

Aus der Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital
Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München
Direktor: Prof. Dr. Dr. Christoph Klein

Erleben und Verarbeitung der Geburt in Abhängigkeit von der Bindungsrepräsentation der Frau

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Verena Settele
aus Aichach
2023

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: PD Dr. med. Karl Heinz Brisch

Mitberichterstatter: PD Dr. med. Julia Jückstock

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 02.03.2023

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
Abkürzungsverzeichnis	5
1 Einleitung.....	6
2 Theoretische Grundlagen.....	8
2.1 Bindungstheorie.....	8
2.1.1 Grundlagen, Entstehung von Bindung.....	8
2.1.2 Darlegung der vier Bindungsrepräsentationen	12
2.1.2.1 Sichere Bindungsrepräsentation	12
2.1.2.2 Unsicher-distanzierte Bindungsrepräsentation	14
2.1.2.3 Unsicher-präokkupierte Bindungsrepräsentation	15
2.1.2.4 Unverarbeitete bzw. desorganisierte Bindungsrepräsentation.....	16
2.2 Geburt	17
2.2.1 Geburtserleben.....	17
2.2.2 Geburtsverarbeitung	19
2.2.2.1 Postpartale Depression.....	19
2.2.2.2 Posttraumatische Belastungsstörung	22
2.3 Bindung und Geburt	24
3 Fragestellungen und Hypothesen	27
3.1 Fragestellungen.....	27
3.2 Hypothesen	27
4 Material und Methode	32
4.1 Studiendesign	32
4.1.1 Stichprobe.....	32
4.1.2 Demographische Daten der Stichprobe	33
4.1.3 Ablauf der Testzeitpunkte	35
4.2 Erhebungsinstrumente	35
4.2.1 Adult Attachment Projective Picture System (AAP)	36
4.2.2 Fragebogen zur Erfassung der demographischen Daten	38
4.2.3 Fragebogen zur Erfassung des Geburtserlebens: Salmon's Item List (SIL)	38
4.2.4 Fragebögen zur Erfassung der Geburtsverarbeitung	39
4.2.4.1 Edinburgh Postnatale Depression Scale (EPDS).....	39
4.2.4.2 Impact of Event Scale (IES)	40

4.2.5	Innere Konsistenz der Fragebögen und Inter-Rater-Reliabilität des AAPs.....	41
4.3	Statistik	42
5	Ergebnisse.....	46
5.1	Deskriptive Statistik des Adult Attachment Projective Picture Systems	46
5.2	Deskriptive Statistik der Fragebögen zu Geburtserleben und -verarbeitung: Betrachtung des Gesamtkollektivs	47
5.3	Korrelative Zusammenhänge demographischer Daten mit interessierenden Fragebögen	50
5.4	Zusammenhang zwischen Bindung und Geburt.....	52
5.4.1	Zusammenhang zwischen Bindung und Geburtserleben.....	52
5.4.2	Zusammenhang zwischen Bindung und Geburtsverarbeitung: Depressivität zu T2	55
5.4.3	Zusammenhang zwischen Bindung und Geburtsverarbeitung: Depressivität zu T3	57
5.4.4	Zusammenhang zwischen Bindung und Geburtsverarbeitung: Traumatische Verarbeitung	59
5.5	Zusammenhang zwischen psychischer Vorbelastung und Geburt	61
5.5.1	Zusammenhang zwischen antepartaler Depression (EPDS T1) und Geburt....	61
5.5.1.1	Zusammenhang zwischen antepartaler Depression (EPDS T1) und Geburtserleben (SIL)	62
5.5.1.2	Zusammenhang zwischen antepartaler Depression (EPDS T1) und postpartaler Depressivität (EPDS T2 und T3).....	62
5.5.1.3	Zusammenhang zwischen antepartaler Depression (EPDS T1) und traumatischer Geburtsverarbeitung (IES T3).....	63
5.5.2	Zusammenhang zwischen früher erlebtem Trauma (IES T1) und Geburt	63
5.5.2.1	Zusammenhang zwischen früher erlebtem Trauma (IES T1) und Geburtserleben (SIL)	64
5.5.2.2	Zusammenhang zwischen früher erlebtem Trauma (IES T1) und postpartaler Depressivität (EPDS T2 und T3).....	65
5.5.2.3	Zusammenhang zwischen früher erlebtem Trauma (IES T1) und traumatischer Geburtsverarbeitung (IES T3)	65
5.6	Zusammenhang zwischen Entbindungsart und Geburt	66
5.6.1	Zusammenhang zwischen Entbindungsart und Geburtserleben (SIL)	68

5.6.2	Zusammenhang zwischen Entbindungsart und postpartaler Depressivität (EPDS T2 und T3)	68
5.6.3	Zusammenhang zwischen Entbindungsart und traumatischer Geburtsverarbeitung (IES T3)	69
5.7	Zusammenhang zwischen Geburtserleben (SIL) und Geburtsverarbeitung	69
5.7.1	Zusammenhang zwischen Geburtserleben (SIL) und postpartaler Depressivität (EPDS T2 und T3)	70
5.7.2	Zusammenhang zwischen Geburtserleben (SIL) und traumatischer Geburtsverarbeitung (IES T3)	70
5.8	Weitere signifikante Korrelationen	71
5.9	Modelle zur Vorhersage von Geburtserleben und -verarbeitung	71
5.9.1	Regressionsmodell zur Vorhersage des Geburtserlebens	72
5.9.2	Regressionsmodell zur Vorhersage der postpartalen Depressivität zu T2	73
5.9.3	Regressionsmodell zur Vorhersage der postpartalen Depressivität zu T3	76
5.9.4	Regressionsmodell zur Vorhersage der traumatischen Geburtsverarbeitung....	78
5.10	Zusammenfassung der Hypothesentestung	80
6	Diskussion	82
6.1	Zusammenhang zwischen Bindung und Geburt.....	82
6.2	Verteilung der Bindungsrepräsentation	87
6.3	Prävalenz von negativem Geburtserleben, postpartaler Depression und posttraumatischer Belastungsstörung	88
6.4	Psychische Vorbelastung.....	89
6.4.1	Antepartale Depression.....	89
6.4.2	Früher erlebtes Trauma.....	90
6.5	Zusammenhang zwischen Entbindungsart und Geburt	92
6.6	Zusammenhang zwischen Geburtserleben und Geburtsverarbeitung	93
6.7	Zusammenschau der Zusammenhänge zwischen verschiedener Faktoren und Geburtserleben und -verarbeitung im Rahmen der Regressionsmodelle	93
6.8	Einschränkungen	94
6.9	Schlussfolgerung, praktische Konsequenzen und Ausblick	97
7	Zusammenfassung.....	101
Literaturverzeichnis	104	
Abbildungsverzeichnis	111	
Tabellenverzeichnis	112	

Anhang	114
Eidesstattliche Versicherung	121
Danksagung	122

Abkürzungsverzeichnis

AAI	Adult Attachment Interview
AAP	Adult Attachment Projective Picture System
B	Regressionskoeffizient
df	Freiheitsgrade
EPDS	Edinburgh Postnatale Depression Scale
evtl.	eventuell
GUSTA	Guter Start für werdende Eltern (Geburtsvorbereitungskurs)
IES	Impact of Event Scale
KI	Konfidenzintervall
Max	Maximum
Min	Minimum
MW	Mittelwert
N	Stichprobe
p	Signifikanz
PDA	Peridurale Anästhesie
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
r	Korrelationskoeffizient
SAFE®	Sichere Ausbildung für Eltern (Präventionsprogramm)
SD	Standardabweichung
SE	Standardfehler (engl. standard error)
Sectio	Sectio caesarea (Kaiserschnittgeburt)
SIL	Salmon's Item List
β	Beta
T1 - T4	Testzeitpunkt 1 - Testzeitpunkt 4
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Der Wunsch vieler junger Frauen ist, einmal eine Familie zu haben und Mutter zu werden. Schon als kleines Kind besitzt man die Vorstellung später selbst Kinder zu haben. Man spielt Mutter-Vater-Kind mit den Freunden im Kindergarten. Doch leider ist das wahre Leben, die Realität, meist anders als die Fantasie. Die Geburt des Babys wird von jeder Frau individuell unterschiedlich wahrgenommen und erlebt (Stadlmayr et al., 2001). Im Allgemeinen ist die Entbindung selbst als nicht angenehm und schmerhaft zu empfinden (Rosseland et al., 2020), jedoch wartet nach den Strapazen das erhabene Gefühl, das eigene Kind in den Armen zu halten und aufwachsen zu sehen. Allerdings ist die frischgebackene Mutter häufig in den ersten Wochen nach der Geburt psychisch nicht immer stabil. Depressionen oder auch posttraumatische Belastungsstörungen können vorkommen (Stadlmayr, Cignacco, Surbek, & Büchi, 2009). So kann aus dem Traum, ein eigenes Kind zu bekommen auch schnell ein Albtraum werden.

Doch wie kommt es dazu? Begründet in der Evolution gibt es keine andere Möglichkeit, den menschlichen Bestand aufrechtzuerhalten als durch die Fortpflanzung und das Gebären der Kinder. Warum werden manche Frauen nach solch einem normalen Ereignis im Laufe eines Lebens so aus der Bahn geworfen (Czarnocka & Slade, 2000)? Und wieso haben andere danach keinerlei Probleme? Was sind die Gegebenheiten, die uns davor schützen, dass die Geburt ein wichtiges Ereignis, aber nicht ein belastendes Erlebnis wird, welches sich noch lange Zeit negativ auf das Empfinden auswirkt (Dekel, Stuebe, & Dishy, 2017)?

Unzählige unterschiedliche Faktoren haben einen Einfluss darauf, wie eine Frau die Geburt ihres ersten Kindes erlebt (Stadlmayr et al., 2001) und wie es ihr anschließend psychisch ergeht (Ayers, 2004; Gaillard, Le Strat, Mandelbrot, Keita, & Dubertret, 2014). Von großem Interesse ist es, die Ursache dafür zu beleuchten, wieso manche Frauen eine widerstandsfähigere Persönlichkeit im Umgang mit dem bewegenden Ereignis „Geburt“ besitzen. Viele Charakterzüge eines Menschen lassen sich in der Bindungsrepräsentation der Person begründen (Bowlby, 2014). Diese bildet sich grundlegend im frühen Kindesalter, wird über die gesamte Lebenszeit modifiziert und beeinflusst unser tägliches Denken und Handeln (Bowlby, 2006).

Diese Arbeit soll nun wertvolle Informationen herausarbeiten, ob und wie die Bindung im Zusammenhang zum Erleben und zur Verarbeitung der Geburt steht. Mögliche Erkenntnisse über Zusammenhänge könnten in der geburtsvorbereitenden Phase unterstützende Informationen liefern, damit die bevorstehende Geburt und auch deren Verarbeitung positiv verläuft. Sicherlich ist kaum einem Menschen bewusst, welche Bindungsrepräsentation er hat. Dennoch können ausgebildete und sensibilisierte Leiter von Geburtsvorbereitungskursen besonders aufmerksam sein, wenn Zeichen einer auffälligen Bindung bei den Teilnehmerinnen vorhanden sind. So könnten schon vor der Geburt die Frauen identifiziert werden, welche nach der Geburt ein höheres Risiko für möglicherweise auftretende Probleme besitzen. Diese Frauen sollten während und nach der Geburt vermehrt betreut und unterstützt werden. Nicht nur deshalb ist die vorliegende Untersuchung interessant, sondern auch um den Wissensstand zu erweitern, inwieweit die Bindung einen Einfluss auf unser Leben hat.

Diese Studie beleuchtet daher die Themenbereiche Bindung und Geburt. Zunächst werden die theoretischen Grundlagen aufgezeigt. Es wird intensiv auf die Bindungstheorie eingegangen und die verschiedenen Persönlichkeitsmerkmale geschildert. Anschließend werden die Geburt und die zusammenhängenden psychischen Folgeerkrankungen, die postpartale Depression und die posttraumatische Belastungsstörung, ausführlich dargestellt. Es werden die Definitionen der verschiedenen Bereiche betrachtet und auch bisherige Forschungsergebnisse angefügt. Danach wird die Fragestellung in konkrete Hypothesen verfasst, die Vorgehensweise der Untersuchung beschrieben und die gefundenen Ergebnisse präsentiert. In der Diskussion wird eine bewertende Zusammenschau der Ergebnisse gegeben, diese in die bisherige Literatur eingeordnet und kritisch reflektiert. Abschließend erfolgt ein Ausblick, wie die Erkenntnisse dieser Studie in zukünftigen weiteren Untersuchungen oder auch in der Anwendung im klinischen Setting Einsatz finden könnten.

2 Theoretische Grundlagen

2.1 Bindungstheorie

2.1.1 Grundlagen, Entstehung von Bindung

Die vorliegende Studie will die Bindung als mögliche Einflussvariable auf das Geburtserleben und die Geburtsverarbeitung untersuchen. Daher werden zunächst die Grundlagen der Bindungstheorie dargelegt.

Der Begründer der Bindungstheorie war der englische Psychoanalytiker John Bowlby. Dieser war der Meinung, dass Bindung zu den überlebensnotwendigen Grundbedürfnissen zählt (Bowlby, 2014; Grossmann & Grossmann, 2012). Das Wort „Bindung“ (englisch „Attachment“) beschreibt in diesem Zusammenhang die Beziehung eines Kindes zu seinen engsten Bezugspersonen, wie zum Beispiel zu den eigenen Eltern. Die Bindung wird als unsichtbare Verknüpfung zwischen zwei Personen definiert, welche eine, den Ort und die Zeit überdauernde, emotionale Verbindung darstellt (Ainsworth & Bell, 1970; Bowlby, 2006). Sie ist durch ihre Unabhängigkeit von der spezifischen Situation gekennzeichnet. Die Voraussetzung für Bindung ist der starke Wunsch nach Kontakt gegenüber einer bestimmten, nahestehenden Person (Bowlby, 2014). Bindung sollte als eine Organisation von verschiedenen Verhaltensweisen angesehen werden, welche eine interne Struktur aufweisen und welche auch über Zeitschnitte bestehen bleiben, in welchen das Bindungsverhalten nicht aktiviert wird (Ainsworth & Bell, 1970).

Das Bindungsverhalten umfasst alle Verhaltensweisen, welche auf das Ziel der Kontaktaufnahme und dem Fortbestand dieser Nähe zu der bestimmten Person ausgerichtet sind. Dieses Verhalten des Aufsuchens einer Vertrauensperson in angstvollen Situationen wird besonders in schwierigen Situationen angewandt, in welchen das Bedürfnis nach Unterstützung stark ausgeprägt ist. Das Bestreben nach einem engen seelischen und körperlichen Kontakt mit Bindungspersonen, besonders in stressvollen Situationen, überdauert als wichtiger Bestandteil das ganze Leben eines Individuums (Bowlby, 2006, 2014).

Die Entstehung des Bindungsverhaltens lässt sich somit aus der Impulsgebung durch diese bestimmten Verhaltenssysteme erklären. Bowlby betonte, dass Bindungsverhalten unabhängig von dem Wunsch nach der Befriedigung von physiologischen Bedürfnissen, wie zum Beispiel Nahrungsaufnahme, ausgebildet wird. Das Kind entwickelt eine Bindung zu einer nahestehenden Person, wenn diese auf Signale des Kindes, wie Angst, aber auch Müdigkeit oder Hunger, adäquat und prompt reagiert, ihm Aufmerksamkeit zukommen lässt und es

umsorgt. Ebenso sind häufige und liebevolle Interaktionen zwischen den beiden ein wichtiger Faktor, der die Ausbildung einer sicheren Bindung beeinflusst. Innerhalb des ersten Lebensjahres wird die Grundlage für dieses Bindungsverhalten ausgebildet, in der darauffolgenden Zeit wird es jedoch stets weiter modifiziert. Das Bindungsverhalten richtet sich auf mehrere nahestehende Personen aus, jedoch wird gewöhnlich eine als Hauptbindungs person herauskristallisiert. Das Kind entwickelt eine Hierarchie zwischen der Wichtigkeit der jeweiligen Bindungsfiguren. Meist handelt es sich bei der wichtigsten Bindungs person um die leibliche Mutter, aber es können etwa auch Väter und andere enge Bezugspersonen diese Rolle übernehmen. (Bowlby, 2006)

Der Verlauf der Intensität der Bindung zwischen der Bindungs person und dem Kind lässt sich so darstellen, dass innerhalb der ersten Lebensjahre die höchste Stufe besteht. In der anschließenden Kindheit ist das Maß immer noch als sehr intensiv zu betrachten. In dieser Zeit ist jedoch das Kind aufgrund seiner nun ausgebildeten kognitiven Fähigkeiten in der Lage zu erkennen, dass auch bei nicht ständiger körperlicher Anwesenheit die Bindungs person trotzdem verfügbar ist. (Bowlby, 2006)

Das Kind hat eine innere psychische Repräsentation, ein sogenanntes „inneres Arbeitsmodell von Bindung mit seiner Bindungs person“ gebildet. Dies ermöglicht Schritte in die Individuation und Separation, und damit z. B. den Besuch in der Kita und dem Kindergarten. (Bowlby, 2006; Bretherton, 1992, 2002)

Erst im Jugendalter wird die Bindung weiter „gelockert“, im Sinne der Ablösung und Autonomieentwicklung, wobei bei den Allermeisten in Phasen von Angst und Bedrohung die Eltern noch lange als sicherer Zufluchtsort angesehen werden. Gleichzeitig entwickeln Jugendliche aber auch Bindungen zu anderen Erwachsenen und Gleichaltrigen („Peers“), die auch Sicherheit geben können, z. B. in einer Gruppe von Peers. Diese Abnahme der Intensität erklärt sich dadurch, dass mit zunehmendem Alter die Schwelle zur Aktivierung des Bindungsverhaltens erhöht und dieses somit weniger leicht hervorgerufen wird. Ebenso lässt sich das hervorgerufene Bindungsverhalten durch weniger intensive Zustände der Kontakt aufnahme beenden. Nur bei einer sehr starken Aktivierung ist eine körperliche Nähe nötig. (Bowlby, 2006; Zimmermann & Iwanski, 2014)

Im gehobenen Alter werden jüngere Individuen als Bindungs personen auserkoren (Bowlby, 2006). Eine große Rolle spielen Bindungsmuster auch bei der Bewältigung der Sterbephase, sowohl für den Betroffenen, als auch für die Angehörigen (Petersen & Köhler, 2005). Das

Phänomen der Bindung ist somit in jedem Lebensalter des Menschen von entscheidendem Stellenwert.

John Bowlby beschrieb das Pflegeverhalten der Eltern als wichtige Grundlage für die gesunde Entwicklung des Kindes. Die Eltern bilden für das Kind eine sichere Basis. Diese Sicherheit ist dann die Grundlage für Explorationen, also die Erkundung der Umgebung durch das Kind. Das Kind hat das Vertrauen, jederzeit Unterstützung und Hilfe zu bekommen und kann sich aufgrund dieser Gewissheit von der Bindungsperson entfernen, um Neues zu entdecken, wodurch es sich zu einer gesunden und selbstsicheren Persönlichkeit entwickelt. (Bowlby, 2014)

Der Umgang zwischen der Bindungsperson und dem Baby kann als Wechselwirkung zwischen den Individuen beschrieben werden, wobei sich die Aktionen von beiden durch das Verhalten des jeweils anderen gegenseitig beeinflussen. Um das richtige Ausmaß an Nähe und mütterlicher/väterlicher Zuwendung zu finden, sollten die Eltern auf die Signale des Kindes achten und danach handeln. Dem Kind sollte somit die Initiative zur Interaktion gewährt werden. Ein zwanghaftes Aufdrängen, aber auch ein Verwehren von Fürsorge sollte vermieden werden. Das Bindungsverhalten ist von starken Emotionen geprägt. Zwischen den engen Vertrauten wird Liebe bekundet. Im Verlauf einer Interaktion lassen sich Freude bei der Begrüßung, Sicherheit bei der Anwesenheit, Angst bei der Befürchtung des Verlusts und Trauer bei tatsächlichem Verlust beobachten. Durch eine fehlende Nähe zur Bindungsperson kann ebenso noch das Gefühl der Wut erzeugt werden. (Bowlby, 2006)

In den Anfängen der Bindungsforschung wurde ein besonderes Augenmerk auf die Untersuchung des kindlichen Bindungsverhaltens gelegt. Mithilfe des Fremde-Situations-„Tests“ (Ainsworth & Bell, 1970) konnte bei einjährigen Babys Klassifikationen, welche die Organisation des Bindungsverhaltens beschreiben, erfasst werden. Zunächst wurde zwischen drei verschiedenen Gruppen unterschieden. Babys der Gruppe B (sicher) sahen ihre Mütter als sichere Basis an, von welcher sie ihre Umgebung erkunden konnten. Bei Abwesenheit der Bezugsperson wurde das Bindungsverhalten stark aktiviert, sodass das Erkundungsverhalten eingestellt wurde und Kummer auftrat. Die Rückkehr der Mutter ging mit einer Kontaktaufnahme einher. Zeichen der Ängstlichkeit wurde bei den Gruppe C (unsicher ambivalent) Kindern beobachtet. Sie zeigten bei der Trennung von ihren Bindungspersonen große Verzweiflung und reagierten bei der Wiedervereinigung mit einem ambivalenten Verhalten,

welches sich durch den Wunsch nach engem Kontakt, aber auch dem Widerstand dagegen äußerte. Im Gegensatz dazu weinten die Babys der Gruppe A (unsicher vermeidend) kaum und vermieden den Kontakt mit den Müttern oder ignorierten sie nach einer Trennung. Die Ursache für diese unterschiedlichen Reaktionen der Kinder in dem Fremde-Situations- „Test“ wird darin gesehen, dass die Kleinkinder sich aus den bisherigen Erfahrungen mit der Bezugsperson in verschiedenen Situationen ein Denkmodell über die Erwartungen an das Verhalten der Mutter/des Vaters erstellten (Ainsworth, 1979, 1985).

Im Verlauf wurde noch eine weitere Klassifikation, die desorganisierte/desorientierte Bindung, beschrieben. Diese Kinder konnten nicht den drei, von Ainsworth festgelegten, Bindungskategorien zugeordnet werden und zeichneten sich durch desorganisierte Verhaltensweisen aus, welche beispielsweise durch Widersprüche zu Absichten oder durch Erstarren bei Rückkehr der Mutter gekennzeichnet waren (Main & Solomon, 1986).

Die internalen Modelle über das Selbstkonzept und über die Bezugsperson (Ainsworth, 1985), welche sich über die Zeit der Kindheit entwickeln, bilden zusammen mit dem sich selbst regulierenden System des Bindungsverhaltens einen wichtigen, zeitlebens bestehenden Charakterzug. Diese Selbstmodelle gleichen die Erfahrungen des eigenen Verhaltens mit der erlebten Interaktion mit den Eltern und mit dem Anspruch an sich selbst sowie mit den Forderungen der Eltern ab (Bowlby, 2014). Dadurch findet eine ständige Anpassung des Selbstkonzeptes statt.

Die vorliegende Studie erforscht die Auswirkungen von Bindung im Erwachsenenalter. Aus dem Vorherigen wird jedoch ersichtlich, weshalb hier ausführlich auf die Kindheit eingegangen wurde, da sich dort die Ursprünge der Bindung befinden.

Die Bindungsforschung untersucht die Einflüsse der kindlichen Bindungserfahrungen auf die individuelle Ausrichtung von Emotion, Motivation und Kognition. Ebenso versucht sie Verhaltensstrategien in Interaktionen zu erklären, welche durch integrative Prozesse zwischen dem Erleben auf der psychischen Ebene und dem Abgleich mit der Realität begründet werden (Grossmann & Grossmann, 2012).

Diese im Erwachsenenalter beobachteten Strategien können empirisch erfasst werden und es ist möglich, daraus die Bindungsrepräsentation der Person abzuleiten (Grossmann & Grossmann, 2012). Unter Bindungsrepräsentation versteht man die „Organisation bindungsrelevanter Erinnerungen und Bewertungen der Erfahrungen mit Bindungspersonen“

(Grossmann & Grossmann, 2012, p. 76). Ebenfalls lässt sich unter Bindungsrepräsentation auch die Denkstruktur oder Grundeinstellung verstehen, welche die Feinfühligkeit des Verhaltens von den Eltern gegenüber dem Bindungs- und Explorationswunsch ihrer Kinder erklärt. Diese Repräsentationen helfen dem Individuum den Umgang mit engen Bezugspersonen vorauszusagen (Grossmann & Grossmann, 2012). Mithilfe von Bindunginterviews, wie z. B. dem Adult Attachment Interview (AAI), können diese erfasst werden. Das Adult Attachment Interview wird in der Bindungsforschung als Goldstandard für die Erhebung der Bindungsrepräsentation im Erwachsenenalter angesehen (Gloster-Tippelt, 2001a).

Die Grundlagen der Bindungstheorie wurden nun aufgezeigt. Im Nachfolgenden werden nun die Eigenschaften der vier verschiedenen Bindungsrepräsentationen im Erwachsenenalter dargestellt.

2.1.2 Darlegung der vier Bindungsrepräsentationen

In der Bindungstheorie werden vier Hauptorganisationen unterschieden: sicher-autonom bzw. sicher, unsicher abwertend-distanziert bzw. unsicher-distanzierend, unsicher verstrickt-ambivalent bzw. unsicher-präokkupiert und desorganisiert oder mit unverarbeitetem Trauma (Gloster-Tippelt, 2001a; Grossmann & Grossmann, 2012). Zur Vereinfachung werden nachfolgend die Begrifflichkeiten „sicher“, „unsicher-distanziert“, „unsicher-präokkupiert“ und „unverarbeitet bzw. desorganisiert“ verwendet.

2.1.2.1 *Sichere Bindungsrepräsentation*

Personen mit einer sicheren Bindung scheinen die besten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Entwicklung der Persönlichkeit zu haben. Es wird in der frühen Kindheit sowohl ein Zusammenspiel von Selbstständigkeit und seelischem Zusammengehörigkeitsgefühl als auch eine Ausgeglichenheit zwischen Bindung und Exploration beobachtet. Es besteht die Annahme, dass diese Eigenschaften auf das gesamte weitere Leben übertragbar sind und somit bei der sicheren Bindungsrepräsentation beim Erwachsenen ausgeprägt sind. Im AAI, durch welches die Bindungsrepräsentation im Erwachsenenalter erhoben werden kann, wird die sichere Bindung als autonom benannt. Als einen großen Stellwert für die Entwicklung ihrer Persönlichkeit betonen autonom gebundene Personen die Beziehungserfahrungen im Kindesalter, die sowohl positiv als auch negativ sein konnten und welche nachvollziehbar

berichtet werden. Das Vermögen, diese Erinnerungen und Empfindungen auf einer Mettaebene zu betrachten und zu beurteilen, zeichnet die sichere, autonome Bindungsrepräsentation aus. Ebenfalls ist die Fähigkeit sich in die kognitive und emotionale Situation sowie die Verhaltensweisen anderer Menschen hineinversetzen zu können und dies in die eigene Fühl-, Denk- und Handlungsweise zu integrieren, hervorzuheben (Ziegenhain, 2001). Diese psychische Kompetenz wird als Selbstreflexion oder auch als Fähigkeit zum Mentalisieren bezeichnet (Fonagy & Target, 1997).

Menschen mit einer autonomen Bindung sind selbstreflexiv, erkennen eigene Schwachstellen und wissen mit Kritik an ihrer Person umzugehen (Ziegenhain, 2001). Die Fähigkeit zur Reflexion zeigt sich auch darin, dass sicher gebundene Kinder ihre internalen Arbeitsmodelle ständig mit der Realität abgleichen und an den Umgang zwischen Eltern und Kind anpassen (Bowlby, 2014). Im Kindesalter ist von einer besseren sozialen Kompetenz auszugehen (Gloge-Tippelt, 2001b). Kinder mit sicherer Bindung sind kooperativer und positiver im Affekt, zeichnen sich durch größere Kompetenz und Sympathie im Umgang mit Gleichaltrigen aus und gehen an Situationen mit einer Problemlösung freudiger und mit größerer Ausdauer heran. Diese Individuen sind neugieriger und selbstbewusster (Ainsworth, 1979). Außerdem sind sicher gebundene Kinder fröhlicher, wodurch sie mehr wohlwollende Unterstützung erhalten (Bowlby, 2014). Ebenso weisen sicher gebundene Kinder mehr positive Selbstachtung auf. Diese Kinder beschreiben sich selbst aus der Sicht von anderen und im direkten Interview in einem positiven Licht, wobei aber auch Unvollkommenheiten erwähnt werden. So werden auch die natürlichen Schwachstellen ihrer Selbst offen zugegeben und diese Fehler können toleriert werden (Cassidy, 1988). In einer Studie mit amerikanischen Studenten wurden die sicher Gebundenen von Anderen als mutiger und selbstbewusster (als „ego-resilient“), ebenso mit geringerer Feindseligkeit gegenüber Gleichgesinnten und als weniger ängstlich beschrieben. In der Selbstbeschreibung gaben sie weniger Symptome von Disstress und ein höheres Maß sozialer Kompetenz an (Kobak & Sceery, 1988). Die Studie von Zimmermann (1999) bestätigte die Verbindung zur höheren seelischen Widerstandskraft. Sicher Gebundene zeigen sich in der Gesellschaft zugehörig und anpassungsfähig. Ebenfalls zeichnen sie sich durch Wertschätzung durch sich selbst und durch andere aus (Ziegenhain, 2001).

Bei untersuchten Jugendlichen ist Bindungssicherheit mit dem Vertrauen darauf, wenn es erforderlich ist, sich auf andere verlassen zu können und Hilfe zu bekommen, zusammenhängend (Grossmann & Grossmann, 2012). Dies wird auch durch die Studie von Kobak und Sceery (1988) untermauert. Die Gruppe der sicher Gebundenen berichteten ein höheres Maß

an Unterstützung durch die Familie, wodurch gezeigt wird, dass in schwierigen Zeiten Bindungspersonen verfügbar und unterstützend wahrgenommen werden. Ebenfalls ist in sozialen Stresssituationen eine sichere Bindung dadurch gekennzeichnet, dass eine lockere und ruhige Lösungsfindung sowie das Überblicken der Situation mit den auftretenden Emotionen möglich sind (Grossmann & Grossmann, 2012). Das Selbstbild der Jugendlichen war bejahend und eng an die Realität angelehnt. Der Umgang mit aufkommenden Problemen ist flexibel und es wird aktiv nach einem Weg gesucht, diese Schwierigkeit zu bewältigen (Grossmann & Grossmann, 2012). Sicher gebundene Personen haben eine anpassungsfähigere Emotionsregulierung (Zimmermann, 1999). Ebenso kann eine sichere Bindung als Schutzfaktor vor depressiven Symptomen angesehen werden (Dagan, Facompré, & Bernard, 2018).

Aus dem Vorhergehenden wird deutlich, dass Menschen mit einer sicheren Bindungsrepräsentation über gute Bewältigungsstrategien verfügen, um die Situationen im alltäglichen Leben und im Umgang mit anderen Personen zu meistern.

2.1.2.2 Unsicher-distanzierte Bindungsrepräsentation

Als Nächstes wird die unsicher-distanzierte Bindungsrepräsentation erläutert. Als eine Abgrenzung zur sicheren Bindungsrepräsentation zeigt sich bei unsicher-distanziert gebundenen Menschen die Abwertung der Bedeutung von Beziehungen zu anderen Personen. Die seelische Verbundenheit zu Menschen wird eher als wenig vorhanden und unwichtig bezeichnet. Individuen mit einer unsicher-distanzierten Bindung stellen sich vor Anderen als autonom und stark dar. Zudem wird betont, das Leben unabhängig von Anderen bestreiten zu können. Sie zeigen eine Gleichgültigkeit gegenüber negativen Bewertungen ihrer Person und starken emotionalen Belastungen. Zum Selbstschutz entstehen Strategien, negative Erfahrungen realitätsfern zu bewerten oder aus dem Bewusstsein zu verdrängen. Ein weiteres Merkmal ist die Abspaltung der Emotion von persönlichen negativen Erlebnissen. Bei Befragungen ist eine erhebliche Abweichung zwischen wirklich erlebten Kindheitserfahrungen und der Berichterstattung darüber ersichtlich, was für eine verzerrte Gedanken- und Gefühlsstruktur spricht (Gloge-Tippelt, 2001b). Eine Betonung der Normalität dieser Erfahrung ist auffällig (Grossmann & Grossmann, 2012).

Als Ursache der Ausbildung einer unsicher-distanzierten Bindungsrepräsentation lassen sich in der Mutter-Kind-Interaktion wenig körperliche Zuneigung, fehlendes Zeigen von Geborgenheit und emotionales Widerstreben beobachten (Gloge-Tippelt, 2001b). Diese Kinder zeichnen sich durch ein größeres Maß an Aggressivität und ein nicht kooperationsbereites

und vermeidendes Verhalten aus (Ainsworth, 1979). Sie sind eher distanziert und peinigen oftmals andere Kinder (Bowlby, 2014). Auffällig ist, dass sich unsicher vermeidende Kinder in der Selbstdarstellung häufig als perfekt beschreiben. Dies tritt sowohl bei der direkten Befragung der Kinder auf, als auch bei der Frage danach, wie andere sie charakterisieren würden. Dieses Beharren auf Perfektion kann so interpretiert werden, dass sich die Kinder dadurch vor weiteren Zurückweisungen schützen wollen. Ebenso könnten die hohen Werte in der Selbstdarstellung dieser Kinder einerseits für ein sehr hohes oder aber auch für ein sehr geringes Selbstbewusstsein sprechen, so dass versucht wird, ein Aufdecken von minimalen Mängeln zu verhindern (Cassidy, 1988). Eine Aktualisierung der internalen Modelle wird durch die Verdrängung von widersprüchlichen Erfahrungen blockiert (Bowlby, 2014). In der Studie von Kobak und Sceery (1988) wurden unsicher-distanzierte Jugendliche als weniger „selbst-widerstandsfähig“, ängstlicher, einsamer und durch einen geringeren Rückhalt in der Familie beschrieben. Diese Studenten wurden von Gleichgesinnten als am meisten feindselig im Vergleich zu den anderen Gruppen charakterisiert. In der Selbstdarstellung unterschieden sich diese Individuen in Bezug auf soziale Kompetenz und den Umgang mit Stress nicht von der sicheren Gruppe. Diese Unterschiede zwischen der Beschreibung durch die Person selbst und durch andere verdeutlicht die Tendenz dazu, sich Negatives nicht einzustehen (Kobak & Sceery, 1988). Ebenso sind Personen mit einer unsicher-distanzierten Bindung nicht sehr anpassungsfähig in der Steuerung ihrer Gefühle (Zimmermann, 1999).

2.1.2.3 Unsicher-präokkupierte Bindungsrepräsentation

Neben der unsicher-distanzierten Bindungsrepräsentation gibt es in der Gruppe der unsicheren internalen Arbeitsmodelle noch die unsicher-präokkupierte Klassifikation. Diese Personen haben in der Kindheit viele Widersprüchlichkeiten des elterlichen Verhaltens erlebt. Die Handlungen der Eltern waren für die Kinder geprägt von vorhersehbaren Wechseln zwischen Aufmerksamkeit, Sicherheit und Schutz gewähren, aber auch von Zurückweisung und Angstmachendem Verhalten. Dies führte eher zu einem Gefühl von Misstrauen gegenüber der Verfügbarkeit und Verlässlichkeit enger Bezugspersonen und zur Ausbildung eines negativen Selbstwertgefühls. Für die Bewältigung des täglichen Lebens ergeben sich somit Einschränkungen durch diese Bindungsrepräsentation. Ebenso sind noch die Probleme bei der Steuerung von Gefühlen und die Unzulänglichkeiten bei Empfindung, Bewertung und Verhalten im Kontakt mit anderen Personen zu erwähnen (Gomille, 2001). Dies beschreibt das innere Chaos, welches unsicher-präokkupierte Menschen prägt (Grossmann & Grossmann, 2012). Kinder, welche dieser Bindungskategorie zugehören, erscheinen als leicht frustriert,

weniger ausdauernd und im Allgemeinen als weniger kompetent (Ainsworth, 1979). Sie vergießen schneller Tränen und zeichnen sich durch klammerndes Verhalten aus. Sie suchen – emotional oft hoch gestresst – Nähe und Kontakt zur Bindungsperson, während sie im Kontakt und der Nähe die Bindungsperson dann wiederum zurückweisen und Vermeidung suchen, also sich im Verhalten sehr ambivalent zeigen (Bowlby, 2014). Bei der Untersuchung der jungen Erwachsenen wurde diese Gruppe als am wenigsten selbstsicher und mit dem höchsten Ausmaß an Ängstlichkeit charakterisiert. Sie selbst äußerten ein hohes Maß an persönlicher Belastung, aber die Familie wurde unterstützender wahrgenommen als bei der unsicher-distanzierten Gruppe (Kobak & Sceery, 1988). Diese Persönlichkeitsstrukturen behindern den Umgang mit Problemsituationen im Alltag, wodurch sich eine erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit für psychische Störungen ergibt. Durch das Verinnerlichen der ambivalenten Verfügbarkeit und Verlässlichkeit der Bindungsperson sowie durch fehlende Selbstständigkeit und verstärkte, aber ambivalente Konzentration auf die Bezugsperson sind Beziehungen durch Spannungen geprägt (Gomille, 2001). Es ist anzuführen, dass für Personen mit unsicher-präokkupierter Bindungsrepräsentation Beziehungen zu anderen als sehr bedeutend, aber auch als bedrückend erlebt werden (Grossmann & Grossmann, 2012). Ebenso wie bei der unsicher-distanzierten Bindungsrepräsentation kann in der Regel keine Aktualisierung der internalen Modelle stattfinden, da nicht konforme Interaktionserfahrungen unbeachtet bleiben und somit keine Korrektur der Arbeitsmodelle erfolgt (Bowlby, 2014).

2.1.2.4 Unverarbeitete bzw. desorganisierte Bindungsrepräsentation

Die vierte Klassifikation ist gekennzeichnet durch eine „desorganisierte Bindungsorganisation“ oder durch Erfahrungen von „unverarbeiteten Traumata“. Die Traumata in diesem Zusammenhang beziehen sich auf Erlebnisse mit nahen Bezugspersonen, die das Vertrauen und somit die Bindung stark beeinträchtigen. Konkret sind dies der Verlust einer Bindungsperson oder Gewalterfahrungen, emotionaler, sexueller oder körperlicher Art, durch eine Bindungsperson. Wird diese Erfahrung nicht aufgearbeitet, spricht man von „unverarbeitetem Trauma“. Eine chaotische und verwirrende Denkweise und auch ein desorganisiertes Handeln sind für diese Bindungsrepräsentation kennzeichnend (Hauser, 2001). Individuen mit einer unverarbeiteten, desorganisierten Bindung haben Probleme dabei, starke Emotionen zu steuern. Ebenfalls können sie sich schlecht in die Perspektive anderer versetzen und diese kaum in das eigene Erleben und Verhalten mit einfließen lassen. Aus den frühen gestörten Bindungserfahrungen können sich Fehlanpassungen entwickeln, die zu

psychopathologischen Verhaltensmustern und Gedächtnisstrukturen führen können (Grossmann & Grossmann, 2012). Bei einem sehr großen Anteil von psychiatrischen Patienten konnte diese Bindungsrepräsentation ermittelt werden (Fonagy et al., 1996). So ist beispielsweise eine Depression hier häufiger vorhanden als in anderen Bindungsrepräsentationen (Dagan et al., 2018). Ebenso zeigte sich ein Zusammenhang zur Angststörung und Borderline-Persönlichkeitsstörung (Fonagy et al., 1996).

Im Vorangegangenen wurden nun die vier verschiedenen Bindungsrepräsentation dargestellt, um den Theorieteil in Bezug auf die Bindungstheorie abzuschließen.

2.2 Geburt

2.2.1 Geburtserleben

Bisher wurden die Grundlagen der Bindung dargelegt. Nun wird der andere Aspekt der Fra gestellung, die Geburt, beleuchtet.

Die Geburt des eigenen Kindes kann als kritisches Lebensereignis angesehen werden, wel ches von der Frau am eigenen Leib erfahren wird und bewältigt werden muss (Stadlmayr, 2001).

