



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

„Ständige Begleiter? Die Rolle von Scham, Schuld und positivem Dyadischem Coping bei der Entwicklung der Postpartalen Depression“

verfasst von | submitted by

Alice Joyce Juhasz BSc

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt |
Degree programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree pro-
gramme as it appears on the student record
sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von | Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Martina Zemp

Zusammenfassung

Die Postpartale Depression (PPD) ist eine der häufigsten psychischen Erkrankungen im Übergang zur Mutterschaft. Dabei können Scham- und Schuldgefühle eine besondere Rolle spielen und PPD-Symptome bedingen. Gleichzeitig gibt es Hinweise darauf, dass positives Dyadisches Coping (DC) einen potenziellen Schutzfaktor im Kontext von PPD darstellen könnte. Diese Masterarbeit untersuchte die Zusammenhänge zwischen Scham- und Schuldneigung (*trait*) sowie zwischen dem Erleben von Scham- und Schuldgefühlen gegenüber dem Baby (*state*) und PPD-Symptomen. Zudem wurde positives DC als Moderator dieser Zusammenhänge untersucht. Hierfür wurden in einer Online-Studie Mütter in Österreich in einem längsschnittlichen Studiendesign mit zwei Messzeitpunkten im Selbstbericht befragt. Der erste Messzeitpunkt fand während der Schwangerschaft statt, der zweite postpartum. Die finale Stichprobe bestand aus $N = 123$ Versuchspersonen zwischen 18 und 40 Jahren ($M = 31.94$). Ergebnisse zeigten, dass Schamneigung (*trait* Scham) und Scham- und Schuldgefühle gegenüber dem Baby (*state* Scham und Schuld) positive Prädiktoren von PPD-Symptomen darstellten. Schuld- nicht aber Schamgefühle gegenüber dem Baby erhöhten zudem signifikant die Chance auf das Vorliegen klinisch relevanter PPD-Werte. Schuldneigung (*trait* Schuld) stellte keinen signifikanten Prädiktor für PPD-Symptome dar. Positives DC war nicht signifikant mit PPD-Symptomen assoziiert und konnte nicht als Moderator identifiziert werden. Somit hatte es keinen Einfluss auf die Zusammenhänge zwischen *trait* Scham sowie *state* Scham und Schuld und PPD-Symptome. Schamneigung könnte als Risikofaktor in Screening-Instrumenten zur Identifizierung von PPD-Risikopatient*innen berücksichtigt werden. Die Thematisierung und Behandlung nachgeburtlicher Scham- und Schuldgefühle gegenüber dem Baby könnten ein Ansatzpunkt für die Prävention und Behandlung von PPD sein.

Schlagwörter: Scham, Schuld, Postpartale Depression, Positives Dyadisches Coping

Abstract

Postpartum depression (PPD) is one of the most common mental illnesses in the transition to motherhood. Feelings of shame and guilt can play a particular role in PPD symptoms. At the same time, there is evidence that positive dyadic coping (DC) could be a potential protective factor in the context of PPD. This master's thesis investigated the relationships between shame- and guilt-proneness (trait) as well as the experience of feelings of shame and guilt towards the baby (state) and PPD symptoms. In addition, positive DC was examined as a moderator of these associations. For this purpose, mothers in Austria were surveyed in an online study in a longitudinal design with two measurement points in self-report. The first assessment took place during pregnancy, the second one postpartum. The final sample consisted of $N = 123$ subjects between the ages of 18 and 40 ($M = 31.94$). Results showed that shame-proneness (*trait* shame) and feelings of shame and guilt towards the baby (*state* shame and guilt) were positive predictors of PPD symptoms. Feelings of guilt but not shame towards the baby also significantly increased the chance of clinically relevant PPD values being present. Guilt-proneness (*trait* guilt) was not a significant predictor of PPD symptoms. Positive DC was not significantly associated with PPD symptoms and could not be identified as a significant moderator. Thus, it had no influence on the relationships between *trait* shame and *state* shame and guilt and PPD symptoms. Shame-proneness could therefore be considered as a risk-factor in screening instruments to identify patients at risk of PPD. Addressing and treating postnatal feelings of shame and guilt towards the baby could be a starting point for the prevention and treatment of PPD.

Keywords: shame, guilt, postpartum depression, positive dyadic coping

Inhaltsverzeichnis

Einleitung und theoretischer Hintergrund.....	6
Postpartale Depression (PPD)	6
Ätiologie und Risikofaktoren der PPD	7
Mögliche Auswirkungen der postpartalen Depression	9
Scham- und Schuldgefühle.....	10
Auswirkungen von Scham und Schuldgefühlen.....	11
Scham- und Schuldgefühle in Beziehungen	13
Scham und Schuldgefühle nach der Geburt	13
Scham, Schuldgefühle und PPD	15
Dyadisches Coping.....	16
Einflüsse positiven dyadischen Copings auf das Wohlbefinden	17
Die Relevanz positiven dyadischen Copings im Übergang zur Elternschaft	18
Positives dyadisches Coping und PPD	19
Zielsetzung der Studie	20
Fragestellungen und Hypothesen.....	21
Methoden	22
Stichprobe.....	22
Untersuchungsdurchführung	28
Datenanalyse	30
Ergebnisse	32
Attritionsanalyse.....	32
Deskriptive Statistik	33
Hauptanalysen	35
Voraussetzungstests	35
Multiple lineare Regressionen	36
Logistische Regressionen	39
Moderationsanalysen	42
Diskussion.....	46
Praktische Implikationen.....	53
Stärken und Limitationen	54
Fazit.....	55
Literaturverzeichnis	57

PPD, Scham, Schuld und positives DC

Abkürzungsverzeichnis.....	69
Abbildungsverzeichnis.....	70
Tabellenverzeichnis.....	71
Anhang A	72
Anhang B	74
Anhang C	77
Anhang D	81

Ständige Begleiter? Die Rolle von Scham, Schuld und positivem Dyadischem Coping bei der Entwicklung der Postpartalen Depression

Der Übergang zur Mutterschaft ist eine von spezifischen Herausforderungen und Umstellungen geprägte Lebenserfahrung. Physiologische und psychologische Veränderungen sowie Veränderungen in der Umwelt können einen Einfluss auf das mütterliche Wohlbefinden, erlebten Gefühle, die psychische Gesundheit, soziale Beziehungen und den Lebensalltag haben. Die Zeit der Schwangerschaft und Geburt ist von erhöhter Vulnerabilität für psychische Störungen geprägt, mit der postpartalen Depression (PPD) als einer der häufigsten schwangerschaftsspezifischen Störungen (Wolkenstein, 2023).

Einerseits können verschiedene Risikofaktoren die Entwicklung einer PPD bedingen, andererseits gibt es schützende Faktoren, welche die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer PPD verringern können (Wolkenstein, 2023). Hohe Erwartungen an das Mutter-Sein können nach der Geburt des Kindes in Diskrepanz mit der tatsächlichen Realität stehen (Adams, 2015; Liss et al., 2013), und Zweifel an der Qualität der eigenen Mutterschaft aufkommen (Law et al., 2021). Daraus können Scham- und Schuldgefühle entstehen, welche die Entwicklung einer PPD begünstigen können (Caldwell et al., 2021). Gleichzeitig gewinnt die Unterstützung durch das Umfeld, insbesondere durch den*die Partner*in, an Bedeutung für die Anpassung an die postpartale Zeit und psychische Gesundheit der Mutter (Yargawa & Leonardi-Bee, 2015; Pilkington, Milne, et al., 2015). Diese Masterarbeit widmet sich der Frage, welche Rolle Scham- und Schuldneigung sowie die tatsächlich erlebten Scham- und Schuldgefühle gegenüber dem Baby bei der Entwicklung einer PPD spielen. Gleichzeitig soll das positive Dyadische Coping (DC) als potenzieller Schutzfaktor einer PPD untersucht werden.

Postpartale Depression (PPD)

Die postpartale Zeit ist durch komplexe neuroendokrinologische, physische, behaviorale und psychosoziale Veränderungen geprägt (Burgos Dias Macedo et al., 2021). In diesem Kontext liegt eine erhöhte Vulnerabilität für psychische Erkrankungen vor (Wolkenstein, 2023). Eine besonders schwerwiegende Herausforderung stellen depressive Symptomaten rund um die Geburt des Kindes dar (Burgos Dias Macedo, 2021). In Österreich sind 10–15% aller Mütter von PPD betroffen (Nowotny et al., 2019). Eine aktuelle Studie über 51 Länder identifizierte eine gepoolte Prävalenz von 24.7% (Mitchell et al., 2023). Die PPD erfüllt die Kriterien einer depressiven Episode und ist von Symptomen wie depressiver Stimmung (Gefühle von Trauer oder Leere sowie übermäßiges Weinen), Interessens- und

PPD, Scham, Schuld und positives DC

Freudverlust, Gewichtsschwankungen oder Appetitveränderungen, Insomnie oder Hypersomnie, psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung, Müdigkeit oder Energieverlust, Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige Schuldgefühle, kognitive Einbußen und wiederkehrende Gedanken an den eigenen Tod oder Tod des Kindes geprägt (American Psychiatric Association, 2015; World Health Organisation, 2023). Für eine Diagnose müssen mindestens fünf dieser Kriterien während der Schwangerschaft oder nach DSM-5 innerhalb von vier (American Psychiatric Association, 2015) bzw. nach ICD-11 (World Health Organisation, 2023) innerhalb von sechs Wochen nach der Geburt erfüllt sein. Zudem müssen die Symptome mindestens zwei Wochen anhalten und in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen Funktionsbereichen verursachen (World Health Organisation, 2023). Bei ca. 50% der Betroffenen treten die Symptomaten bereits während der Schwangerschaft auf (American Psychiatric Association, 2015). Zudem zeigt sich eine Häufung der Manifestation ca. drei Monate nach der Geburt und die Symptomaten können bis zu einem Jahr anhalten (O'Hara, 2009; O'Hara & McCabe, 2013).

PPD ist vom *Baby Blues* abzugrenzen, welcher symptomatisch der PPD ähnelt und ca. 40–80% der Mütter betrifft; die Symptome treten zwischen zwei bis fünf Tage nach Geburt auf, klingen jedoch üblicherweise nach höchstens zwei Wochen ab (Wolkenstein, 2023). Der Baby Blues wird als eine Periode adaptiver Anpassung im Rahmen des Übergangs zur Mutterschaft gesehen, welcher in der Regel keinen nachhaltigen Einfluss auf Mutter oder Kind hat (Burgos Dias Macedo, 2021; World Health Organisation, 2023). In Abgrenzung zum Baby Blues halten die Symptome der PPD über die zwei Wochen nach Geburt hinaus an und sind in der Regel intensiver (World Health Organisation, 2023).

Ätiologie und Risikofaktoren der PPD

Die Ätiologie der PPD lässt sich laut Wolkenstein (2023) durch ein multifaktorielles Vulnerabilitäten-Stress-Modell erklären. Dieses postuliert, dass schon vor der Schwangerschaft bestehende psychologische und physiologische Vulnerabilitäten mit schwangerschafts- und geburtsspezifischen Stressoren interagieren und die Entwicklung einer PPD begünstigen. Die depressive Symptomatik selbst kann laut Autorin wiederum mit bereits vorhandenen Vulnerabilitäten interagieren und auslösende und aufrechterhaltende Faktoren verstärken, wodurch sich eine Abwärtsspirale und eine Verschlechterung der Symptomatik ergeben kann.

Zu den physiologischen Vulnerabilitätsfaktoren einer PPD werden genetische Variationen, Neurotransmitterveränderungen und endokrinologische Faktoren gezählt

(Cattapan-Ludewig & Seifritz, 2010). Es konnten bereits Gene mit der Entstehung von PPD assoziiert werden, wobei betont wird, dass die individuelle Interaktion zwischen Genen und Umwelt maßgeblich ist (Mendoça et al., 2021). Zwillingsstudien zeigen zudem, dass eine Heritabilität von PPD gegeben ist (Skalkidou et al., 2012) und eine Metaanalyse fand, dass Frauen mit familiärer Häufung psychiatrischer Erkrankungen eine höhere Chance auf die Entwicklung einer PPD hatten (Kjeldsen et al., 2022). Hormonschwankungen während der Schwangerschaft und nach der Geburt spielen zudem eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von PPD (Burgos Dias Macedo et al., 2021), wobei die genauen Mechanismen hormoneller Schwankungen in Verbindung mit PPD nicht ausreichend geklärt sind (Wolkenstein, 2023).

