

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Postpartale Depression: Die Rolle der Scham im Mutter-
werden“

verfasst von / submitted by

Antonia Grunwald

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2022 / Vienna, 2022

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Martina Zemp

Inhaltsverzeichnis

Einführung	5
Definition der postpartalen Depression.....	5
Prävalenzen der postpartalen Depression.....	7
Folgen der postpartalen Depression.....	8
Ätiologie und Risikofaktoren einer postpartalen Depression.....	8
Scham in der Psychopathologie.....	10
Schamneigung als Risikofaktor einer postpartalen Depression.....	14
Einstellung gegenüber der eigenen Mutterschaft als Mediator.....	15
Mögliche konfundierende Variablen.....	16
Die aktuelle Studie.....	17
Fragestellungen und Hypothesen.....	18
Methoden.	19
Stichprobe.....	19
Prozedere.....	21
Kontrollvariablen.....	28
Statistische Auswertung.....	29
Ergebnisse.....	31
Deskriptive Statistik.....	31
Überprüfung der Faktorenstruktur des PRBQ-8.....	32
Multiple Regressionsanalyse der Risikofaktoren für PPD-Symptomatik.....	34
Mediation via Einstellungen gegenüber der Mutterrolle.....	36
Diskussion.....	37
Praktische Implikationen und Ausblick.....	42
Stärken und Limitationen der Studie.....	45
Konklusion.....	47
Literaturverzeichnis.....	48
Abbildungs-, Tabellen- und Abkürzungsverzeichnis.....	59
Anhang A.....	60
Anhang B.....	63
Anhang C.....	67
Anhang D.....	69
Anhang E.....	72

Zusammenfassung

Die postpartale Depression (PPD) ist eine der häufigsten Erkrankungen des Wochenbetts mit weitreichenden Folgen für Mutter und Kind. Charakterisiert durch dysfunktionale Kognitionen, die u.a. Scham und eine Entwertung der eigenen Mutterrolle beinhalten, liegt ein Zusammenhang mit präpartalen Risikofaktoren dieser nahe. Schon bestehende Forschung berichtete von einem positiven Zusammenhang zwischen Schamneigung und PPD. Diese Studie überprüfte diese Befunde erstmalig mittels eines längsschnittlichen Studiendesigns. Zusätzlich sollten mögliche Wirkmechanismen untersucht werden, welche die Verbindung von Scham und PPD erklären. Zudem wurde eine Mediation durch präpartale rigide Einstellungen gegenüber der Mutterrolle, operationalisiert durch den PRBQ-8 (*Pregnancy Related Beliefs Questionnaire-8*; Leach et al., 2018), vermutet. Eine österreichische Stichprobe von 143 Schwangeren wurde zu zwei Zeitpunkten mittels einer Online-Umfrage, zu T0, zwischen der 36. SSW und der Geburt, und zu T1, durchschnittlich sieben Wochen nach der Entbindung, befragt. Der PRBQ-8 wurde ins Deutsche übersetzt und faktorenanalytisch überprüft. Der Einfluss präpartaler Faktoren (Risikofaktoren einer PPD, Schamneigung und präpartale Depressionswerte) auf postpartale Depressionsstärke wurde mittels multipler Regressionsanalyse untersucht. Lediglich die präpartale Depressionsstärke und das Ausmaß der erfüllten Risikofaktoren zu T0 konnten PPD-Symptomatik vorhersagen. Starke Ausprägung von Schamneigung und rigide Einstellungen gegenüber der Mutterrolle konnte daher nicht als weitere Risikofaktoren für PPD bestätigt werden. Auch die Faktorenstruktur des PRBQ-8 konnte nicht eindeutig repliziert werden, und eine geplante Mediation erfüllte nicht alle Voraussetzungen für die Durchführung. Es werden dennoch weitere Möglichkeiten zur Messung von Scham und mutterschaftsspezifischen Kognitionen diskutiert, da für das Verständnis des Zusammenhangs von Scham und PPD, sowie möglichen weiteren Korrelaten, noch ausreichend Möglichkeit zum weiteren Forschen besteht.

Schlüsselwörter: Postpartale Depression; Postpartum; Psychopathologie; Schamneigung; Mutterschaft; Längsschnittstudie; Risikofaktoren; PRBQ-8; Mutterschaftsspezifische Einstellungen; Mediation

Abstract

Postpartum Depression (PPD) is the most common mental illness after childbirth. It has far-reaching consequences for mother and child. Characterized by dysfunctional cognitions concerning shame and devaluation of the mother's role, a connection with antepartum risk factors is suggested. Existing literature reports a significant link between shame proneness and PPD. This study aims to prove this connection with a longitudinal study design. Additionally mechanisms through which this link might be explained shall be researched.

A mediation through motherhood related attitudes, operationalized through the PRBQ-8 (*Pregnancy Related Beliefs Questionnaire-8*; Leach et al., 2018), was hypothesized. An Austrian sample of 143 pregnant participants completed the online survey two times - one time between the 36th week of pregnancy and birth, and a second time on average in the seventh week postpartum. The PRBQ-8 was translated into German and its factor structure was examined. The influence of pregnancy measured factors (risk factor of PPD, shame proneness, antepartum depression scores) was examined for their effect on PPD by using a multiple regression analysis. Only antepartum depression symptoms and prevalent risk factors could predict PPD. High level of shame proneness and motherhood related attitudes could not be confirmed as additional risk factors. The factor structure of the PRBQ-8 could not be replicated and the planned mediation did not meet requirements. Nonetheless, more options for measuring shame and motherhood related cognitions are being discussed because to understand the relation of shame and PPD together with other possible correlates will be still relevant for future research.

Keywords: postpartum depression; postpartum; psychopathology; shame proneness; motherhood; longitudinal; risk factors; PRBQ-8; motherhood-related attitudes; mediation

Postpartale Depression: Die Rolle der Scham im Mutterwerden

Frauen zeigen einen durchschnittlich stärkeren Verlust von Lebenszufriedenheit und mentaler Gesundheit nach der Geburt ihres ersten Kindes im Vergleich zu Männern (Ruppanner et al., 2019). Vergleicht man die Aussagen verschiedener Frauen, so scheint ein hoher Anspruch an sich selbst, sowie ein genaues Bild davon, wie Frauen ihrer Mutterrolle nachkommen sollten, kulturübergreifend in den Werten und Normen repräsentiert. In den Aussagen wiederholt sich zudem die Sorge, gesellschaftliche Erwartungen an die eigene Mutterrolle nicht erfüllen zu können (Knudson-Martin & Silverstein, 2009).

Nach der Entbindung stellt die postpartale Depression (PPD) die häufigste psychische Erkrankung dar (Riecher-Rössler & Hofecker Fallahpour, 2003). Ca. jede fünfte bis sechste Entbundene betrifft es (Gavin et al., 2005). Die Folgen betreffen immer auch die Partnerschaft, das Kind, und das sich neu sortierende Familiensystem. Diese Studie möchte sich der Rolle von Scham in der Entstehung einer solchen Depression widmen. Dass ein Zusammenhang zwischen Scham und Psychopathologie besteht, ist schon länger bekannt (Kim et al., 2011; Tangney et al., 1992), doch soll sich diese Studie insbesondere den Ausprägungen und Auswirkungen von mutterschaftsspezifischer Scham widmen. Einerseits soll untersucht werden, inwiefern schon eine Disposition zur Scham das Aufkommen einer PPD vorhersagen kann, und andererseits durch welche Kognitionen/ Glaubenssätze sich diese Scham im Mutterwerden ausdrücken kann.

Im Folgenden wird daher zuerst die Erkrankung der PPD vorgestellt, sowie ihre Ätiologie und Auswirkungen. Des weiteren erfolgt eine Einführung in die Theorie zur Scham, insbesondere im Hinblick auf Zusammenhänge mit Psychopathologie, PPD insbesondere. Im nächsten Schritt werden mögliche Wirkmechanismen für die Verbindung von Scham und PPD erörtert. Mutterschaftsspezifische Kognitionen werden dabei in den Fokus genommen.

Definition der postpartalen Depression

Die postpartale Depression (PPD) gehört zu den typischen psychischen Erkrankungen im Wochenbett. Wochenbett umfasst per Definition die ersten sechs bis acht Wochen nach der Geburt. Frühes Wochenbett bezeichnet den Zeitraum zwischen erstem und 10. Tag, ab dann wird vom späten Wochenbett gesprochen (Geist et al., 1995). Eine PPD ist geprägt durch vom Wochenbett geprägten Themen und Gefühlen: Sorgen rund um negative Bewertung durch Andere, hohe unrealistische Erwartungen an die eigene Mutterschaft, Verantwortungsgefühle, Gedanken an Tod, Sorgen rund um die Sicherheit des Babys, negative Bewertung der eigenen Situation und das Bedürfnis perfekt zu sein. Diese Kernthemen sind zusätzlich oft begleitet von einem Gefühl, von Anderen nicht verstanden zu werden (Hall & Wittkowski, 2006). Viele dieser Gedanken und Gefühle sind in bestimmtem Ausmaß als völlig normal zu bewerten und

dem Übergang von Schwangerschaft ins Wochenbett zuzuordnen. Doch in verschiedenen Fällen mehren sie sich und können somit Teil einer depressiven Erkrankung werden.

Das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-5; American Psychiatric Association (APA), 2015) klassifiziert eine PPD nicht eigenständig, da sie phänomenologisch kaum Unterschiede zu einer Major Depression (manchmal auch Minor Depression) aufweist. Es müssen fünf oder mehr Symptome einer Major Depression zutreffen, und über mindestens zwei Wochen andauern. Der Zusatz *mit peripartalem Beginn* markiert die besonderen Umstände der Schwangerschaft und des Wochenbetts. Der Begriff *peripartal* soll kennzeichnen, dass die Depression in der Schwangerschaft bis hin zur vierten Woche nach der Geburt begann. *Präpartal* bezeichnet den Zeitraum der Schwangerschaft bis zur Geburt, in Abgrenzung zu *postpartal* als Zeitraum nach der Geburt. Die Zusammenfassung von PPD und Depressionen in der Schwangerschaft unter dem Begriff der *peripartale Depression* war eine der Erneuerung des DSM-5. Die internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-11) hingegen klassifiziert alle Depressionen während der Schwangerschaft bis hin zur sechsten Wochen nach Entbindung als peripartale Depression (World Health Organization, 2019). Problematisch an dem Klassifikationsbegriff der peripartalen Depression ist jedoch die Unschärfe, die dadurch entsteht. PPD und präpartale Depressionen können so innerhalb der diagnostischen Systeme nicht mehr voneinander getrennt untersucht werden.

Dieser zeitlich definierte Rahmen entspricht außerdem nicht dem Vorgehen in der Praxis. Expert*innen bezeichnen Depressionen von werdenden Müttern und Vätern dann als postpartale Depression, wenn diese bis zum Ende des ersten Jahres postpartum beginnt (O'Hara & McCabe, 2013; Stuart-Parrigon & Stuart, 2014).

Ein anderes Phänomen des frühen Wochenbetts, von dem eine PPD abgegrenzt werden muss, ist der *Babyblues*, eine postpartale Dysphorie innerhalb der ersten zwei Wochen (Riecher-Rössler & Hofecker Fallahpour, 2003). Da dieses Stimmungstief jedoch bei 80% der entbundenen Mütter auftritt, wird dem keine klinische Relevanz zugeschrieben (Mundt, 2012). Wie von Mundt (2012) betont wurde, grenzt es sich außerdem klar durch die Dauer der Symptome von einer PPD ab. Von einem *Babyblues* spreche man nur innerhalb der ersten 14 Tage nach der Geburt.

Im Falle einer PPD zeigen sich einerseits die typischen Symptome einer Depression, wie verminderte Freude, Schlafprobleme, Unruhe, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Gefühle der Wertlosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und suizidale Gedanken (APA, 2015), jedoch andererseits auch ergänzt durch charakteristische Kognitionen und Emotionen des Wochenbetts, welche im Falle einer PPD-Diagnose intensiver und andauernder ausgeprägt sind. Typische

Symptome einer PPD stellen Gefühle der Insuffizienz gegenüber der eigenen Rolle als Mutter, Stillprobleme, das Baby betreffende Zwangsgedanken und –impulse, so wie Gefühlslosigkeit dem Baby gegenüber, dar (Dorn & Mautner, 2018). Zusätzlich erleben Betroffene oft Schwierigkeiten, über ihren inneren Zustand zu sprechen, da dieser im starken Kontrast zu sozialen Konstruktionen von Mutterschaft und Baby-Glück steht. Erkrankte berichten daher von tiefen Gefühlen der Scham und begründen diese durch die Diskrepanz zwischen dem, wie sie sich fühlen sollten und dem, wie sie sich tatsächlich fühlen (Knudson-Martin & Silverstein, 2009).

Prävalenzen der postpartalen Depression

Grundsätzlich unterscheiden sich die Schätzungen der Prävalenzen für die PPD recht stark, da sich die Definitionen, die Untersuchungszeiträume, die diagnostischen Methoden und die untersuchten Populationen unterscheiden. Eine der ersten Metaanalysen (O'Hara & Swain, 1996) kam zu einer geschätzten globalen Prävalenz der PPD von 13%. Für einkommensstarke Länder fand sich eine geschätzte Prävalenz von 18% für den Zeitraum der Schwangerschaft, und von 19% für den Zeitraum zwischen Geburt und dem vierten Monat postpartum (Gavin et al., 2005). O'Hara & McCabe (2013) kamen auf eine geschätzte Prävalenz von 13% für einkommensstarke Ländern und auf fast 20% für einkommensschwache Länder. Eine weitere Review und Metaanalyse mit den Ergebnissen von 58 Studien (Shorey et al., 2018) fand eine weltweite Prävalenz von 17%, wobei hier das Groß der Studien PPD lediglich innerhalb der ersten drei Monate postpartum erhob. Es kann also davon ausgegangen werden, dass weltweit jede fünfte bis sechste Gebärende an einer PPD erkrankt.

Auch eine jüngst veröffentlichte Kohortenstudie aus Frankreich (Tebeka et al., 2021) kam auf ähnlich hohe kumulative Inzidenzen für das erste postpartale Jahr (18.1%). Was den typischen Verlauf einer PPD betrifft, so fanden Tebeka und Kolleg*innen (2021) die höchsten Inzidenzen im Zeitraum zwischen dem dritten und 12. Monat (12.9%) und ein kleinerer Teil (8.3%) erkrankte innerhalb der ersten zwei Monate. Andere fanden hingegen die höchsten Prävalenzen im ersten Monat (Gjerdingen et al., 2011), oder zwischen dem zweiten und dritten Monat (Dorn & Mautner, 2018; O'Hara & McCabe, 2013). Die Frage, zu welchem Zeitpunkt die meisten Frauen unter Symptomen einer PPD leiden, bleibt somit vorerst ungeklärt. In einer, in einem amerikanischen Krankenhaus, durchgeführten Studie von Wisner und Kolleg*innen (2013) konnte gezeigt werden, dass von 826 Frauen, welche zwischen der vierten und sechsten Wochen postpartum positiv auf EPDS gescreent worden waren, 40% die PPD nach der Entbindung entwickelten und ca. ein Drittel schon während ihrer Schwangerschaft.

Erhöhte Depressionswerte kurz nach der Geburt können allerdings auch dem Symptombild des klinisch nicht relevanten *Babyblues* zugerechnet werden. Im weiteren Verlauf des ersten Jahres kann eine Depression ansonsten jederzeit auftreten. Es bedarf allerdings stets einer diagnostischen Abklärung, ob ein präpartaler oder postpartaler Symptombeginn vorliegt. Als häufigste komorbide Diagnose neben einer PPD treten Angststörungen auf (Brummelte & Galea, 2016; Cardoso & Fonseca, 2022).

Folgen der postpartalen Depression

Leider bleibt die PPD oftmals unerkannt und folglich unbehandelt (Riecher-Rössler & Hofecker Fallahpour, 2003). Die Auswirkungen einer PPD betreffen jedoch nicht nur die Erkrankten selbst, sondern auch das neugeborene Kind (Stuart-Parrigon & Stuart, 2014). Eine mütterliche Depression wirkt sich in weiterer Konsequenz insbesondere auf die Mutter-Kind-Interaktionen aus (Barrett & Fleming, 2011; Field, 2010). Betroffene können oft nicht angemessen auf Bedürfnisse ihres Babys reagieren. Das erste Bonding ist erschwert (Brummelte & Galea, 2016) und das Kind entwickelt häufiger einen unsicheren Bindungsstil (Atkinson et al., 2000; Rogers et al., 2020). Die Kinder zeigen mit fünf Jahren häufiger dysregulierte emotionale Muster im Umgang mit Wut (Maughan et al., 2007), sowie allgemeine Entwicklungsverzögerungen in ihren sozial-emotionalen Fähigkeiten (Rogers et al., 2020). Bereits in früheren Entwicklungsstadien finden sich Unterschiede zu Kindern von nicht-depressiven Eltern hinsichtlich der neuronalen Funktionen und Entwicklungen (Kühner, 2016), sowie später auch in der kognitiven- und Sprachentwicklung (Rogers et al., 2020). Metaanalytische Befunde können die Auswirkungen einer PPD bis in das Jugendalter verfolgen (Rogers et al., 2020). Neben einer PPD-Diagnose zeigen auch nur mütterliche depressive Symptome schon eine Auswirkung auf das Kind, die Effekte von diagnostizierter mütterlicher Depressionen sind allerdings größer (Stein et al., 2014). Für Väter stellt eine Depression der Partnerin den größten Risikofaktor dar, selber an einer PPD zu erkranken (Paulson & Bazermore, 2010).

Die Belastungen auf das Familiensystem sind also groß. Umso wichtiger ist es, eine PPD frühzeitig zu erkennen, um Familien Unterstützung anbieten zu können. Die Erforschung der Risikofaktoren einer PPD ist wichtig, um einerseits Betroffene präziser zu diagnostizieren, und andererseits, um nachfolgend präventiv gezielte Maßnahmen oder therapeutische Interventionen zu entwickeln.

Ätiologie und Risikofaktoren einer postpartalen Depression

Groß angelegte Metaanalysen, die Faktoren erkundeten, welche das Risiko erhöhen an einer PPD zu erkranken, häuften sich rund um 1996 (Beck, 1996a; O'Hara & Swain, 1996;

Wilson et al., 1996). Alle drei Übersichtsarbeiten bestätigten präpartal auftretende Depression, Depressionserkrankungen vor der Schwangerschaft, fehlende soziale Unterstützung und ein stressreiches Leben als Risikofaktoren. Beck (1996a; 1996b; 2001) konnte in seinen Metaanalysen Ängste während der Schwangerschaft, das Vorliegen eines Babyblues, geringes Selbstbewusstsein, ungeplante und ungewollte Schwangerschaft, das Temperament des Babys, Geburtskomplikationen, sowie geringes Einkommen und partnerschaftliche Unzufriedenheit als Risikofaktoren identifizieren. Die beiden letzten Faktoren wurden auch in weiteren Untersuchungen gefunden (O'Hara & Swain, 1996; Wilson et al., 1996). Aus diesen Ergebnissen entwickelte Beck für die Anwendung in der Praxis (1998; 2002) einen Screening-Fragebogen zur Erhebung des Ausmaßes dieser Risiken, den *Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised* (PDPI-R). Frauen mit erhöhtem Risiko sollten mit Hilfe des Inventars früh identifiziert werden, um eine Begleitung und Unterstützung durch geschultes Fachpersonal zu gewährleisten. In dieser Studie wird der PDPI-R zu einem der Erhebungsinstrumente gehören.

Mehrere kürzlich veröffentlichte *Umbrella Reviews* (Gastaldon et al., 2022; Hutchens & Kearney, 2020; Zhao & Zhang, 2020), welche das höchste Evidenzlevel ermöglichen, konnten weitere Risikofaktoren identifizieren: PMS-Symptomatiken, Gewalterfahrungen in der Vergangenheit, eine ungewollte Schwangerschaft (Gastaldon et al., 2022), sowie den sogenannten *Not-Kaiserschnitt* (Zhao & Zhang, 2020). Die Effektgrößen waren zwar klein, doch überaus reliabel. Insgesamt gelten nach aktuellem Stand der Forschung gegenwärtige Missbrauchserfahrungen sowie eine vorhandene Depressionssymptomatik während der Schwangerschaft als stärkste Risikofaktoren (Hutchens & Kearney, 2020). Fehlende soziale Unterstützung und Depressionserkrankungen vor der Schwangerschaft müssen als Risikofaktoren noch metaanalytisch ausreichend untersucht werden (Hutchens & Kearney, 2020). Weitere Studien fanden Belege für hohen Neurotizismus (O'Hara & Swain, 1996; Puyané et al., 2022), Neigung zur Selbstkritik (Priel & Besser, 2002), sowie Hinweise für Ängstlichkeit und einem vulnerablen Persönlichkeitstyp als mögliche Risikofaktoren der PPD (Puyané et al., 2022).

Auf der Suche nach ätiologischen Modellen wird oft die *Hormon-Rückzugs-Theorie* angeführt, welche den Grund für Babyblues und PPD mit einem Abfall von bestimmten Hormonen nach der Geburt erklärt (Brummelte & Galea, 2016; O'Hara & McCabe, 2013). Es handelt sich dabei um einen Abfall der Steroid-Hormone Östradiol, Progesteron und Cortisol. Gegen diese Theorie spricht allerdings, dass alle gebärenden Personen diesen Abfall erleben, aber nicht alle einen Babyblues oder eine PPD entwickeln. Es scheint dennoch so, als würden

manche frisch Entbundene besonders auf diesen hormonellen Abfall reagieren, somit also eine besondere Sensitivität für Veränderungen ihres Hormonspiegels aufweisen (Brummelte & Galea, 2016). Gegen die Alleingültigkeit dieser Theorie spricht, dass viele nicht während des ersten Hormonabfalls, sondern eher im späteren postpartalen Verlauf an PPD erkranken (O'Hara & McCabe, 2013; Tebeka et al., 2021).

Zu den bekanntesten Erklärungsansätzen für allgemeine Depressionserkrankungen gehören kognitive Theorien der Depression (A. T. Beck, 2002; A. T. Beck & Alford, 2014).. Die hauptsächlich von Aaron T. Beck postulierten kognitiven Theorien der Depression erklären die Entstehung von Depressionen mit der Aktivierung von bestimmten negativen Schemata, welche Wahrnehmung und Informationsverarbeitung beeinflussen. Diese Schemata gleichen kognitiven Mustern, welche oft schon lange vor Beginn der Depression entstanden sind. Später werden sie dann durch besonders stressreiche Ereignisse oder Zeiten besonderer Vulnerabilität aktiviert. Diese negativen Schemata wirken dysfunktional, da sie dem*der Betroffenen eine verzerrte Welt darstellen, in denen internalisierende, globale, sowie negative Attributionsmuster dominieren. Ein schreiendes Baby wird beispielsweise nicht einfach als ein schreiendes Baby wahrgenommen, sondern als ein Beweis für die eigene Nutzlosigkeit als Mutter. Das Schema „Da ich mich nicht um andere kümmern kann, bin ich nutzlos“ würde dadurch aktiviert und gestärkt werden. Da sich eine Major Depression und eine PPD im Symptombild nicht signifikant voneinander unterscheiden (Riecher-Rössler & Hofecker Fallahpour, 2003), sind die kognitiven Theorien der Depression auch für die Ätiologie einer PPD relevant. So werden einerseits mögliche Ansatzpunkte in der Behandlung von PPD sichtbar und andererseits wird die Frage eröffnet, ob es interindividuelle Unterschiede in den Vulnerabilitäten gegenüber depressionsauslösenden Schemata sind, welche erklären können, dass manche an PPD erkranken und andere nicht.

Scham in der Psychopathologie

Innerhalb einer Depression, als auch innerhalb anderer psychischen Erkrankungen, stellt Scham oft eine wesentliche Kognition dar (Tangney et al., 1992). Die vorliegende Studie richten den Fokus insbesondere auf den Einfluss mütterlicher Scham für die Entstehung einer PPD. Erste Studien haben diesen Zusammenhang bereits untersucht (Barr, 2004; 2010; Caldwell et al., 2021; Dunford & Granger, 2017). Zuerst muss allerdings verdeutlicht werden, was Scham ist, und wovon es klar abgegrenzt werden muss: Scham, sowie die eng verwandte Emotion Schuld, werden zu den *self-conscious* bzw. den selbstbewussten Emotionen gezählt, welche anders als Basisemotionen, wie Freude und Wut, durch Selbstreflektion und Selbstbewertung entstehen (Kim et al., 2011; Tangney, 1999). Erst also durch den Vergleich

mit Anderen oder den eigenen internalisierten Standards entsteht die Emotion selbst. Sie werden auch als moralische Emotionen bezeichnet, da sie der Annahme nach, einen wichtigen Teil zum moralischen Verhalten beitragen (Tangney, 1999; Tangney & Dearing, 2003). In der kindlichen Entwicklung treten sie erst ab Ende des zweiten Jahres auf, gemeinsam mit dem Entstehen eines Bewusstseins für das eigene Selbst (Lewis, 2008).

Scham und Schuld wurden in der Vergangenheit oft nicht klar voneinander unterschieden, auch methodisch fehlte es oft an einer klaren Unterscheidung der beiden Emotionen (Tangney & Dearing, 2003). Im Unterschied zur Schuld geht Scham mit einer negativen Bewertung des globalen Selbst einher, und Schuld eher mit der negativen Bewertung eines konkreten Verhaltens oder ausbleibenden Verhaltens. Typische Kognitionen der Scham sind „Ich bin schlecht“, während Schuld eher Kognitionen wie „Mein Verhalten war schlecht“ auslöst. Scham wird als schmerzvolles Gefühl beschrieben, oft verbunden mit einem Gefühl der Entblößung. Es löst ein sich-klein-machen, sowie Gefühle von Wertlosigkeit und Ohnmacht. Schuld hingegen tritt häufig zusammen mit Gefühlen von Reue über die eigene Tat auf, verbunden mit einem dringenden Bedürfnis der Wiedergutmachung, oder dem Wunsch man hätte anders gehandelt (Lewis, 1971).

Beide Emotionen haben stets auch einen interpersonalen Bezug. Gelernt werden diese Gefühle durch frühe Erfahrungen in der Familie oder im Kontakt mit anderen Bezugspersonen (Tangney, 1999; Tangney & Dearing, 2003). Scham und Schuld führen auf interpersonaler Ebene zu unterschiedlichen Aktionstendenzen: Schuldgefühle lösen eher Reue, Entschuldigen und Wiedergutmachungsbemühungen aus, während Schamgefühle eher Verleugnung, Vermeidung, und feindliche Aggressionen auslösen können - bis hin zu Isolation, Flucht und dem Bedürfnis „im Boden zu verschwinden“ (Gilbert, 2017; Kim et al., 2011; Tangney, 1999; Tangney & Dearing, 2003). Der Grund für diesen Unterschied liegt nach Gilbert (2017) an einer Hypersensitivität gegenüber bedrohlichen Stimuli und einer Überaktivierung des so genannten Bedrohungs-Abwehr-Systems. Damit ist ein negatives Affekt-Regulationssystem gemeint, welches physische und psychische Bedrohungen erkennt und selektiv wahrnimmt. Daraufhin kommt es zu einer defensiven Grundhaltung. Dies kann sich in einem Verschließen, bis hin zur Aggressivität ausdrücken. Spricht man einen sich Schämenden direkt an, scheint es betroffenen Personen oft schwer zu fallen, das Gefühl der eigenen Scham zu identifizieren (Kim et al., 2011).