Zunächst wird der Begriff „Geburtserleben“ erklärt und seine Bedeutung dargestellt.

„Geburtserleben ist im deutschen Sprachraum ein häufig verwendeter Begriff und lässt sich im Sinne der phänomenologischen Psychologie beschreiben als die subjektive besondere Form der Wahrnehmung der zwischenmenschlichen und situativen Sachverhalte im Kontext der Geburt in Bezug auf ihre kognitiven, emotionalen und motivationalen Komponenten.“ (Neises, 2012, p. 365)

Für die Beschreibung des Geburtserlebens werden verschiedene Maße verwendet. Das Ge burtserleben kann ausgedrückt werden durch Gefühle von Erfüllung, emotionaler Anpas sung bzw. Disstress, körperlicher Beschwerlichkeit und negativer emotionaler Erfahrung (Salmon & Drew, 1992; Stadlmayr et al., 2001).

Die Geburt ist eine multidimensionale Erfahrung, die verschiedenen Einflüssen unterliegt (Salmon & Drew, 1992; Stadlmayr et al., 2001). Vielfältige Faktoren wurden bereits ermit telt, die das Geburtserleben der Frauen entweder positiv oder negativ beeinflussen können.

Über ein positiveres Geburtserleben berichten Frauen bei Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs (Akca et al., 2017; Salmon & Drew, 1992), bei Unterstützung während des Geburtsvorganges durch eine vertraute Person (Spaich et al., 2013) oder bei aktiver Beteiligung an der Entscheidungsfindung (Spaich et al., 2013). Ebenfalls stellen das Gebären eines Wunschkindes (Salmon & Drew, 1992) und eine gute Analgesie (Spaich et al., 2013) positive Einflüsse dar. Ein hohes Maß an Schmerzwahrnehmung während der Geburt, lässt Rückschlüsse auf ein negatives Geburtserleben ziehen (Spaich et al., 2013).

In Bezug auf die Art des Gebärens (z. B. vaginal oder per Sectio) sind sich verschiedene wissenschaftliche Studien uneinig. Einige Studien (Fenaroli et al., 2019; Spaich et al., 2013) konnten keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Geburtsvorgängen herausfinden. Einen Zusammenhang mit negativer emotionaler Erfahrung zeigte sich in der Studie von Stadlmayr und Kollegen (2004). Es konnte eine zunehmende Verschlechterung des Geburtserlebens aufgezeigt werden, und zwar in der Reihenfolge: vaginale Spontangeburt, instrumental, elektiver, ungeplanter Kaiserschnitt. Mit vermehrtem Auftreten von körperlichen Beschwerden musste bei Periduralanästhesie, Dammschnitten, Unterstützung der Wehentätigkeit und Entbindungen nach der 37. Schwangerschaftswoche gerechnet werden. Bei Geburten unter Periduralanästhesie zeigte sich zudem eine schlechtere emotionale Anpassung der Mutter (Stadlmayr et al., 2004). Eine Entbindung via Sectio wurde als weniger körperlich beschwerlich, aber auch mit geringerem Empfinden von Erfüllung und mit mehr Disstress, als eine vaginale Entbindung beschrieben. Als Begründung dafür wurde ein geringeres Gefühl der Beteiligung und das Empfinden eines Kontrollverlusts angeführt (Salmon & Drew, 1992). Zwischen einer normalen vaginalen Geburt ohne Intervention und einer sogenannten Zangengeburt konnte kein signifikanter Unterschied beschrieben werden (Salmon & Drew, 1992).

Bei der Einleitung des Geburtsvorgangs sind ebenfalls unterschiedliche Ergebnisse berichtet worden. In einer Untersuchung (Stadlmayr et al., 2004) scheint die Art der Einleitung kein signifikanter Faktor für das Geburtserleben zu sein. In einer anderen Studie (Salmon & Drew, 1992) empfinden Spontangebärende mehr Erfüllung, weniger Disstress und weniger körperliche Beschwerden im Vergleich zu Schwangeren mit eingeleiteten Geburten. Ebenso besteht Uneinigkeit bei der Auswirkung durch die Anzahl bisheriger Entbindungen zwischen keinem Einfluss (Stadlmayr et al., 2004) und negativem Einfluss durch vorhergegangene abgeschlossene Schwangerschaften (Salmon & Drew, 1992). Keinen Einfluss auf das Geburtserleben scheinen das Geschlecht und das Gewicht des Kindes zu haben (Stadlmayr et al., 2004).

Zum Einfluss einer psychischen Vorbelastung im Zusammenhang mit dem Erleben der Geburt ist die bisherige Datenlage widersprüchlich. Depressive Symptome haben laut Gürber und Kollegen keinen Einfluss auf das Geburtserleben (Gürber, Baumeler, Grob, Surbek, & Stadlmayr, 2017). Im Gegensatz dazu fand eine andere Untersuchung (Saisto, Salmela-Aro, Nurmi, & Halmesmaki, 2001) heraus, dass eine Depression vor der Geburt eine Geburtszufriedenheit vorhersagt.

Zusammenfassend wirken offensichtlich viele verschiedene Faktoren auf das Erleben der Geburt, jedoch verschiedene Studien zeigen teils widersprüchliche Forschungsergebnisse.

2.2.2 Geburtsverarbeitung

Nach dem Geburtserleben widmen wir uns nun der Betrachtung der Geburtsverarbeitung. Eine negative Verarbeitung der Geburt kann sich in der Ausbildung einer postpartalen Depression oder sogar in einer posttraumatischen Belastungsstörung widerspiegeln. Im Folgenden werden diese zwei Aspekte genau beleuchtet und bisherige Forschungsergebnisse dargelegt.

2.2.2.1 *Postpartale Depression*

Unter einer postpartalen Depression (kurz PPD) versteht man das Auftreten einer depressiven Episode innerhalb von sechs Wochen *nach* der Geburt des Kindes. Die typischen Symptome einer depressiven Störung sind die depressive, gedrückte Stimmung, der verminderte Antrieb und eine Interessens- beziehungsweise Freudlosigkeit. Ebenso können die betroffenen Personen an Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen und damit einhergehender Müdigkeit, Verlust von Selbstvertrauen, Schuldgefühlen und Suizidgedanken leiden. Die genannten Symptome müssen über eine Dauer von mindestens zwei Wochen vorhanden sein. Nach der Anzahl der vorhandenen Symptome kann die depressive Störung als leicht, mittelgradig oder schwer eingeordnet werden. (WHO, 2016)

Es ist sehr häufig, dass eine Frau nach der Geburt ihres Kindes an einer Depression erkrankt. Die Zahlen über die Prävalenz einer postpartalen Depression bewegen sich in einem weiten Bereich zwischen 6 bis 23 Prozent (Ångerud, Anerbäck, Tydén, Boddeti, & Kristiansson, 2018; Blom et al., 2010; Eastwood, Jalaludin, Kemp, Phung, & Barnett, 2012; Eisenach et al., 2008; Gaillard et al., 2014; Herz et al., 1997; Koutra et al., 2016; Masmoudi et al., 2014;

Milgrom et al., 2008; O'Hara & Swain, 1996; Reck et al., 2008; Verreault et al., 2014). Als Ursachen für diese Differenzen zwischen den Ergebnissen der verschiedenen Studien lassen sich voneinander abweichende Studiendesigns, Inhomogenität in der Methode und den Kriterien zur Diagnosestellung wie auch unterschiedliche zeitliche Abstände zur Geburt aufführen. Auf diese Schlussfolgerung in Bezug auf die unterschiedlichen Prävalenzen kamen auch Bürmann und Härtl mit Kollegen (Bürmann genannt Siggemann et al., 2014; Härtl, Müller, & Friese, 2006).

Vielfältige Faktoren wurden bereits herausgearbeitet, die im Zusammenhang mit der Entstehung einer postpartalen Depression stehen.

Eine Depression während der Schwangerschaft gilt als Risikofaktor für eine postpartale Depression (Gaillard et al., 2014; Gürber et al., 2017; Heron, O'Connor, Evans, Golding, & Glover, 2004; Leigh & Milgrom, 2008; Milgrom et al., 2008; Parker et al., 2015; Verreault et al., 2014). Auch das Vorhandensein von Ängsten (Heron et al., 2004; Iles, Slade, & Spiby, 2011; Verreault et al., 2014) oder seelischer Gewalt (Ludermir, Lewis, Valongueiro, de Araujo, & Araya, 2010) während der Schwangerschaft erhöht die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten. Ein erhöhtes Risiko haben ebenso Frauen, welche Gewalt durch den Partner (Gaillard et al., 2014) oder belastende Kindheitserfahrungen (Ångerud et al., 2018) schilderten. Eine Vorgeschichte psychischer Erkrankungen im Allgemeinen (Aceti, Aveni, et al., 2012; Johnstone, Boyce, Hickey, Morris-Yatees, & Harris, 2001; Milgrom et al., 2008; Parker et al., 2015) oder traumatischer Erlebnisse im Speziellen (Verreault et al., 2014) stellt insgesamt einen negativen Einflussfaktor auf die Geburtsverarbeitung dar und ist mit einer Depression nach der Geburt verbunden. Auch zwischen der jeweiligen Persönlichkeitsstruktur und der Entwicklung einer postpartalen Depression bestehen Zusammenhänge. So hatten die Frauen ein erhöhtes Risiko, welche sich entweder als nervös, schüchtern, befangen, zwanghaft, zornig oder besorgt beschrieben (Johnstone et al., 2001).

Im direkten Zusammenhang mit der Geburt konnten körperliche Komplikation seitens der Mutter (Eastwood et al., 2012; Gaillard et al., 2014; Koutra et al., 2016) wie auch postnatale kindliche Komplikationen (Herz et al., 1997) ermittelt werden. Blom und Kollegen (2010) zeigten eine Verknüpfung mit einer postpartalen Depression bei Auftreten von Komplikationen, wie Präeklampsie, Krankenhausaufenthalt während der Schwangerschaft, Verdacht auf kindlichen Disstress, medizinisch indizierte Geburt und Krankenhouseinweisung des Kindes. Eine Frühgeburt stellt einen weiteren Risikofaktor dar (Bener, 2013). Auch

körperliche Faktoren wie eine Anämie nach der Geburt ihres Kindes (Corwin, Murray-Kolb, & Beard, 2003) oder postpartale Schmerzen (Eisenach et al., 2008) führen zu einem erhöhten Risiko. Neben den körperlichen Komplikationen beim Kind spielt auch dessen Temperament eine Rolle (Eastwood et al., 2012).

Ein Migrationshintergrund ist mit einem höheren Risiko für eine Depression nach der Geburt verbunden (Eastwood et al., 2012; Gaillard et al., 2014). Frauen, welche unzureichende Unterstützung vom Partner (Aceti, Aveni, et al., 2012; Herz et al., 1997; Iles et al., 2011; Milgrom et al., 2008) oder durch das soziale Umfeld (Eastwood et al., 2012; Herz et al., 1997; Ohara et al., 2017; Verreault et al., 2014) erhalten, haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, eine Depression in der Zeit nach der Geburt zu entwickeln. Finanzielle wie familiäre Stressoren wurden ebenso als Risikofaktoren benannt (Aceti, Aveni, et al., 2012; Eastwood et al., 2012; Herz et al., 1997; Parker et al., 2015). In einigen Studien wurden ledige Frauen mit einer höheren Gefährdung assoziiert (Eastwood et al., 2012; Herz et al., 1997), in anderen konnte kein signifikanter Einfluss durch den Familienstand erhoben werden (Gaillard et al., 2014). Gleichermassen herrscht bei dem Effekt des Bildungsstands (Gaillard et al., 2014; Herz et al., 1997; Johnstone et al., 2001) und der Anzahl der Geburten einer Frau Uneinigkeit. In einer Untersuchung (Herz et al., 1997) stellte sich heraus, dass Erstgebärende oder Gebärende ab der vierten Geburt gefährdeter sind, eine Depression nach der Geburt zu entwickeln, während in einer anderen Studie (Gaillard et al., 2014) kein Einfluss nachgewiesen werden konnte.

Eine Frau, welche die Geburt schwieriger als erwartet empfunden hat, ist gefährdeter, eine postpartale Depression auszubilden (Verreault et al., 2014). Eine negative Bewertung der Geburt hat ebenfalls einen Einfluss auf das Ausbilden depressiver Symptome nach der Geburt (Bell & Andersson, 2016).

Die Art und Weise des Geburtsvorgangs scheint größtenteils keine Rolle bei der Entstehung einer posttraumatischen Depression zu spielen. Auch eine Geburt mittels Sectio führt nicht zu einem erhöhten Risiko, an einer Depression nach der Geburt des Kindes zu leiden (Eisenach et al., 2008; Gaillard et al., 2014; Hiltunen, Raudaskoski, Ebeling, & Moilanen, 2004; Iles et al., 2011; Patel, Murphy, & Peters, 2005). Die Studie von Johnstone und Kollegen (2001) erbrachte keine signifikanten Ergebnisse, welche einen Zusammenhang zwischen geburtshilflichen Faktoren und einem erhöhten Risiko für eine PPD belegen. Davon grenzt sich die Studie von Blom und Kollegen (2010) ab, welche den Notkaiserschnitt als einen signifikanten Risikofaktor für eine PPD identifizierte.

Das Alter der Mutter wurde in einigen Untersuchungen (Gaillard et al., 2014; Herz et al., 1997) nicht als beeinflussendes Merkmal ermittelt. Jedoch konnte in einer Studie (Kim, Connolly, & Tamim, 2014) eine signifikant höhere Rate an postpartaler Depression bei jugendlichen Müttern aufgezeigt werden. Für die Entstehung einer PPD spielen auch biologische Faktoren eine wichtige Rolle. So wird vermutet, dass das neuroendokrinologische Zusammenspiel von Östrogen und Serotonin, welches nach der Geburt einer Veränderung unterliegt, einen Einfluss auf das Auftreten der Depression hat (Härtl et al., 2006).

Schutzfaktoren, welche das Risiko der Frauen für eine PPD senken, ist das Erfahren von sozialer Unterstützung nach der Geburt des Kindes (Kim et al., 2014), ein bestehendes Kohärenzgefühl (Noyman-Veksler, Herishanu-Gilutz, Kofman, Holchberg, & Shahar, 2015) und ein körperlich aktiver Lebensstil während der Schwangerschaft (Shakeel et al., 2018).

Die Vielzahl an Untersuchungsergebnissen zur postpartalen Depression verdeutlichen, dass dies ein vielseitig interessierendes Themengebiet ist und auch in der vorliegenden Studie Beachtung erhält.

2.2.2.2 Posttraumatische Belastungsstörung

Neben einer postpartalen Depression kann sich eine negative Geburtsverarbeitung auch in einer posttraumatischen Belastungsstörung äußern.

Eine posttraumatische Belastungsstörung (kurz PTBS) entsteht als „Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß“ (WHO, 2016, p. 304). Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung in Form von Albträumen, Intrusionen oder Flashbacks sind typische Merkmale. Vermeidungsverhalten gegenüber Situationen und Aktivitäten, die Gedanken an das traumatische Erlebnis hervorrufen könnten, wird häufig beobachtet. Meist tritt eine erhöhte psychische Sensitivität und Erregung mit erhöhter Wachsamkeit, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit und Konzentrationsstörungen auf. Der Beginn dieser Symptome erfolgt innerhalb weniger Monate nach dem Belastungereignis. (WHO, 2016)

Nach manchen Geburten kommt es vor, dass die Mütter diese Geburt als ein traumatisches Ereignis verarbeiten und eine posttraumatische Belastungsstörung daraufhin entwickeln.

Hier sollte jedoch die Definition der PTBS etwas weiter gefasst werden, da eine Geburt per se keine Situation einer außergewöhnlichen Belastung ist, welche „bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (WHO, 2016, p. 304).

Die Prävalenz für eine volle Ausprägung einer posttraumatische Belastungsstörung schwankt zwischen einer und sieben Frauen pro 100 Geburten (Ayers, 2004; Ayers, Harris, Sawyer, Parfitt, & Ford, 2009; Creedy, Shochet, & Horsfall, 2000; Czarnocka & Slade, 2000; Dekel et al., 2017; Polacheck, Harari, Baum, & Strous, 2012; Soet, Brack, & DiIorio, 2003; Verreault et al., 2012; Wijma, Soderquist, & Wijma, 1997). Die Anzahl der Frauen mit einer traumatischen Verarbeitung, die nur einen Teil der Diagnosekriterien erfüllt, ist noch erheblich höher (Ayers, 2004; Creedy et al., 2000; Czarnocka & Slade, 2000; Polacheck et al., 2012; Soet et al., 2003; Verreault et al., 2012). Ursachen für die variierende Zahl sind in den unterschiedlichen Zeitpunkten der Erhebung und in den verschiedenen Testverfahren zu suchen.

Auch hier können einige Einflussfaktoren ausgemacht werden, welche die Wahrscheinlichkeit für ein Auftreten einer posttraumatischen Belastungsstörung oder deren Symptome nach der Entbindung des Kindes erhöhen.

Wie schon bei der postpartalen Depression ist eine Vorgeschichte von psychischen Erkrankungen als Risikofaktor einzustufen (Czarnocka & Slade, 2000; Gürber et al., 2017; Söderquist, Wijma, & Wijma, 2006; Wijma et al., 1997). Ein früher erlebtes Trauma erhöht die Auftretenswahrscheinlichkeit für Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (Dekel et al., 2017; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003; Weidner, Garthus-Niegel, & Junge-Hoffmeister, 2018). Eine Verbindung zwischen einer postpartalen Depression und der traumatischen Verarbeitung wurde festgestellt (Czarnocka & Slade, 2000; Gürber et al., 2017; Söderquist et al., 2006). Auch eine ängstliche Persönlichkeit wird mit posttraumatischen Stresssymptomen assoziiert (Czarnocka & Slade, 2000; Iles et al., 2011; Verreault et al., 2012). Das Charaktermerkmal „Kohärenzgefühl“ ist als Schutzfaktor vor einer PTBS zu werten (Noyman-Veksler et al., 2015).

Vorgeburtliche Einflüsse auf die Ausbildung einer PTBS sind eine geringe Unterstützung (Soet et al., 2003; Verreault et al., 2012), eine depressive Stimmungslage (Haagen, Moerbeek, Olde, van der Hart, & Kleber, 2015; Söderquist et al., 2006; Verreault et al., 2012) und eine massive Angst vor dem Ereignis „Geburt“ (Söderquist et al., 2006).

Faktoren, welche direkt im Zusammenhang mit der Geburt stehen und einen Einfluss auf die erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit von posttraumatischen Belastungssymptomen haben, sind die negative Beurteilung der Geburt (Dekel et al., 2017; Garthus-Niebel, Knoph, von Soest, Nielsen, & Eberhard-Gran, 2014) bzw. eine die Erwartungen nicht erfüllende Geburt und eine Bewertung des Kontakts mit dem Team der Geburtshelfer als wenig angemessen und nicht unterstützend (Ayers, Jessop, Pike, Parfitt, & Ford, 2014; Creedy et al., 2000; Czarnocka & Slade, 2000; Soet et al., 2003; Verreault et al., 2012; Wijma et al., 1997). Eine ungeplante Schwangerschaft, die Empfindung eines Kontrollverlusts während des Entbindens sowie eine als mangelhaft empfundene Unterstützung oder das vollkommene Fernbleiben des Partners während der Geburt sind ebenso Risikofaktoren (Czarnocka & Slade, 2000). Des Weiteren ist auch ein geringes Ausmaß an sozialer Unterstützung oder an Beistand durch den Partner in der Zeit nach der Geburt als negativ zu werten (Garthus-Niebel, Ayers, von Soest, Torgersen, & Eberhard-Gran, 2014; Iles et al., 2011; Söderquist et al., 2006; Verreault et al., 2012). Schlafstörungen in dieser postpartalen Zeit sind mit einer erhöhten Auftretenswahrscheinlichkeit von PTBS-Symptomen verbunden (Garthus-Niebel, Ayers, et al., 2014).

Weiterhin scheinen Erstgebärende (Ayers et al., 2009; Wijma et al., 1997) eine höhere Vulnerabilität gegenüber einer PTBS zu besitzen. In Bezug auf die Art und Weise der Geburt korrelieren operative Geburten (instrumentell assistierte Geburt oder Sectio bzw. Notkaiserschnitt) mit der Entwicklung von Symptomen (Ayers et al., 2009; Ayers et al., 2014; Creedy et al., 2000; Soet et al., 2003). Frauen, bei welchen ein Dammschnitt indiziert war, sind gefährdeter eine PTBS zu entwickeln (Czarnocka & Slade, 2000). In anderen Untersuchungen (Czarnocka & Slade, 2000; Iles et al., 2011; Verreault et al., 2012) konnten in diesem Gebiet jedoch keine signifikanten Zusammenhänge erhoben werden.

Wie schon bei der Ausbildung von Zeichen postpartaler Depression wurden bei der posttraumatischen Belastungsstörung nach der Geburt viele Einflussfaktoren herausgearbeitet. Diese Untersuchung soll nun aber die Bindung als Einflussfaktor auf die Geburt beleuchten.

2.3 Bindung und Geburt

Bisher wurden die Grundlagen zur Bindungstheorie und zu Geburtserleben und -verarbeitung geschildert. Im Folgenden soll nun der Zusammenhang zwischen der Bindung und dem

Erleben und der Verarbeitung der Geburt dargestellt werden, welcher der zentrale Aspekt dieser Studie ist.

Da die Bindungsrepräsentation eines Menschen vielfältigen Einfluss auf dessen Leben hat, wird vermutet, dass auch die Geburt dadurch beeinflusst wird. Man könnte sich vorstellen, dass sicher Gebundene durch ihre besseren Problemlösestrategien und dem größeren Selbstvertrauen (wie in 2.1.2.1 „Sichere Bindungsrepräsentation“ dargestellt) leichter mit einer stressigen Situation, wie einer Geburt, umgehen können. In 2.1.2.4 „Unverarbeitete bzw. desorganisierte Bindungsrepräsentation“ wurde aufgezeigt, dass Personen mit einer unverarbeiteten bzw. desorganisierten Bindung vermehrt an psychischen Störungen leiden. So könnte auch bei Frauen mit dieser Bindungsrepräsentation nach der Geburt gehäuft eine postpartale Depression oder posttraumatische Belastungsstörung auftreten.

In bisher durchgeföhrten Studien, welche im Nachfolgenden dargestellt werden, konnte ein Einfluss der Bindung auf das Geburtserleben und ihre Verarbeitung beschrieben werden. Jedoch beziehen sich diese Ergebnisse auf Untersuchungen, in welchen die Bindung mit Hilfe von selbstberichteten Fragebögen erhoben wurde. In der Studie von Roisman und Kollegen (2007) konnte allerdings nur eine geringe Übereinstimmung von selbstberichteten Fragebögen zur Bindung und dem AAI belegt werden. Die nachfolgend präsentierten Untersuchungsergebnisse sollten angesichts dieses Hintergrundes kritisch betrachtet werden.

So wurde festgestellt, dass vermeidend gebundene Eltern weniger Enthusiasmus dafür zeigten, Eltern zu werden und nach der Geburt des Kindes dessen Betreuung als anstrengender und wenig erfüllend ansehen (Rholes, Simpson, & Friedman, 2006). Einen Zusammenhang zwischen der Bindung und der erlebten Schmerzintensität bei der Geburt zeigte die Studie von Costa-Martins und Kollegen. Frauen mit einer sicheren Bindung berichteten über weniger Schmerzen während der Geburt und hatten einen geringeren Verbrauch an Analgetika im Gegensatz zu Frauen mit einer unsicheren Bindung (Costa-Martins et al., 2014a, 2014b). Ebenso schilderten Gebärende mit einer unsicheren Bindungsklassifikation bei einer Cervixöffnung von 3 cm signifikant mehr Schmerzen (Costa Martins et al., 2014). Diese Ergebnisse unterstützen die Vermutung, dass sicher gebundene Frauen besser mit Geburtsschmerzen zurechtkommen als unsicher gebundene. Eine Verbindung zwischen der Bindung und dem subjektiven Geburtserleben wurde von der Untersuchung von Reisz, Brennan, Jacobvitz und George (2019) aufgedeckt. Diese erbrachte einen Einfluss von wahrgenommener Verfügbarkeit, Trennungsprotest und befürchtetem Verlust der Bindungsfigur

und stellte die Schlussfolgerung, dass gebärende Frauen sowohl eine sichere Basis, um sich auf die anstrengende Erfahrung der Geburt einzulassen, als auch einen sicheren Rückzugsort, um den Schmerz und die Schwere der Aufgabe bewältigen zu können, benötigen (Reisz et al., 2019).

In Bezug auf die Ausbildung einer postpartalen Depression konnte ein Zusammenhang mit einer unsicheren Bindung der Frau festgestellt werden (Ikeda, Hayashi, & Kamibeppu, 2014), wobei die Bindung hier auch nur mit Hilfe des Attachment Style Interviews erhoben wurde. Ebenso konnte McMahon und Kollegen (2005) eine Verbindung zwischen dem Auftreten einer postpartalen Depression und einem Bindungsstil, der durch Beziehungsängste charakterisiert ist oder vermeidend ist, herausarbeiten.

Auch ein Zusammenhang zwischen mittels Fragebogen erhobener Bindung und dem Auftreten einer posttraumatischen Belastungssituation nach einer Geburt wurde in wenigen wissenschaftlichen Untersuchungen betrachtet. In früheren Studien konnte bei der Ausbildung von PTBS-Symptomen eine Assoziation zur vermeidenden (Ayers et al., 2014; Iles et al., 2011) und ambivalenten bzw. ängstlichen (Iles et al., 2011) Bindung aufgezeigt werden. In einer anderen Untersuchung (Polacheck et al., 2012) konnte keine Korrelation bestätigt werden.

Zu unserem Kenntnisstand hatte bisher einzige eine italienische Studie (Aceti, Baglioni, et al., 2012) die Bindung anhand des AAIs erhoben und im Zusammenhang mit postpartaler Depression untersucht. Hierbei hatten die Probandinnen der Gruppe mit den depressiven Symptomen nach der Geburt häufiger eine desorganisierte Bindungsrepräsentation als die Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe. Ebenfalls waren auch mehr unsicher-distanzierte und unsicher-präokkupierte Frauen in der klinischen Gruppe. Im Gegensatz dazu war die sichere Bindungsrepräsentation vermehrt in der nicht-depressiven Kontrollgruppe vorhanden (Aceti, Baglioni, et al., 2012).

Wie aus dem oben Genannten ersichtlich wurde, ist die Datenlage zu Untersuchungen bezüglich eines Zusammenhangs zwischen der Bindungsrepräsentation und dem Geburtserleben und der Geburtsverarbeitung noch sehr lückenhaft. Besonders wenig ist bisher noch bekannt über den Einfluss der Bindungsrepräsentation, welche mit einem standardisierten Interviewverfahren (z. B. AAP) erhoben wurde, auf das Erleben und die Verarbeitung einer Geburt. Um den Kenntnisstand zu erweitern ist die vorliegende Arbeit so bedeutend.

3 Fragestellungen und Hypothesen

3.1 Fragestellungen

Das Ziel dieser Studie ist es, den Einfluss der Bindungsrepräsentation auf das Geburtserleben und die Geburtsverarbeitung aufzudecken. Dazu werden weitere Faktoren wie vorherige psychische Belastung und die Entbindungsart mit untersucht.

Auftauchende interessierende Fragestellungen werden folgend aufgelistet.

Im Mittelpunkt stehen Fragen über den Zusammenhang zwischen Bindung und Geburt: Wie erlebt und verarbeitet eine Frau die Geburt ihres ersten Kindes in Abhängigkeit von ihrer Bindungsrepräsentation? Welchen Einfluss hat die Bindungsrepräsentation auf das Auftreten einer postpartalen Depression und einer posttraumatischen Belastungsstörung *nach* der Geburt? Kann eine sichere Bindung der Gebärenden als Ressource bei der Bewältigung des Geburtsstresses betrachtet werden?

Darüber hinaus ergeben sich weitere Fragestellungen, die mit dieser Arbeit ebenfalls untersucht werden sollen: Ist ein Zusammenhang zwischen dem Geburtserleben und der Geburtsverarbeitung zu erkennen? Haben Gebärende mit psychischer Belastung während der Schwangerschaft ein höheres Risiko für ein negatives Erleben und Verarbeiten der Geburt? Kann die Art des Entbindens die Bewältigung der Geburt mitbestimmen?

3.2 Hypothesen

Aus den vorangehenden Fragestellungen wurden konkrete Arbeitshypothesen verfasst. Hierbei wurden zwei Haupthypothesen (Hypothese 1 und 2) und vier Nebenhypothesen (Hypothesen 3 - 6) erstellt.

Hypothese 1

1. Sicher gebundene Frauen erleben die Geburt positiver und zeigen *nach* der Geburt weniger Zeichen einer depressiven Stimmungslage und einer traumatischen Verarbeitung als nicht sicher gebundene Frauen.

1.1 Sicher gebundene Frauen haben einen höheren Score im SIL-Fragebogen. Sie erleben die Geburt somit positiver.

1.2 Sicher gebundene Frauen haben einen niedrigeren Score im EPDS-Fragebogen. Sie haben somit *nach* der Geburt weniger Zeichen einer depressiven Stimmungslage.

1.3 Sicher gebundene Frauen haben einen niedrigeren Score im IES-Fragebogen. Sie zeigen somit *nach* der Geburt weniger Zeichen einer traumatischen Verarbeitung.

Hypothese 2

2. Frauen mit einer unverarbeiteten, desorganisierten Bindungsrepräsentation erleben die Geburt negativer und zeigen *nach* der Geburt mehr Zeichen einer depressiven Stimmungslage und einer traumatischen Verarbeitung als Frauen mit einer organisierten Bindungsrepräsentation.

2.1 Frauen mit einer unverarbeiteten, desorganisierten Bindungsrepräsentation haben einen niedrigeren Score im SIL-Fragebogen. Sie erleben die Geburt somit negativer.

2.2 Frauen mit einer unverarbeiteten, desorganisierten Bindungsrepräsentation haben einen höheren Score im EPDS-Fragebogen. Sie haben somit *nach* der Geburt mehr Zeichen einer depressiven Stimmungslage.

2.3 Frauen mit einer unverarbeiteten, desorganisierten Bindungsrepräsentation haben einen höheren Score im IES-Fragebogen. Sie zeigen somit *nach* der Geburt mehr Zeichen einer traumatischen Verarbeitung.

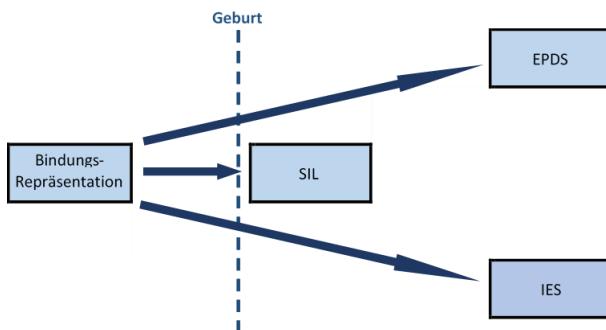


Abbildung 1: Veranschaulichung von Hypothese 1 und 2

Hypothese 3

3. Frauen, welche die Geburt negativer erleben, zeigen *nach* der Geburt mehr Zeichen einer depressiven Stimmungslage und einer traumatischen Verarbeitung.

3.1 Frauen mit einem niedrigen Score im SIL-Fragebogen, haben einen höheren Score im EPDS-Fragebogen. Sie haben somit *nach* der Geburt mehr Zeichen einer depressiven Stimmungslage.

3.2 Frauen mit einem niedrigen Score im SIL-Fragebogen, haben einen höheren Score im IES-Fragebogen. Sie zeigen somit *nach* der Geburt mehr Zeichen einer traumatischen Verarbeitung.

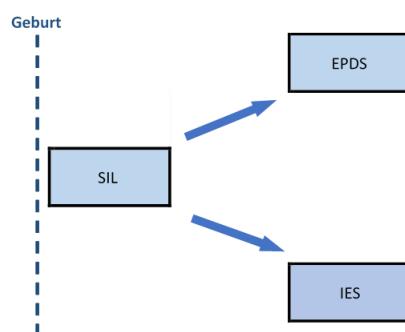


Abbildung 2: Veranschaulichung von Hypothese 3

Hypothese 4

4. Frauen, welche *präpartal* mehr Zeichen einer depressiven Stimmungslage haben, erleben die Geburt negativer und zeigen *nach* der Geburt mehr Zeichen einer depressiven Stimmungslage und einer traumatischen Verarbeitung.

4.1 Frauen mit einem hohen Score im EPDS-Fragebogen *präpartal*, haben einen niedrigeren Score im SIL-Fragebogen. Sie erleben die Geburt somit negativer.

4.2 Frauen mit einem hohen Score im EPDS-Fragebogen *präpartal*, haben einen hohen Score im EPDS-Fragebogen *postpartal*. Sie haben somit *nach* der Geburt mehr Zeichen einer depressiven Stimmungslage.

4.3 Frauen mit einem hohen Score im EPDS-Fragebogen *präpartal*, haben einen höheren Score im IES-Fragebogen. Sie zeigen somit *nach* der Geburt mehr Zeichen einer traumatischen Verarbeitung.

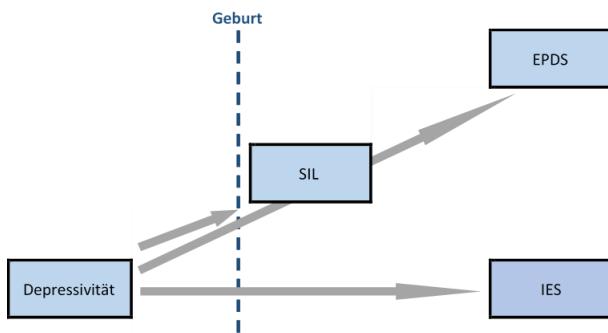


Abbildung 3: Veranschaulichung von Hypothese 4

Hypothese 5

5. Ein früher erlebtes Trauma steht im Zusammenhang mit einem negativen Erleben und einer negativen Verarbeitung der Geburt.

5.1 Frauen mit einem hohen Score im IES-Fragebogen *präpartal*, welcher sich auf ein zurückliegendes Trauma bezieht, haben einen niedrigeren Score im SIL-Fragebogen. Sie erleben die Geburt somit negativer.

5.2 Frauen mit einem hohen Score im IES-Fragebogen *präpartal*, welcher sich auf ein zurückliegendes Trauma bezieht, haben einen höheren Score im EPDS-Fragebogen. Sie haben somit *nach* der Geburt mehr Zeichen einer depressiven Stimmungslage.

5.3 Frauen mit einem hohen Score im IES-Fragebogen *präpartal*, welcher sich auf ein zurückliegendes Trauma bezieht, haben einen höheren Score im IES-Fragebogen, welcher sich auf die Geburt bezieht. Sie zeigen somit *nach* der Geburt mehr Zeichen einer traumatischen Verarbeitung.

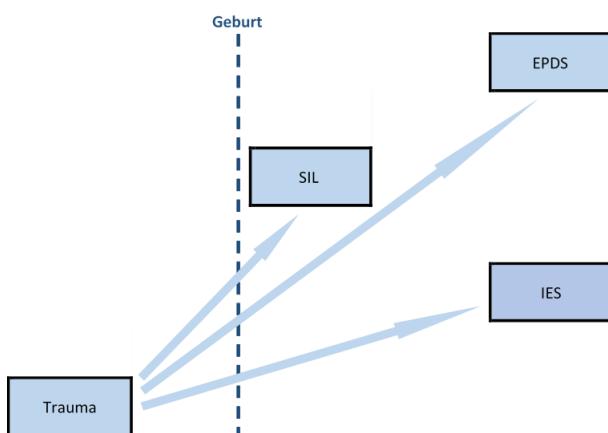


Abbildung 4: Veranschaulichung von Hypothese 5

Hypothese 6

6. Frauen, welche vaginal und ohne Komplikationen entbinden, erleben die Geburt positiver und zeigen *nach* der Geburt weniger Zeichen einer depressiven Stimmungslage und einer traumatischen Verarbeitung.

6.1 Frauen, welche vaginal und ohne Komplikationen entbinden, haben einen höheren Score im SIL-Fragebogen. Sie erleben die Geburt somit positiver.

6.2 Frauen, welche vaginal und ohne Komplikationen entbinden, haben einen niedrigeren Score im EPDS-Fragebogen. Sie haben somit *nach* der Geburt weniger Zeichen einer depressiven Stimmungslage.

6.3 Frauen, welche vaginal und ohne Komplikationen entbinden, haben einen niedrigeren Score im IES-Fragebogen. Sie zeigen somit *nach* der Geburt weniger Zeichen einer traumatischen Verarbeitung.

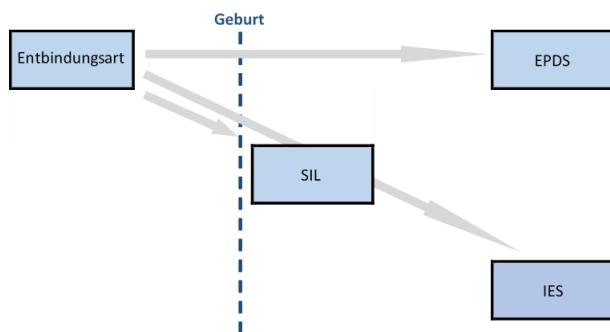


Abbildung 5: Veranschaulichung von Hypothese 6

4 Material und Methode

4.1 Studiendesign

4.1.1 Stichprobe

Die Stichprobe, welche in dieser Arbeit untersucht wurde, ist eine Teilstichprobe der SAFE®-Evaluationsstudie. SAFE steht für „Sichere Ausbildung für Eltern“ (Brisch, 2012) und ist ein Präventionsprogramm mit dem Ziel, die sichere Eltern-Kind-Bindung zu fördern. Von 2005 bis 2013 wurden Daten zur Evaluation des SAFE®-Programms in der Abteilung Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie am Dr. von Haunerschen Kinderspital des Universitätsklinikums der Ludwig-Maximilians-Universität München in Form einer randomisierten, prospektiven Kontrollstudie erhoben. Die interessierten werdenden Eltern erfuhren von den Kursen über ausliegende Flyer in gynäkologischen Praxen, einer Frauenklinik, bei Hebammen und in Allgemeinmedizinpraxen. Sie wurden randomisiert den zwei Untersuchungsgruppen zugewiesen: entweder zur Experimentalgruppe, welche den SAFE®-Kurs besuchte, oder zur Kontrollgruppe, welche den GUSTA-Kurs (GUSTA = Guter Start für werdende Eltern) besuchte. Der GUSTA-Kurs umfasste die Inhalte eines gewöhnlichen Geburtsvorbereitungskurses, wie Schwangerschaftsvorbereitung, Stillberatung und Säuglingspflege. Beide Kurse erstreckten sich über zehn ganztägige Seminare von der Schwangerschaft bis zum ersten Lebensjahr des Kindes. Zusätzlich konnten die Teilnehmer zwischen den Seminaren die Kursleiterinnen telefonisch kontaktieren, wenn akut Hilfe benötigt wurde oder Fragen zum Umgang mit dem Kind aufkamen.

In der vorliegenden retrospektiven Studie wurden für die Auswertung die Daten der Kontrollgruppe verwendet. Von den insgesamt 77 zur Kontrollgruppe zugewiesenen Schwangeren entschieden sich vier Frauen gegen den Besuch des Kurses noch vor Kursbeginn und sieben nahmen zwar am Kurs teil, jedoch nicht an der Studie. Von den verbliebenen Teilnehmerinnen konnten nur bei 32 Frauen über den Zeitraum aller Testzeitpunkte die Daten vollständig erhoben werden. Gründe für die geringe Anzahl an kompletten Datensätzen waren der Studienabbruch vor der letzten Erhebung und fehlende bzw. unvollständig oder fehlerhaft ausgefüllte Fragebögen. Mithilfe von statistischen Prozeduren (Multiple Imputation von Missing Data) konnten die fehlenden Werte bei Studienteilnehmerinnen mit nur wenigen fehlenden Daten geschätzt und vervollständigt werden. Zur Vergleichbarkeit wurde die einzige Teilnehmerin, welche nicht erstgebärend war, ausgeschlossen. Die endgültige Stichprobengröße betrug somit n=65.