Wolkenstein (2023) beschreibt hierzu, dass hormonelle Veränderungen einen Einfluss auf die Neurotransmitterexpression haben. So habe das rasche Absinken im Östrogenspiegel einen hemmenden Einfluss auf die Aktivität der Serotoninrezeptoren, wodurch weniger Serotonin produziert wird. Auch der stark abfallende Östradiolspiegel nach Geburt und eine dadurch folgende Dysregulation des Dopaminhaushaltes sowie ein veränderter Spiegel des Bindungshormons Oxytocin spielen laut der Autorin eine Rolle bei der Entwicklung von PPD. Des Weiteren wird die Hypoaktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse und eine damit verbundene höhere Cortisol-Ausschüttung während der Schwangerschaft mit Depressionen in Verbindung gesetzt (Skalkidou et al., 2012; Wolkenstein, 2023).

Psychosoziale Risikofaktoren können intra- und interpersonellen Ursprungs sein. Zu den intrapersonellen Risikofaktoren gehören psychologische Vulnerabilitäten, Persönlichkeitsfaktoren und soziodemografische Risikofaktoren (Wolkenstein, 2023). Psychologische Faktoren umfassen bereits vorhandene Psychopathologien (Yang et al., 2022), wobei bereits erlebte depressive Episoden in der Vergangenheit über mehrere Metaanalysen als größter Risikofaktor für die Entwicklung einer PPD identifiziert wurden (Qi, 2023; Vanteswinkel et al., 2022; Waqas et al., 2023). Das Risiko für das Auftreten von depressiven Symptomen rund um die Schwangerschaft, ist bei Frauen, die bereits vor der Schwangerschaft depressive Episoden erlebt haben, doppelt so hoch (Wolkenstein, 2023). Des Weiteren gelten ungewollte und ungeplante Schwangerschaft (Gastaldon et al., 2022; Vanwetswinkel et al., 2022; Waqas et al., 2023; Yang et al., 2022) und das prämenstruelle Syndrom (Gastaldon et al., 2022) als psychologische Risikofaktoren einer PPD. Studien zu Persönlichkeitsfaktoren unterstrichen den prädiktiven Wert einer hohen Ausprägung in Neurotizismus, Ängstlichkeit, Sensibilität und Unsicherheit (Puyané et al., 2022). Zudem

PPD, Scham, Schuld und positives DC

bedingen ein geringes Selbstwertgefühl, ein hoher Selbstanspruch sowie ein negativer Attributionsstil die Entwicklung einer PPD (Wolkenstein, 2023). Soziodemografische Risikofaktoren umfassen einen niedrigen sozioökonomischen Status (Gastaldon et al., 2022; Vanwetswinkel et al., 2022; Waqas et al., 2023; Yang et al., 2022), niedrigen Bildungsgrad und junges Alter (Vanwetswinkel, 2022; Waqas et al., 2023). Bedeutende interpersonelle Risikofaktoren für die Entwicklung einer PPD umfassen Schwierigkeiten und Konflikte in der Partnerschaft und geringe soziale Unterstützung (Vanwetswinkel et al., 2022; Waqas et al., 2023; Yang et al., 2022) sowie Gewalterfahrungen (Gastaldon et al., 2022; Yang et al., 2022). Eine besondere Rolle wird zudem der Exposition von prä- und perinatalem Stress und Erleben von Ängsten zugesprochen (Ding et al., 2023; Waqas et al., 2023).

Mögliche Auswirkungen der postpartalen Depression

Das Vorliegen einer PPD geht mit einem hohen Leidensdruck der Betroffenen und einer verminderten Lebensqualität einher (Li et al., 2022). Im Vergleich zu gesunden Müttern zeigte sich in der Metaanalyse von Li und Kolleg*innen (2022), dass Mütter mit Depressionen rund um die Schwangerschaft ein erhöhtes Schmerzempfinden und Einbußen in der Ausführbarkeit physischer Aktivitäten zeigten. Zudem hatten Frauen mit PPD laut Autor*innen aufgrund von physischen und emotionalen Beschwerden erhöhte Schwierigkeiten tägliche Aufgaben zu erfüllen und sozialen Aktivitäten nachzugehen. Sie wiesen außerdem ein erhöhtes Gefühl der Müdigkeit und Erschöpfung auf und nahmen die eigene Gesundheit als schlechter wahr als gesunde Mütter. Eine Metasynthese qualitativer Studien von Adlington und Kolleg*innen (2023) identifizierte bei vielen von PPD betroffenen Frauen ein Gefühl der emotionalen Unverbundenheit gegenüber dem sozialen Umfeld und Kind sowie eine große Diskrepanz zwischen erwarteter und tatsächlicher Unterstützung des sozialen Umfeldes und der*s Partner*in. Dies sorgte für Einsamkeitsgefühle der Betroffenen. Des Weiteren berichteten die Autor*innen, dass die durch PPD ausgelösten Schamgefühle und Ängste, eine schlechte Mutter und Partnerin zu sein, ein wesentlicher Rückzugsgrund vieler Mütter war. Durch den Rückzug wurde ein Gefühl der Einsamkeit und Isoliertheit sowie das Gefühl eine, entgegen der eigenen und gesellschaftlichen Erwartungen, inadäquate Mutter zu sein, verstärkt.

Der Rückzug aus Beziehungen, aufgrund mit PPD verbundenen erhöhten Schuld- und Schamgefühlen, und damit einhergehende fehlende soziale Unterstützung, können zu aufrechterhaltenden Faktoren der PPD werden (Wolkenstein, 2023). Neben der persönlichen Belastung kann die PPD auch einen Risikofaktor für das Familiensystem darstellen, mit potenziell negativen Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Bindung (O'Dea et al., 2023), die

Entwicklung des Kindes (Fan et al., 2024), sowie die Paarbeziehung (Barnes, 2006; Reshef et al., 2023). Durch die Symptomatiken der PPD kann die Fähigkeit für das Kind zu sorgen eingeschränkt (Field, 2010; World Health Organisation, 2023) und die emotionale Verfügbarkeit der Mutter reduziert sein (Reck et al., 2004). Das kindbezogene Verhalten von Müttern mit einer PPD ist charakteristischerweise von einer erhöhten Schwierigkeit geprägt, die emotionalen Signale des Kindes adäquat wahrzunehmen und zu verstehen (Field, 2010). So wird von einem passiveren und intrusiveren Verhalten sowie verminderter Empathie und weniger positivem bei gleichzeitig erhöhtem negativen Affekt gegenüber dem Kind berichtet (Field, 2010; Reck et al., 2004). Kinder reagieren auf diese Verhaltensweisen typischerweise mit Vermeidung des Blickkontaktes, Rückzug, einer reduzierten Fähigkeit zur Selbstregulation und erhöhtem negativen Affekt (Reck et al., 2004). In einer Metaanalyse fanden sich zudem starke Assoziationen zwischen mütterlichen Depressionen und einer Beeinträchtigung in der Mutter-Kind-Bindung innerhalb des ersten Lebensjahres (O’Dea et al., 2023). Über verschiedene Studien zeigte sich zudem, dass mütterliche Depressionen während der Schwangerschaft mit kindlichen kognitiven, sprachlichen und motorischen Entwicklungsverzögerungen innerhalb der ersten zwei Jahre nach Geburt einhergingen (Fan et al., 2024). Auch Waqas und Kolleg*innen (2023) fanden in ihrer Metaanalyse, dass schwerere Verläufe von PPD mit kognitiven und körperlichen Entwicklungsverzögerungen, emotionalen und Verhaltensproblemen, internalisierten und externalisierten Störungen und Substanzmissbrauch der Kinder assoziiert waren.

Die Qualität der Paarbeziehung kann durch das Vorliegen einer PPD ebenfalls beeinflusst sein. Eine Querschnittstudie zeigte, dass Frauen mit einer PPD eine verminderte Zufriedenheit in der Paarbeziehung und erhöhte Schwierigkeiten in der Anpassung der Paarbeziehung an die Elternschaft erlebten (Çankaya & Dikmen, 2022). Zudem können die Partner*innen von Müttern mit einer PPD von den durch die Symptomatiken resultierenden Veränderungen in der Paarbeziehung betroffen sein. So fand Goodman (2003), dass während der postpartalen Zeit mütterliche Depressionen den stärksten Prädiktor für Depressionen bei Vätern darstellten. Weitere Einflüsse von PPD auf die Paardynamik werden im Teilkapitel *Positives Dyadisches Coping und PPD* ausgeführt.

Scham- und Schuldgefühle

Scham- und Schuldgefühle sind Sekundäremotionen und gehören zu den sogenannten selbstbewussten Emotionen (Tangney et al., 1992). Selbstbewusste Emotionen entwickeln sich ab dem frühen Kleinkindalter (Kochanska et al., 2002; Mills, 2005; Tracy & Robins, 2004) und

inkludieren ein Bewusstsein über das Selbst sowie eine Bewertung darüber, ob man einer gewünschten Darstellung des Selbst gerecht geworden ist (Tracy & Robins, 2004). Sowohl Scham als auch Schuldgefühle lösen negativen Affekt aus, sie sind jedoch durch den Fokus der Bewertung und des negativen Affektes sowie die auslösenden Verhaltenstendenzen zu unterscheiden (Tangney et al., 1992). Während bei Scham der Fokus der Bewertung auf dem Selbst liegt, im Sinne eines „schlechten Selbst“, liegt bei Schuldgefühlen der Fokus auf der Handlung, welche als falsch gewertet wird und potenziellen Schaden verursacht hat (Tangney et al., 1992; Tracy & Robins, 2004). So wird bei Scham das Selbst abgewertet und es entstehen Gefühle der Unzulänglichkeit und Wertlosigkeit. Schuld hingegen löst Gefühle von Reue oder einem schlechten Gewissen aus (Tangney et al., 1992) und wird als weniger schmerzhaftes Emotion gesehen, da lediglich das Verhalten, nicht aber die Person selbst im Fokus negativer Gefühle und Bewertungen steht (Tangney et al., 2007). Laut der Forschung von Tracy und Robins (2006) waren internale, stabile und unkontrollierbare Ursachenzuschreibungen positiv mit Scham assoziiert, während internale, instabile und kontrollierbare Attributionen positiv mit Schuld assoziiert waren. Es kann zwischen Scham- und Schuldneigung (*trait*) und dem tatsächlichen Erleben von Scham und Schuldgefühlen (*state*) unterschieden werden (Lewis, 1971; Tangney & Dearing, 2002). Eine Scham- und Schuldneigung (*trait*) ist eine über die Zeit stabile Tendenz, diese und damit verbundene Gefühle zu empfinden (Tangney & Dearing, 2002). Wie stark diese Tendenz individuell ausgeprägt ist, steht unter anderem in Zusammenhang mit elterlichem Erziehungsverhalten und emotionaler Sozialisierung (Mills, 2005). State Scham und Schuld beziehen sich auf das tatsächliche Erleben dieser Gefühle, welches zeitlich fluktuierend und im Ausmaß stark abhängig von der Situation und dem Ausmaß der Scham- und Schuldneigung ist (Tangney & Dearing, 2002).