Der *Compass of Shame* (Nathanson, 1992, zitiert nach Elison et al., 2006) benennt in dem Zusammenhang vier verschiedene Coping Strategien, um mit dem Gefühl der Scham umzugehen: Rückzug, Selbstangriff, Vermeidung und Angriff Anderer. Im Falle des *Rückzugs*

erlebt die sich schämende Person die Situation als negativ, unangenehme Gefühle werden ausgelöst und der Grund für die Scham wird als gerechtfertigt angenommen. Hieraus resultiert ein Rückzug aus der Situation, um die Gefühle der Scham möglichst gering zu halten. Im Falle der Coping Strategie des *Selbstangriffs* wird die Situation ebenso als negativ bewertet, der Grund sich zu schämen als gerechtfertigt angesehen, doch kommt es eher zu nach innen gerichtetem Ärger. Dieser Ärger mündet oft in Selbstkritik, Selbstverachtung und Selbstekel. Sich Schämende bemühen sich um ein Bleiben in der schamauslösenden Situation. Es wird sich um Anpassung bzw. Veränderung des Selbst bemüht. So soll zukünftig das unangenehme Gefühl der Scham vermieden werden. Der dritte Pol beschreibt eine *Vermeidungsstrategie*: Hier wird das negative Gefühl oft nicht erkannt, die Scham wird abgelehnt und eher überspielt mit gegenteiligen Emotionen. Es besteht kaum ein Bewusstsein über das erlebte Gefühl der Scham und es wird abgestritten, möglicherweise auch über das Gefühl der Scham gestellt. Im Falle der vierten Coping Strategie, der des *Angriffs Anderer*, wird kein Grund gesehen sich zu schämen. Die Reaktion führt zu nach Außen tretendem Ärger und meistens wird jemand anderes schlecht gemacht. So wird die Scham externalisiert. Diese vier Coping-Strategien sind die vier Pole des *Compass of Shame* und unterscheiden sich hinsichtlich ihres Grades an Internalisierung und Bewusstsein über die erlebte Scham. Rückzug und Angriff des Selbst zeigen hier die größte Ausprägung an Internalisierung und Bewusstsein, danach folgt Angriff Anderer und am geringsten sind beide ausgeprägt im Falle von Vermeidung. Vor allem im Falle von Vermeidung und dem Angriff einer anderen Person besteht meistens kein Bewusstsein über das Schamerleben (Nathanson, 1992, zitiert nach Elison et al., 2006).

Auf der Ebene der Trait-Eigenschaften stellen die Konstrukte *Scham-* und *Schuldneigung* Dispositionen für Scham- bzw. Schuld erleben dar und gelten über verschiedene Kontexte hinweg als stabile Merkmale (Lewis, 1971; Tangney et al., 2000). Insbesondere hinsichtlich ihrer Kapazität für interpersonale Empathie unterscheiden sich zu Scham- und zu Schuld neigende Menschen (Tangney, 1999). Im Vergleich zu Schuldneigung zeigt sich bei zu Scham neigenden Menschen in Stressreaktionen eine stärkere Bezogenheit auf das Selbst (Tangney, 1999), und weniger nach Außen gerichtete Empathie. Auch scheinen Individuen mit ausgeprägter Schamneigung im Vergleich zu Schuldneigung zu mehr Verbitterung und Feindlichkeit zu neigen. Menschen mit ausgeprägter Schuldneigung hingegen haben weniger Probleme mit Empathie, können Verantwortung für negative Ereignisse besser tragen. Wut scheint bei ihnen etwas weniger oft aufzutreten, und wenn, dann tendenziell in einer konstruktiveren Weise, als bei zu Scham neigenden Individuen (Tangney & Dearing, 2003). Zusätzlich konnte auch gezeigt werden, dass Schamneigung im Unterschied zu Schuldneigung

mit Selbstdiskrepanzen in Verbindung steht (Tangney et al., 1998), genauer gesagt wird Schamneigung mit einer Diskrepanz zwischen dem eigenem Selbstbild und einem Idealbild oder dem Fremdbild Anderer in Verbindung gebracht.

Schamneigung scheint mit Psychopathologie einherzugehen, also mit dem Auftreten psychischer Störungen zu korrelieren (Tangney, 1999; Tangney et al., 1992). Besonders der Zusammenhang von Scham und Depression wurde von verschiedenen Seiten untersucht (Gilbert, 2017; Kim et al., 2011; Orth et al., 2006) und ist hier von besonderem Interesse. Eine Schwierigkeit stellt der Fakt dar, dass Scham nicht nur möglicher Prädiktor einer Depression sein kann, sondern ebenso Inhalt und mögliche Folge (Gilbert, 2017). Eine groß angelegte Metaanalyse von Kim und Kolleg*innen (2011) konnte belegen, dass Schamneigung und nicht Schuldneigung mit dem Auftreten einer Depression korreliert. Schuldfreie Scham (d.h. Scham unter der Kontrolle von Schuldneigung) zeigt eine signifikante Korrelation mit Depression. Andersherum konnte für schamfreie Schuld keinerlei Effekt auf depressive Symptomatiken belegt werden, nur für besonders maladaptive Formen der Schuld. Die Effektstärken für den Zusammenhang von Depression und Scham waren klein, aber robust. Die Richtung der kausalen Kettung ist unklar, da die Verbindung zwischen Scham und Depression größtenteils mit querschnittlichen Daten untersucht wurde (Kim et al., 2011).

Theorien und Erklärungsansätze, für den Zusammenhang von Scham und Depression, sind bisher einige vorhanden. In Anlehnung an Becks kognitive Modelle der Depression (A. T. Beck, 2002; A. T. Beck & Alford, 2014) könnte eine plausible Erklärung für den Zusammenhang von Scham und Depression die Aktivierung von Rumination sein. Schamerleben korreliert nachweislich mit negativer Selbst-Rumination (Orth et al., 2006), Rumination ist ebenso bekannt für starke Korrelationen mit Depression (Kim et al., 2011; Orth et al., 2006). In einer Studie von Orth und Kolleg*innen (2006) konnte Rumination die Verbindung von Schamerleben und Depression mediiieren. Für Schuldnerleben konnte kein Zusammenhang mit Rumination gefunden werden. Rumination wird in dieser Studie jedoch nicht miterhoben, es wird sich eher auf kognitive Glaubenssätze/Einstellungen als Ansatzpunkt zur Erklärung konzentriert.

Eine der am häufigsten genannten Erklärungen für den Zusammenhang von Scham und Depression bezieht sich auf die Ähnlichkeit von depressiven - und mit Scham auftretenden Attributionsmustern. Die theoretischen Arbeiten von Lewis (1971), zur Unterscheidung von Scham und Schuld, betonten, dass kognitive Muster der Scham eher von internalen, globalen, und stabilen Attributionen geprägt sind – Schuld hingegen eher von situationsspezifischen und instabilen internalen Attributionen. Im Falle der Scham wird daher Verhalten eher mit stabilen,

und situationsübergreifenden Persönlichkeitsmerkmalen begründet. Diese schambedingten Attributionen ähneln weitestgehend depressiven Attributionsmustern (Tangney et al., 1992). Die Theorie der erlernten Hilflosigkeit (Abramson et al., 1978) sieht Depression als eine Folge von internalen, globalen und stabilen Attributionen, die von einem Gefühl der Unkontrollierbarkeit begleitet werden. In Untersuchungen konnte der Zusammenhang von Schamneigung und depressiven Attributionen bestätigt werden (Pineles et al., 2006; Tangney et al., 1992). Schamneigung korreliert mit globalen, stabilen, also depressionsähnlichen Attributionen - Schuldneigung hingegen nicht. In einer Erforschung dieses Zusammenhangs korrelierten die Konstrukte der Schamneigung mit Depressionswerten allerdings auch dann noch signifikant miteinander, wenn für den Attributionsstil kontrolliert wurde (Tangney et al., 1992). Das heißt, dass die Verbindung von Schamneigung und Depression nicht allein durch Attributionen erklärt werden kann.

Schamneigung als Risikofaktor einer postpartalen Depression

Belege für den Zusammenhang zwischen Scham und Depression finden sich auch für die postpartale Zeit (Caldwell et al., 2021; Dunford & Granger, 2017; Law et al., 2021; Orth et al., 2006). Law und Kolleg*innen (2021) konnten zeigen, dass sowohl Scham- und Schuldgefühle, als auch das Ausmaß an negativen mutterschaftsbezogenen Gedanken mit dem Ausmaß der PPD-Symptomatik korreliert. Je mehr Scham- und Schuldgefühle auf State-Level, und je ausgeprägter negative mutterschaftsbezogene Gedanken präsent waren, desto ausgeprägter die PPD-Symptomatik. Was den Einfluss des Trait-Merkmals Schamneigung auf das Entstehen einer PPD betrifft, so zeigte sich in einer britische Stichprobe mit Müttern durchschnittlich sechs Monate alter Babys, dessen signifikanter Einfluss auf postpartale PPD-Symptomatik. Das Modell, welches noch für andere bekannte Risikofaktoren, wie präpartale Depression, wahrgenommene soziale Unterstützung sowie Schuldneigung kontrollierte, konnte insgesamt 45% der Varianz der Depressionssymptomatik im ersten Jahr postpartum erklären. Schamneigung allein konnte 7% dieser Varianz aufklären. Mehr Schamneigung korrelierte entsprechend mit einer ausgeprägteren PPD-Symptomatik. Caldwell und Kolleg*innen (2021) griffen diese Ergebnisse auf und verbanden sie mit den Ergebnissen einer australischen Stichprobe von Eltern aus der Neonatalintensivstation (Barr, 2004; 2010) in einer systematischen Review. In der Stichprobe von Barr (2004; 2010) korrelierten die mütterlichen Depressionswerte mit Schamneigung, allerdings nur gemessen durch eine bestimmte Schamskala (GI; Jones & Kugler, 1993). Auch korrelierte Schamneigung mit intensiverer Trauer nach Verlust eines Kindes bei der Geburt. Eltern mit mehr Schamneigung schienen mehr Zeit für die Trauerverarbeitung zu benötigen (Barr, 2004). Es finden sich also auch Belege für

den Zusammenhang von Schamneigung und Psychopathologie im ersten Jahr postpartum.

Die Schwachstelle all dieser Studien besteht jedoch in ihrem Anspruch Risikofaktoren bestimmen zu wollen, d.h. kausale Kettungen zu postulieren, bei zeitgleich ausschließlicher Verwendung von querschnittlichen Daten. Die Autor*innen betonen daher selbst, dass es prospektiver Längsschnitt-Studien bedarf, um Schamneigung als Risikofaktor einer PPD zu bestätigen (Caldwell et al., 2021; Dunford & Granger, 2017).

Einstellung gegenüber der eigenen Mutterschaft als Mediator

In Anlehnung an die kognitiven Modelle der Depression (A. T. Beck, 2002; A. T. Beck & Alford, 2014) ist die Untersuchung des Einflusses mutterschaftsspezifischer Schemata auf das Schamempfinden und PPD ein erster Ansatzpunkt. Studien konnten belegen, dass ausgeprägte rigide mütterliche Glaubenssätze in Verbindung zu ausgeprägteren PPD-Symptomatiken stehen (Leach et al., 2018; Sockol et al., 2014; Sockol & Battle, 2015; Thomason et al., 2015).

Als präpartale Risikofaktoren für PPD konnten sowohl generelle, dysfunktionale kognitive Stile, als auch mutterschaftsspezifische Kognitionen bzw. Einstellungen als Risikofaktoren identifiziert werden (Leach et al., 2018). Für das Konstrukt der Einstellung gegenüber der eigenen Mutterrolle wurde mit dem *Pregnancy Related Beliefs Questionnaire-8 (PRBQ-8*; Leach et al., 2018; Moorhead et al., 2003) ein spezifisches Messinstrument entwickelt, dessen Vorhersagekraft für PPD gleich bei der Entwicklung längsschnittlich überprüft wurde (Leach et al., 2018). Beim PRBQ-8 sollen die Proband*innen bewerten, wie typisch für sie gewisse konditionale Glaubenssätze sind. Diese Glaubenssätze greifen rigide und unflexible negative Kognitionen auf, welche im Zusammenhang mit der Entstehung einer PPD stehen. Diese abgefragten Glaubenssätze repräsentieren in der Auffassung von Leach und Kolleg*innen (2018) das Konstrukt der Einstellungen gegenüber der eigenen Mutterrolle. Sie ähneln dabei Formulierungen negativer Selbstschemata (A. T. Beck, 2002), jedoch mit mutterschaftsspezifischem Bezug. Schemata sollen nach A. T. Beck (2002) stets konditional formuliert sein, ähnlich den Formulierungen der meisten Items des PRBQ-8: mit einem konditionalen Satz wie bspw. „Wenn ich mich nicht mütterlich fühle“ auf den das Schema folgt „dann bedeutet das, dass ich schlecht bin“ (Leach et al., 2018). Im Vergleich zu generellen dysfunktionalen Kognitionen zeigen diese mutterschaftsspezifischen Schemata einen stärkeren Einfluss auf PPD-Symptomatik (Leach et al., 2018). Dies schließt an A. T. Beck (2002) Überlegungen an, dass spezifische dysfunktionale Glaubenssätze einen größeren Effekt auf Depressionen haben als allgemeine unspezifische Glaubenssätze.

Auch mit den von anderen Forscher*innen entworfenen Messinstrumenten konnte ein Zusammenhang von mutterschaftsbezogenen dysfunktionalen Glaubenssätzen und PPD-

Symptomatik bestätigt werden (Sockol et al., 2014; Sockol & Battle, 2015; Thomason et al., 2015). Inhalte dieser kognitiven Muster waren der Glaube, eine schlechte Mutter zu sein (Thomason et al., 2015), mütterliche Verantwortung, Angst vor der Bewertungen durch Andere (Leach et al., 2018; Sockol et al., 2014) und der Wunsch perfekt zu sein (Leach et al., 2018). Dabei betonen die Autor*innen stets, dass Einstellungen, von Erwartungen und Erfahrungen abgegrenzt werden müssen, da sich bei Einstellungen im Unterschied zu Erwartungen und Erfahrungen auch evaluative Komponenten beimengen (Sockol et al., 2014; Sockol & Battle, 2015).

Ursprung entsprechender Einstellungen, so eine mögliche Hypothese, stellen neben Erfahrungen in der eigenen Kindheit auch gesellschaftliche Bilder, soziale Kontexte und eigene Idealbilder von Mutterschaft dar. Rotkirch und Janhunen (2010) sprechen in diesem Zusammenhang von dem schuld- und schaminduzierenden gesellschaftlich produzierten Mythos der Mutterschaft (*Motherhood Myth*), welcher mütterliche Hingabe und Zuwendung idealisiert und alternativlos darstellt, dabei abwesende, selbstbezogene oder aggressive Mütter dämonisiert. Laut den Autor*innen enthält der Mythos ein unmöglich zu erreichendes Idealbild von Mutterschaft und bietet somit eine Grundlage für mütterliche Scham bzw. Schuld. Für diesen Annahme spricht, dass mütterliche Scham in Verbindung mit dem Abweichen des eigenen Selbstbilds von einem Idealbild steht (Liss et al., 2013). Auch Stress geschlechtlichen Rollenbildern zu entsprechen korreliert mit Schamneigung (Efthim et al., 2001).

Nachdem ja schon Zusammenhänge zwischen Schamneigung und depressiven Attributionsstilen bestätigt werden konnten (Pineles et al., 2006; Tangney et al., 1992), soll als ein neuer Ansatzpunkt untersucht werden, inwiefern Schamneigung mit mutterschaftsbezogenen negativen Schemata korreliert. Es wird eine Mediation vermutet, also dass die Verbindung von Schamneigung und PPD durch die Stärke der rigiden präpartalen Einstellungen gegenüber der Mutterrolle mediiert wird. Sinngemäß würde nicht Schamneigung direkt auf PPD-Symptomatik wirken, sondern über das verstärkte Auftreten negativer kognitiver Schemata der werdenden Mutter. Diese mutterschaftsspezifischen Schemata sind geprägt durch die Betonung mütterlicher Verantwortung und einer Idealisierung der eigenen Mutterrolle (Leach et al., 2018).

Mögliche konfundierende Variablen

Folgende Variablen sollen wegen ihrer möglichen konfundierenden Wirkung hin kontrolliert werden: Alter, Parität und Gender. Für den Faktor Alter finden sich in der Literatur unterschiedliche Ergebnisse. Es konnte gezeigt werden, dass postpartale Müdigkeit mit höherem Alter der Mutter korreliert (Giallo et al., 2015). Eine andere Studie fand hingegen keinen Effekt

von Alter auf PPD innerhalb der ersten neun Monate (Gjerdingen et al., 2011). Eine Meta-Analyse (von insgesamt 22 Studien) fand keine konsistenten Ergebnisse für die Variable Alter (Lancaster et al., 2010).

Die Variable Parität soll anzeigen, welche Proband*innen Erstgebärende*r sind (Primipara) und welche Proband*innen schon Kinder geboren haben (Sekundipara bzw. Multipara). Für diesen Faktor fand eine Meta-Analyse von Shorey und Kolleg*innen (2018) keinen Effekt. Gavin und Kolleg*innen (2005) hingegen fanden ein erhöhtes Risiko für PPD bei Zweit- oder Mehrgebärenden. Trotz diesen widersprüchlichen Ergebnissen sollen beide Faktoren in dieser Untersuchung miteinbezogen werden. Grund gibt eine kürzlich veröffentlichte Online-Studie (Bradshaw et al., 2022) mit einer beeindruckenden Stichprobengröße von 1.135 Millionen Gebärenden weltweit. Der Datensatz kam durch eine Verhütungssapp für Frauen zustande. Dadurch ist die Reliabilität der Ergebnisse zwar geringer, doch durch die enorme Stichprobengröße können die gefundenen Effekte als robust angesehen werden. Die Ergebnisse bestätigten sowohl Alter, als auch Parität als beeinflussende Variable für PPD. Mit steigendem Alter der Mütter sank das Risiko für PPD-Symptomatik signifikant und Erstgebärende zeigten im Schnitt signifikant häufiger PPD-Symptomatik (Bradshaw et al., 2022).

Für den Faktor Gender sind bis dato keine Studien bekannt. Inwiefern sich Prävalenzen von PPD bei LGBTQIA+ Proband*innen unterscheiden, ist nach Wissensstand der Autor*in noch nicht untersucht worden. Da in dieser Studie bei der Rekrutierung jedoch sowohl sich als weiblich identifizierende Personen, als auch non-binäre/Transpersonen, angesprochen werden, soll Gender als mögliche konfundierende Variable in die Analysen eingefügt werden.

Die aktuelle Studie

In dieser Studie soll die Verbindung von Schamneigung und PPD mittels eines längsschnittlichen Studiendesigns untersucht werden. Eine ähnlich angelegte deutsch- oder englischsprachige Studie ist der Autorin zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht bekannt. Im Unterschied zu vorherigen Studien (Barr, 2004; 2010; Dunford & Granger, 2017) soll Schamneigung zeitversetzt zur PPD-Symptomatik erhoben werden, in der Annahme, dass präpartal erhobene Schamneigung mit der PPD-Symptomatik zehn Wochen später korreliert.

Wenn dafür ein Zusammenhang gefunden werden würde, wäre nach wie vor die Art und Weise, durch die das Trait-Merkmal Schamneigung Einfluss auf PPD-Symptomatik wirkt, ungeklärt. Studien, welche mögliche Mediatoren und Moderatoren für den Zusammenhang untersuchen, sind kaum vorhanden (O'Hara & McCabe, 2013). Eine mögliche erklärende Variable in diesem Zusammenhang sind rigide Einstellungen gegenüber der eigenen Mutterrolle

(Leach et al., 2018; Sockol et al., 2014; Sockol & Battle, 2015; Thomason et al., 2015), welche in dieser Studie als Mediator zwischen Schamneigung und PPD untersucht werden soll.

Fragestellungen und Hypothesen

Die vorliegende Studie möchte die Rolle mütterlicher Einstellungen und Schamneigung in Zusammenhang und Vorhersage der PPD prüfen. Da diese Studie in Österreich durchgeführt wurde, ergänzt sie die bisher noch zu spärliche Literatur der psychologischen Mutterschaftsforschung im europäischen Kontext und insbesondere auf nationaler Ebene in Österreich. Aufgrund dieser Umstände sind die Fragestellungen sowohl technischer Natur (Übersetzung und Überprüfung von Messinstrumenten), sowie inhaltlicher (Risikofaktoren und deren Wirkmechanismen auf PPD).

Die erste Fragestellung bezieht sich auf die Einsetzbarkeit eines übersetzten Maßes der Mutterschaftseinstellungen in der vorliegenden Stichprobe. Für diese Studie wurde der PRBQ-8 (Leach et al., 2018) erstmalig ins Deutsche übersetzt, da dieser als einziges Instrument für das Konstrukt der rigiden Einstellungen gegenüber der eigenen Mutterrolle bereits faktorenanalytisch überprüft wurde und in seiner Anwendung recht ökonomisch ist. In den Ergebnissen soll daher die Faktorenstruktur des deutschen PRBQ-8 überprüft werden.

H1.1 Alle Items des PRBQ-8 laden mit akzeptablen Faktorladungen auf einem zugrunde liegenden latenten Faktor "Einstellungen gegenüber der Mutterschaft".

Die zweite Fragestellung soll ergründen, ob Schamneigung und rigide Einstellungen gegenüber der eigenen Mutterrolle als Risikofaktoren für das Auftreten einer PPD angenommen werden können. Die Ergebnisse von Dunford und Granger (2017) bezüglich des Zusammenhangs von Schamneigung und PPD sollen in dieser Studie mittels längsschnittlichen Daten repliziert werden. Bereits empirisch überprüfte Risikofaktoren werden ebenso kontrolliert.

H2.1 Es wird angenommen, dass präpartale Werte des PDPI-R positiv mit der Ausprägung der PPD-Symptomatik korrelieren.

H2.2 Es wird ebenso angenommen, dass präpartale Depressionswerte positiv mit der Ausprägung der PPD-Symptomatik korrelieren.

H2.3 Es wird angenommen, dass eine höher ausgeprägte Schamneigung mit einer stärkeren Ausprägung der PPD-Symptomatik korreliert, selbst wenn für Schuldneigung und andere bisher bekannte Risikofaktoren kontrolliert wird.

H2.4 Auch ausgeprägte rigide präpartale Einstellungen gegenüber der eigenen Mutterrolle sollten eine stärkere Ausprägung der PPD-Symptomatik vorhersagen und neben allen zuvor genannten Faktoren zusätzliche Varianz aufklären können.

Die dritte Fragestellung bezieht sich auf die Wirkmechanismen, welche mögliche Ansätze für den Zusammenhang von Schamneigung und PPD repräsentieren: Auf welche Weise trägt Schamneigung zu dem Entstehen von PPD-Symptomen bei? Es wird vermutet, dass rigide Einstellungen gegenüber der Mutterrolle diesen Zusammenhang erklären können.

H3.1 Es wird angenommen, dass ausgeprägte rigide präpartale Einstellungen gegenüber der eigenen Mutterrolle positiv mit Schamneigung korrelieren.

H3.2 Es wird angenommen, dass die Stärke der Verbindung von Schamneigung und PPD-Symptomatik durch das Ausmaß der rigiden Einstellungen gegenüber der eigenen Mutterrolle mediiert wird.

Zusammenfassend soll also geklärt werden, ob Schamneigung das Risiko PPD zu entwickeln erhöht. Ziel der Arbeit ist darüber hinaus, die Untersuchung eines möglichen Wirkmechanismus, welcher den Zusammenhang erklären könnte.

Methoden

Stichprobe

Untersucht wurden zum ersten Erhebungszeitpunkt (T0) Schwangere, ab der 36. Schwangerschaftswoche (SSW). Kriterien für eine Studienteilnahme waren neben dem Schwangerschaftskriterium ein Alter zwischen 18 und 40 Jahre, ein Wohnsitz in Österreich und gute Deutschkenntnisse. War eines der Einschlusskriterien nicht erfüllt, führte dies zum Ausschluss von der Untersuchung. Zu T0 sollten die Proband*innen in den letzten Wochen ihrer Schwangerschaft sein, und zum zweiten Erhebungszeitpunkt (T1) im späten Wochenbett, also postpartum. In der Ansprache der Teilnehmenden wurde sich um eine gendersensible Sprache bemüht, welche von männlichen, weiblichen und non-binären/transidentitären Versuchspersonen ausging. Im Folgenden wird daher stets von Proband*innen oder Teilnehmenden die Rede sein, wenn ich über die Ergebnisse dieser Studie berichte.

391 Personen riefen die Studie tatsächlich auf, im Zuge des Screening gab es jedoch einen Ausschluss von 160 Personen (13 Personen gaben kein Einverständnis in die Studienteilnahme). Letztendlich begannen 212 Proband*innen mit den ersten Fragebögen von T0, 181 Proband*innen schlossen T0 ab. Zwischen T0 und T1 entstand ein Drop-out von 35 Proband*innen (19%), da nur 146 Proband*innen mit den Fragebögen zu T1 begannen. Drei weitere Proband*innen beendeten die Studie vorzeitig während der T1 Erhebung. Die Stichprobengröße betrug somit $N = 143$.

In Tabelle 1 sind die soziodemographischen Charakteristika der Stichprobe aufgeführt. Bis auf eine Person identifizierten sich alle Teilnehmenden als weiblich, der Großteil ohne

Migrationshintergrund und in einer heterosexuellen Beziehung. Das Gros der Stichprobe hatte einen akademischen Abschluss als höchsten Abschluss.

Tabelle 1

Soziodemographische Charakteristik der Stichprobe

Variable	<i>n</i>	%
Geschlecht		
Weiblich	142	99.3
Männlich	1	0.7
Migrationshintergrund		
Ja	10	7.0
Nein	133	93.0
Sexuelle Orientierung		
Hetero	130	90.9
Bi	10	7.0
Homo	1	0.7
Anders	2	1.4
Beziehungsstatus		
Single	1	0.7
Verheiratet/Zusammenlebend	115	80.4
In Beziehung	27	18.9
Parität		
Primipara	91	63.6
Sekundipara	33	23.1
Multipara	19	13.3
Hat psychische Erkrankung		
Ja	5	3.5
Nein	138	96.5
Komplikationen bei oder nach der Geburt		
Ja	30	21.0
Nein	113	79.0
Füttern des Babys durch		
Stillen	103	72.0
Flasche	17	11.9
Kombination	23	16.1
	<i>M</i>	<i>SD</i>
Alter	31.98	4.3
T0 Messung (SSW)	37.61	1.50
T1 Messung (Wochen nach Geburt)	7.13 ^a	1.98 ^a

Anmerkung. *N* = 143. ^a *N* = 140, da 3 missverständliche Daten.