4.1.2 Demographische Daten der Stichprobe

Die verwendeten Daten stammten von insgesamt 65 Probandinnen. Die Übersicht über die demographischen Daten der Stichprobe wurde in Tabelle 1 und Tabelle 3 dargestellt. 78,5 % der Teilnehmerinnen waren bei Kursbeginn im Alter zwischen 25 und 39 Jahre. Die durchschnittliche Probandin war 32 Jahre alt und gebar ihr Kind in der 40. Schwangerschaftswoche mit einem Geburtsgewicht von 3348 g. Es kamen etwas mehr Jungen als Mädchen zur Welt (52,3 % vs. 44,6 %; 3,1 % ohne Angabe). Fast Dreiviertel hatten als höchsten Abschluss einen Hochschulabschluss. Lediglich sechs Frauen (9,2 %) hatten nicht die deutsche Staatsangehörigkeit. Die Mehrheit war verheiratet und lebte mit einem festen Partner im gemeinsamen Haushalt. Fünf Teilnehmerinnen waren alleinerziehend. Die Stichprobe zeigte eine häufige Erfahrung mit Psychotherapie (49,2 %; keine Angabe von 9,2 %). Überwiegend erfolgte die Entbindung vaginal (ohne (35,4 %) oder mit (20,0 %) Komplikationen), jedoch hatten auch 16 Frauen eine sekundäre Sectio (= Kaiserschnitt, der im Verlauf der Geburt erforderlich wird) bzw. eine primäre Sectio (= elektiver/geplanter Kaiserschnitt) mit Komplikationen (siehe Tabelle 2). Von neun Personen (13,8 %) fehlten die Angaben zur Entbindungsart.

Tabelle 1: Übersicht über die demographischen Daten der Stichprobe (n=65)

Demographische Merkmale	Mittelwert	Median	SD	Min/Max
Alter zu Kursbeginn in Jahren (n=64)	32,91	34,00	5,46	18/41
Schwangerschaftsdauer in Wochen (n=63)	39,46	40,00	1,89	30/42
Geburtsgewicht in Gramm (n=62)	3347,58	3435,00	526,98	1785/4260

Tabelle 2: Übersicht über die Entbindungsart (n=65)

Entbindungsart	Häufigkeit	Prozent		Häufigkeit	Prozent
Vaginale Entbindung	36	55,4 %	ohne Komplikationen, evtl. mit PDA	23	35,4 %
			mit Komplikationen	13	20,0 %
Sectio	20	30,8 %	primär, ohne Komplikationen	4	6,2 %
			sekundär bzw. primär mit Komplikationen	16	24,6 %
keine Angabe	9	13,8 %		9	13,8 %

Tabelle 3: Übersicht über die demographischen Daten der kategorialen Variablen (n=65)

Demographische Merkmale	Häufigkeit	Prozent
Alter zu Kursbeginn		
bis 19 Jahre	1	1,5 %
20 bis 24 Jahre	5	7,7 %
25 bis 29 Jahre	10	15,4 %
30 bis 34 Jahre	24	36,9 %
35 bis 39 Jahre	17	26,2 %
ab 40 Jahre	7	10,8 %
keine Angabe	1	1,5 %
Bildungsstand		
kein Abschluss/Sonderschule	1	1,5 %
Hauptschulabschluss	1	1,5 %
Realschulabschluss	4	6,2 %
Abitur	9	13,8 %
Hochschulabschluss	48	73,8 %
keine Angabe	2	3,1 %
Nationalität		
deutsch	59	90,8 %
nicht deutsch	6	9,2 %
Familienstand		
Verheiratet	41	63,1 %
ledig	19	29,2 %
geschieden/getrennt	4	6,2 %
keine Angabe	1	1,5 %
Lebenssituation		
keine Beziehung	7	10,8 %
in fester Partnerschaft	7	10,8 %
mit festem Partner im gemeinsamen Haushalt	43	66,2 %
keine Angabe	8	12,3 %
Alleinerziehend		
nicht alleinerziehend	60	92,3 %
alleinerziehend	5	7,7 %
Psychotherapieerfahrung		
nein, nie	27	41,5 %
ja, derzeit oder einmal im Leben	32	49,2 %
keine Angabe	6	9,2 %
Geschlecht des Kindes		
männlich	34	52,3 %
weiblich	29	44,6 %
keine Angabe	2	3,1 %

4.1.3 Ablauf der Testzeitpunkte

Die Erfassung der Daten der SAFE®-Evaluationsstudie fand an vier Untersuchungszeitpunkten (T1-T4) statt, wobei eine Vielzahl von verschiedenen Erhebungen durchgeführt wurde. Für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit sind nur Daten der Erhebungsinstrumente von den Testzeitpunkten T1, T2 und T3 von Bedeutung.

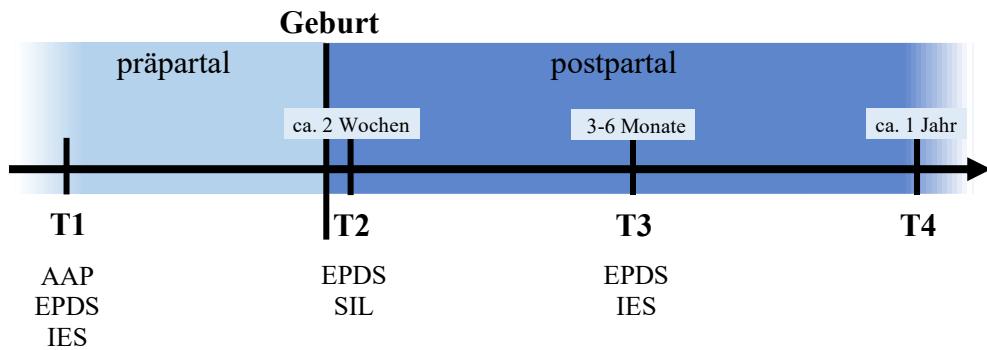


Abbildung 6: Zeitlicher Verlauf der Studie

Zu Kursbeginn und somit *vor* der Geburt erfolgte der erste Testzeitpunkt T1. An diesem Termin wurde zur Erhebung der Bindungsrepräsentation das AAP mit den werdenden Müttern in den Forschungsräumen der Abteilung für Pädiatrische Psychosomatik des Dr. von Haunerschen Kinderspitals durchgeführt. Ebenfalls wurden *vorgeburtlich* Selbsteinschätzungsfragebögen zur Erfassung einer depressiven Symptomatik (EPDS) und zur Erfassung von Zeichen eines früher erlebten Traumas (IES) von den Frauen ausgefüllt. Im Rahmen von T2 (ungefähr zwei Wochen *nach* der Geburt) bekamen die Teilnehmerinnen die Fragebögen SIL und EPDS, zur Erhebung des Geburtserlebens und der depressiven Symptome, zum selbstständigen Ausfüllen zugeschickt. Der dritte Testzeitpunkt (T3) fand zwischen dem dritten und sechsten Monat *postpartal* statt und umfasste erneut den Depressionsfragebogen EPDS und den Fragebogen IES (diesmal in Bezug auf Zeichen einer traumatischen Verarbeitung der Geburt).

4.2 Erhebungsinstrumente

Zur Untersuchung der verschiedenen interessierenden Variablen wurden unterschiedliche Messinstrumente eingesetzt. Es kamen ein objektivierbares Bindungsinterviewverfahren

und Selbsteinschätzungsfragebögen, welche die subjektive Sichtweise der Teilnehmerinnen widerspiegeln, zur Anwendung.

4.2.1 Adult Attachment Projective Picture System (AAP)

Das Adult Attachment Projective Picture System von Carol George und Malcolm L. West (Buchheim, Gander, & Juen, 2014; George & West, 2001a, 2001b, 2012) ist ein Interviewverfahren zur Identifizierung der Bindungsrepräsentation eines Erwachsenen anhand von Bildbeschreibungen. Mit Hilfe von schematischen Abbildungen, welche das Bindungssystem aktivierende Situationen (z. B. Abschied, Zurückweisung, Gewalterfahrung) zeigen, ist durch eine kategorisierte Auswertung möglich, der Person eine der vier Bindungsrepräsentationen zuzuordnen. Diese vier Klassifikationen sind sicher, unsicher-distanziert, unsicher-präokkupiert und unverarbeitet/desorganisiert. Durch dieses projektive Verfahren werden aufgrund der individuellen Assoziationen, welche die verschiedenen Abbildungen bei den Teilnehmern hervorrufen, die im Gedächtnis verankerten früheren Bindungserfahrungen zugänglich.

Der Ablauf der Methode stellt sich folgendermaßen dar: Zu Beginn wird dem Probanden ein Bild zum Testen und Üben des Ablaufes vorgelegt. Anschließend werden die sieben Zeichnungen mit Bindungsszenarien in einer vorgegebenen Reihenfolge bearbeitet. Es sind sowohl monadische Situationen, in welchen somit nur eine Figur abgebildet ist (z. B. Ein/e Jugendliche/r sitzt allein auf einer Bank), als auch Konstellationen mit mehreren Personen (dyadisch) enthalten. Ein Beispiel dafür ist das Bild, in welchem eine Frau und ein Kind an den entgegengesetzten Enden eines Bettes sitzen (siehe Anhang, Abbildung 15: AAP Bindungsszene „Bett“). Zu jeder Darstellung bekommt der Teilnehmer vier Aufgaben. Zunächst soll genau beschrieben werden, was auf der Zeichnung zu sehen ist. Anschließend wird danach gefragt, wie es zu dieser Situation gekommen sein könnte. Das Denken und die Empfindungen der abgebildeten Personen werden darauffolgend erörtert. Zum Abschluss eines jeden Bildes ist noch von Interesse, was als Nächstes passieren könnte. So wird jede Abbildung nach dem gleichen Prinzip bearbeitet, wodurch das halbstrukturierte Format des Interviewverfahrens ersichtlich wird.

Bei der Auswertung wird auf drei verschiedene Marker geachtet, durch welche die Kategorisierung erfolgen kann. Dies sind der Inhalt, die Verwendung von Abwehrprozessen, welche besonders für die unsicheren Bindungsgruppen sprechen, und der Diskurs des Erzählten.

Die Klassifikation durch das AAP erfolgt durch die Beachtung der Gesamtheit aller Bildbeschreibungen.

Die sicher-autonome Bindung eines Erwachsenen äußert sich im AAP durch strukturierte Gedankengänge über die Bindungsszenarien. Es wird in Stresssituationen ein Vertrauen in die Bindungsperson deutlich. Ebenfalls können individuelle Ressourcen aktiviert werden, die bei der Bewältigung einer belastenden Bindungssituation zur Findung eines Lösungsweges beitragen. Sicher-autonome Personen verwenden in ihren Erläuterungen kaum Abwehrprozesse.

Der Versuch die Bedeutung von Bindung zu minimieren, zu vermeiden oder zu neutralisieren kennzeichnet die unsicher-distanzierte Bindungsrepräsentation. Durch diese unnahbare Persönlichkeitsstruktur ist ein Umgang mit Bindungsstress möglich. In den Schilderungen dieser Personen werden belastende Situationen bagatellisiert und die Beziehung zwischen den Charakteren als unwichtig erklärt. Verbindungen zwischen Menschen werden als zweckmäßig betrachtet. Abwehrmechanismen wie die Deaktivierung spielen eine Rolle in diesen Beschreibungen.

Die Ausführungen von Erwachsenen mit einer unsicher-präokkupierten Bindung zeichnen sich durch eine inhaltliche und gefühlsmäßige Zerfahrenheit, Unsicherheit, Zwiespältigkeit und Befangenheit in Details aus. Eine aktive Gestaltung der Situationen durch die beschriebenen, oft als einsam dargestellten Personen ist kaum ersichtlich. Beziehungen werden als ungleich und voneinander losgelöst geschildert. Die kognitive Abtrennung wird als Prozess der Abwehr in den Darlegungen wiedererkannt.

Die unverarbeitete/desorganisierte Bindungsrepräsentation ist häufig mit einer Traumaerfahrung verbunden, wobei Erinnerungen daran aus dem Bewusstsein ausgeschlossen werden. Eine beständige Abwehrhaltung gegenüber der Annäherung an das Aufarbeiten des Traumageschehens wird durch die fehlende Verarbeitung und nicht vorhandene mentale Integration unterhalten. Die Deaktivierung und mentale Isolierung werden auf die beschriebenen Charaktere projiziert und durch eine emotionsarme, unzusammenhängende und nicht abgeschlossene Geschichte deutlich. Wird die Person in einer Bindungssituation unter Druck gesetzt, führen einzelne Erinnerungsbruchstücke zu einem Zusammenbruch der seelischen Stabilität.

Das AAP erfasst im Vergleich zum AAI, welches der Goldstandard für die Erhebung der Bindungsrepräsentation ist (siehe 2.1.1 „Grundlagen, Entstehung von Bindung“), zwar nicht die Vielschichtigkeit der Bindungsorganisation, die Biografie oder die Unterklassifikationen, aber es weist eine hohe Reliabilität und übereinstimmende Validität mit dem AAI auf.

Somit erweist sich das Adult Attachment Projective Picture System als solides Messverfahren zur Identifikation der vier Bindungskategorien beim Erwachsenen.

Im Rahmen dieser Studie fand die Erhebung des AAPs zum Untersuchungszeitpunkt T1 *vor* der Geburt statt. Die Interviews wurden als Bild und Ton aufgezeichnet und anschließend wortwörtlich in Schriftform transkribiert. Die Auswertung der Transkripte erfolgte durch „blinde“, zertifizierte Rater, das heißt die Rater hatten keinerlei Informationen zum Hintergrund der Schwangeren.

4.2.2 Fragebogen zur Erfassung der demographischen Daten

Im Rahmen der großen, vielschichtigen SAFE®-Evaluationsstudie kamen viele verschiedene Fragebögen zum Einsatz. Um die interessierenden demographischen Daten für diese Studie zu erfassen, wurden Informationen aus dem Fragebogen zur Lebens- und Familiensituation und einem Zusatz-Fragebogen zusammengetragen. So wurden Daten zum Alter der Mutter, dem Bildungsstand, der Nationalität, dem Familienstand, der Lebenssituation, der Psychotherapieerfahrung, dem Entbindungszeitpunkt, dem Geburtsgewicht, dem Geschlecht des Kindes und dem Geburtsvorgang gesammelt.

4.2.3 Fragebogen zur Erfassung des Geburtserlebens: Salmon's Item List (SIL)

Aus den Adjektiven und Phrasen, welche Frauen zur Beschreibung des Erlebens ihres Gebärens verwendeten, entwarf Peter Salmon eine Liste mit 20 Items, die Salmon's Item List (Salmon & Drew, 1992; Salmon, Miller, & Drew, 1990; Stadlmayr et al., 2006; Stadlmayr et al., 2001; Stadlmayr et al., 2009), die das Geburtserleben der frischen Mütter multidimensional erfasst. Die deutschsprachige Version wurde von Stadlmayr et al. veröffentlicht. Der Fragebogen deckt den Zeitraum während der Geburt und die anschließenden Stunden ab. Die Items werden anhand einer numerischen Skala von 1 bis 7 von den Frauen bewertet und jeweils mit 0 bis 6 Punkten verrechnet. Beispiele sind „enttäuscht – nicht enttäuscht“, „glücklich – nicht glücklich“, „unter Kontrolle – nicht unter Kontrolle“ oder „erschöpft – nicht erschöpft“. Maximal können 120 Punkte erreicht werden. Werte unterhalb des Cut-Offs von 70 Punkten deuten auf ein negatives Geburtserleben hin, höhere Punktzahlen auf ein positives Geburtserleben.

Zur Beschreibung des Geburtserlebens können drei oder vier Dimensionen herangezogen werden. Das 3-Faktoren-Modell unterscheidet zwischen körperlicher Beschwerlichkeit, Erfüllung und negativer emotionaler Erfahrung. Im 4-Faktoren-Modell sind emotionaler Distress und körperliche Beschwerlichkeit Dimensionen des intrapartalen Erlebens, während Erfüllung und negative emotionale Erfahrung postpartale Größen sind.

Die Frauen erhielten den Fragebogen ungefähr zwei Wochen *nach* der Geburt ihres Kindes (T2) zugeschickt, um so zeitnah ihre Empfindungen während der Geburt festzuhalten.

4.2.4 Fragebögen zur Erfassung der Geburtsverarbeitung

Die individuelle Verarbeitung des Geburtsgeschehens wird in dieser Arbeit durch die Messinstrumente EPDS und IES bewertet. Dadurch sollen Hinweise auf eine depressive Symptomatik und Zeichen einer traumatischen Verarbeitung aufgedeckt werden.

4.2.4.1 *Edinburgh Postnatale Depression Scale (EPDS)*

Ein sehr weit verbreiteter und häufig verwendeter Fragebogen zur Testung auf Depression ist die Edinburgh Postnatale Depression Scale (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987; Härtl et al., 2006; Herz, 1996; Herz et al., 1997). Der EPDS-Fragebogen ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, welches die Befindlichkeit innerhalb der letzten Woche mittels zehn Fragen, für die es jeweils vier Antwortmöglichkeiten („Ja, oft. - Manchmal. - Selten. - Nie.“) gibt, untersucht. Mit Hilfe von beispielsweise „Es gab vieles, auf das ich mich freute“, „Mir ist alles zuviel geworden“ oder „Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun“ versucht man, die Stimmungslage in Bezug auf Depressivität zu erforschen. Das schnelle Ausfüllen und die leichte Auswertung des Fragebogens ermöglichen eine einfache Anwendung, zum Beispiel als Screening-Instrument. Pro Item werden 0 bis 3 Punkte verrechnet, wodurch ein Maximalwert von 30 entstehen kann. Bei einem Summenwert bis 9 Punkte ist die Wahrscheinlichkeit für eine Depression gering. Auf eine depressive Symptomatik weist ein Score von 10 und mehr Punkten hin, ab 13 ist von einer hohen Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu leiden, auszugehen. Demzufolge lässt sich der Schluss ziehen: je höher der erreichte Gesamtwert ist, desto depressiver kann das Befinden der Probanden angesehen werden.

Der EPDS-Fragebogen findet nicht nur in der Erhebung von Anzeichen einer *postpartalen* Depression seinen Einsatz, sondern kann auch für die Erforschung einer *präpartalen* Depression verwendet werden (D. Murray & Cox, 1990).

In der vorliegenden Untersuchung wurde als Cut-Off der erreichte Wert von 13 Punkten festgelegt. Die Teilnehmerinnen dieser Studie füllten den EPDS zu drei verschiedenen Zeitpunkten aus. Bei T1 wurde die *präpartale* depressive Symptomatik untersucht. Im Abstand von zwei Wochen (T2) und drei bis sechs Monaten (T3) *nach* der Geburt, erfolgte mit Hilfe dieses Fragebogens die Testung auf eine *postpartale* Depression.

4.2.4.2 *Impact of Event Scale (IES)*

Der IES (Ferring & Filipp, 1994; Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979; Hütter & Fischer, 1997) ist ein Testinstrument, welches die Hauptkriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung „Intrusion“ und „Vermeidung“ abfragt. Es ist ein den Gütekriterien entsprechendes Maß für die Erfassung von Zeichen einer traumatischen Verarbeitung eines spezifischen Ereignisses. Unter Intrusion versteht man das unkontrollierbare Aufdrängen von ungebetenen Gedanken, Bildern und Emotionen, die mit einem traumatischen Lebensereignis im Zusammenhang stehen. Die Vermeidung äußert sich unter anderem in der Leugnung der Bedeutung dieses Ereignisses oder in einer Verhaltenshemmung. Die Bewertung der 15 Items bezieht sich auf die Empfindung der Testperson innerhalb der letzten sieben Tage und kann mit vier verschiedenen Antwortmöglichkeiten (von „überhaupt nicht“ bis „oft“) eingestuft werden. Jeweils entsprechend werden 0, 1, 3, oder 5 Punkte pro Antwort verrechnet (Maximaler Wert: 75 Punkte). Der Gesamtscore kann bis zu 8 Punkten als unauffällig, von 9 bis 25 Punkten als leicht, im Bereich 26 bis 43 als mäßig und ab 44 Punkten als schwer klinisch auffällig interpretiert werden. Eine erreichte Punktzahl von 26 gilt als Cut-Off für ein klinisch signifikantes Trauma und wurde so auch in der vorliegenden Arbeit verwendet.

Items, welche die Intrusion untersuchen, sind z. B. „Ich dachte daran, wenn ich nicht daran denken wollte“ oder „Ich habe davon geträumt“. Aussagen wie „Mir kam es vor als wäre es nicht wahr oder als wäre es gar nicht passiert“ und „Ich versuchte, es aus meiner Erinnerung zu löschen“ erforschen beispielsweise den Symptombereich der Vermeidung.

Die Frauen erhielten diesen Fragebogen *vor* der Geburt (T1), um die Zeichen einer traumatischen Verarbeitung eines früher erlebten Ereignisses aufzudecken. Ebenfalls wurde dieses

Maß an T3 (3 - 6 Monate *postpartal*) mit direktem Bezug auf die Geburt erhoben. Dadurch war eine Einschätzung der Geburt als traumatisch möglich.

4.2.5 Innere Konsistenz der Fragebögen und Inter-Rater-Reliabilität des AAPs

Zur Beurteilung der inneren Konsistenz der verschiedenen verwendeten Fragebögen wurde das Cronbach Alpha berechnet, welches ein Messinstrument zur Bestimmung der Stärke der Reliabilität ist. In Tabelle 4 wurde eine Übersicht dargestellt. Ein Cronbachs Alpha größer als 0,9 wurde als sehr gute, größer als 0,8 als gute und größer als 0,7 als akzeptable innere Konsistenz interpretiert (Hemmerich, 2015-2019).

Tabelle 4: Reliabilitätsanalyse

Fragebogen	Items	Cronbachs Alpha	Interpretation: Innere Konsistenz
SIL Summe	Alle 20 Items	0,877	gute
SIL 3-Faktoren-Modell: physical discomfort	7 Items (10, 12, 13, 14, 16, 17, 19)	0,826	gute
SIL 3-Faktoren-Modell: fulfillment	6 Items (2, 3, 4, 5, 7, 8)	0,767	akzeptable
SIL 3-Faktoren-Modell: negative emotional experience	6 Items (1, 6, 9, 11, 15, 20)	0,721	akzeptable
SIL 4-Faktoren-Modell: good emotional adaptation	5 Items (9, 10, 13, 14, 20)	0,867	gute
SIL 4-Faktoren-Modell: physical discomfort	3 Items (16, 17, 19)	0,685	fragwürdige
SIL 4-Faktoren-Modell: fulfillment	6 Items (2, 3, 4, 5, 7, 8)	0,767	akzeptable
SIL 4-Faktoren-Modell: negative emotional experience	3 Items (1, 6, 11)	0,685	fragwürdige
EPDS T1 Summe	Alle 10 Items	0,891	gute
EPDS T2 Summe	Alle 10 Items	0,854	gute
EPDS T3 Summe	Alle 10 Items	0,879	gute
IES T1 Summe	Alle 15 Items	0,949	sehr gute
IES T1: Subskala Intrusion	7 Items (1,2,3,4,8,11,13)	0,917	sehr gute
IES T1: Subskala Vermeidung	8 Items (5,6,7,9,10,12,14,15)	0,927	sehr gute
IES T3 Summe	Alle 15 Items	0,894	gute
IES T3: Subskala Intrusion	7 Items (1,2,3,4,8,11,13)	0,795	akzeptable
IES T3: Subskala Vermeidung	8 Items (5,6,7,9,10,12,14,15)	0,907	sehr gute

In den Summenscores der Fragebögen konnte stets von einer guten oder sehr guten inneren Konsistenz ausgegangen werden. Da in den Faktoren-Modellen der Salmon's Item List und

in den Aufteilungen der Traumafragebögen in Intrusion und Vermeidung teilweise nur eine fragwürdige bzw. akzeptable innere Konsistenz berechnet werden konnte, wurden in den weiteren Berechnungen nur die Gesamtsummenscores angewendet.

Zur Überprüfung der Qualität der AAP-Ratings wurden fast 10 % aller AAPs von beiden Ratern analysiert. Bei der Unterteilung in die vier Bindungsrepräsentationen ergab die Inter-Rater-Reliabilität 80 % ($\kappa = 0,64$; $p \leq 0,05$). Die Gegenüberstellung der Kategorien sicher vs. unsicher und organisiert vs. desorganisiert erbrachte eine Übereinstimmung von 100 % ($\kappa = 1$). Laut Wirtz und Caspar (2002) entspricht dies einer guten Übereinstimmung.

4.3 Statistik

Die Auswertung der Daten erfolgte mit Hilfe des Programms IBM SPSS Statistics für Windows. Die Daten der verschiedenen Erhebungsinstrumente und Fragebögen wurden in einem Datensatz zusammengefasst. Zu Beginn der Datenauswertung wurde die Multiple Imputation von fehlenden Daten durchgeführt. Um die Voraussetzung MCAR (Missing Completely At Random) für die Multiple Imputation zu überprüfen, wurde mit SPSS der MCAR-Test nach Little berechnet. Dabei konnte die Voraussetzung erfüllt und die Multiple Imputation somit durchgeführt werden. Anschließend kamen verschiedene statistische Methoden zum Einsatz, um die interessierenden Sachverhalte zu berechnen und darzustellen.

Die drei unsicheren Bindungsrepräsentationen, unsicher-distanziert, unsicher-präokkupiert, unverarbeitet bzw. desorganisiert, wurden bei verschiedenen Berechnungen zu einer gemeinsamen, unsicheren Kategorie zusammengefügt um diese der sicheren Klassifikation gegenüberzustellen. Ebenso erfolgte eine Abgrenzung von der unverarbeiteten/desorganisierten Bindungsrepräsentation zu den anderen drei Klassifikationen (sicher, unsicher-distanziert, unsicher-präokkupiert), welche als organisierte Bindung zusammengefasst wurden. Aufgrund der Ergebnisse explorativer Berechnungen wurde noch unsicher-distanziert den anderen drei Bindungsrepräsentationen (sicher, unsicher-präokkupiert, unverarbeitet bzw. desorganisiert) gegenübergestellt. So wurde die Stichprobe jeweils in zwei Bindungsklassifikationen kategorisiert: sicher vs. unsicher, desorganisiert vs. organisiert und unsicher-distanziert vs. nicht unsicher-distanziert.

Zur Aufbereitung der Daten wurden folgende Verfahren verwendet: Die Häufigkeiten wurden in Zahlen (absolute Häufigkeit) und in Prozenten (relative Häufigkeit) angegeben. Für

die Fragebogenergebnisse wurden Mittelwert, Median, Minimum, Maximum und Standardabweichung berechnet. Das Vorhandensein einer Normalverteilung wurde durch den Vergleich von Mittelwert und Median beleuchtet, durch ein Histogramm veranschaulicht und mit Hilfe der statistischen Tests nach Kolmogorov-Smirnov und nach Shapiro-Wilk bestätigt.

Zeigten sich bei der Betrachtung des Ergebnisses des Fragebogens normalverteilte Werte (hier nur für den Gesamtsummenscore der Salmon's Item List), wurden parametrische Tests angewendet. Zur statistischen Überprüfung der Unterschiede zwischen den vier einzelnen Bindungsrepräsentationen wurde eine Varianzanalyse ANOVA durchgeführt. Die Wahl der Post-Hoc Methode bei der ANOVA ist abhängig von der Gruppengröße. Bei gleich großen Gruppen wurde die Methode nach Gabriel und für ungleiche Gruppengröße GT2 nach Hochberg angewendet (Field, 2013). Bei der Gegenüberstellung der verschiedenen Bindungsgruppierungen (z. B. sicher vs. unsicher) kam der T-Test als Mittelwertvergleich zum Einsatz.

War die Normalverteilung nicht gegeben, wurden non-parametrische Tests für die Berechnungen verwendet. Vergleichend wurden die Daten auch einmal mit parametrischen Verfahren berechnet, wobei sich die Ergebnisse nur minimal unterschieden. Die non-parametrischen Tests sind etwas strenger und wurden in den Auswertungen der nicht-normalverteilten Daten angegeben. Zur Gegenüberstellung der vier verschiedenen Bindungsrepräsentationen berechnete man den Kruskal-Wallis-Test mit Chi-Quadrat. Unterschiede bei der Gegenüberstellung der zentralen Tendenzen der Gruppierungen (z. B. distanziert vs. nicht-distanziert) zeigte der Mann-Whitney-U-Test auf.

Zur Berechnung des linearen Zusammenhangs wurde einheitlich die non-parametrische Korrelation nach Spearman verwendet, da alle Fragebogenergebnisse mit Ausnahme des Summenwertes des SIL nicht normalverteilt waren. Der Korrelationskoeffizient zeigt den Zusammenhang auf und kann zwischen -1 und 1 liegen. Je näher er an der 1 ist, desto stärker der Zusammenhang, je näher an der 0, desto weniger Zusammenhang ist vorhanden. Bei einem negativen Wert ist der Zusammenhang gegenläufig ausgerichtet.

Der Zusammenhang zwischen zwei kategorialen Variablen wurde mit Hilfe des Pearson Chi-Quadrat-Tests und bei einer Gruppengröße kleiner 5 durch den exakten Test nach Fisher ermittelt. Als Maß wurde die asymptotische Signifikanz (zweiseitig) herangezogen, außer beim Fisher-Test, dort wurde die exakte Signifikanz verwendet.

Zur Vorhersage des Geburtserlebens wurde eine Regression berechnet und als Endpunkt der Summenwert des SIL gewählt. Alle Faktoren, die mit dem Geburtserleben korrelierten, wurden gemeinsam in einem Modell betrachtet und so wurden die Faktoren identifiziert, welche noch einen signifikanten Zusammenhang bei Zusammenschau mehrerer Einflussvariablen hatten und wie sich dieser auf das Geburtserleben auswirken könnte.

Um ein Bild über die Verarbeitung der Geburt erhalten zu können, wurden die Daten des Depressionsfragebogens zu T2 und T3 sowie der IES zu T3 betrachtet. Diese drei Endpunkte wurden in einer Gesamtschau mittels einer multivariaten Varianzanalyse zusammengefasst. Jedoch musste diese Idee für ein gemeinsames Modell zur Vorhersage der Geburtsverarbeitung (in Rücksprache mit einer Statistikerin) verworfen werden, da die statistischen Voraussetzungen für eine multivariate Varianzanalyse nicht eingehalten werden konnten. Deshalb wurde jeweils ein eigenes Regressionsmodell für die Endpunkte postpartale Depression zum Zeitpunkt T2, postpartale Depression zum Zeitpunkt T3 und posttraumatische Belastungszeichen *nach* der Geburt erstellt. So wurden die Einflussfaktoren für die Teilbereiche der Geburtsverarbeitung berechnet.

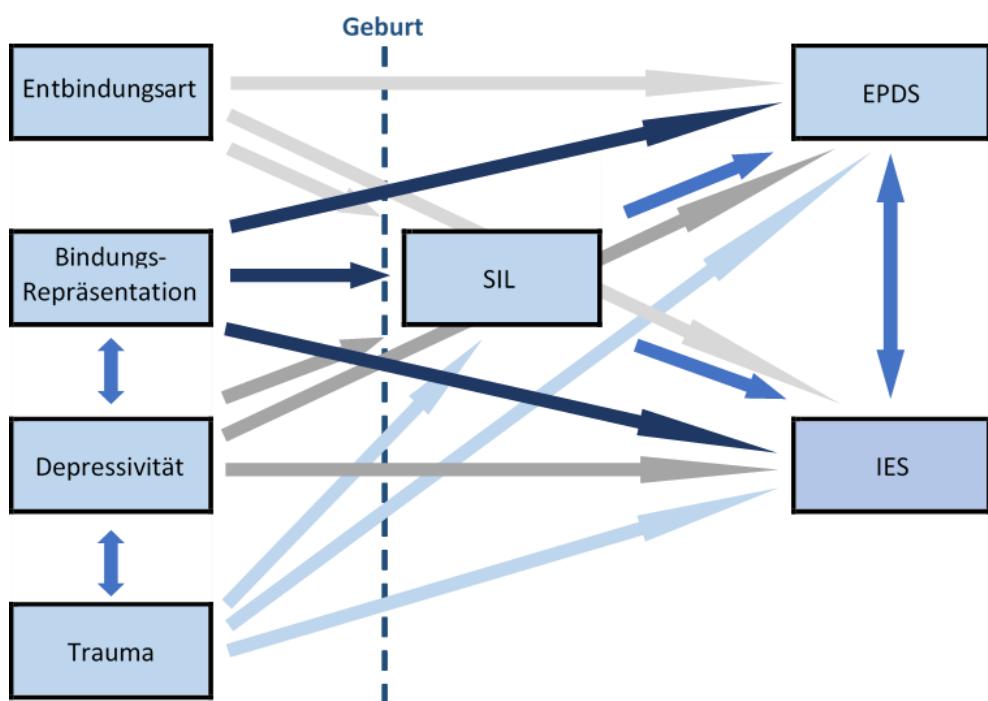


Abbildung 7: Gesamtmodell

Die Auswahl der Vorhersagefaktoren erfolgte nach dem oben gezeigten Modell (siehe Abbildung 14). Ebenfalls wurden noch signifikant korrelierende demographischen Daten mit

einbezogen. Obwohl in der Literatur noch viele weitere Einflussfaktoren auf die unterschiedlichen abhängigen Variablen beschrieben wurden, wurden diese nicht in die Regressionen mit aufgenommen, wenn sich in der Korrelation keine signifikanten Zusammenhänge herausstellten. So zeigte sich beispielsweise, wie oben im Literaturteil (siehe 2.2.2.1 „Postpartale Depression“) beschrieben, ein Einfluss des Migrationshintergrundes auf die Ausbildung postpartaler Depression. Da sich bei den vorliegenden Daten jedoch keine signifikante Korrelation ergab, wurde der Faktor „Nationalität“ nicht in das Modell mit aufgenommen.

Für alle Berechnungen galt das 95%-Konfidenzintervall. Das Signifikanzniveau wurde mit einem Wert von $p \leq ,05$ als statistisch signifikant angegeben. Bei einem $p > ,05$ war das Ergebnis nicht signifikant, wobei bis $p < ,10$ von tendenziell signifikant gesprochen wurde.

Zur Beurteilung des Effekts des signifikanten Ergebnisses wurden die Effektstärken nach Cohen (1988, 1992) herangezogen. Es wird dabei zwischen einem geringen, mittleren und starken Effekt unterschieden. Je nach statistischer Methode sind die Grenzwerte unterschiedlich. Im Folgenden wurde die Anleitung der Universität Zürich (Schwarz & Bruderer Enzler, 2018) verwendet, welche zumeist das „ r “ als Effektstärke berechnet und von 0,1 bis 0,3 einen geringen Effekt, von 0,3 bis 0,5 einen mittleren und ab 0,5 einen starken Effekt festlegt. Für die Einschätzung der Regression wird das „ f^2 “ als Maß für den Effekt berechnet. Die Effektstärke f^2 von 0,02 bis 0,15 entspricht einem schwachen Effekt, von 0,15 bis 0,35 entspricht sie einem mittleren Effekt und ab 0,35 spricht man von einem starken Effekt (Cohen, 1988).

Beim Pearson Chi-Quadrat-Test wurde die Stärke des Zusammenhangs durch das Cramers V verdeutlicht. Bei einem Cramers V ab 0,3 geht man von einem starken Zusammenhang zwischen den kategorialen Variablen aus (Schwarz & Bruderer Enzler, 2018).

Zur Unterstützung bei der statistischen Auswertung und der Anwendung von SPSS war stets meine Betreuerin eine große Hilfe. Des Weiteren wurde Rücksprache bezüglich der Multiplen Imputation und den abschließenden Gesamtmodellen mit einem externen Statistik-Büro gehalten.

5 Ergebnisse

5.1 Deskriptive Statistik des Adult Attachment Projective Picture Systems

Die Verteilung der Bindungsrepräsentationen, welche durch das AAP erhoben wurden, zeigt Abbildung 8 und Tabelle 5. Die kleinste Gruppe stellte in unserer Stichprobe die sichere Bindungsrepräsentation mit 16,9 % dar. 26 Frauen konnten zu T1 im AAP unsicher-distanziert kategorisiert werden und somit war dies die größte Gruppe mit 40 %. Die unsichere-präokkupierte Bindungsrepräsentation kam bei 20 % der Probandinnen vor. Fast ein Viertel der Teilnehmerinnen hatte eine unverarbeitete bzw. desorganisierte Bindung.

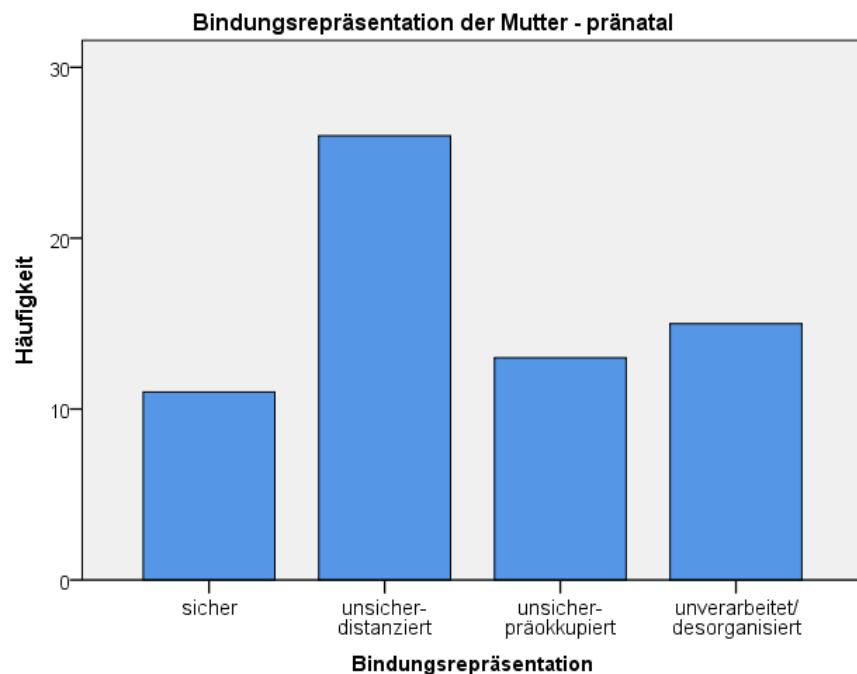


Abbildung 8: Häufigkeitsverteilung der Bindungsrepräsentationen

Tabelle 5: Bindungsrepräsentation zu T1

Bindungsrepräsentation	Häufigkeit	Prozent
sicher	11	16,9 %
unsicher-distanziert	26	40,0 %
unsicher-präokkupiert	13	20,0 %
unverarbeitet/desorganisiert	15	23,1 %

Für weitere Gegenüberstellungen wurden die Teilnehmerinnen bei Berechnungen in zwei Kategorien eingeteilt. Es wurde die sichere mit den unsicheren Bindungsrepräsentationen

verglichen. Hierbei wurden als unsichere Bindung die folgenden drei Klassifikationen zusammengefasst: unsicher-distanziert, unsicher-präokkupiert, unverarbeitet/desorganisiert. Eine Einteilung in desorganisiert (unverarbeitet/desorganisiert) und organisiert (sicher + unsicher-distanziert + unsicher-präokkupiert) erfolgte ebenfalls. Abschließend wurde noch distanziert (unsicher-distanziert) und nicht-distanziert (sicher + unsicher-präokkupiert + unverarbeitet/desorganisiert) gegenübergestellt. Die Häufigkeiten dieser Gruppierungen wurden in Tabelle 6 veranschaulicht.

Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung der Gruppierungen der Bindungsrepräsentationen

Gruppierungen der Bindungsrepräsentationen	Häufigkeit	Prozent
sicher	11	16,9 %
unsicher	54	83,1 %
desorganisiert	15	23,1 %
organisiert	50	76,9 %
distanziert	26	40,0 %
nicht-distanziert	39	60,0 %

5.2 Deskriptive Statistik der Fragebögen zu Geburtserleben und -verarbeitung: Betrachtung des Gesamtkollektivs

Insgesamt wurden die Informationen aus sechs Fragebögen in dieser Arbeit genauer betrachtet. Die deskriptiven Daten der erhobenen Fragebögen wurden in der Übersicht in Tabelle 7 aufgelistet. Tabelle 8 zeigt die Auswertung der Fragebögen bezüglich klinisch signifikanter Auffälligkeit.

