wirft die wissenschaftstheoretische Frage des Wahrheitskriteriums auf, bei GROEBEN und SCHEELE (1977) als Veridikalität der Subjektiven Theorie bezeichnet. Nach den Ausführungen der Autoren ist für das epistemologische Subjektmodell das Falsifikationskriterium kein angemessenes Wahrheitskriterium. Sie setzen an dessen Stelle ein eher aus hermeneutischer Tradition stammendes dialog-konsenstheoretisches Wahrheitskriterium. D.h. Forschungssubjekt und Forschungsobjekt einigen sich in

der Form eines Dialogs darüber, ob die vom Forscher entworfene, meist sprachlich repräsentierte Rekonstruktion der Subjektiven Theorie des Forschungsobjekts weitestgehend entspricht. Die befragte untersuchte Person gibt also bei der Feststellung der Angemessenheit der Rekonstruktion den Ausschlag.

Die beschriebene Vorgehensweise zur Feststellung des Wahrheitskriteriums macht sehr viele Voraussetzungen über die Art der sozialen Beziehung zwischen beiden Partnern, die SCHULMEISTER (1979) herausgearbeitet hat.

Die Veridikalität der Subjektiven Theorie muß jedoch für die naive Person - anders als für die Wissenschaftler - nicht oberstes Kriterium sein. Für das betroffene Subjekt können auch nicht veridikale, d.h. nicht mit der Realität übereinstimmende Elemente sehr wesentlich sein oder eine positive Wirkung z.B. auf ihr Wohlbefinden haben. Dies könnte man als rationalen Einsatz von Irrationalität bezeichnen.

Bei der Suche nach Anwendungsbereichen, in denen Subjektive Theorien mit konkreten Methoden bereits erfaßt wurden, fallen nur wenige Gegenstandsbereiche ins Auge. Obwohl zu dem Bereich leistungsmotivierten Verhaltens die die Kognitionen und Affekte der Person theoretisch im Rahmen des komplexen Handlungsmodells von HECKHAUSEN (1976) strukturiert werden und die umfangreichste empirische Literatur dazu vorliegt (SCHMALT, MEYER 1976; MEYER und SCHMALT 1978), ist die Art der Erhebung der Kognitionen meistens nicht vereinbar mit den methodischen Überlegungen, die man aus dem Konstrukt Subjektive Theorie oder Alltagswissen ableiten kann (sh. vorn). Es werden überwiegend Laborsituationen verwendet, in Felduntersuchungen in der Schule bevorzugt man Papier- und Bleistiftverfahren, wobei die Kognitionen der Befragten nur durch Ankreuzen von Ursachenlisten erhoben werden. Die Art der Beziehung Forscher-Vp bleibt eine reine Subjekt-Objekt-Beziehung, die Herstellung von Konsensus erübrigt sich aufgrund anderer Wahrheitskriterien.

Ein weiteres Anwendungsgebiet findet sich neuerdings in der klinischen Psychologie, wo zunehmend auch die subjektiven handlungsleitenden Kognitionen wie Selbstkontrollprozesse,

Selbstwahrnehmungen und Attribuierungen bei verschiedenen psychischen Störungsbereichen untersucht und modifiziert werden z.B. bei depressiven Patienten (KOPEL und ARKOWITZ 1975; REHM 1977; BANDURA 1977). Hier gilt allerdings auch wie bei der Leistungsmotivationsforschung, daß selten auf ein wissenschaftstheoretisches Modell Bezug genommen wird. Die meisten dieser Arbeiten stehen in der Tradition der kognitiven Verhaltenstherapie und bleiben sowohl in ihrer Sprachform als auch in der gewählten Methodik dem behavioralen Paradigma verpflichtet. Eine theoretische Ausarbeitung von Subjektiven Theorien hat GENSER (1978) für das Erziehungswissen von Eltern vorgelegt, das er nach verschiedenen formalen Aspekten und nach der Anwendung des Erziehungswissens beschreibt.

Eine konkrete Erhebungsmethode, die dem skizzierten Forschungsprogramm und den daraus abzuleitenden methodischen Kriterien mehr entspricht, konzipierten WAHL und Mitarbeiter (1978) zum Bereich subjektiver Unterrichtstheorien von Lehrern. Zur Feststellung der handlungsleitenden und handlungsrechtlich rechtfertigende Kognitionen der Lehrer über auffällige Unterrichtssituationen entwickelten sie spezifische Diskurstechniken. Dabei werden nachträglich nach dem Unterricht mit Hilfe von Videoaufzeichnungen der spezifisch ausgewählten Unterrichtssituationen die subjektiven Unterrichtstheorien gem einsam von Lehrer und Forscher rekonstruiert.

Der Forscher versucht mit verschiedenen Befragungs- bzw. Diskurstechniken direkt nach Ablauf der Aufzeichnung einer Situation die Kognitionen des Lehrers abzurufen. Dabei treten eine Vielzahl von Fehlerquellen auf, für die die Autoren jeweils spezielle Kontrollmethoden entwickeln.

Eine Technik ist die sog. Störmethode im Diskurs, bei der durch Konfrontationsstrategien von seiten des Forschers der Lehrer mit alternativen Verhaltensmöglichkeiten oder mit Widersprüchen seiner geäußerten Handlungsabsichten und -beurteilungen der Situation konfrontiert wird.

Ein wesentliches Problem, die Trennung von handlungsleitenden und handlungsrechtlich rechtfertigenden Kognitionen wird z.B. auch durch Konsens und Eingrenzung gelöst.

Als weitere methodische Möglichkeiten werden lautes Denken, gelenkte und ungelenkte Introspektion diskutiert (WAHL 1978; SCHULMEISTER 1979).

Da sich in diesen verschiedenen Anwendungsbereichen kognitive Komponenten Subjektiver Theorien für die Handlungssteuerung, Handlungsbewertung, Selbstwertgefühle, subjektives Wohlbefinden entweder empirisch als einflußreich erwiesen haben oder darüber begründete Hypothesen aufgestellt wurden, soll versucht werden, für die Subjektive Theorie von Frauen über ihre erste Schwangerschaft zentrale Komponenten aufzufinden und zu erfassen. Dabei können entsprechend dem Stellenwert von subjektiven Erklärungen (GROEBEN und SCHEELE 1977; LAUCKEN 1974; SCHÜTZ 1971; SCHMALT und MEYER 1978) sowohl die Ursachenerklärungen als auch die zukunftsbezogenen um-zu-Erklärungen für spezifische Ereignisse im Verlauf der Schwangerschaft herangezogen werden. Weitere wesentliche Elemente der Subjektiven Theorie sollen konzipiert werden.

4. Rekonstruktionsversuche der Subjektiven Theorie von Frauen über ihre erste Schwangerschaft

Dieses Kapitel gibt einen Abriss über die ersten Versuche, in denen Aspekte Subjektiver Theorie der ersten Schwangerschaft konkreter konzipiert und empirisch erfaßt werden sollen. Die bisherigen Ansätze dazu stellen tatsächlich Versuche in dem Sinne dar, daß in mehreren kleinen Schritten Teile des Schwangerschaftserlebens herausgegriffen, konkretisiert, rekonstruiert wurden, wobei sowohl die Auswahl der Zeitpunkte und Elemente der Subjektiven Theorie als auch das konkrete methodische Vorgehen der Rekonstruktion noch im Stadium des Ausprobierens liegen.

Die bisher angefertigten Pilotstudien sind als Diplomarbeiten am Psychologischen Institut der Universität Heidelberg entstanden, sie betreffen zeitlich und inhaltlich zwei verschiedene Ausschnitte des Schwangerschaftserlebens. Diese Pilotuntersuchungen werden hier nur in der Konzeption dargestellt, für die genauere Vorgehensweise und die Methode sei auf die Arbeiten selbst verwiesen. Es ist geplant, die z.T. fehlgeschlagenen Versuche weiter zu reflektieren, in veränderter Form zu wiederholen und zusätzliche Elemente Subjektiver Theorien der Schwangerschaft herauszuarbeiten.

Das im vorhergehenden Kapitel als Sammelbegriff eingeführte Konstrukt Subjektive Theorie der Schwangerschaft bedarf in jeder Hinsicht einer Präzisierung und Festlegung auf konkrete Phänomene im Verlauf der Schwangerschaft und auf die damit verbundenen inneren psychischen Prozesse bei der schwangeren Frau wie ihre Kognitionen, Gefühle, Handlungspläne in Zusammenhang mit der bestehenden Schwangerschaft. Bei den Konkretisierungen bzw. Operationalisierungen des Konstruktes gehe ich davon aus, daß nur ausgewählte Abschnitte im zeitlichen Verlauf der Schwangerschaft und nur Ausschnitte aus dem Komplex der psychischen Prozesse als Aspekte der Subjektiven Theorie herausgegriffen werden können, die nach systematischen Kriterien und anhand von begründeten Rekonstruktionsstrategien erfaßt werden können.

Eine Konkretisierung muß unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Ergebnisse bisheriger psychologischer Untersuchungen zum Schwangerschaftserleben und der entwickelten Rekonstruktionsstrategie vorgenommen werden. Es handelt sich damit jeweils nur um zeitliche und ausschnittshafte Rekonstruktionen der Subjektiven Schwangerschaftstheorien.

Es werden einzelne Schritte der Konkretisierung des Konstruktes Subjektive Theorie der ersten Schwangerschaft in allgemeiner Form angeführt. Darauf folgen die zwei bisher ausgeführten Beispiele für Konkretisierungsmöglichkeiten.

4.1 Schritte bei der Konkretisierung des Konstruktes Subjektive Theorie der ersten Schwangerschaft

4.1.1 Festlegung auf die erste Schwangerschaft

Eine erste Festlegung muß darin gesehen werden, daß die Konstituierung einer Subjektiven Theorie der Schwangerschaft für die erste von der Frau selbst erlebte (d.h. in der Regel auch beendete) Schwangerschaft angenommen wird. Bis zu diesem Zeitpunkt haben sich mit Sicherheit bereits Wünsche, Kognitionen, Bewertungen von Schwangerschaft allgemein herauskristallisiert, die eingehen in die Subjektive Theorie, z.B. die Motivation zur Schwangerschaft oder allgemeine Einstellungen dazu (vgl. Abschnitt 2.3.2 und 2.3.3), jedoch werden diese Prozesse auf dem Hintergrund der aktuellen körperlichen und psychischen Erfahrung neu belebt, modifiziert und strukturiert.

Die erste Schwangerschaft wird in der Literatur als besonders einschneidendes, häufig als Stress erfahrenes Lebensereignis beschrieben (GUTMAN 1975; LAMB 1979). Sie unterscheidet sich deutlich von nachfolgenden Schwangerschaften durch die Neuartigkeit der Erfahrungen und die Unsicherheit in dieser Situation. Deshalb bewirkt die erste Schwangerschaft das größte Ausmaß an Umstellung in den allgemeinen Lebensgewohnheiten, die Konsequenzen für die Frau und ihren Partner sind sehr erheblich, was als Hinweis für die Krisenanfälligkeit und Belastung durch dieses Ereignis angesehen wird (HULTSCH

und PLEMONS 1979). Die erste Schwangerschaft wird als Zeit der emotionalen Instabilität und erhöhten Sensibilität für die Frau gewertet. Spätere Schwangerschaften werden wahrscheinlich auf dem Hintergrund der ersten Schwangerschaft erlebt, daher erhöht sich die Vielfalt der Erlebnismöglichkeiten über eine Verschiedenheit der biographischen Situation hinaus noch weiter. Die Neuheit und Unbekanntheit der Situation erfordern geradezu von der Frau die Entwicklung eines kognitiven Orientierungssystems, eine Aktualisierung oder Neuaufnahme von Wissen, die Erarbeitung von subjektiven Bewertungen der eingetretenden Schwangerschaft und einen Klärungsprozeß der eigenen Gefühle gegenüber der Schwangerschaft und ihren Konsequenzen. Diese Vorgänge legen nahe, daß die Subjektive Theorie der Schwangerschaft und Geburt sich zu dieser Zeit konstituiert und dabei erfaßt werden kann.

4.1.2 Konkretisierung der Zeitpunkte und Ereignisse im Verlauf der Schwangerschaft

Da das Schwangerschaftserleben als Veränderungsprozeß beschrieben wurde, sollte auch die Subjektive Theorie der Schwangerschaft am angemessensten als Verlauf, d.h. als kontinuierliche Entstehung und Veränderung von Kognitionen und Emotionen während dieses biologischen Prozesses konzipiert werden. Die theoretische Beschreibung eines solchen Veränderungsprozesses ist allerdings noch nicht so weit fortgeschritten, daß bereits Dimensionen der Veränderung bekannt wären. Ebenso sind bei dem jetzigen Wissensstand noch keine Methoden für eine Umsetzung verfügbar.

Es muß daher zunächst auf ein weniger anspruchsvolles Vorgehen zurückgegriffen werden, das darin besteht, einzelne, relativ umschriebene Zeitpunkte der Schwangerschaft herauszugreifen und für diese jeweils die hervorragenden inner-psychischen Phänomene oder Erlebnisinhalte der Frau zu konzipieren. Eine solche eher statische Erfassung von Aspekten der Subjektiven Theorie der Schwangerschaft wurde bisher angestrebt.

Orientiert man sich an der biologischen Gliederung des Schwangerschaftsverlaufs, wie sie im Abschnitt 2. zugrundegelegt wurde, so sind die Sequenzen und die Zeitpunkte der körperlichen Veränderungen in der Schwangerschaft relativ eindeutig festgelegt. Darauf kann eine inner-psychische Verarbeitung der Schwangerschaft bezogen werden. Durch die Angabe eines Zeitpunktes im Schwangerschaftsverlauf, wie im Alltagswissen über Schwangerschaft üblich, z.B. als "im 4. Monat...", sind die vorherrschenden Erlebnisaspekte zumindest grob vorgezeichnet. Die Ereignisse sind damit in so globaler oder differenzierter Form angegeben, wie es die jeweils benutzte Einteilung in 9 bzw. 10 Schwangerschaftsmonate oder in drei Schwangerschaftsabschnitte vorgeben.