Auswirkungen von Scham und Schuldgefühlen

Scham- und Schuldgefühle unterscheiden sich nicht nur im Erleben, sondern auch in den darauffolgenden Reaktionen. Auf Schamgefühle folgen nach dem *Compass of Shame* (Nathanson, 1992, zitiert nach Elison et al., 2006) verschiedene mögliche Coping-Reaktionen, welche Scham reduzieren, ignorieren oder vergrößern: Rückzug, Vermeidung, Selbstangriff oder Angriff anderer. Sowohl beim Rückzug als auch dem Selbstangriff werden die Schamgefühle laut Autor*innen bewusst anerkannt und als gerechtfertigt erlebt, das Selbst wird als defizitär angesehen. Daraus resultieren negative Emotionen, häufig werden diese weniger als eindeutiges Schamgefühl, sondern eher als negative Affekte im Sinne von Angst, Traurigkeit, Unwohlsein, Ärger oder Ekel erlebt. Durch Rückzug oder Selbstangriff sollen

diese Gefühle reduziert werden und ein weiteres oder erneutes Erleben dieser vorgebeugt werden. Weiters wird bei der Vermeidung laut Autor*innen die negative Erfahrung über das Selbst geleugnet, sodass die Person selbst und Andere von den potenziellen Defiziten des Selbst abgelenkt werden. Dies könne zum Beispiel geschehen, indem eine Person Witze über die schamauslösende Situation macht oder von dieser ablenkt, sodass die negative Erfahrung in eine Positive oder Neutrale umgewandelt wird. Die mögliche Reaktion auf Scham andere anzugreifen, rühre aus einer Ablehnung eines aus den Gefühlen entstehendes negativen Selbstbildes. Die Verantwortung für die negativen Gefühlen wird laut Autor*innen externalisiert und durch Angriff oder Abwertung der schamauslösenden Person oder Situation für eine Reduktion der eigenen negativen Gefühle gesorgt.

Scham gilt daher als maladaptiv (Tangney & Dearing, 2002). Empirisch bestätigte sich dies in verschiedenen Studien. Zum einen zeigte sich Schamneigung in positiver Assoziation mit schlechter psychologischer Anpassungsfähigkeit (Lynch et al., 2012). Sowohl Schamneigung als auch das Erleben von Scham zeigten sich zudem über verschiedene Studien als positiv mit Psychopathologien wie Depressionen (Kim et al., 2011), Angststörungen (Câdea & Tătar, 2018) und Essstörungen (Nechita & David, 2021) assoziiert.

Die auf Schuld folgenden Reaktionen hingegen hängen von dem Ausmaß der Adaptivität ab. Schuldgefühle sind in einer adaptiven Form mit sozialer Annäherung sowie Verantwortungsübernahme und Wiedergutmachungsversuche assoziiert (Gausel et al., 2016; Tangney et al., 1992). Schuldgefühle können allerdings maladaptiv sein, wenn diese übermäßig und disproportional zum schuldauslösenden Ereignis auftreten oder wenn eine Person Verantwortung für etwas übernimmt, was außerhalb ihrer Kontrolle ist (Ferguson & Stegge, 1998; Malti, 2016). Adaptive Reaktionsweisen können dann keine Anwendung finden (Carni et al., 2013; Tangney & Dearing, 2002) und es entstehen wiederholte Selbstbeschuldigungen und Rumination über die schuldauslösenden Ereignisse (Tangney, 2007). Bezüglich der (Mal-) Adaptivität von Schuld ist zwischen Schuldneigung (*trait*) und dem Erleben von Schuld (*state*) zu unterscheiden. Während eine (schamfreie) Schuldneigung eher adaptiv zu sein scheint, kann das Erleben von Schuld maladaptiv sein. So berichteten Studien, welche eine schamfreie Schuldneigung untersuchten, von vernachlässigbaren oder negativen Assoziationen mit Psychopathologien (Dearing et al., 2005; Kim et al., 2011; Tangney et al., 1996). Studien, welche hingegen das Erleben von Schuldgefühlen betrachteten, fanden positive Assoziationen zwischen Schuldgefühlen und Psychopathologien (DeCou et al., 2023; Erb et al., 2023).

Scham- und Schuldgefühle in Beziehungen

Aufgrund der beschriebenen emotionalen und interpersonalen Reaktionen sind Scham- und Schuldgefühle wesentlich für soziale Prozesse und Beziehungen (Tracy & Robins, 2004). Sie sorgen in unterschiedlichem Ausmaß für prosoziale oder antisoziale Tendenzen (Gausel et al., 2016; Tangney et al., 1992). Wie die Forschung zeigte, fördert Scham Defensivität und interpersonale Distanz (Tangney et al., 2007). Sowohl Schamneigung als auch das Erleben von Scham ging in verschiedenen Studien negativ mit Empathie gegenüber Anderen und einer erhöhten Tendenz des Selbstfokus‘ einher (Joireman, 2004; Tangney & Dearing, 2002; Tangney, 2007). Gleichzeitig stand Schamneigung mit vermehrter Feindlichkeit und der Tendenz, Andere für eigene negative Gefühle verantwortlich zu machen in Verbindung (Tangney, 2007). Schuldneigung und das Erleben von Schuld standen hingegen in Verbindung mit Empathie für Andere und Perspektivübernahme (Tangney et al., 2007). Diese Verhaltensweisen können zu einer Reduktion der mit Schuld verbundenen negativen Gefühle führen (Carni et al., 2013; Tangney & Dearing, 2002) und konstruktives, proaktives und prosoziales Handeln fördern (Tangney et al., 2007). Behrendt und Ben-Ari (2002) fanden einen positiven Zusammenhang zwischen Schuldgefühlen als *trait* und *state* und der Anwendung von einem kooperativen Coping-Stil bei interpersonalem Konflikt, hingegen fand sich ein positiver Zusammenhang zwischen *trait* und *state* Scham und einem nicht kooperativen Coping-Stil. Zudem scheint eine Schamneigung bei Konflikten die Qualität der Konfliktlösung zu verringern, während Schuldneigung die Qualität der Konfliktlösung erhöht (Covert et al., 2003). Diese Ergebnisse bestätigen die theoretischen Konzeptionen von Schuld als eher adaptiv und Scham als eher maladaptiv (Tangney & Dearing, 2002). Hingegen fand eine andere Studie, dass sowohl Scham- als auch Schuldgefühle die auf Gegenseitigkeit beruhende Zusammenarbeit förderten, allerdings bei Schuldgefühlen durch einen Fokus auf Vorteile für beide Beteiligte und bei Scham durch Bestrafung von Normverstößen (Bică & Crețu, 2023). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass durch die jeweiligen Verhaltenstendenzen Scham und Schuld für verschiedene Dynamiken in menschlichen Beziehungen sorgen. Dies weist darauf hin, dass Scham und Schuld unterschiedliche Mechanismen in dyadischen Interaktionen auslösen. Dabei scheint Schuld eher positive Interaktionen in der Beziehung zu fördern, während Scham eher negative Dynamiken auszulösen oder bestärken zu scheint.

Scham und Schuldgefühle nach der Geburt

Nach der Geburt eines Kindes sind Mütter potenziell mit negativen Gedanken und Gefühlen konfrontiert. Häufig unterscheiden sich die Erwartungen an die Mutterschaft von der

Realität und innere sowie äußere unerfüllte Erwartungen tragen zu negativen Gedanken (Hall & Wittkowski, 2006) sowie Scham- und Schuldgefühlen bei (Law et al., 2021; Liss et al., 2013; Sutherland, 2010). Inhalte häufiger Gedanken und Gefühle sowohl depressiver als auch nicht-depressiver neuer Mütter drehen sich unter anderem um ein hohes Verantwortungsgefühl gegenüber dem Baby, welches mit hohem Druck und Schuldgefühlen bei wahrgenommener Nichterfüllung der Verantwortung einhergeht (Hall & Wittkowski, 2006). Auch Sorgen darüber, dem Baby eine schlechte Mutter zu sein, sind häufig (Law et al., 2021). Die hohe Verantwortungsübernahme sowie schwer reduzierbare Gefühle von Unzulänglichkeit und Schuld könnten insbesondere nach der Geburt zu erhöhtem Leiden der Betroffenen führen. Qualitativ berichtete Beck (2002) in einer Metasynthese, dass bei Frauen mit einer PPD ein hoher wahrgenommener Unterschied zwischen den Erwartungen an die Mutterschaft und tatsächlicher Realität bestand. Diese Diskrepanz löste laut der Studienergebnisse eine symptomatisch verstärkende Spirale negativer Gefühle aus, darunter Angst, Schuld, Überforderung und Einsamkeit.

Nach der Theorie der Selbstdiskrepanz (Higgins, 1987) können Scham- und Schuldgefühle entstehen, wenn eine Diskrepanz zwischen dem aktuellen und dem idealen Selbst vorliegt. Vor und während der Schwangerschaft prägen sich internalisierte Vorstellungen einer guten Mutter und es bilden sich bestimmte Erwartungen an das „Mutter-sein“, beeinflusst durch das Umfeld, soziale Medien und eigenen Vorstellungen (Adams, 2015). Nach der Geburt des Kindes fängt die Mutter an, das aktuelle Selbstkonzept mit dem internalisierten Konzept einer „guten Mutter“ zu vergleichen. Gelingt es nicht die vorherigen Erwartungen an die aktuelle Situation anzupassen, entsteht eine Diskrepanz zwischen dem aktuellen Selbstbild und dem Idealbild einer Mutter und es können negative Gefühle wie Enttäuschung, Angst, Scham oder Schuld entstehen (Adams, 2015; Liss et al., 2013). In einer Studie von Tangney und Niedenthal (1998) war Selbstdiskrepanz lediglich mit Schamneigung, nicht aber Schuldneigung assoziiert. Eine andere Studie fand, dass die Assoziation zwischen Selbstdiskrepanz und Depression teilweise durch Schamneigung erklärt werden konnte (Oh et al., 2023). Weiter fanden Liss und Kolleg*innen (2013) in ihrer Querschnittstudie, dass mütterliche Selbstdiskrepanz einen signifikanten Prädiktor von Schuld- und Schamerleben darstellte. Der positive Zusammenhang zwischen Selbstdiskrepanz und Scham war allerdings nur vorhanden, wenn die Angst vor negativer Bewertung hoch war. Die Ergebnisse der genannten Studien stehen im Einklang mit der bereits erläuterten Maladaptivität von

PPD, Scham, Schuld und positives DC

Schamneigung und Schamerleben sowie der Adaptivität von Schuldneigung aber Maladaptivität von (übermäßigem) Erleben von Schuld.

Scham, Schuldgefühle und PPD

Scham und Schuldgefühle können Bestandteil der postpartalen Zeit sein und eine Rolle bei der Entwicklung von PPD spielen (Caldwell et al., 2021). Zum einen sind Scham und Schuldgefühle mögliche Symptome einer PPD (American Psychiatric Association, 2015; World Health Organisation, 2023). Gleichzeitig können durch eine PPD, und einhergehenden Einschränkungen in der Mutter-Kind-Bindung (Kauppi et al., 2012) sowie Mutter-Kind-Interaktion (Law et al., 2021), übermäßige Schuldgefühle ausgelöst werden (Kauppi et al., 2012). Somit können Scham- und Schuldgefühle nicht nur Begleiter einer PPD, sondern eine PPD auch Verstärker dieser Gefühle sein. Bisher haben nur wenige Studien spezifisch den Zusammenhang zwischen Scham und Schuldgefühlen und PPD untersucht. Zudem sind die Ergebnisse teilweise widersprüchlich und von methodischen Herausforderungen geprägt. Studien, welche den Zusammenhang zwischen Scham, Schuld und Depressionen im Allgemeinen untersuchten, identifizierten Zusammenhänge zwischen Scham- und Schuldgefühlen und Depressionssymptomatik. Laut einer Metaanalyse von Kim und Kolleg*innen (2011) standen Scham- und Schuldgefühle im Zusammenhang mit Depressionen, wobei Scham und maladaptive Schuldgefühle in ähnlichem Ausmaß mit erhöhter Depressionssymptomatik assoziiert waren. Kontext-angemessene (adaptive) Schuld hingegen, zeigte verschwindend geringe Assoziationen mit erhöhten Depressionssymptomen. Die Untersuchungen von Orth und Kolleg*innen (2006) ergaben, dass Schamerleben im Gegensatz zu Schuldgefühlen Rumination auslöste, was wiederum zu Depressionen führte. Zudem war nur Schamerleben, nicht aber Schuldgefühle (nach Kontrolle von Scham) positiv mit Depressionen assoziiert.