Tabelle 7: Übersicht über die verwendeten Fragebögen; Gesamtstichprobe (N=65)

Fragebogen	Mittelwert	Median	SD	Min/Max
SIL Summe	77,09	76,0	18,53	25/114
EPDS T1 Summe	6,28	6,0	5,15	0/18
EPDS T2 Summe	7,20	6,0	6,04	0/30
EPDS T3 Summe	5,38	5,0	4,43	0/15
IES T1 Summe	10,52	2,0	15,72	0/61
IES T3 Summe	9,49	6,0	11,25	0/55

Tabelle 8: Übersicht über die klinische Auffälligkeit der Gesamtstichprobe

Fragebogen	nicht klinisch auffällig		klinisch auffällig	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
SIL klinische Auffälligkeit	41	63,1 %	24	36,9 %
EPDS T1 klinische Auffälligkeit	55	84,6 %	10	15,4 %
EPDS T2 klinische Auffälligkeit	53	81,5 %	12	18,5 %
EPDS T3 klinische Auffälligkeit	59	90,8 %	6	9,2 %
IES T1 signifikantes Trauma	54	83,1 %	11	16,9 %
IES T3 signifikantes Trauma	61	93,8 %	4	6,2 %

Salmon's Item List

Der durchschnittlich erreichte Gesamt-Summenscore aller Teilnehmerinnen in der Salmon's Item List betrug 77,09 Punkte mit einer Standardabweichung von 18,53 Punkten. Der Mittelwert lag somit über dem Cut-Off mit 70 Punkten, was für ein positives Geburtserleben sprach. 24 Teilnehmerinnen erreichten weniger als 70 Punkte im SIL, wodurch eine negative Bewertung der Geburt bei mehr als einem Drittel (36,9 %) der Frauen deutlich wurde (siehe Tabelle 8).

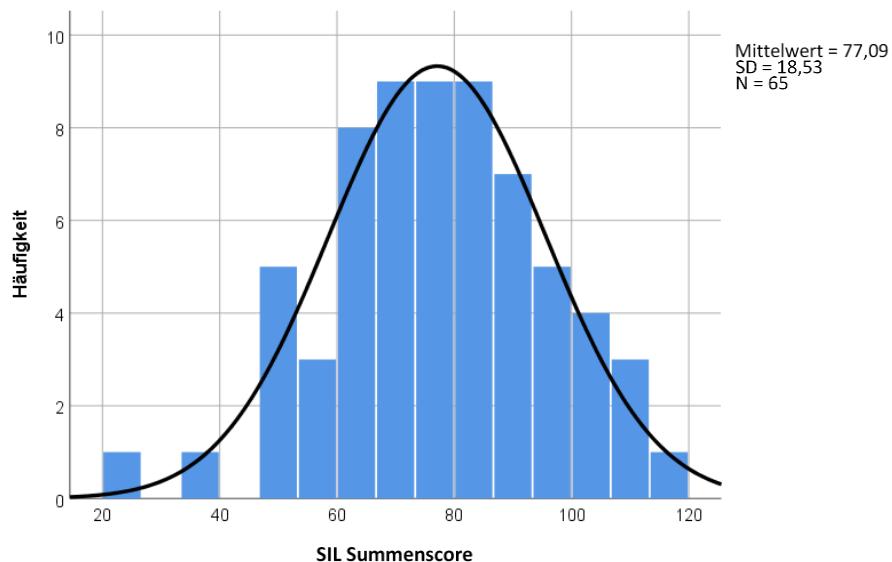


Abbildung 9: Histogramm zum Summenwert des SIL

Bei der Betrachtung des Summenwertes des SIL-Fragebogens zeigten sich normalverteilte Werte, wie im Histogramm (siehe Abbildung 9) ersichtlich ist. Im Folgenden wurden daher für die Berechnungen mit dem Gesamtsummenscore der Salmon's Item List parametrische Tests angewendet. Nur zur Berechnung der Korrelation (siehe Tabelle 9) wurde die non-

parametrische Korrelation nach Spearman zur besseren Vergleichbarkeit verwendet, da alle anderen Fragebogenergebnisse keine Normalverteilung aufzeigten.

Edinburgh Postnatale Depression Scale T1

Durchschnittlich wurde ein Gesamtsummenscore von 6,28 Punkten im vorgeburtlichen Depressionsfragebogen erreicht (Median = 6,0; siehe Tabelle 7). Präpartal erzielten 55 Frauen einen Wert unterhalb des Cut-Offs und hatten somit keine Anzeichen für eine *antepartale* Depression (siehe Tabelle 8). 15,4 % der Teilnehmerinnen hatten *vor* der Geburt ihres Kindes klinisch signifikante Zeichen einer Depression.

Zu T1 gab es für den Gesamt-Summenscore beim EPDS keine normalverteilten Werte, daher wurden bei weiteren Berechnungen non-parametrische Verfahren angewendet.

Edinburgh Postnatale Depression Scale T2

Bei Betrachtung der deskriptiven Statistik zu EPDS T2 (siehe Tabelle 7) erreichten die Teilnehmerinnen einen durchschnittlichen Gesamtwert von 7,20 Punkten bzw. einen Median von 6,0 Punkten. Der Mittelwert war etwas höher als zum Zeitpunkt T1, statistisch jedoch im Wilcoxon-Test nicht signifikant.

Wie Tabelle 8 zeigt, litten zwei Wochen *nach* der Geburt ihres Kindes insgesamt zwölf Frauen (18,5 %) mit hoher Wahrscheinlichkeit an einer Depression. Dies waren im Vergleich zum Testzeitpunkt *vor* der Geburt zwei Teilnehmerinnen mehr. Der Unterschied ergab jedoch keine Signifikanz (Chi-Quadrat nach Pearson(1) = 0,219; p = ,816).

Für den Gesamt-Summenscore bei EPDS zum Zeitpunkt T2 ergab sich keine Normalverteilung, daher wurde auf non-parametrische Berechnungsverfahren zurückgegriffen.

Edinburgh Postnatale Depression Scale T3

Zum Zeitpunkt T3 erbrachte der EPDS durchschnittlich 5,39 Punkte bzw. einen Median von 5,0 Punkten (siehe Tabelle 7). Es zeigten sich tendenziell bessere Werte als zu T2 (Wilcoxon-Test: z = -1,888; p = ,059). Drei bis sechs Monate *nach* der Geburt ihres Kindes litten nur noch sechs Frauen an einer Depression (9,2 %; zu T2 waren es 12 Frauen bzw. 18,5 %; siehe Tabelle 8). Dieser Rückgang der klinisch signifikanten Depressionen von T2 auf T3 war jedoch statistisch nicht signifikant (Chi-Quadrat nach Pearson(1) = 2,321; p = ,203).

Für die Berechnungen von EPDS T3 wurden non-parametrische Tests verwendet, da eine Normalverteilung nicht aufgezeigt werden konnte.

Impact of Event Scale T1

Die Teilnehmerinnen erhielten *vor* der Geburt einen Traumafragebogen, welcher sich auf ein mögliches zurückliegendes Trauma bezogen hatte. Der Mittelwert von 10,52 Punkten ($SD = 15,72$; Median = 2,0; siehe Tabelle 7) ist zur Beschreibung der Gesamtstichprobe, aufgrund einer starken Abweichung von der Normalverteilung und da bei nicht vorausgegangenem Trauma ein Score von 0 Punkten erzielt wurde, vorsichtig zu verwenden. Zur besseren Darstellung war eine Einteilung mit dem Cut-Off von < 26 Punkten hilfreich (siehe Tabelle 8). Nach diesem Prinzip wurden bei elf Frauen Zeichen einer traumatischen Verarbeitung eines früher erlebten Ereignisses aufgedeckt. Dies bedeutet, dass 16,9 % der Frauen an Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung während der Schwangerschaft litten.

In den Berechnungen mit dem Summenscore von IES T1 wurden non-parametrische Tests verwendet, da die Ergebnisse nicht normalverteilt waren.

Impact of Event Scale T3

In der Impact of Event Scale, welche die Frauen drei bis sechs Monate *nach* der Geburt ihres Kindes ausfüllten und sich auf die Geburt bezog, war das statistische Mittel bei 9,49 Punkten (Median: 6,0 Punkte; siehe Tabelle 7). Wie in Tabelle 8 dargestellt wurde, erreichten insgesamt 4 Frauen (6,2 %) mindestens 26 Punkte im IES zu T3. Dieses Ergebnis über dem Cut-Off sprach für ein klinisch signifikantes Trauma durch die Geburt.

Die Mittelwerte des Gesamtsummen-Scores von IES T3 zeigten keine Normalverteilung. Mit dem Mann-Whitney-U-Test und dem Kruskal-Wallis-Test fanden non-parametrische Verfahren ihren Einsatz, um die zentralen Tendenzen zu vergleichen.

5.3 Korrelative Zusammenhänge demographischer Daten mit interessierenden Fragebögen

Die Korrelationen zwischen den erhobenen Daten wurden in Tabelle 9 dargestellt. Das Alter der Frau hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Ergebnisse in den erhobenen Fragebogendaten. Tendenziell hatten ältere Frauen einen niedrigeren Wert im EPDS T1. Zwischen einem hohen Bildungsstand und dem EPDS T2 besteht ein tendenziell signifikant positiver Zusammenhang.

Tabelle 9: Korrelationstabelle nach Spearman

Variablen		EPDS T1 Summe	IES T1 Summe	SIL Summe	EPDS T2 Summe	EPDS T3 Summe	IES T3 Summe
Alter zu Kursbeginn (N=64)	r	-,210	,047	-,137	-,186	,013	-,014
	p	,096	,712	,279	,141	,916	,914
Nationalität (N=65)	r	-,085	-,121	,179	-,046	-,051	-,137
	p	,499	,338	,155	,719	,685	,276
Bildungsstand (N=63)	r	-,149	-,134	,186	-,232	-,091	,158
	p	,244	,295	,145	,067	,479	,216
Familienstand (N=64)	r	,289*	,123	-,154	,060	,218	,161
	p	,020	,335	,223	,638	,083	,204
Lebenssituation (N=57)	r	-,212	-,186	,185	-,117	-,181	-,166
	p	,114	,165	,169	,385	,177	,218
Alleinerziehend (N=65)	r	,150	,070	-,058	,036	,173	,259*
	p	,234	,581	,643	,779	,168	,037
Psychotherapieerfahrung (N=59)	r	,358**	,325*	-,222	,239	,438**	,227
	p	,005	,012	,091	,069	,001	,083
Schwangerschaftsdauer (N=63)	r	-,045	,082	-,239	-,105	,102	-,064
	p	,727	,522	,060	,413	,426	,621
Geburtsgewicht (N=62)	r	-,058	,011	,073	-,028	-,045	-,016
	p	,653	,930	,572	,831	,730	,904
Geschlecht des Kindes (N=63)	r	-,022	,076	-,031	,032	-,085	-,133
	p	,864	,554	,811	,805	,506	,298
Entbindungsart: 4 Gruppen (N=56)	r	,013	-,117	-,304*	,100	,161	,096
	p	,924	,390	,023	,464	,236	,483
Entbindungsart: Vaginal vs. Sectio (N=56)	r	-,019	-,142	-,298*	,121	,154	,037
	p	,892	,296	,026	,376	,257	,785
Bindungsrepräsentation (N=65)	r	,148	,056	-,175	,195	,086	,083
	p	,238	,655	,163	,120	,495	,513
Bindung sicher vs. unsicher (N=65)	r	,063	,030	-,089	-,029	-,005	-,147
	p	,621	,813	,483	,821	,965	,244
Bindung desorganisiert vs. organisiert (N=65)	r	-,335**	-,132	,233	-,308*	-,085	-,111
	p	,006	,294	,062	,013	,500	,379
Bindung distanziert vs. nicht-distanziert (N=65)	r	,165	,069	-,317*	,133	,101	-,133
	p	,190	,586	,010	,292	,424	,293
EPDS T1 Summe (N=65)	r	1,000	,491**	-,457**	,546**	,539**	,511**
	p		,000	,000	,000	,000	,000
IES T1 Summe (N=65)	r	,491**	1,000	-,329**	,066	,324**	,364**
	p	,000		,008	,601	,008	,003
SIL Summe (N=65)	r	-,457**	-,329**	1,000	-,469**	-,402**	-,274*
	p	,000	,008		,000	,001	,027
EPDS T2 Summe (N=65)	r	,546**	,066	-,469**	1,000	,394**	,284*
	p	,000	,601	,000		,001	,022
EPDS T3 Summe (N=65)	r	,539**	,324**	-,402**	,394**	1,000	,398**
	p	,000	,008	,001	,001		,001
IES T3 Summe (N=65)	r	,511**	,364**	-,274*	,284*	,398**	1,000
	p	,000	,003	,027	,022	,001	

Note: Die Codierung der kategorialen Variablen ist im Anhang aufgezeigt, siehe Anhang Tabelle 34

r = Korrelationskoeffizient, p = 2-seitige Signifikanz

*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

**. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

In Bezug auf den Familienstand erreichten verheiratete Frauen signifikant weniger Punkte im EPDS T1 und tendenziell weniger zum Zeitpunkt T3. Dieses Ergebnis sollte jedoch kritisch beurteilt werden, da die Variablen zur Beschreibung des Familienstands folgendermaßen codiert wurden: 1 = „verheiratet“, 2 = „ledig“, 3 = „verwitwet“ und 4 = „geschieden“. Alleinerziehende hatten ein signifikant höheres Risiko Anzeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung *nach* der Geburt zu entwickeln. Ein wichtiger Faktor stellte die Psychotherapieerfahrung der Mütter dar. Eine vorhandene Psychotherapieerfahrung korrelierte mit einem negativen Geburtserleben sowie mit einem schlechteren Abschneiden in den Depressionsfragebögen und den Traumafragebögen. Es zeigte sich eine tendenziell signifikante Korrelation zwischen dem Entbindungszeitpunkt und dem Geburtserleben. Je länger die Schwangerschaft andauerte, desto schlechter empfanden die Frauen die Geburt. Nationalität, Lebenssituation, Geburtsgewicht und das Geschlecht des Kindes zeigten keinen Zusammenhang mit den Fragebogenergebnissen.

Im Folgenden wird sich auf die Tabelle 9 bezogen und die weiteren Korrelationen ausführlich aufgeführt.

5.4 Zusammenhang zwischen Bindung und Geburt

5.4.1 Zusammenhang zwischen Bindung und Geburtserleben

Zur Einschätzung des Geburtserlebens wurde der SIL-Fragebogen erhoben. Die durchschnittlichen Ergebnisse der Gesamtstichprobe wurden unter 5.2 „Deskriptive Statistik der Fragebögen zu Geburtserleben und -verarbeitung: Betrachtung des Gesamtkollektivs“ dargestellt. Bei Betrachtung in Abhängigkeit der Bindung gibt der Box-Plot (siehe Abbildung 10) einen Überblick. Es war auffallend, dass die unverarbeitete/desorganisierte Bindungsrepräsentation mit durchschnittlich 69,80 Punkten knapp unterhalb des Cut-Off-Wertes lag. Dies sprach für ein negativeres Geburtserleben im Vergleich zu den anderen Kategorien. Wie in Tabelle 10 auch sichtbar ist, lag die sichere Bindungsrepräsentation jedoch ebenfalls nur knapp über 70 Punkten. Den besten Gesamt-Summenscore im SIL erreichten unsicher-distanziert gebundene Frauen.

Zur statistischen Überprüfung der Unterschiede zwischen den vier einzelnen Bindungsrepräsentationen wurde eine Varianzanalyse durchgeführt, welche eine tendenzielle Signifikanz aufzeigte (ANOVA, $F = 2,648$, $p = ,057$). In der anschließend berechneten Post-Hoc-

Untersuchung ergab sich eine tendenziell signifikante Mittelwertdifferenz zwischen unsicher-distanziert und unverarbeitet/desorganisiert (Gabriel: $p = ,073$, Hochberg: $p = ,078$).

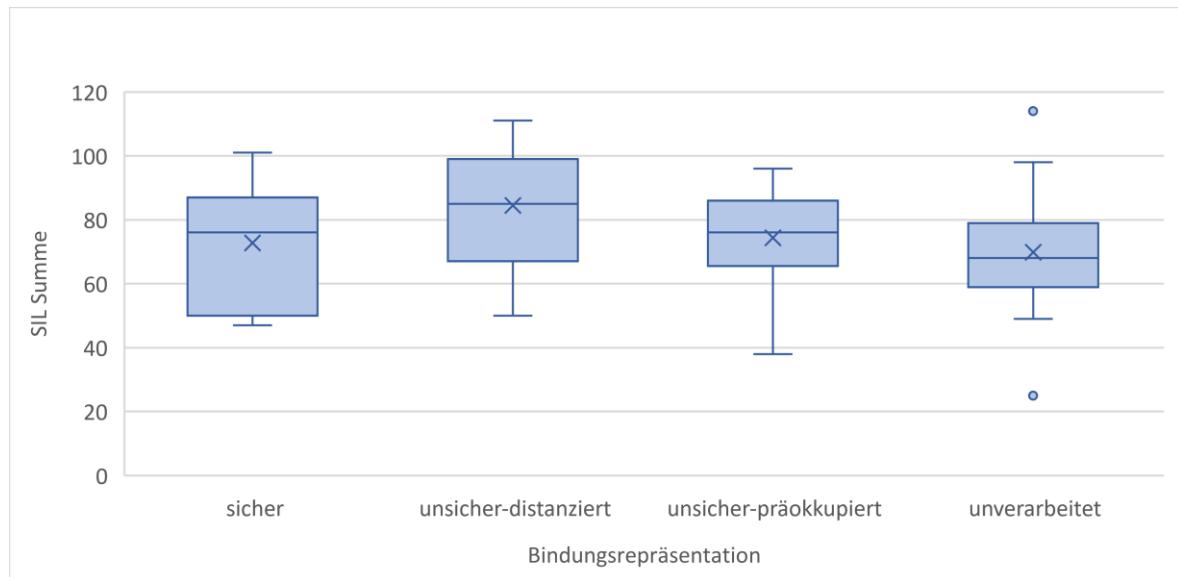


Abbildung 10: Boxplot für den SIL-Summscore in Bezug auf die Bindungsrepräsentation

Tabelle 10: Übersicht über die deskriptive Statistik des Summenscores von SIL bezogen auf Bindung

SIL Summe		Anzahl	Mittelwert	Median	SD	Minimum	Maximum
Gesamtstichprobe		65	77,09	76,0	18,53	25	114
Bindungs-repräsentation	sicher	11	72,73	76,0	18,05	47	101
	unsicher-distanziert	26	84,50	85,0	16,81	50	111
	unsicher-präokkupiert	13	74,37	76,0	15,61	38	96
	unverarbeitet/desorganisiert	15	69,80	68,0	21,03	25	114
Bindung sicher vs. unsicher	sicher	11	72,73	76,0	18,05	47	101
	unsicher	54	77,98	77,5	18,66	25	114
Bindung desorganisiert vs. organisiert	desorganisiert	15	69,80	68,0	21,03	25	114
	organisiert	50	79,28	81,0	17,34	38	111
Bindung distanziert vs. nicht-distanziert	distanziert	26	84,50	85,0	16,81	50	111
	nicht-distanziert	39	72,15	74,0	18,15	25	114

Die Ergebnisse zum Mittelwertvergleich der verschiedenen Bindungsgruppierungen wurden in Tabelle 11 aufgelistet. Bei der untersuchten Stichprobe schnitt die sichere Klassifikation schlechter ab als die unsicher Gebundenen. Die beiden Kategorien unterschieden sich jedoch im T-Test nicht signifikant ($t(63) = 0,855$; $p = ,396$). Beim Mittelwertvergleich „desorganisiert“ vs. „organisiert“ konnte ein tendenziell signifikanter Unterschied festgestellt werden

($t(63) = -1,767$; $p = ,082$), wobei die desorganisierte Kategorie das Geburtserleben schlechter bewertete. Signifikant besser war der Mittelwert der Distanzierten im Vergleich zu den restlichen Teilnehmerinnen ($t(63) = 2,767$; $p = ,007$). Die errechnete Effektstärke $r = ,329$ sprach laut Cohen (1988) für einen mittleren Effekt.

Tabelle 11: T-Test für SIL Summe

T-Test für SIL Summe	T	df	p	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95 % KI der Differenz
Bindung sicher vs. unsicher ¹	,855	63	,396	5,249	6,141	(-7,023; 17,522)
Bindung desorganisiert vs. organisiert ²	-1,767	63	,082	-9,479	5,366	(-20,202; 1,244)
Bindung distanziert vs. nicht-distanziert ³	2,767	63	,007	12,353	4,464	(3,432; 21,274)

Note: p (Signifikanz 2-seitig)

¹ Varianzhomogenität liegt vor: Levene-Test: $F(1,63) = ,036$; $p = ,850$; $n = 65$

² Varianzhomogenität liegt vor: Levene-Test: $F(1,63) = ,146$; $p = ,704$; $n = 65$

³ Varianzhomogenität liegt vor: Levene-Test: $F(1,63) = ,000$; $p = ,993$; $n = 65$

Anschließend wurden noch Korrelationen zwischen den Bindungsgruppierungen und SIL durchgeführt, welche ebenfalls in Tabelle 9 dargestellt wurden. Die Beurteilung der Geburt (Gesamt-Summenscore im SIL) korrelierte signifikant mit der distanzierten Bindungsrepräsentation ($r = -,317$; $p = ,010$; $N=65$). Bei einer distanzierten Bindung bestand ein Zusammenhang zu einem höheren Wert im Gesamtscore des SIL, was für ein besseres Geburtserleben sprach. Dabei handelte es sich um einen mittleren Effekt (Cohen, 1988). Eine tendenziell signifikante Korrelation zeigte sich zwischen desorganisierter Bindung und SIL ($r = ,233$; $p = ,062$; $N=65$), wobei eine desorganisierte Bindung mit einer niedrigeren SIL-Gesamtsumme einherging und somit mit einem schlechteren Geburtserleben. Diese Ergebnisse waren übereinstimmend mit den zuvor durchgeführten T-Tests.

Um Zusammenhänge zwischen der Bindung und der klinischen Auffälligkeit (Cut-Off = 70) zu beleuchten, wurde der Chi-Quadrat-Test bzw. der exakte Test nach Fisher angewendet. Hierbei ergaben sich jedoch keine signifikanten Ergebnisse (Exakter Test nach Fisher = 2,345; $p = ,512$). Es war aber erwähnenswert, dass mehr als die Hälfte (53,3 %, siehe Tabelle 12) der Frauen mit unverarbeiteter Bindungsrepräsentation ein klinisch auffälliges Ergebnis im SIL hatten.

Tabelle 12: Klinische Auffälligkeit im SIL bezogen auf Bindung

SIL klinische Auffälligkeit		nicht klinisch auffällig	klinisch auffällig	Gesamt
Bindungs-repräsentation	sicher	n %	7 63,6 %	4 36,4 %
	unsicher-distanziert	n %	18 69,2 %	8 30,8 %
	unsicher-präokkupiert	n %	9 69,2 %	4 30,8 %
	unverarbeitet/desorganisiert	n %	7 46,7 %	8 53,3 %
		n %	15 100,0 %	15 100,0 %
	Gesamt	n %	41 63,1 %	24 36,9 %
				65 100,0 %

Note: n (Anzahl), % (% innerhalb von Bindungsrepräsentation)

5.4.2 Zusammenhang zwischen Bindung und Geburtsverarbeitung: Depressivität zu T2

Bei Beachtung der deskriptiven Statistik des EPDS T2 der verschiedenen Bindungsrepräsentationen in Tabelle 13 ist zu erkennen, dass sich die sichere Bindung unterhalb des Mittels (MW: 6,36; Median: 4,0) einfand und daher weniger Depressivität an T2 vorhanden war. Ebenso war ein höherer Wert bei der desorganisierten Bindungsrepräsentation auffällig (MW: 11,27; Median: 11,0). Die Ergebnisse der 4 Bindungsrepräsentationen wurden auch im Boxplot (siehe Abbildung 11) anschaulich dargestellt.

Um diese Unterschiede der zentralen Tendenzen der vier verschiedenen Bindungsrepräsentationen im EPDS zum Zeitpunkt T2 zu untersuchen, wurde der Kruskal-Wallis-Test mit SPSS durchgeführt, welcher jedoch nur ein tendenziell signifikantes Ergebnis aufzeigte (Kruskal-Wallis-Test: Chi-Quadrat(3) = 6,313; p = ,097). In der Gegenüberstellung der sicheren zur unsicheren Bindung war der Gesamtwert im EPDS T2 der sicher gebundenen Frauen geringer. In der statistischen Auswertung ergab sich aber kein signifikanter Unterschied (Mann-Whitney-U-Test: U = 284,000; z = -0,228; p = ,819). Ebenfalls nicht signifikant war die Untersuchung distanziert vs. nicht-distanziert (Mann-Whitney-U-Test: U = 428,000; z = -1,062; p = ,288). Jedoch konnte ein signifikantes Ergebnis bei dem Vergleich von desorganisiert mit organisiert erzielt werden. Frauen mit einer unverarbeiteten/desorganisierten Bindung litten signifikant häufiger an Zeichen postpartaler Depression als andere Teilnehmerinnen (Median = 11,0; Mann-Whitney-U-Test: U = 217,500; z = -2,462; p = ,014). Nach Cohen (1988) zeigte sich ein mittlerer Effekt (Effektstärke r = ,305).

Tabelle 13: Übersicht über die deskriptive Statistik des Summenscores von EPDS T2 bezogen auf Bindung

EPDS T2 Summe		Anzahl	Mittelwert	Median	SD	Minimum	Maximum
Gesamtstichprobe		65	7,20	6,0	6,04	0	30
Bindungs-repräsentation	sicher	11	6,36	4,0	4,57	1	16
	unsicher-distanziert	26	6,23	5,5	5,55	0	22
	unsicher-präokkupiert	13	5,15	4,0	3,46	0	11
	unverarbeitet/desorganisiert	15	11,27	11,0	7,91	0	30
Bindung sicher vs. unsicher	sicher	11	6,36	4,0	4,57	1	16
	unsicher	54	7,37	6,0	6,32	0	30
Bindung desorganisiert vs. organisiert	desorganisiert	15	11,27	11,0	7,91	0	30
	organisiert	50	5,98	4,5	4,81	0	22
Bindung distanziert vs. nicht-distanziert	distanziert	26	6,23	5,5	5,55	0	22
	nicht-distanziert	39	7,85	7,0	6,33	0	30

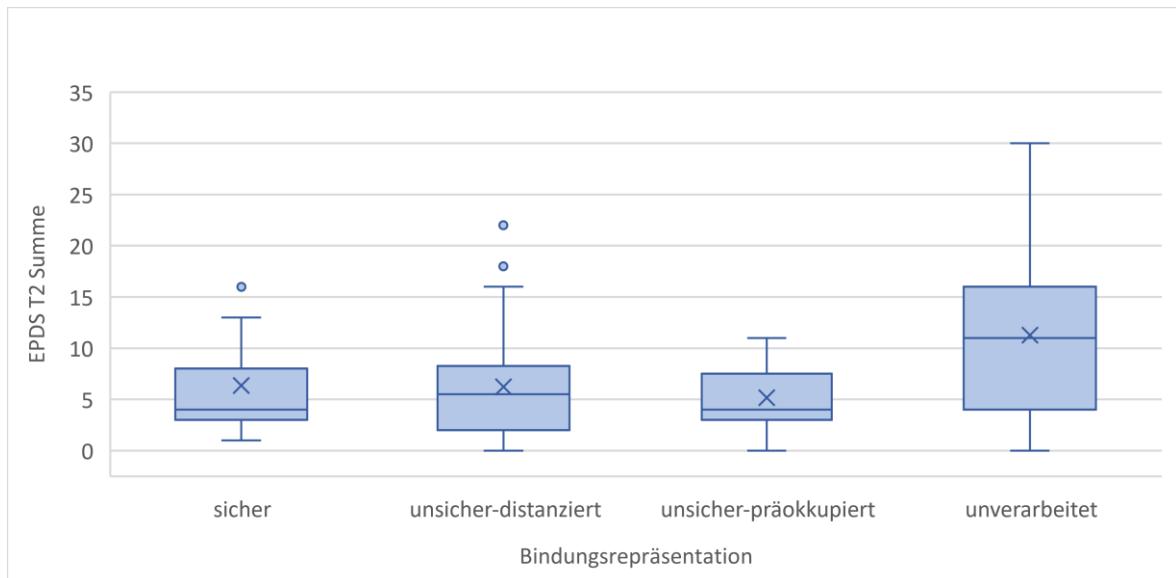


Abbildung 11: Boxplot für die EPDS T2 Summe in Bezug auf die Bindungsrepräsentation

Bestätigt wurden diese Ergebnisse durch einen signifikanten Zusammenhang zwischen Bindungsorganisation und EPDS T2 für den Summenscore ($r = ,308$; $p = ,013$; $N=65$) in der durchgeführten Korrelationsberechnung (siehe Tabelle 9). Eine desorganisierte Bindung ging mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für postpartale Depression einher und umgekehrt sprach ein höherer Score im EPDS T2 für eine desorganisierte Bindung der Mutter. Der Effekt war nach Cohen (1988) mittelstark einzustufen. Zwischen dem EPDS zum Zeitpunkt T2 und den anderen Bindungsgruppierungen „sicher vs. unsicher“ bzw. „distanziert vs. nicht-distanziert“ zeigten sich keine signifikanten Korrelationen.

Die klinische Auffälligkeit im EPDS T2 bezogen auf die vier verschiedenen Bindungsrepräsentationen stellt Tabelle 14 dar. Es konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Bindungsrepräsentation und Symptomen postpartaler Depression aufgezeigt werden (Exakter Test nach Fisher = 10,181; df = 3; p = ,009; Stärke des Zusammenhangs: Cramers V = 0,424; p = ,008). Bei der Gegenüberstellung von Sicher vs. Unsicher und Distanziert vs. Nicht-Distanziert ergab sich kein signifikantes Ergebnis im exakten Test nach Fisher. Es zeigte sich aber ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem klinisch auffälligen Ergebnis des EPDS zu T2 und einer desorganisierten Bindung (Chi-Quadrat nach Pearson(1) = 10,305, p(exakt nach Fisher) = ,001; Stärke des Zusammenhangs; Cramers V = 0,398).

Tabelle 14: Klinische Auffälligkeit im EPDS T2 bezogen auf Bindung

EPDS T2 klinische Auffälligkeit		keine Anzeichen für eine postpartale Depression		Anzeichen für eine postpartale Depression		Gesamt
Bindungs-repräsentation	sicher	n	9		2	11
		%	81,8 %		18,2 %	100,0 %
	unsicher-distanziert	n	23		3	26
		%	88,5 %		11,5 %	100,0 %
	unsicher-präokkupiert	n	13		0	13
		%	100,0 %		0,0 %	100,0 %
	unverarbeitet/ desorganisiert	n	8		7	15
		%	53,3 %		46,7 %	100,0 %
Gesamt		n	53		12	65
		%	81,5 %		18,5 %	100,0 %

Note: n (Anzahl), % (% innerhalb von Bindungsrepräsentation)

Aus Tabelle 14 wird auch ersichtlich, dass fast 50 % der desorganisiert Gebundenen an depressiven Symptomen zwei Wochen *nach* der Geburt ihres Kindes litten. Im Vergleich dazu waren es bei den restlichen Studienteilnehmerinnen nur ungefähr 10 %.

5.4.3 Zusammenhang zwischen Bindung und Geburtsverarbeitung: Depressivität zu T3

Die Auswertung des Depressionsfragebogens zu T3 ergab den besten Median mit 3,0 Punkten für die sichere und den schlechtesten mit 6,0 Punkten für die unverarbeitete/desorganisierte Bindungsrepräsentation (siehe Abbildung 12 und Tabelle 15).

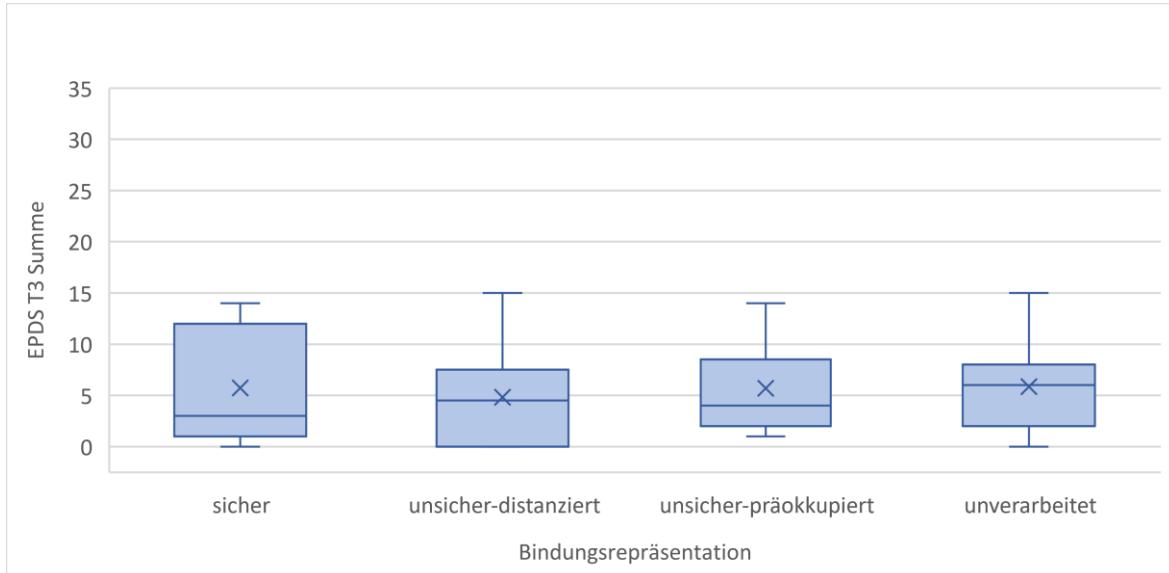


Abbildung 12: Boxplot für die EPDS T3 Summe in Bezug auf die Bindungsrepräsentation

Tabelle 15: Übersicht über die deskriptive Statistik des Summenscores von EPDS T3 bezogen auf Bindung

EPDS T3 Summe	Anzahl	Mittelwert	Median	SD	Minimum	Maximum
Gesamtstichprobe	65	5,38	5,0	4,43	0	15
Bindungs-repräsentation	sicher	5,73	3,0	5,66	0	14
	unsicher-distanziert	4,81	4,5	4,21	0	15
	unsicher-präokkupiert	5,69	4,0	4,50	1	14
	unverarbeitet/ desorganisiert	5,87	6,0	4,12	0	15
Bindung sicher vs. unsicher	sicher	5,73	3,0	5,66	0	14
	unsicher	5,32	5,0	4,20	0	15
Bindung desorganisiert vs. organisiert	desorganisiert	5,87	6,0	4,12	0	15
	organisiert	5,24	4,0	4,55	0	15
Bindung distanziert vs. nicht-distanziert	distanziert	4,81	4,5	4,21	0	15
	nicht-distanziert	5,77	6,0	4,59	0	15

Die zentralen Tendenzen aller verschiedenen Gruppierungen ergaben in den statistischen Berechnungen (Mann-Whitney-U-Test bzw. Kruskal-Wallis-Test) mit dem Gesamtergebnis für die Edinburgh Postnatale Depression Scale zum Zeitpunkt T3 keine signifikanten Unterschiede.

Auch in den Korrelationen (siehe Tabelle 9) zwischen den Bindungsgruppierungen und dem EPDS drei bis sechs Monate *nach* der Geburt konnten keine signifikanten Ergebnisse herausgearbeitet werden.

Bei der statistischen Betrachtung der verschiedenen Bindungen gab es in Bezug auf die klinische Ausprägung von EPDS T3 (siehe Tabelle 16) ebenfalls keine signifikanten Zusammenhänge.

Tabelle 16: Klinische Auffälligkeit im EPDS T3 bezogen auf Bindung

EPDS T3 M klinische Auffälligkeit		keine Anzeichen für eine postpartale Depression	Anzeichen für eine postpartale Depression	Gesamt
Bindungs-repräsentation	sicher	n %	9 81,8 %	2 18,2 %
	unsicher-distanziert	n %	25 96,2 %	1 3,8 %
	unsicher-präokkupiert	n %	11 84,6 %	2 15,4 %
	unverarbeitet/ desorganisiert	n %	14 93,3 %	1 6,7 %
	Gesamt	n %	59 90,8 %	6 9,2 %
				65 100,0 %

Note: n (Anzahl), % (% innerhalb von Bindungsrepräsentation)

5.4.4 Zusammenhang zwischen Bindung und Geburtsverarbeitung: Traumatische Verarbeitung

Bei Betrachtung von Abbildung 13 und Tabelle 17 sticht der niedrige Median von 4,0 Punkten der sicheren Bindungsrepräsentation ($MW = 5,36$) ins Auge, welcher die geringste traumatische Verarbeitung der Geburt bedeutete. Die desorganisiert gebundenen Frauen schnitten im IES zu T3 am schlechtesten ab.

Im Mann-Whitney-U- bzw. Kruskal-Wallis-Test zwischen den verschiedenen Bindungsgruppierungen und dem Gesamtsummenscore des IES zum Zeitpunkt T3 konnten jedoch keine signifikanten Unterschiede herausgearbeitet werden.

Ebenso ergaben die Korrelationsberechnungen (siehe Tabelle 9) zwischen Bindung und der Impact of Event Scale in Bezug auf die Geburt keine signifikanten Ergebnisse.