Diese Beschreibungen legen die Annahme zugrunde, daß der Einfluß der zu dem jeweiligen Zeitpunkt stattfindenden Schwangerschaftsereignisse für die Frau und ihr Erleben so vorherrschend sind, daß demgegenüber andere gleichzeitig stattfindende Ereignisse (z.B. berufliche Veränderungen, Partnersituation, jahreszeitlich bedingte Ereignisse) weniger wichtig sind. Diese Annahme müssen jedoch alle psychologischen Untersuchungen zur Schwangerschaft treffen, da dieses Ereignis für den Wissenschaftler nicht manipulierbar ist und die Erhebung an einzelnen Personen immer zu verschiedenen Zeiten stattfinden wird.

Hierbei spielt wieder das Verhältnis von allgemeinen Ereignissen im Schwangerschaftsverlauf zu differentiellen Ereignissen bzw. Erlebnisvarianten eine Rolle, das bereits erwähnt wurde. Zu den differentiellen Gesichtspunkten gehören die stark modifizierenden Faktoren wie soziale Schicht, demographische Merkmale der Frau, Lebensbedingungen u.ä.

Die Auswahl von Zeitpunkten im Verlauf der Schwangerschaft und den damit aufgrund biologischer und psychologischer Regelmäßigkeiten verbundenen psychischen Phänomene bedeutet also eine **i n h a l t l i c h e F e s t l e g u n g** der zu rekonstruierenden Subjektiven Theorie.

Für die ersten empirischen Erhebungen von Subjektiven Theorien der Schwangerschaft wurden zwei Zeitpunkte ausgewählt:

- Der erste Abschnitt zu Beginn der Schwangerschaft, d.h. das erste Trimenon,
- der Zeitpunkt direkt vor und nach der Geburt.

Für diese beiden Phasen und die dabei im Vordergrund stehenden Ereignisse erscheinen aufgrund von Forschungsergebnissen und Erfahrungsberichten die subjektiven Kognitionen und Gefühle bezüglich der Schwangerschaft relativ eindeutig für die Frau im Vordergrund zu stehen, es bieten sich außerdem angemessene Rekonstruktionsstrategien an.

Als erster Abschnitt wurde die Frühphase der Schwangerschaft, also die Zeit zwischen Feststellung der Schwangerschaft bis zur 12. maximal 14. Woche festgesetzt. Diese Zeit ist in besonderer Weise zur Erhebung von Subjektiver Theorie der Schwangerschaft geeignet:

In dieser Phase macht die Frau ihre erste konkrete körperliche Erfahrung mit der Schwangerschaft, sie erfährt in den meisten Fällen deutliche körperliche Anzeichen und Veränderungen. Dazu steht seit der eindeutigen Diagnose einer Schwangerschaft (meist durch den Arzt, bzw. nach der ersten ärztlichen Untersuchung) diese Tatsache im Mittelpunkt des subjektiven Erlebens. Für die Schwangere und in der Regel für ihren Partner setzen damit zahlreiche Entscheidungs- und Zielfindungsprozesse ein, ambivalente Bewertungen müssen abgewogen werden, eigene Gefühle reflektiert und allmählich eine Akzeptierung der Schwangerschaft erreicht oder in einigen Fällen eine Entscheidung gegen die Schwangerschaft gefällt werden, die notwendige Verhaltensweise zur Folge hat.

Wesentlich für die Konstituierung des Kognitionssystems zu dieser Zeit ist, daß es sich tatsächlich nur um die inneren psychischen Vorgänge der Frau handelt und weitere Personen nur einbezogen werden, soweit sie diese bewußt informiert und ihre Situation mitteilt. Die weitere soziale Umgebung nimmt durch ihr Verhalten (besondere Rücksichten, Erwartungen) noch keinen Einfluß auf die Schwangere, da die Schwangerschaft

selbst äußerlich erst nach einigen Monaten für andere Personen sichtbar wird. Die schwangere Frau kann also in dieser Zeit begründet als aktives und reflexives Subjekt betrachtet werden. Weiterhin erscheint wesentlich, daß zu dieser Zeit die Person der Frau selbst im Vordergrund steht mit ihren Wünschen, Zielen, Befürchtungen. Das erwartete Kind bzw. der Embryo wird zu Beginn der Schwangerschaft noch kaum als unabhängiges Wesen wahrgenommen, er sendet noch keine bemerkbaren Signale wie später die Herztöne, Bewegungen.

Alle angeführten Phänomene in der Frühphase der Schwangerschaft sprechen dafür, daß die Frau zu diesem Zeitpunkt eine subjektive Theorie über ihre erste Schwangerschaft konstruiert, die ihr vorhandenes Wissen und ihre Bewertungssysteme umfaßt und die im weiteren Verlauf teils verändert, teils erweitert wird. Als wesentliche Komponenten einer solchen Theorie fallen zu dieser Zeit die wahrgenommenen Veränderungen sowohl im körperlichen als auch im psychischen Bereich auf (sh. 4.2).

Als zweiter Abschnitt der Schwangerschaft wurde die Zeit kurz vor und kurz nach der Geburt für eine Untersuchung ausgewählt, um Aspekte der subjektiven Theorie der Geburtsverarbeitung bzw. -vorbereitung zu erheben.

Die Geburt des Kindes kann als das entscheidendste Ereignis im gesamten Schwangerschaftsverlauf angesehen werden, es erfordert ein Höchstmaß an körperlicher und psychischer Beteiligung von der Frau. Entsprechend wurden in der Literatur und in Erfahrungsberichten die starke kognitive und emotionale Auseinandersetzung damit betont, die wahrscheinlich für die Frau die Funktion hat, dieses Ereignis antizipatorisch zu verarbeiten. In der Forschung stehen die Ängste vor der Geburt bzw. in Zusammenhang mit der Geburt (Mißbildungen, Schädigungen des Kindes) und Methoden der Angstbewältigung im Vordergrund.

Wesentlich scheint allerdings neben der rein affektiven Seite dieser Erfahrungen auch die kognitive Verarbeitung zu sein, d.h. wieweit kann sich die Frau die Geburt vorstellen, welches Wissen hat sie über den Geburtsablauf, was erwartet

sie speziell bei ihrer eigenen Geburt aufgrund der vorhergegangenen Schwangerschaft, wie glaubt sie, den Geburtsprozeß beeinflussen zu können und wie bereitet sie sich konkret auf die Geburt vor?

Es zeigt sich deutlich, daß bezüglich der unbekanntem Geburtsphase im Schwangerschaftsverlauf die Kognitionen und Emotionen der Frau sehr entscheidend sind und wahrscheinlich die Vorbereitung dieses Ereignisses bestimmen. Hierzu lassen sich anhand einer Rekonstruktionsstrategie einige Komponenten der Subjektiven Theorie formulieren (sh. 4.3).

Eine Festlegung, die nur indirekt mit der Umsetzung des Konstruktes Subjektive Theorie zu tun hat, ist die Auswahl und Begründung einer Stichprobe von Frauen, deren Subjektive Theorie erfaßt werden soll. Die Stichprobenwahl kann nur dann als Konkretisierung der Subjektiven Theorie verstanden werden, wenn es um die Erhebung von spezifischen oder differentiellen Subjektiven Theorien von bestimmten Frauengruppen gehen soll. Da in diesem Ansatz bisher das Ziel verfolgt wird, die gemeinsamen Komponenten zu erfassen, spielt die Stichprobe in der Konzeption eine untergeordnete Rolle. Sie sollte im günstigsten Fall sehr heterogen und soweit wie möglich repräsentativ sein.

4.1.3 Auswahl und Begründung von Rekonstruktionsstrategien

In dem vorhergehenden Abschnitt über methodische Vorgehensweisen bei der Rekonstruktion (3.3) wurde betont, daß jeder Forscher eine explizite oder implizite Rekonstruktionsstrategie für die zu entwickelnde Subjektive Theorie der Alltagsperson verwendet oder während der Erhebungsphase aufbaut. Davon muß ausgegangen werden, da die Initiative zu einer Untersuchung und das Erkenntnisinteresse zunächst auf seiten des Forschers liegt. Dieser formuliert eine möglicherweise nur vorläufige und später zu verändernde Fragestellung und ist deshalb in der Frage der Entwicklung, Erfragung, Rekonstruktion der Subjektiven Theorie im Vorteil gegenüber der befragten Alltagsperson. In bezug auf die Bestätigung oder Überprüfung der vom

Forscher vorgeschlagenen Rekonstruktion kommt allerdings der Alltagsperson die wichtigere Rolle zu.

Es soll hier deutlich betont werden, daß die Rekonstruktionsstrategien sehr verschiedenen Charakter haben können. Dieser kann vereinfacht in Form eines Kontinuums veranschaulicht werden, bei dem auf der einen Seite kaum strukturierte Vorgehensweisen zur Erhebung Subjektiver Theorien angesiedelt sind, nach denen die Alltagsperson ganz frei über ihre Erfahrungen mit dem Gegenstand spricht, auf der anderen Seite eine höchst systematische Rekonstruktionsstrategie, die aus einer sozialwissenschaftlichen Theorie abgeleitet wurde. Die Probleme und Fehlermöglichkeiten sind bei beiden Extremformen von Vorgehensweisen verschiedene: Im Falle wenig ausgeprägter Vorstrukturierung ist die Problematik eher in einer zu geringen Ausschöpfung des Wissens der informierenden Alltagsperson zu sehen und in der nachträglichen Interpretation durch den Forscher; im Falle einer sehr festgelegten, u.U. vorstrukturierten Rekonstruktionsstrategie besteht eher die Gefahr, nur Informationen von der Alltagsperson zu erfragen, die in den Rahmen der vorgegebenen Strategie passen und dadurch andere, ebenfalls wesentliche Informationen zu vernachlässigen. Die Entscheidung muß in jedem Einzelfall je nach Phänomenbereich gefällt werden.

Für die Rekonstruktion von Subjektiven Theorien der eigenen Schwangerschaft haben wir uns zunächst an einer Vorgehensweise orientiert, die sich stärker an "objektive" sozialwissenschaftliche Theorien anlehnt bei der Erhebungsmethode. Die Ausdrücke subjektive und objektive Theorie werden hier in der Weise verwendet, wie sie in Kapitel 3.2.2 eingeführt wurden: objektive Theorien sind im Sinne von GROEBEN und SCHEELE (1977) Metatheorien über subjektive Theorien. Dies erscheint bisher aufgrund der sehr guten Entsprechung der ausgewählten Aspekte des Schwangerschafts- und Geburtserlebens mit zwei verschiedenen sozialwissenschaftlichen Theorien angemessen (sh. 4.2 und 4.3).

Orientiert man die Rekonstruktion an einer sozialwissenschaftlichen Theorie, so erhält diese einen besonderen Stellenwert für mehrere Schritte der Rekonstruktion. Sie definiert zunächst zentrale Komponenten der Subjektiven Theorie, bzw. die sozialwissenschaftliche Theorie liefert Begriffe für die zu operationalisierenden oder zu konkretisierenden zentralen Phänomene der Subjektiven Theorie. Dabei sind allerdings Einschränkungen notwendig. Nicht alle in der jeweiligen Theorie formulierten Konstrukte lassen sich auf den Gegenstandsbereich Subjektive Theorie übertragen (sh. Beispiel Kontrolltheorie). Umgekehrt sind eventuell nicht alle Elemente einer Subjektiven Theorie entsprechend dem Gegenstandsbereich in der objektiven Theorie vorgesehen, sondern müssen zusätzlich durch Zwischenschritte oder zusätzliche objektive Theorien konstruiert werden (sh. Selbstwahrnehmungen in der Attribuierungstheorie).

Die Rekonstruktion anhand objektiver sozialwissenschaftlicher Theorien hat weiterhin den Vorteil, spezifische Annahmen, die in der Regel in bestimmten Anwendungsgebieten abgesichert sind, über die Beziehung der zentralen theoretischen Konstrukte zu machen. Aufgrund vorliegender Anwendungsfelder liefert sie u.U. auch Richtlinien für die Art der Erhebung.

Für die in Zusammenhang mit Schwangerschaftserleben ausgewählten Rekonstruktionsstrategien ergaben sich sowohl Annahmen über einige zentrale Komponenten der Subjektiven Theorie als auch über Beziehungen zwischen diesen (Annahmen über die Kausalrichtung). Diese Vorannahmen im Rahmen der Rekonstruktionsstrategie müssen allerdings bei der empirischen Überprüfung gründlich abgesichert werden. Zur Rekonstruktion der Subjektiven Theorie in der Frühschwangerschaft wurde hier die Attribuierungstheorie in ihren zentralen Konzepten zugrundegelegt. Für die Phase kurz vor und nach der Geburt erschien die Theorie der kognitiven Kontrolle geeignet, wesentliche Aspekte der Subjektiven Theorie, nämlich die Erwartungen bezüglich der Vorhersehbarkeit und Beeinflussbarkeit des Geburtsgeschehens für eine Rekonstruktion zu präzisieren.

In den beiden folgenden Abschnitten werden diese zwei Rekonstruktionsversuche für die ausgewählten Zeitpunkte des Schwangerschaftsverlaufs in ihrer Konzeption dargestellt.

4.2 Elemente der Subjektiven Theorie der Frühschwangerschaft

Als wesentliche Ereignisse in der Frühphase der ersten erlebten Schwangerschaft wurden die einschneidenden körperlichen Veränderungen, die jetzt notwendigen kognitiven Prozesse der Wissenssammlung, Setzung eigener Ziele, Erarbeitung von Bewertungen der Schwangerschaft und Planung des zukünftigen Verhaltens herausgearbeitet. Entscheidend bei mehreren psychologischen Beschreibungen der Frühphase war der Aspekt der *V e r ä n d e r u n g* in den äußeren Lebensgewohnheiten und in verschiedenen Bereichen des Erlebens durch die eingetretene Schwangerschaft (vgl. die Definition von Lebensereignissen oder Lebenskrisen in 2.3.4). An dieser Beschreibung orientiert sich die Suche nach einer wissenschaftlichen Rekonstruktionsstrategie. Aspekte der Subjektiven Theorie in der Frühschwangerschaft sollen unter der Perspektive rekonstruiert werden:

- Was für Veränderungen, die aufgrund der Schwangerschaft oder seit Beginn der Schwangerschaft eingetreten sind, nimmt die Frau wahr?
- Wie verarbeitet die Frau die Veränderungen bzw. wie erklärt sie sich diese?
- Welche weiteren Konsequenzen ergeben sich aus dieser kognitiven Verarbeitung?