Bezüglich der Rolle von Scham und Schuld spezifisch bezogen auf PPD zeigte sich in einer Studie von Sonnenburg und Kolleg*innen (2021), dass das Erleben von Scham bei einer von Müttern erlebten Abweichung von „Mutter-Idealen“ einen Verstärker von PPD-Symptomen darstellte. Das Erleben von Schuld wurde in der genannten Studie nicht gemessen. Jackson und Kolleg*innen (2023) fanden in ihrer Studie, dass der Zusammenhang zwischen dem Druck zu stillen sowie wenig professionelle Unterstützung und erhöhten mütterlichen Depressionen nach der Geburt, sowohl durch erhöhte Scham als auch durch Schuld erklärt werden konnte. Allerdings verwendeten die Autor*innen in ihrer Studie kein validiertes Messinstrument zur Erhebung von Scham und Schuld. Zudem ist unklar, ob Scham und Schuld

PPD, Scham, Schuld und positives DC

als *trait* oder *state* gemessen wurden. Law und Kolleg*innen (2021) identifizierten in ihrer Querschnittstudie, dass sowohl das Erleben von Scham als auch Schuldgefühlen signifikante positive Prädiktoren von Depressionen nach der Geburt waren (bei Kontrolle um die jeweils andere Variable). Eine Studie (Dunford & Granger, 2017), welche eine eindeutige Unterscheidung zwischen Scham- und Schuldneigung traf und ebenfalls um die jeweils andere Variable zur Trennung beider Konzepte kontrollierte, identifizierte Schamneigung, nicht aber Schuldneigung als positiv mit PPD assoziiert. Schamneigung konnte in den Untersuchungen darüber hinaus als bedingender Faktor für die Entwicklung von PPD-Symptomen bei neugeborenen Müttern identifiziert werden, Schuldneigung zeigte nach Kontrolle durch Schamneigung keinen bedeutenden Zusammenhang mehr mit PPD. In Widerspruch dazu, fand Barr (2012) eine positive Assoziation zwischen Schuldneigung und Depressionen nach Geburt. In der Heterogenität der Ergebnisse wird deutlich, dass eine konzeptuelle Trennung der Konstrukte Scham und Schuld an sich sowie von *trait* und *state* Scham und Schuld wichtig ist. Zudem sollte aufgrund der phänomenologischen Überschneidungen von Scham und Schuld um das jeweils andere Konstrukt kontrolliert werden. Diesen Anforderungen soll in dieser Masterarbeit Rechnung getragen werden.

Dyadisches Coping

Dyadisches Coping (DC) (Bodenmann, 2000) beschreibt den Prozess und die Strategien eines Paares mit indirekten und direkten Stressoren umzugehen (Gmelch et al., 2008). Indirekte Stressoren umfassen Belastungen aus dem Alltag, kritische Lebensereignisse sowie Belastungen ökologischer oder soziokultureller Natur; direkte Stressoren entstehen in der Paarbeziehung selbst, beispielsweise durch mangelnde Kooperationsbereitschaft oder Konflikte (Bodenmann, 2000). Solche Stressoren können einen systemisch-transaktionalen Prozess auslösen, bei dem auf eine Stressreaktion eines Partners verschiedene Coping-Reaktionen beider Partner*innen folgen können. Dabei können in einem dynamischen Prozess sowohl Stress- als auch dyadische Coping-Reaktionen eines*r Partner*in Auswirkungen auf die Coping- und Stressreaktion des*der anderen Partner*in haben (Leuchtmann & Bodenmann, 2018).

Nach Bodenmann (2000) stellt die Stresskommunikation meist den Ausgangspunkt des DC und die Möglichkeit der Reaktion der*des Partner*in sowie der dyadischen Bewältigung dar. Darauf folgend können laut des Autors folgende Formen des DC Anwendung finden: Supportives DC umfasst emotions- und sachbezogene Unterstützungsformen, welche den*die Partner*in bei eigenen Copingbemühungen unterstützen. Dabei wird die belastete Person durch

Empathie, Verständnis oder Hilfe beim Problemlösen unterstützt. Beim delegierten DC wird die belastete Person unterstützt, indem der*die Partner*in stellvertretend Aufgaben übernimmt. Hierzu gehört beispielsweise das Organisieren oder Übernehmen von Terminen (Gmelch et al., 2008). Das delegierte DC ist laut Bodenmann (2000) allein problem- und nicht emotionsbezogener Natur. Das gemeinsame DC umfasst laut Autor hingegen sach- oder emotionsbezogene Aktivitäten, an denen beide Partner*innen symmetrisch oder komplementär teilnehmen. Hierzu gehört der Austausch von Zärtlichkeiten oder die gemeinsame Erledigung von Aufgaben (Gmelch et al., 2008). Supportives, delegiertes und gemeinsames DC stellen positive Formen des DC dar, während negatives DC unterstützende Bemühungen umfasst, welche feindselige, ambivalente oder floskelhafte Elemente enthalten (Bodenmann, 2008a). So zeigt sich negatives DC beispielsweise dann, wenn zwar Unterstützung stattfindet, die*der Partner*in aber gleichzeitig kritisiert wird (Gmelch et al., 2008).

Laut Bodenmann (2000) hängt die Wahrscheinlichkeit der Anwendung verschiedener Coping-Formen von den Eigenschaften der Situation ab: So werden supportives DC und delegiertes DC mit höherer Wahrscheinlichkeit bei Belastung einer Person in der Dyade angewendet, sofern der*die Partner*in über Bewältigungsressourcen verfügt. Während beim supportiven DC eher eine passive Bereitschaft des*r unterstützenden Partner*in vorliegen muss, wird beim delegierten DC laut des Autors eine explizite Bitte zur Entlastung ausgesprochen. Weiter erfolge gemeinsames DC in der Regel in belastenden Situationen, welche beide Partner*innen gleichermaßen betreffen. Es liegen in dem Fall gemeinsame Ziele zur Bewältigung vor und beide Partner*innen haben ausreichend Ressourcen, um zum gemeinsamen DC beizutragen. Negatives DC erfolge durch belastende Ereignisse, welche vorrangig nur eine Person in der Dyade betreffen. Die Wahrscheinlichkeit für negatives DC steigt laut Autor, wenn der Stressor von einem*r Partner*in direkt verursacht ist, und es unklar ist, welchen Anteil der*die Partner*in an der Situation hat, oder wenn unzureichende Coping-Ressourcen vorliegen.

Die Funktion des DC liegt neben der Unterstützung der Bewältigung von Stressoren des Einzelnen darin, eine kognitive Repräsentation eines*r hilfreichen und unterstützenden Partner*in zu verankern (Gmelch et al., 2008), eine positive Beziehungsqualität zu wahren und die Beziehung zu festigen (Bodenmann, 2000).

Einflüsse positiven dyadischen Copings auf das Wohlbefinden

Auf individueller Ebene zeigte sich, dass die Art und das Ausmaß des DC einen Einfluss auf die psychische Gesundheit und die Lebensqualität haben kann (Staff et al., 2017). Positives

DC wurde dabei in verschiedenen Studien mit einer Verminderung depressiver Symptomatik (Bodenmann et al., 2011; Regan et al., 2014; Rottmann et al., 2015) und einer Erhöhung der Lebensqualität (Meier et al., 2011) assoziiert. Zudem kann positives DC auf individueller Ebene eine protektive Wirkung haben. So stellte supportives DC einen Puffer für den negativen Einfluss von chronischem externem Stress auf den innerlich empfundenen Stress dar (Merz et al., 2014). Weiter schwächte positives DC in zwei Studien den positiven Zusammenhang zwischen Stress und depressiven Symptomen ab (Ashley et al., 2017; Randall et al., 2017).

Auf dyadischer Ebene stellte supportives DC einen Puffer für den negativen Einfluss von chronischem externem Stress auf die Beziehungszufriedenheit dar (Merz et al., 2014). Zudem zeigte sich empirisch in der Studie von Staff und Kolleg*innen (2017), dass das Ausmaß und die Art des DC einen Einfluss auf das Funktionieren der Beziehung haben kann. Positives DC scheint dabei die Beziehungsqualität, -zufriedenheit, das Wachstum in der Beziehung sowie die Beziehungsstabilität zu verstärken. Wie eine Metaanalyse zeigte, stellten positive Formen des DC (gemeinsames und supportives DC) positive Prädiktoren der Beziehungszufriedenheit dar (Falconier et al., 2015). Auch in Bezug auf Beziehungen zeigte sich eine protektive Wirkung von positivem DC. So zeigte eine groß angelegte Studie über 27 Länder während COVID-19, dass positives DC die negative Wirkung von Depressions- und Angstsymptomatik auf die Beziehungsqualität abschwächte (Randall et al., 2021).

Die Relevanz positiven dyadischen Copings im Übergang zur Elternschaft

Der Übergang zur Elternschaft kann eine Belastung für die Paarbeziehung darstellen und sich negativ auf Individuen und Paare auswirken (Roth et al., 2022). Die Beziehungszufriedenheit (Mitnick et al., 2009) und das positive Beziehungsverhalten (Rauch-Andernegg et al., 2020) können in der Zeit von der Schwangerschaft bis nach der Geburt reduziert sein (Rauch-Andernegg et al., 2020). Gleichzeitig wird die Wichtigkeit der postpartalen sozialen Unterstützung für die Gesundheit von Müttern betont (Wolkenstein, 2023; Yargawa & Leonardi-Bee, 2015). In einer Langzeitstudie von Rauch-Anderegg und Kolleg*innen (2020) zeigten sich postpartal Einschränkungen der Beziehungsqualität, der positiven Kommunikation seitens der Frauen und des positiven Beziehungsverhaltens, während sich pränatal keine signifikanten Veränderungen zeigten. Zudem veränderte sich die Art und das Ausmaß des DC in der Zeit nach der Geburt (Alves et al., 2019; Meier et al., 2020; Rauch-Anderegg et al., 2020). Positive Formen des DC (gemeinsames und supportives DC) sanken langfristig nach der Geburt des Kindes (Rauch-Anderegg et al., 2020). In einer Studie von Stradelmann und Kolleg*innen (2023) sank das positive DC beider Elternteile nur bei

PPD, Scham, Schuld und positives DC

ungefähr der Hälfte der Stichprobe, bei der anderen Hälfte sank nur das positive DC der Väter. Ein Gleichgewicht in Form und Ausmaß des DC scheint ebenso wichtig zu sein. So zeigte sich in einer Studie, dass Frauen sowohl prä-als auch postnatal signifikant mehr DC als ihre Partner anwendeten und weniger DC des Partners erfuhren (Meier et al., 2020). Ergebnisse zeigten, dass ein von den Frauen wahrgenommenes Ungleichgewicht im DC mit höherer postpartaler sowohl mütterlicher als auch väterlicher Depressionssymptomatik assoziiert war. In einer anderen Studie zeigte sich, dass die postpartale Anpassung kurzfristig leichter gelang, wenn das wahrgenommene DC beider Partner*innen ähnlich war (Alves et al., 2019). Gleichzeitig können positive Formen des DC einen protektiven Faktor im Übergang zur Elternschaft darstellen (Molgora, Fenaroli et al., 2018; Pilkington, Milne, et al., 2015; Rauch-Andernegg, 2020). Supportives DC der Partner zeigte sich als positiv mit Beziehungszufriedenheit assoziiert (Rauch-Andernegg, 2020) und gemeinsames DC sowie Zufriedenheit mit dem DC und Problemlösestrategien waren wiederum mit postpartaler Anpassung assoziiert (Molgora, Fenaroli et al., 2018). Auch Molgora, Acquati und Kolleg*innen (2018) fanden positives DC in positiver Assoziation zur ehelichen Anpassung im Übergang zur Elternschaft. Positive Formen des DC konnten also eine Adaption an die postpartale Zeit unterstützen.