Vorhandene psychische Erkrankungen wurden nur von fünf Proband*innen angegeben. Vier von ihnen berichteten von vorliegenden Angststörungen, und drei von ihnen von Depressionen.

Bezogen auf die Familienführung war für über die Hälfte das gerade geborene Kind das Erstgeborene, für knapp ein Viertel das zweite biologische Kind und für 13.3% das Dritt-, Viert- oder Fünftgeborene. Sechs Proband*innen hatten auch bereits ein oder mehrere nicht-biologische Kinder. In der nun untersuchten Schwangerschaft und Geburtszeit erlebten 30 der Proband*innen Komplikationen, und 18 Babys mussten nach der Geburt behandelt werden, davon jedoch nur vier Babys intensivmedizinisch.

Bezogen auf die Messzeitpunkte so beantworteten die Teilnehmenden die Umfrage durchschnittlich zu T0 in der 37. SSW und zu T1 in der siebten Woche postpartum. Zu T0 lagen 16.8% der Proband*innen über einem Cut-Off für eine wahrscheinliche PPD, zu T1 waren es 16.1%.

Prozedere

Studiendesign

Mittels eines längsschnittlichen Studiendesigns wurden sowohl bereits bekannte und zusätzlich neu zu untersuchende Risikofaktoren einer PPD auf ihren vorhersagenden Effekt hin überprüft. Der erste Messzeitpunkt (T0) befand sich zwischen der 36. SSW und der Geburt, der zweite Messzeitpunkt (T1) immer 10 Wochen später. Angestrebt wurde ein T1 bei ca. acht Wochen nach der Geburt, da sich bei vielen Müttern bis dahin PPD-Symptomatik manifestiert hat (Dorn & Mautner, 2018; O'Hara & McCabe, 2013) und diese zudem in klarer zeitlicher Abgrenzung zum *Babyblues* liegt. Tatsächlich lagen die T0 Erhebungen in der Stichprobe zwischen der 35. und der 41. Woche, $M = 37.61$, $SD = 1.50$. T1 Erhebungen fanden zwischen der zweiten und 13. Woche postpartum statt, $M = 7.13$, $SD = 1.98$. Als abhängige Variable diente die Ausprägung der postpartalen Depressionssymptomatik zu T1. Der Einfluss von verschiedenen Prädiktoren, welche zu T0 gemessen wurden, auf die abhängige Variable wurde untersucht.

Untersuchungsdurchführung

Die Datenerhebung fand ausschließlich online statt. Mittels der Online-Plattform SoSci-Survey wurde die Umfrage für beide Messzeitpunkte erstellt. Die Proband*innen wurden vor allem über Facebook-Foren rekrutiert. Die Facebook-Gruppen behandelten Themen rund um Schwangerschaft, Geburt und Mutter sein. Titel lauteten z.B. „Schwanger in Österreich“, oder „Mama in Österreich“. Auch in lokalen Online-Gruppen wurde rekrutiert, wie z.B. in Gruppen für die Vernetzung einer bestimmten Regionen. Es wurde immer ein Flyer und ein kurzer

Einladungstext (siehe Anhang A) mit dem Studienlink gepostet. Der Studientitel lautete: „Mutter werden–Mutter Sein: Eine Längsschnittstudie zur Geburt“. Es erfolgte außerdem ein Studienaufruf auf der Website des Instituts für Klinische Psychologie an der Universität Wien. Daneben erfolgten auch noch Bemühungen über Hebammen, Gynäkolog*innen, Praxen und Ambulanzen zu rekrutieren. Diese wurden meist telefonisch oder elektronisch kontaktiert. Flyer und Poster wurden postalisch verschickt oder persönlich vorbeigebracht. Die persönliche Rekrutierung konzentrierte sich auf den städtischen Raum Wiens, die Rekrutierung über Online-Foren jedoch auf ganz Österreich, mit dem Vorteil eine größere Stichprobengröße zu erreichen.

Über einen Link oder QR-Code konnten Interessierte auf die Studie zugreifen. Nach ausführlicher Proband*inneninformation und darauffolgende aktive, informierte Einwilligung in die Studienteilnahme (siehe Anhang B) wurden die Interessierten zu den Screening-Fragen weitergeleitet. Wenn die Antworten auf die Screening-Fragen den Einschlusskriterien nicht entsprachen, wurde die Erhebung automatisch beendet. Entsprachen die Antworten jedoch den Einschlusskriterien, so wurden die Proband*innen gebeten ihre Mail-Adresse anzugeben. Diese waren notwendig, um automatische Einladungen zu beiden Messzeitpunkten zu verschicken. Die Kontaktadressen wurde aus Gründen des Datenschutzes im SoSci-Survey System getrennt zu den erhobenen Daten gespeichert. Durch die vollständige Automatisierung der Erhebung und Pseudonymisierung konnte größtmöglicher Datenschutz, auch vor dem Studienteam gewährt werden. In einer dann folgenden automatisch generierten Mail erhielten die Proband*innen sofort einen Link mit dem ersten Teil der Umfrage (T0). 10 Wochen später folgte eine zweite automatisierte Mail mit einer Einladung zum zweiten Teil der Umfrage (T1). Die T0 Erhebung nahm in etwa 20 Minuten in Anspruch, die T1 Erhebung in etwa 10 Minuten.

Als Aufwandsentschädigung für die Studie, und um die Teilnahme attraktiver zu gestalten, konnten die Proband*innen nach T1 ihre Teilnahme an einem Gewinnspiel bestätigen. Es wurden fünf Gutscheine in Höhe von 25€ für einen Babyartikel-Shop verlost. Ebenso folgte eine Einladung für einen freiwilligen Zoom zum Austausch und Vernetzen mit anderen Teilnehmer*innen der Untersuchung. Dieser fand jedoch aufgrund von nur einer einzigen Anmeldung im Vorfeld nicht statt. Die Erhebung startete im September 2021 und endete Anfang Mai 2022, wobei die T0-Erhebungen bereits Ende März 2022 eingestellt wurden und nur Zeit zur Komplettierung der Studie gelassen wurde.

Erhebungsinstrumente

Screening. Vor der tatsächlichen T0 Erhebung wurden im Screening die Einschlusskriterien (Alter über 18 Jahre, wohnhaft in Österreich, schwanger in der mindestens

36. SSW) abgefragt. Wurde eines der Items nicht den Kriterien entsprechend beantwortet, führte dies zum automatischen Ausschluss.

Soziodemographische Angaben. Zu T0 wurden die Proband*innen nach Alter, Geschlecht, sexueller Orientierung, Migrationsstatus, Muttersprache, Brutto-Jahreseinkommen des Haushalts, höchster Bildungsstatus, Familienstand, ggf. Länge der Beziehung/Ehe, Anzahl biologische bzw. nicht-biologische Kinder und ggf. Alter des ältesten bzw. jüngsten Kindes, Ausbildungsstatus, beruflicher Bereich als auch nach psychischen oder körperlichen Beeinträchtigungen gefragt. Die Items wurden so programmiert, dass nicht relevante Fragen für den*die Proband*in nicht angezeigt wurden (z.B. bei kinderlosen Personen keine Fragen nach Alter der Kinder). Zuletzt wurde nach der aktuellen SSW gefragt. Zu T1 wurde zu Beginn nach der Zeit (in Wochen) gefragt, welche seit der Geburt vergangen ist. Es folgte ein Rating zum allgemeinen Geburtserleben, sowie weitere Fragen zu vorgekommenen Komplikationen bei der Geburt, eventuellen geburtsbezogenen Behandlungen im Krankenhaus, Füttern des Kindes (Stillen, Flasche oder Kombination der beiden), und ob der Wunsch auf eine andere Art der Fütterung bestand. Alle Items, sowohl von T0 als auch T1, wurden von den Autor*innen selbst erstellt.

PPD-Symptomatik. Ausprägung der prä- und postpartalen Depressionssymptomatik wurde mittels der EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*; Cox et al., 1987; dt. Übersetzung von Bergant et al., 1998) gemessen. Bei der EPDS werden zehn Items vorgegeben, welche die Proband*innen zu ihrem Befinden in den letzten sieben Tage befragen (z.B. „In den letzten 7 Tagen habe ich mich traurig und schlecht gefühlt“). Jedes Item bietet vier Antwortmöglichkeiten, welche stets unterschiedlichen Wortlauts sind und auf die Frage abgestimmt sind. Jede Antwort ist einem numerischen Wert von 0–3 zugeordnet. Die Auswertung erfolgt mittels Summenscores. Die Range liegt zwischen 0 und 30. Ein höherer Score des EPDS weist auf ausgeprägtere PPD-Symptomatik hin, jedoch ohne auf die Intensität und Dauer der Symptome einzugehen. Der EPDS stellt somit ein Screening- Instrument dar, ohne diagnostische Urteilskraft (Cox, 2017). Für die Zeit der Schwangerschaft und die Zeit postpartum ist der EPDS dennoch das am häufigsten eingesetzte Screening-Verfahren (Bergant et al., 1998; Sambrook Smith et al., 2022). Da zwei Items des EPDS auch nach Ängsten fragen, wird wahrscheinlich auch Ängstlichkeit miterhoben (Bergink et al., 2011; Sambrook Smith et al., 2022). Der EPDS scheint nicht für die frühe Schwangerschaft, sowie für die Periode kurz nach der Geburt geeignet zu sein, wahrscheinlich auf Grund der starken hormonellen Umstellungen (Sambrook Smith et al., 2022). Bisherige Validierung des deutschen EPDS kam zu einem Cronbachs Alpha von .81. Seine Split-half-Reliabilität betrug $r = .82$. Er ist sowohl

für die Schwangerschaft, als auch für die Zeit postpartum validiert (Bergant et al., 1998; Bergink et al., 2011). Cut-Off Werte für den deutschen EPDS liegen entweder bei 13 für das Identifizieren einer wahrscheinlichen Depression und bei 10 für eine mögliche Depression (Kühner, 2016). In einer Studie konnte gezeigt werden, dass bei einem Cut-Off von 10 69% an einer unipolaren Depression und 23% an einer bipolaren Depression litten. Bei 55% konnte eine zusätzliche (komorbide) Angststörung diagnostiziert werden und bei 6% lag ausschließlich eine Angststörung vor (Wisner et al., 2013). In der vorliegenden Studie wird daher von PPD-Symptomatik gesprochen, es kann nicht von einer PPD-Erkrankung ausgegangen werden. Der EPDS wurde dennoch gewählt, da dieser eines der ökonomischsten Messinstrumente in diesem Bereich darstellt und sich gut in bestehende Forschung eingliedert. Er vermittelt eine quantitative Ermittlung einer erschwerten Anpassungen an die Herausforderungen des Mutterwerdens. Der EPDS wird in dieser Studie zu T0 und T1 vorgegeben, so dass sowohl präpartale, als auch postpartale Werte für Depressionsausprägung vorliegen. In dieser Studie fand sich ein gutes Cronbachs Alpha ($\alpha = .87$) und die Itemtrennschärfen der Skala variierten zu T0 zwischen .37 - .76 und zu T1 zwischen .31 - .74.

Risikofaktoren der PPD. Als Screening Instrument von Risikofaktoren, welche die Entstehung einer PPD begünstigen, wurde der PDPI (*Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised*; C. T. Beck, 2001) verwendet. Der PDPI basiert auf frühen Metaanalysen von C. T. Beck (1996a; 1996b), in denen neun Risikofaktoren bestätigt werden konnten. Später wurde der PDPI überarbeitet und um weitere vier Faktoren ergänzt (PDPI-R; C. T. Beck, 2002). Die vollständige Version besteht aus insgesamt 13 Faktoren, 10 Risikofaktoren für prä- und postpartal, und 3 Risikofaktoren ausschließlich für die postpartale Version. Die 10 Risikofaktoren, in der präpartalen Version werden mit 32 Items abgefragt. Ein dichotomes Antwortformat (Ja = 1; Nein = 0) wird verwendet. Der finale Summenscore variiert zwischen 0 und 32. Die zehn Risiken lauten: Familienstand, sozioökonomischer Status, Selbstwertgefühl, pränatale Depression und –Ängste, ungewollte/ungeplante Schwangerschaft, soziale Unterstützung durch Partner*in, Familie und Freun*innen, Beziehungszufriedenheit und belastende Lebensereignisse (Stress). Bspw. lautet eine Frage: „War die Schwangerschaft geplant?“. Im Falle eines „Ja“ gibt es dafür keinen Punkt, im Falle eines „Neins“ jedoch einen. Je höher der Summenscore, desto mehr Risikofaktoren für eine PPD treffen zu (C. T. Beck et al., 2006). Eine Erhebung der psychometrischen Eigenschaften des PDPI-R ergab eine zufriedenstellende interne Reliabilität mit einem Cronbachs Alpha von .82. Prädiktive Reliabilität konnte auch bestätigt werden, da die Werte des präpartalen PDPI-R die Werte des EPDS postpartum gut vorhersagen können (C. T. Beck et al., 2006; Oppo et al., 2009; Records

et al., 2007). Für diese Studie werden ausschließlich die Werte der präpartalen Version des PDPI-R (T0) herangezogen, da dieser im Vergleich zur postpartalen Version eine bessere Spezifität und Sensitivität aufweist (C. T. Beck et al., 2006; Records et al., 2007).

Scham- und Schuldneigung. Das derzeit mit am häufigsten eingesetzte Messinstrument für Scham- und Schuldneigung ist der TOSCA-3 (*Test of Self-Conscious Affects 3*; Rüscher et al., 2007; Tangney et al., 2000). In seiner Kurzform beschreibt der TOSCA-3 11 Szenarien aus beruflichen und privaten Kontexten, welche scham- und schuldinduzierend sein können. Auf jedes Szenario folgen je vier verschiedene mögliche Reaktionen, welche entweder auf Scham, Schuld, Externalisierung oder Distanzierung schließen lassen. Mit einer 5-stufigen Likert-Skala sollen die Proband*innen bewerten, inwieweit die jeweilige Reaktion wahrscheinlich für ihre Person wäre. Dabei steht 1 für *nicht wahrscheinlich* und 5 für *sehr wahrscheinlich*. Es werden Mittelwerte für die daraus entstehenden Schuld- und Schamneigungsskalen berechnet. Auf die Skalen zur Externalisierung und Distanzierung wird in dieser Arbeit aus inhaltlichen Gründen nicht weiter eingegangen.

Ein Szenario lautet beispielsweise „Sie überfahren auf der Straße ein kleines Tier“, mit Reaktionsmöglichkeiten wie „Sie würden denken: ‘Ich bin ein schrecklicher Mensch’“ für eine Schamreaktion, oder „Sie würden wahrscheinlich mehrmals darüber nachdenken und sich fragen, ob sie es hätten verhindern können“ als Schuldreaktion. Für die deutsche Version des TOSCA-3 konnte eine gute interne Konsistenz für die Schamneigungsskala ($\alpha = .91$) gefunden werden, eine jedoch wesentlich geringere und recht unzufrieden stellende für Schuldneigung, $\alpha = .57$ (Rüscher et al., 2007). Bei Rüscher und Kolleg*innen (2007) konnten Belege für diskriminante Validität der Schuld- und Schamneigung nur in gesunden Stichproben gefunden werden. Dies kann so interpretiert werden, dass in klinischen Stichproben die Grenze zwischen Scham- und Schuld nicht exakt gezogen werden könne (Rüscher et al., 2007). Eine faktorenanalytische Untersuchung konnte die von Tangney und Kolleg*innen (2000) intendierte Faktorenstruktur der längeren Version des TOSCA-3 bestätigen: es werden sechs *self-conscious* Emotionen repräsentiert, sowie 16 latente methodische Faktoren, welche sich durch die 16 verschiedenen Szenarien in der langen Version ergeben (Lacerenza et al., 2020, S. 575). Die Retest-Reliabilität war zufriedenstellend, was darauf hinweist, dass der TOSCA-3 Scham- und Schuldneigung als stabile Trait-Eigenschaften misst. Auf Grund der oft starken Korrelationen der Schuld- und Schamneigungsskala, sowie die häufig unscharfe Unterscheidung der beiden Emotionen (Rüscher et al., 2007), werden in dieser Studie möglichst beide Skalen in die Analysen eingefügt, so dass Aussagen über schuldfreie Scham möglich sind. Der TOSCA-3 wurde in dieser Studie zu T0 vorgegeben. Es zeigte sich eine akzeptable

Reliabilität für Schamneigung ($\alpha = .78$), und eine sehr niedrige für Schuldneigung ($\alpha = .51$). Die Itemtrennschärpen der Schamneigungsskala variierten zwischen .26 - .65, die der Schuldneigungsskala zwischen .06 - .38. Neun von 11 Items der Schuldneigungsskala zeigten in dieser Studie eine inakzeptable Itemtrennschärfe ($< .3$)

Präpartale Einstellungen gegenüber der Mutterrolle. Zur Messung von präpartalen Einstellungen gegenüber der zukünftigen Mutterrolle wird der PRBQ-8 (*Pregnancy Related Beliefs Questionnaire-8*) verwendet, welcher im Original aus 54 Items (Moorhead et al., 2003) bestand, jedoch in einer aktualisierten Fassung erstmalig faktorenanalytisch überprüft und auf acht Items gekürzt wurde (Leach et al., 2018). Items, welche sich nicht auf den kognitiven Stil bzw. die Einstellung der Mutter bezogen, wurden ausgeschlossen. Für die vorliegende Studie wurde der Fragebogen erstmalig ins Deutsche übersetzt. Ursprünglich entwickelt wurde der Fragebogen für die Detektion maladaptiver kognitiver Stile in der Schwangerschaft, welche im Zusammenhang mit peripartaler- und PPD stehen (Moorhead et al., 2003). Er besteht aus acht Items. Die Items sind als Aussagen formuliert, welche rigide Einstellungen gegenüber der eigenen Mutterrolle darstellen. Die Proband*innen sollen diese auf einer 7-stufigen Likert-Skala von 1 (*Stimme überhaupt nicht zu*) bis 7 (*Stimme völlig zu*) bewerten. In der Instruktion wird darauf hingewiesen, dass nicht entsprechend der Meinung angekreuzt werden soll, sondern anhand dessen, wie sich der*die Proband*in in den jeweiligen Situationen am ehesten Fühlen würde. Beispielsweise lautet ein Item „Wenn ich mich nicht richtig um mein Baby kümmern kann, dann zeigt das, dass ich nutzlos bin“. Für die Auswertung wird ein Mittelwert berechnet. In der Validierung zeigte der präpartal vorgegebene PRBQ-8 eine sehr gute interne Konsistenz mit einem Cronbachs Alpha von .85. Seine prädiktive Validität war ebenso zufriedenstellend, da der PRBQ-8, auch wenn für soziodemographischen Variablen, präpartale Depression und allgemeine dysfunktionale Einstellungen kontrolliert wurde, mit einem $\beta = .31$ ($p < .001$) die postpartalen EPDS-Scores signifikant vorhersagen konnte. Im Vergleich zu anderen Messinstrumenten für präpartale Einstellungen gegenüber der Mutterschaft war der PRBQ-8 der einzige Fragebogen, welcher mit einer konfirmatorischen Faktorenanalyse überprüft wurde. Es konnte ein guter Modelfit nachgewiesen werden (Leach et al., 2018). In dieser Studie wurde der PRBQ-8 ins Deutsche übersetzt, zu T0 vorgegeben und faktorenanalytisch validiert. Gütekriterien werden daher in den Ergebnissen berichtet.

Übersetzungen der Fragebögen

Sowohl der PRBQ-8 in seiner Originalfassung von Leach und Kolleg*innen (2018), als auch der PDPI-R (C. T. Beck, 2002) mussten für die Anwendung an einer österreichischen Stichprobe zuerst ins Deutsche übersetzt werden. In Anlehnung an Empfehlungen für das

kulturübergreifende Adaptieren von Fragebögen (Dorcas et al., 2000) übersetzte die Autor*in mithilfe einer Kolleg*in die beiden Fragebögen aus dem Englischen ins Deutsche. Die hieraus entstandenen zwei Versionen der Fragebögen wurden miteinander verglichen, Unterschiede markiert und diskutiert. Hieraus entstand eine vorläufige deutsche Version, welche im nächsten Schritt durch einen *naiven Übersetzer* (fachlich nicht bewandert und uninformiert über die Studienabsicht) ins Englische rückübersetzt wurde.

Bei einem gemeinsamen Treffen aller drei Beteiligten wurden die Originalfassungen mit der rückübersetzten englischen Version verglichen. Passagen und Items, welche nicht übereinstimmten, wurden diskutiert und eine finale Versionen wurden erstellt. Das Einberufen einer empfohlenen Expertenkommission, sowie eine Prä-Testung der Fragebögen war aus ökonomischen Gründen leider nicht möglich.

Im Anhang C findet sich eine Gegenüberstellung des übersetzten deutschen und englischen Originalfragebogen. In der Übersetzung des PDPI-R stellte eine besondere Schwierigkeit das Screeningformat des PDPI-R (C. T. Beck et al., 2006) dar. Im Original des PDPI-R sind die Item jeweils unter Überschriften zusammengefasst, so dass das abgefragte Konstrukt deutlich wird. Wie im Anhang C zu sehen ist, ließen wir diese in der deutschen Übersetzung aus, um den PDPI-R als Selbstberichtsverfahren nutzen zu können. Die Ansprache betreffend wurde sich auf ein Siezen geeinigt. Das Item zum Sozioökonomischen Status wurde nicht übersetzt, da dieses Item recht wenig Augenscheinvalidität aufwies. Es wurde durch ein Item aus den soziodemographischen Angaben ersetzt. Bezüglich der Sprache so zeigten sich nur manche Wortlaute als diskussionswürdig. Begriffe bezüglich Ehe/Partnerschaft wurden auf die umgangssprachlichen deutschen Wörter angepasst, so dass hier keine Irritation bei den Proband*innen ausgelöst würde. Ansonsten wurde sich bemüht, die deutschen Items recht ähnlich zu den Englischen zu halten. Die Übersetzung. „Fühlen Sie sich wertvoll?“ entspricht dabei nicht der deutschen Umgangssprache, doch sollte sich die deutsche Formulierung semantisch nicht zu weit von dem Original entfernen, um konzeptuelle Unterschiede zwischen der deutschen und englischen Versionen zu vermeiden. Ein Austausch mit C.T. Beck über die konzeptuellen Hintergründe des Originalfragebogen war leider nicht möglich.

Schwierigkeiten in der Übersetzung des PRBQ-8 bestanden vor allem in der Übersetzung der Anweisungen des Fragebogen. Im Original wurde ein recht langer Text verfasst, welcher die Proband*innen anleitet, so anzukreuzen, wie sie typischerweise fühlen und denken. Die deutsche Fassung dieser Anleitung, welche den Proband*innen vorgelegt wurde, war eine etwas kürzere und zusammengefasste Version dieser Originalanleitung. Bei der Formulierung der Items, ersichtlich in Tabelle 2, kamen nur gering Schwierigkeiten auf. Das achte Item wurde

diskutiert hinsichtlich der Formulierung „as should be“ und inwiefern „wie es sein sollte“ eine richtige Übersetzung des Items wäre. Es wurde sich auf die Formulierung „wie es sich gehört“ geeinigt und bei der Rückübersetzung ins Englische zeigten sich keine Differenzen zur Originalfassung. Dennoch liest sich das achte Item im deutschen Wortlaut etwas eigentümlich. Beim dritten Item zeigten sich Unterschiede in der Rückübersetzung und „kümmern“ wurde mit „care“ anstelle von „look after“ übersetzt, doch es wurde sich auf „kümmern“ als die geeignetste Übersetzung geeinigt. Der Satzbau musste teilweise ebenso diskutiert werden, doch kam es hier immer schnell zu gemeinsamen Lösungen.

Tabelle 2

Übersetzung des PRBQ-8 in die deutsche Sprache

PRBQ-8 im Original	Deutsche Übersetzung	Item-trennschärfe ^a
1. If some else's baby is happier than mine, it is probably because I am an inadequate mother	1. Wenn ein anderes Baby glücklicher als meines scheint, so liegt das wahrscheinlich daran, dass ich als Mutter ungeeignet bin.	.67
2. If I am unable to satisfy my baby, I am a bad mother	2. Wenn ich mein Baby nicht zufriedenstellen kann, bin ich eine schlechte Mutter.	.71
3. If I can't look after my baby properly, it shows I am useless	3. Wenn ich mich nicht richtig um mein Baby kümmern kann, dann zeigt das, dass ich nutzlos bin.	.79
4. If I do not feel maternal, it means I am bad.	4. Wenn ich mich nicht mütterlich fühle, dann bedeutet das, dass ich schlecht bin.	.73
5. If my baby is unhappy, I will feel that it is my fault	5. Wenn mein Baby unglücklich ist, werde ich das Gefühl haben, dass es meine Schuld ist.	.70
6. If I do not feel completely emotionally attached to my baby, I should worry about what this means	6. Wenn ich mich meinem Baby nicht vollständig emotional verbunden fühle, sollte ich mir Gedanken darüber machen, was das bedeutet.	.51
7. If someone important pays me less attention after the birth, it is because the baby is more important to them than I am	7. Wenn mir jemand Nahestehendes nach der Geburt weniger Aufmerksamkeit schenkt, dann weil ihm* ihr mein Baby wichtiger ist als ich.	.37
8. I am as enthusiastic as should be about my role as a mother	8. Ich bin so enthusiastisch wie es sich gehört über meine Rolle als Mutter.	.01

Anmerkung. ^a für die deutsche Übersetzung.

Kontrollvariablen

Weitere in die Analysen einzufügende Variablen stellen sowohl das Alter der

Proband*innen dar, als auch die Parität der Gebärenden. Es wurde sich gegen das Einfügen der Kontrollvariable Gender entschieden, da sich lediglich eine Person als nicht weiblich identifizierte. Für die anderen zwei Kontrollvariablen werden in den Analysen diejenigen Proband*innen, die bei der kommenden Geburt zu der Gruppe der Primipara gehören, von denen unterschieden, die als Sekundipara bzw. Multipara gelten. Hierfür wurden die Proband*innen nach bisherigen biologischen Kindern gefragt und mittels einer Dummy-Kodierung wurde alle Primipara in eine Gruppe gefasst, sowie die Multipara in eine andere Gruppe. Die Kontrollvariable Alter konnte einfach aus dem Fragebogen entnommen werden.

Statistische Auswertung

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mithilfe der statistischen Programme IBM SPSS AMOS 27.0.0 und IBM SPSS Statistics 28.0.0.0.

Zuerst musste die Faktorenstruktur des PRBQ-8 (H 1.1) überprüft werden. Es wurde eine konfirmatorische Faktorenanalyse durchgeführt. Die Faktorladung, welche am stärksten auf den latenten Hauptfaktor lud, wurde vorab auf 1 fixiert (*Fixed Factor Method*) um eine genaue Schätzung der anderen Parameter zu ermöglichen. Standardisierte Regressionskoeffizienten, Modelfits, Itemtrennschärfen und Kovarianzen wurden betrachtet und interpretiert.