4.2.1 Die Attribuierungstheorie als Rekonstruktionsstrategie: Zentrale Annahmen und offene Probleme

Der Phänomenbereich Veränderungen in der Schwangerschaft auf der Seite des subjektiven Schwangerschaftserlebens und die Analyse von naiven Erklärungen als zentrale Elemente der Alltagstheorie lassen sich nach unserer Auffassung in einem Modell zur Rekonstruktion verbinden.

Geht man mit HEIDER und der psychologischen Tradition zur Untersuchung von Alltagswissen davon aus, daß die naiven subjek-

tiven Erklärungen für die Alltagsperson den Charakter von invarianten kognitiven Strukturen haben, die zur Orientierung und Ordnungsbildung dienen, dann läßt sich diese Struktur auf den Fall von Veränderungen in der beginnenden Schwangerschaft übertragen:

Die Erklärungsstrukturen der Schwangeren für die von ihr selbst registrierten Veränderungen an ihrem Körper und in ihrer Persönlichkeit können als entscheidende Anteile der Subjektiven Theorie betrachtet werden und in Analogie zu anderen Anwendungsgebieten der Attribuierungstheorie als maßgebliche handlungsleitende subjektiv-kognitive Elemente gelten. Die weitere Annahme, daß die Alltagsperson bemüht ist, die richtigen bzw. angemessenen Erklärungen zu finden, wird ebenfalls in die Rekonstruktionsstrategie übernommen. Das bedeutet, die geäußerten Erklärungen sind als solche zu akzeptieren. Eine Voraussetzung hierfür bildet eine vertrauensvolle Beziehung zwischen befragter Person und Wissenschaftler, in der zumindest bewußte Verzerrungsmöglichkeiten in einem Interview gering gehalten werden (vgl. SCHULMEISTER 1979). Weiterhin wird davon ausgegangen, daß sich die Schwangere um eine Prüfung der Realitätsangemessenheit ihrer Erklärungen bemüht (3.2.2).

Als besonders fruchtbar für die Übertragung auf den Bereich des Schwangerschaftserlebens erweist sich das Modell der Attribuierung, das WEINER (1974) für das leistungsmotivierte Verhalten entworfen hat. Er integriert darin eine Reihe von theoretischen Beiträgen zur Leistungsmotivationsforschung und strukturiert die kognitiven, affektiven und Verhaltenskomponenten im Kontext des leistungsmotivierten Handelns. Attribuierungen stellen dabei die vermittelnden kognitiven Variablen zwischen bestimmten vorausgehenden Bedingungen und nachfolgenden Affekten und Verhaltenstendenzen dar. Die wesentlichen kognitiven Zwischenprozesse werden als die von HEIDER eingeführten Kausalfaktoren Fähigkeit, Anstrengung, Aufgabenschwierigkeit und Zufall übernommen, die sich auf zwei Dimensionen, nämlich der Zeitstabilität und Personabhängigkeit bzw. -unabhängigkeit anordnen lassen. Im Leistungsbereich sind die sta-

bilen und personabhängigen Erklärungsfaktoren für eigene Leistungen besonders motivierend. "... Stolz über die eigene Tüchtigkeit bzw. Unzufriedenheit mit der eigenen Untüchtigkeit sind dann besonders ausgeprägt, wenn Erfolg bzw. Mißerfolg mit starker bzw. zu geringer eigener Anstrengung und hoher bzw. geringer eigener Begabung erklärt werden. Diese attribuierungsabhängige Erwartungen und Affekte determinieren im Modell dann gemeinsam Richtung, Dauer und Stärke leistungsbezogenen Verhaltens" (MEYER und SCHMALT 1978, 130). Das Modell beinhaltet also eine eindeutige Kausalwirkung: kognitive Faktoren determinieren Affekte und Verhalten (sh. Abb. 4).

Abb. 4

Attribuierungstheoretisches Modell leistungsmotivierten Verhaltens nach WEINER 1974 (MEYER und SCHMALT 1978, 131)

Vorauslaufende Bedingungen	Kausalfaktoren	Dimensionen	dimensionale Konsequenz	Verhalten
spezifische Hinweisreize	Begabung	Stabilität	Erwartung	Richtung
kausale Schemata	Anstrengung			
individuelle Unterschiede	Aufgabenschwierigkeit	Personabhängigkeit	Affekt	Dauer
Bekräftigungsraten	Zufall			Stärke
Bekräftigungspläne	u. a.			

WEINER's Fassung der Attribuierungstheorie geht davon aus, daß es eindeutige Phänomene oder Ereignisse gibt, die Anlaß für die Zuschreibung von Erklärungen sind, nämlich eigene oder fremde Leistungen. In der geplanten Übertragung auf Schwangerschaftserleben stellen die von der schwangeren Frau wahrgenommenen Veränderungen das bei HEIDER sog. Rohmaterial dar, d.h. die Ereignisse, die sich die naive Person erklären will. In diesem Schritt der Entwicklung einer Rekonstruktionsstrategie unterscheidet sich die Umsetzung der Attribuierungstheorie für die erste Zeit der Schwangerschaft sehr von anderen Anwendungsbereichen. Es sind zumindest eindeutige Ereignis-

nisse in der Person oder der Umwelt vorgegeben, die als erklärungsbedürftig angesehen werden, etwa vergleichbar mit Schulnoten im leistungsthematischen Bereich, mit dem Vorliegen bestimmter Krankheitssymptome in Klinischen Bereich oder mit beobachtbaren Verhaltensweisen von Schülern bei der subjektiven Unterrichtstheorie von Lehrern. In diesem Anwendungsbereich müssen die Ausgangsereignisse, die dann auf elementare Ursachen und Gründe zurückgeführt werden, selbst erst festgestellt oder konstruiert werden. Wir konzipieren diese als

- v e r ä n d e r t e K ö r p e r w a h r n e h m u n g e n
und
- v e r ä n d e r t e S e l b s t k o g n i t i o n e n, bezogen auf eigene Gefühle, Erwartungen und Verhaltensweisen, die durch bestimmte vorausgehende Faktoren beeinflusst werden (z.B. Alter der Frau).

Zur Konstruktion bzw. theoretischen Begründung von selbst wahrgenommenen Veränderungen kann in relativ allgemeiner Form auf die Theorie der Selbstwahrnehmung von BEM (1972) zurückgegriffen werden. Danach lernen Individuen "... ihre eigenen Einstellungen, Emotionen und anderen interne Zustände teilweise dadurch, daß sie aus der Beobachtung ihres eigenen Verhaltens und/oder den Umständen, unter denen dieses Verhalten stattfindet, erschließen" (nach GRABITZ 1978), 138). Wenn also die inneren Hinweise "schwach, zweideutig oder uninterpretierbar" (a.a.O.) sind, so muß sich das Individuum ebenso wie ein außenstehender Beobachter auf äußere Hinweise zur Ermittlung innerer Zustände stützen. Es erscheint gerade im frühen Stadium der Schwangerschaft sinnvoll, diese Annahme über das Zustandekommen von Urteilen über innere und körperliche Prozesse zu machen, da aufgrund der Unbekanntheit des Zustandes "Schwangerschaft" keine eindeutigen Indikatoren vorhanden sein können. Z.B. könnte die Frau feststellen: "Ich weine so leicht bei allen möglichen Anlässen, also bin ich wohl zur Zeit sehr sensibel"; oder: "ich esse so viel Obst zur Zeit, also habe ich wohl einen Heißhunger darauf"....

Daß die Beachtung des eigenen Körpers und der eigenen Per-

son zum Zeitpunkt der Schwangerschaft besonders im Vordergrund steht, läßt sich auch mit Hilfe der Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit von DUVAL und WICKLUND (1972) und WICKLUND (1975) beschreiben. Es kann nach allen Forschungs- und Erfahrungsberichten davon ausgegangen werden, daß die Zeit der Schwangerschaft einen solchen in dieser Theorie postulierten Zustand der objektiven Selbstaufmerksamkeit darstellt, d.h. die Aufmerksamkeit wird von Aspekten der Umwelt abgelenkt und auf sich selbst als Objekt gerichtet im Gegensatz zur Aufmerksamkeitsrichtung auf die Umwelt, wenn die Person das Subjekt der Wahrnehmung ist. Der Zustand der Schwangerschaft wäre dann vergleichbar mit WICKLUND's Operationalisierung, bei der sich die Person im Spiegel sieht, wobei in der Frühschwangerschaft sicher andere emotionale, kognitive und körperliche Aspekte des Selbst im Vordergrund stehen als in der Spätschwangerschaft, wenn zusätzlich die Reaktionen der Umwelt als Auslöser für die Selbstaufmerksamkeit hinzutreten.

Die Theorie postuliert weiter, daß bei Bestehen der objektiven Selbstaufmerksamkeit ein negativer oder positiver Affekt resultiert je nach dem Vergleichsstandard, in diesem Fall je nach der Erwünschtheit oder Geplantheit der Schwangerschaft. Wesentlich für unsere Rekonstruktionsstrategie ist die weitere Annahme, daß die Person in diesem Zustand der objektiven Selbstaufmerksamkeit vermehrt dazu neigt, sich selbst als Verursacher wahrzunehmen. Wenn also Schwangerschaft ein Zustand ist, der erhöhte Aufmerksamkeit auf sich selbst bewirkt, dann hat er eine Selbstbewertung zur Folge (sei sie positiv oder negativ) und spielt eine vermittelnde Rolle für die Kognitiven Prozesse, hier für die Bevorzugung bestimmter Erklärungsstrukturen. Insofern können Selbstwahrnehmungen in der Schwangerschaft zentrale Elemente einer Subjektiven Theorie werden.

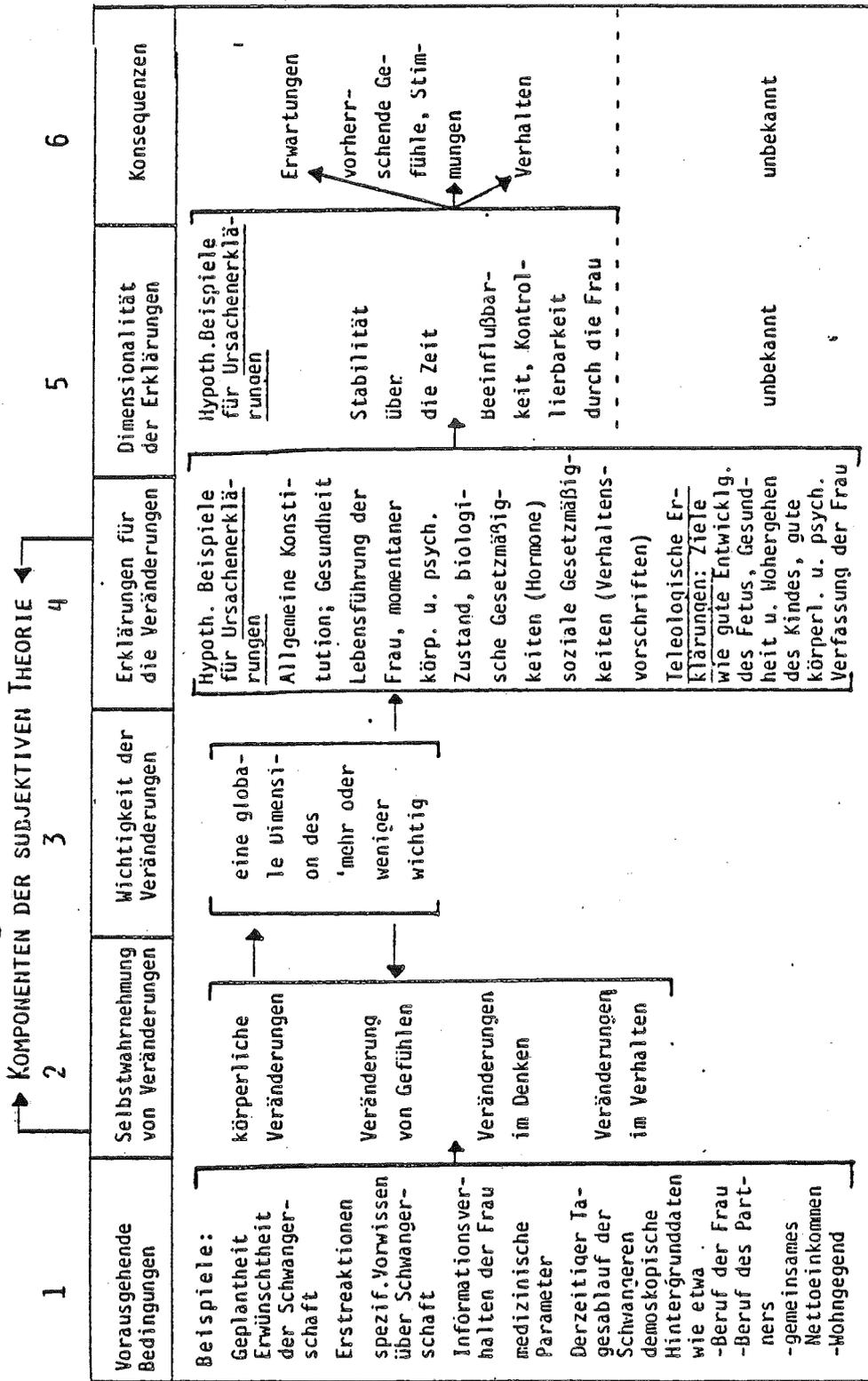
Bevor auf die einzelnen zu rekonstruierenden Komponenten eingegangen wird, fallen einige offene Probleme bei der Ableitung einer Rekonstruktion nach der Attribuierungstheorie auf, die hier als Fragen formuliert werden:

- Im Phänomenbereich der Kognitionen und Bewertungen zur Schwangerschaft sind die Klassen von Ereignissen, die für die Alltagsperson als erklärungsbedürftig gelten, nicht vorgegeben wie in anderen Anwendungsbereichen. Als Ausgangsereignisse wurden daher die Selbstwahrnehmungen gewählt, die hier i.S. der Wahrnehmung von Veränderungen spezifiziert wurden.
- Innerhalb dieser Klasse von festzulegenden Ereignissen ist unklar, welches die für die Person wesentlichen, bedeutsamen Ereignisse sind. Sind alle wahrgenommenen Veränderungen von gleicher subjektiver Bedeutung und damit erklärungsbedürftig für die Frau?
- Welches sind die Anlässe für Erklärungen, sind diese möglicherweise situationsspezifisch?
- Wie wurden sowohl die vier Ursachenfaktoren als auch die übergeordneten Erklärungsdimensionen, die in der Personwahrnehmung und im Leistungsbereich heute als gegeben hingenommen werden, gewonnen? Müssen nicht die von WEINER zusammengefaßten Dimensionen (Zeitstabilität und Beeinflussungsbereich) in ganz elementarer Weise erst in anderen Bereichen nachgewiesen werden?
- Eventuell stellt das Modell mit den Ursachen nur einen Teil der handlungsleitenden Kognitionen dar und muß ergänzt werden durch die zukunftsbezogenen Erklärungen der Person.
- Die eindeutige Kausalrichtung des Modells kann nicht ohne weiteres auf die Rekonstruktion Subjektiver Theorien in anderen Bereichen übertragen werden.