Positives dyadisches Coping und PPD

Wie bereits erwähnt, stellen fehlende soziale Unterstützung und Probleme in der Paarbeziehung Risikofaktoren für die Entwicklung einer PPD dar (Robertson et al., 2004; Wang et al., 2021; Xie et al., 2009). Gleichzeitig zeigte sich über verschiedene Studien, dass die Involviertheit des Partners während der Schwangerschaft (Yargawa & Leonardi-Bee, 2015), emotionale Nähe, Unterstützung, Kommunikation, wenig Konflikte und Beziehungszufriedenheit (Pilkington, Milne, et al., 2015) protektive Faktoren für die Entwicklung von Depressionen rund um die Schwangerschaft darstellten. Die Qualität der Paarbeziehung reduzierte in einer Querschnittstudie das Risiko eine PPD zu entwickeln (Renner et al., 2023). Die Qualität des Copings in der Paarbeziehung zeigte sich als negativer Prädiktor von mütterlicher Depression (Terrone et al., 2020). Yargawa und Leonardi-Bee (2015) zeigten über mehrere Studien den protektiven Wert postpartaler männlicher Involviertheit für die Entwicklung von PPD. Verschiedene Studien identifizierten zudem einen negativen Zusammenhang zwischen positivem DC und PPD-Symptomen: In einer Studie von Alves und Kolleg*innen (2018) berichteten Paare, bei denen die Frauen klinisch relevante PPD-Werte aufwiesen, von signifikant weniger supportivem und gemeinsamem DC in der Paarbeziehung als gesunde Paare. In einer weiteren Studie (Alves et al., 2020) ging sinkendes

gemeinsames und supportives DC während der Schwangerschaft mit einer Erhöhung von internalisierten Symptomatiken einher. Auch nach der Schwangerschaft zeigten sich in derselben Studie sinkendes gemeinsames und positives DC mit internalisierter Symptomatik assoziiert. Molgora, Fenaroli und Kolleg*innen (2018) fanden hingegen keine signifikanten Effekte auf mütterliche depressive Symptomatiken in der postpartalen Zeit. Partnerinklusive Interventionen zu PPD zeigten gemischte Ergebnisse. Während einige Interventionen PPD-Symptome reduzierten, hatten andere keinen signifikanten positiven Einfluss auf die PPD-Symptome (Pilkington, Whelan, et al., 2015).

Zielsetzung der Studie

Depressive Symptomatik stellt für werdende Mütter eine große Belastung dar (Burgos Dias Macedo, 2011). Gleichzeitig können nach der Geburt Scham- und Schuldgefühle im mütterlichen Erleben eine verstärkte Rolle spielen (Kauppi et al., 2012), wobei hier Scham- und Schuldgefühle gegenüber dem Baby aufgrund von Gefühlen mütterlicher Unzulänglichkeit eine besondere Rolle spielen könnten (Law et al., 2021; Liss et al., 2013; Sutherland, 2010). Während eine Schamneigung, ebenso wie das Erleben von Scham PPD-Symptome laut bisheriger Forschung bedingen (Dunford & Granger, 2017; Law et al., 202; Orth et al., 2006), scheint eine Schuldneigung eher adaptiver Natur zu sein (Carní et al., 2013) und daher nicht in Verbindung mit PPD-Symptomen stehen (Dunford & Granger, 2017). Beim Erleben von Schuld scheint es hingegen darauf anzukommen, ob auf ein bestimmtes Ereignis folgende Schuldgefühle adaptive Anwendung finden können (Carní et al., 2013). Das nach Geburt häufig übermäßige Erleben von Scham- und Schuldgefühlen (Hall & Wittkowski, 2006; Liss et al., 2013; Sutherland, 2010) scheint die Entwicklung von PPD-Symptomen zu bedingen (Jackson et al., 2023; Sonnenburg & Miller, 2021).

Obwohl die Zusammenhänge zwischen Scham- und Schuldneigung sowie das Erleben von Scham und Schuldgefühlen und der Entwicklung von PPD-Symptomen in den oben erwähnten Studien untersucht wurden, besteht noch Raum für vertiefende Forschung, um ein umfassenderes Verständnis dieser Zusammenhänge zu erlangen. Des Weiteren sind Längsschnittstudien in diesem Bereich nach bestem Wissen der Autorin noch unzureichend vertreten und die Unterscheidung zwischen den Konzepten von Scham und Schuld sowie zwischen *trait* und *state* ist oft nicht hinreichend definiert. Diese Masterarbeit zielt darauf ab, einen Beitrag zur Erforschung des Zusammenhangs zwischen *trait* und *state* Scham und Schuld und der Entwicklung von PPD-Symptomen zu leisten. Außerdem wird angestrebt, die Rolle des positiven DC rund um die vulnerable Phase der Schwangerschaft zu erforschen. Es zeigte

sich, dass die Art und das Ausmaß des DC auf der einen Seite durch den Übergang zur Elternschaft negativ beeinflusst werden kann (Alves et al., 2019; Meier et al., 2020; Rauch-Anderegg et al., 2020). Auf der anderen Seite scheint das positive DC genau in dieser Zeit besonders wichtig zu sein, da es in einen potenziellen Schutzfaktor für die Entwicklung von PPD-Symptomen darstellen könnte (Alves et al., 2018; Alves et al., 2020). Zusätzlich könnte Scham einen hemmenden und Schuld einen fördernden Einfluss auf die Interaktion in der Paarbeziehung haben (Behrendt & Ben-Ari, 2002; Gausel et al., 2016). Positives DC konnte in bisherigen Studien bereits als Moderator zwischen Stress und individuellem Wohlbefinden (Merz et al., 2014) sowie Depressionen (Randall et al., 2017) sowie zwischen Stress und Beziehungszufriedenheit (Merz et al., 2014) identifiziert werden. Dies gibt Hinweise auf positives DC als protektiver Faktor, allerdings bleibt die Rolle im Kontext von PPD noch offen. Zudem haben Studien zwar bereits gezeigt, dass Veränderungen des DC und positives DC negativ mit Symptomen einer PPD in Verbindung stehen (Alves et al., 2018; Alves et al., 2020), andere Studien können diese Ergebnisse allerdings nicht bestätigen (Molgora, Fenaroli et al., 2018). Somit bedarf es zur Aufklärung des protektiven Wertes von positivem DC weiterer Forschung. Nach bestem Wissen der Autorin wurde bisher zudem noch nicht untersucht, ob positives DC einen Schutzfaktor für PPD, bei gleichzeitigem Vorliegen von den potenziellen Risikofaktoren Scham und Schuld darstellen kann. Dieser Aspekt ist ebenfalls Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

Fragestellungen und Hypothesen

Die erste Forschungsfrage soll untersuchen, wie sich der Zusammenhang zwischen Scham- und Schuldneigung vor Geburt mit PPD-Symptomen nach Geburt bei Müttern in Österreich gestaltet. Zur Beantwortung dieser Frage sollen die im Folgenden aufgeführten Hypothesen untersucht werden. Dabei handelt es sich bei H1.2 um eine Inhaltshypothese, da sie in dieser Form nicht statistisch überprüft werden kann. Die Hypothese wird für die statistische Auswertung als H0 behandelt.

H1.1 Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen Schamneigung (T1) und PPD-Symptomen (T2).

H1.2 Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Schuldneigung (T1) und PPD-Symptomen (T2).

H1.3 Personen mit höherer Schamneigung (T1) haben mit höherer Chance klinisch relevante PPD-Werte (T2).

PPD, Scham, Schuld und positives DC

Die zweite Forschungsfrage soll sich mit der Frage beschäftigen, wie sich der Zusammenhang zwischen dem Erleben von Scham und Schuld gegenüber dem Baby nach der Geburt und PPD-Symptomen bei Müttern in Österreich gestaltet. Dabei sollen folgende Hypothesen untersucht werden:

H2.1 Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen dem Erleben von Scham gegenüber dem Baby (T2) und PPD-Symptomen (T2).

H2.2 Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen dem Erleben von Schuld gegenüber dem Baby (T2) und PPD-Symptomen (T2).

H2.3 Mütter mit höherem Erleben von Scham gegenüber dem Baby (T2) haben mit höherer Chance klinisch relevante PPD-Werte (T2).

H2.4 Mütter mit höherem Erleben von Schuld gegenüber dem Baby (T2) haben mit höherer Chance klinisch relevante PPD-Werte (T2).

Ergänzend soll positives DC als potenziell protektiver Faktor erforscht werden. Dafür soll untersucht werden, ob positives dyadisches Coping nach der Geburt einen protektiven Faktor für das Vorliegen von PPD-Symptomen darstellt. Dafür sollen folgende Hypothesen untersucht werden:

H3.1 Positives dyadisches Coping nach der Geburt (T2) schwächt den positiven Zusammenhang zwischen Schamneigung (T1) und PPD-Symptomen (T2) ab.

H3.2 Positives dyadisches Coping nach der Geburt (T2) schwächt den positiven Zusammenhang zwischen dem Erleben von Scham gegenüber dem Baby (T2) und PPD-Symptomen (T2) ab.

H3.3 Positives dyadisches Coping nach der Geburt (T2) schwächt den positiven Zusammenhang zwischen dem Erleben von Schuld gegenüber dem Baby (T2) und PPD-Symptomen (T2) ab.

Methoden

Stichprobe

Die Stichprobe bestand aus $N = 123$ in Österreich lebenden werdenden Müttern, welche sowohl prä- (T1) als auch postpartal (T2) bezüglich ihres Erlebens rund um die Schwangerschaft und Geburt befragt wurden. In der Originalstudie, welche vom Arbeitsbereich für klinische Psychologie des Kindes- und Jugendalters der Universität Wien zwischen September 2021 und Mai 2022 durchgeführt wurde, wurde eine Stichprobe von $N \geq 50$ angestrebt. Insgesamt riefen 391 Personen die Studie auf. Im Screening, welches zur Prüfung der Einschlusskriterien vor der Untersuchung stattfand, wurden folgende Einschlusskriterien

abgefragt: Wohnsitz in Österreich und aktuell vorliegende Schwangerschaft in mindestens der 36. Schwangerschaftswoche (SSW). Weitere Einschlusskriterien waren Alter zwischen 18 und 40 Jahre und gute Deutschkenntnisse. Es wurden 160 Personen automatisch ausgeschlossen, da sie die Einschlusskriterien nicht erfüllten. Zum ersten Messzeitpunkt (T1) begannen 212 Personen die Studie, davon schlossen 174 Personen T1 ab. Zum zweiten Messzeitpunkt (T2) begannen 145 Personen die Befragung, davon schlossen 140 diese ab. Dies ergibt eine Drop-out Rate von 16.67% zwischen T1 und T2. Des Weiteren wurden zum Zwecke dieser Arbeit 17 Personen aufgrund von zu schnellem Ausfüllen der Fragebögen ausgeschlossen und eine Person aufgrund des unvollständigen Ausfüllens des DCI-K. Somit ergab sich eine finale Stichprobengröße von $N = 123$.

In Tabelle 1 werden ausgewählte soziodemografische Charakteristika der Stichprobe aufgeführt. Bis auf eine Person identifizierten sich alle Versuchspersonen als weiblich, der Großteil der Stichprobe gab zudem an, heterosexuell zu sein. Auch bisexuelle, homosexuelle und andere sexuelle Orientierungen waren in der Stichprobe enthalten. Nach oben genannten Ausschlusskriterien waren alle Proband*innen in einer Beziehung, verheiratet oder zusammenlebend. Das Alter lag zwischen 21 und 40 Jahren ($M = 31.94$, $SD = 4.34$). Einen akademischen Grad erreichten 87.1% der Stichprobe und mehr als die Hälfte der Proband*innen (61.8%) wies ein Jahreseinkommen von über 50.000€ auf. Beim ersten Messzeitpunkt (T1) befanden sich die Frauen durchschnittlich in der 40. Schwangerschaftswoche ($M = 40.25$, $SD = 29.55$). Zum zweiten Messzeitpunkt (T2) lag die Geburt durchschnittlich zwischen 7 und 8 Wochen zurück ($M = 7.7$, $SD = 4.51$). Das Durchschnittsalter der Proband*innen lag bei 31.94 Jahren, die Mehrheit der Stichprobe hatten eine geplante (87.0%, $n = 107$) und gewollte (95.1%, $n = 117$) Schwangerschaft. Zudem gaben 40.7% ($n = 50$) an, vor der Schwangerschaft schon einmal depressiv gewesen zu sein. Zum Zeitpunkt der Befragung lagen bei 3.3% ($n = 4$) eine psychische Erkrankung in Form von einer Angststörung, Depression, Borderline-Persönlichkeitsstörung oder PTBS vor. Während der Schwangerschaft (T1) lagen bei 71.5% ($n = 88$) und nach der Geburt bei 68.3% ($n = 84$) der Proband*innen klinisch relevante PPD-Werte vor. Eine vollständige Übersicht der soziodemografischen Daten ist in Anhang A zu finden.