Zur weiteren Auswertung wurden die Mittelwerte für die TOSCA-3 Skalen der Scham- und Schuldneigung, sowie der Mittelwert für die Skala der mutterschaftsbezogenen Einstellung erstellt. Die Werte des PDPI-R, sowie die des EPDS zu T0 und T1 wurden in Summen-Scores zusammengefasst. Um die Variable sozioökonomischer Status für den PDPI-R zu erheben, wurde auf eine der soziodemographischen Variablen (Brutto-Haushaltseinkommen eines Jahres) zurückgegriffen. Diese Variable wurde dem PDPI-R entsprechend kodiert, dass ein Brutto-Haushaltseinkommen unter 12.499 als Risikofaktor kodiert wurde (Zahlenwert = 1), alles über diesen Betrag als kein Risikofaktor (Zahlenwert = 0). Eine Umkodierung der Variable Beziehungsstatus erfolgte ebenso entsprechend des PDPI-R. Missverständliche Angaben der SSW wurden vereinheitlicht. Hebammen zählen stets die SSW, sowie die Tage (Geist et al., 1995) und daher gaben manche Proband*innen ihre SSW inkl. Tage an. Dies wurde an die Zählweise dieser Studie angepasst und so wurde bspw. aus 36 + 3 die 36. SSW. Drei der Angaben zur Anzahl der Wochen seit der Geburt wurden von den Proband*innen missverstanden und mussten daher ausgelassen werden. Um die Stichprobe genauer zu beschreiben, erfolgten die Berechnungen deskriptiver Statistik. Fünf Proband*innen (Nr. 36, 67, 69, 116, 129) gaben an, aktuell an einer psychischen Beeinträchtigung zu leiden. Wie in den Boxplots im Anhang D ersichtlich ist, gehörten ihre Werte jedoch nicht zu den Ausreißern

innerhalb der Boxplots. Daher wurden sie nicht von den weiteren Analysen ausgeschlossen. Reliabilitätsanalysen für alle Skalen wurden durchgeführt.

Es folgte eine Analyse der Attrition (*selektiver Drop-out*), um festzustellen, inwiefern sich die Daten derjenigen, die die Fragebögen vollständig ausgefüllt haben, von denjenigen unterscheiden, welche vorher abbrachen. Es wurden mehrere t-tests für unabhängige Stichproben berechnet, um die Ausprägungen der Variablen Schamneigung, präpartalen Depressionswerten und Ausmaß der zutreffenden Risikofaktoren einer PPD der zwei Gruppen zu vergleichen. Mittels eines χ^2 -Tests wurden die beiden Gruppen auch hinsichtlich der Variable Parität verglichen.

Für die weitere Hypothesentestung wurde der Datensatz von Ausreißern bereinigt. Mittels einer multivariaten Ausreißeranalyse wurde für alle untersuchten Variablen (Parität, Alter, Schuldneigung, PDPI-R, PPD zu T0, PPD zu T1, Schamneigung, Einstellungen gegenüber Mutterschaft) innerhalb einer multiplen linearen Regressionsanalyse der Mahalanobis-Abstand für jede untersuchte Person bestimmt. Durch einen Vergleich mit einer χ^2 -Verteilung mit denselben Freiheitsgraden konnten diejenigen identifiziert werden, deren Werte übermäßig ausrissen. Drei Proband*innen wurden ausgeschlossen (Signifikanzniveau von 5%). Von nun an wurde mit $N = 140$ weitergerechnet.

Um zu bestimmen, welche Risikofaktoren einen signifikanten Einfluss auf den Schweregrad einer PPD ausüben (H2.1 - 2.4), wurde eine hierarchische schrittweise multiple Regressionsanalyse durchgeführt. Die Voraussetzungsprüfung ergab, dass die vorliegenden Daten sowohl hinsichtlich ihrer Multikollinearität, Homoskedastizität als auch hinsichtlich ihrer Linearität des Zusammenhangs für eine multiple Regressionsanalyse geeignet waren (siehe Anhang E). Allerdings konnte die Normalverteilung der Residuen nicht ausreichend belegt werden, da die standardisierten Residuen sich außerhalb des Rahmens von -2.5/2.5 befanden, und der Mahalanobis-Abstand nicht eingehalten werden konnte (siehe Anhang E). Es folgte daher ein Umstieg auf BCa-Bootstrapping mit 2,000 BCa-Stichproben.

Im ersten Schritt der Regressionsanalyse wurde ausschließlich für Alter, Parität und Schuldneigung kontrolliert. Im zweiten Schritt wurden dann die schon bekannten Risikofaktoren ins Modell aufgenommen: die Werte des PDPI-R (H2.1), welche einen Score für das Ausmaß der erfüllten Risikofaktoren einer PPD bilden, und die präpartalen Depressionswerte (H2.2) als bisher stärksten bekannten Prädiktor. Im dritten Schritt wurde Schamneigung als Risikofaktor ins Modell eingefügt (H2.3). Im vierten Schritt wurde der Gesamtscore der mütterlichen Erwartungen als Prädiktor überprüft, welcher präpartale Einstellungen gegenüber der eigenen Mutterrolle repräsentiert (H2.4). Auf Grund der einseitig

gerichteten Hypothesen wurden die Variablen präpartale Risikofaktoren, präpartale Depression, Schamneigung und Einstellungen gegenüber der Mutterschaft einseitig auf Signifikanz getestet.

Zuletzt wurden die Mediationshypothesen (H3.1 – H3.2) überprüft, also inwiefern rigide Einstellungen gegenüber der eigenen Mutterrolle die Verbindung von Schamneigung und PPD vermitteln. In das Pfadmodell wurden als weitere Kontrollvariablen jene Faktoren aufgenommen, welche in der Regressionsanalyse einen signifikanten Einfluss auf PPD zeigten. Von dem Einfügen anderer Kontrollfaktoren wurde auf Grund der geringen Stichprobengröße abgesehen. Bei allen inferenzstatistischen Berechnungen wurde das α -Fehlerniveau a priori auf .05 festgelegt.

Ergebnisse

Deskriptive Statistik

Wie in Tabelle 3 ersichtlich ist, zeigten die durchschnittlichen Depressionswerte kaum Unterschiede zwischen T0 und T1. Die angegebenen Werte der präpartalen Einstellungen gegenüber der Mutterrolle variierten zwischen 1 und 6 und der Durchschnitt befand sich dabei genau in der Mitte.

Tabelle 3
Interkorrelationsmatrix aller untersuchten Variablen

Variable	M	SD	1	2	3	4	5
1. PPD T0	7.37	5.53	-				
2. PPD T1	7.31	5.24	.52**	-			
3. Risikofaktoren PPD T0	5.50	4.23	.53**	.42**	-		
4. Schamneigung T0	2.88	0.68	.52**	.41**	.36**	-	
5. Schuldneigung T0	4.12	0.40	-.05	-.03	-.08	.14	-
6. Erwartungen T0	2.99	1.30	.49**	.32**	.17*	.62**	.17*

Anmerkung. $N = 140$. * $p < .05$. ** $p < .001$. PPD gemessen durch den EPDS; Risikofaktoren PPD gemessen durch den PDPI-R; Schamneigung und Schuldneigung gemessen durch TOSCA-3; Erwartungen T0 gemessen durch den PRBQ-7.

Auch das erhobene Ausmaß der Schamneigung, gemessen durch den TOSCA-3, lag durchschnittlich eher im mittleren Bereich. Die Werte des PDPI-R, welche in der Stichprobe zwischen 1 und 20 variierten, zeigten einen Mittelwert eher im unteren Bereich. Dies deutet auf eine Stichprobe mit eher geringer Risikoexposition hin.

Die Attritionsanalyse untersuchte mögliches selektives Drop-out innerhalb der Studie. Die Ergebnisse wiesen jedoch auf keine signifikanten Unterschiede der Schamneigungsausprägung zwischen der Gruppe ($n = 44$), welche die Studie vorher abgebrochen hat, und der Gruppe ($n = 143$), welche die Studie vollständig abschloss, $t(185) = .59$, $p = .557$. Bei der Betrachtung der Risikoexposition, also den Werten des PDPI-R, fand sich ebenso kein signifikanter Unterschied zwischen der Gruppe der abgeschlossenen Proband*innen ($n = 143$) und der vorher abgebrochenen Proband*innen ($n = 59$), $t(200) = .44$, $p = .660$. Die Werte der präpartalen EPDS-Scores unterschieden sich auch nicht signifikant zwischen den vorher abgebrochenen Proband*innen ($n = 42$) und den vollständig abgeschlossenen Proband*innen ($n = 143$), $t(183) = 1.21$, $p = .227$.

Es bestand lediglich ein Unterschied hinsichtlich der Parität der beiden Gruppen. Ein Chi-Quadrat-Test wurde zwischen Drop-out Proband*innen/abgeschlossenen Proband*innen und der Variable Parität durchgeführt. Keine erwarteten Zellohäufigkeiten waren kleiner als 5. Es gab einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Komplementieren und der Variable Parität, $\chi^2(1) = 8.87$, $p = .003$, $\phi = -.21$. Zu T0 noch kinderlose Proband*innen schlossen den Fragebögen häufiger vollständig ab, als Proband*innen, welche zu T0 schon Kinder hatten.

Überprüfung der Faktorenstruktur des PRBQ-8

Es wurde angenommen, dass alle Items des PRBQ-8 auf einen Hauptfaktor laden. Für die faktorenanalytische Überprüfung wurden folgende Maße für den Modelfit herangezogen: Der *Comparative Fit Index* (CFI) berücksichtigt Modellkomplexität und Freiheitsgrade. Ein akzeptabler Modelfit sollte einen CFI zwischen .9 und .95, ein guter Fit liegt über .95. Der sogenannte *Root-Mean-Square-Error of Approximation* (RMSEA) stellt ein weiteres inferenzstatistisches Maß dar, welches prüft, ob das Modell die Realität gut approximieren kann (Backhaus et al., 2015). Ab einem RMSEA größer oder gleich .08 kann von einem akzeptablen Modelfit gesprochen werden (Browne & Cudeck, 1993, zitiert nach Backhaus et al., 2015, S.150). Der Chi-Quadrat (χ^2) Test prüft mögliche Überidentifikation (Bollen, 1989, S. 263). Als Modellschätzwert ist das Verhältnis von χ^2 zu seinen Freiheitsgraden besonders relevant. χ^2/df sollte möglichst kleiner oder gleich 2.5 sein (Backhaus et al., 2015).

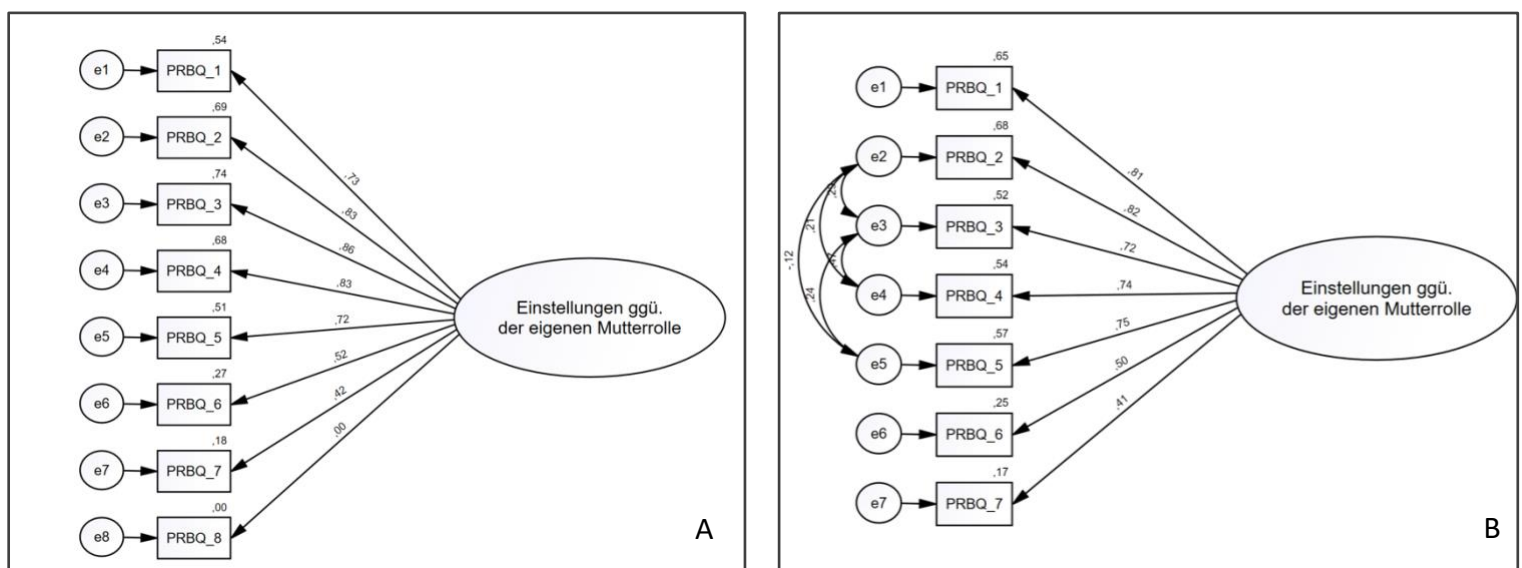
Der Modelfit für den PRBQ-8 (siehe Abbildung 1) betrug im Gesamteindruck einen eher nicht akzeptablen Modelfit, CFI = .93, RMSEA = .11, $\chi^2 = 55.83$. Das Verhältnis von χ^2 zu den Freiheitsgraden ($df = 20$) betrug 2.77, und lag damit über dem empfohlenen Grenzwert von 2.5. Von anderer Seite werden jedoch auch Grenzwerte von 3 empfohlen (Bollen, 1989), innerhalb dieses Grenzwerts wäre das Verhältnis wiederum akzeptabel. Wie in Abbildung 1

abgebildet wird, zeigt das achte Item („Ich bin so enthusiastisch, wie es sich gehört, über meine Rolle als Mutter“) eine Faktorladung von fast 0. Akzeptable Faktorladungen sollten jedoch über .5 liegen (Backhaus et al., 2015). Wie in Tabelle 2 sichtbar ist, sind alle Itemtrennschärfen, bis auf die des achten Items, akzeptabel. Das achte Item kann nur eine Trennschärfe von .01 aufweisen. Ab .5 gilt eine Trennschärfe als gut, ab .3 als akzeptabel (Bortz & Döhring, 2002). Bei einer Trennschärfe von gleich 0 kann davon ausgegangen werden, dass die Beantwortung des achten Items nicht mit dem Gesamtscore des PRBQ-8 korreliert.

Auf Grund des inakzeptablen Modelfits und der inakzeptablen Itemtrennschärfe des achten Items wurde sich für eine erneute Modellierung der Faktorenstruktur mit nur sieben Items entschieden. Zwischen den Fehlerwerten der Items, welche hohe Kovarianzen zeigten und sich in den Formulierungen ähnelten, wurden im Modell zusätzliche Kovarianzen spezifiziert.

Abbildung 1

Ergebnisse der Faktorenanalysen des PRBQ-8 und PRBQ-7



Anmerkung. $N = 143$. A zeigt den PRBQ-8; B zeigt die gekürzte Version, den PRBQ-7. Standardisierte Koeffizienten werden dargestellt.

Das Modell des PRBQ-7 erzielte einen etwas besseren Modelfit ($CFI = .97$, $RMSEA = .11$, $\chi^2 = 24.54$). Das Verhältnis von χ^2 zu den Freiheitsgraden ($df = 9$) betrug 2.72, ähnlich wie zuvor beim PRBQ-8. Auch der Wert des RMSEA änderte sich im Vergleich zum PRBQ-8 nicht. Der PRBQ-7 zeigt jedoch im Unterschied einen nun guten CFI. Für den beider Male inakzeptablen Wert des RMSEA könnten auch die geringen Freiheitsgrade der beiden Modelle verantwortlich sein. Kenny und Kolleg*innen (2015) wiesen darauf hin, dass das Modellgütekriterium RMSEA besonders bei kleinen Stichprobengrößen, und geringen

Freiheitsgraden zu einer Ablehnung des Modells neigt, also eher höhere RMSEA ($> .10$) ausgibt.

Das Modell für den PRBQ-7 wird ebenso in Abbildung 1 dargestellt. Die Faktorladungen veränderten sich nur leicht. Ähnlich wie beim PRBQ-8 zeigen Item fünf und sechs niedrige Faktorladungen ($> .5$). Die Trennschärfe vom sechsten Item betrug $.49$, und die vom siebten Item betrug $.40$. Alle anderen Trennschärfen variierten im guten Bereich zwischen $.69$ und $.79$. Auf Grund den Diskussionen zum RMSEA (Kenny et al., 2015) und der inakzeptablen Trennschärfe des achten Items wird der PRBQ-7 dem PRBQ-8 vorgezogen und in weiterer Folge alle Analysen mit dem PRBQ-7 absolviert.

Multiple Regressionsanalyse der Risikofaktoren für PPD-Symptomatik

Die Interkorrelationsmatrix (siehe Tabelle 3) zeigt viele mäßige bis hohe Korrelationen zwischen den Prädiktoren. Die EPDS Werte zu T0 und T1 korrelierten signifikant miteinander, $r = .52$, $p < .001$ und wiesen starke, signifikante Korrelationen mit allen anderen Prädiktoren ($r = .32$ – $.53$), außer Schuldneigung, auf. Der eingesetzte PDPI-R, zur Erfassung der präpartalen Risikofaktoren, zeigte die stärksten Korrelation mit dem EPDS und ebenso einen mäßig starken Zusammenhang mit Schamneigung, $r = .36$, $p < .001$.

Auffällig sind die durchgehend signifikanten positiven Korrelationen des PRBQ-7 mit allen anderen Prädiktoren – die größte Korrelation mit Schamneigung, $r = .62$, $p < .001$. Als einzige Skala korrelierten die Werte des PRBQ-7 mit denen der Schuldneigungsskala, $r = .17$, $p = .024$. Die zwei TOSCA-3 Subskalen für Scham- und Schuldneigung korrelierten nicht signifikant und nur gering miteinander, $r = .14$, $p = .055$.

Die Ergebnisse der schrittweisen hierarchischen multiplen Regression werden in Tabelle 4 dargestellt. In insgesamt vier Schritten wurde das Modell jeweils um ein oder zwei Faktoren ergänzt. Das Einfügen der Kontrollvariablen im ersten Schritt führte noch zu keinem signifikanten Zuwachs an erklärter Varianz der PPD-Symptomatik, $\Delta R^2 = .05$, $F(3,136) = 2.23$, $p = .087$. Der zweite Schritt hingegen repräsentiert ein Modell, welches signifikant mehr Varianz erklären konnte, $\Delta R^2 = .28$, $F(2,134) = 27.33$, $p < .001$. Dieses Modell inkludierte die Kontrollvariablen, sowie die Werte des PDPI-R und präpartalen Depressionswerte und konnte insgesamt 32.3% der Varianz aufklären. In diesem Modell zeigten sich folgende Signifikanzen: Bei Mehrfachgebärenden zeigte sich eine statistische Tendenz in Richtung weniger PPD-Symptomatik, $\beta = -.15$, 95%BCI = $[-3.05, 0.30]$, $t(139) = 1.68$, $p = .063$. Die Werte des PDPI-R, als Screening Instrument für Risikofaktoren einer PPD, konnten als signifikanter Prädiktor für das Ausmaß der PPD-Symptomatik bestätigt werden. Je mehr Risikofaktoren in der Schwangerschaft schon angegeben wurden, desto stärker die PPD-Symptomatik nach der

Geburt, auch unter Kontrolle der präpartalen Depressionssymptomatik. Den größten signifikanten Effekt fand sich für die präpartalen Depressionswerte. Je stärker depressive Symptomatik vor der Geburt vorhanden war, umso ausgeprägter auch depressive Symptomatik nach der Geburt. Hypothese 2.1 und 2.1 bestätigten sich also.

Tabelle 4

Hierarchische multiple Regressionsanalyse für die postpartale Depressionssymptomatik

Prädiktor	ΔR^{2^a}	B	SE	β	95% CI ^a		p^a
		B^a			LL	UL	
Schritt 1	.05						
Alter		-0.28	0.13	-.22	-0.52	-0.06	.026
Kinder ja/nein		1.06	1.10	.10	-1.09	3.28	.325
Schuldneigung T0		-0.35	1.09	-.03	-2.50	1.69	.741
Schritt 2	.28**						
Risikofaktoren PPD T0		0.30	0.13	.24	0.2 ^b	0.26 ^b	.010 ^b
PPD-Symptomatik T0		0.40	0.10	.42	0.11 ^b	0.30 ^b	>.001 ^b
Schritt 3	.01						
Schamneigung T0		1.13	0.62	.15	-0.02 ^b	1.16 ^b	.033 ^b
Schritt 4	.00						
Einstellungen gegenüber Mutterrolle T0		0.11	0.38	.03	-0.35 ^b	0.48 ^b	.390 ^b

Anmerkung. $N = 140$. ^a per BCa-Bootstrapping mit 2,000 BCa-Stichproben. ^b einseitiges Signifikanzniveau von 5%. ** $p < .001$. CI = Konfidenzintervall; LL = untere Grenze; UL = obere Grenze.

Die Variable Schamneigung wurde im dritten Schritt hinzugefügt. Dieser Schritt konnte allerdings nicht signifikant mehr Varianz erklären, es lag lediglich eine statistische Tendenz vor, $\Delta R^2 = .01$, $F(1,133) = 2.80$, $p = .097$. In diesem dritten Modell konnte Schamneigung als Prädiktor für PPD-Symptomatik nicht vollends sicher bestätigt werden, da der p-Wert zwar Signifikanz erreichte, das einseitig gewählte Bootstrapping-Konfidenzintervall jedoch eher gegen Signifikanz sprach. Schamneigung kann also nicht als zusätzlicher Risikofaktor bestätigt werden. Hypothese 2.3 muss daher verworfen werden.

Obwohl auf Grund der Signifikanz des zweiten Modells und der Insignifikanz des dritten Modells eigentlich nur das zweite Modell angenommen werden kann, wurde dennoch noch der vierte Schritt der Modells gerechnet: Das Einfügen des Faktors präpartale Einstellungen gegenüber der eigenen Mutterrolle konnte die erklärte Varianz nicht signifikant erhöhen, $\Delta R^2 = .00$, $F = (1,132) = .75$, $p = .785$. Es kann also davon ausgegangen werden, dass diese kein relevanten Prädiktor im Modell darstellen, die Werte des PRBQ-7 also keinen signifikanten Einfluss auf die postpartalen Depressionswerte zeigen. Die Hypothese 2.4 muss folglich ebenfalls verworfen werden.

Für die Hypothese 3.1-3.2 wären der Faktor Einstellungen gegenüber der Mutterrolle und Schamneigung als Mediator und Prädiktor innerhalb einer Mediationsanalyse eingefügt worden. Der fehlende Effekt für die Einstellungen gegenüber der Mutterrolle auf die PPD-Symptomatik schließt eine Mediation, wie sie in den Hypothesen entworfen wurde, aus. Als eine der Voraussetzungen für eine Mediation sollte zwischen dem Mediator und der abhängigen Variable ein signifikanter Zusammenhang bestehen (Baron & Kenny, 1986). Im Rahmen dieser Masterarbeit werden dennoch die Ergebnisse der Mediationsanalyse berichtet.

Mediation via Einstellungen gegenüber der Mutterrolle

Aufgrund der geringen Stichprobengröße wurde sich auf eine minimale Anzahl von Prädiktoren beschränkt. Wie in Abbildung 2 ersichtlich ist, wurden die zu untersuchenden Variablen ins Modell aufgenommen, und die schon bestätigten Risikofaktoren wurden als Kontrollvariablen eingefügt. Für den direkten Effekt auf die PPD-Symptomatik zeigte sich für Schamneigung ein nicht signifikanter Effekt, $B = 1.20$, $SE = 0.75$, $95\%BCI = [-0.27, 2.70]$, $p = .098$. Es bestand lediglich eine statistische Tendenz. Dafür konnte der Effekt von Schamneigung auf die Werte des PRBQ-7 deutlich belegt werden, $B = 1.19$, $SE = 0.11$, $95\%BCI = [0.97, 2.70]$, $p < .001$. Ausgeprägte Schamneigung korrelierte positiv mit rigiden Einstellungen gegenüber der zukünftigen Mutterrolle. Hypothese 3.1 konnte also bestätigt werden.

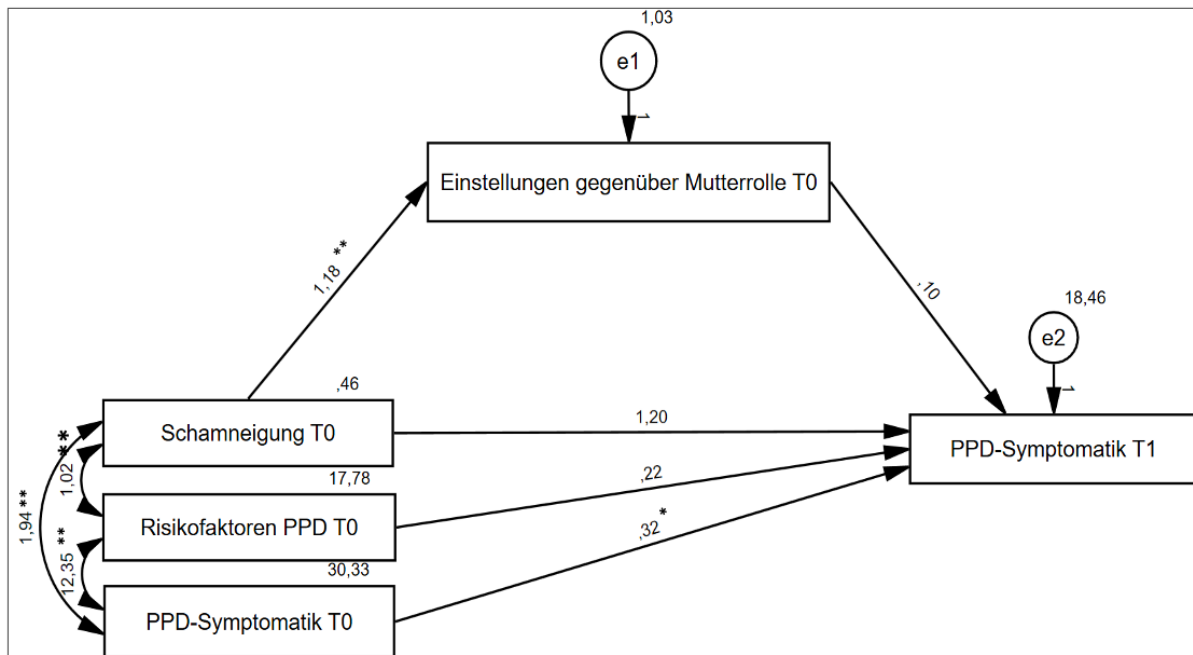
Einen signifikanten Effekt von Einstellungen gegenüber der eigenen Mutterrolle auf die PPD-Symptomatik konnte nicht gefunden werden. Der indirekte Effekt von präpartalen Einstellungen gegenüber der eigenen Mutterrolle auf den Zusammenhang von Schamneigung und PPD zeigte keine Signifikanz, $B = 0.12$, $SE = 0.45$, $95\%BCI = [-0.74, 1.05]$, $p = .769$. Die Hypothese (H3.2), dass Einstellungen gegenüber der Mutterrolle einen mediierenden Einfluss haben, muss also verworfen werden.