4.2.2 Vorläufige Konzeption von wesentlichen Elementen der Subjektiven Theorie der Frühschwangerschaft

Entsprechend der Bedeutung subjektiver Erklärungsstrukturen und entsprechend dem WEINER'schen Strukturierungsmodell von naiven Ursachenerklärungen in ihrer Beziehung zu affektiven Prozessen und Verhalten sowie der Rekonstruktion von Selbstwahrnehmungsprozessen wurde folgendes Schema über die wesentlichen Elemente einer zu rekonstruierenden Subjektiven Theorie der Frühschwangerschaft erstellt (sh. Abbildung 5).

Abb. 5 Schema der wesentlichen Elemente einer Subjektiven Theorie in der Frühschwangerschaft



Dieses stark vorgeplante Rekonstruktionsmodell, das allerdings in Vorgesprächen mit Schwangeren abgesichert wurde, umfaßt mehrere Komponenten der Subjektiven Theorie von Frauen, die sich in einem frühen Stadium ihrer ersten Schwangerschaft befinden.

Vorausgehende Bedingungen umschreiben die individuelle Lebenssituation der Schwangeren, die differentiellen Eingangsbedingungen für die Subjektive Theorie.

Selbst wahrgenommene Veränderungen sollen die von der Frau subjektiv wahrgenommenen Veränderungen im körperlichen Bereich, auf der Ebene ihrer Gefühle, Vorstellungen und ihres Verhaltens umfassen, die sie, bezogen auf einen individuell zu definierenden neutralen Vergleichspunkt vor der Schwangerschaft feststellt (dazu genauer MECHELA und VESTER (1979)).

Wichtigkeit der Veränderungen: Es erschien sinnvoll, die subjektive Gewichtung, Relevanz oder Bedeutsamkeit der festgestellten Veränderungen zu berücksichtigen, da möglicherweise die Zuschreibung von Bedeutung Einfluß hat auf das, was wahrgenommen wird und auf die Notwendigkeit, dafür Erklärungen zu suchen.

Die subjektiven Erklärungen für die Veränderungen stellen das zentrale Element in dieser Rekonstruktionsstrategie dar. Die Erwartungen über die Art der naiven Erklärungen gehen dahin, daß Frauen für Veränderungen in der Frühschwangerschaft sowohl kausale (weil-)Erklärungen als auch finale (Um-zu-)Erklärungen verwenden. Gerade die zielorientierten zukunftsbezogenen Erklärungen i.S. von SCHÜTZ erscheinen für die Schwangerschaft wesentlich, da dieser Prozeß ein biologisch und psychologisch vorgegebenes Ziel hat.

Die übergeordneten Dimensionen von Erklärungen sind noch nicht vorherzusehen. Hypothetisch ließe sich aufgrund der bisherigen Ergebnisse der Attribuierungstheorie annehmen, daß sowohl eine zeitliche Stabilitätsdimension als auch eine Dimension der Personabhängigkeit/unabhängigkeit zu rekonstruieren ist. Dies bleibt jedoch im einzelnen noch offen.

Das Ziel einer solchen Rekonstruktion wäre letztlich, die Beziehung zwischen den wahrgenommenen Veränderungen, subjektiven Erklärungsstrukturen und den Erwartungen, Gefühle und Handlungspläne der schwangeren Frau zu erfassen und möglicherweise den Einfluß der zentralen Erklärung zu prüfen.

Die Übertragung der eindeutigen Kausalrichtung aus WEINER's Modell erscheint für diese vorläufige Rekonstruktion der Schwangerschaftstheorie noch sehr gewagt. Es muß zunächst eine Absicherung und Rückkoppelung der sehr weit differenzierten Rekonstruktionsstrategie mit dem zu erhebenden Schwangerschaftserleben der Frauen vorgenommen werden. Eine langfristige Weiterführung dieses Modells wird im Abschnitt 4.2.4 angedeutet.

In einer derartig ausdifferenzierten Forschungsstrategie besteht begründet die Gefahr, daß von seiten des Forschers zu viele Vorgaben über die Art des subjektiven Erlebens der Schwangerschaft gemacht werden, Teile der Subjektiven Theorie überbetont und andere vernachlässigt werden. Deshalb soll in diesem Zusammenhang noch einmal der Versuchscharakter dieses Ansatzes betont werden. Es erscheint notwendig, eine deutliche Absicherung der Rekonstruktion im Dialog mit der Schwangeren zu entwickeln. Hierzu sind die bisherigen Ansätze noch nicht weit genug entwickelt.

4.2.3 Methodische Umsetzung der Rekonstruktionsstrategie

Die ersten Schritte zur konkreten Erfassung des Erlebens der Frühschwangerschaft anhand dieser Rekonstruktionsstrategie wurden im Rahmen von zwei Diplomarbeiten unternommen, wobei an der gleichen Stichprobe von Erstgebärenden in einem ersten Interview die Bereiche körperlicher Veränderungen und deren Erklärungen (ROTHE-KIRCHBERGER 1979), in einem zweiten Interview wahrgenommene Veränderungen im Verhalten, in den Kognitionen und Emotionen und deren Erklärung rekonstruiert wurden (MECHELA und VESTER 1979). Für eine ausführliche Information sei auf beide Arbeiten verwiesen. In diesem Zusammenhang sollen nur die allgemeinen Schritte im Vorgehen angedeutet wer-

den, die dabei auftretenden Probleme und die ersten Ergebnisse. Daran schließen sich in 4.2.4 prinzipielle Überlegungen über die weiteren Möglichkeiten an.

Die allgemeinste Zielsetzung bei der empirischen Erhebung der Subjektiven Theorie nach der entworfenen Rekonstruktionsstrategie bestand darin, festzustellen, ob überhaupt die konzipierten Elemente von Schwangerschaftserleben im Alltagsbewußtsein der Frauen vorhanden, nachweisbar und rekonstruierbar sind. Insofern mußte ein methodisches Vorgehen gewählt werden, daß einerseits die Reflexionen der Alltagsperson, hier der schwangeren Frau, auf die zu rekonstruierenden Elemente lenkt und andererseits so offen ist, daß den Frauen die Möglichkeit bleibt, in diesem Bereich alle ihre Reflexionen in Zusammenhang mit der Schwangerschaft zu äußern.

Für die bisherigen empirischen Versuche wurden entsprechend der entwickelten Strategie folgende Erwartungen, d.h. keine Hypothesen im statistischen Sinne formuliert:

- In der Frühphase der Schwangerschaft nehmen Frauen sowohl körperliche als auch psychische Veränderungen in ihren Kognitionen, Gefühlen und Verhaltensweisen wahr. Nach der Häufigkeit der wahrgenommenen Veränderungen gibt es sowohl deutlich gemeinsame als auch individuelle Veränderungen.
- Die wahrgenommenen Veränderungen haben für die Frauen einen unterschiedlichen Grad an Wichtigkeit.
- Für die wahrgenommenen Veränderungen lassen sich bei den Frauen Erklärungen rekonstruieren: die Veränderungen werden verschieden erklärt.
- Die von den Frauen formulierten Erklärungen lassen sich sinnvoll zu verschiedenen inhaltlichen Kategorien zusammenfassen (ROTHE-KIRCHBERGER 1979, 19; MECHELA und VESTER 1979, 36, 37).

Für das konkrete Vorgehen wurde in beiden Arbeiten ein Interview gewählt, das in spezifischer Weise nach dem Modell der Rekonstruktion (Abb. 5) entwickelt wurde und jeweils einen offenen und einen systematischen Teil enthielt, so daß in mehreren Schritten von einer sehr offenen Gesprächssituation

zu einer stärker strukturierten Befragung der Frauen, bezüglich der Wichtigkeit auch zu einem Rating, fortgeschritten wurde. Sowohl der spontane als auch der systematische Teil des Interviews erfassen wahrgenommene Veränderungen (bezogen auf einen neutralen Vergleichszeitpunkt), Wichtigkeit und subjektive Erklärungen der Veränderung. Der systematische Teil bestand jeweils in der Vorgabe von möglichen Veränderungen, die für den körperlichen Bereich aus umfangreicher medizinischer Fachliteratur (ROTHE-KIRCHBERGER 1979), für den psychischen Bereich aus psychologischer Literatur und Vorinterviews genommen wurden (MECHELA und VESTER 1979). Die Stichprobe (in einem Fall 18, im anderen Fall 30 Personen), bestand aus Frauen, die ihre erste - bis zu diesem Zeitpunkt (12/14. Woche) nicht unterbrochene - Schwangerschaft erlebten, verheiratet waren bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft lebten, aus mittlerer bis höherer Sozialschicht stammten und keine eindeutigen Risikoschwangerschaften darstellten (vgl. genauer: Gewinnung und Zusammensetzung die Stichprobe a.a.O.).

Einen wesentlichen Problempunkt bei dem konkreten Vorgehen der Rekonstruktion stellten die verschiedenen methodischen und sozialen Bedingungen bei der mündlichen Befragung dar. Über die spezifischen methodischen Probleme der Genauigkeit des Interviews als Rekonstruktionsverfahren Subjektiver Theorien, über Einflußmöglichkeiten durch Interviewer und befragte Person sowie Fragen der Kontrolle, gibt SCHULMEISTER (1979) einen Überblick. Für die Erhebung von Schwangerschaftstheorien ist die soziale Beziehung zwischen Forscher(in) und befragter Person, die möglichen Machtstrukturen, Sprach- und Verständigungsprobleme, gegenseitiges Vertrauen und Erwartungen von besonderer Bedeutung. Diese Punkte werden in den Diplomarbeiten genauer behandelt. Eine wesentliche Bedingung für eine wahrscheinlich günstige Beeinflussung der sozialen Beziehung ist darin zu sehen, daß die Interviewer auch Frauen, z.T. auch schwangere Frauen, waren.

Die weiteren Schritte der Rekonstruktion bestanden zunächst in der Transskription der umfangreichen Tonbandprotokolle und

der anschließenden deskriptiven und qualitativen Auswertung der Rohdaten zu den einzelnen spontan und systematisch angegebenen Veränderungen, deren Wichtigkeit und Erklärungen. Deskriptive Statistiken wurden sowohl für die Individuen als auch auf der Grundlage der gesamten Stichprobe erstellt. Eine deskriptive Überprüfung der Erwartungen wurde vorgenommen, sie konnten in der überwiegenden Zahl bestätigt werden. Dieses Material, das weiterer Verarbeitung bedarf, kann hier nicht dargestellt werden.

Dagegen wird beispielhaft für den Bereich der Wahrnehmung körperlicher Veränderungen die weitere Analyse der subjektiven Erklärungen beschrieben. Die bisherigen empirischen Arbeiten verwendeten hierfür ein globales inhaltsanalytisches Auswertungsverfahren.

Bei der Inhaltsanalyse von Erklärungen für schwangerschaftsbegleitende Veränderungen ergaben sich eine Anzahl von Problemen, die unter Berücksichtigung des Kontextes in einem einzelnen Protokoll und unter Beachtung der theoretischen Analyse der Erklärungsstrukturen durch Festsetzung glöst wurden.

Beispiele für Probleme sind:

- Die Unterschiede bei der sprachlichen Formulierung der Erklärung (es werden verschiedene Wörter gebraucht: weil; dadurch, daß; es liegt daran, daß ...; das hängt mit ... zusammen; wenn; wenn,-dann; damit; wegen (sh. ROTHE-KIRCHBERGER 1979, 70; MECHELA-VESTER 1979, 88),
- die Definition für eine Aussageeinheit der Erklärung,
- die Verwendung von eher globalen (weil ich schwanger bin) oder eher spezifischen Erklärungen (ROTHE-KIRCHBERGER a.a.O., 71); "der Körper lehnt das ab, weil es nicht gut für das Kind ist"),
- das Auftreten von Erklärungen für Erklärungen, so daß sich Ketten bilden u.ä. (vgl. genauer MECHELA und VESTER a.a.O.; ROTHE-KIRCHBERGER a.a.O.).

Nach mehreren Schritten der Festlegung einer Erklärung als thematische und sinnhafte Einheit wurden z.B. für den Komplex der körperlichen Veränderungen auch zwei Dimensionen von Er-

klärungs-faktoren konstruiert, die sich mit den Dimensionen von WEINER's Fassung der Attribuierungstheorie vergleichen lassen. Auf einer Dimension der internalen und externalen Beeinflussung kann ein Bereich personbezogener Erklärungen für eigenes Verhalten, psychische und physische Eigenarten, persönliche Erfahrungen, eigene Vorsätze, Wünsche usw. angenommen werden. Davon abzugrenzen ist ein nicht durch die Person beeinflussbarer Bereich, der differenziert werden muß in Kind, Partner, andere Personen, äußere Bedingungen in der Umwelt und Lebenssituationen.