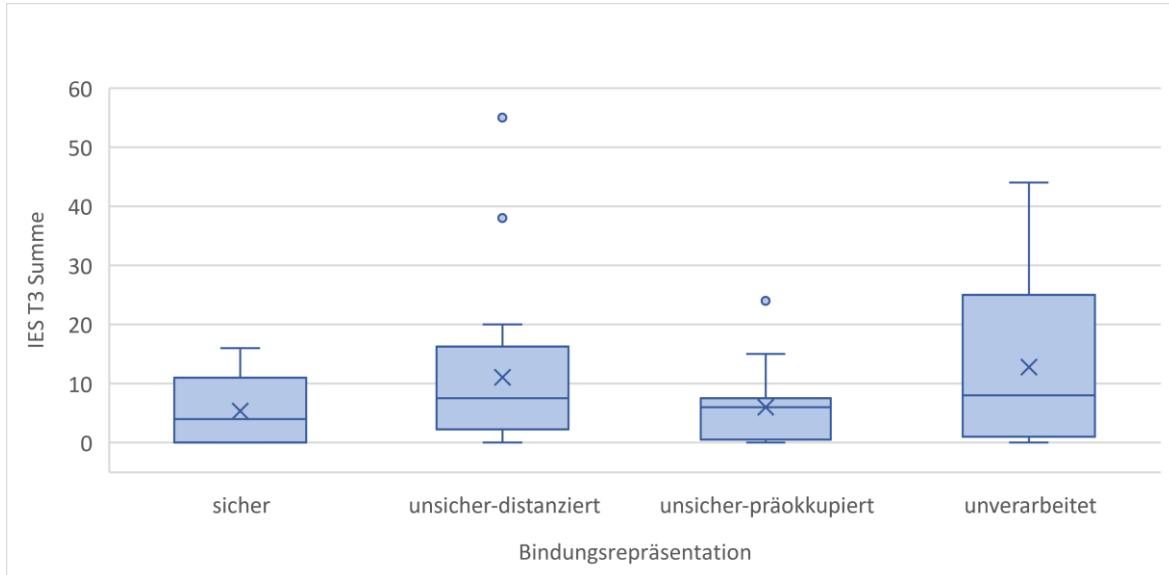


Abbildung 13: Boxplot für die IES T3 Summe in Bezug auf die Bindungsrepräsentation

Tabelle 17: Übersicht über die deskriptive Statistik des Summenscores von IES T3 bezogen auf Bindung

IES T3 Summe		Anzahl	Mittelwert	Median	SD	Minimum	Maximum
Gesamtstichprobe		65	9,49	6,0	11,25	0	55
Bindungs-repräsentation	sicher	11	5,36	4,0	5,77	0	16
	unsicher-distanziert	26	11,08	7,5	12,43	0	55
	unsicher-präokkupiert	13	6,00	6,0	6,88	0	24
	unverarbeitet/ desorganisiert	15	12,80	8,0	14,03	0	44
Bindung sicher vs. unsicher	sicher	11	5,36	4,0	5,77	0	16
	unsicher	54	10,33	6,5	11,92	0	55
Bindung desorganisiert vs. organisiert	desorganisiert	15	12,80	8,0	14,03	0	44
	organisiert	50	8,50	6,0	10,23	0	55
Bindung distanziert vs. nicht-distanziert	distanziert	26	11,08	7,5	12,43	0	55
	nicht-distanziert	39	8,44	6,0	10,42	0	44

Bei der Auswertung nach einem klinisch signifikanten Trauma waren von den vier Teilnehmerinnen mit einem Testergebnis über dem Cut-Off jeweils zwei unsicher-distanziert (7,7 %) bzw. unverarbeitet/desorganisiert (13,3 %) gebunden (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: Klinische Auffälligkeit im IES T3 bezogen auf Bindung

IES T3 signifikantes Trauma		0-25 Punkte: kein Hinweis auf ein signifikantes Trauma		Ab 26 Punkte: Hinweis auf ein signifikantes Trauma		Gesamt
Bindungs-repräsentation	sicher	n	11		0	11
		%	100,0 %		0,0 %	100,0 %
	unsicher-distanziert	n	24		2	26
		%	92,3 %		7,7 %	100,0 %
	unsicher-präokkupiert	n	13		0	13
		%	100,0 %		0,0 %	100,0 %
unverarbeitet/ desorganisiert	n	13		2	15	
	%	86,7 %		13,3 %	100,0 %	
Gesamt		n	61		4	65
		%	93,8 %		6,2 %	100,0 %

Note: n (Anzahl), % (% innerhalb von Bindungsrepräsentation)

Um Zusammenhänge zu überprüfen, wurden Kreuztabellen erstellt und der Chi-Quadrat-Test nach Pearson bzw. der exakte Test nach Fisher angewendet. Sowohl für die Unterteilung in die vier Bindungsrepräsentationen als auch für die Gegenüberstellung der Gruppierungen (sicher vs. unsicher; distanziert vs. nicht-distanziert; organisiert vs. desorganisiert) konnte kein signifikanter Zusammenhang mit der klinischen Auffälligkeit im IES T3 herausgearbeitet werden.

5.5 Zusammenhang zwischen psychischer Vorbelastung und Geburt

5.5.1 Zusammenhang zwischen antepartaler Depression (EPDS T1) und Geburt

In einem nächsten Schritt wurde das Geburtserleben und die -verarbeitung in Abhängigkeit der Ergebnisse des EPDS zum Zeitpunkt T1 betrachtet. Nachfolgende Berechnungen beziehen sich auf die Tabelle 19 und die Tabelle 20.

Tabelle 19: Summenwerte der Fragebögen in Bezug auf EPDS T1

Fragebogen	EPDS T1: Anzeichen für eine antepartale Depression	Anzahl	Mittelwert	Median	SD	Minimum	Maximum
SIL Summe	nein	55	80,23	81,0	17,82	25	114
	ja	10	59,79	61,0	11,94	47	81
EPDS T2 Summe	nein	55	5,65	4,0	4,38	0	18
	ja	10	15,70	14,5	7,02	7	30
EPDS T3 Summe	nein	55	4,91	4,0	4,32	0	15
	ja	10	8,00	7,0	4,32	2	15
IES T3 Summe	nein	55	7,09	6,0	7,61	0	38
	ja	10	22,70	20,5	17,96	0	55

Tabelle 20: Klinische Auffälligkeiten in Bezug auf EPDS T1

EPDS T1 klinische Auffälligkeit		SIL: klinische Auffälligkeit		EPDS T2: Anzeichen für eine postpartale Depression		EPDS T3: Anzeichen für eine postpartale Depression		IES T3: Hinweis auf ein signifikantes Trauma	
		nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
keine Anzeichen für eine antepartale Depression (n=55)	Anzahl (%)	39 70,9 %	16 29,1 %	50 90,9 %	5 9,1 %	51 92,7 %	4 7,3 %	54 98,2 %	1 1,8 %
Anzeichen für eine antepartale Depression (n=10)	Anzahl (%)	2 20,0 %	8 80,0 %	3 30,0 %	7 70,0 %	8 80,0 %	2 20,0 %	7 70,0 %	3 30,0 %

5.5.1.1 Zusammenhang zwischen antepartaler Depression (EPDS T1) und Geburtserleben (SIL)

Bei der Untersuchung des Geburtserlebens in Abhängigkeit des EPDS T1 verdeutlicht Tabelle 19, dass bei *antepartaler* Depression der erreichte Summenscore im SIL niedriger war. Dieser Unterschied war im T-Test statistisch signifikant (T-Test: $t(63) = 3,476$; $p = ,001$; Effektstärke $r = 0,401$). Ebenfalls zeigte sich eine höhere klinische Auffälligkeit im Geburtserleben bei einer klinischen Auffälligkeit im EPDS T1 (Chi-Quadrat nach Pearson (1) = 9,416; p (exakt nach Fisher) = ,004; Stärke des Zusammenhangs: Cramers V = 0,381; $p = ,004$). Hatten bei den nicht depressiven Teilnehmerinnen nur 29,1 % einen klinisch auffälligen SIL, so waren es bei den depressiven Frauen 80,0 % (siehe Tabelle 20). Der Zusammenhang zwischen der Summe von EPDS T1 und SIL wurde in einer signifikanten gegenläufigen Korrelation bestätigt (Spearman-Rho: $r = -,457$; $p < ,001$; $N=65$; siehe Tabelle 9). Je höher der erreichte Wert im EPDS zu T1 war, desto niedriger der Wert im SIL. Das heißt, je depressiver die Frau vorgeburtlich war, desto schlechter wurde das Geburtserleben beurteilt.

5.5.1.2 Zusammenhang zwischen antepartaler Depression (EPDS T1) und postpartaler Depressivität (EPDS T2 und T3)

Tabelle 19 zeigt, dass Frauen mit *präpartaler* Depression sowohl an T2 als auch an T3 höhere Werte im Depressionsfragebogen erzielten. Im Mann-Whitney-U-Test konnte ein statistisch signifikanter Unterschied herausgearbeitet werden (T2: $U = 49,000$; $p < ,001$; Effektstärke $r = 0,512$; T3: $U = 161,500$; $p = ,038$; Effektstärke $r = 0,257$). Ebenfalls signifikant war der Zusammenhang zwischen klinischer Auffälligkeit (siehe Tabelle 20) im EPDS *vor* der Geburt zu ungefähr zwei Wochen *nach* der Geburt (Chi-Quadrat nach Pearson (1) = 20,854; p (exakt nach Fisher) < ,001; Stärke des Zusammenhangs: Cramers V = 0,566; $p < ,001$). Zur

klinischen Auffälligkeit im EPDS T3 bestand im Chi-Quadrat-Test kein signifikanter Zusammenhang (Chi-Quadrat nach Pearson (1) = 1,636; p (exakt nach Fisher) = ,228). Die durchgeführte Korrelation zwischen den Summenwerten von EPDS T1 und T2 bzw. T3 zeigte einen starken gleichläufigen Zusammenhang zwischen der Depressivität *vor* der Geburt und der Depressivität *nach* der Geburt (siehe Tabelle 9). Hohe Werte im Depressionsfragebogen zu T1 gingen mit hohen Werten zu den beiden *postpartalen* Zeitpunkten einher.

5.5.1.3 Zusammenhang zwischen antepartaler Depression (EPDS T1) und traumatischer Geburtsverarbeitung (IES T3)

Frauen mit einer klinischen Auffälligkeit im EPDS T1 schnitten im Traumafragebogen zum Zeitpunkt T3 schlechter ab als diejenigen ohne klinische Anzeichen für eine *antepartale* Depression (MW = 22,70 vs. 7,09 bzw. Median 20,5 vs. 6,0, siehe Tabelle 19). Der Mann-Whitney-U-Test bestätige die Signifikanz dieses Unterschiedes ($U = 117,000$; $p = ,004$; Effektstärke $r = 0,359$). Von den vier Frauen mit Hinweisen auf eine traumatische Verarbeitung der Geburt, litten drei *vor* der Geburt an einer Depression (siehe Tabelle 20). Dieser Zusammenhang zeigte sich im Chi-Quadrat-Test (Chi-Quadrat nach Pearson(1) = 11,637; p (exakt nach Fisher) = ,010; Stärke des Zusammenhangs: Cramers V = 0,423; $p = ,010$). Ebenfalls wurde dieser Zusammenhang mit einer starken positiven Korrelation untermauert (Spearman-Rho: $r = ,511$; $p < ,001$; N=65; siehe Tabelle 9). Je höher der erreichte Score im EPDS *präpartal* war, desto höher war die Summe im IES T3.

Zusammenfassend erlebten Frauen, welche *präpartal* mehr Zeichen einer depressiven Stimmungslage hatten, die Geburt negativer und zeigten *nach* der Geburt mehr Zeichen einer depressiven Stimmungslage und einer traumatischen Verarbeitung.

5.5.2 Zusammenhang zwischen früher erlebtem Trauma (IES T1) und Geburt

Um herauszufinden, ob die Teilnehmerinnen in ihrem Leben bisher schon ein Trauma erlebt hatten, wurde *vor* der Geburt auch der Traumafragebogen ausgefüllt. Die angeführten Berechnungen hierzu beziehen sich auf Tabelle 21 und Tabelle 22.

Tabelle 21: Summenwerte der Fragebögen in Bezug auf IES T1

Fragebogen	IES T1: signifikantes Trauma	Anzahl	Mittelwert	Median	SD	Minimum	Maximum
SIL Summe	nein	54	78,46	79,0	18,94	25	114
	ja	11	70,36	68,0	15,36	47	98
EPDS T2 Summe	nein	54	6,91	5,0	5,89	0	30
	ja	11	8,64	7,0	6,82	0	22
EPDS T3 Summe	nein	54	5,04	4,0	4,35	0	15
	ja	11	7,09	6,0	4,66	1	15
IES T3 Summe	nein	54	7,57	6,0	8,34	0	37
	ja	11	18,91	12,0	17,99	3	55

Tabelle 22: Klinische Auffälligkeiten in Bezug auf IES T1

IES T1: signifikantes Trauma	SIL: klinische Auffälligkeit		EPDS T2: Anzeichen für eine postpartale Depression		EPDS T3: Anzeichen für eine postpartale Depression		IES T3: Hinweis auf ein signifikantes Trauma									
	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja								
	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)								
kein Hinweis auf ein signifikantes Trauma (n=54)	36	66,7 %	18	33,3 %	46	85,2 %	8	14,8 %	50	92,6 %	4	7,4 %	53	98,1 %	1	1,9 %
Hinweis auf ein signifikantes Trauma (n=11)	5	45,5 %	6	54,5 %	7	63,6 %	4	36,4 %	9	81,8 %	2	18,2 %	8	72,7 %	3	27,3 %

5.5.2.1 Zusammenhang zwischen früher erlebtem Trauma (IES T1) und Geburtserleben (SIL)

Im SIL ergaben sich niedrigere Summenscores bei den Teilnehmerinnen mit zurückliegendem Trauma (siehe Tabelle 21), jedoch konnte hier beim Vergleich der Mittelwerte mit Hilfe des durchgeführten T-Tests kein signifikantes Ergebnis erhoben werden ($t(63) = 1,329; p = ,189$). Die Geburt wurde von mehr als der Hälfte der Frauen mit einem früher erlebten Trauma negativ erlebt (siehe Tabelle 22). Bei der anderen Gruppierung empfand dies nur ein Drittel der Befragten. Dieser Zusammenhang war im Chi-Quadrat-Test (Chi-Quadrat nach Pearson(1) = 1,766; p (exakt nach Fisher) = ,304) jedoch ebenfalls nicht statistisch signifikant. Ein signifikanter moderater gegenläufiger Zusammenhang konnte in der Korrelation nach Spearman zwischen der Summe im IES T1 und im SIL aufgezeigt werden ($r = - ,329; p = ,008; N=65$; siehe Tabelle 9). Dieses Ergebnis besagte, dass Frauen mit einem höheren Score im IES T1 einen niedrigeren Wert im SIL erzielten und somit die Geburt negativer erlebten.

5.5.2.2 Zusammenhang zwischen früher erlebtem Trauma (IES T1) und postpartaler Depressivität (EPDS T2 und T3)

In Tabelle 22 wurde dargestellt, dass Frauen mit einem Trauma in der Vorgeschichte häufiger an Symptomen postpartaler Depression litten. Dies war jedoch nicht auf der Grundlage des Signifikanzniveaus unterschiedlich (T2: Chi-Quadrat nach Pearson(1) = 2,819; p (exakt nach Fisher) = ,194; T3: Chi-Quadrat nach Pearson(1) = 1,266; p (exakt nach Fisher) = ,266). Auch der durchgeführte Mann-Whitney-U-Test zum Vergleich der zentralen Tendenzen des Depressionsfragebogens zu T2 bzw. T3 der Kategorien mit und ohne zurückliegendes Trauma war nicht statistisch signifikant. Die Summenscores zeigten jedoch höhere Werte bei Frauen mit einem klinisch auffälligen IES zu T1 (siehe Tabelle 21). Mit Hilfe der Berechnung der Korrelationen (siehe Tabelle 9) konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen Höhe des Gesamtwertes im vorgeburtlichen Traumafragebogen und im Depressionsfragebogen drei bis sechs Monate *nach* der Geburt aufgedeckt werden (Spearman-Rho: r = ,324; p = ,008; N=65).

5.5.2.3 Zusammenhang zwischen früher erlebtem Trauma (IES T1) und traumatischer Geburtsverarbeitung (IES T3)

Einen signifikant höheren Summenscore im IES T3 (siehe Tabelle 21) hatten Frauen mit einem früher erlebten Trauma (Mann-Whitney-U-Test: U = 162,000; p = ,017; Effektstärke r = 0,295). Auch die Verteilung der traumatisch verarbeiteten Geburten war eindrücklich (siehe Tabelle 22). 27,3 % der Frauen mit klinisch auffälligem Ergebnis im IES T1 hatten auf die Geburt bezogene Symptome einer PTBS (Chi-Quadrat nach Pearson(1) = 10,226; p (exakt nach Fisher) = ,014; Stärke des Zusammenhangs: Cramers V = ,397; p = ,014). Dieser Zusammenhang zeigte sich auch in einer statistisch signifikanten Korrelation zwischen der Summe des IES T1 und T3 (Spearman-Rho: r = ,364; p = ,003; N=65; siehe Tabelle 9). Frauen mit einem höheren Wert im Traumafragebogen *vor* der Geburt hatten auch einen höheren Wert im IES *postpartal*, welcher auf die Geburt bezogen war.

Aus den vorangegangenen Berechnungen ging hervor, dass ein zurückliegendes Trauma als Risikofaktor für ein negatives Erleben und Verarbeiten der Geburt angesehen werden könnte. Jedoch konnten nicht immer statistisch signifikante Ergebnisse erzielt werden.

5.6 Zusammenhang zwischen Entbindungsart und Geburt

Wie in Tabelle 23 dargestellt wurde, konnten Informationen über die Art des Entbindens von 56 Teilnehmerinnen ausfindig gemacht werden. Fast zwei Drittel der Entbindungen, über welche eine Information vorhanden war, erfolgten vaginal. Komplikationslos verliefen diese bei 23 Frauen. 13 hatten bei der vaginalen Entbindung Komplikationen, wie beispielsweise die Notwendigkeit des Einsatzes einer Saugglocke oder Zange. 20 Probandinnen haben per Sectio entbunden. Eine primäre, unkomplizierte Sectio gaben nur vier Frauen an, die restlichen hatten Komplikationen bei der primären Sectio oder eine sekundäre Sectio.

Tabelle 23: Häufigkeiten der Entbindungsart

Entbindungsart	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Vaginale Entbindung	36	55,4 %	64,3 %
Vaginal, ohne Komplikationen (evtl. mit PDA)	23	35,4 %	41,1 %
Vaginal, mit Komplikationen	13	20,0 %	23,2 %
Sectio	20	30,8 %	35,7 %
Primäre Sectio, ohne Komplikationen	4	6,2 %	7,1 %
Sekundäre Sectio / primär mit Komplikationen	16	24,6 %	28,6 %
Gesamt	56	86,2 %	100,0 %
Keine Angabe	9	13,8 %	
Gesamt	65	100,0 %	

In den folgenden Berechnungen wurden die fehlenden neun Datensätze ausgeschlossen. Die Gruppierung fand dichotom, „Vaginale Entbindung vs. Sectio“, statt und es wurde eine feinere Unterteilung in vier verschiedene Entbindungsarten durchgeführt.

Tabelle 24 stellt dar, dass Frauen mit einer vaginalen Entbindung in jedem der vier relevanten Fragebögen einen besseren Mittelwert bzw. Median erreichten.

Tabelle 24: Summenwerte der Fragebögen in Bezug auf die Entbindungsart (Vaginale Entbindung vs. Sectio)

Fragebogen	Entbindungsart	Anzahl	Mittelwert	Median	SD	Minimum	Maximum
SIL Summe	Vaginal	36	82,17	82,5	16,56	47	114
	Sectio	20	70,44	69,0	19,07	25	108
EPDS T2 Summe	Vaginal	36	5,75	4,5	4,31	0	16
	Sectio	20	7,55	6,0	6,07	1	22
EPDS T3 Summe	Vaginal	36	4,81	3,5	4,51	0	15
	Sectio	20	6,05	6,0	4,33	0	14
IES T3 Summe	Vaginal	36	8,97	6,0	10,64	0	44
	Sectio	20	9,75	6,5	12,31	0	55

N=56 (von 9 Frauen fehlende Angaben über die Entbindungsart)

Die deskriptiven Daten bezogen auf die vier Unterteilungen wurden in Tabelle 25 aufgezeigt. Tabelle 26 und Tabelle 27 stellen die Häufigkeitsverteilung der klinisch signifikanten Ergebnisse in Abhängigkeit der Entbindungsart dar.

Tabelle 25: Summenwerte der Fragebögen in Bezug auf die Entbindungsart (4 Gruppen)

Fragebogen	Entbindungsart	Anzahl	Mittelwert	Median	SD	Minimum	Maximum
SIL Summe	Vaginal, ohne Komplikationen (evtl. mit PDA)	23	83,52	83,0	16,69	49	114
	Vaginal, mit Komplikationen	13	79,77	82,0	16,71	47	105
	Primäre Sectio, ohne Komplikationen	4	78,00	79,5	9,97	65	88
	Sekundäre Sectio / primär mit Komplikationen	16	68,55	68,0	20,53	25	108
EPDS T2 Summe	Vaginal, ohne Komplikationen (evtl. mit PDA)	23	6,00	5,0	4,73	0	16
	Vaginal, mit Komplikationen	13	5,31	4,0	3,57	0	11
	Primäre Sectio, ohne Komplikationen	4	7,75	5,5	7,14	2	18
	Sekundäre Sectio / primär mit Komplikationen	16	7,50	6,0	6,03	1	22
EPDS T3 Summe	Vaginal, ohne Komplikationen (evtl. mit PDA)	23	4,43	3,0	4,20	0	15
	Vaginal, mit Komplikationen	13	5,46	6,0	5,13	0	15
	Primäre Sectio, ohne Komplikationen	4	6,25	4,5	5,68	2	14
	Sekundäre Sectio / primär mit Komplikationen	16	6,00	6,0	4,16	0	14
IES T3 Summe	Vaginal, ohne Komplikationen (evtl. mit PDA)	23	9,22	6,0	12,55	0	44
	Vaginal, mit Komplikationen	13	8,54	6,0	6,40	1	25
	Primäre Sectio, ohne Komplikationen	4	7,75	6,5	9,18	0	18
	Sekundäre Sectio / primär mit Komplikationen	16	10,25	6,5	13,18	0	55

N=56 (von 9 Frauen fehlende Angaben über die Entbindungsart)

Tabelle 26: Klinische Auffälligkeiten in Bezug auf die Entbindungsart (Vaginale Entbindung vs. Sectio)

Entbindungsart	SIL: klinische Auffälligkeit		EPDS T2: Anzeichen für eine postpartale De- pression		EPDS T3: Anzeichen für eine postpartale De- pression		IES T3: Hinweis auf ein signifikantes Trauma	
	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
Vaginale Entbindung	Anzahl	26	10	32	4	33	3	34
	(%)	72,2 %	27,8 %	88,9 %	11,1 %	91,7 %	8,3 %	94,4 %
Sectio	Anzahl	10	10	15	5	18	2	19
	(%)	50,0 %	50,0 %	75,0 %	25,0 %	90,0 %	10,0 %	95,0 %

N=56 (von 9 Frauen fehlende Angaben über die Entbindungsart)

Tabelle 27: Klinische Auffälligkeiten in Bezug auf die Entbindungsart (4 Gruppen)

Entbindungsart		SIL: klinische Auffälligkeit		EPDS T2: Anzeichen für eine postpartale Depression		EPDS T3: Anzeichen für eine postpartale Depression		IES T3: Hinweis auf ein signifikantes Trauma	
		nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
Vaginal, ohne Komplika- tionen (evtl. mit PDA)	Anzahl (%)	17 73,9 %	6 26,1 %	19 82,6 %	4 17,4 %	21 91,3 %	2 8,7 %	21 91,3 %	2 8,7 %
Vaginal, mit Komplikatio- nen	Anzahl (%)	9 69,2 %	4 30,8 %	13 100,0 %	0 0,0 %	12 92,3 %	1 7,7 %	13 100,0 %	0 0,0 %
Primäre Sectio, ohne Komplikationen	Anzahl (%)	3 75,0 %	1 25,0 %	3 75,0 %	1 25,0 %	3 75,0 %	1 25,0 %	4 100,0 %	0 0,0 %
Sekundäre Sectio / pri- mär mit Komplikationen	Anzahl (%)	7 43,8 %	9 56,3 %	12 75,0 %	4 25,0 %	15 93,8 %	1 6,3 %	15 93,8 %	1 6,3 %

N=56 (von 9 Frauen fehlende Angaben über die Entbindungsart)

5.6.1 Zusammenhang zwischen Entbindungsart und Geburtserleben (SIL)

Bei der Gegenüberstellung von vaginaler Entbindung vs. Sectio hatten die Teilnehmerinnen mit einer Sectio signifikant niedrigere Werte im SIL (siehe Tabelle 24; T-Test: $t(54) = 2,405$; $p = ,020$; Effektstärke $r = 0,311$). Ein tendenzieller Unterschied konnte zwischen den vier Entbindungsarten gezeigt werden (siehe Tabelle 25; Normalverteilung gegeben; ANOVA: $p = ,084$). Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson zur Untersuchung des Zusammenhangs mit einem klinisch auffälligen Geburtserleben ergab kein signifikantes Ergebnis, jedoch kamen höhere Prozentzahlen bei einer Entbindung mittels Sectio vor, wie Tabelle 26 und Tabelle 27 zeigen. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Entbindungsart und dem Geburtserleben konnte mit einer Korrelation bestätigt werden (siehe Tabelle 9). Eine vaginale komplikationslose Geburt ging signifikant mit einem besseren Geburtserleben einher.

5.6.2 Zusammenhang zwischen Entbindungsart und postpartaler Depressivität (EPDS T2 und T3)

In den Mittelwerten und den prozentualen Verteilungen klinisch signifikanter postpartaler Depression zeigte sich tendenziell ein höherer Wert bzw. ein vermehrtes Vorkommen bei der Entbindung per Sectio (siehe Tabelle 24 bis Tabelle 27). In der Berechnung konnte dieser Zusammenhang in den verwendeten statistischen Verfahren (Mann-Whitney-U-Test, Kruskal-Wallis-Test, Chi-Quadrat-Test und Korrelation nach Spearman) jedoch nicht bestätigt werden. Es bestand kein signifikanter Einfluss der Art des Entbindens auf den Depressionsfragebogen zu T2 und T3.

5.6.3 Zusammenhang zwischen Entbindungsart und traumatischer Geburtsverarbeitung (IES T3)

Wie auch schon die vorangegangenen Tabellen (Tabelle 24 bis Tabelle 27) andeuten, konnte kein signifikanter Unterschied bezüglich der Zeichen einer traumatischen Verarbeitung der Geburt in Abhängigkeit der Entbindungsart herausgearbeitet werden. Kein Zusammenhang bestand zwischen den Geburtsvorgängen und dem Entwickeln einer posttraumatischen Belastungsstörung *nach* der Geburt.

Zusammenfassend konnte man zwar eine Beziehung zwischen der Entbindungsart und dem Geburtserleben, jedoch nicht zur Geburtsverarbeitung, feststellen.

5.7 Zusammenhang zwischen Geburtserleben (SIL) und Geburtsverarbeitung

In der Studie wurde ebenfalls untersucht, wie sich das Geburtserleben auf die Geburtsverarbeitung der Frau auswirkte. Dazu durchgeführte Berechnungen wurden im Folgenden dargestellt und mittels Tabelle 28 und Tabelle 29 veranschaulicht.

Tabelle 28: Summenwerte der Fragebögen in Bezug auf SIL

Fragebogen	SIL: klinische Auffälligkeit	Anzahl	Mittelwert	Median	SD	Minimum	Maximum
EPDS T2 Summe	nein	41	5,49	4,0	4,59	0	22
	ja	24	10,13	8,0	7,11	0	30
EPDS T3 Summe	nein	41	4,59	4,0	4,26	0	15
	ja	24	6,75	6,5	4,47	0	15
IES T3 Summe	nein	41	7,56	6,0	10,67	0	55
	ja	24	12,79	10,5	11,66	0	44

Tabelle 29: Klinische Auffälligkeiten in Bezug auf SIL

SIL: klinische Auffälligkeit		EPDS T2: Anzeichen für eine postpartale Depression		EPDS T3: Anzeichen für eine postpartale Depression		IES T3: Hinweis auf ein signifikantes Trauma	
		nein	ja	nein	ja	nein	ja
nicht klinisch auffällig (n=41)	Anzahl	38	3	38	3	39	2
	(%)	92,7 %	7,3 %	92,7 %	7,3 %	95,1 %	4,9 %
klinisch auffällig (n=24)	Anzahl	15	9	21	3	22	2
	(%)	62,5 %	37,5 %	87,5 %	12,5 %	91,7 %	8,3 %

5.7.1 Zusammenhang zwischen Geburtserleben (SIL) und postpartaler Depressivität (EPDS T2 und T3)

36,9 % der Frauen erlebten die Geburt klinisch signifikant als negativ (siehe Tabelle 8). Von diesen 24 Teilnehmerinnen hatten neun an T2 bzw. drei an T3 Anzeichen für eine postpartale Depression (siehe Tabelle 29). Diesen Zusammenhang belegte der Chi-Quadrat-Test zum Zeitpunkt T2 statistisch signifikant (Chi-Quadrat nach Pearson(1) = 9,162; p (exakt nach Fisher) = ,006; Stärke des Zusammenhangs: Cramers V = 0,375; p = ,004). Zu T3 zeigte sich in der Kreuztabelle kein signifikanter Zusammenhang. Der Unterschied zwischen den durchschnittlich erreichten Gesamtsummen (siehe Tabelle 28) im Depressionsfragebogen war zu T2 statistisch signifikant (Mann-Whitney-U-Test: U = 285,500; p = ,005; Effektstärke r = 0,350) und zu T3 tendenziell signifikant (Mann-Whitney-U-Test: U = 349,000; p = ,051; Effektstärke r = 0,242). Das Geburtserleben und die depressive Stimmungslage korrelierte signifikant (Spearman-Rho: T2: r = -,469; p < ,001; N=65; T3: r = -,402; p = ,001; N=65; siehe Tabelle 9). Je schlechter die Geburt erlebt wurde bzw. je geringer der Wert im SIL war, desto depressiver waren die Mütter *nach* der Geburt bzw. desto höhere Werte wurden im EPDS zu T2 und T3 erzielt.

5.7.2 Zusammenhang zwischen Geburtserleben (SIL) und traumatischer Geburtsverarbeitung (IES T3)

Frauen mit einem klinisch auffälligen Geburtserleben hatten prozentual gesehen (8,3 % vs. 4,9 %; siehe Tabelle 29) häufiger die Geburt traumatisch verarbeitet, jedoch war dies im Chi-Quadrat-Test nach Pearson nicht signifikant. Signifikanz zeigte sich im Vergleich des durchschnittlichen Summenscores (siehe Tabelle 28) im IES T3 bezogen auf das Geburtserleben (Mann-Whitney-U-Test: U = 338,000; p = ,035; Effektstärke r = 0,262). Auch die Berechnung der Korrelation bestätigte diesen moderaten Einfluss (Spearman-Rho: r = -,274; p = ,027; N=65; siehe Tabelle 9). Frauen, die einen geringeren Wert im SIL erreichten, hatten eine höhere Summe im Traumafragebogen bezogen auf die Geburt.

In der Zusammenschau hatten Frauen, welche die Geburt negativer erlebten, *nach* der Geburt ein höheres Risiko für die Ausbildung von Zeichen einer depressiven Stimmungslage und einer traumatischen Verarbeitung.

5.8 Weitere signifikante Korrelationen

Vollständigkeitshalber werden in diesem Absatz die signifikanten Korrelationen beleuchtet, welche bisher noch nicht besprochen wurden (siehe Tabelle 9). Eine desorganisierte Bindung korrelierte mit der Depressivität *vor* der Geburt. Zeichen einer *präpartalen* Depression waren gleichsinnig mit Anzeichen einer Traumavorerfahrung verbunden. Auch bei Betrachtung der Untersuchungen des psychischen Empfindens *nach* der Entbindung waren signifikante Korrelationen zwischen den Depressionsfragebögen zu den zwei *postpartalen* Zeitpunkten sowohl untereinander als auch zum Traumafragebogen mit Bezug auf die Geburt vorhanden.

5.9 Modelle zur Vorhersage von Geburtserleben und -verarbeitung

Um die erhobenen Daten in der Gesamtschau auf die Endziele „Geburtserleben“ und „Geburtsverarbeitung“ beziehen zu können, wurden verschiedene Modelle berechnet, welche die Einflussfaktoren aufzeigen sollten. Die wichtigsten Einflussparameter zeigt das Gesamtmodell (siehe Abbildung 14) auf. Das jeweils aussagekräftigste Modell zur Vorhersage des Geburtserlebens, der depressiven und der traumatischen Geburtsverarbeitung wurden im Folgenden dargelegt.

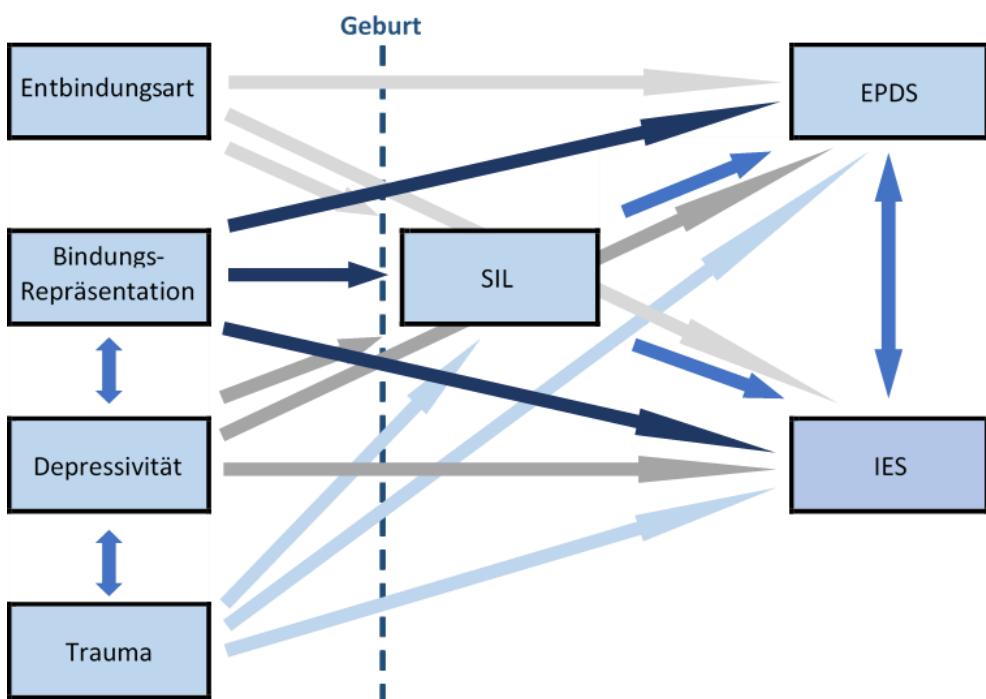


Abbildung 14: Gesamtmodell

5.9.1 Regressionsmodell zur Vorhersage des Geburtserlebens

Die Beurteilung des Geburtserlebens erhob man in dieser Studie mit dem Fragebogen „Salmon's Item List“ (SIL). Zur Aufdeckung der vorhersagenden Faktoren wurde eine lineare Regression mit dem Summenscore des SIL als abhängige Variable erstellt.

Als Einflussfaktoren wurden die signifikant korrelierenden Testergebnisse verwendet, welche deckungsgleich mit dem oben gezeigten Modell (siehe Abbildung 14) waren. Die tendenziell signifikant korrelierenden Faktoren „Psychotherapieerfahrung“ und „Schwangerschaftsdauer“ wurden nicht in das endgültige Modell mit aufgenommen, da sie in explorativen Berechnungen keinen signifikanten Einfluss hatten und keine Verbesserung des korrigierten R-Quadrat bewirkten. So wurden in die Berechnung die Bindungsrepräsentation (distanziert vs. nicht-distanziert), die Summe des vorgeburtlichen Depressionsfragebogens, der Summenscore des Traumafragebogens zu T1 und die Entbindungsart (Vaginale Entbindung vs. Sectio) miteingeschlossen. Das entstandene Regressionsmodell wurde in Tabelle 30 abgebildet.

Tabelle 30: Lineares Regressionsmodell der Einflussfaktoren des Geburtserlebens

Prädiktor	B	SE B	ß	T	p
(Konstante)	97,070	4,107		23,633	,000
Bindungsrepräsentation distanziert vs. nicht-distanziert	-9,528	4,180	-,254	-2,279	,027
IES T1 Summe	-,142	,144	-,120	-,983	,330
EPDS T1 Summe	-1,319	,445	-,367	-2,966	,005
Entbindungsart: Vaginale Entbindung vs. Sectio	-12,580	4,216	-,328	-2,984	,004

Note: korrigiertes R-Quadrat = 0,341 ($F(4, 51) = 8,115$; $p < ,001$)

N=56-65 (Ausschluss paarweise)

Die verschiedenen Voraussetzungen wurden überprüft und die Missings (9 Daten zur Entbindungsart) wurden paarweise ausgeschlossen. Im Regressionsmodell hatten die Bindungsrepräsentation der Frau, die Depressivität zum Zeitpunkt T1 und die Entbindungsart einen signifikanten Einfluss auf das Geburtserleben. Bei der Traumavorgeschichte konnte der Einfluss nicht statistisch signifikant begründet werden. Bei einer nicht-distanziert gebundenen Frau sank der Summenscore des SIL um 9,53 Punkte. Ebenfalls negativ auf das Geburtserleben wirkte sich die Entbindungsart aus. Bei einer Sectio fiel der Wert um 12,58 Punkte im Vergleich zur vaginalen Entbindung. Die vorgeburtliche Depressivität beeinflusste das Geburtserleben dadurch, dass für jeden zusätzlich erreichten Punkt im EPDS T1 der Gesamtwert der Salmons Item List um 1,32 Punkte abnahm.

Regressionsgleichung zur Vorhersage des SIL (signifikante Faktoren fett geschrieben):

$$\text{SIL_Summe} = 97,070 - 9,528 * \text{Bindung_Dist} - 0,142 * \text{IES_T1_Summe} - \\ 1,319 * \text{EPDS_T1_Summe} - 12,580 * \text{Entbindungsart_Vag_vs._Sectio}$$

Mit einem korrigierten R-Quadrat von ,341 hatte das Modell eine hohe Effektstärke von 0,517 (Cohen, 1988). 34,1 % des Ergebnisses des SIL-Fragebogens konnten durch dieses Modell erklärt werden.

Zusammenfassend ließ sich der Einfluss auf das Geburtserleben also folgendermaßen beschreiben: Am besten wurde die Geburt erlebt bei unsicher-distanzierter Bindungsrepräsentation, bei fehlenden Anzeichen einer Depression *vor* der Geburt und bei vaginaler Entbindung des Kindes. Somit könnten aufgrund der Studienergebnisse die nicht-distanzierten Bindungsrepräsentationen, *präpartale* Depression und die Entbindung mittels Sectio als Risikofaktoren für ein negatives Erleben der Geburt angesehen werden.

5.9.2 Regressionsmodell zur Vorhersage der postpartalen Depressivität zu T2

Um die Einflussfaktoren auf die Depressivität zwei Wochen *nach* der Geburt zu untersuchen, wurde ein Regressionsmodell mit den unabhängigen Variablen Bindungsrepräsentation (desorganisiert vs. organisiert), *vorgeburtliche* Depressivität, Traumavorgeschichte, Geburtserleben und Entbindungsart berechnet. Die tendenziell signifikant korrelierenden Faktoren Bildungsstand und Psychotherapieerfahrung wurden anfangs beide mit einbezogen. Der Faktor Psychotherapieerfahrung zeigte jedoch keine Bedeutung und wurde deshalb wieder entfernt. Hier wurden nun zwei Regressionsmodelle erstellt. Erst im zweiten Schritt wurde der *vorgeburtliche* Depressionsfragebogen mit einbezogen. Da dieser die gleiche Messmethode war, einen starken Zusammenhang mit dem EPDS zu T2 und auch zu einigen der anderen Einflussfaktoren hatte, wurden vorher signifikante Einflussfaktoren weniger bedeutend.

Tabelle 31: Regressionsmodelle der Einflussfaktoren der postpartalen Depressivität (T2)

Modell	Prädiktor	B	SE B	β	T	p
1	(Konstante)	29,041	5,003		5,805	,000
	Bindungsrepräsentation des-organisiert vs. organisiert	-4,205	1,674	-,296	-2,512	,015
	IES T1 Summe	-,053	,047	-,139	-1,128	,265
	SIL Summe	-,107	,042	-,330	-2,544	,014
	Entbindungsart: Vaginale Ent-bindung vs. Sectio	-,355	1,588	-,028	-,224	,824
	Bildungsstand	-2,663	,897	-,358	-2,970	,005
2	(Konstante)	17,598	4,799		3,667	,001
	Bindungsrepräsentation des-organisiert vs. organisiert	-2,208	1,451	-,155	-1,521	,135
	IES T1 Summe	-,118	,042	-,308	-2,851	,006
	SIL Summe	-,041	,038	-,126	-1,092	,280
	Entbindungsart: Vaginale Ent-bindung vs. Sectio	,371	1,327	,030	,280	,781
	Bildungsstand	-2,393	,747	-,322	-3,205	,002
	EPDS T1 Summe	,677	,142	,578	4,759	,000

Note:

Modell 1: korrigiertes R-Quadrat = 0,310 ($F(4, 48) = 5,771$; $p < ,001$)

Modell 2: korrigiertes R-Quadrat = 0,525 ($F(6, 47) = 10,753$; $p < ,001$)

N=54-65 (Ausschluss paarweise)

Modell 1 ohne Variable „EPDS T1 Summe“

Die Voraussetzungen für das Modell 1 wurden einigermaßen erfüllt. Ein Ausschluss der Missings erfolgte „pairwise“ (9 Daten zur Entbindungsart, 2 Daten zu Bildungsstand).