Der Modellfit erreichte kein zufriedenstellendes Ausmaß, $CFI = .94$, $RMSEA = .22$; $\chi^2 = 14.87$). Der RMSEA sollte auch in diesem Modell, aufgrund eines Freiheitsgrades von $df = 2$,

eher vorsichtig interpretiert werden (Kenny et al., 2015). Die Relation von χ^2 zu den Freiheitsgraden ($df = 2$) betrug jedoch 7.43 und bleibt somit weit über dem akzeptablen Grenzwert.

Abbildung 2

Pfadmodell für die Mediation von Einstellungen gegenüber Mutterrolle auf die Verbindung von Schamneigung und PPD-Symptomatik



Anmerkung. $N = 140$; mit BCa-Bootstrapping mit 2,000 BCa-Stichproben. * $p < .05$. ** $p < .001$. Die Pfeile sind mit standardisierten Koeffizienten beschriftet.

Diskussion

Diese Studie hatte zum Ziel Schamneigung als einen Risikofaktor für PPD zu überprüfen. Hierzu wurde erstmalig ein längsschnittliches Studiendesign verwendet. Die Ergebnisse konnten bisher bekannte Risikofaktoren, allen voran die präpartale Depressionssymptomstärke, als signifikante Einflussgröße replizieren. Ein zusätzlich signifikanter Effekt für Schamneigung konnte nicht gefunden werden. Auch eine rigide Einstellung der eigenen Mutterrolle gegenüber konnte nicht als zusätzlicher Prädiktor für PPD-Symptomatik aufgedeckt werden. Sowohl H2.3 als auch H2.4 konnten nicht bestätigt werden. Eine geplante Mediationsanalyse für diese beiden Faktoren erfüllte daher die statistischen Voraussetzungen zur Klärung der H3.2 nicht.

Im Modell der Risikofaktoren zeigte sich die präpartale Depressionsstärke als stärkster Prädiktor für PPD-Symptomatik. Umso mehr Depressionssymptome vor der Geburt anwesend waren, desto ausgeprägter waren diese auch nach der Geburt. Auch standen höhere Werte des

PDPI-R mit höheren Depressionswerten nach der Geburt in Verbindung. Dies entsprach den formulierten Hypothesen und bestätigt somit Ergebnisse bisheriger Meta-Analysen (C. T. Beck, 1996a; 1996b; 2001; Hutchens & Kearney, 2020; O'Hara & Swain, 1996; Wilson et al., 1996). Literatur von anderer Seite gibt zur Kenntnis, dass der Zusammenhang von prä- und postpartalen Depressionsniveau umso stärker zu sein scheint, desto weniger Zeit zwischen den Messungen verstrichen ist (Hymas & Girard, 2019). Mit zehn Wochen zwischen T0 und T1 wurde in dieser Studie ein eher kürzerer zeitlicher Rahmen gewählt.

Nach dem Einfügen der Werte des PDPI-R und der präpartalen Depressionssymptomatik in das Modell der Risikofaktoren konnte Schamneigung nicht signifikant mehr Varianz erklären. Es bestand lediglich eine statistische Tendenz, dass präpartal erhobene Schamneigung eine stärkere PPD-Symptomatik zwei Monate nach der Geburt vorhersagen kann. Im Unterschied zu vorangegangenen Studien (Barr, 2010; Caldwell et al., 2021; Dunford & Granger, 2017), welche von signifikanten Effekten der Schamneigung berichteten, verwendete diese Studie erstmalig ein längsschnittliches Studiendesign. Hierdurch sollte geprüft werden, ob durch den Faktor Schamneigung eine Vorhersage der PPD möglich ist. Durch das veränderte Studiendesign unterscheiden sich die Aussagen, die getroffen werden können: In querschnittlichen Erhebungen kann von einer Korrelation zwischen Schamneigung und Depressionsausmaß ausgegangen werden. In einer längsschnittlich angelegten Studie kann zusätzlich noch der Effekt der präpartalen Depressionsstärke herauspartialisiert werden. Das heißt, in dieser Studie wurde der Effekt von Schamneigung auf eine Veränderung der Depressionswerte nach der Geburt gemessen und nicht auf ein allgemeines Depressionslevel. Die in dieser Studie aufgestellte Hypothese besagte daher, dass Schamneigung die Umstellung postpartum beeinflusst und daher eine stärkere PPD-Symptomatik nach der Geburt erklären kann. Entgegen der aufgestellten Hypothese erreichte jedoch der Effekt von Schamneigung auf die Veränderung der Depressionssymptomatik nach der Geburt keine Signifikanz. Wenn diese Ergebnisse daher in den Kenntnisstand bisheriger Literatur (Barr, 2010; Caldwell et al., 2021; Dunford & Granger, 2017) integriert werden, liegt die Vermutung nahe, dass Schamneigung zwar mit stärkerer Depressionssymptomatik in Verbindung steht, allerdings nicht mit der Veränderung des Depressionsniveaus kurz nach der Geburt: Schamneigung ist somit kein Prädiktor für eine erschwerte Anpassung im späten Wochenbett (durchschnittlich) sieben Wochen nach der Geburt.

Interessant wäre die Exploration, inwiefern die Ergebnisse sich verändern hätten, wäre der Zeitraum zwischen den Erhebungszeitpunkten größer gewesen oder wären mehr Messzeitpunkte modelliert worden. Da eine Proband*in dieser Studie ihre T1 Erhebung zwei

Wochen nach der Geburt abschloss, kann nicht ausgeschlossen werden, dass die PPD-Symptomatik mancher Proband*innen nicht auf Symptome des *Babyblues* zurückgeht. So könnten Erhebungen, welche PPD bspw. im sechsten Monat nach Entbindung messen, zu anderen Ergebnissen kommen. Die Literatur lässt vermuten, dass der Einfluss von Schamneigung über den zeitlichen Verlauf des ersten Jahres postpartum zunimmt. Es konnte beispielsweise für die Trait-Eigenschaft Perfektionismus ein solcher zeitlicher Effekt gefunden werden (Bull et al., 2022): Der Einfluss von Perfektionismus auf PPD wurde stärker, umso größer der Zeitraum zwischen den Messungen war. Es könnte also sein, dass psychologische Faktoren, wie z.B. Trait-Eigenschaften, vor allem im Verlauf der späteren postpartalen Phase an Einfluss gewinnen (O'Hara & McCabe, 2013). Weitere Forschung mit längsschnittlichen Studiendesigns sollte daher abzielen, einen größeren Erhebungszeitraum abzudecken, um den Einfluss von Persönlichkeitsmerkmalen, insbesondere Schamneigung, auf PPD weiter abzuklären.

Als ein Wirkmechanismus auf die Schamneigung-PPD-Verbindung wurden spezielle kognitive Stile/ mutterschaftsspezifische Einstellungen untersucht. Diese rigiden Einstellungen gegenüber der eigenen Mutterrolle, gemessen durch den PRBQ-7, konnten jedoch keine zusätzliche Varianz der PPD aufklären. Also ein negativer kognitiver Stil gegenüber der eigenen Mutterschaft konnte neben anderen Risikofaktoren (Risikofaktoren für PPD, präpartale Depression und Schamneigung) nicht in seiner Relevanz bestehen. In Anlehnung an Becks kognitive Theorien der Depression (A. T. Beck, 2002; A. T. Beck & Alford, 2014) verwundert dieses Ergebnis. A. T. Beck (2002) versteht negative Selbstschemata, also Einstellungen ähnlich zu den formulierten Aussagen im PRBQ-8, als Auslöser für depressive Teufelskreise. Evans und Kolleg*innen (2005) fanden Belege für den Einfluss von negativen Schemata in der frühen Schwangerschaft auf Depressionssymptomatiken am Ende der Schwangerschaft. Um diese Theorie genauer zu testen, stellen der Vergleich von nicht-depressiven und depressiven Müttern, sowie ein Testen, inwiefern sich die beiden Gruppen hinsichtlich des Ausmaßes an aktivierten negativen Selbstschemata unterscheiden, Möglichkeiten dar, mehr Klarheit über die Entstehung einer PPD zu erhalten.

Ein medierender Effekt von rigiden mutterschaftsspezifischen Einstellungen auf die Verbindung von Schamneigung und Depression konnte nicht gefunden werden, da Prädiktor und Mediator nicht signifikant mit der abhängigen Variable korrelierten. Daher bleibt die Frage noch ungeklärt, inwiefern rigide mutterschaftsspezifische Einstellungen das Mutterwerden beeinflussen. Möglich wäre auch ein verstärkender Effekt von präpartalen

Erwartungen auf die Verbindung von Schamneigung und PPD. Eine solche Moderation würde ein mögliches Alternativmodell darstellen, welches zu testen sich lohnen würde.

Bezüglich der Wirkweise von präpartalen mutterschaftsbezogenen Kognitionen in Kombination mit anderen Faktoren fehlt es noch größtenteils an Literatur. Auch wenn bisher einige Messinstrumente zum Testen präpartaler Erwartungen an die eigene Mutterschaft entworfen worden sind (Leach et al., 2018; Sockol et al., 2014; Sockol & Battle, 2015; Thomason et al., 2015), so wurden diese doch bisher wenig in der Forschung eingesetzt und die wenigen Studien, die es gibt, untersuchten meist ausschließlich den Einfluss von mütterlichen Erwartungen auf PPD. Lediglich Sockol und Battle (2015) untersuchten in ihrer Regressionsanalyse zusätzlich auch den Effekt von sozialer Unterstützung und dyadischem Coping.

Auch der Einfluss von Schamneigung mit solchen negativen Selbstschemata kann noch nicht abschließend geklärt werden. Die Interkorrelationen zwischen Schamneigung und den Werten des PRBQ-7 waren recht hoch. H3.1 konnte also bestätigt werden. Gründe hierfür könnten Schamempfinden ähnelnde Formulierungen innerhalb des PRBQ-8/PRBQ-7 sein, wie bspw. das dritte Item („Wenn ich mich nicht richtig um mein Baby kümmern kann, dann zeigt das, dass ich nutzlos bin“). Am Ende der konditionalen Sätze, stehen immer recht globale, negative Kognitionen, sie ähneln teilweise den Schamantworten der Szenarien des TOSCA-3. Eventuell sind diese Konstrukte daher zu eng miteinander verwandt, um innerhalb der Regressionsanalyse zusätzliche Varianz neben Schamneigung erklären zu können. Beide Instrumente wurden zwar aus unterschiedlichen Hintergründen und mit verschiedenen Intentionen entwickelt, doch könnten die Schamneigungsskala des TOSCA-3 und der PRBQ-8/PRBQ-7 verwandte Konstrukte ansprechen.

Für eine angemessene Anwendung von Becks kognitiven Theorien der Depression (A. T. Beck, 2002; A. T. Beck & Alford, 2014) wird die Aufnahme einer Variable, welche das Ausmaß des erlebten Stresses der Eltern erhebt, empfohlen. A. T. Beck hypothesiert, dass es spezifische Stressoren braucht, um dazu passende negative Selbstschemata zu aktivieren, welche wiederum Nährboden für die depressive Erkrankung darstellen. Sollten in der Zukunft ähnliche Mediationen berechnet werden, sollte eine derartige Variable daher eingefügt werden. Beispielsweise verwendet Barr (2010) dazu den SASRQ (Classen et al., 1998, zitiert nach Barr, 2010) um akute Stressreaktionen nach der Geburt messbar zu machen. Auch das Erheben eines allgemeinen Stressniveaus, bspw. mittels des PHQ-Stressmodul (Löwe et al., 2002) kann sinnvoll sein. Eine andere Studie misst als Stressmessung den *allostatic load* mittels 10 Biomarker (Adynski et al., 2019). Neben den typischen Stressoren frischer Eltern sind

außerdem besondere Stressoren dieser Stichprobe, wie der Ukraine-Krieg, welcher während der Erhebung begann, sowie die Covid-19 Pandemie, zu nennen. Da die Rekrutierung vor allem im Herbst und Winter 2021 erfolgte, zur Zeiten ansteigender Erkrankungszahlen, Todesfällen, sowie einem erneuten Lockdown im Jänner 2022, kann davon ausgegangen werden, dass die elternwerdenden Paare von der Pandemie betroffen waren. Vor allem in Zeiten von staatlichen Restriktionen scheinen Mütter besonders belastet durch die Pandemie (Calvano et al., 2021; Molgora & Accordini, 2020). Andere bekannte Stressoren für werdende Eltern betreffen vor allem soziale Unterstützung. Wahrgenommene soziale Unterstützung scheint neben anderen Prädiktoren als ein Faktor für PPD-Symptomatik bestehen zu können (Dunford & Granger, 2017). Bei der Untersuchung des Effekts von sozialer Unterstützung an einer japanischen Stichprobe wurde insbesondere instrumentelle Unterstützung durch Organisationen und staatliche Hilfen, als auch instrumentelle und psychologische Unterstützung durch Freund*innen, Partner*in und Familie als besonders einflussreich auf das Ausmaß der PPD-Symptomatik identifiziert (Ando et al., 2021). In dieser Studie wurde soziale Unterstützung lediglich durch die Verwendung des PDPI-R (C. T. Beck, 2002) miterhoben.

Eine methodische Einschränkung betrifft zudem die Wahl des PRBQ-8 als Messinstrument für präpartale Erwartungen an die eigene Mutterrolle. Die konfirmatorische Faktorenanalyse konnte die Faktorenstruktur des PRBQ-8 nicht bestätigen. Auch ein Kürzen des PRBQ-8 auf sieben Items (PRBQ-7) führte nicht zu einem uneingeschränkt akzeptablen Modelfit. Ein möglicher Grund für niedrige Faktorladung des achten Items könnte ein Translationsfehler sein. Im Originalartikel des PRBQ-8 (Leach et al., 2018) wurde von einem wesentlich besseren Modelfit berichtet. Zum Beispiel fand sich im Originalpaper ein RMSEA von .03, während in dieser Studie nur ein RMSEA von .11. Das achte Item, welches hier eine Faktorladung von fast 0 aufwies, zeigte im Originalartikel zwar auch die schwächste Faktorladung, jedoch mit -.51 dennoch einen deutlichen Zusammenhang. Die Schwäche des Items wird von Leach und Kolleg*innen nicht weiter diskutiert. Sowohl bei Leach und Kolleg*innen (2018), als auch in dieser Studie, konnten das sechste und siebte Item auch keine guten Faktorladungen aufweisen. Die Validität bleibt daher fragwürdig und könnte ein Grund für nicht signifikante Korrelationen mit der PPD-Symptomatik sein. Für zukünftige Messungen rigider mutterschaftsspezifischer Einstellungen bedarf es daher wahrscheinlich der Konstruktion präziserer bzw. trennschärferer Messinstrumente, bzw. einer Revalidierung des PRBQ-8.

Verwunderlich in den Ergebnissen ist zudem eine nicht signifikante Korrelation zwischen Schamneigung und Schuldneigung, obwohl in vergleichbaren Studien (Dunford & Granger, 2017) ein signifikanter Zusammenhang von $r = .49$ für die beiden Subskalen des TOSCA-3

gefunden wurde. Außerdem konnte für die Subskala der Schuldneigung nur sehr geringe interne Reliabilitäten gefunden werden, ähnlich wie bei Rüsç und Kolleg*innen (2007). Ein Grund könnte die Art der Items sein, da Szenarien auch andere Traits messen können als das zugrunde liegende Konstrukt (Dempsey, 2017; Lacerenza et al., 2020). Dies ist einer der diskussionswürdigen Aspekte von auf Szenarien basierenden Messinstrumenten. Die Schuldneigungsskala wurde schon mehrfach kritisiert, da hier Schuld adaptiv operationalisiert wird und die Werte kaum mit denen von anderen Schuldskalen korrelieren (Dempsey, 2017; Rüsç et al., 2007). Im Unterschied zu anderen Skalen definiert der TOSCA-3 Schuld tendenziell positiv und adaptiv (Dempsey, 2017). Zudem gibt es unterschiedliche Arten, wie sich Schuld- und Scham im Verhalten ausprägen können (Dempsey, 2017), die Antwortoptionen des TOSCA-3 bieten jedoch stets nur eine Möglichkeit pro Emotion und Szenario an. So könnte ein Mensch, welcher sich bspw. schämt, weil er auf der Arbeit etwas kaputt gemacht hat, ankreuzen mit geringer Wahrscheinlichkeit zu kündigen (Schamoption auf das Item), aber dennoch Gefühle der Scham und des sich globalen Verurteilens erleben. Ein weiterer Kritikpunkt für den Einsatz des TOSCA-3 an einer Stichprobe von werdenden Eltern sind die Szenarien an sich: Sie basieren zu großen Teilen auf beruflichen Kontexten, manche auch auf private. Für Schwangere dürften viele dieser Szenarien in vielen Fällen nicht sonderlich alltäglich mehr sein. Lacerenza und Kolleg*innen (2020) weisen darauf hin, dass der TOSCA-3 weniger gut geeignet für kontext-gebundene Messungen von Scham und Schuld ist. Es kann jedoch argumentiert werden, dass in dieser Studie vor allem Schamneigung, also die situationsübergreifende Tendenz Scham zu empfinden, und nicht Scham auf dem State-Level erhoben wurde. Der TOSCA-3 sollte daher auch auf Schwangere gut anwendbar sein. Dennoch könnte das Entwerfen von mutterschaftsangemessenen Scham- und Schuldinstrumenten ein interessanter nächster Schritt sein, insbesondere da sich mütterliche Scham- und Schuldgefühle nicht nur auf das Wochenbett auswirken, sondern oft Teil einer längerfristigen mütterlichen Identität sein können (Rotkirch & Janhunen, 2010; Sutherland, 2008).

Praktische Implikationen und Ausblick

Das frühzeitige Erkennen von PPD ist deshalb so wichtig, weil unbehandelte PPD mit einer sechsfachen Wahrscheinlichkeit im weiteren Leben an Depression zu erkranken einhergeht (Josefsson & Sydsjö, 2007). Sowohl für Mutter als auch für das Baby ist eine rechtzeitige Diagnose unabdingbar.

Für die Zukunft hat die Forschung im Bereich der Diagnostik der PPD eine besondere Verantwortung. Es bedarf adäquater Screeninginstrumente, welche das Identifizieren von

Müttern mit erhöhtem Risiko erleichtern. Der PDPI-R (C. T. Beck, 1998; 2002) konnte in dieser Untersuchung zwar signifikant PPD-Symptomatik vorhersagen, doch haben Recherchen im Vorfeld gezeigt, dass kürzlich durchgeführte Umbrella Reviews und Meta-Analysen einige neue Faktoren für das Risikoinventar nachgewiesen haben (Gastaldon et al., 2022; Hutchens & Kearney, 2020; Zhao & Zhang, 2020). Dazu gehören bspw. Gewalterfahrungen in der Vergangenheit, PMS-Symptomatiken vor der Schwangerschaft und aktuell stattfindender Missbrauch. Diese Faktoren sollten in Risikoinventare aufgenommen werden, welche in Kliniken und Praxen Anwendung finden. Auch die Erhebung von Persönlichkeitsmerkmalen könnte interessant sein, da Praktizierende so mögliche Interventionen, sowie Risikofaktoren, für den einzelnen Fall besser abschätzen könnten.

Für zukünftige Forschung sollten die Effekte von Persönlichkeitsmerkmalen und kognitiven Stilen weiter untersucht werden. In dieser Studie fand sich kein signifikanter Effekt, dennoch scheint ein Weiterforschen an dem Zusammenhang von mütterlicher Scham und PPD sinnvoll. Schamneigung korreliert mit Psychopathologie (Kim et al., 2011), und insbesondere die Phase der Mutterschaft scheint besonders vulnerabel für Gefühle der Scham und Schuld zu machen (Rotkirch & Janhunen, 2010; Slobodin, 2019; Sutherland, 2008). Es dürfte sinnvoll sein, neben Schamneigung, auch State-Scham zu erheben. Hier könnten insbesondere mutterschaftsspezifische Schammessungen von besonderem Vorteil sein. Dies wurde auch schon von anderen Autor*innen angemerkt (Liss et al., 2013; Sonnenburg & Miller, 2021). Auch aus der Geburtshilfe-Forschung kommt die Forderung nach Messinstrumenten für postpartale Scham und Schuld (Jackson et al., 2022), da sich beide Emotionen auf das Stillverhalten auswirken. Eine positive Stillbeziehung hat wiederum positive Effekte für das Kind, als auch für die Mutter (Victora et al., 2016). Gesundheitliche Effekte betreffen vor allem Sterblichkeitsrate von Säuglingen, Verringerung des Auftretens bestimmter Erkrankungen in Lebenslauf des Kindes, als auch ein verringertes Eierstock-, Brustkrebsrisiko der Mutter, eine eher eintretender Periode der Mutter und ein verringertes Risiko für Typ-2-Diabetes (Victora et al., 2016).

Andere kürzlich veröffentlichte Studien, welche den Zusammenhang von mütterlicher Scham und PPD erörtern, griffen auf adjektivbezogene Messinstrumente für Scham zurück (Law et al., 2021; Sonnenburg & Miller, 2021). Auch ohne einen pathologischen Verdacht, kann das Screening auf mütterliche Scham Sinn machen. Schamneigung scheint sich unter anderem auf das Hilfeverhalten auszuwirken (Dunford & Granger, 2017), so dass zu Scham Neigende tendenziell weniger oft Hilfe oder Unterstützung annehmen bzw. aufsuchen. Dies ist insbesondere für den klinischen Alltag von Relevanz.

Für den deutschsprachigen Raum wäre außerdem ein Entwickeln eines PRBQ-8 (Leach et al., 2018) ähnlichen Instrumentes sinnvoll. Henry-Huthmacher (2008) spricht von dem in Deutschland vorherrschenden Ideal der „guten Mutter“. Dieses Ideal ist geprägt von der Annahme, dass ein Kind sich am besten mit „der ausschließlichen Zuwendung und Versorgung durch die Mutter“ (Henry-Huthmacher, 2008, S. 10) entwickelt. Die Autor*innen betonen, wie wirkmächtig diese Norm noch heute für das Fremd- und Selbstbild von Müttern ist. Insbesondere die Erwartungen an mütterliche Zuwendungsbereitschaft und Versorgung sind ungebrochen (Henry-Huthmacher, 2008). Die Forschung dazu ist jedoch größtenteils sozialwissenschaftlich geprägt, es besteht kein psychologisches Messinstrument für dieses Konstrukt. Ein solches Messinstrument könnte mittels Glaubenssätzen arbeiten, oder Selbstdiskrepanzen erheben - ähnlich wie bei Liss und Kolleg*innen (2003) -, die die Mutter zwischen dem Idealbild einer Mutter und dem eigenen Selbstbild erlebt.

Es soll jedoch betont werden, dass das Entwickeln von Screening-Tests nur einen Teil der nötigen Schritte ausmacht. Insbesondere ein vertrauensvoller Kontakt in der postpartum Zeit scheint von großer Wichtigkeit zu sein (Stowe & Nemeroff, 1995). Die Diagnose einer PPD darf nur durch ein diagnostisches Gespräch gestellt werden, und darauf aufbauend ist eine gute Beziehung zwischen Betroffenen und Professionellen aus meiner Sicht unerlässlich.

Des weiteren wurde PPD an Vätern noch weniger häufig untersucht. Väter erkranken jedoch ebenso an PPD (Paulson & Bazermore, 2010). Eine Metaanalyse kam auf eine Prävalenz von 10,4%, 24 – 50% dieser Männer befanden sich in Partnerschaft mit einer Frau, welche ebenso an PPD erkrankt war (Goodman, 2004). Väter scheinen typischerweise zwischen dem dritten und sechsten Monat zu erkranken, oft leicht zeitversetzt zu ihrer Partnerin (Goodman, 2004). Eine weitere Studienidee wäre daher das Untersuchen von Schamneigung und PPD bei Vätern, sowie das Untersuchen von PPD betroffenen Familien allgemein. Hier könnte das Schamkonstrukt bezogen auf die elterliche Beziehung und deren dyadisches Coping untersucht werden. Glazer (2016) untersuchte dazu in ihrer Dissertation den Einfluss von Schamneigung in Bezug auf kindliche Emotionsregulation und elterliche emotionale Vermeidungsstrategien. Doch Forschung zum Zusammenhang von elterlicher Schamneigung mit elterlichen Verhaltensweisen existiert ansonsten eher wenig (Glazer, 2016).

Um die Effekte von Schamneigung auf die Eltern-Kind-Triade besser zu verstehen wäre das Erforschen von elterlicher Feinfühligkeit als weitere abhängige Variable interessant. Das von Bindungsforscher*innen so genannte Konstrukt bezeichnet die elterliche Fähigkeit, die Signale des Kindes angemessen wahrzunehmen, zu interpretieren und auf diese in angemessener Art zu reagieren (Ainsworth et al., 1978). Olhaberry und Kolleg*innen (2022)

fanden heraus, dass PPD-Symptomatik in der Mutter mit geringerer Feinfühligkeit korrelierte, die Feinfühligkeit des Vaters jedoch vor allem mit mütterlichem Stress korrelierte, statt mit väterlichen Depressionswerten. Hier werden die Vorteile von Erhebungen sichtbar, welche die gesamte Familie miteinbeziehen und hierdurch Wechselwirkungen zwischen den Eltern erheben können. Daher wären die Effekte von Schamneigung auf elterliche Feinfühligkeit ein möglicher zukünftiger Untersuchungsgegenstand.

Für mögliche Interventionen bzw. Behandlungen einer PPD konnte diese Studie leider keine Ansatzmöglichkeiten aufzeigen. Von anderer Seite konnte jedoch gezeigt werden, dass das Konzept der *self-compassion*, sowie das Stärken einer akzeptierenden Haltung gegenüber dem eigenen Innenleben, zukunftsweisend in der Behandlung erkrankter Mütter sein könnte (Monteiro et al., 2019). Da Eltern und Kind insbesondere in den ersten Jahren so verwoben sind, scheinen Interventionen, welche die Eltern stützen, stets zu einem Outcome bei Eltern und Kind zu führen (Adina et al., 2022). Eine aktuelle Meta-Analyse und systematische Review (Adina et al., 2022) untersuchte Erziehungsinterventionen für ihren Effekt auf peripartale Depressionssymptomatik. Obwohl sich diese Interventionen hauptsächlich auf Erziehungskompetenzen, sowie das Stärken von Selbstbewusstsein und Sensitivität fokussierten, führen sie doch auch zu einer Reduktion von Depressionssymptomatik, unabhängig davon, ob die Intervention noch präpartal oder schon postpartal erfolgte. Es verdeutlicht, wie verwoben Erziehung, elterliche Feinfühligkeit, Gesundheit der Mutter und der Entwicklungsstand des Kindes in der Zeit postpartum miteinander sind.