Die Dimension der Stabilität war nicht im Sinne der bisherigen Attribuierungstheorien rekonstruierbar, da durch den Prozeß der Schwangerschaft eine andere Zeitstruktur vorgegeben ist. Es bot sich auf formaler Ebene eine Dreiteilung der zeitlichen Stabilität an in Phänomene, die variabel sind, solche, die stabil in der Schwangerschaft sind und solche, die stabil über die Schwangerschaft hinaus oder unabhängig von der Schwangerschaft sind.

Einen Überblick über die möglichen zu rekonstruierenden Arten von Erklärungen mit Beispielen für jede Kategorie gibt ROTHE-KIRCHBERGER auf S. 75 (sh. Abbildung 6).

Abb. 6

Zweidimensionales Auswertungsschema subjektiver Erklärungen für wahrgenommene Veränderungen in der Frühschwangerschaft anhand von Beispielen (aus: ROTHE-KIRCHBERGER 1979, 75)

Stabilität über die Zeit	Beeinflussungsbereich	
	internal	external
variabel	"weil ich mich von einigen Freunden zurückziehe"	"Mein Mann macht gerade Prüfung"
stabil in der Schwangerschaft	"weil ich das Gefühl habe, etwas ganz besonderes zu haben"	"weil man mir gesagt hat, daß das in der Schwangerschaft so sein soll"
stabil	"weil ich schon immer das Bedürfnis habe, die kommende Zeit voranzuplanen"	"Mein Vater kann seine Gefühle nie so zeigen"

Bezogen auf die konkreten inhaltlichen Erklärungskategorien für körperliche Veränderungen in der Frühschwangerschaft wurde die Dimension der zeitlichen Stabilität weiter modifiziert in:

- | | | |
|--|---|---|
| Schwangerschafts-
spezifische
Faktoren | { | <ul style="list-style-type: none"> - spezifische Erklärungsfaktoren, die <u>während</u> der Zeit der Schwangerschaft auftreten - spezifische Erklärungsfaktoren, die <u>nach</u> der Zeit der Schwangerschaft zutreffen und |
| Schwangerschafts-
unabhängige Faktoren | | - Faktoren, die unabhängig von der Schwangerschaft bestehen (stabil) |

Die Abbildung 7 zeigt die letztlich verwendeten Erklärungskategorien nach ROTHE-KIRCHBERGER 1979. In der Dimension der Stabilität tritt dabei der Zeitaspekt zurück gegenüber der Spezifität/Unspezifität bezogen auf den Zustand der Schwangeren.

		INTERNAL					EXTERNAL				
		eigener Körper (körperlich)	eigene Person (psychisch)	Kind	Partner	andere Person	äußere Umstände				
während	1	a) global: Schwangerschaft b) Hormone c) sinnvolle biologische Reaktion des Körpers d) unspezifische körperliche Umstellung e) spezifische Reaktion der Genitalorgane f) spezifische Reaktion der Nicht-Genitalorgane g) Unausweichliche körperliche Weiterentwicklung bis Geburt	a) Gefühle b) Vorsätze Wünsche Erwartungen c) eigenes Verhalten d) Erstmaligkeit des Erlebens einer Schwangerschaft	7 Wohlgeraten des Fetus Energieverbrauch durch den Fetus	8 Gefühle Vorsätze Wünsche Erwartungen Verhalten Covade-Syndrom	9 Gefühle Vorsätze Wünsche Erwartungen Verhalten Anordnung des Arztes	10 Arztpraxis Klinikausstattung				
nach	3	körperlicher Zustand nach der Schwangerschaft	4 Rolle als zukünftige Mutter Gegensätze zwischen sich widersprechenden Gefühlen	11 erwartete Freude durch das Kind erwartete Arbeit durch das Kind Wohlgeraten des Kindes Entwicklungsstand des Kindes	12 Rolle des zukünftigen Vater	13 soziale Verhaltensvorschrift	14 Unklarheit der Berufssituation				
UNABHÄNGIG von der Schwangerschaft	5	spezifisches körperliches Merkmal körperliche Besonderheit	6 Erlebnisse aus der individuellen Lebensgeschichte psychische Eigenart Vorsätze Wünsche		15 Eigenarten im Verhalten besondere Merkmale	16 Eigenarten im Verhalten besondere Merkmale	17 äußere Ereignisse besondere Lebensumstände			18= keine Erklärung	

Es ist ersichtlich, daß die Erklärungskategorien wiederum jeweils Sammelkategorien darstellen, die aber noch nicht übergreifend definiert wurden. Nicht alle Kategorien traten zur Erklärung von körperlichen Veränderungen auf.

Dieses Kategoriensystem kann nur als erster Versuch einer Rekonstruktion der naiven Erklärungen verstanden werden, es bedarf weiterer Absicherung durch zusätzliche Erhebungen, einer Prüfung der Auswertungsobjektivität durch erfahrene Beurteiler, gegebenenfalls auch einer Veränderung. Problematisch war z.B. die Zuordnung der körperlichen Erklärungskategorien wie "Hormone als Ursache für Veränderungen" zum Bereich der durch die Person beeinflussbaren Faktoren. Dies wird jedoch durchaus verschieden erlebt, wie ROTHE-KIRCHBERGER aufzeigt (a.a.O., 73). Im Bereich psychischer Veränderungen hat sich diese Art der Kategorienschemata, wie sie in Abbildung 6 und 7 wiedergegeben sind, als wesentlich schwieriger erwiesen. Deshalb haben MECHELA und VESTER nur einzelne sehr differenzierte Kategorien von Erklärungen verwendet und auf die Anordnung in Dimensionen vorläufig verzichtet.

4.2.4 Weitere Planung

Von den zahlreichen Weiterführungsmöglichkeiten für die Subjektive Theorie in der Phase der Frühschwangerschaft steht zunächst die Neuüberprüfung der Erklärungsstrukturen an demselben Material im Vordergrund. Es soll auf der Basis einer genaueren wissenschaftstheoretischen Ableitung, psychologischer Analysen der subjektiven und objektiven Erklärungsstrukturen und der inhaltlichen Neuauswertung der Protokolle noch einmal eine Kategorisierung der verwendeten Erklärungen vorgenommen werden. In diesem Durchgang wird besonderer Wert auf die Kriterien für Ursachenerklärungen im Gegensatz zu zielorientierten Um-zu-Erklärungen gelegt (unter Rückgriff auf SCHÜTZ 1971; von WRIGHT 1974; STEGMÜLLER 1969 und 1974).

Ein anderer Weg zur Verbesserung der Rekonstruktionsmöglichkeiten Subjektiver Schwangerschaftstheorien soll sich auf SCHULMEISER's (1979) Analyse der grundsätzlichen methodischen

Möglichkeiten und der sozialen und situativen Bedingungen in der Interviewsituation beziehen. Möglicherweise muß anstelle dieser sehr vorstrukturierten Strategie eine wesentlich offenerere Vorgehensweise ins Auge gefaßt werden.

Besonders verbesserungsbedürftig erscheint mir die im epistemologischen Subjektmodell geforderte Überprüfung von Subjektiven Theorien durch Herstellung eines Konsensus im Dialog mit der Schwangeren. Wie dies zu erreichen ist, ist noch weitgehend unklar. Als eine Möglichkeit erscheint die Abstimmung der Erklärungskategorien direkt im Gespräch mit der Schwangeren, nachdem in mehrfacher Überprüfung das Kategoriensystem für Erklärungen verbessert wurde.

Eine langfristige Weiterführung der eingeschlagenen Rekonstruktionsstrategie nach der Attribuierungstheorie bestünde darin, die nachfolgenden Konsequenzen kognitiver, gefühlsmäßiger und handlungsbezogener Art zu den Erklärungen in Beziehung zu setzen. Möglich erscheint in dem Zusammenhang, die Gefühle und Erwartungen für den weiteren Verlauf der Schwangerschaft, die Geburt und die Beziehung zum Kind nach der Geburt aus den Erklärungen vorherzusagen, wenn die kausale Wirkung von Kognitionen zutrifft.

Die Erwartungen können durch unterschiedliche Zeitperspektiven gekennzeichnet werden. Vorläufig erscheint es uns sinnvoll zu unterscheiden zwischen:

1. Erwartungen über den Schwangerschaftsverlauf
2. Erwartungen über die Geburt
3. Erwartungen in Bezug auf das Kind (nach der Geburt).

Nach Ergebnissen der allgemeinen Motivationsforschung, ebenso wie nach spezifischen Einstellungsforschung zur Schwangerschaft, erscheint es möglich, für die verschiedenen Ereignisse im Verlauf der Schwangerschaft zwei grundsätzliche Richtungen der Erwartung zu unterscheiden:

- Bei einer positiven, zuversichtlichen Richtung wird ein relativ problemloser Ablauf der Schwangerschaft erwartet.

Hier dominiert eine neugierige, interessierte Haltung gegenüber z.B. körperlichen und psychischen Veränderungen und Freude auf das Kind.

- Eine eher negative, zweifelnde, skeptische Erwartungshaltung wäre gekennzeichnet durch die Erwartung von Schwierigkeiten, Behinderungen, Schmerzen und Belastungen.

Die langfristigen Auswirkungen einer Subjektiven Theorie der Erühschwangerschaft wurden noch nicht weiter konzipiert.

Letztlich könnten derartige Ergebnisse zur Konzeption eines Beratungsprogramms für schwangere Frauen umgesetzt werden, in dem solche für das Wohlbefinden günstigen Theoriekomponenten unterstützt und aufgebaut würden.

4.3 Elemente einer Subjektiven Theorie des Geburtserlebens

Ein zweiter, allerdings wesentlich vorläufigerer Versuch zur Rekonstruktion von Subjektiven Theorien der Schwangerschaft wurde für die kognitive und affektive Verarbeitung der Geburt unternommen. Im Rahmen der Diplomarbeit von FELIS und ROTTEN-ECKER-SCHAUB (1969) sind kognitive Variablen und Indikatoren des subjektiven Wohlbefindens kurz vor der Geburt und danach erfaßt worden. Es handelt sich bei dieser Arbeit jedoch nicht um einen Rekonstruktionsversuch Subjektiver Theorie des Geburtserlebens in dem Sinne, wie dieses Konstrukt im vorhergehenden Kapitel 3 theoretisch und methodisch dargestellt wurde, sondern um eine Vorläuferstudie. Einige kognitive Elemente, nämlich Erwartungen über eigene Kontrollmöglichkeiten des Geburtsablaufs wurden in Beziehung gesetzt zu Aspekten des Wohlbefindens, wobei das übliche sozialwissenschaftliche Vorgehen theoriegeleiteter empirischer Untersuchungen benutzt wurde. Diese Arbeit kann also höchstens als Vorstudie für die Erstellung einer Rekonstruktionsstrategie kognitiver und emotionaler Elemente des Geburtserlebens betrachtet werden. Insofern wird die Studie, die leider empirisch wenig Hypothesen bestätigen konnte, hier nur zur Konzeption einer entsprechenden Rekonstruktion angeführt.

Wie bereits bei der Darstellung und Konkretisierung von Zeitpunkten und Ereignissen im Verlauf der Schwangerschaft aufgezeigt wurde, ist die Geburt als hervorragendes Ereignis

am Ende der Schwangerschaft in besonderer Weise geeignet, bei der betroffenen Frau eine Vielzahl von Kognitionen, Gefühlen und Handlungsplänen auszulösen. Nach unserer Auffassung müßten auch diese in Form einer Subjektiven Theorie rekonstruierbar sein, welche entscheidend die Verarbeitung dieses biologischen Vorgangs und darauf bezogene Handlungen beeinflussen. Nach Erfahrungsberichten und der Darstellung von Geburtserleben in der Literatur wird davon ausgegangen, daß das Ereignis der Geburt in jedem Fall emotional ambivalent beurteilt wird. Einerseits lebt die Frau in freudiger Erwartung auf das Kind, sie ist ungeduldig, den am Ende belastenden Zustand der Schwangerschaft zu beenden, andererseits spielen negative Faktoren wie Angst vor Schmerzen und Anstrengung während der Geburt, Angst vor einer Schädigung des Kindes im Verlauf der Geburt und mögliche Befürchtungen in bezug auf die unsichere und belastende Situation mit dem Neugeborenen nach der Geburt eine Rolle.

Es kann davon ausgegangen werden, daß die Frau angesichts dieser widersprüchlichen Gefühle, der Unbekanntheit des Geburtsergebnisses selbst sowie der Unsicherheit über dessen Ausgang in differenzierter oder globaler Form Erwartungen, Vorstellungen, Wünsche und Gefühle entwickelt, die hier in einer Subjektiven Theorie zusammengefaßt werden.

Als eine Möglichkeit, diese subjektiven Erwartungen zu strukturieren und daraus einen Plan zur Rekonstruktion einer Subjektiven Theorie der Geburt zu entwickeln, bietet sich die Theorie der kognitiven Kontrolle an. Diese Theorie wurde im Rahmen einer Diplomarbeit zur Hypothesenbildung für das Geburtserleben herangezogen (FELIS und ROTTENECKER-SCHAUB 1979). Die zentralen Annahmen und Hinweise auf eine Umsetzungsmöglichkeit werden kurz angeführt.

4.3.1 Die Kontrolltheorie als Rekonstruktionsstrategie:

Zentrale Annahmen und offene Probleme

Während die Attribuierungstheorie die subjektiv angenommenen Ursachen für bestimmte Ereignisse und Handlungsergebnisse als

ordnende Kognitionen behandelt, stehen bei einer anderen Gruppe von Theorien die Wahrnehmung von Kontrolle, Erwartung von Kontrolle und die kognitiven und emotionalen Konsequenzen bei nicht kontrollierbaren, unangenehmen d.h. aversiven oder ambivalenten Ereignissen im Vordergrund. Wichtige Fragen in diesen Konzeptionen sind:

- Wie wirken sich kognitive Kontrollerwartungen auf die psychische Verarbeitung von Stress und negativen Lebensereignissen aus?
- Unter welchen Bedingungen reagieren Menschen auf Ereignisse wie Krankheit, Schmerzen, Tod von nahen Verwandten, Schlafstörungen, Lärm u.ä. durch verstärkte Aktivität und wann geben sie auf und werden apathisch?
- Wie reagieren Individuen, wenn sie Ziele nicht erreichen, die für sie wichtig sind oder wenn sie unangenehme Reizbedingungen ertragen müssen?
- Wie entsteht gelernte Hilflosigkeit als das Gefühl, unangenehme Bedingungen nicht kontrollieren zu können?
- Wie wirken sich Kontrollerwartungen bezüglich aversiver Ereignisse auf das allgemeine psychische und physische Wohlbefinden aus?