Mit dem ersten Regressionsmodell für den Fragebogen EPDS zu T2 ließen sich 31,0 % erklären. Als signifikante Einflussfaktoren wurden die Bindung, das Geburtserleben und der Bildungsstand herausgearbeitet. Bei den Frauen mit organisierter Bindungsrepräsentation sank der Summenwert des EPDS T2 um durchschnittlich 4,21 Punkte. Stieg das Ergebnis der Salmon's Item List um einen Punkt, fiel der Depressionsfragebogenwert um 0,11 Punkte. Je höher die Bildung der Probandin war, desto weniger Depressivität war zu T2 vorhanden (Abnahme der Summe des EPDS T2 um je 2,66 Punkte je Bildungsstandkategorie). Keinen statistisch signifikanten Einfluss auf den EPDS T2 zeigte in diesem Modell die vorgeburtliche Traumavorerfahrung und die Entbindungsart.

Regressionsgleichung für das Modell 1 zur Vorhersage des EPDS T2 (signifikante Faktoren fett geschrieben):

$$\text{EPDS_T2_Summe} = 29,041 - 4,205 * \text{Bindung_Desorg} - 0,053 * \text{IES_T1_Summe} - 0,107 * \text{SIL_Summe} - 0,355 * \text{Entbindungsart_Vag_vs._Sectio} - 2,663 * \text{Bildungsstand}$$

Das Gesamtmodell war statistisch signifikant und mit einem korrigiertem R-Quadrat von 0,310 und der daraus ergebenden Effektstärke von $f = 0,449$ durch einen starken Effekt gekennzeichnet.

Anhand dieses Modells könnten zusammenfassend als Risikofaktoren für eine postpartale Depression zum Zeitpunkt von zwei Wochen *nach* der Geburt eine desorganisierte Bindungsrepräsentation, ein negatives Geburtserleben und ein geringer Bildungsstand betrachtet werden.

Modell 2 mit Variable „EPDS T1 Summe“

Bei der Überprüfung der Voraussetzungen zeigte sich ein Code als Ausreißer. Die Daten wurden nochmals genau analysiert. Da keine Abweichungen entdeckt wurden, wurde darauf verzichtet, den Code auszuschließen. Die fehlenden Daten von Entbindung und Bildungsstand wurden paarweise ausgeschlossen, so dass die Stichprobengröße zwischen 54 und 65 Teilnehmerinnen lag. Bei Einschluss des Summenwertes des *vorgeburtlichen* Depressionsfragebogens in die Regression war nun kein signifikanter Einfluss mehr von der Bindung und vom Geburtserleben gegeben (siehe Tabelle 31). Ein signifikanter Einfluss stellte weiterhin die Bildung der Frau dar sowie neu der IES zu T1 und deutlich der zugefügten EPDS T1. Der stärkste Einfluss ist durch den Summenwert des *vorgeburtlichen* EPDS gegeben ($\beta = ,578$): stieg der Wert des EPDS T1 um einen Punkt, dann stieg auch der Summenwert des EPDS T2 um durchschnittlich 0,667 Punkte. Unerwarteterweise hatte die Erhöhung des IES um einen Punktewert einen Abfall des EPDS T2 um 0,118 Punkte zur Folge. Mit jedem höheren Bildungsstand sank der Wert um 2,393 Punkte.

Regressionsgleichung für das Modell 2 zur Vorhersage des EPDS T2 (signifikante Faktoren fett geschrieben):

$$\begin{aligned} \textbf{EPDS_T2_Summe} = & 17,598 - 2,208 * \textit{Bindung_Desorg} - 0,118 * \textbf{IES_T1_Summe} - \\ & 0,041 * \textit{SIL_Summe} - 0,371 * \textit{Entbindungsart_Vag_vs._Sectio} - 2,393 * \textbf{Bildungsstand} + \\ & 0,677 * \textbf{EPDS_T1_Summe} \end{aligned}$$

Mehr als die Hälfte des Ergebnisses des EPDS zwei Wochen *nach* der Geburt konnte mit Hilfe des Modell 2 vorhergesagt werden (korrigiertes R-Quadrat = 0,525), was nach Cohen (1988) einem starken Effekt entsprach (Effektstärke $f = 1,105$).

Anzeichen einer *vorgeburtlichen Depression* könnten als Risikofaktor auch für eine Depression zwei Wochen *nach* der Geburt betrachtet werden. Eine hohe schulische Bildung könnte als Schutzfaktor angesehen werden, ebenso wie eine Traumavorgeschichte, wobei dieses Ergebnis unter 6.7 „Zusammenschau der Zusammenhänge zwischen verschiedener Faktoren und Geburtserleben und -verarbeitung im Rahmen der Regressionsmodelle“ diskutiert wird.

5.9.3 Regressionsmodell zur Vorhersage der postpartalen Depressivität zu T3

Ebenfalls wurde für die Depressivität zu T3 (drei bis sechs Monate *nach* der Geburt) ein lineares Regressionsmodell erstellt. Neben den Variablen des Gesamtmodells (siehe Abbildung 14) und der Psychotherapieerfahrung wurde zunächst auch der tendenziell signifikant korrelierende Faktor „Familienstand“ ins Modell aufgenommen, jedoch wieder aussortiert, da kein signifikanter Einfluss errechnet wurde. „EPDS T2“ wurde aus dem Modell ausgeschlossen, da die Einflussfaktoren zeitlich bis zur Geburt interessierend waren.

Die Regression wurde auch mit den anderen Bindungsgruppierungen berechnet, jedoch ergaben sich keine aussagekräftigeren Ergebnisse, deshalb entschied man sich zur besseren Vergleichbarkeit mit dem Modell von EPDS T2 für „Organisiert vs. Desorganisiert“.

Wie schon bei der Berechnung der Regression des EPDS zu T2 wurden bei EPDS zu T3 zwei Regressionsmodelle errechnet, wobei erst im zweiten Modell die Einflussvariable „*Vorgeburtliche Depression*“ mit hinzugezogen wurde.

Tabelle 32: Regressionsmodelle der Einflussfaktoren der postpartalen Depressivität (T3)

Modell	Prädiktor	B	SE B	β	T	p
1	(Konstante)	8,971	3,080		2,913	,005
	Bindungsrepräsentation des- organisiert vs. organisiert	-,033	1,342	-,003	-,025	,980
	IES T1 Summe	,021	,038	,074	,554	,582
	SIL Summe	-,070	,034	-,292	-2,047	,046
	Entbindungsart: Vaginale Ent- bindung vs. Sectio	-,071	1,233	-,008	-,057	,955
	Psychotherapieerfahrung	3,023	1,157	,343	2,613	,012
2	(Konstante)	4,391	3,461		1,269	,211
	Bindungsrepräsentation des- organisiert vs. organisiert	1,044	1,346	,100	,775	,442
	IES T1 Summe	-,008	,038	-,029	-,220	,827
	SIL Summe	-,041	,034	-,172	-1,191	,240
	Entbindungsart: Vaginale Ent- bindung vs. Sectio	,319	1,181	,035	,270	,789
	Psychotherapieerfahrung	2,309	1,135	,262	2,034	,048
	EPDS T1 Summe	,331	,134	,385	2,476	,017

Note:

Modell 1: korrigiertes R-Quadrat = 0.202 ($F(5, 47) = 3,631; p = ,007$)

Modell 2: korrigiertes R-Quadrat = 0.280 ($F(6, 46) = 4,378; p = ,001$)

N=53-65 (Ausschluss paarweise)

Modell 1 ohne Variable „EPDS T1 Summe“

Die Voraussetzungen für das 1. Modell wurden überprüft und die fehlenden Daten von Entbindungsart und Psychotherapieerfahrung paarweise ausgeschlossen. Nur das Geburtserleben und die Vorerfahrung mit Psychotherapie waren in dem Regressionsmodell signifikante Einflussfaktoren. Bei Erhöhung des SIL um einen Punkt sank der Gesamtwert des EPDS T3 um 0,07 Punkte. Falls die Frau schon eine Vorerfahrung mit Psychotherapie hatte, stieg der Depressionssummenwert drei bis sechs Monate *nach* der Geburt um durchschnittlich 3,023 Punkte. Weder Bindung und Summenwert des *vorgeburtlichen* IES noch Entbindungsart zeigten einen statistisch signifikanten Einfluss auf das Ergebnis des EPDS T3.

Regressionsgleichung für das Modell 1 zur Vorhersage des EPDS T3 (signifikante Faktoren fett geschrieben):

$$\begin{aligned} \textbf{EPDS_T3_Summe} = & 8,971 - 0,033 * \textbf{Bindung_Desorg} + 0,021 * \textbf{IES_T1_Summe} - \\ & 0,070 * \textbf{SIL_Summe} - 0,071 * \textbf{Entbindungsart_Vag_vs._Sectio} + \\ & 3,023 * \textbf{Psychotherapieerfahrung} \end{aligned}$$

Knapp 20 Prozent des Ergebnisses des EPDS T3 konnten mit Hilfe dieses Modells erklärt werden, wodurch von einem mittleren Einfluss auszugehen war (Effektstärke $f = 0,253$). Durch diese Regression könnte ein positives Geburtserleben als Schutzfaktor und eine Psychotherapieerfahrung als Risikofaktor für eine Depression im Zeitraum von drei bis sechs Monaten *nach* der Entbindung des Kindes gewertet werden.

Modell 2 mit Variable „EPDS T1 Summe“

Nach Überprüfung der Voraussetzungen und nach paarweisem Ausschluss der Missings zeigte sich im zweiten Regressionsmodell für den postpartalen Depressionsfragebogen zu T3 ein signifikanter Einfluss von Psychotherapieerfahrung und *vorgeburtlicher* Depressivität. Der signifikante Einfluss des Geburtserlebens aus Modell 1 wurde bei Hinzunahme des EPDS T1 unbedeutend. Auch alle anderen Faktoren erbrachten weiterhin keine Signifikanz. Bei vorhandener Psychotherapieerfahrung stieg der Summenwert des EPDS T3 um 2,309 Punkte. Um jeden zusätzlichen Punkt im EPDS *vor* der Geburt stieg der EPDS drei bis sechs Monate *nach* der Geburt um 0,331 Punkte.

Regressionsgleichung für das Modell 2 zur Vorhersage des EPDS T3 (signifikante Faktoren fett geschrieben):

$$\begin{aligned} \textbf{EPDS_T3_Summe} = & 4,391 + 1,044 * \textit{Bindung_Desorg} - 0,008 * \textit{IES_T1_Summe} - \\ & 0,041 * \textit{SIL_Summe} - 0,319 * \textit{Entbindungsart_Vag_vs._Sectio} + \\ & 2,309 * \textbf{Psychotherapieerfahrung} + 0,331 * \textbf{EPDS_T1_Summe} \end{aligned}$$

28,0 % des erreichten Summenwerts des EPDS T3 konnten mit Hilfe dieses Modells erklärt werden. Die Effektstärke von $f = 0,389$ sprach laut Cohen (1988) für einen starken Einfluss. Mithilfe der Ergebnisse des zweiten Modells könnten eine vorgeburtliche Depressivität und eine vorhandene Psychotherapieerfahrung als Risikofaktoren für eine postpartale Depression zu T3 betrachtet werden.

5.9.4 Regressionsmodell zur Vorhersage der traumatischen Geburtsverarbeitung

Um die Vorhersagevariablen für die traumatische Verarbeitung einer Geburt auszuwählen, wurden die Faktoren des oben aufgezeigten Modells (siehe Abbildung 14) und signifikant korrelierende Variablen herangezogen. Die Hinzunahme der tendenziell signifikanten Psychotherapieerfahrung wurde diskutiert. Nach ausbleibendem Einfluss auf die Regression, wurde sie wieder aus der Berechnung entfernt. Als Einflussfaktoren waren wieder nur diese interessierend, welche zeitlich bis einschließlich der Geburt reichten, daher findet der EPDS zu T2 und zu T3 keine Aufnahme in das Regressionsmodell zur Vorhersage der traumatischen Geburtsverarbeitung. Bei der explorativen Durchrechnung mit den verschiedenen Bindungsrepräsentationen ergab sich für die Gruppierung „Distanziert vs. Nicht-Distanziert“ ein signifikanter Einfluss und ein aussagekräftigeres Gesamtmodell. Daher wurde diese Bindungsvariable ausgewählt. Außerdem wurde die vorgeburtliche Traumavorerfahrung, die vorgeburtliche Depressivität, das Geburtserleben, die Entbindungsart und ob die Mutter alleinerziehend war mit in das Modell hinzugefügt.

Tabelle 33: Regressionsmodelle der Einflussfaktoren des IES T3

Prädiktor	B	SE B	β	T	p
(Konstante)	5,123	8,479		,604	,548
Bindungsrepräsentation distanziert vs. nicht-distanziert	-5,463	2,611	-,240	-2,092	,042
IES T3 Summe	,002	,087	,003	,026	,979
EPDS T1 Summe	1,345	,290	,616	4,644	,000
SIL Summe	-,017	,084	-,029	-,208	,836
Entbindungsart: Vaginale Entbindung vs. Sectio	,428	2,739	,018	,156	,876
Alleinerziehend	4,750	4,623	,113	1,028	,309

Note: korrigiertes R-Quadrat = 0,367 ($F(6, 49) = 6,311$; $p < ,001$)

N=56-65 (Ausschluss paarweise)

Die Überprüfung der Voraussetzungen identifizierte einen Code mit dem höchsten Wert des IES T3 als Ausreißer. Der Datensatz dieser Teilnehmerin wurde nochmals kontrolliert und man entschied sich gegen den Ausschluss, da solch hohe Werte durchaus plausibel sein konnten. Nach dem paarweisen Ausschluss fehlender Informationen zur Entbindungsart ergab die Stichprobengröße einen Bereich von 56 bis 65.

Die berechnete Regression wurde in Tabelle 33 dargestellt. Sie besagte, dass die Bindung und die vorgeburtliche Depressivität signifikante Einflussfaktoren auf die traumatische Geburtsverarbeitung waren. Der Summenwert des IES T3 sank durchschnittlich um 5,463 Punkte bei den nicht unsicher-distanzierten Bindungsrepräsentationen im Vergleich zur distanzierten Bindung. Mit jedem Punkt im EPDS vor der Geburt stieg die Summe des nachgeburtlichen Traumafragebogens um 1,345 Punkte. Das hohe Beta (= .616) des EPDS T1 zeigte den starken Einfluss.

Regressionsgleichung zur Vorhersage des IES T3 (signifikante Faktoren fett geschrieben):

$$\begin{aligned} \text{IES_T3_Summe} = & 5,123 - 5,463 * \text{Bindung_Dist} + 0,002 * \text{IES_T1_Summe} + \\ & 1,345 * \text{EPDS_T1_Summe} - 0,017 * \text{SIL_Summe} + 0,428 * \text{Entbindungsart_Vag_vs._Sectio} + \\ & 4,750 * \text{Alleinerziehend} \end{aligned}$$

Der erzielte korrigierte R-Quadrat-Wert von 0,367 besagte, dass mit Hilfe dieser Regression 36,7 % der Ergebnisse des Traumafragebogens IES mit Bezug auf die zurückliegende Geburt erklärt werden konnten. Dies entsprach nach Cohen (1988) einem starken Effekt (Effektstärke $f = 0,580$).

Zusammenfassend könnte für das Auftreten einer posttraumatischen Belastungsstörung nach der Geburt des Kindes eine vorgeburtliche Depression und die distanzierte Bindungsrepräsentation der Frau als Risikofaktoren angesehen werden.

5.10 Zusammenfassung der Hypothesentestung

Nach der ausführlichen Darstellung aller erhobenen Ergebnisse wurden die Schlussfolgerungen für die Bewertung der zu untersuchenden Hypothesen kurz zusammengefasst.

Hypothese 1: nicht bestätigt

Mit den erhobenen Daten konnte nicht angenommen werden, dass sicher gebundene Frauen die Geburt positiver erlebten und *nach* der Geburt weniger Zeichen einer depressiven Stimmungslage und einer traumatischen Verarbeitung zeigten als nicht sicher gebundene Frauen (siehe 5.4).

Hypothese 2: teilweise bestätigt

Die Aussage, dass Frauen mit einer unverarbeiteten, desorganisierten Bindungsrepräsentation die Geburt negativer erlebten, konnte nicht vollständig verifiziert werden. Es kam nur ein tendenziell signifikant schlechteres Geburtserleben bei der Datenauswertung heraus (siehe 5.4.1). Es konnte nachgewiesen werden, dass eine unverarbeitete, desorganisierte Bindung mit mehr Zeichen einer depressiven Stimmungslage zum Zeitpunkt T2 einhergehen könnte (siehe 5.4.2). Zum Zeitpunkt T3 konnte dieses Ergebnis nicht mehr reproduziert werden (siehe 5.4.3). Ein Zusammenhang zwischen der unverarbeiteten, desorganisierten Bindungsrepräsentation und mehr Zeichen einer traumatischen Geburtsverarbeitung konnte nicht erhoben werden.

Hypothese 3: bestätigt

Mit Hilfe dieser Studie konnte die Hypothese bestätigt werden, dass bei negativ erlebter Geburt postpartal ein erhöhtes Risiko für Anzeichen einer depressiven Stimmungslage und einer traumatischen Verarbeitung vorhanden sein könnte (siehe 5.7).

Hypothese 4: bestätigt

Die Aussage „Frauen, welche *präpartal* mehr Zeichen einer depressiven Stimmungslage hatten, erlebten die Geburt negativer und zeigten *nach* der Geburt mehr Zeichen einer depressiven Stimmungslage und einer traumatischen Verarbeitung“ konnte verifiziert werden (siehe 5.5.1).

Hypothese 5: teilweise bestätigt

Es konnte aufgezeigt werden, dass ein früher erlebtes Trauma in Beziehung zu einem negativen Erleben der Geburt stand (siehe 5.5.2.1). Ein Zusammenhang zur postpartalen Depression konnte nur zum Zeitpunkt T3, jedoch nicht zu T2, signifikant herausgearbeitet werden (siehe 5.5.2.2). Die Daten konnten ebenfalls nachweisen, dass ein früher erlebtes Trauma mit einem höheren Risiko für Zeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung *nach* der Geburt einherging (siehe 5.5.2.3).

Hypothese 6: teilweise bestätigt

Der erste Teil von Hypothese 6, dass Frauen mit vaginaler Entbindung und ohne Komplikationen die Geburt positiver erlebten, konnte verifiziert werden. Es konnten jedoch keine Zusammenhänge zwischen der Entbindungsart und der Geburtsverarbeitung herausgearbeitet werden (siehe 5.6).

6 Diskussion

6.1 Zusammenhang zwischen Bindung und Geburt

Zu Beginn der Diskussion wird der Zusammenhang zwischen der Bindungsrepräsentation und dem Erleben bzw. der Verarbeitung der Geburt als zentraler Aspekt dieser Forschungsarbeit bewertend interpretiert.

In den Berechnungen konnte das vormals, aufgrund der oben aufgezeigten Literatur, angenommene bessere Bewältigen des einschneidenden Ereignisses „Geburt“ der Frauen mit **sicherer** Bindungsrepräsentation im Vergleich zu den anderen Bindungen nicht statistisch signifikant bestätigt werden.

Die Hypothese, dass eine sichere Bindung als Schutzfaktor für das Erleben der Geburt angesehen werden könnte, musste somit entgegen der Erwartung verworfen werden. Im Vergleich zu der Kategorie der unsicheren Bindung zeigte sich sogar ein schlechteres Geburtserleben, wobei der Unterschied jedoch nicht signifikant war.

Auch hatte die sichere Bindungsrepräsentation keinen signifikanten präventiven Zusammenhang zur Ausbildung depressiver Symptome *nach* der Geburt. Der erreichte Median der sicher Gebundenen im Depressionsfragebogen zu beiden Untersuchungszeitpunkten *nach* der Geburt sprach zwar für eine geringere Wahrscheinlichkeit an depressiven Symptomen zu leiden. Die ausbleibende statistische Signifikanz steht dennoch entgegen der Annahme, dass eine sichere Bindung als Schutzfaktor für die Ausbildung einer Depression gewertet werden könnte (Dagan et al., 2018). Eine der wenigen Veröffentlichungen, welche die Geburtsverarbeitung im Zusammenhang zur Bindung beschrieb, ist von Aceti, Baglioni und Kollegen (2012). Hier wurden zuerst die Frauen auf postpartale Depression untersucht und anschließend ein AAI durchgeführt. Es zeigte sich in der Kontrollgruppe ein vermehrtes Vorkommen einer sicheren Bindungsrepräsentation. In der Gruppe der depressiven Frauen war der Anteil der sicher Gebundenen sehr viel geringer und die unsicheren und desorganisierten Bindungen überwogen. Hier sei jedoch auch als limitierender Faktor die geringe Stichprobengröße zu beachten, da nur jeweils 15 Teilnehmerinnen der Studien- und Kontrollgruppe auf die Bindungsrepräsentation hin untersucht wurden (Aceti, Baglioni, et al., 2012).

Ebenso keinen signifikanten Unterschied, jedoch auch bessere Werte konnten bei der Untersuchung auf traumatische Geburtsverarbeitung erhoben werden. Hier kann als ein Grund für die ausbleibende statistische Signifikanz die kleine Gruppe der klinisch signifikanten traumatischen Geburtsverarbeitungen genannt werden. Die Studie von Benoit und Kollegen

(2010) untersuchte mittels dem AAP das Ausmaß von Bindungssicherheit bei Patienten nach einem adäquaten Trauma. Dabei konnte die Forschergruppe aufzeigen, dass bei höheren Werten an Bindungssicherheit weniger PTBS-Symptome im Abstand von drei Monaten nach dem Trauma vorhanden waren. Unsere Studie, welche als Trauma die Geburt implizierte, konnte keinen signifikanten Zusammenhang der sicheren Bindung zu weniger Anzeichen einer traumatischen Verarbeitung erheben.

Warum die Probandin mit sicherer Bindung nicht, wie anfangs gedacht, am besten die Geburt überstand, regt zu weiteren Überlegungen und Nachforschungen an. Die in der Literatur (Grossmann & Grossmann, 2012) genannten Coping-Strategien sicher Gebundener scheinen während der Geburt nicht zu greifen.

Die schlechteren Ergebnisse in den Erhebungen könnten jedoch auch darin begründet sein, dass die ehrliche Beantwortung der Fragebögen der Personen mit sicherer Bindungsrepräsentation (Cassidy, 1988) den Eindruck erweckt, es seien mehr depressive bzw. traumatische Symptome und eine negativere Bewertung des Geburtserlebens vorhanden. So wurde schon in der Literatur beschrieben, dass unsicher Gebundene häufiger lügen würden als sicher Gebundene (Gillath, Sesko, Shaver, & Chun, 2010). Einschränkend sollte bei der Studie von Gillath und Kollegen (2010) jedoch beachtet werden, dass die Bindung mittels eines Fragebogens erhoben wurde. Daher ist ein direkter Vergleich mit den durch das AAP ermittelten Bindungsrepräsentationen nur eingeschränkt möglich.

Im AAI zeichnen sich Individuen mit einer sicheren Bindungsrepräsentation, im Gegensatz zu zur Idealisierung neigenden Personen mit unsicher-distanzierten Bindung, durch ein differenziertes, selbstkritisches Erleben aus (George, Kaplan, & Main, 1996).

Ein ehrliches Eingestehen der eigenen Schwächen (Cassidy, 1988) sowie die Fähigkeit zur Selbstreflexion und kritischen Beurteilung der eigenen Person (Ziegenhain, 2001) könnte auch zu einer strengeren Bewertung der Fragebögen durch die Frauen mit einer sicheren Bindungsrepräsentation führen. Sicher Gebundene zeichnen sich durch ein starkes Selbstbewusstsein aus (Ainsworth, 1979). Personen mit einem großen Selbstwertgefühl können vielleicht eine negative Erfahrung so akzeptieren und wahrheitsgemäß ohne Beschönigung der Sachverhalte zugeben. Dadurch könnte eine Verschiebung zu einem negativeren Geburtserleben und zu einer depressiveren und traumatischeren Geburtsverarbeitung in den Ergebnissen bedingt werden.

Abschließend muss somit dieses schlechtere Ergebnis bzw. ein nicht signifikant besseres Ergebnis im Vergleich zu den anderen Bindungsrepräsentationen kritisch betrachtet werden und es sollte trotz fehlender statistischer Signifikanz nicht automatisch ein besseres Erleben und Verarbeiten der Geburt durch die sichere Bindungsrepräsentation ausgeschlossen werden.

Aufgrund der bisher vorhandenen Datenlage wurde angenommen, dass Frauen mit einer **unverarbeiteten, desorganisierten** Bindung die Geburt am schlechtesten erleben und verarbeiten. Vor allem die Untersuchung von Aceti, Baglioni und Kollegen (2012) zeigte einen deutlichen Zusammenhang dieser Bindungsrepräsentation mit einer postpartalen Depression auf.

In den hier vorliegenden Daten schnitten die Frauen mit unverarbeiteter, desorganisierter Bindungsrepräsentation in den Fragebögen immer schlechter ab als die anderen Teilnehmerinnen. Die Mittelwerte und auch die Beurteilung anhand der klinischen Cut-Offs der vorliegenden Datensätze deuteten somit auf ein schlechteres Erleben und Verarbeiten der Geburt hin. Die statistischen Berechnungen konnten jedoch bei geringer Stichprobengröße nicht immer signifikante Ergebnisse im Vergleich zu den anderen Bindungsrepräsentationen liefern.

So konnte nur die Hypothese, dass Frauen mit einer unverarbeiteten, desorganisierten Bindung eine höhere Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer postpartalen Depression zwei Wochen *nach* der Geburt aufweisen, bestätigt werden. Als ein Risikofaktor für eine postpartale Depression im ersten Monat *nach* der Geburt könnte somit eine unverarbeitete, desorganisierte Bindungsrepräsentation angesehen werden.

Es zeigte sich in den vorliegenden Daten auch eine signifikante Korrelation zwischen der unverarbeiteten, desorganisierten Bindung und Anzeichen einer Depression *antepartal*.

Dies untermauert auch das Ergebnis des Reviews von Dagan und Kollegen (2018), welcher einen Zusammenhang zwischen desorganisierter Bindung und Depression im Allgemeinen aufdeckte. Die höhere Prävalenz desorganisierter Bindung in der Gruppe der Frauen mit postpartaler Depression, in der Studie von Aceti, Baglioni und Kollegen (2012), ist somit mit den Ergebnissen der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit stimmig.

Ein Zusammenhang zu einem negativen Geburtserleben kann mit den vorliegenden Daten nur tendenziell nachgewiesen werden. Die Frauen mit unverarbeiteter, desorganisierter Bindungsrepräsentation bewerteten die Geburt am schlechtesten, jedoch ist der Unterschied zu den anderen Bindungen nicht groß genug, bzw. die Stichprobe ist zu klein, um volle

statistische Signifikanz zu erlangen. Jedoch schon die Tendenz bei der vorliegenden, kleinen Stichprobe lässt die Vermutung weiterhin bestehen, dass auch ein Zusammenhang zwischen einer unverarbeiteten, desorganisierten Bindung der Frau und dem negativen Erleben der Geburt vorhanden ist.

Im Traumafragebogen zum Zeitpunkt T3 (in Bezug auf die Geburt) zeigte sich ein höherer Score bei der unverarbeiteten, desorganisierten Kategorie, welcher für eine traumatischere Verarbeitung der Geburt sprechen würde. Der Unterschied zu den anderen Bindungen war jedoch nicht statistisch signifikant. Die Hypothese, dass die unverarbeitete, desorganisierte Bindung als Risikofaktor für eine traumatische Geburtsverarbeitung angesehen werden könnte, konnte nicht auf dem Signifikanzniveau bestätigt werden. Wie schon öfters genannt, lag die ausbleibende Signifikanz wahrscheinlich an der zu geringen Stichprobengröße. Die Geburt wird als ein sehr emotionales Erlebnis beschrieben (Stadlmayr et al., 2001). Im Literaturteil (siehe 2.1.2.4 „Unverarbeitete bzw. desorganisierte Bindungsrepräsentation“) wurde schon aufgezeigt, dass bei unverarbeiteter, desorganisierter Bindungsrepräsentation die Steuerung starker Emotionen und das Einbeziehen von Erfahrung in das eigene Erleben und Verhalten problematisch ist (Grossmann & Grossmann, 2012). Eine fehlende statistische Signifikanz kann daher gegebenenfalls auch dadurch bedingt sein, dass die Emotionen der Geburt bei Frauen mit einer unverarbeiteten, desorganisierten Bindung nicht mit der Realität abgeglichen und wahrheitsgemäß in den Fragebögen wiedergegeben werden können.

Zusammenfassend kann hier gesagt werden, dass eine unverarbeitete, desorganisierte Bindung in Beziehung zu einer depressiven Verarbeitung der Geburt steht. Vermutlich ist von einem Zusammenhang zwischen einer unverarbeiteten, desorganisierten Bindungsrepräsentation und einem negativen Erleben sowie einer traumatischen Verarbeitung der Geburt auszugehen. Eine klare statistische Signifikanz vor allem in Bezug auf das Geburtserleben und auf die Ausbildung einer posttraumatischen Belastungsstörung *nach* der Geburt sollte zukünftig mit einer größeren Stichprobe bestätigt werden können.

Überraschend zeigte sich in den Daten, dass die Frauen mit einer **unsicher-distanzierten** Bindungsrepräsentation die Geburt signifikant positiver als alle anderen Bindungsrepräsentationen erlebten. Sowohl im Mittelwertvergleich, in der Korrelation als auch im Regressionsmodell zur Vorehrsgage des Geburtserlebens stellte sich ein statistisch signifikant besseres Erleben der Geburt von distanziert Gebundenen heraus.

Ob das nun der Realität entspricht oder ob nur eine bessere Schilderung des eigenen Geburtserlebens durch Frauen mit einer unsicher-distanzierten Bindungsrepräsentation vorhanden ist, ist bei vorhandener Tendenz zur Idealisierung (George et al., 1996) fraglich.

Gloge-Tippelt (2001b) und Cassidy (1988) beschrieben unsicher-distanzierte Menschen mit einer Neigung, sich selbst als stark und perfekt darzustellen. Es kann nun sein, dass bei der Beantwortung des Fragebogens zum Geburtserleben diese Charaktereigenschaft eine Verfälschung des Ergebnisses herbeiführte. So würde eine Frau mit solch einer Persönlichkeit vermutlich nicht ehrlich zugeben, dass sie während der Geburt ängstlich und erschöpft war oder Schmerzen empfunden hatte. Dies würde nicht mit einem perfekten Selbstbild zusammenpassen.

Auch würden eine Gleichgültigkeit von unsicher-distanziert Gebundenen gegenüber starken emotionalen Belastungen oder ein Verdrängen negativer Erfahrung aus dem Bewusstsein (Gloge-Tippelt, 2001b) sowie der Hang dazu, sich Schlechtes nicht einzugehen (Kobak & Sceery, 1988), diese Theorie unterstützen.

Somit ist nicht sicher zu sagen, ob die Teilnehmerinnen mit einer unsicher-distanzierten Bindungsrepräsentation wirklich die Geburt besser erlebten als die anderen Teilnehmerinnen oder ob sie nur positiver bzw. idealisierter davon berichteten.

In dem Depressionsfragebogen und dem Traumafragebogen war das bessere Abschneiden der distanzierten Frauen nicht mehr reproduzierbar. Ein beschönigtes Darstellen der Realität kam hier scheinbar nicht zum Tragen beziehungsweise war nicht ausgeprägt genug, um einen signifikanten Unterschied herauszuarbeiten.

Möglicherweise könnte eine Erklärung dafür sein, dass der Geburtsfragebogen retrospektiv erhoben wurde. Beim Zeitpunkt der Befragung nach dem Befinden während der Geburtssituation ist die Geburt schon ungefähr zwei Wochen zurückliegend. In dieser Zeit konnte Abstand zur Geburtssituation gewonnen werden. Die Angaben im SIL könnten dann durch die unsicher-distanzierten Frauen positiver angegeben werden, um sich selbst besser oder perfekt zu beschreiben. Beim Depressions- und Traumafragebogen wird hingegen das Empfinden der Person während der letzten Woche abgefragt. Es wird also keine zurückliegende Situation untersucht, sondern das momentane Befinden der Probandin. Eine Angleichung an das starke Selbstbild bzw. die Idealisierung des Sachverhaltes wird hier in der Momentaufnahme vielleicht nicht so sehr durchgeführt, wie bei einer rückblickenden Einschätzung einer vergangenen Situation.

6.2 Verteilung der Bindungsrepräsentation

In unserer Stichprobe stellte die sichere Bindungsrepräsentation die kleinste Gruppe dar. Die Verteilung der Bindungsrepräsentationen ist unter anderem abhängig von der verwendeten Erhebungsmethode. Bei Studien, welche das Adult Attachment Interview benutzten, zeigte sich, dass es hiermit einfacher war, eine sichere Bindungsrepräsentation zu erreichen (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009). Mit über 50 Prozent wurde im AAI eindeutig die sichere Bindung als meist verbreitete Bindungsrepräsentation herausgearbeitet. Das AAP zeigte in der Studie von George und West eine andere Verteilung der Häufigkeiten, wobei die sichere Bindungsrepräsentation am seltensten mit 17 % und die unverarbeitete, desorganisierte Bindung am häufigsten mit 36 % codiert wurde (George & West, 2012). In der vorliegenden Studie, in welcher ebenso das Adult Attachment Projektiive Picture System verwendet wurde, stellte die Gruppe der unsicher-distanzierten Bindungsrepräsentation die größte Kategorie dar und die sichere Bindungsrepräsentation war die kleinste Gruppierung. Die Verteilung der Bindungsrepräsentation dieser Stichprobe zeigte eine große Ähnlichkeit zur Studie von George und West (2012).

In der Durchsicht der demographischen Daten der Stichprobe war auffallend, dass ungefähr die Hälfte der Teilnehmerinnen Psychotherapieerfahrung hatten. Dieses häufige Auftreten einer Psychotherapieerfahrung in der vorliegenden Stichprobe liegt weit über den 15,9 % der befragten Personen einer repräsentativen Stichprobe (Groschwitz, Fegert, & Plener, 2017). So könnte es sich um eine verdeckte klinische Stichprobe gehandelt haben, welche in der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit untersucht wurde und dadurch die Verteilung der Bindungsrepräsentation bedingt sein. Auch schon die Studie von Fonagy und Kollegen (1996) zeigte in der Gruppe der psychiatrischen Patienten ein deutlich geringeres Antreffen einer sicheren Bindungsrepräsentation im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Des Weiteren könnte das geringe mengenmäßige Vorhandensein einer sicheren Bindungsrepräsentation in der Stichprobe damit zusammenhängen, dass Frauen mit einer sicheren Bindung eventuell seltener an Geburtsvorbereitungskursen teilnehmen, da sie selbstbewusster sind (Ainsworth, 1979) und eigenständig Lösungswege in stressigen Situationen gefunden werden (Grossmann & Grossmann, 2012).

Eine Ursache für ein vermehrtes Vorhandensein der unsicher-distanzierten Bindungsrepräsentation konnte nicht eruiert werden. Möglicherweise bestand auch eine unentdeckte Fehlerquelle im Rating des AAPs oder ein Durchführungsfehler, welcher für die Verteilung der Bindungsrepräsentationen verantwortlich sein könnte. Eine hohe Aussagekraft der AAP-Auswertung wurde jedoch durch „geblindete“ Doppelratings von zertifizierten Ratern

sichergestellt und durch die errechnete Inter-Rater-Reliabilität bestätigt (siehe 4.2.5 „Innere Konsistenz der Fragebögen und Inter-Rater-Reliabilität des AAPs“).

6.3 Prävalenz von negativem Geburtserleben, postpartaler Depression und posttraumatischer Belastungsstörung

Die vorliegende Studie deckte auf, dass mehr als ein Drittel der untersuchten Frauen die Geburt ihres ersten Kindes als negativ erleben. Zu betonen ist hier noch, dass es sich bei der Auswahl der Probandinnen nicht bewusst um eine klinische Stichprobe handelte. Daher war dieses Ergebnis höher als in anderen Studien, in welchen dieser Anteil ungefähr 15 % betrug (Akca et al., 2017; Spaich et al., 2013). Wie schon unter 6.2 „Verteilung der Bindungsrepräsentation“ aufgezeigt wurde, könnten die Studienteilnehmerinnen bei hohem Anteil einer Psychotherapieerfahrung eine verdeckte klinische Stichprobe darstellen und dadurch das negative Geburtserleben teilweise begründet werden.

Weitere Gründe für ein vermehrtes schlechteres Geburtserleben in dieser wissenschaftlichen Arbeit konnten nicht sicher ausfindig gemacht werden, da – wie schon in den theoretischen Grundlagen (siehe 2.2.1 „Geburtserleben“) aufgeführt – viele verschiedene Einflüsse auf die Bewertung des Geburtserlebens einwirken können.

Es können nur Vermutungen geäußert werden. Eine mögliche Erklärung für das negativeren Geburtserleben könnte im vorliegenden Studiendesign durch das zeitversetzte Erheben des SIL-Fragebogens begründet sein. Der Fragebogen zur Bewertung des Geburtserlebens wurde erst zwei Wochen *nach* der Geburt verschickt (siehe 6.8 „Einschränkungen“). Eine mögliche Folge daraus wäre der negative Retrospektionseffekt, welcher besagt, dass Erlebnisse rückblickend schlechter bewertet werden (Fahrenberg et al., 2002). So würde ein negatives Geburtserleben nach einiger Zeit noch negativer als eigentlich erlebt, dargelegt werden.

Mit 18,5 %, circa zwei Wochen, bzw. mit 9,2 %, drei bis sechs Monate *nach* der Geburt, klinisch signifikanter postpartaler Depressionen lag das untersuchte Kollektiv im selben Rahmen wie andere durchgeführte Studien (siehe 2.2.2.1 „Postpartale Depression“). Auch wenn schon häufiger in der Literatur über diese hohen Werte berichtet wurde, war es immer noch sehr eindrücklich, wie viele Mütter *nach* der Geburt ihres Kindes an depressiven Symptomen leiden. Positiv zu werten war, dass mit Verstreichen der Zeit ein Abklingen der

Depressivität festgestellt werden konnte. Diese Entwicklung sollte allen Frauen mit einer postpartalen Depression ein Hoffnungsschimmer sein.

Die Geburt als besonders einschneidendes und teilweise sehr belastendes Ereignis wurde anhand der 6,2 % der Frauen mit Zeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung klar aufgezeigt. Auch hier lag die vorliegende Studie innerhalb der in der Literatur vorbeschriebenen Prävalenzen (siehe 2.2.2.2 „Posttraumatische Belastungsstörung“). Es ist erschreckend, dass ein natürliches Ereignis im Leben vieler Frauen zu solch einem Trauma werden kann.

Die hohe Zahl von psychischen Erkrankungen *nach* dem Gebären eines Kindes sollte nicht ungesehen bleiben. Die betroffenen Frauen sollten eine gute Anbindung an ihren Frauenarzt haben, um niederschwellig schnell Unterstützung erhalten zu können. Ebenfalls sollten Angehörige, Bekannte und nahestehende Personen einer Schwangeren ein Bewusstsein dafür bekommen, dass durch die Geburt die Frau eine belastende Situation erfahren kann und wahrscheinlich von Zuwendung und Unterstützung profitieren wird. Auch könnte die Akzeptanz solcher psychischen Auffälligkeiten den Druck auf die Betroffenen senken und ihnen die Möglichkeit geben, sich öffnen und um Hilfe fragen bzw. angebotene Hilfe entgegennehmen zu können.

6.4 Psychische Vorbelastung

6.4.1 Antepartale Depression

Die vorliegende Studie konnte bestätigen, dass eine **Depression** *vor* der Geburt im Zusammenhang mit einem negativen Erleben und Verarbeiten der Geburt steht.

Frauen, welche *vorgeburtlich* Anzeichen depressiver Symptomatik zeigten, erlebten die Geburt negativer als Frauen ohne *antepartale* Depression. Der gefundene Unterschied war sehr deutlich. Auch konnte festgestellt werden, dass je depressiver die Schwangeren ihr momentanes Empfinden bewerteten, desto schlechter bewerteten sie später das Geburtserleben. Dass depressive Symptome zu einer geringeren Zufriedenheit in Bezug auf die Geburt führten, ergaben auch die Studie von Mattison und Kollegen (2018) sowie von Saisto und Kollegen (2001). Grüber und Kollegen (2017) hingegen konnten in ihrer Studie keinen Zusammenhang zum Geburtserleben herausarbeiten.