Für weitere ätiologische Forschung schlagen Tebeka und Kolleg*innen (2021) vor, von frühen PPD für den Zeitraum Geburt bis zum zweitem Monat und von später PPD für den zweiten Monat bis Ende des ersten Jahres zu sprechen. Durch diese Unterscheidung ist es möglich für die verschiedenen Phasen Prävalenzen, Risikofaktoren und Entstehungsmodelle besser zu bestimmen.

Stärken und Limitationen der Studie

Die Ergebnisse dieser Studie müssen vor dem Hintergrund ihrer Limitationen interpretiert werden. So wurde ein recht kurzer Zeitraum zwischen T0 und T1 gewählt, wodurch einerseits der Effekt der präpartalen Depression sehr stark ausschlägt und andererseits auch nur Aussagen über Risikofaktoren für die Entstehung von PPD-Symptomatik gleich nach der Geburt getroffen werden können. Der Zeitpunkt der Erhebung ist im Falle der PPD von großer Relevanz (Bergant et al., 1998; Brummelte & Galea, 2016; Gastaldon et al., 2022; Sambrook Smith et al., 2022). Zu früh nach der Geburt besteht zudem die Gefahr der Verwechslung von PPD-Symptomatik mit dem Symptombild des *Babyblues* (Mundt, 2012). Außerdem kann diese

Studie nur Aussagen über Mütter machen, da der Großteil der Proband*innen weiblich war ($n = 142$).

Was die Erhebungsinstrumente betrifft, so wurden größtenteils Screeninginstrumente eingesetzt. Insbesondere der EPDS kann jedoch keine Diagnostik ersetzen (Cox, 2017). Es kann daher nur von PPD-Symptomatiken gesprochen werden, und nicht sicher von einer diagnostisch abgeklärten PPD. Außerdem waren alle Fragebögen Selbstberichtsverfahren, bei denen Proband*innen oftmals sozial erwünschte Antworten geben (Sedlmeier & Renkewitz, 2018, S. 103). Dies könnte insbesondere für Emotionen der Scham relevant sein. Daneben zeigten der PRBQ-8 und die Schuldneigungsskala des TOSCA-3 methodische Mängel, wodurch ihre Aussagekraft in der vorliegenden Studie geschmälert wurde.

Die untersuchte Stichprobe zeigte nur geringe Ausprägungen von präpartaler Risikoexposition, und kaum einen Unterschied hinsichtlich der Prävalenz für eine wahrscheinliche PPD zwischen den zwei Erhebungszeitpunkten. Die Rekrutierung fand fast ausschließlich online statt, wodurch von einer Selektion der Proband*innen ausgegangen werden kann. Darüber hinaus fand die Erhebung der Proband*innen zu Zeiten der Covid-19-Pandemie statt: Innerhalb der Rekrutierungsphase wurden ein erneuter Lock-Down ausgerufen und Maßnahmen zur Eindämmung des Corona-Virus durchgesetzt. Befunde für die psychologischen Auswirkungen des ersten Lock-Downs 2020 weisen auf eine erhöhte Prävalenz für PPD, weniger wahrgenommene soziale Unterstützung, sowie auf mehr Ängstlichkeit und Stress bei werdenden Eltern hin (Molgora & Accordini, 2020; Yan et al., 2020).

Stärken der Studie betreffen einerseits das längsschnittliche Studiendesign, welches Messungen vor und nach der Geburt ermöglichte. Eine Stichprobengröße von $N = 143$, bei einer Online-Rekrutierung und trotz der sehr vulnerablen Phase des späten Wochenbetts, wird als recht vielversprechend angesehen. Im Vergleich zu anderen Studien setzte sich die Stichprobe nicht ausschließlich aus akademischen Proband*innen zusammen, und das Drop-out zwischen T0 und T1 war auch vergleichsweise gering.

Im Rahmen dieser Studie wurde sich nicht nur auf die Überprüfung des Risikofaktors Schamneigung konzentriert, sondern zeitgleich auch auf mögliche Wirkmechanismen zur Erklärung des zu untersuchenden Zusammenhangs. Die Erhebung von kognitiven Stilen/mutterschaftsspezifischen Einstellungen ist eine vielversprechende Richtung, um die Entstehung einer PPD besser zu verstehen, und Betroffenen Hilfestellungen anbieten zu können. Es gibt zudem Hinweise, dass für die PPD-Forschung online Erhebungen von Vorteil sind (Le et al., 2009), wahrscheinlich auch weil so ein Gefühl der Anonymität gewährt bleibt.

Durch das Übersetzen und Einsetzen von Messinstrumenten, wie dem PDPI-R und dem PRBQ-8, welche zuvor nicht in deutscher Sprache vorlagen, schafft diese Studie einen Beitrag zur österreichischen psychologischen Mutterschaftsforschung.

Konklusion

Das Ziel dieser Studie war neben den bisher bestätigten Risikofaktoren einer PPD, den Einfluss von Schamneigung auf einen psychopathologisch auffälligen postpartalen Verlauf bei Müttern zu belegen. Hierfür wurde erstmalig mittels eines längsschnittlichen Studiendesigns der Zusammenhang von präpartalen Faktoren, einschließlich Schamneigung, und PPD-Symptomatik untersucht. Es konnte jedoch kein signifikanter Einfluss für Schamneigung auf PPD-Symptomatik nach der Geburt gefunden werden. Auch der erstmalig im deutschsprachigen Raum angewendete PRBQ-7, welcher präpartale Einstellungen gegenüber der Mutterrolle erhob, zeigte keinen signifikanten Effekt auf PPD-Symptomatik. Seine ursprüngliche Faktorenstruktur konnte nicht bestätigt werden. Dennoch können aus den Ergebnissen Erkenntnisse für das Entwickeln zukünftiger Screeninginstrumente für Schwangere und kürzlich entbundener Mütter gezogen werden. Die Messung mutterschaftsspezifischer Scham- und Schuld sollte verbessert werden. Auch das Erkennen von Schwangeren und Entbundenen mit erhöhtem Risiko ist wichtig. Es ermöglicht eine zeitige Unterstützung der betroffenen Familie und minimiert so die Folgen für Mutter, Kind und das Familiensystem.

Literaturverzeichnis

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.87.1.49>
- Adina, J., Morawska, A., Mitchell, A. E., & McBryde, M. (2022). Effect of parenting interventions on perinatal depression and implications for infant developmental outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 25(2), 316–338. <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00371-3>
- Adynski, H., Zimmer, C., Thorp, J., & Santos, H. P. (2019). Predictors of psychological distress in low-income mothers over the first postpartum year. *Res Nurs Health*, 42(3), 205–216. <https://doi.org/10.1002/nur.21943>. Predictors
- American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®*. Hogrefe Verlag.
- Ando, H., Shen, J., Morishige, K. I., Suto, S., Nakashima, T., Furui, T., Kawasaki, Y., Watanabe, H., & Saijo, T. (2021). Association between postpartum depression and social support satisfaction levels at four months after childbirth. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(4), 341–346. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.03.010>
- Atkinson, L., Paglia, A., Coolbear, J., Niccols, A., Parker, K. C. H., & Guger, S. (2000). Attachment security: A meta-analysis of maternal mental health correlates. *Clinical Psychology Review*, 20(8), 1019–1040. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00023-9](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00023-9)
- Backhaus, K., Erichson, B., & Weiber, R. (2015). *Fortgeschrittene Multivariate Analysemethoden (3.Aufl.)*. Springer Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-662-46087-0_5
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research. Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Barr, P. (2004). Guilt- and shame-proneness and the grief of perinatal bereavement. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77(4), 493–510. <https://doi.org/10.1348/1476083042555442>
- Barr, P. (2010). Acute traumatic stress in neonatal intensive care unit parents: Relation to existential emotion-based personality predispositions. *Journal of Loss and Trauma*, 15(2), 106–122. <https://doi.org/10.1080/15325020903373128>

- Barrett, J., & Fleming, A. S. (2011). Annual Research Review: All mothers are not created equal: neural and psychobiological perspectives on mothering and the importance of individual differences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 52(4), 368–397. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02306.x>
- Beck, A. T. (2002). Cognitive models of depression. In *Clinical Advances in Cognitive Psychotherapy: Theory and Application* (Bd. 1, S. 29–61). https://books.google.lk/books?hl=en&lr=&id=IVLSCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA29&dq=aaron+t+beck+cognitive+theory+of+depression&ots=QIwtJBViw9&sig=WpFd0EFMt9ZHXLT7rBa0tQV_yHs&redir_esc=y#v=onepage&q=aaron+t+beck+cognitive+theory+of+depression&f=false
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2014). Cognition and Psychopathology. In A. T. Beck & B. A. Alford (Hrsg.), *Depression: Causes and Treatment* (S. 224–244). University of Pennsylvania Press.
- Beck, C. T. (1996a). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing research*, 45(5), 297-303.
- Beck, C. T. (1996b). A meta-analysis of the relationship between postpartum depression and infant temperament. *Nursing research*, 45(4), 225-230.
- Beck, C. T. (1998). A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 27(1), 39–46. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1998.tb02589.x>
- Beck, C. T. (2002). Revision of the postpartum depression predictors inventory. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31(4), 394–402. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00061.x>
- Beck, C. T., Records, K., & Rice, M. (2006). Further development of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(6), 735–745. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00094.x>
- Bergant, A. M., Nguyen, T., Heim, K., Ulmer, H., & Dapunt, O. (1998). Deutschsprachige Fassung und Validierung der “Edinburgh postnatal depression scale.” *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 123(3), 35–40. <https://doi.org/10.1055/s-2007-1023895>
- Bergink, V., Kooistra, L., Lambregtse-van den Berg, M. P., Wijnen, H., Bunevicius, R., van Baar, A., & Pop, V. (2011). Validation of the Edinburgh Depression Scale during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(4), 385–389. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.07.008>

- Bollen, K. A. (1989). *Structural Equations with latent variables* (Bd. 85). John Wiley & Sons.
<https://doi.org/10.2307/2289630>
- Bortz, & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler : mit 70 Tabellen* (3. Aufl.). Springer.
- Bradshaw, H., Riddle, J. N., Salimgaraev, R., Zhaunova, L., & Payne, J. L. (2022). Risk factors associated with postpartum depressive symptoms: A multinational study. *Journal of Affective Disorders*, 301, 345–351. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.121>
- Brummelte, S., & Galea, L. A. M. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*, 77, 153–166.
<https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.08.008>
- Bull, E., Al-Janabi, S., & Gittins, C. (2022). Are women with traits of perfectionism more likely to develop perinatal depression? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 296, 67–78. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.028>
- Caldwell, J., Meredith, P., Whittingham, K., & Ziviani, J. (2021). Shame and guilt in the postnatal period : A systematic review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(1), 67–85. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1754372>
- Calvano, C., Engelke, L., Di Bella, J., Kindermann, J., Renneberg, B., & Winter, S. M. (2021). Families in the COVID-19 pandemic: parental stress, parent mental health and the occurrence of adverse childhood experiences—results of a representative survey in Germany. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 31(7), 1043–1055.
<https://doi.org/10.1007/s00787-021-01739-0>
- Cardoso, C., & Fonseca, A. (2022). Mothers at-risk for postpartum depression: Mental health and emotion regulation throughout the postpartum period. *Current Psychology*.
<https://doi.org/10.1007/s12144-021-02435-7>
- Cox, J. (2017). Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): a ten point ‘survival analysis.’ *Archives of Women’s Mental Health*, 20(6), 789–790.
<https://doi.org/10.1007/s00737-017-0789-7>
- Dempsey, H. L. (2017). A comparison of the social-adaptive perspective and functionalist perspective on guilt and shame. *Behavioral Sciences*, 7(4).
<https://doi.org/10.3390/bs7040083>
- Dorcas, E. B., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *SPINE*, 25(25), 3186–3191.
<https://doi.org/10.1080/000163599428823>

- Dorn, A., & Mautner, C. (2018). Postpartale Depression: Interdisziplinäre Behandlung. *Gynäkologe*, 51(2), 94–101. <https://doi.org/10.1007/s00129-017-4183-3>
- Dunford, E., & Granger, C. (2017). Maternal guilt and shame: Relationship to postnatal depression and attitudes towards help-seeking. *Journal of Child and Family Studies*, 26(6), 1692–1701. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0690-z>
- Efthim, P. W., Kenny, M. E., & Mahalik, J. R. (2001). Gender role stress in relation to shame, guilt, and externalization. *Journal of Counseling and Development*, 79(4), 430–438. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2001.tb01990.x>
- Elison, J., Lennon, R., Pulos, S., & Dickerson, S. (2006). Investigating the compass of shame: The development of the compass of shame scale. *Social Behavior and Personality*, 34(3), 221–238. <https://doi.org/10.2224/sbp.2006.34.3.221>
- Evans, Heron, J., Lewis, G., Araya, R., & Wolke, D. (2005). Negative self-schemas and the onset of depression in women: Longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 302–307. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.4.302>
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>
- Gastaldon, C., Solmi, M., Correll, C. U., Barbui, C., & Schoresanitis, G. (2022). Risk factors of postpartum depression and depressive symptoms: Umbrella review of current evidence from systematic reviews and meta-analyses of observational studies. *British Journal of Psychiatry*, 1–12. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.222>
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5), 1071–1083. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db>
- Geist, C., Harder, U., Kriegerowski-Schröteler, G., & Stiefel, A. (1995). *Hebammenkunde*. de Gruyter.
- Giallo, R., Seymour, M., Dunning, M., Cooklin, A., Loutzenhiser, L., & McAuslan, P. (2015). Factors associated with the course of maternal fatigue across the early postpartum period. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(5), 528–544. <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1021769>
- Gilbert, P. (2017). *Depression: The evolution of powerlessness* (Classis Ed). Routledge.

- Gjerdingen, D., Crow, S., McGovern, P., Miner, M., & Center, B. (2011). Changes in depressive symptoms over 0-9 months postpartum. *Journal of Women's Health*, 20(3), 381–386. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2355>
- Glazer, S. L. (2016). *The role of shame proneness in the relationship between parental acceptance of negative emotions and child emotion regulation* (Publikation Nr. 10286827) [Dissertation, Kean University]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 26–35. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02857.x>
- Hall, P. L., & Wittkowski, A. (2006). An exploration of negative thoughts as a normal phenomenon after childbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(5), 321–330. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.03.007>
- Hutchens, B. F., & Kearney, J. (2020). Risk factors for postpartum depression: An umbrella review. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 65(1), 96–108. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13067>
- Hymas, R., & Girard, L. C. (2019). Predicting postpartum depression among adolescent mothers: A systematic review of risk. *Journal of Affective Disorders*, 246, 873–885. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.041>
- Jackson, L., Fallon, V., Harrold, J., & De Pascalis, L. (2022). Maternal guilt and shame in the postpartum infant feeding context: A concept analysis. *Midwifery*, 105. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103205>
- Josefsson, A., & Sydsjö, G. (2007). A follow-up study of postpartum depressed women: Recurrent maternal depressive symptoms and child behavior after four years. *Archives of Women's Mental Health*, 10(4), 141–145. <https://doi.org/10.1007/s00737-007-0185-9>
- Kenny, D. A., Kaniskan, B., & McCoach, D. B. (2015). The Performance of RMSEA in models with small degrees of freedom. *Sociological Methods and Research*, 44(3), 486–507. <https://doi.org/10.1177/0049124114543236>
- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011). Shame , guilt , and depressive symptoms : A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137(1), 68–96. <https://doi.org/10.1037/a0021466>
- Knudson-Martin, C., & Silverstein, R. (2009). Suffering in silence: A qualitative meta-data-analysis of postpartum depression. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(2), 145–158. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00112.x>

- Kühner, C. S. (2016). Psychiatrische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit: Häufigkeit, Verlauf und klinische Diagnostik. *Nervenarzt*, 87(9), 926–936. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0175-0>
- Lacerenza, C. N., Joseph, D. L., & Cassisi, J. E. (2020). Are we assessing guilt correctly? An investigation of the psychometric properties of a prominent guilt measure. *Motivation and Emotion*, 44(4), 567–582. <https://doi.org/10.1007/s11031-019-09810-9>
- Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M., & Davis, M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(1), 5–14. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.09.007>
- Law, N. K., Hall, P. L., & Cheshire, A. (2021). Common negative thoughts in early motherhood and their relationship to guilt, shame and depression. *Journal of Child and Family Studies*, 30(8), 1831–1845. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-01968-6>
- Le, H. N., Perry, D. F., & Sheng, X. (2009). Using the internet to screen for postpartum depression. *Maternal and Child Health Journal*, 13(2), 213–221. <https://doi.org/10.1007/s10995-008-0322-8>
- Leach, D. M., Terry, P., & Nikčević, A. V. (2018). The Pregnancy Related Beliefs Questionnaire (PRBQ): An examination of the psychometric properties in perinatal samples. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 25(1), 152–162. <https://doi.org/10.1002/cpp.2149>
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. International Universities Press.
- Lewis, M. (2008). Self-conscious emotions: Embarrassment, pride, shame, and guilt. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones & L. F. Barrett (Hrsg.), *Handbook of emotions* (S. 742–756). The Guilford Press.
- Liss, M., Schiffrin, H. H., & Rizzo, K. M. (2013). Maternal guilt and shame: The role of self-discrepancy and fear of negative evaluation. *Journal of Child and Family Studies*, 22(8), 1112–1119. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9673-2>
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S., & Herzog, W. (2002). *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Manual Komplettversion und Kurzform* (2. Aufl.).
- Maughan, A., Cicchetti, D., Toth, S. L., & Rogosch, F. A. (2007). Early-occurring maternal depression and maternal negativity in predicting young children's emotion regulation and socioemotional difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(5), 685–703. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9129-0>

- Henry-Huthmacher, C. (2008). Eltern unter Druck: Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Studie. In C. Henry-Huthmacher & M. Borchard (Hrsg.), *Eltern unter Druck* (S. 1-25). Lucius & Lucius.
- Molgora, S., & Accordini, M. (2020). Motherhood in the time of coronavirus: The impact of the pandemic emergency on expectant and postpartum women's psychological well-being. *Frontiers in Psychology, 11*, 1–16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.567155>
- Monteiro, F., Fonseca, A., Pereira, M., Alves, S., & Canavarro, M. C. (2019). What protects at-risk postpartum women from developing depressive and anxiety symptoms? The role of acceptance-focused processes and self-compassion. *Journal of Affective Disorders, 246*, 522–529. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.124>
- Moorhead, S. R. J., Owens, J., & Scott, J. (2003). Development and piloting of the pregnancy related beliefs questionnaire (PRBQ). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 31*(2), 207–213. <https://doi.org/10.1017/S1352465803002091>
- Mundt, C. (2012). *Die psychische Situation von Müttern nach der Geburt eines Kindes: Eine Vergleichsstudie von Frauen mit unterschiedlichen Geburtsverläufen*. Diplomica Verlag.
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 379–407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- 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. <https://doi.org/10.3109/09540269609037816>
- Olhaverby, M., Pérez, C., León, M. J., Barrientos, M., & Coó, S. (2022). An explanatory model of parental sensitivity in the mother-father-infant triad. *Infant Mental Health Journal, 1*–16. <https://doi.org/10.1002/imhj.22007>
- Oppo, A., Mauri, M., Ramacciotti, D., Camilleri, V., Banti, S., Borri, C., Rambelli, C., Montagnani, M. S., Cortopassi, S., Bettini, A., Ricciardulli, S., Montaresi, S., Rucci, P., Beck, C. T., & Cassano, G. B. (2009). Risk factors for postpartum depression: The role of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R) : Results from the Perinatal Depression-Research & Screening Unit (PNDRScU) study. *Archives of Women's Mental Health, 12*(4), 239–249. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0071-8>
- Orth, U., Berking, M., & Burkhardt, S. (2006). Self-conscious emotions and depression: Rumination explains why shame but not guilt is maladaptive. *Personality and Social Psychology Bulletin, 32*(12), 1608–1619. <https://doi.org/10.1177/0146167206292958>

- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010) Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *JAMA*, 303(19), 1961–1969. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.605>
- Pineles, S. L., Street, A. E., & Koenen, K. C. (2006). The differential relationships of shame-proneness and guilt-proneness to psychological and somatization symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(6), 688–704. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.6.688>
- Priel, B., & Besser, A. (2002). Perceptions of early relationships during the transition to motherhood: The mediating role of social support. *Infant Mental Health Journal*, 23(4), 343–360. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/imhj.10021>
- Puyané, M., Subir , S., Torres, A., Roca, A., Garcia-Esteve, L., & Gelabert, E. (2022). Personality traits as a risk factor for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 298, 577–589. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.010>
- Records, K., Rice, M., & Beck, C. T. (2007). Psychometric assessment of the Postpartum Depression Predictors Inventory–Revised. *Journal of Nursing Measurement*, 15(3), 189–202. <https://doi.org/10.1891/106137407783095775>
- Riecher-Rössler, A., & Hofecker Fallahpour, M. (2003). Die Depression in der Postpartalzeit: eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. *Schweizer Archiv Für Neurologie Und Psychiatrie*, 154(3), 106–115. <https://doi.org/10.4414/sanp.2003.01354>
- Rogers, A., Obst, S., Teague, S. J., Rossen, L., Spry, E. A., MacDonald, J. A., Sunderland, M., Olsson, C. A., Youssef, G., & Hutchinson, D. (2020). Association between maternal perinatal depression and anxiety and child and adolescent development: A meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 174(11), 1082–1092. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.2910>
- Rotkirch, A., & Janhunen, K. (2010). Maternal guilt. *Evolutionary Psychology*, 8(1), 90–106. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177%2F147470491000800108>
- Ruppanner, L., Perales, F., & Baxter, J. (2019). Harried and Unhealthy? Parenthood, Time Pressure, and Mental Health. *Journal of Marriage and Family*, 81(2), 308–326. <https://doi.org/10.1111/jomf.12531>
- R sch, N., Corrigan, P. W., Bohus, M., Jacob, G. A., Brueck, R., & Lieb, K. (2007). Measuring shame and guilt by self-report questionnaires: A validation study. *Psychiatry Research*, 150(3), 313–325. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.04.018>

- Sambrook Smith, M., Cairns, L., Pullen, L. S. W., Opondo, C., Fellmeth, G., & Alderdice, F. (2022). Validated tools to identify common mental disorders in the perinatal period: A systematic review of systematic reviews. *Journal of Affective Disorders*, 298, 634–643. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.011>
- Sedlmeier, P., & Renkewitz, F. (2018). *Forschungsmethoden und Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. Pearson Education Deutschland GmbH.
- Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., Tam, W. W. S., & Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 235–248. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>
- Slobodin, O. (2019). Between the eye and the gaze: Maternal shame in the novel *We Need to Talk about Kevin*. *Feminism and Psychology*, 29(2), 214–230. <https://doi.org/10.1177/0959353518783785>
- Sockol, L. E., & Battle, C. L. (2015). Maternal attitudes, depression, and anxiety in pregnant and postpartum multiparous women. *Archives of Women's Mental Health*, 18(4), 585–593. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0511-6>
- Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2014). The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpartum first-time mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 17(3), 199–212. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0424-9>
- Sonnenburg, C., & Miller, Y. D. (2021). Postnatal Depression: The Role of “Good Mother” Ideals and Maternal Shame in a Community Sample of Mothers in Australia. *Sex Roles*, 85(11–12), 661–676. <https://doi.org/10.1007/s11199-021-01239-0>
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M., & Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384(9956), 1800–1819. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0)
- Stowe, Z. N., & Nemeroff, C. B. (1995). Women at risk for postpartum-onset major depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 173(2), 639–645. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(95\)90296-1](https://doi.org/10.1016/0002-9378(95)90296-1)
- Stuart-Parrigon, K., & Stuart, S. (2014). Perinatal Depression: An Update and Overview. *Current Psychiatry Reports*, 16(9). <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0468-6>
- Sutherland, J.-A. (2008). Ideal mama, ideal worker: Negotiating guilt and shame in academe. In E. Evans (Hrsg.), *Mama, PhD: Women write about motherhood and academic life* (S. 213–221). Rutgers University Press.

- Tangney, J. P. (1999). The self-conscious emotions: Shame, guilt, embarrassment and pride. In T. Dalgleish & M. J. Power (Hrsg.), *Handbook of cognition and emotion* (S. 541–568). John Wiley & Sons Ltd. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/0470013494.ch26>
- Tangney, J. P., Covert, M. V., Barlow, D. H., & Niedenthal, P. M. (1998). Are shame and guilt related to distinct self-discrepancies? A test of Higgins's (1987) hypotheses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 256–268. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.1.256>
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2003). *Shame and guilt*. Guilford Press.
- Tangney, J. P., Dearing, R. L., Wagner, P. E., & Gramzow, R. (2000). *The Test of self-conscious affect – 3 (TOSCA-3)*. Fairfax, VA: George Mason University.
- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992). Proneness to Shame, Proneness to Guilt, and Psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 469–478. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.101.3.469>
- Tebeka, S., Le Strat, Y., De Premorel Higgons, A., Benachi, A., Dommergues, M., Kayem, G., Lepercq, J., Luton, D., Mandelbrot, L., Ville, Y., Ramoz, N., Tezenas du Montcel, S., Bertin, E., Bourneuf, C., Colombe, J., Couppa, L., Dommergue, M., Dubertret, C., Georges, F., ... de Premorel, A. (2021). Prevalence and incidence of postpartum depression and environmental factors: The IGEDEPP cohort. *Journal of Psychiatric Research*, 138, 366–374. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.04.004>
- Thomason, E., Flynn, H. A., Himle, J. A., & Volling, B. L. (2015). Are women's parenting-specific beliefs associated with depressive symptoms in the perinatal period? Development of the rigidity of maternal beliefs scale. *Depression and Anxiety*, 32(2), 141–148. <https://doi.org/10.1002/da.22280>
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., Rollins, N. C., Allen, K., Dharmage, S., Lodge, C., Peres, K. G., Bhandari, N., Chowdhury, R., Sinha, B., Taneja, S., Giugliani, E., ... Richter, L. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475–490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Wilson, L. M., Reid, A. J., Midmer, D. K., Biringier, A., Carroll, J. C., & Stewart, D. E. (1996). Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *Cmaj*, 154(6), 785–798.