Auf diese und ähnliche Fragen geben verschiedene Ansätze in der Stressforschung (GLASS und SINGER 1972), die Theorie der gelernten Hilflosigkeit (SELIGMAN 1975); die Verbindung von Reaktanztheorie und gelernter Hilflosigkeitstheorie nach WORTMAN und BREHM (1975) und neuere Verbindungen des Modells der gelernten Hilflosigkeit zur Attribuierungstheorie (ABRAMSON et als. 1978; WORTMAN und DINTZER 1978) und die im deutschen Sprachraum formulierte Theorie der kognitiven Kontrolle (KUMPF et al. o.J.) ein. Da es in diesem Kontext nicht um die Darstellung der Theorien selbst geht, sondern nur um die zentralen Annahmen, die für eine Verwendung zur Rekonstruktion des Geburtserlebens wichtig sein könnten, werden nur diese in knapper Form angeführt.

Als grundlegende Annahme dieser Theoriegruppe postulieren WORTMAN und BREHM (1975), daß der Mensch ein elementares Bedürfnis nach Beherrschung der Umgebung hat. Mit den Worten

von KELLY (in WORTMAN und BREHM 1975, 279) heißt das:

"... Might not the individual man, each in his own personal way, assume the stature of the scientist ever seeking to predict and control the course of events with which he is involved". Wie vorn gezeigt wurde, wird diese Grundannahme von zahlreichen kognitiven Theoretikern geteilt.

Auf der Suche nach kognitiven Antezedenzfaktoren bei der Adaptation an verschiedene Stressbedingungen wies die Stressforschung nach, daß Personen, die Kontrolle über aversive Ereignisse haben, weniger Stress erleben und danach einen niedrigeren Leistungsabfall haben als Personen, die keine Kontrolle haben. Die Wahrnehmung von Kontrolle wird als "beneficial" bezeichnet, d.h. als eine Bedingung für psychisches Wohlbefinden.

Beispielsweise zeigten GLASS, SINGER und FRIEDMAN (1969) in Experimenten, daß unvorhersehbarer Lärm zu niedriger Frustrationstoleranz und niedriger Leistung führt im Gegensatz zu vorhersehbarem Lärm. Die Vorstellung der Vpn, unangenehme Geräusche beenden zu können, d.h. kontrollieren zu können, führte dazu, daß das Geräusch als weniger störend empfunden wurde.

Vergleichbarer mit dem Geburtsprozeß, wenn auch noch grundsätzlich verschieden, ist die Anwendung des Konzeptes kognitiver Kontrolle auf die Adaptation von Patienten nach Operationen. "Je mehr eine Person glaubt, den aversiven Zustand der Operation und deren Folgeerscheinungen kontrollieren (d.h. beeinflussen, vorhersagen und erklären) zu können, um so schneller verläuft der Genesungsprozeß" (BOLLINGER et al. 1978, 20).

Ohne auf die weiteren Annahmen und Modifikationen der Reaktanztheorie und der Theorie der gelernten Hilflosigkeit hier einzugehen, seien deren Verarbeitung in der für die Abbildung des Geburtserlebens geeigneter erscheinenden Theorie der kognitiven Kontrolle angeführt. Dazu können allerdings fast nur unveröffentlichte Forschungsberichte einer Gruppe von Sozialwissenschaftlern

am Sonderforschungsbereich 24 der Universität Mannheim herangezogen werden, da der gesamte Ansatz noch in der Entwicklung begriffen ist (sh. FREY 1977; KUMPF et al., o.J.; BOL-LINGER et al. 1978).

Das Konstrukt der kognitiven Kontrolle faßt die vorhergehenden Theorien in der Weise zusammen, daß drei Aspekte kognitiver Kontrollüberzeugungen unterschieden werden:

V o r h e r s e h b a r k e i t als "Kognition der Auftretenswahrscheinlichkeit bestimmter Ereignisse oder Zustände bei Vorliegen gewisser Anfangsbedingungen" (KUMPF et al. 546),

B e e i n f l u ß b a r k e i t als "kognitive Fähigkeit, Ereignisse, Zustände gemäß eigenen Zielvorstellungen manipulieren zu können (a.a.O., 546) und

E r k l ä r b a r k e i t im Sinne des Alltagswissens, d.h. eine Person glaubt, ein Ereignis "je nach individueller Plausibilität" auf eine Ursache zurückführen zu können (a.a.O., 547).

In dieser Konzeption reicht es also aus, daß die Person glaubt, bestimmte Ereignisse vorhersehen, beeinflussen und erklären zu können. Entsprechend wird kognitive Kontrolle global definiert durch die drei Kontrollerwartungen:

"Kognitive Kontrolle besteht in dem Maße, in dem eine Person glaubt, Ereignisse und Zustände in sich und ihrer Umwelt beeinflussen, und/oder erklären und/oder vorhersehen zu können" (a.a.O., 545).

Als Grundannahmen der Theorie werden vier Thesen formuliert, die deutliche Parallelen zu anderen Theorien, z.B. der von HEIDER zeigen.

1. "Personen sind bestrebt, Ereignisse und Zustände in sich selbst und in ihrer Umwelt zu kontrollieren" (FREY et al. 1977, 106).
2. "Tritt eine Verletzung oder Bedrohung der Kontrolle auf, so entsteht eine Motivation, die Kontrolle wieder herzustellen bzw. den Kontrollverlust zu reduzieren" (a.a.O., 106), Kontrollverlust wird also als unangenehmer Zustand postuliert.

3. Die Reaktionen auf Kontrollverlust sind von der Attribution der Ursache des Kontrollverlustes abhängig. Hierbei wird nur an die vier kausalen Ursachenfaktoren (internal/external bzw. variabel/stabil) gedacht. "Personen, die sich die "Unfähigkeit", Kontrolle auszuüben, selbst zuschreiben (internale Attribution), sind vom Kontrollverlust stärker betroffen als Personen, die Faktoren in der Umwelt für den Kontrollverlauf verantwortlich machen" (externale Attribution) (FREY et al. 1977, 106).
4. "Die Generalisierung der Auswirkungen eines Kontrollverlustes auf andere Teile des kognitiven Feldes hängt von der Attribution der Ursachen des Kontrollverlustes und der Stärke des Kontrollverlustes ab" (KUMPF et al., o.J. 551). Es wird z.B. angenommen, daß internale Ursachenattribution zu stärkerer Generalisierung führt als externale.

Zur empirischen Überprüfung der Kontrolltheorie liegen bisher eine Anzahl von Laboruntersuchungen vor. Der Kontrollverlust wurde in der Regel über die Kombination der drei Kontrollverlustarten induziert, am häufigsten als Widerlegung von Beeinflussungskognitionen. Zu den einzelnen Annahmen liegen unterschiedliche Bestätigungen vor. In experimentellen Lernsituationen konnten Annahme 1 und 2 bestätigt werden. Zur Annahme 3 zeigte sich, daß internale Attribution stärkere affektive und motivationale Wirkungen hat als externale; die 4. Annahme wurde nicht bestätigt (KUMPF et al., o.J.).

Die in diesem Kontext wichtige Bestätigung der Annahmen in lebensnahen Situationen steht noch aus. Für eine Übertragung auf die subjektive Wahrnehmung von Geburt werden daher nur die ersten beiden Thesen in heuristischer Form übernommen. Dabei läßt sich die grundlegende Aussage dieser theoretischen Position so formulieren:

Je ausgeprägter die Kognition von Vorhersehbarkeit, Beeinflussbarkeit und Erklärbarkeit sind, desto größer ist das psychische und physische Wohlbefinden, d.h. desto besser kann die betroffene Person schwierige Lebensereignisse meistern.

Von dieser Formulierung der Annahmen soll für die Rekonstruktionsstrategie des Geburtserlebens ausgegangen werden.

Einige kritische Anmerkungen zur bisherigen Formulierung der Theorie der kognitiven Kontrolle erscheinen jedoch zuvor notwendig:

- Das Konzept der "Kognitiven Kontrolle" ist selbst nicht definiert, sondern wird mit Hilfe von drei Aspekten von Kontrollüberzeugungen beschrieben. Daher bleibt die genaue Bedeutung offen.
- Weiter fehlt eine genaue Begründung, warum gerade die drei Aspekte Vorhersehen, Beeinflussen und Erklären als Konstituenten der kognitiven Kontrolle angesehen werden.
- Der komplementäre Begriff "Kontrollverlust" wird auch entsprechend breit und unpräzise verwendet. Dies zeigen die Operationalisierungen als z.B. plötzlicher Tod eines nahen Verwandten, eigener Unfall mit der Folge einer schweren Behinderung oder im Laborexperiment, die Tatsache, eine Lärmquelle nicht beeinflussen zu können. Dabei bleibt unklar, inwieweit die Person wirklich einen Verlust an Kontrolle erlebte. Kontrollverlust kann offenbar nur bei wiederholtem Auftreten von Ereignissen oder im Anschluß an ein Ereignis konzipiert werden. Insofern wäre erst im Anschluß an eine Geburt zu erfassen, ob die Frau die Erfahrung machte, diesen Prozeß nicht kontrollieren zu können.
- Ein wesentlicher Kritikpunkt ist darin zu sehen, daß das Verhältnis der drei Kontrollerwartungen zueinander nicht geklärt ist. Deutlich ist, daß die beiden Aspekte Beeinflussbarkeit und Erklärbarkeit in der Regel die Vorhersehbarkeit eines unangenehmen Ereignisses einschließen. Insofern sind die drei Dimensionen nicht unabhängig voneinander.

4.3.2 Vorschläge für die Konzeption wesentlicher Elemente einer Subjektiven Theorie des Geburtserlebens

In Anlehnung an die Theorie der kognitiven Kontrolle können die drei dort formulierten Kontrollerwartungen als Elemente einer Subjektiven Theorie konzipiert und für den Geburtsablauf konkretisiert werden. Die zentralen kognitiven Elemente müßten sich dann für einen Zeitpunkt kurz vor der Geburt bei

der Frau rekonstruieren lassen, d.h. gemeinsam mit der Frau wäre zu klären, ob und in welcher Form Erwartungen über V o r h e r s e h b a r k e i t, B e e i n f l u ß b a r k e i t und E r k l ä r b a r k e i t d e s G e b u r t s p r o z e s s e s bestehen. Weiterhin müßte bezüglich der Handlungsrelevanz dieser Theorieelemente der Alltagsperson empirisch geklärt werden, ob eine starke Ausprägung der Kontrollkognitionen tatsächlich mit erhöhtem subjektiven Wohlbefinden vor und nach der Geburt einhergeht.

In der erwähnten Vorstudie zu einer Rekonstruktion von FELIS und ROTTENECKER-SCHAUB (1979) wurde die folgende Fragestellung empirisch untersucht:

Fühlen sich schwangere Frauen gegen Ende der Schwangerschaft (Zeitpunkt t_1) wohler, wenn sie gut informiert sind über das bevorstehende Ereignis Geburt? "Gut informiert sein" wurde operationalisiert durch die Kontrollerwartungen, möglichst viel selbst beeinflussen zu können. Weiter wurde geprüft, ob das Wohlbefinden für die Zeit direkt nach der Geburt (Zeitpunkt t_2) zusammenhängt mit der Überzeugung zuvor, einen Einfluß auf den Geburtsverlauf zu haben und den Prozeß vorhersehen zu können.

Es ist davon auszugehen, daß sich die kognitive Beurteilung und die Kontrollerwartungen bezüglich des Geburtsprozesses durch die erste tatsächlich erlebte Geburt verändern, d.h. die Vorstellungen von Kontrolle können sich verringern, erhöhen oder modifizieren im Vergleich zu einem Zeitpunkt vorher. Dieses wäre jedoch eine weiterführende Frage, die sich auf die Veränderung der Subjektiven Theorie bezieht.

Die Untersuchung von FELIS und ROTTENECKER-SCHAUB hielt sich an folgenden Untersuchungsplan:

I	II	III
Schwangerschaft	Geburtsphase	Nachphase
Erhebungsphase t_1		Erhebungszeitpunkt t_2
1. Befragung:	ca 4 Wochen	2. Befragung
Kontrollüber-	dazwischen	Wohlbefinden
zeugungen		
Wohlbefinden		

Die erwähnte Studie benutzte zur Operationalisierung der Kontrollerwartungen ein vorstrukturiertes Interview mit numerischen Ratingskalen (1-6) zur subjektiven Einschätzung der Höhe der Kontrolle, zur Erfassung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens sowohl ein selbstentwickeltes Rating als auch die Eigenschaftswörterliste zur subjektiven Befindlichkeit von JANKE und DEBUS (1977) als objektives Instrument. (Zur Durchführung und zu den Ergebnissen vgl. FELIS und ROTTENECKER-SCHAUB 1979.)

An dieser Stelle sollen nur die Anregungen wiedergegeben werden, die aus dem dort entwickelten Fragebogen entnommen werden können zur geplanten Rekonstruktion der Kontrollvorstellungen der Frau über die Geburt. Zunächst erscheint es sinnvoll, nur die Aspekte der **V o r h e r s e h b a r k e i t** und **B e e i n f l u ß b a r k e i t** von Ereignissen im Geburtsablauf als Subjektive Theorie zu rekonstruieren. Es zeigte sich bei Konkretisierungsversuchen und Vorinterviews, daß der Aspekt der Erklärbarkeit der Ereignisse im Geburtsprozeß auf die Erhebung naiven bzw. hier auch medizinischen Wissens ausgerichtet wäre. Z.B. "Können Sie sich die Entstehung von Wehen erklären?" Fragen dieser Art wurden von den Frauen als Prüfung ihrer Kenntnisse aufgefaßt und wirkten sich negativ auf die Interviewsituation aus. Daher wurde der Aspekt der Erklärbarkeit vernachlässigt, er überschneidet sich auch teilweise mit der Beeinflußbarkeit.