Tabelle 1*Auswahl soziodemografischer Charakteristika der Stichprobe*

	<i>n</i>	%
Geschlecht		
Weiblich	122	99.2
Andere	1	0.8
Sexuelle Orientierung		
Heterosexuell	113	91.9
Bisexuell	7	5.7
Homosexuell	1	0.8
Anderes	2	1.6
Einkommen		
12.500 – 24.999 €	5	4.1
25.000 – 37.499 €	22	17.9
37.500 – 49.999 €	20	16.3
50.000 – 74.999 €	38	30.9
75.000 – 99.999 €	20	16.3
Mehr als 100.000 €	18	14.6
Beziehungsstatus		
Verheiratet/ Zusammenlebend	98	79.7
In einer Beziehung	25	20.3
Geplante Schwangerschaft		
Ja	107	87.0
Nein	16	13.0
Ungewollte Schwangerschaft		
Ja	6	4.9
Nein	117	95.1
Jemals depressiv vor Schwangerschaft		
Ja	50	40.7
Nein	73	59.3

Anmerkung. *N* = 123.

Erhebungsinstrumente

Soziodemographische Daten

Sowohl zum ersten (T1) als auch zum zweiten (T2) Messzeitpunkt wurden soziodemographische Daten abgefragt. Darunter fielen Alter, Geschlechtszugehörigkeit, sexuelle Orientierung, Migrationshintergrund, Muttersprache, Einkommen, Bildungsabschluss, Angaben über den Beziehungsstatus, Angaben über biologische und nicht-biologische Kinder, psychische oder körperliche Beeinträchtigung und Angaben über die Schwangerschaft, darunter, ob diese geplant war. Zum zweiten Messzeitpunkt (T2) wurden Fragen rund um die Geburtserfahrung und die Interaktion mit dem Kind gestellt.

PPD-Symptome

Zur Erfassung von PPD-Symptomen wurde die deutsche Fassung der *Edinburgh Postnatal Depression Skala* (EPDS; Bergant et al., 1998) verwendet. Die englischsprachige Originalfassung wurde von Cox und Kolleg*innen (1987) entwickelt. Der Fragebogen zur Selbsteinschätzung umfasst zehn Items, wobei das Befinden in den letzten sieben Tagen auf einer vierstufigen Skala von 0 = *So wie immer/ meistens* bis 3 = *Überhaupt nicht/ kaum* angegeben werden soll. Dabei weisen höhere Werte auf eine höhere Ausprägung hin, wobei Items 3, 5, 6, 7, 8, 9 und 10 invertiert sind (0 = *Ja, meistens/ Ja, oft* bis 3 = *Nein, niemals/ Nein, überhaupt nicht*). Die Antworten der Items können zu einem Gesamtscore von maximal 30 aufsummiert werden, wobei nach Bergant und Kolleg*innen (1998) ein Wert ab $\geq 9,5$ als klinisch relevant gilt, mit einer Sensitivität von 0.96 und Spezifität von 1. Die Fragen des EPDS erfassen Symptome der Freude, der Selbstbeschuldigung, der Angst, der inneren Unruhe, der Bewältigungsfähigkeit, der Schlafstörung, der Traurigkeit, der Weinerlichkeit und der Selbstgefährdung (Bergant et al., 1998). Ein Beispielitem lautet „In den letzten sieben Tagen fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief.“ (Selbstbeschuldigung). Die Validierung der deutschsprachigen Fassung ergab eine gute Split-Half Reliabilität von 0.82 und eine gute interne Konsistenz mit Cronbachs $\alpha = .81$ (Originalfassung nach Cox und Kolleg*innen Split-Half Reliabilität von 0.88; Cronbachs $\alpha = .87$). Für die vorliegenden Stichprobe lag eine hohe interne Konsistenz, mit Cronbachs $\alpha = .86$ für T1 und Cronbachs $\alpha = .88$ für T2, vor.

Scham- und Schuldneigung

Zur Erfassung von Scham- und Schuldneigung wurde die deutsche Version des *Tests zur Erfassung selbstwertbezogener Emotionen* (TOSCA-3; Rüscher & Brück, 2003) herangezogen. Die englischsprachige Originalfassung wurde von Tangney und Kolleg*innen

(2000) entwickelt. Die deutsche Version des Fragebogens umfasst in der hier verwendeten Kurzversion 11 Items, in denen alltägliche Szenarien mit Fehlverhalten beschrieben werden (Beispiel: „Sie planen, mit einem Freund gemeinsam Mittagessen zu gehen. Um fünf Uhr nachmittags bemerken Sie, dass Sie ihn versetzt haben“). Dazu werden je vier verschiedene Reaktionen beschrieben, wobei je eine den Konstrukten Externalisierung, emotionale Unberührtheit, Schamneigung („Sie würden denken: „Ich bin rücksichtslos“) und Schuldneigung („Sie würden versuchen, es so schnell wie möglich wieder gutzumachen“) entsprechen (Tangney & Dearing, 2002; Rüscher et al., 2006). Proband*innen sollen per Selbsteinschätzung auf einer Skala von 1 = *nicht wahrscheinlich* bis 5 = *sehr wahrscheinlich* angeben, wie wahrscheinlich eine bestimmte Reaktion für sie wäre. Dabei weisen höhere Werte auf eine höhere Ausprägung hin, wobei für Scham- und Schuldneigung durch Summation der Antworten je ein Wert zwischen 11 und 55 zu erreichen ist (Rüscher et al., 2006). Die Validierung der deutschen Fassung ergab eine exzellente interne Konsistenz von Cronbachs $\alpha = .91$ für Schamneigung, jedoch eine mangelhafte interne Konsistenz von $\alpha = .57$ (Originalfassung nach Tangney und Kolleg*innen (2000) mit 16 Items: $\alpha = .72$ für Schuldneigung). Für die vorliegenden Stichprobe lag eine akzeptable interne Konsistenz für Schamneigung (Cronbachs $\alpha = .77$) und eine niedrige interne Konsistenz für Schuldneigung (Cronbachs $\alpha = .50$) vor.

Erleben von Scham und Schuld

Zur Erfassung vom Erleben von Scham und Schuld wurde die deutsche Fassung des *Event-Related Shame and Guilt Scales* (ERSG; Orth et al., 2006) verwendet. Zusätzlich wurden die Fragen bezüglich des Erlebens seit Geburt des Kindes nach Dunford und Granger (2017) angepasst. Bezogen auf drei verschiedene Personengruppen (Baby, Familie und andere Mütter) sollten die Probandinnen berichten, wie sie sich seit Geburt ihres Babys gefühlt haben. Bezüglich jeder Personengruppe sollen acht Items in Selbsteinschätzung beantwortet werden. Dabei erwähnen Items 1 und 5 explizit die Begriffe Scham und Schuld („Ich schäme mich“; „Ich fühle mich schuldig darüber, wie ich mich seit der Geburt meines Babys angepasst habe“). Die weiteren Items enthalten Aussagen über bewertungsbezogene Vorläufer von Scham und Schuld (Items 2 und 6), bestimmte subjektive Gefühle (Items 3 und 7) und spezifische Motivationen (Item 4 und 8; Orth et al., 2006). Die Beantwortung erfolgt über die Selbsteinschätzung anhand einer Skala von 1 = *Trifft gar nicht zu* bis 6 = *Trifft völlig zu* bewertet werden sollten. Dabei weisen höhere Werte auf eine höhere Ausprägung hin. Items 1–4 können zu der Subskala Scham und Items 5–8 zu der Subskala Schuld aufsummiert

werden, wobei jeweils eine Ausprägung von 4 bis 24 möglich ist (Orth et al., 2006). Die Validierung ergab eine exzellente interne Konsistenz von Cronbachs $\alpha = .96$ für Erleben von Scham und $\alpha = .94$ für Erleben von Schuld (Orth et al., 2006). Für die Vorliegende Studie wurden lediglich die Subskalen Erleben von Scham und Erleben von Schuld gegenüber dem Baby verwendet. Es fand sich eine hohe interne Konsistenz für das Erleben von Scham gegenüber dem Baby, mit Cronbachs $\alpha = .88$. Für die Subskala Erleben von Schuld gegenüber dem Baby ergab sich eine exzellente interne Konsistenz mit Cronbachs $\alpha = .92$.

Dyadisches Coping

Zur Erfassung des DC wurde das Dyadische Coping Inventar (DCI; Bodenmann, 2008a) in einer Kurzversion (DCI-K; Zemp et al., 2016) genutzt. Die Originalfassung des DCI erfasst das DC aus Sicht von jeweils beiden Partner*innen. Dabei wird die Einschätzung des eigenen Verhaltens, das Verhalten des/der Partner*in und das Verhalten in der Gesamtdyade separat erhoben. Der Fragebogen umfasst insgesamt 37 Items, aus welchen sich die Subskalen Stressäußerung, positives supportives dyadisches Coping, negatives supportives dyadisches Coping und delegiertes dyadisches Coping bilden lassen. Item 36 und 37 evaluieren die Zufriedenheit mit dem dyadischen Coping und die Wirksamkeit des dyadischen Copings. Das Antwortformat umfasst eine 5-Stufige Likertskala, von 1 = *sehr selten* bis 5 = *sehr oft*. Dabei weisen höhere Werte auf eine höhere Ausprägung von dyadischem Coping hin.

Der in der Studie verwendete DCI-K enthält 12 Items und erfasst das wahrgenommene dyadische Coping aus Sicht der Proband*in. Dabei wurde die eigene Stresskommunikation (Item 1–2; z.B. „Ich zeige meinem Partner, dass ich mich belastet fühle und es mir schlecht geht“), das supportive DC des Partners (Item 3, 4 und 7; z.B. „Er gibt mir das Gefühl, dass er mich versteht und dass ihn mein Stress interessiert“), das negative DC des Partners (Items 5–8; z.B. „Er nimmt meinen Stress nicht ernst“), das delegierte DC des Partners (Item 9; z.B. „Er übernimmt Aufgaben und Tätigkeiten, die ich sonst mache, um mich zu entlasten“) und das gemeinsame DC (Items 10–12; z.B. „Wir versuchen, das Problem gemeinsam zu bewältigen und konkrete Lösungen zu suchen“) erhoben. Die Items können jeweils auf einer Skala von 1 = *sehr selten* bis 5 = *sehr oft* bewertet werden. Dabei weisen höhere Werte auf eine höhere Ausprägung hin. Die Subskalen supportives, gemeinsames und delegiertes DC können zu der Skala positives DC zusammengefasst werden (Bodenmann, 2008b). Im Rahmen dieser Forschungsarbeit soll die Subskala positives DC verwendet werden, wobei Summenwerte zwischen 7 und 35 erreicht werden können. Die im DCI-K verwendeten Subskalen weisen in der Validierung der Originalversion des DCI (Bodenmann 2008a) für Frauen befriedigende bis

PPD, Scham, Schuld und positives DC

gute interne Konsistenz auf, mit eigene Stresskommunikation Cronbach's $\alpha = .77$, supportives DC des Partners $\alpha = .88$, negatives DC des Partners $\alpha = .76$, delegiertes DC des Partners $\alpha = .84$ und gemeinsames DC $\alpha = .80$ (Bodenmann, 2008a). Die Test-Retest Reliabilität lag zwischen $r_{tt} = .52$ und $.80$, was zeigt, dass die Stabilität der Messung eingeschränkt ist (Gmelch et al., 2008). Zudem zeigt das Messinstrument gute Konstrukt- und befriedigende Kriteriumsvalidität (Gmelch et al., 2008). Der DCI-K wurde noch keiner umfassenden Validierung unterzogen, er zeigte aber in einer Studie mit einem Sample aus dem deutschsprachigen Raum eine exzellente interne Konsistenz von $\alpha = .90$ (Zemp et al., 2016). Für die vorliegende Stichprobe ergab sich eine exzellente interne Konsistenz für positives DC bei T1 (Cronbachs $\alpha = .90$) und T2 (Cronbachs $\alpha = .93$).