- Wisner, K. L., Sit, D. K. Y., McShea, M. C., Rizzo, D. M., Zoretich, R. A., Hughes, C. L., Eng, H. F., Luther, J. F., Wisniewski, S. R., Costantino, M. L., Confer, A. L., Moses-Kolko, E. L., Famy, C. S., & Hanusa, B. H. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*, 70(5), 490–498. <https://doi.org/https://10.1001/jamapsychiatry.2013.87>
- World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11. Aufl.). <https://icd.who.int/>
- Yan, H., Ding, Y., & Guo, W. (2020). Mental Health of Pregnant and Postpartum Women During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 11, 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.617001>
- Zhao, X. hu, & Zhang, Z. hua. (2020). Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian Journal of Psychiatry*, 53, 102353. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102353>

Abkürzungsverzeichnis

CFI.....	Comparative Fit Index
EPDS.....	Edinburgh Postnatal Depression Scale
PDPI-R.....	Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised
PPD.....	Postpartale Depression
PRBQ.....	Pregnancy Related Beliefs Questionnaire
RMSEA.....	Root-Mean-Square-Error of Approximation
SSW.....	Schwangerschaftswoche
TOSCA.....	Test of Self-Conscious Affects
T0.....	Erster Erhebungszeitpunkt
T1.....	Zweiter Erhebungszeitpunkt

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Ergebnisse der Faktorenanalysen des PRBQ-8 und PRBQ-7.....	33
Abbildung 2 Pfadmodell für die Mediation von Einstellungen gegenüber Mutterrolle auf die Verbindung von Schamneigung und PPD-Symptomatik.....	37

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Soziodemographische Charakteristik der Stichprobe.....	20
Tabelle 2 Übersetzung des PRBQ-8 in die deutsche Sprache.....	28
Tabelle 3 Interkorrelationsmatrix aller untersuchten Variablen.....	31
Tabelle 4 Hierarchische multiple Regressionsanalyse für die postpartale Depressionssymptomatik.....	35

Anhang A

Rekrutierungsmaterial

Abbildung 3

Flyer der Rekrutierung





**universität
wien**
Fakultät für Psychologie

Schwangere für Online-Studie gesucht



25 €

Gutscheine
zu gewinnen

Mutter werden – Mutter sein: Längsschnittstudie zur Geburt

Diese Studie untersucht, welchen Einfluss vorgeburtliche Faktoren auf das Erleben und Wohlbefinden der Mutter, sowie auf erste Bindungserfahrungen mit dem Kind nach der Geburt haben.

Teilnahme:
Wenn Sie teilnehmen möchten, klicken sie auf den QR-Code oder verwenden Sie folgenden Link:
<http://sosci.univie.ac.at/mutterwerdenmuttersein/>

Gewinnspiel:
Wir verlosen 5 Gutscheine im Wert von jeweils 25€ für die Online-Stores *yaababy* und *Eco Baby*

Teilnahmevoraussetzungen:

- Alter über 18 Jahre
- Schwangerschaft in der 36. SSW oder später
- Wohnhaft in Österreich
- Gute Deutschkenntnisse

Studienleitung: Rahel Lea van Eickels, BSc MSc;
Studienmitarbeit: Antonia Grundwald, BSc; Miriam Leonhard, BSc
Kontakt: mutterwerden.kpkj@univie.ac.at

Studieneinladung für E-Mails

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Schreiben möchten wir auf eine aktuelle Online-Studie der Fakultät für Psychologie der Universität Wien aufmerksam machen: „Mutter werden–Mutter sein: Eine Längsschnittstudie zum Erleben von Müttern vor und nach der Geburt.“

Eltern werden ist eine besonders aufregende, intensive und intime Erfahrung in der Biografie eines Menschen. Die Schwangerschaft, Geburt sowie die Post Partum Zeit stellen eine sensible Phase dar, in denen starke soziale und psychische, bis hin zu epigenetischen Veränderungen stattfinden. Es fehlt hierbei jedoch noch an ausreichenden Erkenntnissen, welche Vulnerabilitätsfaktoren identifizieren, die eine mögliche erschwerte Anpassung an die Elternrolle begünstigen.

Insbesondere die postpartale Depression tritt bei fast jeder fünften Gebärenden auf und beeinflusst nicht nur das Erleben der Eltern, sondern kann sich nachhaltig auf die Bindung zum Kind und das psychische Wohlergehen der Familie auswirken. Mit der postpartalen Depression können Scham- und Schuldgefühle auftreten, welche in unserer Studie besonders im Fokus stehen.

Es fehlen bisher aussagekräftige Längsschnittstudien, welche den kausalen Einfluss von persönlicher Schamneigung auf die postpartale Depression bestätigen können. Diese Studie sollen ihren Beitrag dazu leisten, indem sie untersucht, inwiefern pränatal vorhandene Mutterideale, so wie der Persönlichkeitsfaktor Schamneigung, zu einem pathologischen Verlauf der Post Partum Zeit beitragen.

Hierfür untersuchen wir mittels Online-Fragebögen Mütter im Alter von 18–40 Jahren zu zwei Zeitpunkten: im letzten Monat der Schwangerschaft (ab 36. SSW) und 2 Monate nach der Geburt des Kindes (weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Anschreiben und Studienflyer im Anhang). Da Ihre Organisation Frauen* im Mutter Werden unterstützt, wäre es uns eine große Hilfe, wenn Sie uns bei der Kontaktaufnahme zu unserer Zielgruppe unterstützen könnten. Mit Ihrer Mithilfe leisten Sie einen bedeutenden Beitrag zur familienpsychologischen Forschung.

Für Ihre Bemühungen und Ihre Unterstützung sind wir Ihnen sehr dankbar. Bei Rückfragen stehen wir jederzeit zur Verfügung unter mutterwerden.kpkj@univie.ac.at.

Möchten Sie die Studie direkt verschicken, so senden Sie den folgenden Link weiter:

<http://sosci.univie.ac.at/mutterwerdenmuttersein/>

Mit freundlichen Grüßen Rahel Lea van Eickels, BSc MSc Antonia Grunwald, BSc

Kurze Studieneinladung

Online-Studie „Mutter werden–Mutter sein: Eine Längsschnittstudie zum Erleben von Müttern vor und nach der Geburt“

Schwangere ab der 36. SSW gesucht

Das Mutter werden ist sowohl durch enorme Glücksgefühle gekennzeichnet, als auch durch sehr sensible Zustände. Wir von der Universität Wien suchen momentan werdende Mamas ab der 36. SSW für eine Studie, welche die Faktoren untersucht, welche dazu führen, dass diese Zeit eher als Schwierigkeit erlebt wird.

Solltest du also bald (erneut oder erstmalig) Mama werden, so hilf uns bitte mit. Durch die gewonnen Erkenntnisse können wir die Situation von Müttern besser verstehen und so auch bessere Unterstützung für diese besondere Phase entwickeln.

Der Link führt dich zu einem Fragebogen, welcher in etwa 20 min in Anspruch nimmt. In zwei Monaten, nach der Geburt, bitten wir dich dann erneut eine 10-minütige Online-Umfrage auszufüllen. So können wir vor und nach der Geburt vergleichen.

Zum Link geht's hier entlang: **<http://sosci.univie.ac.at/mutterwerdenmuttersein/>**

Als Dankeschön verlosen wir 5 x 25€ Gutscheine von Eco Baby Shop und dem Online-Shop yaababy. Nach der zweiten Online-Umfrage laden wir außerdem zu einem freiwilligen gemeinsamen Zoom mit anderen Müttern ein, in dem Platz für gemeinsamen Austausch und Reflektion ist.

Wir bedanken uns schon mal im Voraus für eure Mithilfe!

Anhang B

Studieninformationen

Liebe Mütter,

wir laden Sie herzlich ein, an der oben genannten Studie teilzunehmen.

Ihre Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Bereitschaft zur Teilnahme ablehnen oder im Verlauf der Studie zurückziehen. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für Sie.

Diese Art von Studien ist notwendig, um neue wissenschaftliche Forschungsergebnisse zu gewinnen. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung von Studien ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser Studie schriftlich erklären. Bitte lesen Sie die folgenden Informationen zur Studie sorgfältig durch und zögern Sie nicht, allfällige Fragen an die Studienleitung zu stellen.

Bitte willigen Sie in die Teilnahme nur ein

- wenn Sie Art und Ablauf der Studie vollständig verstanden haben;
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen;
- wenn Sie sich über Ihre Rechte als Teilnehmer*in an dieser Studie im Klaren sind.

1. Was ist der Zweck der Studie?

Wir möchten gerne mehr über das Erleben von Müttern sowohl vor als auch nach der Geburt erfahren. Mutter zu werden und Mutter zu sein bedeutet immer auch eine neue Rolle einzunehmen und kann sowohl mit positiven als auch mit negativen Gefühlen verbunden sein. Mutter zu werden kann von Ängsten und Erwartungen, so wie Gefühlen von Scham und Schuld rund um das Kind, den*die Partner*in, die Familiendynamik, und die eigene Mutterrolle begleitet sein. Es ist wichtig zu erforschen, welche vorgeburtlichen Faktoren einen Einfluss darauf haben, wie sich das Mutter sein nach der Geburt gestaltet. Zusätzlich wollen wir untersuchen, wie Mütter mit Schwierigkeiten in diesem Zusammenhang umgehen (Coping). Die Forschungsergebnisse sollen dazu beitragen, dass Mütter in dieser umbruchsreichen Zeit besser unterstützt werden können und pränatale Risikofaktoren frühzeitig erkannt werden.

2. Wie läuft die Studie ab?

Die Studie besteht aus zwei Befragungszeitpunkten über einen Zeitraum von ungefähr 5 Monaten. Der erste Messzeitpunkt wird während des dritten Trimesters Ihrer Schwangerschaft stattfinden. Für diesen ersten Befragungszeitpunkt werden Sie zu einem Interviewtermin eingeladen (online oder präsent), der ca. 25 Minuten in Anspruch nehmen wird.

Der zweite Messzeitpunkt ist für 6-8 Wochen nach der Geburt geplant und besteht aus diversen online Fragebögen. Die Befragung dauert ca. 20 Minuten und kann bequem online via Smartphone oder Laptop erledigt werden. Damit wir Sie für die Befragungen erreichen können ist es notwendig, dass Sie eine E-Mail-Adresse angeben. Zudem wird zum Zwecke der Gutschein-Verlosung auch eine E-Mail-

Adresse benötigt. Die E-Mail-Adresse(n) werden separat zu Ihren Angaben gespeichert, zu keinem anderen Zweck verwendet oder weitergegeben und nach Beendigung der Studie gelöscht.

3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Studie?

Durch die Teilnahme an dieser Studie leisten Sie einen wertvollen Beitrag für die Familienforschung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie. Sie helfen uns zu verstehen, welche Freuden und Schwierigkeiten das Mutter werden und Mutter sein aufwirft und wie sich vorgeburtliche Faktoren auf die Situation nach der Geburt auswirken können. Mit Ihrer Hilfe können Empfehlungen für werdende Mütter und Familien gewonnen werden.

Es wird allen Teilnehmer*innen ermöglicht sich im Anschluss der Studie über unsere Forschungsergebnisse zu informieren. Resultate der Studie werden auf der Homepage unseres Arbeitsbereiches veröffentlicht (<https://kpkj-psy.univie.ac.at/elterninformation/>). Auf Wunsch werden wir allen interessierten Müttern einen Bericht der Resultate zukommen lassen. Es handelt sich hierbei um keine individuellen Angaben, sondern ausschließlich anonymisierte Werte über die Gesamtgruppe.

4. Gibt es Risiken bei der Durchführung der Studie und ist mit Beschwerden oder anderen Begleiterscheinungen zu rechnen?

Es ist unter Umständen möglich, dass durch das Beantworten einiger Fragen unangenehme Gefühle entstehen könnten. Sollten Sie sich durch die Fragen belastet fühlen, dann wenden Sie sich bitte unverzüglich an die Studienleitung. In diesem Falle wird gemeinsam nach einer Lösung gesucht und das weitere Vorgehen besprochen. Für Notfälle oder akute Krisen haben wir am Ende dieses Informationsblatts einige Telefonnummern von Stellen angefügt, an die Sie sich im Bedarfsfall wenden können.

5. Hat die Teilnahme an der Studie sonstige Auswirkungen auf die Lebensführung und welche Verpflichtungen ergeben sich daraus?

Diese Untersuchung besteht aus einem Interview und der Beantwortung von Online-Fragebögen. Das bedeutet, dass Sie aufgefordert werden zum ersten Zeitpunkt zum Interview (online oder in Person) zu erscheinen, und am zweiten Zeitpunkt über das Internet einige Fragen zu beantworten. Darüber hinaus hat die Studie aber keinerlei Einfluss auf die Lebensführung der Teilnehmer*innen. Auch ist sie mit keinerlei weiteren Verpflichtungen oder zusätzlichen Aufgaben verbunden. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig und Sie können jederzeit die Teilnahme abbrechen oder Ihre Einwilligung widerrufen, ohne Folgen jedweder Art.

6. In welcher Weise werden die im Rahmen dieser Studie gesammelten Daten verwendet?

Die vorliegende Studie unterliegt den aktuellen Bestimmungen der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), die die Verarbeitung personenbezogener Daten streng reglementiert. Alle personenbezogenen Daten, die im Verlauf der Studie erhoben werden, werden pseudonymisiert (verschlüsselt) gespeichert und vertraulich behandelt. Ein Monat nach Abschluss der Studie wird die Zuordnungsliste gelöscht und alle Daten werden vollständig anonymisiert, so dass ein Rückschluss auf einzelne Personen ab diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich sein wird. Wenn Sie möchten, dass

Ihre Antworten gelöscht werden, können Sie dies bis einen Monat nach der Befragung schriftlich per E-Mail mitteilen.

Die anonymisierten Daten werden gegen unbefugten Zugriff geschützt auf einem gesicherten Datenserver der Universität Wien gespeichert und unbefristet aufbewahrt. Es können ausschließlich autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Beauftragte von in- und/oder ausländischen Gesundheitsbehörden und jeweils zuständige Ethikkommissionen in die nicht-verschlüsselten Daten Einsicht nehmen, soweit dies für die Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung der Studie notwendig bzw. vorgeschrieben ist. Sämtliche Personen, die Zugang zu Ihren verschlüsselten und nicht-verschlüsselten Daten erhalten, unterliegen im Umgang mit den Daten der DSGVO sowie den österreichischen Anpassungsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung. Es ist keine Weitergabe der Daten vorgesehen. Für wissenschaftliche Veröffentlichungen werden nur die anonymisierten Daten verwendet.

Ihre angegebenen Kontaktdaten werden automatisch nach Beendigung des Forschungsprojektes vollständig gelöscht.

Falls Sie Fragen zum Umgang mit Ihren Daten oder über Ihre Rechte haben, wenden Sie sich bitte zunächst an die Studienleitung. Diese wird Ihr Anliegen ggf. an die zuständigen Datenschutzbeauftragten weiterleiten. Alternativ können Sie sich direkt an die*den Datenschutzbeauftragte*n der Universität Wien (dsba@univie.ac.at) wenden.

Sie haben darüber hinaus das Recht, bei der österreichischen Datenschutzbehörde eine Beschwerde über den Umgang mit Ihren Daten einzubringen (www.dsb.gv.at).

7. Gibt es einen Kostenersatz oder eine Vergütung?

Nach Teilnahme an beiden Befragungszeitpunkten können Sie an einer Verlosung von 5 Gutscheinen im Wert von 25 € für einen Online-Store Ihrer Wahl („Avocadostore“, „Armed Angels“ oder „Amazon“) teilnehmen. Ihre hierfür angegebene E-Mail-Adresse wird separat zu Ihren Daten gespeichert, zu keinem anderen Zweck verwendet oder weitergegeben und nach der Verlosung gelöscht

8. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Sollten Sie im Zusammenhang mit dieser Studie noch weitere Fragen haben, oder möchten über die Ergebnisse informiert werden, schreiben Sie bitte eine E-Mail an mutterwerden.kpkj@univie.ac.at

Kontakt:

Rahel Lea van Eickels, BSc	Studienleitung	rahel.vaneickels@univie.ac.at
MSc		mutterwerden.kpkj@univie.ac.at
Univ.-Prof. Dr. Martina Zemp	Projektleitung	martina.zemp@univie.ac.at
		kpkj.psychologie@univie.ac.at
Antonia Grunwald, BSc	Studienmitarbeit	mutterwerden.kpkj@univie.ac.at

Einverständniserklärung zur Studie

Ich habe den Text dieses Informationsblatts gelesen und verstanden. Ich hatte genügend Zeit, mich zu entscheiden, ob ich an der Studie teilnehmen möchte. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen.

Ich werde die Hinweise, die für die Durchführung der Studie erforderlich sind, befolgen, behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Sollte ich aus meine Studienteilnahme abbrechen wollen, so kann ich dies jederzeit durch Verlassen des Internetbrowsers veranlassen.

Ich bin einverstanden, dass meine Daten dauerhaft in anonymisierter Form ausgewertet und elektronisch gespeichert werden. Die Daten werden in einer nur der Studienleitung zugänglichen Form gespeichert, die gemäß aktuellen Standards gesichert ist. Sollte ich die Löschung meiner Daten oder in die Daten Einsicht nehmen wollen, so kann ich dies bis ein Monat nach Studienabschluss schriftlich per E-Mail ohne Angabe von Gründen bei der Studienleitung veranlassen.

Geben Sie hiermit Ihr Einverständnis für die Studienteilnahme?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Anhang C

Übersetzung des PDPI-R

Tabelle 5

Übersetzung der präpartalen Version des PDPI-R ins Deutsche

PDPI-R (präpartal) im Original	Deutsche Übersetzung
Marital status	Familienstand
Single, married, seperated, divorced, widowed, partnered	single, verheiratet/ zusammenlebend, getrennt, geschieden, verwitwet, in einer Beziehung
SES	
Low, middle, high	— ^a
Self-esteem	
Do you feel good about yourself?	Fühlen Sie sich gut mit sich selbst?
Do you feel worthwhile?	Fühlen Sie sich wertvoll?
Do you have good qualities?	Haben Sie gute Eigenschaften?
Prenatal depression	
Have you felt depressed during your pregnancy	Haben Sie sich während der Schwangerschaft depressiv gefühlt?
Prenatal anxiety	
Have you been feeling anxious during your pregnancy	Haben Sie sich während der Schwangerschaft ängstlich gefühlt?
Unplanned/unwanted pregnancy	
Was the pregnancy planned	War die Schwangerschaft geplant?
Was the pregnancy unwanted	War die Schwangerschaft ungewollt?
History of depression	
Before this pregnancy, have you ever been depressed	Waren Sie vor dieser Schwangerschaft jemals depressiv?
Social Support	
Partner	
Do you believe that you receive adequate emotional support from your partner	Haben Sie das Gefühl ausreichend emotionale Unterstützung von Ihrem*Ihrer Partner*in zu erhalten?
Do you believe that you can confide in your partner	Glauben Sie, dass Sie sich Ihrer*m Partner*in anvertrauen können?
Do you believe that you can rely on your partner	Glauben Sie, dass Sie sich auf Ihre*n Partner*in verlassen können?
Do you believe that you receive adequate instrumental support from your partner	Glauben Sie, dass Sie ausreichend praktische Unterstützung von Ihrer*m Partner*in erhalten können?
Family	
Do you believe that you receive adequate emotional support from your family	Haben Sie das Gefühl ausreichend emotionale Unterstützung von Ihrer Familie zu erhalten?
Do you believe that you can confide in your family	Glauben Sie, dass Sie sich Ihrer Familie anvertrauen können?
Do you believe that you can rely on your family	Glauben Sie, dass Sie sich auf Ihre Familie verlassen können?
Do you believe that you receive adequate instrumental support from your family	Glauben Sie, dass Sie ausreichend praktische Unterstützung von Ihrer Familie erhalten können

Friends

Do you believe that you receive adequate emotional support from your friends

Do you believe that you can confide in your friends

Do you believe that you can rely on your friends

Do you believe that you receive adequate instrumental support from your friends

Haben Sie das Gefühl ausreichend emotionale Unterstützung von Ihren Freund:innen zu erhalten?

Glauben Sie, dass Sie sich Ihren Freund*innen anvertrauen können?

Glauben Sie, dass Sie sich auf Ihre Freund*innen verlassen können?

Glauben Sie, dass Sie ausreichend praktische Unterstützung von Ihren Freund:innen erhalten können?

Marital/partner satisfaction

Are you satisfied with your marriage or living arrangement

Are you currently experiencing any marital/relationship problems

Are things going well between you and your partner

Sind Sie zufrieden in Ihrer Ehe oder Partnerschaft?

Erleben Sie aktuell Probleme in Ihrer Beziehung / Ehe?

Läuft alles gut zwischen Ihnen und Ihrer*m Partner*in?

Life stress

Are you currently experiencing any stressful events in your life such as

Financial problems

Marital problems

Death in family

Unemployment

Serious illness in family

Moving

Job change

Erleben Sie derzeit belastende Ereignisse in Ihrem Leben, wie z.B.

Finanzielle Probleme

Probleme in der Partnerschaft

Todesfall in der Familie

Arbeitslosigkeit

Schwere Erkrankung innerhalb der Familie

Umzug

Jobwechsel

Anmerkung. ^a Wurde nicht übersetzt, sondern ersetzt mit dem Erheben des Haushaltseinkommen.

Antwortformat Ja/Nein; Zutreffendes Risiko = 1.

Anhang D

Prüfung von Ausreißern

Abbildung 4

Boxplots der Variable PPD-Symptomatik T1

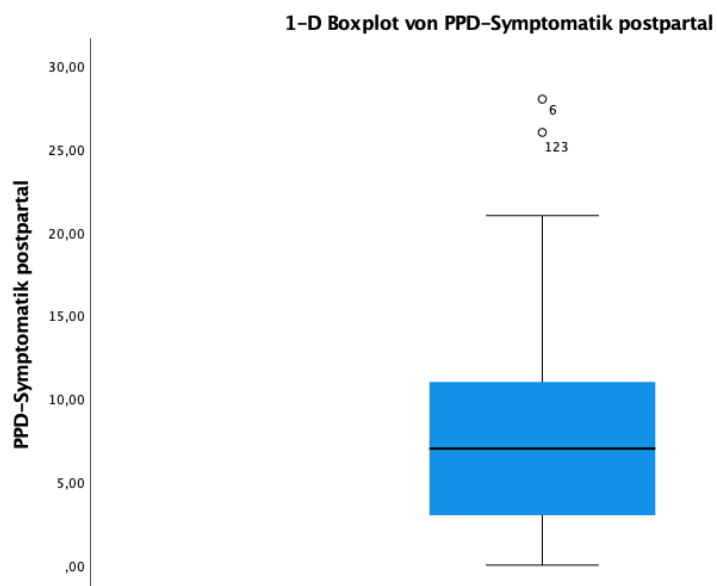


Abbildung 5

Boxplots der Variable PPD-Symptomatik T0

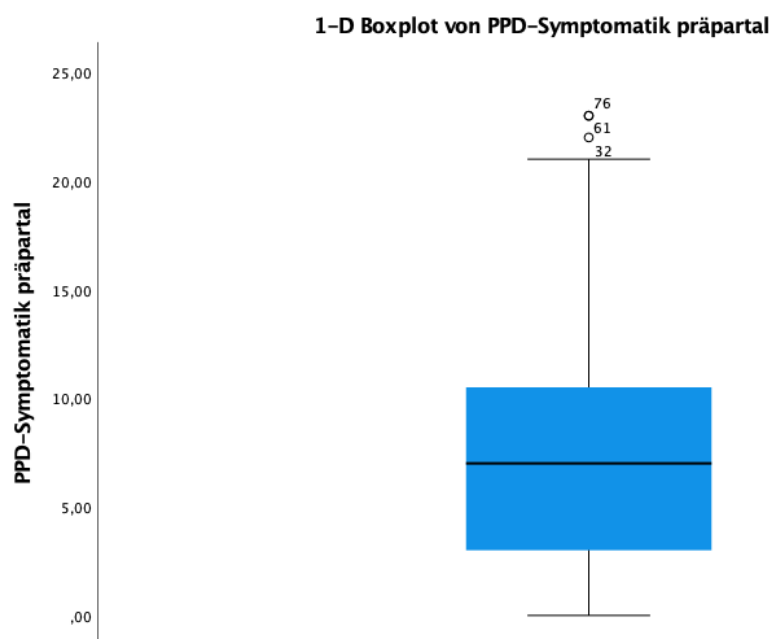


Abbildung 6

Boxplots der Variable Präpartale Risikofaktoren für PPD

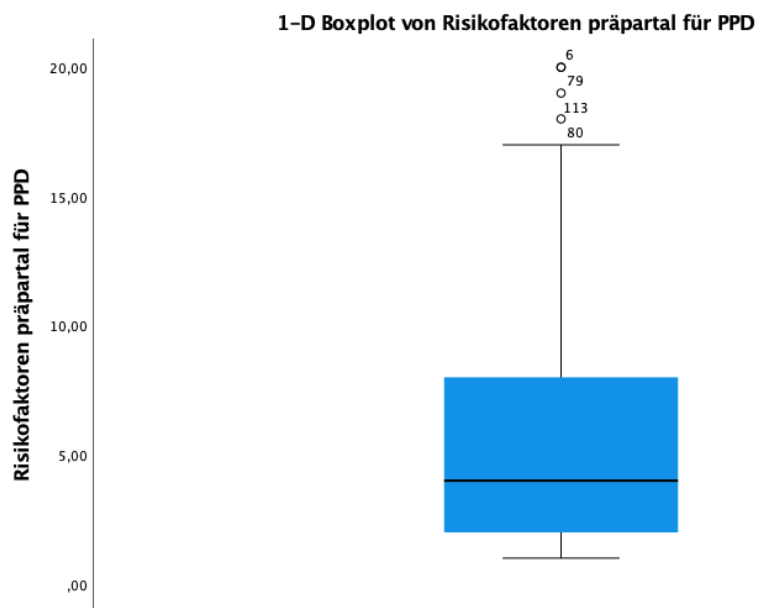


Abbildung 7

Boxplots der Variable Schamneigung

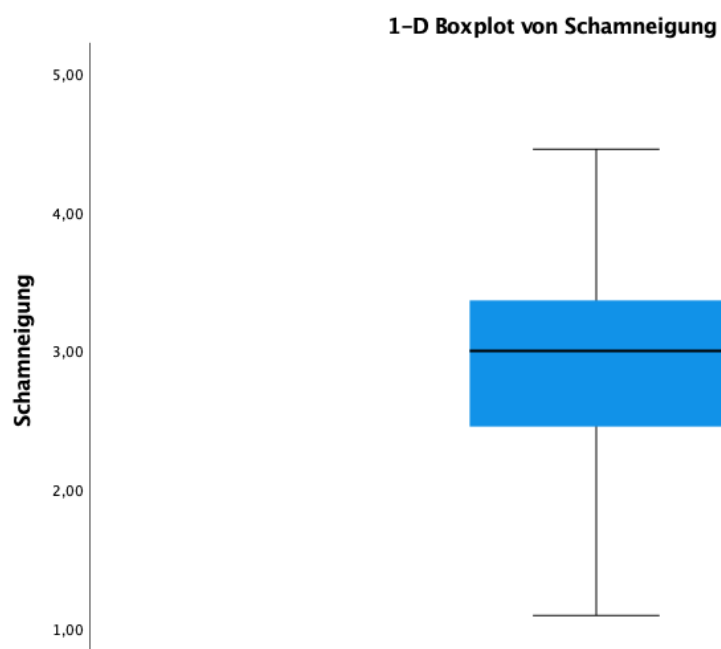
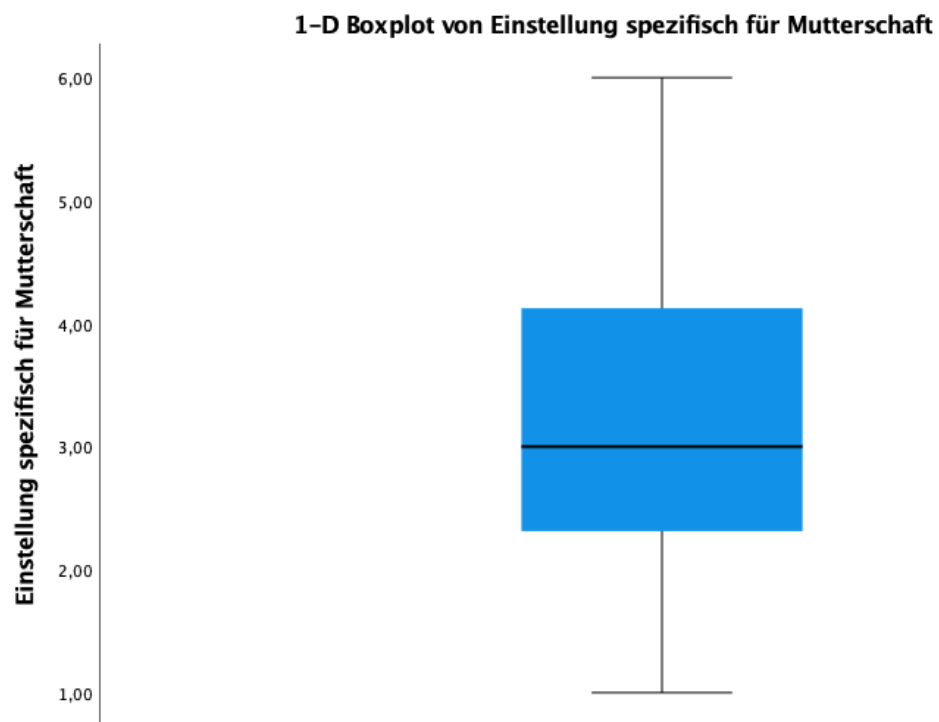