Eine wesentliche Anregung für eine zu erstellende Rekonstruktionsstrategie besteht weiter darin, die kognitiven Elemente der Vorhersehbarkeit und Beeinflußbarkeit entsprechend den Phasen des Geburtsablaufs (vgl. FRIEDBERG und HIERSCHE 1975, STEHR 1978) zu konkretisieren. Als geeignete Erhebungsmöglichkeit dieser Aspekte subjektiver Erwartungen kann wiederum eine mehr oder weniger offene Interviewsituation angesehen werden, in der soweit wie möglich eine Gesprächsatmosphäre vorherrscht, wie sie SCHULMEISTER (1979) als Subjekt-Subjekt-Beziehung beschreibt. Zur Veranschaulichung der möglichen Fragenkomplexe, die geeignet sind, die Reflexionen der

schwangeren Frau auf die bei ihr vorhandenen Kontrollüberzeugungen in ihrem Kognitionssystem zu lenken, seien die Fragen des Interviews von FELIS u.a. zu diesem Komplex dargestellt (sh. Anhang der Diplomarbeit).

Vorhersehbarkeit:

- In welchem Ausmaß glauben Sie, daß Sie den Beginn der Wehen erkennen können?
/Wie stellen Sie sich das vor?
- Und daran anschließend meinen Sie, daß Sie den richtigen Zeitpunkt herausfinden, in die Klinik zu gehen?
/Was ist für Sie der richtige Zeitpunkt, und wie finden Sie ihn heraus?
- Wie genau wissen Sie, ob ein bestimmter Arzt bei Ihrer Geburt dabei ist?
/Warum?
- Wie genau wissen Sie, ob eine bestimmte Hebamme bei Ihrer Geburt dabei ist?
/Warum?
- In welchem Ausmaß glauben Sie, daß Sie sich auf den Arzt verlassen können?
- In welchem Ausmaß glauben Sie, daß Sie sich auf die Hebamme verlassen können?
/Warum?
- Inwieweit glauben Sie, daß Wehen schmerzhaft sind?
/Warum glauben Sie das?
- Wie weit können Sie sich die Entstehung der Wehen vorstellen?
/Wie können Sie die Wehen beschreiben?
- Wie weit können Sie sich den Ablauf der Austreibungsphase vorstellen?
/Wie können Sie das beschreiben?
- Wie überzeugt sind Sie, daß Sie genügend Kraft haben werden, um die gesamte Geburt durchzuhalten?
/Warum?
- In welchem Ausmaß glauben Sie, daß Komplikationen vor und während der Geburt auftreten können?
/Wie stellen Sie sich das vor und warum?
- In welchem Ausmaß haben Sie schon daran gedacht, daß etwas mit dem Kind nicht in Ordnung sein könnte?
/Warum denken Sie daran?

Beeinflußbarkeit:

- In welchem Ausmaß glauben Sie, daß der Geburtsverlauf vor allem von Ihnen selbst abhängt?
/Warum glauben Sie das?

- In welchem Ausmaß glauben Sie, daß der Geburtsverlauf von anderen abhängt? (Arzt, Hebamme, andere Bedingungen)
/Warum glauben Sie das?
- Es gibt je nach Arzt oder Krankenhaus bestimmte Methoden, wie die Geburt vorbereitet wird (z.B. Einlauf; Abrasieren der Schamhaare; baden; laufende Untersuchungen; gehen; sitzen oder liegen während der Wehen). In welchem Ausmaß glauben Sie, daß Sie Ihre Vorstellungen bezüglich der Vorbereitung auf die Geburt durchsetzen können?
/Wie werden Sie das durchsetzen?
- Ebenso gibt es bestimmte Praktiken während der Geburt (CTG, Medikamente, Narkotika, Einleitung der Geburt). Wieweit glauben Sie, Ihre Vorstellungen dazu durchsetzen zu können?
/Wie können Sie darauf Einfluß nehmen?
- Möchten Sie, daß Ihr Partner bei der Geburt dabei ist? Inwieweit glauben Sie das durchsetzen zu können?
/Warum möchten Sie das?
- In welchem Ausmaß glauben Sie, daß Sie die Wehenschmerzen durch irgendwelche Entspannungstechniken beeinflussen können?
/Wie werden Sie das machen?
- Wie stark glauben Sie, auf folgende Punkte Einfluß nehmen zu können:
Pressen
Atmen
Dammschnitt
/Auf welche Art können Sie Einfluß nehmen?
- Glauben Sie, daß Sie Ihre Vorstellungen bezüglich des ersten Kontaktes mit Ihrem Kind verwirklichen können (auf den Bauch legen, stillen nach der Geburt, Nabelschnur nicht sofort durchtrennen)?
/Wie werden Sie das verwirklichen?

Mit derartigen Fragen und weiteren eigenen Darstellungen der Frauen können Erwartungen über Vorhersehbarkeit und Beeinflussbarkeit der Geburt mit der befragten Person zusammenentwickelt werden. Diese Art der Konkretisierung von Kontrollerwartungen bezieht sich allerdings nur auf den natürlichen Geburtsablauf, die Vorhersehbarkeit, Beeinflussbarkeit und Erklärbarkeit von Besonderheiten und Komplikationen wäre zu ergänzen.

Die Erfassung von subjektivem Wohlbefinden vor und nach der Geburt scheint ein wesentlich komplexeres Phänomen darzustellen, das mit den konventionellen Operationalisierungsversuchen von FELIS und ROTTENECKER-SCHAUB (1979) nicht angemessen erhoben werden konnte. Wahrscheinlich muß dies in breite-

rer und offenerer Form erfaßt werden und verschiedene, das Schwangerschaftsende und die Geburt beeinflussende Faktoren einbeziehen.

Inwieweit mit Hilfe eines offenen Rekonstruktionsplans die kognitiven Aspekte der Geburtsvorbereitung erfaßbar sind und in welchem Ausmaß und in welcher Weise das Wohlbefinden damit in Zusammenhang steht, bleibt abzuwarten. Es sollten an dieser Stelle nur erste Anregungen zu einem solchen Ansatz wiedergegeben werden.

5. Zusammenfassung

Dieser Bericht versucht, das Erleben der ersten Schwangerschaft von Frauen sowohl anhand der psychologischen Literatur als auch mit einem neuen theoretischen und methodischen Ansatz zu beschreiben. Es gibt heute mehrere Impulse für eine wissenschaftliche Behandlung des Gegenstandes "Schwangerschafts- und Geburtserlebens".

In dem zweiten Kapitel wird ein Überblick über die populärwissenschaftliche Darstellung dieses Themas und über die verstreuten theoretischen und methodischen Ansätze in der psychologischen Fachliteratur sowie die damit gewonnenen Forschungsergebnisse über Schwangerschaft gegeben.

Im dritten Kapitel wird das Konstrukt "Subjektive Theorie von Frauen über ihre erste Schwangerschaft mit theoretischen Begründungen und methodischen Überlegungen eingeführt. Es folgen im vierten Kapitel erste Konkretisierungsversuche für ein solches Konstrukt, die sich in einem Fall auf Elemente einer Subjektiven Theorie der Frühschwangerschaft und im anderen Fall auf Aspekte einer Subjektiven Theorie des Geburtsprozesses beziehen.

6. 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
- ALEXANDER, F. 1971. *Psychosomatische Medizin*. 2. Aufl.
Amsterdam. De Gruyter.
- ALETE-Buch zur Schwangerschaft. Ein Kind ist unterwegs.
2. Aufl. o. J. Hrsg. Allgäuer Alpenmilch AG, München.
- ARBEIT, S.A. 1975. A study of women during their first pregnancy. Dissertation. Yale University.
- BANDURA, A. 1977. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review* 84, 191-215.
- BEM, D.J. 1972. Self-perception theory.
Advances in experimental social psychology 6, 1-62.
- BENEDEK, Th. 1951. Die Funktion des Sexualapparates und ihre Störungen. in: F. Alexander & Th. Benedek. *Psychosomatische Medizin*. Berlin. De Gruyter. 170-210.
- De BEAUVOIR, S. 1968. *Das andere Geschlecht. Sitte und Sexus der Frau*. Hamburg, Rowohlt Verlag.
- BECKER, P. 1978. Prävention psychischer Störungen. in:
L. Schmidt (Hrsg). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie*. Stuttgart, Enke Verlag. 361.-378.
- BERG, D. 1976, 2. Aufl. *Schwangerschaftsberatung und Perinatalogie*. Stuttgart, Thieme Verlag.
- BIESELT-HUBRAL, D. & LOTHROP, H. 1977. Warum Frauen wieder stillen. *Psychologie Heute*. Juni, Heft 6. 38-43.
- BOLLINGER, G., FREY, D., KUMPF, M., OCHSMANN, R., ROST-SCHAUDE, E. & SAUER, C. Projektantrag 1978.. Entscheidungen als Prädiktoren des Verhaltens nach negativen Lebensereignissen. Sonderforschungsbereich 24 der Universität Mannheim.
- BOWES, W.A., BRACKBILL, Y., CONWAY, E. & STEINSCHNEIDER, A. 1970.
The effects of obstetrical medication on fetus and infant. *Monographs of the society for research on child development*, 35, No 4.
- BOWLBY, J. 1971. *Attachment and Loss*. Vol. 1. Attachment. Harmondsworth, Penguin.

- CHERTOK,L., MONDZAIN,M.L. & BONNARD,M. 1963.
Vomiting and the wish to have a child. Psychosomatic
Medicine, 25, 13-18.
- CONGER,J.J. 1973. Adolescence and Youth. New York, Harper & Row.
- CORDING,U.& LIEPMANN,Ch. 1971. Untersuchung zur Schwangerschaft als Stress-Situation. Diplomarbeit , Psychologisches Institut der Universität Heidelberg.
- DAVIDS,A.& HOLDEN,R.H. 1970. Consistency of maternal attitude and personality from pregnancy to eight month following child birth. Developmental psychology. 2. 364-366.
- DEUTSCH,H. 1959. Psychologie der Frau. 2. Aufl. Bern, Huber.
- DFG. Deutsche Forschungsgemeinschaft 1977. Schwangerschaftsverlauf und Kindesentwicklung. Boppard. H. Boldt Verlag.
- DOHRENWEND,B.S. & DOHRENWEND.B.P. (Hrsg). 1974. Stressfull life events: their nature and effects. New York, Wiley.
- DOTY,A.B. 1967. Relationships among attitudes in pregnancy and other maternal characteristics. Journal of genetic psychology. 111. 203-217.
- DUVAL,S. & WICKLUND,R.A. 1972. A theory of objective self awareness. New York, Academic Press.
- EDWARDS,R. 1970. Psychological changes associated with pregnancy and obstetric complications. Dissertation Abstracts International. Feb. Vol 30 (8-B) 3864-3865.
- ELTERN-Sonderheft. 1977. Arzt und Schwangerschaft.
Ein Lexikon für werdende Mütter . Verlag Gruner & Jahr, München.
- EPSTEIN,L.R.S. 1969. Dreams of pregnant women. Dissertation Abstracts International. 30 (7-B) 3370.
- EWY,D.& EWY,R. 1976. Die Lamaze Methode. München, Goldmann.
- FELIS,U.& ROTTENECKER-SCHAUB,D. 1979. Der Einfluß von Kontrollerwartungen auf das subjektive Wohlbefinden von Frauen vor und nach der Geburt ihres ersten Kindes. Diplomarbeit , Psychologisches Institut der Universität Heidelberg.
- FISHER,S. 1976. Orgasmus. Stuttgart, Hippokrates Verlag.
- FLANAGAN,G.L. 1968. Die ersten neun Monate des Lebens. Hamburg, Rowohlt Verlag.

- FREUD, S. Gesammelte Werke. London, Imago Publishing Co. Ltd.
 Bd. II/III Die Traumdeutung, 1968. 4. Aufl.
 Bd. V Werke aus den Jahren 1904-1905. 1968, 4. Aufl.
 Bd. XIV Werke aus den Jahren 1925-1931. 1940
 Bd. XV Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die
 Psychoanalyse. 1940.
- FREY, D., KUMPF, M., OCHSMANN, R., ROST-SCHAUDE, E. & SAUER, C. 1977.
 Theorie der kognitiven Kontrolle. Vortrag gehalten auf dem
 30. Kongreß der Dt. Gesellschaft für Psychologie.
 Regensburg 1976. in: Tack, W.H. (Hrsg) Bericht über den
 30. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie
 in Regensburg. Göttingen. Hogrefe. 105.
- FRIEDBERG, V. & HIERSCH, H.D. 1975. Geburtshilfe. Stuttgart,
 Thieme Verlag.
- GENSER, B. 1978. Erziehungswissen von Eltern. in: Schneewind, K.
 & Lukesch, H. (Hrsg): Familiäre Sozialisation. Klett-Cotta
 Stuttgart. 27-43.
- GLASS, D.C. & SINGER, J.E. 1972. Urban stress: Experiments on
 noise and social stressors. New York, Academic Press.
- GLASS, D.C., SINGER, J.E. & FRIEDMAN, L.N. 1969. Physic cost of
 adaption to an environmental stressor.
 Journal of personality and social psychology. 12. 200-210
- GRABITZ, H.J. 1978. Die Theorie der Selbst-Wahrnehmung von Bem.
 in: D. Frey (Hrsg). Kognitive Theorien der Sozialpsycho-
 logie. Bern, Huber. 138-159,
- GROEBEN, N. & SCHEELE, B. 1977. Argumente für eine Psychologie
 des reflexiven Subjekts. Darmstadt, Steinkopff.
- GUTMAN, D. 1975. Parenthood: A key to the comparative study
 of the life cycle. in: Danan, N. & Ginsberg, L.H. (Hrsg).
 Normative life crisis. New York, Academic Press. 167-184.
- HAVIGHURST, R.J. 1972. Developmental task and education. 3. Aufl.
 New York. Mc Kay.
- HARVEY, J.H., ICKES, W.J. & KIDD, R.F. 1976. New Directions in
 attribution research. Vol. 1. Hillsdale, N.Y., Erlbaum.
- HECKHAUSEN, H. Vorabdruck von 1976: Ein kognitives Motivations-
 modell und die Verankerung von Motivstrukturen. Vorabdruck
 aus: H. Lenk (Hrsg). Handlungstheorien in interdis-
 ziplinärer Perspektive. Bd. 3. München. Fink.