Es konnte ebenso die Hypothese bestätigt werden, dass Frauen, die *vor* der Geburt Anzeichen einer depressiven Stimmungslage aufwiesen, auch *nach* der Geburt vermehrte depressive Symptomatik zeigten. Die Prävalenz einer *postpartalen* Depression war deutlich höher in der Gruppe mit *antepartaler* Depression. Ebenso bestand eine starke positive Korrelation zwischen der Depressivität *vor* und *nach* der Geburt. Zu demselben Ergebnis kamen auch schon viele früher durchgeführte Studien (siehe 2.2.2.1 „Postpartale Depression“). Die Ergebnisse der bisherigen Literatur wurden somit durch diese Studie bestätigt.

Eine *vorgeburtliche* depressive Stimmungslage kann auch als Risikofaktor für eine traumatische Verarbeitung der Geburt angesehen werden. Vermehrt berichteten die Frauen über die Geburt als schwerwiegendes Trauma, welche Zeichen einer Depression *vor* der Geburt hatten. Die vorliegende Studie konnte auch einen gleichläufigen Zusammenhang feststellen: Je mehr Anzeichen einer depressiven Stimmungslage *antepartal*, desto mehr Zeichen einer traumatischen Verarbeitung. Dies stimmte mit der gefundenen Literatur zu diesem Thema (siehe 2.2.2.2 „Posttraumatische Belastungsstörung“) überein.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass Hypothese 4 durch diese Studie bestätigt werden konnte.

Als ergänzende Überlegung kann hier noch angefügt werden, dass eine Depression ein andauernder Prozess ist (WHO, 2016). Daher ist bei vorhandener depressiver Symptomatik *vor* der Geburt auch *nach* der Geburt mit einer ähnlichen psychischen Verfassung zu rechnen. So könnte auch die stärkere Übereinstimmung zwischen *präpartal* und *postpartal* zum Zeitpunkt T2 zu erklären sein, da hier ein kürzerer zeitlicher Abstand vorhanden ist und die *präpartal* begonnene, depressive Episode vielleicht noch andauert.

Ebenfalls kann das schlechtere Bewerten des Geburtserlebnisses darin begründet sein, dass bei einer depressiven Stimmungslage alles negativer wahrgenommen wird. Dies ist abzuleiten von den Symptomen der Freudlosigkeit und gedrückten Stimmung, welche zu den Kriterien einer Depression zählen (WHO, 2016).

6.4.2 Früher erlebtes Trauma

Neben der *antepartalen* Depression als psychische Vorbelastung kann auch ein **Trauma** in der Vorgeschichte mit einem negativen Geburtserleben und einer negativen Geburtsverarbeitung in Verbindung stehen.

Eine moderate statistisch signifikante Korrelation zwischen Zeichen einer traumatischen Vorbelastung und dem schlechteren Erleben der Geburt wird mit den Daten dieser Studie beschrieben. Je mehr Anzeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung in Bezug auf ein zurückliegendes Trauma *vor* der Geburt vorhanden waren, desto negativer wurde das Geburtserleben bewertet. Ein Zusammenhang zwischen einem negativen Geburtserleben und zurückliegender sexueller Gewalterfahrung (Henriksen, Grimsrud, Schei, & Lukasse, 2017) und häuslicher Gewalt (Smarandache, Kim, Bohr, & Tamim, 2016) wurde bereits beschrieben. Hier sollte jedoch limitierend beachtet werden, dass eine Erfahrung von sexueller bzw. häuslicher Gewalt nicht mit einer posttraumatischen Belastungsstörung gleichzusetzen sind.

Die Durchschau der Literatur zeigte einen Zusammenhang zwischen einem früheren traumatischen Erlebnis und der Ausbildung von postpartaler Depression (Verreault et al., 2014). Die Daten der vorliegenden Studie zeigten dieselbe Richtung auf, jedoch konnte eine statistische Signifikanz nur bei der Korrelationsberechnung des Zeitpunktes drei bis sechs Monate *nach* der Geburt herausgearbeitet werden. Je mehr Anzeichen für Symptome einer traumatischen Verarbeitung eines zurückliegenden Ereignisses *vor* der Geburt vorhanden waren, desto mehr Anzeichen einer Depression wurden *nach* der Geburt angegeben. Die fehlende statistische Signifikanz im Vergleich der zentralen Tendenzen könnte in der geringen Stichprobengröße begründet sein.

Die vorliegende Studie beschrieb übereinstimmend mit anderen Studien, wie der Review-Artikel von Dekel und Kollegen (2017) diskutiert, einen Zusammenhang von einem zurückliegenden Trauma zur traumatischen Verarbeitung der Geburt. Frauen mit signifikanten klinischen Zeichen einer PTBS *vor* der Geburt hatten auch anschließend häufiger Zeichen einer PTBS auf die Geburt bezogen. Es bestand auch eine positive Korrelation zwischen den Traumasymptomen *vor* und *nach* der Geburt. Hier sollte aber nochmal betont werden, dass die Symptome auf unterschiedliche Ereignisse hin untersucht wurden. Die vorgeburtliche Befragung bezog sich auf ein mögliches zurückliegendes Trauma in der Vergangenheit und die Erhebung *nach* der Geburt bezog sich ausdrücklich auf die Geburt. Als Überlegung ist hier noch anzufügen, dass frühere vorgeburtliche Traumata den unter der Geburt erlebten Stress triggern könnten. Das könnte dazu führen, dass die Erfahrungen – wie etwa Panik, Schmerzen, Ohnmacht, Ausgeliefertsein – unter der Geburt als weiteres Trauma erlebt werden.

Auch die signifikante bzw. tendenziell signifikante Korrelation einer vorhandenen Psychotherapieerfahrung mit dem Geburtserleben und mit der Geburtsverarbeitung spiegelt den negativen Zusammenhang zwischen der psychischen Vorbelastungen und der Geburt wider.

Aus diesen Erkenntnissen ist der Schluss zu ziehen, dass eine Vorbelastung mit psychischen Erkrankungen als Risikofaktor für ein negatives Geburtserleben bzw. für die Ausbildung von Symptomen einer Depression oder einer posttraumatischen Belastungsstörung *nach* der Geburt zu werten ist.

6.5 Zusammenhang zwischen Entbindungsart und Geburt

Der Zusammenhang zwischen der Entbindungsart und dem Geburtserleben der Frau wurde in der Literatur unterschiedlich beschrieben. Wie in 2.2.1 „Geburtserleben“ ausführlich dargestellt wurde, zeigte sich in einigen Studien keine Beziehung zum Erleben der Geburt und war unabhängig davon, ob die Frau vaginal, ohne oder mit Komplikationen, oder per primärer oder sekundärer Sectio das Kind gebar. Andere Untersuchungen kamen jedoch zu dem Ergebnis, dass das Geburtserleben durch die unterschiedliche Entbindungsart bedingt wird. Die Daten der vorliegenden Studie erbrachten einen Unterschied zwischen den Entbindungsarten. Bei der Gegenüberstellung von Sectio zu vaginaler Entbindung bewerteten die vaginal entbindenden Frauen die Geburt besser. Die Abstufung von vaginal ohne Komplikation, über vaginal mit Komplikation und primärer Sectio, bis zur sekundären Sectio ergab eine moderate Korrelation mit der Bewertung des Geburtserlebens.

Auch im Rahmen der Ausbildung einer postpartalen Depression herrschte unter den Forschern Uneinigkeit, wobei die Ergebnisse überwogen, dass kein Einfluss durch die Entbindungsart vorhanden sei (siehe 2.2.2.1 „Postpartale Depression“). Die vorliegende Studie konnte ebenfalls keinen signifikanten Einfluss herausarbeiten. Die Werte zeigten jedoch die Tendenz, dass bei einer Sectio mehr Anzeichen einer depressiven Geburtsverarbeitung vorhanden sein könnten, aber die Unterschiede waren nicht ausreichend groß, um statistisch signifikant zu sein. Die Hypothese, dass bei einer komplikationsreicherer Entbindung mehr Anzeichen einer Depression vorhanden sind, musste daher abgelehnt werden. Somit stimmte dieses Ergebnis mit der Mehrheit der bisher durchgeföhrten Studien zu diesem Thema überein.

Ebenso konnten die vorliegenden Daten keine Verknüpfung der Entbindungsart mit der traumatischen Verarbeitung der Geburt nachweisen. Auch hier ist die Datenlage variabel, und

so gibt es Studien, die einen Zusammenhang feststellten und Studien, die keinen Zusammenhang bestätigten (siehe 2.2.2.2 „Posttraumatische Belastungsstörung“).

Zu diesem Thema zusammenfassend ist zu sagen, dass es keine Einigkeit in der Literatur über den Einfluss der Entbindungsart gibt. Die vorliegenden Daten belegten einen Zusammenhang zum Geburtserleben, aber nicht zur Geburtsverarbeitung.

6.6 Zusammenhang zwischen Geburtserleben und Geburtsverarbeitung

Das Geburtserleben hat einen entscheidenden Einfluss auf die postpartale Entwicklung (Stadlmayr, 2001). Der Zusammenhang zwischen dem negativen Geburtserleben und der Ausbildung einer postpartalen Depression wurde im Review von Bell und Andersson (2016) beschrieben. Auch eine neuere Studie kam zu diesem Ergebnis (Rosseland et al., 2020). Die vorliegenden Daten bestätigten diese Annahme. Besonders im Zeitraum von wenigen Wochen *nach* der Geburt ergab sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen einem signifikant als negativ bewerteten Erleben der Geburt und den Anzeichen einer postpartalen Depression. Eine moderate bis starke Korrelation zeigte sich bei der Untersuchung auf Depressivität zu beiden postpartalen Zeitpunkten.

Auch die Hypothese, dass Frauen, welche die Geburt negativer erleben, vermehrt Zeichen einer traumatischen Geburtsverarbeitung zeigen, konnte bestätigt werden. Dieses Ergebnis fanden auch die Forscher um Garthus-Niegel heraus, jedoch wurde hier das Geburtserleben nur mit einer Frage erhoben und nicht – wie in der vorliegenden Studie – mit dem SIL-Fragebogen (Garthus-Niegel, Knoph, et al., 2014). Der Review von Dekel und Kollegen (2017) gab das negative Geburtserleben sogar als wichtigsten Faktor in Bezug auf die Entstehung einer PTBS *nach* einer Geburt an.

6.7 Zusammenschau der Zusammenhänge zwischen verschiedener Faktoren und Geburtserleben und -verarbeitung im Rahmen der Regressionsmodelle

Als Risikofaktoren für ein negatives Geburtserleben könnten die nicht-distanzierten Bindungsrepräsentationen, vorgeburtliche Depression und die Entbindung mittels Sectio angesehen werden. Mögliche Gründe dafür, dass die distanzierte Bindungsrepräsentation mit einem besseren Geburtserleben assoziiert ist, wurden schon zuvor unter 6.1 „Zusammenhang zwischen Bindung und Geburt“ aufgezeigt.

Für eine postpartale Depression könnten als Risikofaktoren eine unverarbeitete, desorganisierte Bindungsrepräsentation (T2), ein negatives Geburtserleben (T2 und T3), ein geringer Bildungsstand (T2), die Psychotherapieerfahrung (T3) und die *vorgeburtliche* Depression (T2 und T3) gewertet werden. Bei der Hinzunahme der *vorgeburtlichen* Depression als Risikofaktor wurde die Variable „Traumavorgeschichte“ zum Zeitpunkt T2 als Schutzfaktor dargestellt. Dies muss jedoch aufgrund der hohen Korrelation zwischen *vorgeburtlicher* Depression, *postpartaler* Depression und Traumavorgeschichte kritisch betrachtet werden und sollte als Verzerrung durch Multikollinearität eingeschätzt werden.

Für das Auftreten einer posttraumatischen Belastungsstörung *nach* der Geburt des Kindes könnten eine *vorgeburtliche* Depression und die distanzierte Bindungsrepräsentation der Frau als Risikofaktoren betrachtet werden.

Die depressive Stimmungslage *vor* der Geburt konnte somit durchgehend als Risikofaktor bewertet werden.

Die Assoziation der unsicher-distanzierten Bindung mit einer traumatischen Geburtsverarbeitung konnte zuvor in der Studie von Ayers und Kollegen herausgearbeitet werden, welche jedoch einen Fragebogen zur Ermittlung des Bindungsstils verwendeten (Ayers et al., 2014 Parfitt, & Ford, 2014). Mit den nun vorliegenden Daten könnte die unsicher-distanzierte Bindungsrepräsentation auf der Grundlage des AAP in Kombination mit *vorgeburtlicher* Depression als Risikofaktor für die Entwicklung von Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung *nach* der Geburt angesehen werden.

Jedoch konnte dies nicht mit den anderen Ergebnissen (siehe 5.4.4 „Zusammenhang zwischen Bindung und Geburtsverarbeitung: Traumatische Verarbeitung“) bestätigt werden. Daher ist das Ergebnis der Regressionsanalyse am ehesten so zu interpretieren, dass die vorhandene *vorgeburtliche* Depression als Moderator zwischen der distanzierten Bindung und der traumatischen Geburtsverarbeitung agiert.

6.8 Einschränkungen

Einschränkend ist festzustellen, dass in der vorliegenden Studie nicht das Adult Attachment Interview, welches als beste Methode (George & West, 2012) zur Erhebung der Bindungsrepräsentation gilt, verwendet wurde. Aufgrund ressourcengebundener Gegebenheiten wurde auf das Adult Attachment Projective Picture System zurückgegriffen. Das AAP kann jedoch auch als ein valides Messinstrument angesehen werden, welches durch die effiziente Durchführung in der Praxis gut anzuwenden ist (Buchheim et al., 2014).

Ebenfalls spielte, wie schon erwähnt, die kleine Stichprobengröße eine Rolle, dass die statistische Signifikanz trotz richtungsweisender Tendenz der Ergebnisse oftmals nicht nachgewiesen werden konnte. Unterschiede im Vergleich der verschiedenen Gruppierungen müssen bei geringerer Teilnehmerzahl größer ausfallen, damit die Berechnungen signifikant sind. In der Gesamtschau gilt eine Stichprobengröße von 65 nicht unbedingt als zu klein, jedoch bei der Aufteilung in die einzelnen Bindungsgruppierungen ist eine Gruppengröße von nur 15 zu klein, um in vielen Vergleichen eine Signifikanz aufzuzeigen. Ebenso wurde aufgrund der kleinen Stichprobe nur eine dichotome Gegenüberstellung der Bindung analysiert und nicht die vier verschiedenen Bindungsrepräsentationen.

Der Rückschluss von dieser Stichprobe auf die Allgemeinheit sollte kritisch hinterfragt werden, da unbeabsichtigt eine Selektion stattgefunden haben muss. In der vorliegenden Stichprobe hatten fast 75 % einen Hochschulabschluss, was für eine überdurchschnittliche Bildung der Studienteilnehmerinnen sprach. In der Gesamtbevölkerung Deutschlands hatten laut Untersuchung des Statistischen Bundesamts von 2017 nur 17,7 % einen Hochschulabschluss (Zusammenfassung von Bachelor, Master, Diplom, Promotion) (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019). Ebenfalls hatten fast 50 % der Frauen eine Psychotherapieerfahrung. Wie schon unter 6.2 „Verteilung der Bindungsrepräsentation“ erwähnt, lässt dieser hohe Anteil an Teilnehmerinnen mit Psychotherapieerfahrung eine verdeckte klinische Stichprobe vermuten. Die daraus resultierende Möglichkeit der Einflussnahme auf die berechneten Daten wird durch die signifikanten bzw. tendenziell signifikanten korrelativen Zusammenhänge der Psychotherapieerfahrung zu allen interessierenden Fragebögen deutlich.

In dem Studiendesign der vorliegenden Arbeit wurden Fragebögen *vor* der Geburt und *nach* der Geburt angewendet. Eine Fehlerquelle könnte hier darin liegen, dass bei der wiederholten Anwendung des gleichen Fragebogens zu unterschiedlichen Zeitpunkten ähnliche Ergebnisse von den Teilnehmerinnen wiedergegeben werden könnten. In dieser Studie betrifft dies den Depressions- und den Traumafragebogen und demzufolge die Schlussfolgerungen von Zeichen *vorgeburtlicher* Depression bzw. PTBS auf die Zeichen *nachgeburtlicher* Depression bzw. traumatischer Geburtsverarbeitung.

Der Fragebogen zum Geburtserleben wurde in der vorliegenden Arbeit jeweils erst zwei Wochen *nach* der Geburt den Frauen zugeschickt und ausgefüllt. Diese Verzögerung von zwei Wochen könnte dazu führen, dass die Mütter kurz nach der Geburt andere Angaben zu

dem zurückliegenden Ereignis gemacht hätten. Hier könnte die Verzerrung der wahrheitsgetreuen Ergebnisse durch den Retrospektionseffekt (siehe auch 6.3 „Prävalenz von negativem Geburtserleben, postpartaler Depression und posttraumatischer Belastungsstörung“) begründet werden, welcher besagt, dass die Bewertung einer bestimmten Begebenheit in der Zurückschau nach einiger Zeit besser oder schlechter ausfällt (Fahrenberg et al., 2002). Auch eine gewisse Distanz zu dem Ereignis und damit eine kritischere Einschätzung und Angleichung an die soziale Erwünschtheit (Strack, 1994) könnte als Fehlerquelle angesehen werden, welche sich aus der zeitlich versetzten Beantwortung ergibt. Um diese Fehlerquelle zu umgehen, wäre es besser, in zukünftigen Studien den SIL-Fragebogen noch während des Krankenhausaufenthalts direkt *nach* der Entbindung ausfüllen zu lassen.

Bei Fragebogen-Untersuchungen ist man immer auf die ehrliche Beantwortung der Fragen durch die Probanden angewiesen. Leider kann man hier nur an das ehrliche und zuverlässige Ausfüllen der Fragebögen appellieren, jedoch kann nicht nachkontrolliert werden, ob die gegebenen Antworten wirklich der Wahrheit entsprechen.

Eine weitere mögliche Limitation könnte darin liegen, dass die Anwendung von Selbsteinschätzungsfragebögen zur Beurteilung des Geburtserlebens, der Depressivität und der traumatischen Verarbeitung derselben Forschungsmethode entsprach. Durch diese Gegebenheit könnten höhere Korrelationen zwischen den Fragebögen die Ergebnisse verfälschen.

Auch könnten Verzerrungen durch die angewendeten statistischen Mittel erklärt werden. Die in dieser Studie angewandte multiple Imputation von Daten hat sowohl Vor- als auch Nachteile (Lüdtke, Robitzsch, Trautwein, & Köller, 2007; Spratt et al., 2010; Sterne et al., 2009). Durch dieses Verfahren können Datensätze mit nur wenigen fehlenden Daten vervollständigt werden und eine größere Stichprobe kann erreicht werden. Dadurch gehen diese wichtigen Informationen nicht verloren. Auf der anderen Seite werden allerdings die Daten verfälscht, da nur eine Schätzung der fehlenden Daten stattfinden kann. Der beste Weg wäre, wenn von jedem Probanden alle Daten vollständig vorhanden wären. Öfters kam es in dieser Studie vor, dass in einem Fragebogen ein oder zwei Items nicht beantwortet wurden. In zukünftigen Untersuchungen mit Fragebögen könnte gleich bei Erhalt der Antwortbögen eine Kontrolle auf Vollständigkeit erfolgen. Dadurch würde diese Fehlerquelle ausgeschaltet werden können.

Die Ergebnisse der multiplen Regressionen müssen kritisch betrachtet werden, da die strikte Einhaltung der vielen verschiedenen Voraussetzungen dieser Methodik bei einer großen Anzahl an Prädiktoren nur einigermaßen berücksichtigt werden konnte. Jedoch bewegte sich dieses Problem laut der hinzugezogenen Statistikerin in einem tolerablen Maß.

Abschließend sollte einschränkend noch erwähnt werden, dass es nicht vollständig möglich war, alle Einflüsse zu beachten und in die Berechnungen mit aufzunehmen. Wie unter 2.2 „Geburt“ aufgezeigt wurde, ist bereits eine Vielzahl an Risikofaktoren für ein negatives Geburtserleben und -verarbeiten bekannt. Jede dieser Variablen könnte unentdeckt das Ergebnis beeinflusst haben. So wurde beispielsweise außer Acht gelassen, dass insgesamt vier Frauen eine Frühgeburt hatten, welche als zusätzlicher Stressor angesehen werden kann (Bener, 2013). Ebenfalls konnte nicht auf alle signifikanten Ergebnisse und deren Beeinflussungsmöglichkeiten eingegangen werden, da sonst der Rahmen dieser Arbeit gesprengt worden wäre. Hier kann als Beispiel die signifikante Korrelation einer Alleinerziehenden mit einem höheren Risiko einer traumatischen Geburtsverarbeitung angeführt werden (siehe 5.3 „Korrelative Zusammenhänge demographischer Daten mit interessierenden Fragebögen“). Ein Zusammenhang zur mangelnden sozialen Unterstützung wurde unter anderem bereits von Verreault und Kollegen (2012) aufgezeigt.

6.9 Schlussfolgerung, praktische Konsequenzen und Ausblick

Mithilfe der Ergebnisse der vorliegenden Studie sollte eine Möglichkeit gefunden werden, um Gründe für ein negatives Geburtserleben und eine psychisch belastende Verarbeitung der Geburt zu verstehen.

Als Frau, welche selbst einmal Kinder bekommen möchte, finde ich es sehr erschreckend, wie häufig psychische Belastungen *nach* der Geburt auftreten. Daher sehe ich es als sehr wichtig an, dass nach Möglichkeiten gesucht wird, um die Prävalenz zu verringern. Jedoch kann ein Problem häufig erst behoben werden, wenn die Ursachen für das Auftreten bekannt sind.

Der negative Zusammenhang einer *vorgeburtlichen* Depression zum Geburtserleben und zur -verarbeitung zeigte sich in den vorliegenden Daten übergreifend. Eine Depression in der Schwangerschaft (Rossen et al., 2016) als auch *postpartal* (Moehler, Brunner, Wiebel, Reck,

& Resch, 2006) wirkt sich auch negativ auf die Mutter-Kind-Bindung in der frühen *postnatalen* Zeit aus. Wie im Theorieteil (siehe 2.1.1 „Grundlagen, Entstehung von Bindung“) schon ausführlich dargestellt wurde, ist diese Zeit jedoch besonders wichtig als Grundstein für die Entwicklung einer sicheren Bindung des Kindes. Auch längerfristige negative Auswirkungen einer maternalen Depression auf die Mutter-Kind-Interaktion, die Bindungsentwicklung und die psychische Entwicklung beim Kind wurden beschrieben (L. Murray, 1992; L. Murray et al., 2011).

Daher sollte diesem Aspekt in der Schwangerschaft besondere Beachtung geschenkt werden, um den Frauen eine psychotherapeutische Intervention und gezielte Unterstützung zukommen zu lassen. Ein Screening auf Depressivität ist mithilfe des EPDS schnell und unkompliziert möglich und könnte beispielsweise bei den Routine-Vorsorgeuntersuchungen der Schwangeren beim Frauenarzt erfolgen. Ein auffälliges Ergebnis könnte Anlass zum ausführlichen Gespräch sein. Durch die Qualifizierung zur psychosomatischen Grundversorgung, welche die Gynäkologinnen und Gynäkologen in Deutschland mittels eines Kurses erlangt haben, können diese sensibilisiert auf psychische Auffälligkeiten der Schwangeren reagieren und eine mögliche Interventionsnotwendigkeit feststellen.

So kann noch *vor* der Geburt gehandelt werden und präventiv die Frau in ihrer psychischen Verfassung gestärkt werden. Auch im Anschluss an die Geburt können die Frauenärzte ihren Patientinnen bei Auftreten von depressiven Symptomen oder Anzeichen einer traumatischen Geburtsverarbeitung unterstützend zur Seite stehen und möglicherweise den Zugang zu zusätzlich notwendigen Hilfsangeboten ermöglichen. Zudem können im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen der Babys die Kinderärzte den seelischen Gemütszustand der Mutter erfassen und dementsprechende Unterstützung für die Familie in die Wege leiten. Eine frühzeitige Therapie könnte eine Aufarbeitung einer möglicherweise traumatischen Geburt und dadurch die Überwindung der Angst der Frau ermöglichen. Ebenfalls könnte sie schützend wirken, um einem erneuten Auftreten und möglicherweise Verstärken von Panik bzw. psychischen Komplikationen bei einer weiteren Schwangerschaft und Geburt vorzubeugen.

Das zentrale Ziel dieser Untersuchung war den Zusammenhang zwischen der Bindungsrepräsentation und dem Umgang mit einem einschneidenden Erlebnis, wie der Geburt des ersten Kindes, aufzuzeigen. Leider konnte nicht immer ein signifikantes Ergebnis in dieser Untersuchung herausgearbeitet werden. Aber auch die Tendenz, dass eine Verknüpfung zwischen der Bindung und dem Geburtserleben bzw. der -verarbeitung vorhanden ist, verdeutlicht die Wichtigkeit der Mitbeachtung dieser Thematik bei werdenden Müttern. Zukünftige

Studien könnten die hier aufgezeigten Aspekte aufgreifen und mit einer größeren Stichprobe mehr über den Zusammenhang zwischen Bindung und Geburt herausfinden sowie diesen Zusammenhang statistisch signifikant begründen.

Trotz der oben genannten Einschränkungen leistet diese Studie auch einen Beitrag zum Verständnis des Zusammenhangs zwischen der Bindungsrepräsentation und der Bewältigung der Geburt des eigenen Kindes. Besonders zu betonen ist, dass in dieser Untersuchung die Bindungsrepräsentation mittels eines validierten Interviewverfahrens, dem AAP, erhoben wurde und im Zusammenhang zur Geburt betrachtet wurde.

Je besser die Informationslage zu dieser Thematik ist, desto besser können werdende Mütter auf die Entbindung vorbereitet werden und anschließend bestmöglich unterstützt werden. Auch kann so die Wichtigkeit einer fürsorglichen Betreuung des Kindes betont werden, um zur Entwicklung einer sicheren Bindungsrepräsentation beizutragen. Vor allem Frauen mit einer unverarbeiteten, desorganisierten Bindung könnten aufgrund des schlechteren Abschneidens in den Fragebögen positiv durch eine adäquate Unterstützung profitieren. Ein Screening im Rahmen von gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen bezüglich der Bindungsrepräsentation der Frau ist momentan in der Praxis kaum umsetzbar. Jedoch können den Frauenärzten im Rahmen der Weiterbildung zur psychosomatischen Grundversorgung die Grundzüge der Bindungstheorie aufgezeigt und so ein Bewusstsein dafür vermittelt werden. Das langfristige Ziel, welches sich daraus ableitet, ist Marker oder Screeningmethoden zu entwickeln, mit welchen die gefährdeten Frauen gezielt *vor* der Entbindung entdeckt und mit Hilfestellungen unterstützt werden könnten.

Eine Möglichkeit zur Unterstützung der Mütter könnte im Rahmen des SAFE® Programms (Brisch, 2012) erfolgen. Die Evaluation von SAFE® (Brisch et al., 2017) zeigte, dass, im Gegensatz zur Kontrollgruppe, die Teilnehmerinnen des SAFE® Programms trotz Depression und Traumaerfahrung feinfühlige, sichere Interaktionen mit ihrem Kind, beispielsweise beim Wickeln oder Füttern, herstellen konnten. Dadurch kann die psychische Entwicklung des Babys positiv beeinflusst werden.

Das Ereignis „Geburt“ sollte sich nicht als ein negatives persönliches Erlebnis in den Köpfen der jungen Mütter festsetzen und eine unsichere Mutter-Kind-Beziehung bedingen, sondern das überwältigende Gefühl und die Freude an der Entstehung neuen Lebens sollte überwiegen.

Im Umkehrschluss sollte bei der Therapie von *antepartaler* und *postpartaler* Depression oder geburtsbedingter posttraumatischer Belastungsstörung die Beachtung der Bindung in das Therapiiekonzept miteinfließen. Möglicherweise eröffnet dies Fortschritte in der Therapie der *antepartalen* und *postpartalen* psychischen Krankheiten und ermöglicht eine gezieltere Intervention im psychotherapeutischen Setting, beispielsweise im Rahmen einer Bindungs-therapie.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind eine Ergänzung zu dem bisherigen Wissen über die Reichweite der Beeinflussung des Lebens durch die Bindungsrepräsentation des Individuums. Auch der Erfahrungsschatz in Bezug auf die vielfältigen verschiedenen Einflussvariablen auf das Geburtserleben und die Geburtsverarbeitung konnte durch die vorliegende Studie erweitert werden.

7 Zusammenfassung

Es war das Ziel der vorliegenden Arbeit, den Zusammenhang zwischen der Bindungsrepräsentation und dem Erleben bzw. der Verarbeitung der Geburt sowie weitere Einflussfaktoren herauszuarbeiten.

Die Bindungstheorie, welche von John Bowlby beschrieben wurde, hat einen Einfluss auf die Emotionen, die Kognitionen und das Verhalten eines Menschen. Die Bindung entwickelt sich in der frühen Kindheit und überdauert das gesamte Leben. Abhängig von den Erfahrungen des Kindes mit seiner Bindungsperson bilden sich unterschiedliche internale Modelle über das Selbst und über die Interaktion mit anderen Personen, welche sich in der Bindungsrepräsentation einer Person widerspiegeln. Es werden im Erwachsenenalter vier verschiedene Bindungsrepräsentationen – „sicher“, „unsicher-distanziert“, „unsicher-präokkupiert“ und „unverarbeitet bzw. desorganisiert“ – unterschieden.

Das Ereignis „Geburt“ wurde in dieser Untersuchung in das Geburtserleben der Frau und in die Geburtsverarbeitung gegliedert. Viele verschiedene Einflussfaktoren sind bereits bekannt, welche das Geburtserleben der Frau positiv (z. B. Beistand während der Geburt oder Beteiligung an der Entscheidungsfindung) oder negativ (z. B. starke Schmerzwahrnehmung oder Gefühl von Kontrollverlust) beeinflussen. Die Verarbeitung der Geburt wurde in die Ausbildung einer postpartalen Depression und einer posttraumatischen Belastungsstörung unterteilt. Eine postpartale Depression äußert sich im Auftreten von depressiven Symptomen in den Wochen *nach* der Geburt und tritt mit einer Prävalenz zwischen 6 und 23 Prozent auf. Es wurden viele Risikofaktoren (z. B. psychische Erkrankungen in der Vorgeschichte, körperliche Komplikationen oder fehlende soziale Unterstützung) in der Literatur beschrieben. Ein bis sieben Prozent der Frauen entwickeln eine posttraumatische Belastungsstörung *nach* einer Geburt, welche sich durch Symptome von Intrusion und Vermeidung zeigt. Eine Vielzahl von Einflüssen (z. B. früher erlebtes Trauma, negatives Geburtserleben oder mangelnde Unterstützung während der Geburt und postpartal) erhöhen die Auftretenswahrscheinlichkeit.

In dieser Studie wurde nun untersucht, ob die Bindungsrepräsentation der Frau im Zusammenhang mit dem Erleben der Geburt oder dem Ausbilden einer postpartalen Depression oder einer posttraumatischen Belastungsstörung *nach* der Geburt steht. Ebenfalls wurden

eine psychische Belastung *vor* der Geburt oder die Entbindungsart als Einflussfaktoren beleuchtet.

Die Stichprobe umfasste 65 Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe der SAFE®-Evaluationsstudie, einer randomisierten, prospektiven Studie der Abteilung Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie am Dr. von Haunerschen Kinderspital des Universitätsklinikums der Ludwig-Maximilians-Universität München. Die Datenerhebung erfolgte an drei Zeitpunkten: *vor* der Geburt und zwei Wochen bzw. drei bis sechs Monate *nach* der Geburt. Mit Hilfe der halbstrukturierten Adult-Attachment-Projective-Picture-Test-Methode (AAP) wurde die Bindungsrepräsentation der Frauen anhand von Bildbeschreibungen identifiziert. Zur Erhebung des Geburtserlebens wurde der SIL-Fragebogen verwendet. Die depressive Symptomatik wurde mit dem EPDS-Fragebogen erfasst und die traumatische Verarbeitung anhand des IES-Fragebogens aufgedeckt.

Die Auswertung der AAPs erbrachte bei 17 % der Teilnehmerinnen eine sichere Bindungsrepräsentation. 40 % waren unsicher-distanziert und 20 % unsicher-präokkupiert gebunden. Eine unverarbeitete bzw. desorganisierte Bindungsrepräsentation wurde bei 23 % der Frauen detektiert.

37 % der Probandinnen gaben ein negatives Geburtserleben an. Die Prävalenz einer postpartalen Depression lag zwischen 18,5 % (zwei Wochen *nach* der Geburt) und 9,2 % (3 - 6 Monate *nach* der Geburt). Anzeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung *nach* der Geburt hatten 6,2 % der teilnehmenden Frauen.

Mit den Daten der vorliegenden Studie konnte die Hypothese nicht bestätigt werden, dass sicher gebundene Frauen die Geburt positiver erlebten und weniger Zeichen einer depressiven Stimmungslage oder einer traumatischen Verarbeitung *nach* der Geburt aufwiesen. Eine desorganisierte Bindungsrepräsentation könnte als Risikofaktor für die Ausbildung einer postpartalen Depression zwei Wochen *nach* der Geburt angesehen werden. Überraschenderweise ergab sich ein signifikant besseres Geburtserleben bei Frauen mit einer unsicher-distanzierten Bindungsrepräsentation. Ein Zusammenhang zwischen der Bindungsrepräsentation der Teilnehmerin und Anzeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung *nach* der Geburt konnte nicht aufgezeigt werden.

Neben der Variable „Bindung“ wurden weitere Einflussfaktoren untersucht. Bei Betrachtung der Art der Entbindung zeigte sich nur ein Zusammenhang zum Erleben der Geburt, nicht jedoch zur Geburtsverarbeitung.

So konnte ein signifikant besseres Geburtserleben bei einer vaginalen komplikationslosen Entbindung im Vergleich zu anderen Entbindungsarten und bei einer unsicher-distanzierten Bindungsrepräsentation herausgearbeitet werden. Sowohl eine *vorgeburtliche* Depression als auch ein früher erlebtes Trauma standen im Zusammenhang mit einem schlechteren Geburtserleben.

Eine erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit für eine *postpartale* Depression zeigte sich – zusätzlich zu einer desorganisierten Bindung – ebenfalls bei einem negativen Geburtserleben sowie bei psychischer Vorbelastung (*antepartale* Depression und zurückliegendes Trauma). Auch bei der traumatischen Geburtsverarbeitung könnten eine *vorgeburtliche* Depression, ein früher erlebtes Trauma sowie ein negatives Geburtserleben als Risikofaktoren gewertet werden.

Das Ausbleiben eines signifikant besseren Geburtserlebens und -verarbeitens bei Frauen mit einer sicheren Bindung könnte in der ehrlicheren und selbstkritischeren Beantwortung der Fragebögen begründet sein. Trotz richtungsweisender Tendenz der Ergebnisse blieb eine statistische Signifikanz bei der Gegenüberstellung der einzelnen Bindungsgruppierungen, vor allem auch in Bezug auf die unverarbeitete, desorganisierte Bindung – oftmals vermutlich aufgrund der kleinen Stichprobengröße – aus. Als weitere Einschränkung, neben der geringen Größe der Stichprobe, sollte zudem die Repräsentativität der Stichprobe bei einem überdurchschnittlichen Anteil an Frauen mit Psychotherapieerfahrung und einer überdurchschnittlichen schulischen Bildung kritisch hinterfragt werden.

In Zukunft sollte dem psychischen Befinden und der Bindung der Frau vor, während und nach der Geburt ihres Kindes Aufmerksamkeit geschenkt werden, um frühzeitig Unterstützung und gegebenenfalls professionelle Hilfestellung anbieten zu können. So könnte vermutlich die seelische Entwicklung der Frau und des Neugeborenen positiv beeinflusst werden.

Literaturverzeichnis

- Aceti, F., Aveni, F., Baglioni, V., Carluccio, G., Colosimo, D., Giacchetti, N., . . . Zaccagni, M. (2012). Perinatal and postpartum depression: from attachment to personality. A pilot study. *Journal of Psychopathology*, 18, 328-334.
- Aceti, F., Baglioni, V., Ciolfi, P., De Bei, F., Di Lorenzo, F., Ferracuti, S., . . . Williams, R. (2012). Maternal attachment patterns and personality in post partum depression. *Riv Psichiatr*, 47(3), 214-220.
- Ainsworth, M. D. (1979). Infant--mother attachment. *Am Psychol*, 34(10), 932-937.
- Ainsworth, M. D. (1985). Patterns of infant-mother attachments: antecedents and effects on development. *Bull N Y Acad Med*, 61(9), 771-791.
- Ainsworth, M. D., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Dev*, 41(1), 49-67.
- Akca, A., Corbacioglu Esmer, A., Ozyurek, E. S., Aydin, A., Korkmaz, N., Gorgen, H., & Akbayir, O. (2017). The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. *Arch Gynecol Obstet*, 295(5), 1127-1133. doi:10.1007/s00404-017-4345-5
- Ångerud, K., Annerbäck, E. M., Tydén, T., Boddeti, S., & Kristiansson, P. (2018). Adverse childhood experiences and depressive symptomatology among pregnant women. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 97(6), 701-708. doi:doi:10.1111/aogs.13327
- Ayers, S. (2004). Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clin Obstet Gynecol*, 47(3), 552-567.
- Ayers, S., Harris, R., Sawyer, A., Parfitt, Y., & Ford, E. (2009). Posttraumatic stress disorder after childbirth: analysis of symptom presentation and sampling. *J Affect Disord*, 119(1-3), 200-204. doi:10.1016/j.jad.2009.02.029
- Ayers, S., Jessop, D., Pike, A., Parfitt, Y., & Ford, E. (2014). The role of adult attachment style, birth intervention and support in posttraumatic stress after childbirth: a prospective study. *J Affect Disord*, 155, 295-298. doi:10.1016/j.jad.2013.10.022
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attach Hum Dev*, 11(3), 223-263. doi:10.1080/14616730902814762
- Bell, A., & Andersson, E. (2016). *The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review* (Vol. 39).
- Bener, A. (2013). Psychological distress among postpartum mothers of preterm infants and associated factors: a neglected public health problem. *Braz J Psychiatry*, 35(3), 231-236. doi:10.1590/1516-4446-2012-0821
- Benoit, M., Bouthillier, D., Moss, E., Rousseau, C., & Brunet, A. (2010). Emotion regulation strategies as mediators of the association between level of attachment security and PTSD symptoms following trauma in adulthood. *Anxiety Stress Coping*, 23(1), 101-118. doi:10.1080/10615800802638279
- Blom, E. A., Jansen, P. W., Verhulst, F. C., Hofman, A., Raat, H., Jaddoe, V. W., . . . Tiemeier, H. (2010). Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. *BJOG*, 117(11), 1390-1398. doi:10.1111/j.1471-0528.2010.02660.x
- Bowlby, J. (2006). *Bindung*. München [u.a.]: Reinhardt.
- Bowlby, J. (2014). *Bindung als sichere Basis* (A. Hillig, Trans.). München [u.a.]: Reinhardt.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Dev Psychol*, 28(5), 759-775. doi:10.1037/0012-1649.28.5.759
- Bretherton, I. (2002). Konstrukt des inneren Arbeitsmodells: Bindungsbeziehungen und Bindungsrepräsentationen in der frühen Kindheit und im Vorschulalter. In K. H. Brisch (Ed.), *Bindung und seelische Entwicklungswege: Grundlagen, Prävention und klinische Praxis*: Klett-Cotta.
- Brisch, K. H. (2012). *SAFE: sichere Ausbildung für Eltern; sichere Bindung zwischen Eltern und Kind; für Schwangerschaft und erste Lebensjahre* (4. Aufl. ed.). Stuttgart: Klett-Cotta.