Abbildung 8

Boxplots der Variable Einstellungen gegenüber Mutterrolle



Anhang E

Voraussetzungsprüfung für die multiple Regressionsanalyse

Abbildung 9

Histogramm der Normalverteilung der Residuen

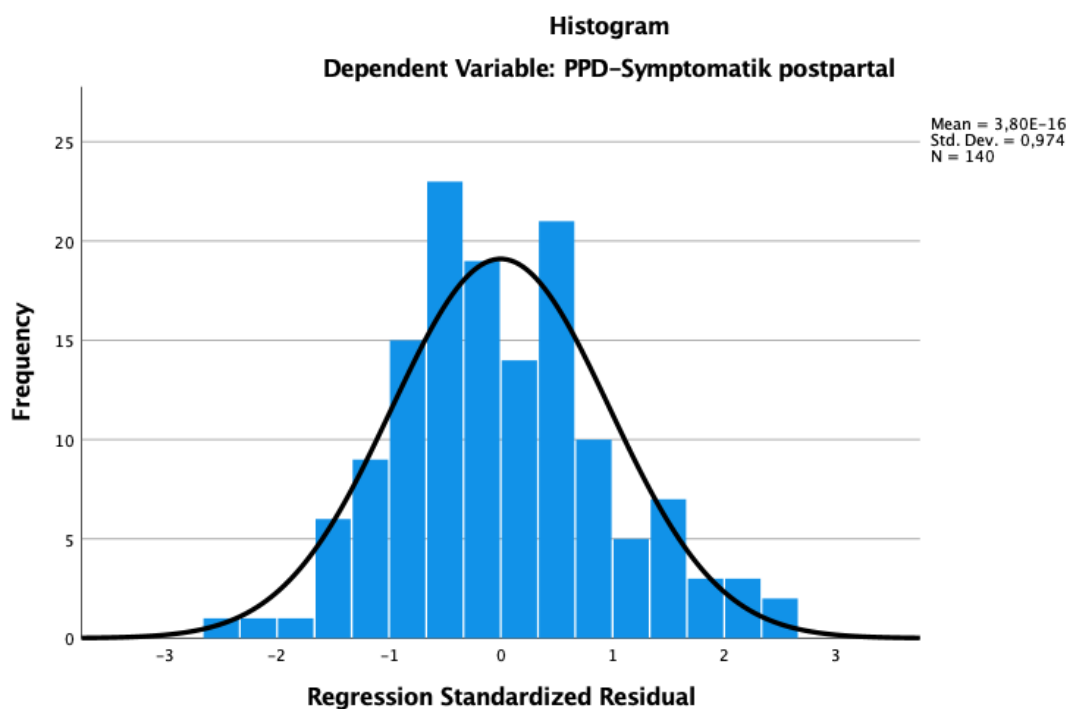


Abbildung 10

P-P-Diagramm der standardisierten Residuen

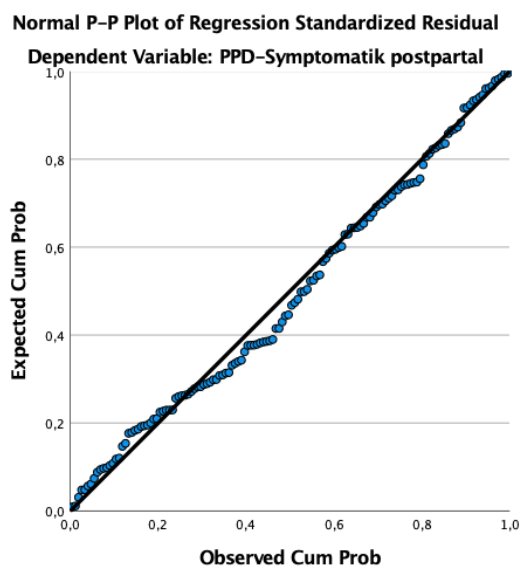


Abbildung 11

Streudiagramm der standardisierten Residuen

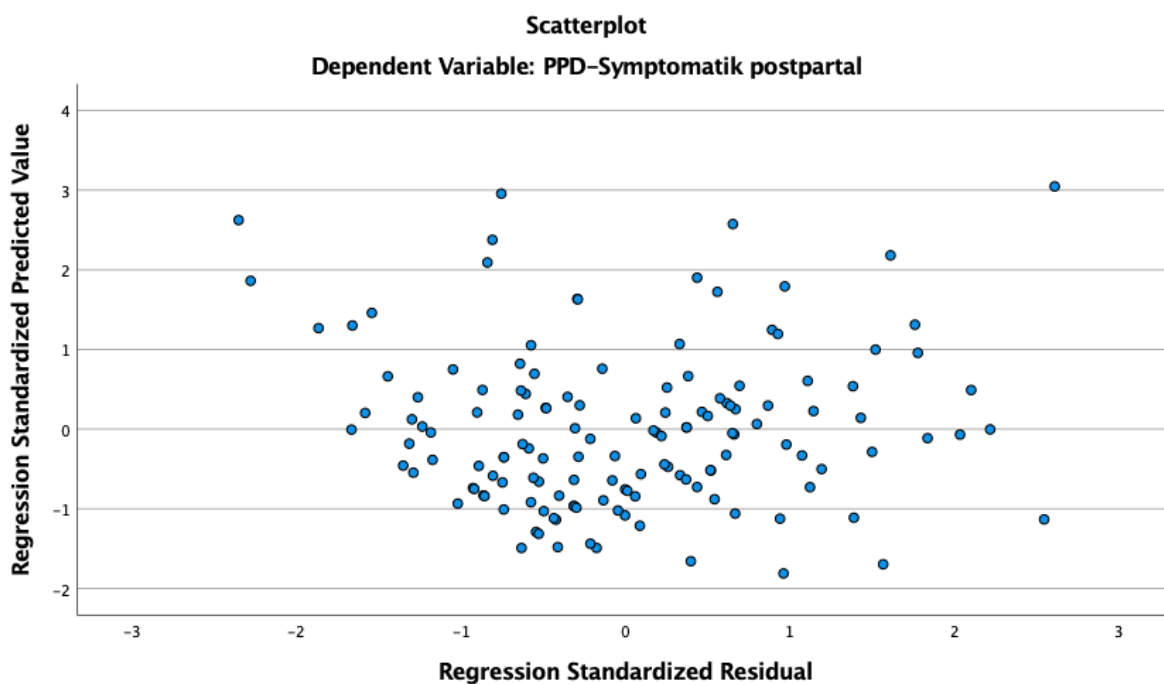


Abbildung 12

Partielles Regressionsdiagramm für die Variable Alter

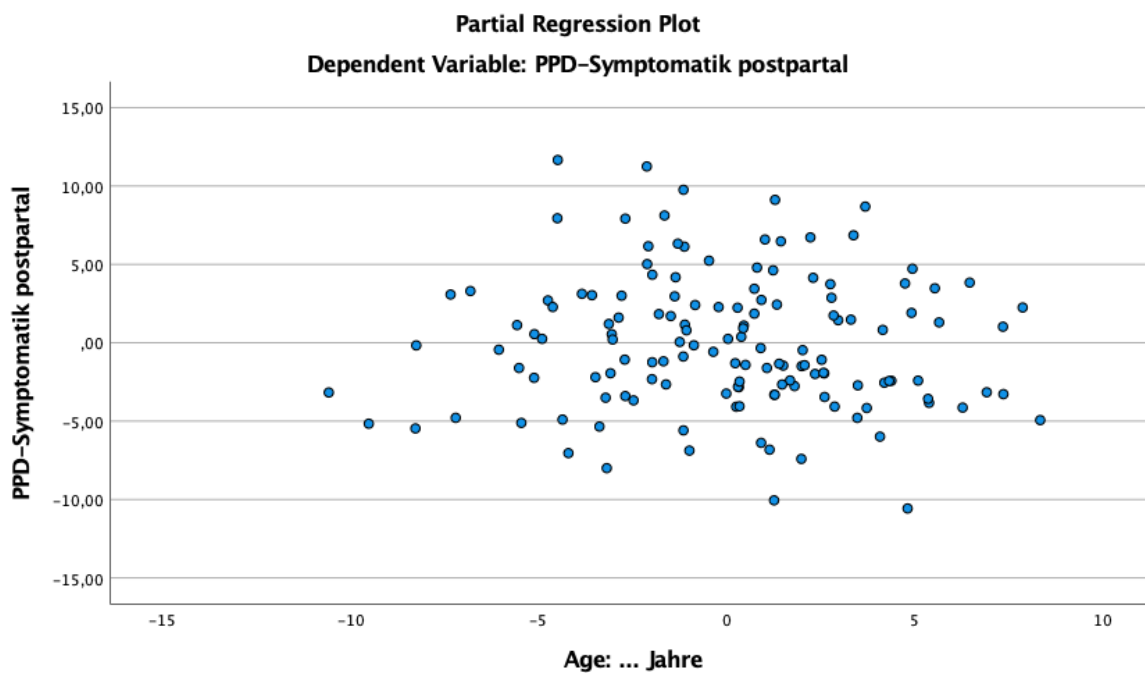


Abbildung 13

Partielles Regressionsdiagramm für die Variable Parität

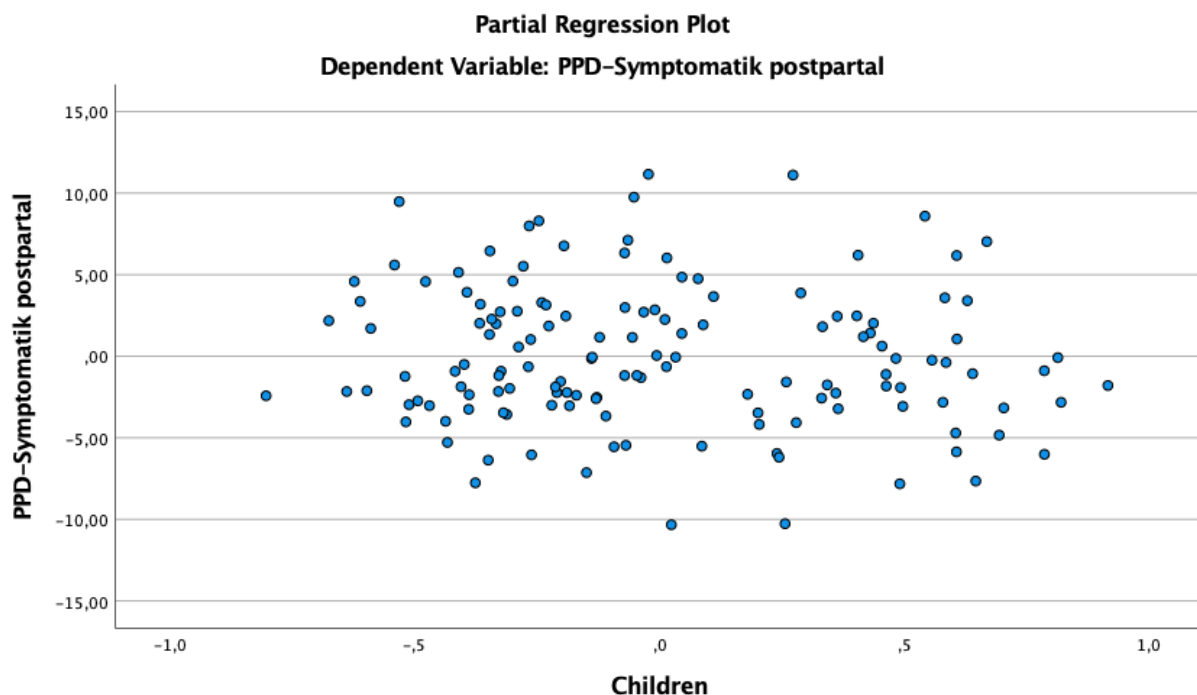


Abbildung 14

Partielles Regressionsdiagramm für die Variable Schuldneigung

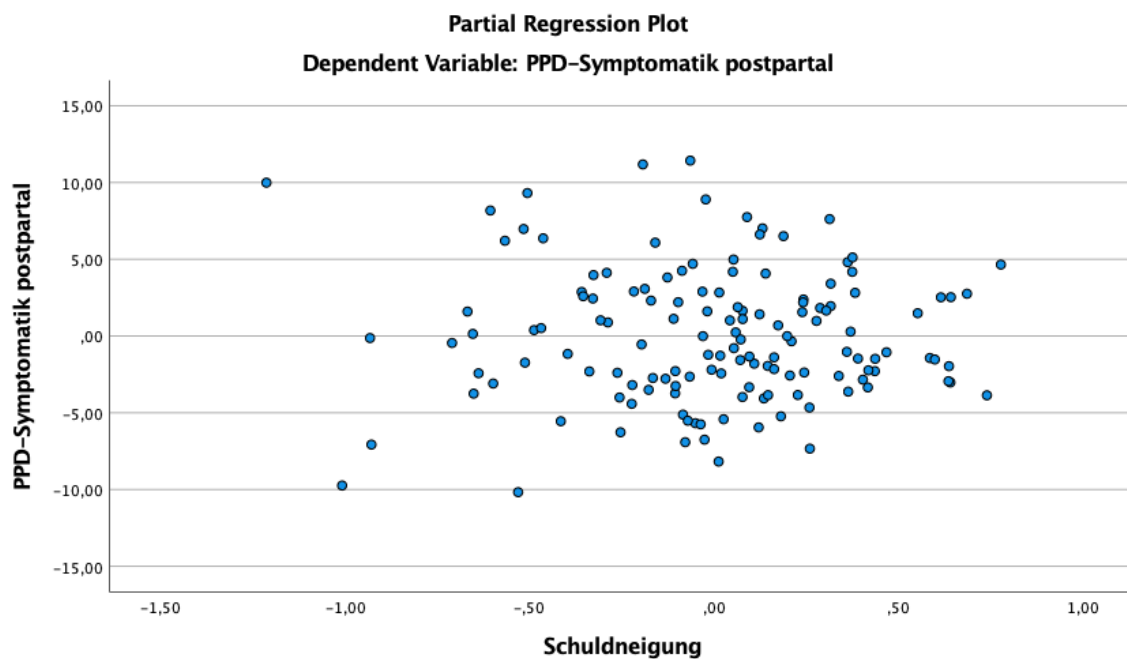


Abbildung 15

Partielles Regressionsdiagramm für die Variable Risikofaktoren einer PPD

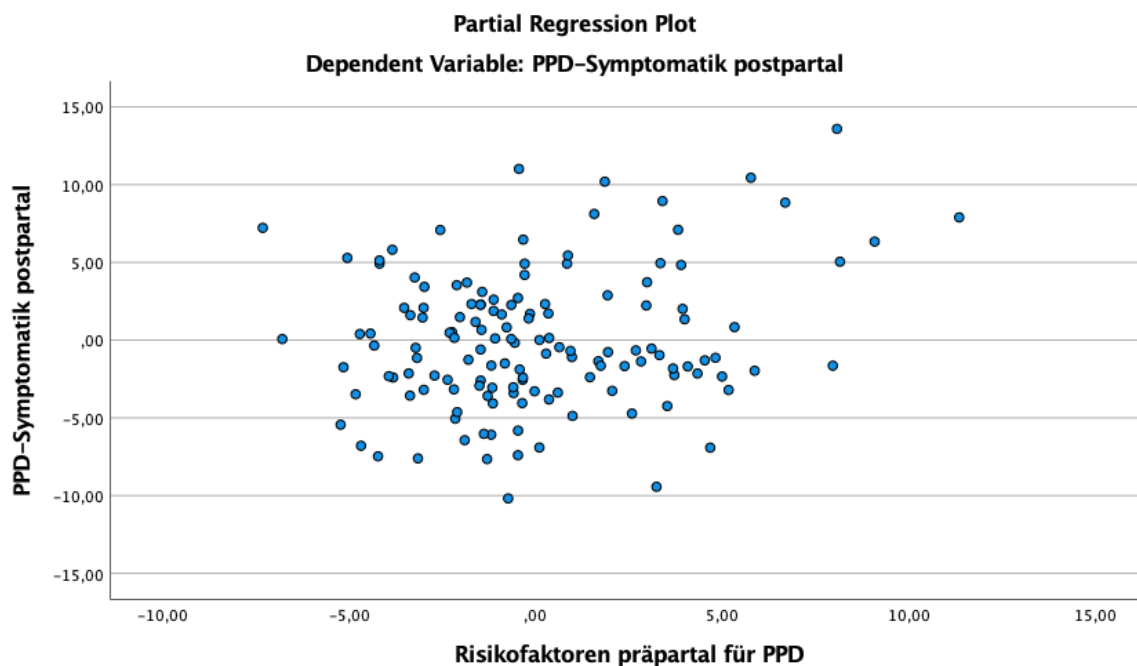


Abbildung 16

Partielles Regressionsdiagramm für die Variable präpartale Depressionssymptomatik

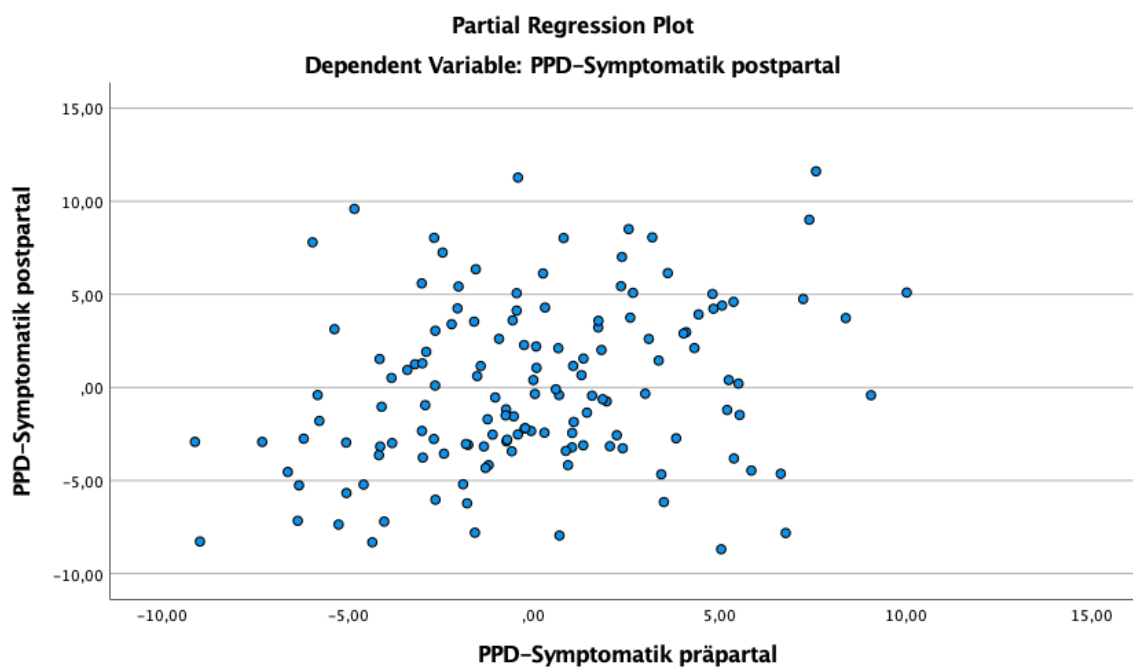
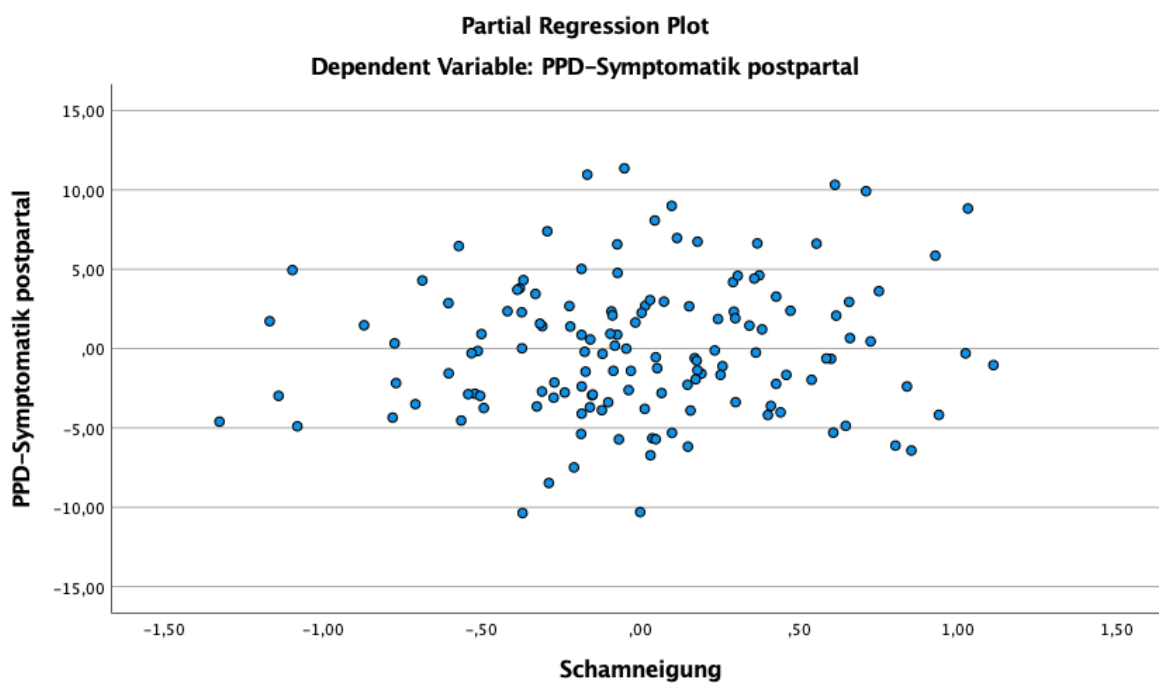


Abbildung 17

Partielles Regressionsdiagramm für die Variable Schamneigung

**Abbildung 18**

Partielles Regressionsdiagramm für die Variable Einstellungen gegenüber Mutterrolle

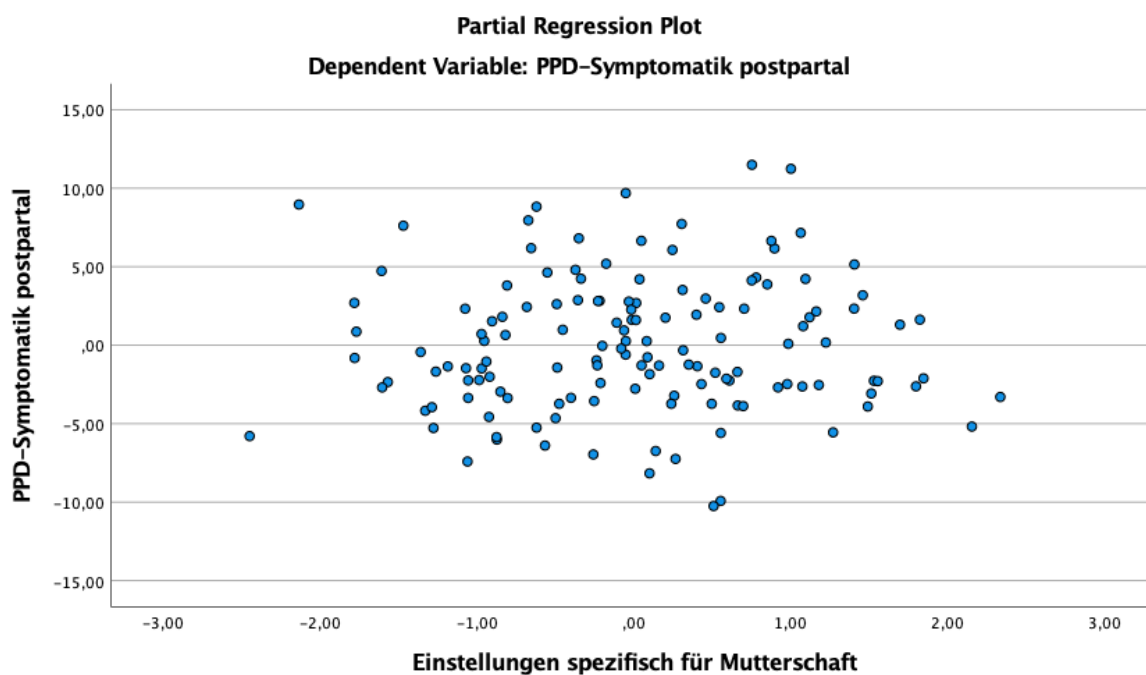


Tabelle 6*Voraussetzungsprüfung der Regressionsanalyse: Residuen Statistik*

Variable	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Std. Residuum	-2.35	2.61	0.00	0.97
Stud. Residuum	-2.48	2.77	0.00	1.01
Mahalanobis Abstand	1.71	18.04	6.95	3.51
Cook Abstand	0.00	0.12	0.01	0.02
Zentraler Hebelwert	0.01	0.13	0.05	0.02

Anmerkung. N = 140.