Untersuchungsdurchführung

Die in dieser Masterarbeit verwendeten Daten stammen aus der Studie „Mutter werden-Mutter sein: Eine Längsschnittstudie zum Erleben von Müttern vor und nach der Geburt“, welche unter Leitung von Rahel Lea van Eickels und Mitarbeit von Antonia Grunwald vom Arbeitsbereich für Klinische Psychologie des Kindes- und Jugendalters, geleitet von Prof. Dr. Martina Zemp, an der psychologischen Fakultät der Universität Wien zwischen September 2021 und Mai 2022 durchgeführt wurde. Nach einmaliger Revision wurde am 14.07.2021 ein positives Ethikvotum mit der Kennnummer 00695 erteilt. Die Originalstudie war in einem längsschnittlichen Design in einer Online-Studie mit zwei Messzeitpunkten konzipiert und richtete sich an werdende Mütter. Studienteilnehmer*innen wurden zwischen September 2021 und Anfang März 2022 rekrutiert. Die Rekrutierung lief vor allem über Facebook, indem die Einladung und der Link zur Teilnahme an der Studie in verschiedenen Gruppen rund um die Themen Schwangerschaft, Geburt und Mutter sein gepostet wurden. Darüber hinaus wurde der Flyer zur Studieneinladung durch ambulante Versorger*innen verteilt und die Studie auf der Internetseite der Fakultät für Psychologie an der Universität Wien veröffentlicht (Für Rekrutierungsmaterialien siehe Anhang B). Unter den Teilnehmenden wurden fünf Gutscheine im Wert von je 25€ für den Online-Shop „yaababy“ (Baby- und Elternbedarf) verlost. Zusätzlich wurde eine Einladung zum gemeinsamen Austausch mit anderen Müttern via Zoom nach Beendigung der Studie in Aussicht gestellt.

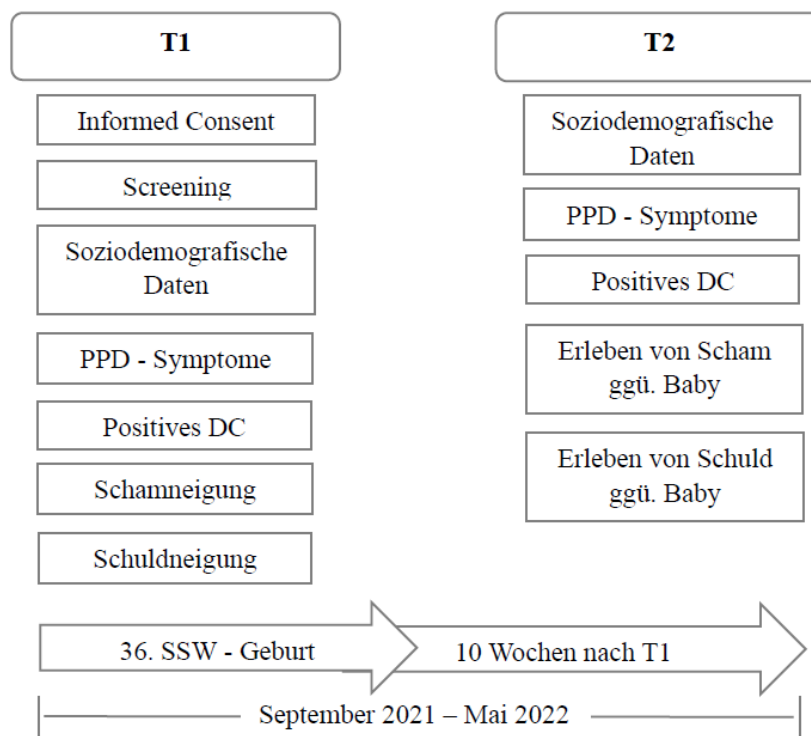
Zu jedem Messzeitpunkt wurden eine Reihe von Fragebögen pseudonymisiert und im Selbstbericht online via Sosci-Survey (Leiner, 2019) ausgefüllt. Vor der Teilnahme an der Studie wurden Proband*innen über den Zweck, Ablauf und Nutzen der Studie und die Verarbeitung der Daten aufgeklärt (siehe Anhang C). Zudem wurden die Proband*innen darauf

PPD, Scham, Schuld und positives DC

hingewiesen, dass sie die Studie jederzeit folgenlos abbrechen können. Proband*innen mussten zur Teilnahme an der Studie eine Einverständniserklärung unterzeichnen (siehe Anhang C). Der erste Messzeitpunkt (T1) befand sich zwischen der 36. Schwangerschaftswoche und der Geburt. Die Beantwortung der Fragebögen dauerte ca. 30 Minuten. Der zweite Messzeitpunkt (T2) wurde zehn Wochen später ausgesendet und dauerte ca. 20 Minuten. Dabei wurde ein Messzeitpunkt von ca. acht Wochen nach Geburt angestrebt, um PPD-Symptome zeitlich vom Babyblues abzugrenzen (Burgos Dias Macedo, 2021; World Health Organisation, 2023). Zu jedem Messzeitpunkt wurden soziodemografische Daten sowie verschiedene psychologische Fragebögen rund um das Erleben der Geburt vorgegeben. Die für diese Masterarbeit relevanten Konstrukte PPD-Symptome und positives DC wurde zu beiden Messzeitpunkten erhoben. Scham- und Schuldneigung wurde nur zum ersten Messzeitpunkt erfasst. Das Erleben von Scham und Schuld gegenüber dem Baby wurde nur zum zweiten Messzeitpunkt erfasst. Eine Übersicht des Untersuchungsplanes ist in Abbildung 1 zu sehen. Mit Ende Mai 2022 wurde die Datenerhebung abgeschlossen. Auf Wunsch konnten die Teilnehmer*innen unter Verwendung ihres Pseudonyms Einsicht in ihre Studienergebnisse verlangen.

Abbildung 1

Untersuchungsplan der Studie „Mütter werden – Mütter sein“



Anmerkung. Es werden lediglich die für diese Masterarbeit relevanten Konstrukte abgebildet. In der Originalstudie wurden weitere Konstrukte erhoben.

Datenanalyse

Für die statistische Datenauswertung wurde IBM SPSS Statistics (Version 29.0) (IBM Corp., 2022) verwendet. Die abhängige Variable PPD-Werte zu T2 sowie die Kontrollvariable PPD-Werte zu T1 wurden mittels Summenwert berechnet. Die Skalen der unabhängigen Variablen, Scham- und Schuldneigung, Scham- und Schuld erleben sowie positives DC, wurden anhand der Berechnung der Mittelwerte gebildet. Vor der deskriptiven Betrachtung der für die Fragestellung relevanten Variablen, wurde eine Attritionsanalyse mittels t-Tests für unabhängige Stichproben zur Ermittlung selektiver Drop-Outs zwischen T1 und T2 durchgeführt. Danach wurden die Daten deskriptiv betrachtet und die Normalverteilung wurde anhand des Shapiro-Wilk-Tests geprüft. Es wurde zudem ein Cut-off von ≥ 9.5 (Bergant et al., 1998) genutzt, um klinisch relevante PPD-Werte zu definieren. Zudem wurden alle Variablen der Hauptanalysen auf kritische Ausreißer überprüft.

Vor Durchführung der Hauptanalysen wurden die statistischen Voraussetzungen der Modelle geprüft. Für die multiplen linearen Regressionen sowie die Moderationsanalysen,

PPD, Scham, Schuld und positives DC

wurde auf Linearität des Zusammenhangs von Prädiktoren und Outcome anhand der Streudiagramme standardisierter Residuen und partiellen Regressionsdiagramme standardisierter Residuen geprüft. Homoskedastizität wurde anhand des modifizierten Breusch-Pagan-Tests geprüft und Normalverteilung der Residuen anhand der Histogramme sowie P-P-Diagramme standardisierter Residuen. Zusätzlich wurde die Residuenstatistik herangezogen und multivariate Ausreißer anhand des Mahalanobis-Abstandes, der Cook-Distanz und dem zentrierten Hebelwert überprüft. Multikollinearität wurde anhand des Variance Inflation Factor (VIF) geprüft. Vor Durchführung der logistischen Regressionen, wurde auf Linearität des Zusammenhangs zwischen Prädiktoren und logit des Outcomes anhand der Interaktionsterme der unabhängigen Variablen und jeweils deren Logarithmus der Variablen geprüft. Ausreißer wurden anhand der Cook-Distanz sowie den Hebelwerten und Multikollinearität analog zu den anderen Analysen anhand des VIF geprüft.

In den Hauptanalysen zur Testung der Hypothesen, wurden H1.1, H1.2, H2.1 und H2.2 jeweils mittels hierarchischer multipler linearen Regression überprüft. Dafür wurden jeweils die PPD-Symptome zu T2 als Outcome- Variable definiert. Für H1.1 und H1.2 wurden jeweils vier Modelle erstellt, in welchen schrittweise weitere unabhängige Variablen eingeschlossen wurden, um die Varianzaufklärung von PPD-Symptomen zu T2 durch Hinzunahme der jeweiligen Prädiktoren zu ermitteln. Für H2.1 und H2.2 wurden jeweils drei Modelle erstellt. In Modell 1 aller Hypothesen wurden die Variablen ungeplante Schwangerschaft, vergangene Depressionen, Einkommen und Alter eingeschlossen. Ziel war es, um besagte Variablen zu kontrollieren, da sie bekannte Risikofaktoren für die Entwicklung einer PPD darstellen (Vanwetswinkel et al., 2022). Für H1.1 und H1.2 wurde in Modell 2 zur Kontrolle des ersten Messzeitpunktes die Variable PPD-Symptome zu T1 eingeschlossen. Da Scham und Schuld sich stark überschneidende Konzepte sind (Tangney et al., 1992), wurde in Modell 3 für H1.1 um Schuldneigung kontrolliert und für H1.2 um Schamneigung, um in Modell 4 jeweils den Zuwachs an erklärter Varianz der interessierenden Variable Schamneigung (H1.1) bzw. Schuldneigung (H1.2) zu ermitteln. Für H2.1 und H2.2 wurde in Modell 2 um Schulterleben (H2.1) bzw. Schamerleben (H2.2) gegenüber dem Baby kontrolliert, um in Modell 3 den alleinigen Erklärungswert von Schamerleben (H2.1) sowie Schulterleben (H2.2) gegenüber dem Baby zu ermitteln.

Zur Überprüfung von H1.3, H2.3 und H2.4 wurden logistischen Regressionen gerechnet. Dafür wurden jeweils klinisch relevante PPD-Symptome als dichotomes Outcome definiert und Kontrollvariablen sowie die jeweils interessierende unabhängige Variable in drei

PPD, Scham, Schuld und positives DC

(H2.3 und H2.4) bzw. vier (H1.3) Modellen eingeschlossen. Im ersten Modell wurde jeweils um die Variablen Alter, Einkommen, ungeplante Schwangerschaft und vergangene Depressionen kontrolliert. Für H1.3 wurde in Modell 2 die Variable PPD-Symptome zu T1 zur Kontrolle dieser eingeschlossen. In Modell 3 wurde dann Schuldneigung eingeschlossen, um in Modell 4 den möglichst isolierten Effekt von Schamneigung auf klinisch relevante PPD-Werte zu ermitteln. Für H 2.3 und H2.4 wurde in Modell 2 jeweils die um Schulterleben (H2.3) bzw. Schamerleben gegenüber dem Baby (H2.4) kontrolliert, um in Modell 3 den alleinigen Erklärungswert von Schamerleben gegenüber dem Baby (H2.1) sowie Schulterleben gegenüber dem Baby (H2.2) zu ermitteln.