- HECKHAUSEN, H. 1977. Motivation. Kognitionspsychologische Aufspaltung eines summarischen Konstrukts. Psychologische Rundschau 28. 175-189.
- HEIDER, F. 1977. Psychologie der interpersonalen Beziehungen. Stuttgart, Klett.
- HERRMANN, Th. 1966. Die Psychologie und ihre Forschungsprogramme. Göttingen, Hogrefe.
- HUBERT, J. 1976. Belief and reality. Social factors in pregnancy and childbirth. in: Richards, M.P.M. (Hrsg). The integration of a child into a social world. 3. Aufl. London, Cambridge Univ. Press. 37-51.
- HULTSCH, D.F. & PLEMONS, M.K. 1979. Life event and life span development. Vorabdruck. for: Baltes, P.B. & Brim, O.G. Jr. (Hrsg). Life span development and behavior. Vol. 2. New York, Academic Press.
- JANKE, W. & DEBUS, G. 1977. Eigenschaftswörterliste - EWL. Göttingen, Hogrefe.
- JONES, E.E., KANOUSE, D.E., KELLEY, H.H., NISBETT, R.E., VALINS, S. & WEINER, B. 1972. Attribution: Perceiving the causes of behavior. Morriston, New York. General learning press.
- KLAUS, M.H. & KENNEL, J.H. 1976. Maternal-infant bonding. Saint Louis. The Mosley Company.
- KLUSMAN, L.E. 1975. Reduction of pain in childbirth by the alleviation of anxiety during pregnancy. Journal of consulting and clinical psychology. 43. 162-165.
- KOPEL, St. & ARKOWITZ, H. 1975. The role of attribution and self-perception in behavior change: implications for behavior therapy. Genetic Psychology Monographs. 92. 175-212.
- KUMPF, M., ROST-SCHAUDE, E., FREY, D., OCHSMANN, R. & SAUER, C. o.J. Kognitive Kontrolle und Kontrollverlust. Bericht aus dem Sonderforschungsbereich 24 für sozial- und wirtschaftspsychologische Entscheidungs-forschung der Universität Mannheim. 543-591.
- LAMB, M. 1979. Influences of the child on marital quality and family interaction during the prenatal, perinatal and infancy periods. Vorabdruck aus: Lerner, R.M. & Spanier, G.D. (Hrsg). Child influences on marital and

- family interaction: A life-span perspective. New York, Academic Press.
- U. Laucken. 1974. Naive Verhaltenstheorie. Stuttgart, Klett.
- LEBOYER, F. 1974. Der sanfte Weg ins Leben. München, Desch Verl.
- LEHR, U. 1978. Das mittlere Erwachsenenalter - ein vernachlässigtes Gebiet. in: Oerter, R. (Hrsg). Entwicklung als lebenslanger Prozeß. Hamburg. Hoffmann & Campe. 147-177.
- LEVY, M. 1970. Phenomenological aspects of childbearing. Dissertation Abstracts International. Nov. Vol 31 (5-B) 2994.
- LOTHROP, H. 1978. Muß das Leben im Kreissaal beginnen? Psychologie Heute. Heft 3 März. 21-28.
- LUBIN B., GARDENER, S.H. & ROTH, A. 1975. Mood and somatic symptoms during pregnancy. Psychosomatic Medicine. 37, 136-146.
- LUKESCH, M. 1975. Psychogene Faktoren der Schwangerschaft. D Dissertation. Salzburg.
- LUKESCH, H. & LUKESCH, M. 1976. S-S-G. Ein Fragebogen zur Messung von Einstellungen zu Schwangerschaft, Sexualität und Geburt. Göttingen, Hogrefe.
- LUKESCH, H. & LUKESCH, M. 1976. Konstruktion und Validierung eines Fragebogens über die Einstellung zur Schwangerschaft. Zeitschrift für Entwicklungs- und Pädagogische Psychologie 8, 142-144.
- MANTHEY, S. Geburt und Wochenbett im Krankenhaus. Geschichte - Praxis Heute- Alternativen. Eine Untersuchung des Wandels der Geburtshilflichen Ordnung in Deutschland und seine Bedeutung für die Beziehung Mutter-Vater-Kind. Kurzfassung einer Dissertation, Hamburg 1977.
- MACFARLANE, A. 1977. The psychology of childbirth. London. Open Books..
- McDONALD, R.L. 1963. Relationship between maternal anxiety and obstetric complications. Psychosomatic Medicine 25, 357-363
- MECHELA, B. & VESTER, G. 1979. Subjektive Theorien über das Erleben der Frühschwangerschaft bei Erstgebärenden.

Wahrnehmung von Veränderungen im Verhalten, in den Kognitionen und Emotionen, deren Erklärung und die persönliche Wichtigkeit der Veränderungen.

Diplomarbeit am Psychologischen Institut der Universität Heidelberg.

- MEYER, W.U. & SCHMALT, H.D. 1978. Die Attribuierungstheorie. in: Frey, D. (Hrsg). Kognitive Theorien der Sozialpsychologie. Bern, Huber. 98-137.
- MITCHELL, I. 1976. Wir bekommen ein Baby. Hamburg, Rowohlt.
- MOLINSKI, H. 1972. Die unbewußte Angst vor dem Kind als Ursache von Schwangerschaftsbeschwerden und Depression nach der Geburt. München, Kindler.
- MUSSEN, P.H., CONGER, J.J. & KAGAN, J. 1974. Child development and Personality. New York, Harper & Row. 4. Aufl.
- NILSSON, L. 1978. Ein Kind entsteht. Gütersloh, Mosaik Verlag.
- NIJS, P. 1972. Psychosomatische Aspekte der oralen Antikonzep-tion. Stuttgart, Enke.
- NISBETT, R.E. & WILSON, T.D. 1977. Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. Psychological Review .84, 231-259.
- ODENT, M. 1979. Die sanfte Geburt. München, Kösel.
- REHM, L.P. 1977. A self-control model of depression. Behavior Therapy .8, 787-804.
- ROTHE-KIRCHBERGER, I. 1979. Subjektive Theorien über das Er-leben der Frühschwangerschaft bei Erstgebärenden. Wahrnehmung von körperlichen Veränderungen, persönlicher Wichtigkeit und Erklärung der Veränderungen. Diplom-arbeit am Psychologischen Institut der Universität Heidelberg.
- ROTTMANN, G. 1974. Untersuchungen über Einstellungen zur Schwan-gerschaft und zur fötalen Entwicklung. in: Graber, G.H. Pränatale Psychologie. München, Kindler.
- SELIGMAN, M.E. 1975. Helplessness. On depression, development and death. San Francisco, Freeman.
- SCHENK, H. 1979. Geschlechtsrollenwandel und Sexismus. Weinheim, Beltz 1979.

- SCHMALT, H.D. & MEYER, W.E. (Hrsg) 1976. Leistungsmotivation und Verhalten. Stuttgart, Klett.
- SCHULMEISTER, M. 1979. Der Ansatz Subjektive Theorie. Theoretische und methodische Probleme. Diplomarbeit am Psychologischen Institut der Universität Heidelberg.
- SCHÜTZ, A. 1971. Gesammelte Aufsätze. Bd. 1. Das Problem der sozialen Wirklichkeit. Den Haag, Martinus Nijhoff Verlag.
- SCHÜTZ, A. & PARSONS, T. 1977. Zur Theorie sozialen Handelns. Ein Briefwechsel. Frankfurt, Suhrkamp.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg) 1979. Die Situation der Kinder in der BR Deutschland. Stuttgart, Kohlhammer.
- STEGEMÜLLER, W. 1969. Teleologie, Funktionsanalyse und Selbstregulation. Berlin, Springer Verlag.
- STEGEMÜLLER, W. 1974. Das ABC der modernen Logik und Semantik. Der Begriff der Erklärung und seine Spielarten. Berlin, Springer Verlag.
- STEHR, K. (Hrsg). 1978. Schwangerschaft, Geburt und Säuglingspflege. München, Zürich, Piper Verlag.
- STONE, L.J., SMITH, H.T. und MURPHY, L.B. (Hrsg). 1973. The competent infant. New York, Basic Books.
- URSACHEN des Geburtenrückgangs-Aussagen, Theorien und Forschungsansätze zum generativen Verhalten. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit Bd. 63. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 1979.
- VANDER ZANDEN, J.W. 1978. Human Development. New York, Knopf.
- VOGT-HÄGERBÄUMER, B. 1977. Schwangerschaft. Hamburg, Rowohlt.
- von WRIGHT, G.H. 1974. Erklären und Verstehen. Frankfurt, Fischer Athenäum.
- WAHL, D. 1978. Methodische Probleme bei der Erfassung handlungsleitender und handlungsrechtfertigender subjektiv-psychologischer Theorien von Lehrern. unveröff. Papier, Pädagogische Hochschule Weingarten. vorbereitet für die Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie.
- WEINER, B. 1974. An attributional interpretation of expectancy-

- value-theory. in: Weiner, B. (Hrsg). Cognitive Views of human motivation. New York, Academic Press. 51-69.
- WICKLUND, R.A. 1975. Objective self awareness. in: Berkowitz, L. (Hrsg). Advances in experimental social psychology. 8, 233-275.
- WORTMAN, C.B. & BREHM, J.W. 1975. Response to uncontrollable outcomes: An integration of reactance theory and the learned helplessness model. in: Berkowitz, L. (Hrsg). Advances in experimental social psychology. 8, 277-336.
- WORTMANN, C.B. & DINTZER, L. 1978. Is attributional analysis of the learned helplessness phenomenon viable? : A critique of the Abramson-Seligman-Teasdale reformulation. Journal of Abnormal psychology 87, 75-90.
- YANG, R.K., ZWIEG, A.R., DOUT, T.C. & FEDERMAN, E.J. 1976. Successive relationships between maternal attitudes during pregnancy, analgesic medication during labor and delivery and newborn behavior. Developmental Psychology 12, 6-14.
- ZUCKERBERG, J. 1974. An exploration into feminine role conflict and body symptomatology in pregnancy. Dissertation Abstracts International. Feb. Vol. 34 (8-B).4066.

Bisher erschienene Berichte aus dem

Psychologischen Institut der Universität Heidelberg

- Diskussionspapier Nr. 1: GROEBEN, N.: Vom behavioralen zum epistemologischen Subjektmodell: Paradigmawechsel in der Psychologie? September 1975
- Diskussionspapier Nr. 2: MÖBUS, C. & SIMONS, H.: Zur Fairness psychologischer Intelligenztests gegenüber ethnischen und sozialen Gruppen: Kritik klassischer Konzepte. Oktober 1975
- Diskussionspapier Nr. 3: WOTTAWA, H.: Skalenprobleme bei probabilistischen Meßmodellen. März 1976
- Diskussionspapier Nr. 4: TREIBER, B. & PETERMANN, F.: Zur Interaktion von Lernermerkmalen und Lehrmethoden: Rekonstruktion und Normierung des ATI-Forschungsprogramms. April 1976
- Diskussionspapier Nr. 5: MÖBUS, C. & WALLASCH, R.: Zur Erfassung von Hirnschädigungen bei Kindern: Nichtlineare Entscheidungsregeln auf der Basis von Veränderungsmessungen. August 1976
- Diskussionspapier Nr. 6: SCHEELE, B. & GROEBEN, N.: Voraussetzungs- und zielspezifische Anwendung von Konditionierungs- vs. kognitiven Lerntheorien in der klinischen Praxis. Dezember 1976
- Diskussionspapier Nr. 7: MÖBUS, C.: Zur Analyse nichtsymmetrischer Ähnlichkeitsurteile: Ein dimensionales Driftmodell, eine Vergleichshypothese, TVERSKY's Kontrastmodell und seine Fokushypothese. Juni 1977
- Diskussionspapier Nr. 8: SIMONS, H. & MÖBUS, C.: Veränderung von Berufschancen durch Intelligenztraining. Juli 1977
- Diskussionspapier Nr. 9: BRAUNMOHL, C. v. & GRIMM, H.: Zur Kommunikationspsychologie: Über Versuche der methodischen Konstitution eines genuin humanwissenschaftlichen Forschungsansatzes zur Entwicklung der Verständigungsfähigkeit. November 1977
- Diskussionspapier Nr. 10: HOFER, M.: Entwurf einer Heuristik für eine theoretisch geleitete Lehrer- und Erzieherbildung. November 1977
- Diskussionspapier Nr. 11: SCHEIBLER, D. & SCHNEIDER, W.: Probleme und Ergebnisse bei der Evaluation von Clusteranalyse-Verfahren. Juni 1978
- Diskussionspapier Nr. 12: SCHEELE, B.: Kognitions- und sprachpsychologische Aspekte der Arzt-Patient-Kommunikation. September 1978

- Diskussionspapier Nr. 13: TREIBER, B. & SCHNEIDER, W.: Mehrebenenanalyse sozialstruktureller Bedingungen schulischen Lernens. Oktober 1978
- Diskussionspapier Nr. 14: AHRENS, H.-J. & KORDY, H.: Möglichkeiten und Grenzen der theoretischen Aussagekraft von multidimensionalen Skalierungen bei der Untersuchung menschlicher Informationsverarbeitung. Teil I: Formale und wissenschaftstheoretische Grundlagen. Februar 1979
- Diskussionspapier Nr. 15: GROEBEN, N.: Entwurf eines Utopieprinzips zur Generierung Psychologischer Konstrukte. Juni 1979
- Diskussionspapier Nr. 16: WEINERT, F.E. & TREIBER, B.: Socialization and school influences on cognitive development. Juni 1979
- Diskussionspapier Nr. 17: GUNDLACH H.: Inventarium der älteren Experimentalapparate im Psychologischen Institut Heidelberg sowie einige historische Bemerkungen. 1978
- Diskussionspapier Nr. 18: SCHEELE, B. & GROEBEN, N.: Zur Rekonstruktion von subjektiven Theorien mittlerer Reichweite. Eine Methodik-Kombination von halbstandardisiertem Interview (einschließlich Konfrontationstechnik) und Dialog-Konsens über die Theorie-Rekonstruktion mittels der Struktur-lege-Technik (SLT). Dezember 1979