- Brisch, K. H., Landers, S., Trost, K., Quehenberger, J., Forstner, B., Walter, I., & Beck, A. (2017). SAFE Sichere Ausbildung für Eltern. In *Klinikum der LMU München, Dr. von Haunersches Kinderspital, Abteilung Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie* (2 ed.). München: Karl Heinz Brisch.
- Buchheim, A., Gander, M., & Juen, F. (2014). Klinische Bindungsforschung mit dem Adult Attachment Projective Picture System: Methodik, klinische Anwendung und Perspektiven. *Psychotherapie Forum*, 19(2), 42-49. doi:10.1007/s00729-014-0011-6
- Bürmann genannt Siggemann, C., Klärs, G., Möhrke, B., Ernst, C., Rüweler, M., Kolip, P., & Hornberg, C. (2014). Postpartale Depression - tabuisiert, unterschätzt und unversorgt. *Faktenblatt des Kompetenzzentrums Frauen und Gesundheit NRW*.
- Cassidy, J. (1988). Child-mother attachment and the self in six-year-olds. *Child Dev*, 59(1), 121-134.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd. In: Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychol Bull*, 112(1), 155-159.
- Corwin, E. J., Murray-Kolb, L. E., & Beard, J. L. (2003). Low hemoglobin level is a risk factor for postpartum depression. *J Nutr*, 133(12), 4139-4142.
- Costa-Martins, J. M., Pereira, M., Martins, H., Moura-Ramos, M., Coelho, R., & Tavares, J. (2014a). Attachment styles, pain, and the consumption of analgesics during labor: a prospective observational study. *J Pain*, 15(3), 304-311. doi:10.1016/j.jpain.2013.12.004
- Costa-Martins, J. M., Pereira, M., Martins, H., Moura-Ramos, M., Coelho, R., & Tavares, J. (2014b). The role of maternal attachment in the experience of labor pain: a prospective study. *Psychosom Med*, 76(3), 221-228. doi:10.1097/psy.0000000000000040
- Costa Martins, J. M., Silva, C. F., Pereira, M., Martins, H., Oliveira, C., Puga, A., . . . Tavares, J. (2014). Women's Attachment as a Predictor of Pain During Labour and Post-Delivery: a Prospective Observational Study. *Acta Med Port*, 27(6), 692-699.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, 150, 782-786.
- Creedy, D. K., Shochet, I. M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*, 27(2), 104-111.
- Czarnocka, J., & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Br J Clin Psychol*, 39 (Pt 1), 35-51.
- Dagan, O., Facompré, C. R., & Bernard, K. (2018). Adult attachment representations and depressive symptoms: A meta-analysis. *J Affect Disord*, 236, 274-290. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.091>
- Dekel, S., Stuebe, C., & Dishy, G. (2017). Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Front Psychol*, 8, 560. doi:10.3389/fpsyg.2017.00560
- Eastwood, J. G., Jalaludin, B. B., Kemp, L. A., Phung, H. N., & Barnett, B. E. (2012). Relationship of postnatal depressive symptoms to infant temperament, maternal expectations, social support and other potential risk factors: findings from a large Australian cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12, 148. doi:10.1186/1471-2393-12-148
- Eisenach, J. C., Pan, P. H., Smiley, R., Lavand'homme, P., Landau, R., & Houle, T. T. (2008). Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain*, 140(1), 87-94. doi:10.1016/j.pain.2008.07.011
- Fahrenberg, J., Bolkenius, K., Maier, S., Schmidt, M., Foerster, F., Hüttner, P., . . . Leonhart, R. (2002). Evaluation des negativen Retrospektionseffektes: Untersuchungen mit MONITOR. *Forschungsbericht, Psychologisches Institut, Universität Freiburg, Band: 156*.
- Fenaroli, V., Molgora, S., Dodaro, S., Svelato, A., Gesi, L., Molidoro, G., . . . Ragusa, A. (2019). The childbirth experience: obstetric and psychological predictors in Italian primiparous women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19(1), 419. doi:10.1186/s12884-019-2561-7
- Ferring, D., & Filipp, S.-H. (1994). Teststatistische Überprüfung der Impact of Event-Skala: Befunde zu Reliabilität und Stabilität. *Diagnostica*, 40(4), 344-362.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics : and sex and drugs and rock'n'roll ; [companion website]* (4. ed. ed.). Los Angeles, Calif. [u.a.]: SAGE.

- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., . . . Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*, 64(1), 22-31.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Dev Psychopathol*, 9(4), 679-700.
- Gaillard, A., Le Strat, Y., Mandelbrot, L., Keita, H., & Dubertret, C. (2014). Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res*, 215(2), 341-346. doi:10.1016/j.psychres.2013.10.003
- Garthus-Niegel, S., Ayers, S., von Soest, T., Torgersen, L., & Eberhard-Gran, M. (2014). Maintaining factors of posttraumatic stress symptoms following childbirth: A population-based, two-year follow-up study. *J Affect Disord*, 172C, 146-152. doi:10.1016/j.jad.2014.10.003
- Garthus-Niegel, S., Knoph, C., von Soest, T., Nielsen, C. S., & Eberhard-Gran, M. (2014). The Role of Labor Pain and Overall Birth Experience in the Development of Posttraumatic Stress Symptoms: A Longitudinal Cohort Study. *Birth-Issues in Perinatal Care*, 41(1), 108-115. doi:10.1111/birt.12093
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult attachment interview. Unpublished manuscript*. Department of Psychology. University of California at Berkley. Berkley.
- George, C., & West, M. (2001a). Das Erwachsenen-Bindungs-Projektiv (Adult Attachment Projective): Ein neues Messverfahren für Bindung im Erwachsenenalter. In G. Gloger-Tippelt (Ed.), *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis* (2., überarb. und erg. Aufl. ed., pp. 295-321). Bern: Huber.
- George, C., & West, M. (2001b). The development and preliminary validation of a new measure of adult attachment: the adult attachment projective. *Attach Hum Dev*, 3(1), 30-61. doi:10.1080/14616730010024771
- George, C., & West, M. (2012). *The Adult Attachment Projective Picture System: attachment theory and assessment in adults*: Guilford Press.
- Gillath, O., Sesko, A., Shaver, P., & Chun, D. (2010). *Attachment, Authenticity, and Honesty: Dispositional and Experimentally Induced Security Can Reduce Self- and Other-Deception* (Vol. 98).
- Gloger-Tippelt, G. (2001a). *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis* (2., überarb. und erg. Aufl. ed.). Bern: Huber.
- Gloger-Tippelt, G. (2001b). Unsicher-distanzierende mentale Bindungsmodelle. In G. Gloger-Tippelt (Ed.), *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis* (pp. 174-200). Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber.
- Gomille, B. (2001). Unsicher-präokkupierte mentale Bindungsmodelle. In G. Gloger-Tippelt (Ed.), *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis* (pp. 201-225). Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber.
- Groschwitz, R. C., Fegert, J. M., & Plener, P. L. (2017). Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. *Psychotherapeut*, 62(1), 12-17. doi:10.1007/s00278-016-0157-5
- Grossmann, K., & Grossmann, K. E. (2012). *Bindungen - das Gefüge psychischer Sicherheit* (5., vollst. überarb. Aufl. ed.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gürber, S., Baumeler, L., Grob, A., Surbek, D., & Stadlmayr, W. (2017). Antenatal depressive symptoms and subjective birth experience in association with postpartum depressive symptoms and acute stress reaction in mothers and fathers: A longitudinal path analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 215, 68-74. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.05.021>
- Haagen, J. F., Moerbeek, M., Olde, E., van der Hart, O., & Kleber, R. J. (2015). PTSD after childbirth: A predictive ethological model for symptom development. *J Affect Disord*, 185, 135-143. doi:10.1016/j.jad.2015.06.049
- Härtl, K., Müller, M., & Friese, K. (2006). Wochenbettdepression. *Der Gynäkologe*, 39(10), 813-819. doi:10.1007/s00129-006-1867-5
- Hauser, S. (2001). Trauma - Der unverarbeitete Bindungsstatus im Adult Attachment Interview. In G. Gloger-Tippelt (Ed.), *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis* (pp. 226-250). Bern; Göttingen; Seattle: Huber.

- Hemmerich, W. (2015-2019). StatistikGuru: Reliabilitätsanalyse. Version 1.96. Retrieved from <https://statistikguru.de/spss/reliabilitaetsanalyse/auswerten-und-berichten-2.html>
- Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B., & Lukasse, M. (2017). Factors related to a negative birth experience – A mixed methods study. *Midwifery*, 51, 33-39. doi:<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.004>
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord*, 80(1), 65-73. doi:[10.1016/j.jad.2003.08.004](https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.08.004)
- Herz, E. (1996). Befindlichkeitsbogen. Deutsche Version der Edinburgh Postnatal Depression Scale von Cox et al. (1987).
- Herz, E., Thoma, M., Umek, W., Gruber, K., Linzmayer, L., Walcher, W., . . . Putz, M. (1997). Nicht-psychotische postpartale Depression. [Non-Psychotic Post Partum Depression]. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 57(05), 282-288. doi:[10.1055/s-2007-1023083](https://doi.org/10.1055/s-2007-1023083)
- Hiltunen, P., Raudaskoski, T., Ebeling, H., & Moilanen, I. (2004). Does pain relief during delivery decrease the risk of postnatal depression? *Acta Obstet Gynecol Scand*, 83(3), 257-261.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med*, 41(3), 209-218.
- Hütter, B., & Fischer, G. (1997). *Clinimetric evaluation of the German version of the Impact of Event Scale*. Paper presented at the 2nd European Conference on Traumatic Stress.
- Ikeda, M., Hayashi, M., & Kamibeppu, K. (2014). The relationship between attachment style and postpartum depression. *Attach Hum Dev*, 16(6), 557-572. doi:[10.1080/14616734.2014.941884](https://doi.org/10.1080/14616734.2014.941884)
- Iles, J., Slade, P., & Spiby, H. (2011). Posttraumatic stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: the role of partner support and attachment. *J Anxiety Disord*, 25(4), 520-530. doi:[10.1016/j.janxdis.2010.12.006](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.12.006)
- Johnstone, S. J., Boyce, P. M., Hickey, A. R., Morris-Yatees, A. D., & Harris, M. G. (2001). Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust N Z J Psychiatry*, 35(1), 69-74.
- Kim, T. H., Connolly, J. A., & Tamim, H. (2014). The effect of social support around pregnancy on postpartum depression among Canadian teen mothers and adult mothers in the maternity experiences survey. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14, 162. doi:[10.1186/1471-2393-14-162](https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-162)
- Kobak, R. R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Dev*, 59(1), 135-146.
- Koutra, K., Vassilaki, M., Georgiou, V., Koutis, A., Bitsios, P., Kogevinas, M., & Chatzi, L. (2016). Pregnancy, perinatal and postpartum complications as determinants of postpartum depression: the Rhea mother-child cohort in Crete, Greece. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(3), 244-255. doi:[10.1017/S2045796016001062](https://doi.org/10.1017/S2045796016001062)
- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8, 24. doi:[10.1186/1471-244x-8-24](https://doi.org/10.1186/1471-244x-8-24)
- Ludermir, A. B., Lewis, G., Valongueiro, S. A., de Araujo, T. V., & Araya, R. (2010). Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet*, 376(9744), 903-910. doi:[10.1016/s0140-6736\(10\)60887-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)60887-2)
- Lüdtke, O., Robitzsch, A., Trautwein, U., & Köller, O. (2007). Umgang mit fehlenden Werten in der psychologischen Forschung. *Psychologische Rundschau*, 58(2), 103-117. doi:[10.1026/0033-3042.58.2.103](https://doi.org/10.1026/0033-3042.58.2.103)
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In *Affective development in infancy*. (pp. 95-124). Westport, CT, US: Ablex Publishing.
- Masmoudi, J., Charfeddine, F., Trabelsi, S., Feki, I., Ben Ayad, B., Guermazi, M., . . . Jaoua, A. (2014). [Postpartum depression: prevalence and risk factors. A prospective Study concerning 302 Tunisian parturients]. *Tunis Med*, 92(10), 615-621.
- Mattison, C. A., Dion, M. L., Lavis, J. N., Hutton, E. K., & Wilson, M. G. (2018). Midwifery and obstetrics: Factors influencing mothers' satisfaction with the birth experience. *Birth*. doi:[10.1111/birt.12352](https://doi.org/10.1111/birt.12352)

- McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., & Tennant, C. (2005). Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *J Affect Disord*, 84(1), 15-24. doi:10.1016/j.jad.2004.05.005
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., . . . Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord*, 108(1-2), 147-157. doi:10.1016/j.jad.2007.10.014
- Moehler, E., Brunner, R., Wiebel, A., Reck, C., & Resch, F. (2006). Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Arch Womens Ment Health*, 9(5), 273-278. doi:10.1007/s00737-006-0149-5
- Murray, D., & Cox, J. L. (1990). Screening for depression during pregnancy with the edinburgh depression scale (EDDS). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8(2), 99-107. doi:10.1080/02646839008403615
- Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *J Child Psychol Psychiatry*, 33(3), 543-561. doi:10.1111/j.1469-7610.1992.tb00890.x
- Murray, L., Arteche, A., Fearon, P., Halligan, S., Goodyer, I., & Cooper, P. (2011). Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50(5), 460-470. doi:10.1016/j.jaac.2011.02.001
- Neises, M. (2012). Geburtserfahrung und Geburtserleben. In K. Weidner & J. Bartley (Eds.), *Leitfaden psychosomatische Frauenheilkunde* (pp. 363-370). Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- Noyman-Veksler, G., Herishanu-Gilutz, S., Kofman, O., Holchberg, G., & Shahar, G. (2015). Postnatal psychopathology and bonding with the infant among first-time mothers undergoing a caesarian section and vaginal delivery: sense of coherence and social support as moderators. *Psychol Health*, 30(4), 441-455. doi:10.1080/08870446.2014.977281
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37-54. doi:10.3109/09540269609037816
- Ohara, M., Okada, T., Aleksic, B., Morikawa, M., Kubota, C., Nakamura, Y., . . . Ozaki, N. (2017). Social support helps protect against perinatal bonding failure and depression among mothers: a prospective cohort study. *Scientific Reports*, 7. doi:10.1038/s41598-017-08768-3
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 129(1), 52-73.
- Parker, G. B., Hegarty, B., Paterson, A., Hadzi-Pavlovic, D., Granville-Smith, I., & Gokiert, A. (2015). Predictors of post-natal depression are shaped distinctly by the measure of 'depression'. *J Affect Disord*, 173, 239-244. doi:10.1016/j.jad.2014.10.066
- Patel, R. R., Murphy, D. J., & Peters, T. J. (2005). Operative delivery and postnatal depression: a cohort study. *BMJ*, 330(7496), 879. doi:10.1136/bmj.38376.603426.D3
- Petersen, Y., & Köhler, L. (2005). Die Bindungstheorie als Basis psychotherapeutischer Interventionen in der Terminalphase. *Forum der Psychoanalyse*, 21(3), 277-292. doi:10.1007/s00451-005-0241-x
- Polachek, I. S., Harari, L. H., Baum, M., & Strous, R. D. (2012). Postpartum post-traumatic stress disorder symptoms: the uninvited birth companion. *Isr Med Assoc J*, 14(6), 347-353.
- Reck, C., Struben, K., Backenstrass, M., Stefenelli, U., Reinig, K., Fuchs, T., . . . Mundt, C. (2008). Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 118(6), 459-468. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01264.x
- Reisz, S., Brennan, J., Jacobvitz, D., & George, C. (2019). Adult attachment and birth experience: importance of a secure base and safe haven during childbirth. *J Reprod Infant Psychol*, 37(1), 26-43. doi:10.1080/02646838.2018.1509303
- Rholes, W. S., Simpson, J. A., & Friedman, M. (2006). Avoidant attachment and the experience of parenting. *Pers Soc Psychol Bull*, 32(3), 275-285. doi:10.1177/0146167205280910
- Roisman, G. I., Holland, A., Fortuna, K., Fraley, R. C., Clausell, E., & Clarke, A. (2007). The Adult Attachment Interview and self-reports of attachment style: an empirical rapprochement. *J Pers Soc Psychol*, 92(4), 678-697. doi:10.1037/0022-3514.92.4.678
- Rosseland, L. A., Reme, S. E., Simonsen, T. B., Thoresen, M., Nielsen, C. S., & Gran, M. E. (2020). Are labor pain and birth experience associated with persistent pain and postpartum depression? A prospective cohort study. *Scand J Pain*, 20(3), 591-602. doi:10.1515/sjpain-2020-0025

- Rossen, L., Hutchinson, D., Wilson, J., Burns, L., C. A. O., Allsop, S., . . . Mattick, R. P. (2016). Predictors of postnatal mother-infant bonding: the role of antenatal bonding, maternal substance use and mental health. *Arch Womens Ment Health*, 19(4), 609-622. doi:10.1007/s00737-016-0602-z
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., & Halmesmaki, E. (2001). Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. A longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 80(1), 39-45.
- Salmon, P., & Drew, N. C. (1992). Multidimensional assessment of women's experience of childbirth: relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history. *J Psychosom Res*, 36(4), 317-327.
- Salmon, P., Miller, R., & Drew, N. C. (1990). Women's anticipation and experience of childbirth: the independence of fulfillment, unpleasantness and pain. *Br J Med Psychol*, 63 (Pt 3), 255-259.
- Schwarz, J., & Bruderer Enzler, H. (2018, 13.08.2018). Methodenberatung: Datenanalyse mit SPSS. Retrieved from https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse_spss.html
- Shakeel, N., Richardsen, K. R., Martinsen, E. W., Eberhard-Gran, M., Sløning, K., & Jenum, A. K. (2018). Physical activity in pregnancy and postpartum depressive symptoms in a multiethnic cohort. *J Affect Disord*, 236, 93-100. doi:10.1016/j.jad.2018.04.081
- Smarandache, A., Kim, T. H., Bohr, Y., & Tamim, H. (2016). Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(1), 114. doi:10.1186/s12884-016-0903-2
- Söderquist, J., Wijma, B., & Wijma, K. (2006). The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(2), 113-119. doi:10.1080/01674820600712172
- Soet, J. E., Brack, G. A., & Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30(1), 36-46.
- Spaich, S., Welzel, G., Berlit, S., Temerinac, D., Tuschi, B., Sutterlin, M., & Kehl, S. (2013). Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 170(2), 401-406. doi:10.1016/j.ejogrb.2013.07.040
- Spratt, M., Carpenter, J., Sterne, J. A., Carlin, J. B., Heron, J., Henderson, J., & Tilling, K. (2010). Strategies for multiple imputation in longitudinal studies. *Am J Epidemiol*, 172(4), 478-487. doi:10.1093/aje/kwq137
- Stadlmayr, W. (2001). Geburtserleben und Geburtsverarbeitung. Gedanken zu einem integriert-psychosomatischen Ansatz. In F. Pedrina (Ed.), *Beziehung und Entwicklung in der frühen Kindheit. Psychoanalytische Interventionen in interdisziplinären Kontexten* (pp. 167-190). Tübingen: edition diskord.
- Stadlmayr, W., Amsler, F., Lemola, S., Stein, S., Alt, M., Burgin, D., . . . Bitzer, J. (2006). Memory of childbirth in the second year: the long-term effect of a negative birth experience and its modulation by the perceived intranatal relationship with caregivers. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 27(4), 211-224.
- Stadlmayr, W., Bitzer, J., Hosli, I., Amsler, F., Leupold, J., Schwendke-Kliem, A., . . . Burgin, D. (2001). Birth as a multidimensional experience: comparison of the English- and German-language versions of Salmon's Item List. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 22(4), 205-214.
- Stadlmayr, W., Cignacco, E., Surbek, D., & Büchi, S. (2009). Screening-Instrumente zur Erfassung von Befindlichkeitsstörungen nach der Geburt. *Die Hebamme*, 22(1), 13-19.
- Stadlmayr, W., Schneider, H., Amsler, F., Burgin, D., & Bitzer, J. (2004). How do obstetric variables influence the dimensions of the birth experience as assessed by Salmon's item list (SIL-Ger)? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 115(1), 43-50. doi:10.1016/j.ejogrb.2003.12.015
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2019). Bildungsstand: Bevölkerung im Alter von 15 Jahren und mehr nach allgemeinen und beruflichen Bildungsabschlüssen nach Jahren (2017). from Statistisches Bundesamt (Destatis) <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Bildungsstand/Tabellen/bildungsabschluss.html;jsessionid=B7376EF30EC447D3B9612B3AA27E9D71.internet712>
- Sterne, J. A., White, I. R., Carlin, J. B., Spratt, M., Royston, P., Kenward, M. G., . . . Carpenter, J. R. (2009). Multiple imputation for missing data in epidemiological and clinical research: potential and pitfalls. *BMJ*, 338, b2393. doi:10.1136/bmj.b2393

- Strack, F. (1994). Zur Psychologie der standardisierten Befragung. Kognitive und kommunikative Prozesse. *Strack, Fritz : Zur Psychologie der standardisierten Befragung : kognitive und kommunikative Prozesse / Fritz Strack.* - Berlin u.a.: Springer, 1994. - VII, 158 S. . - ISBN 3-540-57813-7. - ISBN: 0-387-57813-7. - (Lehr- und Forschungstexte Psychologie ; 48).
- Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Banack, H., Dritsa, M., & Khalife, S. (2012). PTSD following childbirth: a prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *J Psychosom Res*, 73(4), 257-263. doi:10.1016/j.jpsychores.2012.07.010
- Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Dritsa, M., & Khalife, S. (2014). Rates and risk factors associated with depressive symptoms during pregnancy and with postpartum onset. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 35(3), 84-91. doi:10.3109/0167482x.2014.947953
- Weidner, K., Garthus-Niegel, S., & Junge-Hoffmeister, J. (2018). Traumatische Geburtsverläufe: Erkennen und Vermeiden. [Traumatic Birth: Recognition and Prevention]. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 222(05), 189-196. doi:10.1055/a-0641-6584
- WHO. (2016). *ICD-10: internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme; 10. Revision; WHO-Ausgabe*. In Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information im Auftr. des Bundesministeriums für Gesundheit
- Wijma, K., Soderquist, J., & Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *J Anxiety Disord*, 11(6), 587-597.
- Wirtz, M. A., & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität : Methoden zur Bestimmung und Verbesserung der Zuverlässigkeit von Einschätzungen mittels Kategoriensystemen und Ratingskalen*. Göttingen ; Bern [u.a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Ziegenhain, U. (2001). Sichere mentale Bindungsmodelle. In G. Gloer-Tippelt (Ed.), *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis* (pp. 154-173). Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber.
- Zimmermann, P. (1999). Structure and functions of internal working models of attachment and their role for emotion regulation. *Attach Hum Dev*, 1(3), 291-306. doi:10.1080/14616739900134161
- Zimmermann, P., & Iwanski, A. (2014). Bindung und Autonomie im Jugendalter. In K. H. Brisch (Ed.), *Bindung und Jugend*: Klett-Cotta.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Veranschaulichung von Hypothese 1 und 2	28
Abbildung 2: Veranschaulichung von Hypothese 3	29
Abbildung 3: Veranschaulichung von Hypothese 4	30
Abbildung 4: Veranschaulichung von Hypothese 5	30
Abbildung 5: Veranschaulichung von Hypothese 6	31
Abbildung 6: Zeitlicher Verlauf der Studie	35
Abbildung 7: Gesamtmodell.....	44
Abbildung 8: Häufigkeitsverteilung der Bindungsrepräsentationen	46
Abbildung 9: Histogramm zum Summenwert des SIL	48
Abbildung 10: Boxplot für den SIL-Summenscore in Bezug auf die Bindungsrepräsentation	53
Abbildung 11: Boxplot für die EPDS T2 Summe in Bezug auf die Bindungsrepräsentation	56
Abbildung 12: Boxplot für die EPDS T3 Summe in Bezug auf die Bindungsrepräsentation	58
Abbildung 13: Boxplot für die IES T3 Summe in Bezug auf die Bindungsrepräsentation	60
Abbildung 14: Gesamtmodell.....	71
Abbildung 15: AAP Bindungsszene „Bett“.....	117
Abbildung 16: AAP Bindungsszene „Bank“	117
Abbildung 17: AAP Bindungsszene "Kind in der Ecke"	117

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die demographischen Daten der Stichprobe (n=65)	33
Tabelle 2: Übersicht über die Entbindungsart (n=65)	33
Tabelle 3: Übersicht über die demographischen Daten der kategorialen Variablen (n=65)	34
Tabelle 4: Reliabilitätsanalyse.....	41
Tabelle 5: Bindungsrepräsentation zu T1	46
Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung der Gruppierungen der Bindungsrepräsentationen	47
Tabelle 7: Übersicht über die verwendeten Fragebögen; Gesamtstichprobe (N=65)	47
Tabelle 8: Übersicht über die klinische Auffälligkeit der Gesamtstichprobe	48
Tabelle 9: Korrelationstabelle nach Spearman.....	51
Tabelle 10: Übersicht über die deskriptive Statistik des Summenscores von SIL bezogen auf Bindung	53
Tabelle 11: T-Test für SIL Summe	54
Tabelle 12: Klinische Auffälligkeit im SIL bezogen auf Bindung.....	55
Tabelle 13: Übersicht über die deskriptive Statistik des Summenscores von EPDS T2 bezogen auf Bindung	56
Tabelle 14: Klinische Auffälligkeit im EPDS T2 bezogen auf Bindung	57
Tabelle 15: Übersicht über die deskriptive Statistik des Summenscores von EPDS T3 bezogen auf Bindung	58
Tabelle 16: Klinische Auffälligkeit im EPDS T3 bezogen auf Bindung	59
Tabelle 17: Übersicht über die deskriptive Statistik des Summenscores von IES T3 bezogen auf Bindung	60
Tabelle 18: Klinische Auffälligkeit im IES T3 bezogen auf Bindung	61
Tabelle 19: Summenwerte der Fragebögen in Bezug auf EPDS T1	61
Tabelle 20: Klinische Auffälligkeiten in Bezug auf EPDS T1.....	62
Tabelle 21: Summenwerte der Fragebögen in Bezug auf IES T1	64
Tabelle 22: Klinische Auffälligkeiten in Bezug auf IES T1	64
Tabelle 23: Häufigkeiten der Entbindungsart.....	66
Tabelle 24: Summenwerte der Fragebögen in Bezug auf die Entbindungsart (Vaginale Entbindung vs. Sectio).....	66
Tabelle 25: Summenwerte der Fragebögen in Bezug auf die Entbindungsart (4 Gruppen).....	67

Tabelle 26: Klinische Auffälligkeiten in Bezug auf die Entbindungsart (Vaginale Entbindung vs. Sectio).....	67
Tabelle 27: Klinische Auffälligkeiten in Bezug auf die Entbindungsart (4 Gruppen).....	68
Tabelle 28: Summenwerte der Fragebögen in Bezug auf SIL.....	69
Tabelle 29: Klinische Auffälligkeiten in Bezug auf SIL	69
Tabelle 30: Lineares Regressionsmodell der Einflussfaktoren des Geburtserlebens	72
Tabelle 31: Regressionsmodelle der Einflussfaktoren der postpartalen Depressivität (T2)	74
Tabelle 32: Regressionsmodelle der Einflussfaktoren der postpartalen Depressivität (T3)	76
Tabelle 33: Regressionsmodelle der Einflussfaktoren des IES T3.....	79
Tabelle 34: Codierung der kategorialen Variablen.....	114
Tabelle 35: Variablenkürzel	116

Anhang

Anhang 1: Tabelle „Codierung der kategorialen Variablen“

Anhang 2: Tabelle „Variablenkürzel“

Anhang 3: Beispielbilder des Adult Attachment Projective Picture System (AAP)

Anhang 4: SIL-Fragebogen

Anhang 5: EPDS-Fragebogen

Anhang 6: IES-Fragebogen

Anhang 1: Tabelle „Codierung der kategorialen Variablen“

Tabelle 34: Codierung der kategorialen Variablen

Variablenbezeichnung	Codierung
Nationalität	0 = „nicht deutsch“ 1 = „deutsch“
Bildungsstand	0 = „kein Abschluss/Sonderschule“ 1 = „Hauptschulabschluss“ 2 = „Realschulabschluss“ 3 = „Abitur“ 4 = „Hochschulabschluss“
Familienstand	1 = „verheiratet“ 2 = „ledig“ 3 = „verwitwet“ 4 = „geschieden“
Lebenssituation	0 = „keine Beziehung“ 1 = „in fester Partnerschaft“ 2 = „mit festem Partner im gemeinsamen Haushalt“
Alleinerziehend	0 = „nein“ 1 = „ja“
Psychotherapieerfahrung	0 = „nein, nie“ 1 = „ja, derzeit oder einmal im Leben“

Geschlecht des Kindes	1 = "männlich" 2 = "weiblich"
Entbindungsart: 4 Gruppen	0 = "Vaginal, ohne Komplikationen (evtl. mit PDA)" 1 = "Vaginal, mit Komplikationen" 2 = "Primäre Sectio, ohne Komplikationen" 3 = "Sekundäre Sectio / primär mit Komplikationen"
Entbindungsart: Vaginale Entbindung vs. Sectio	0 = "Vaginale Entbindung" 1 = "Sectio"
Bindungsrepräsentation	1 = "sicher" 2 = "unsicher-distanziert" 3 = "unsicher-präokkupiert" 4 = "unverarbeitet/desorganisiert"
Bindung sicher vs. unsicher	0 = "unsicher" 1 = "sicher"
Bindung desorganisiert vs. organisiert	0 = "desorganisiert" 1 = "organisiert"
Bindung distanziert vs. nicht-distanziert	0 = "distanziert" 1 = "nicht-distanziert"

Anhang 2: Tabelle „Variablenkürzel“

Tabelle 35: Variablenkürzel

Variablenbezeichnung	Variablenkürzel
Nationalität	Nationalität
Bildungsstand	Bildungsstand
Familienstand	Familienstand
Lebenssituation	Lebenssituation
Alleinerziehend	Alleinerziehend
Psychotherapieerfahrung	Psychotherapieerfahrung
Geschlecht des Kindes	Geschlecht_Kind
Entbindungsart: 4 Gruppen	Entbindungsart
Entbindungsart: Vaginale Entbindung vs. Sectio	Entbindungsart_Vag_vs._Sectio
Bindungsrepräsentation	Bindung
Bindung sicher vs. unsicher	Bindung_Sicher
Bindung desorganisiert vs. organisiert	Bindung_Desorg
Bindung distanziert vs. nicht-distanziert	Bindung_Dist
SIL Summe	SIL_Summe
EPDS T1 Summe	EPDS_T1_Summe
EPDS T2 Summe	EPDS_T2_Summe
EPDS T3 Summe	EPDS_T3_Summe
IES T1 Summe	IES_T1_Summe
IES T3 Summe	IES_T3_Summe

Anhang 3: Beispielbilder des Adult Attachment Projective Picture System (AAP)
(George & West, 2001b)

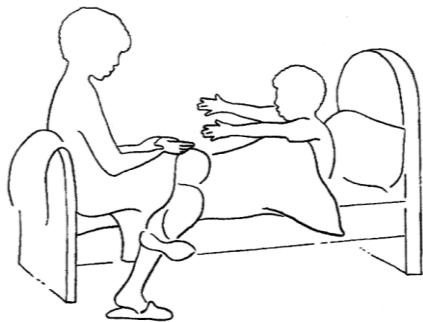


Abbildung 15: AAP Bindungsszene „Bett“



Abbildung 16: AAP Bindungsszene „Bank“



Abbildung 17: AAP Bindungsszene "Kind in der Ecke"

Fragebogen zum Geburtserleben

Datum: .../.../.., Uhrzeit:h....
(Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens)

Fragebogennummer

Bitte bis zum
.../.../
ausfüllen.
DANKE!

Bitte füllen Sie Fragen der folgenden Seiten spontan und ohne ,nach zu grübeln' aus: Wir sind an Ihrem Erleben interessiert. Es gibt kein ,richtig' und kein ,falsch'!

Geburtserleben (Salomon's Item List)

(SIL-Ger)

Unserer Erfahrung nach sollten Sie für das Ausfüllen der Fragen nicht mehr als 5 Minuten benötigen.

Markieren Sie den Punkt auf der jeweiligen Skala von 1 bis 7, von dem Sie denken, daß er am besten beschreibt, wie Sie sich unter der Geburt und in den ersten Stunden danach fühlten;

Falls Sie bestimmte Fragen zu unterschiedlichen Zeitpunkten Ihrer Geburt verschieden beantworten möchten, bilden Sie bitte einen Mittelwert und tragen diesen dann auf der Skala von 1 bis 7 ein.

1	enttäuscht	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht enttäuscht
2	erfüllt	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht erfüllt
3	begeistert	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht begeistert
4	zufrieden	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht zufrieden
5	voller Freude	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	ohne Freude
6	deprimiert	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht deprimiert
7	glücklich	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht glücklich
8	voller Aufregung	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	ohne Aufregung
9	gute Erfahrung	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	schlechte Erfahrung
10	ich kam gut klar	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	ich kam schlecht klar
11	betrogen	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht betrogen
12	unter Kontrolle	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht unter Kontrolle
13	angenehm	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	unangenehm
14	entspannt	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht entspannt
15	ängstlich	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht ängstlich
16	schmerhaft	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht schmerhaft
17	leicht	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht leicht
18	die Zeit verging schnell	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	die Zeit verging langsam
19	erschöpft	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht erschöpft
20	voller Vertrauen	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	ohne Vertrauen

Stadlmayr W, Bitzer J, Hösli I, Amsler F, Leupold J, Schwendke- Kliem A, Simoni H, Bürgin D (2001): Birth as a Multidimensional Experience: Comparison of the English- and German- Language Version of Salmon's Item List, Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology; 22(4):205-14

Anhang 5: EPDS-Fragebogen

Befindlichkeitsbogen (EPDS)

(Cox / Holden / Sagovsky)



So fühlte ich mich während der letzten Woche:
(Scores in Klammer)

1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:	6. Mir ist alles zuviel geworden:
Genauso oft wie früher	<input type="checkbox"/> 3
Nicht ganz so oft wie früher	<input type="checkbox"/> 2
Eher weniger als früher	<input type="checkbox"/> 1
Überhaupt nie	<input type="checkbox"/> 0
2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:	
So oft wie früher	<input type="checkbox"/> 0
Eher weniger als früher	<input type="checkbox"/> 1
Viel seltener als früher	<input type="checkbox"/> 2
Fast gar nicht	<input type="checkbox"/> 3
3. Ich habe mich unberechtigterweise Weise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:	
Ja, sehr oft	<input type="checkbox"/> 3
Ja, manchmal	<input type="checkbox"/> 2
Nicht sehr oft	<input type="checkbox"/> 1
Nein, nie	<input type="checkbox"/> 0
4. Ich war ängstlich und machte mir unnötige Sorgen:	
Nein, nie	<input type="checkbox"/> 0
Ganz selten	<input type="checkbox"/> 1
Ja, manchmal	<input type="checkbox"/> 2
Ja, sehr oft	<input type="checkbox"/> 3
5. Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:	
Ja, ziemlich oft	<input type="checkbox"/> 3
Ja, manchmal	<input type="checkbox"/> 2
Nein, fast nie	<input type="checkbox"/> 1
Nein, überhaupt nie	<input type="checkbox"/> 0
7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:	
Ja, fast immer	<input type="checkbox"/> 3
Ja, manchmal	<input type="checkbox"/> 2
Nein, nicht sehr oft	<input type="checkbox"/> 1
Nein, nie	<input type="checkbox"/> 0
8. Ich war traurig und fühlte mich elend:	
Ja, sehr oft	<input type="checkbox"/> 3
Ja, ziemlich oft	<input type="checkbox"/> 2
Nein, nicht sehr oft	<input type="checkbox"/> 1
Nein, nie	<input type="checkbox"/> 0
9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:	
Ja, sehr oft	<input type="checkbox"/> 3
Ja, ziemlich oft	<input type="checkbox"/> 2
Nur manchmal	<input type="checkbox"/> 1
Nein, nie	<input type="checkbox"/> 0
10. Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun:	
Ja, oft	<input type="checkbox"/> 3
Manchmal	<input type="checkbox"/> 2
Selten	<input type="checkbox"/> 1
Nein, nie	<input type="checkbox"/> 0

Gesamtscore

Edinburgh Postnatal Depression Scale (JL Cox, JM Holden, R Sagovsky, 1987).
Deutsche Version als „Befindlichkeitsbogen“ (Herz et al. 1996, Muzik et al. 1997).

Anhang 6: IES-Fragebogen

IMPACT OF EVENT SCALE

M. Horowitz, University of California in San Francisco, Psychiatrische Abteilung
 Übersetzung: B. O. Hütter, G. Fischer, A. Hofmann, C. Düchting

Name _____ Beruf _____

Erlebtes Ereignis _____ im Jahr 200_____

Im folgenden sind Aussagen aufgeführt, die Menschen nach belastenden Lebensereignissen formuliert haben. Bitte beantworten Sie diese Fragen im Bezug auf ihr belastendes Erlebnis. Lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie an, wie häufig sie innerhalb der letzten sieben Tage zutraf. Wenn ein solcher Vorfall während dieser Zeit nicht aufgetreten ist, kreuzen Sie bitte die Spalte „überhaupt nicht“ an. Beantworten Sie bitte jede Frage.

	überhaupt nicht	selten	manchmal	oft
1. Jede Art von Erinnerung daran weckte auch die Gefühle wieder	0	0	0	0
2. Ich hatte Mühe, einzuschlafen oder durchzuschlafen, weil mir Bilder davon oder Gedanken daran durch den Kopf	0	0	0	0
3. Andere Dinge erinnerten mich wieder daran	0	0	0	0
4. Ich dachte daran, wenn ich nicht daran denken wollte	0	0	0	0
5. Ich unterdrückte meine Aufregung, wenn Ich daran dachte oder daran erinnert wurde	0	0	0	0
6. Mir kam es vor als wäre es nicht wahr oder als wäre es gar nicht passiert	0	0	0	0
7. Ich blieb allem fern, was mich daran erinnerte	0	0	0	0
8. Bilder davon drängten sich mir plötzlich in den Sinn	0	0	0	0
9. Ich versuchte, nicht daran zu denken	0	0	0	0
10. Mir war zwar bewusst, dass ich noch gefühlsmäßig damit zu tun hatte, aber ich kümmerte mich nicht darum	0	0	0	0
11. Ich hatte deswegen starke Gefühlswallungen	0	0	0	0
12. Ich versuchte, es aus meiner Erinnerung zu löschen	0	0	0	0
13. Ich habe davon geträumt	0	0	0	0
14. Ich versuchte, nicht darüber zu sprechen	0	0	0	0
15. Meine Gefühle darüber waren wie betäubt	0	0	0	0



Eidesstattliche Versicherung

Settele, Verena

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel:

**Erleben und Verarbeitung der Geburt
in Abhängigkeit von der
Bindungsrepräsentation der Frau**

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Aichach, 15. März 2023

Ort, Datum

Verena Settele

(Verena Settele)

Danksagung

Ein herzlicher Dank geht an meinen geduldigen, motivierenden und unterstützenden Doktorvater Herrn Prof. Dr. med. Karl Heinz Brisch. Vielen Dank für die Bereitstellung der Daten und die Möglichkeit, meine Dissertation über dieses spannende Thema unter Ihrer Leitung zu schreiben.

Ebenso möchte ich mich bei meiner ausgezeichneten Betreuerin Frau Swinde Landers bedanken. Du hast mich mit meinen Ideen weitergebracht und standest mir immer, und insbesondere auch bei der Statistik, tatkräftig mit deiner herzlichen und kompetenten Art hilfsbereit zur Seite.

Ein besonderer Dank geht an meine Eltern, denen ich diese Arbeit widme. Ihr habt mich mein gesamtes Studium und bisheriges Arbeitsleben hindurch begleitet und stets unterstützt. Danke, dass ich mich immer auf euch verlassen kann.

Mein Dank gilt zudem meiner „großen“ Schwester Melanie. Wir sind immer für einander da und dieses Wissen im Hinterkopf befähigt mich schon mein gesamtes Leben.

Abschließend möchte ich mich noch bei meinem Freund Stefan und bei all meinen guten Freundinnen und Freunden bedanken, die zur Fertigstellung dieser Doktorarbeit beigetragen haben. Danke für den sanften Druck und eure liebevolle Unterstützung.