Zur Testung der Hypothesen H3.1, H3.2 und H3.3 wurden Moderationsanalysen durchgeführt. Dafür wurden PPD-Symptome zu T2 jeweils als Outcome definiert. Nach Zentrierung der Mittelwerte der metrischen Prädiktoren, wurden Kontrollvariablen sowie die interessierende Variable jeweils in drei Modellen eingeschlossen. Für die drei Hypothesen wurde in Modell 1 jeweils um die Kontrollvariablen ungeplante Schwangerschaft, vergangene Depressionen, Einkommen und Alter kontrolliert, wobei für H3.1 in Modell 1 zusätzlich noch um PPD-Symptome zu T1 und Schuldneigung kontrolliert wurde. Für H3.2 wurde in Modell 1 zusätzlich noch um Schulterleben gegenüber dem Baby und für H3.3 um Schamerleben gegenüber dem Baby kontrolliert. In Modell 2 wurden dann jeweils positives DC und Schamneigung (H3.1), Schamerleben gegenüber dem Baby (H3.2) oder Schulterleben gegenüber dem Baby (H3.3) eingeschlossen, um die Haupteffekte zu prüfen. In Modell 3 wurden zusätzlich die Interaktionsterme positives DC x Schamneigung (H3.1), positives DC x Schamerleben gegenüber dem Baby (H3.2) und positives DC x Schulterleben gegenüber dem Baby (H3.3) eingeschlossen.

Ergebnisse

Bei der Darstellung der Ergebnisse wurden aus interpretatorischen Gründen Unterschiede auf der dritten Nachkommastelle vernachlässigt und die Ergebnisse auf zwei Nachkommastellen gerundet.

Attritionsanalyse

Es waren keine signifikanten Unterschiede zwischen den Proband*innen, welche lediglich T1 beendeten und Proband*innen, welche ebenfalls T2 beendeten in den Variablen PPD-Werte T1 ($t(176) = 0.60, p = .242$), Schamneigung ($t(176) = 0.81, p = .505$), Schuldneigung ($t(176) = -1.68, p = .063$), positives DC T1 ($t(174) = -0.57, p = .536$), Alter ($t(176) = -0.95, p = .419$), Einkommen ($t(176) = -1.55, p = .170$), Bildungsstand ($t(176) = 1.43,$

PPD, Scham, Schuld und positives DC

$p = .894$) und psychische Erkrankung ($t(176) = -0.47, p = .349$) zu verzeichnen. Somit ist von keinen selektiven Drop-Outs auszugehen.

Deskriptive Statistik

Sowohl zu T1 als auch zu T2 waren die PPD-Werte nicht normalverteilt und linksschief (siehe Tabelle D1). Zudem unterschieden sich die PPD-Werte zwischen T1 und T2 durchschnittlich nicht stark voneinander, zu T1 waren die Werte durchschnittlich leicht höher. Es konnten keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen PPD-Werten zu T1 und T2 gefunden werden ($t(122) = 0.27, p = .45$). Während der Schwangerschaft (T1) lagen die PPD-Werte zwischen 0 und 23.00 ($M = 7.31, SD = 5.48$) (siehe Abbildung E1) und bei 26.8% der Stichprobe ($n = 33$) lagen klinisch relevante PPD-Werte vor. Nach Geburt (T2) lagen PPD-Werte zwischen 0 und 28.00 ($M = 7.25, SD = 5.48$) (siehe Abbildung E2) und bei 30.1% der Proband*innen ($n = 37$) lagen klinisch relevante PPD-Werte vor.

In der vorliegenden Stichprobe waren die Werte der Schamneigung normalverteilt (siehe Tabelle D1), rechtsschief und lagen zwischen 1.09 und 4.45 ($M = 2.89, SD = 0.66$), bei einem möglichen Maximalwert von 5 (siehe Abbildung E3). Werte der Schuldneigung waren nicht normalverteilt (siehe Tabelle D1), rechtsschief und lagen zwischen 2.91 und 4.82 ($M = 4.12, SD = 0.38$), bei einem möglichen Maximalwert von 5 (siehe Abbildung E4). Die Variablen Schamerleben gegenüber dem Baby sowie Schulterleben gegenüber dem Baby waren nicht normalverteilt und linksschief (siehe Tabelle D1). Die Werte von Schamerleben gegenüber dem Baby lagen zwischen 1.00 und 6.00 ($M = 1.63, SD = 0.99$) (siehe Abbildung E5). Die Werte von Schulterleben gegenüber dem Baby lagen ebenfalls zwischen 1.00 und 6.00 ($M = 2.05, SD = 1.38$) (siehe Abbildung E6). Auf beiden Skalen konnte ein Maximalwert von 6 erreicht werden.

Die Werte des positiven DC lagen während der Schwangerschaft (T1) zwischen 1.67 und 5.00 ($M = 3.92, SD = 0.79$) (siehe Abbildung E7) und nach der Schwangerschaft (T2) zwischen 1.00 und 5.00 ($M = 3.85, SD = 0.89$) (siehe Abbildung E8), bei einem möglichen Maximalwert von 5. Sie waren nicht normalverteilt und jeweils rechtsschief (siehe Tabelle D1). Das positive DC war zu T1 durchschnittlich höher als zu T2. Es konnten keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen positivem DC zu T1 und T2 gefunden werden ($t(122) = 1.38, p = .085$).

Es konnten weitgehend keine kritischen Ausreißer in den die Hauptanalysen betreffenden Variablen gefunden werden, lediglich die Variable Schulterleben gegenüber dem Baby zeigte vier kritische Ausreißer. Zur Kontrolle dieser wurden die betreffenden statistischen

PPD, Scham, Schuld und positives DC

Analysen einmal mit und einmal ohne Ausreißer gerechnet. Aufgrund vernachlässigbarer Unterschiede werden in dieser Arbeit die Ergebnisse mit Ausreißern berichtet.

Wie Tabelle 2 zu entnehmen ist, zeigte sich ein positiver linearer Zusammenhang zwischen PPD-Symptomen zu T1 und T2 mit großer Effektstärke. Zudem korrelierten PPD-Symptome zu T1 signifikant stark positiv und PPD-Symptome zu T2 signifikant mittelstark positiv mit Schamneigung, während die Korrelationen mit Schuldneigung nicht signifikant waren. Scham- sowie Schuldleben gegenüber dem Baby zeigte während der Schwangerschaft einen signifikanten schwach positiven und nach der Schwangerschaft starken linearen Zusammenhang mit PPD-Symptomen. Positives DC korrelierte zum ersten Messzeitpunkt mittelstark negativ mit PPD-Symptomen zu T1, es zeigte sich jedoch keine signifikante Korrelation zwischen positivem DC zu T1 und PPD-Symptomen zu T2. Zum zweiten Messzeitpunkt zeigte sich ein mittlerer positiver linearer Zusammenhang zwischen positivem DC und PPD-Symptomen zu T1 und T2. Des Weiteren war ein starker positiver Zusammenhang zwischen nachgeburtlichem Scham- und Schuldleben gegenüber dem Baby zu verzeichnen und Schamneigung korrelierte stark positiv sowohl mit Scham- als auch Schuldleben gegenüber dem Baby. Schuldneigung zeigte keine signifikanten Korrelationen mit Scham- und Schuldleben gegenüber dem Baby. Positives DC stand sowohl während als auch nach der Schwangerschaft im schwachen bis moderaten negativen linearen Zusammenhang mit Schamneigung, nicht aber mit Schuldneigung. Zudem stand positives DC lediglich zu T2 in signifikantem schwach negativem Zusammenhang mit Scham- und Schuldleben gegenüber dem Baby, nicht aber zu T1.

Tabelle 2*Interkorrelationsmatrix untersuchter Variablen*

Variable	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5	6	7
1. PPD-Symptome T1	7.31	5.48	-						
2. PPD-Symptome T2	7.25	5.48	.51	-					
3. Schamneigung T1	2.89	.66	.52	.37	-				
4. Schuldneigung T1	4.12	.38	-.06	-.08	.06	-			
5. Schamerleben ggü. Baby T2	1.63	.99	.26	.67	.29	-.04	-		
6. Schulterleben ggü. Baby T2	2.05	1.38	.26	.70	.32	-.03	.78	-	
7. Positives DC T1	3.92	.79	-.42	-.18	-.29	.10	-.17	-.12	-
8. Positives DC T2	3.85	.89	-.32	-.29	-.20*	.14	-.26	-.20*	.75

Anmerkungen. *N* = 123. Fettgesetzte Ergebnisse signifikant mit $p < .001$; Fettgesetzte Ergebnisse mit * signifikant mit $p < .05$.

Hauptanalysen

Voraussetzungstests

Während Linearität des Zusammenhangs für alle multiplen linearen Regressionen (H1.1, H1.2, H2.1 und H2.2) sowie Moderationsanalysen (H3.1, H3.2 und H3.3) gegeben war (siehe Abbildungen E9–E13), zeigte der modifizierte Breusch-Pagan-Test für H1.1, H1.2 und H3.1 eine Verletzung der Annahme von Homoskedastizität (siehe Tabelle D2). Um Verzerrungen aufgrund von Heteroskedastizität zu vermeiden, wurden H1.1, H1.2 und H3.1 mittels Bootstrapping getestet. Für H2.1, H2.2, H3.2 und H3.3 war Homoskedastizität anhand des modifizierten Breusch-Pagan-Tests gegeben (siehe Tabelle D2). Die Residuen der abhängigen Variable, PPD-Symptome zu T2, wichen in den vorliegenden Daten leicht von der Normalverteilung ab (siehe Abbildungen E14–E23). Aufgrund der Größe der Stichprobe konnte diese leichte Abweichung von der Normalverteilung vernachlässigt werden. Zudem zeigten sich multivariate Ausreißer anhand der Cook-Distanz, des Mahalanobis-Abstands und der Zentrierten Hebelwerte als unauffällig (siehe Tabellen D3–D6). Die Werte des VIF zeigten keine Auffälligkeiten bezüglich Multikollinearität (siehe Tabellen D7 und D8). Zudem wurden

PPD, Scham, Schuld und positives DC

alle wesentlichen Prädiktoren im Modell berücksichtigt, Additivität war gegeben, die Beobachtungen unabhängig und die unabhängigen Variablen sowie die abhängige Variable metrisch. Die geplanten Hauptanalysen konnten somit, unter teilweiser Anwendung von Bootstrapping, durchgeführt werden.

Die Voraussetzungen der logistischen Regressionen für die statistische Berechnung von H1.3, H2.3 und H2.4 waren ebenfalls gegeben. Die Linearität der logit's zeigten sich anhand der nicht-signifikanten Interaktionsterme als gegeben (siehe Tabelle D10) und Werte der Cook-Distanz waren bezüglich Ausreißern unauffällig (Werte < 1). Die Werte des VIF zeigten für alle drei Hypothesen keine Auffälligkeiten bezüglich Multikollinearität (siehe Tabelle D9). Alle wesentlichen Prädiktoren wurden im Modell berücksichtigt, wobei die abhängige Variable dichotom und die unabhängigen Variablen metrisch waren. Die Beobachtungen waren zudem unabhängig. Die geplanten Hauptanalysen konnten somit ohne Einschränkungen durchgeführt werden.

Multiple lineare Regressionen

Zur Überprüfung der Hypothesen H1.1, H1.2, H2.1 und H2.2 wurden hierarchische multiple lineare Regressionen berechnet. Modell 1, mit Einschluss der Kontrollvariablen ungeplante Schwangerschaft, vergangene Depressionen, Einkommen und Alter, war für alle Hypothesen analog und zeigte sich als nicht signifikant (*korrr.* $R^2 = .03$, $F(4,118) = 1.99$, $p = .101$).

Für H1.1 und H1.2 war Modell 2 unter Einschluss von PPD-Symptomen zu T1 signifikant und erklärte einen Zuwachs an Varianza um 21% (*korrr.* $R^2 = .24$, $\Delta R^2 = .21$, $F(5,117) = 8.68$, $p < .001$). In H1.1 wurde der prädiktive Zusammenhang zwischen Schamneigung (T1) und PPD-Symptomen (T2) untersucht und in H1.2 der prädiktive Zusammenhang zwischen Schuldneigung (T1) und PPD-Symptomen (T2). Modell 3, in welchem zur Kontrolle der jeweils anderen Variable in H1.1 Schuldneigung und in H1.2 Schamneigung eingeschlossen wurde, war sowohl für H1.1 (*korrr.* $R^2 = .24$, $\Delta R^2 = .00$, $F(6,116) = 7.27$, $p < .001$), als auch H1.2 (*korrr.* $R^2 = .25$, $\Delta R^2 = 0.02$, $F(6,116) = 7.84$, $p < .001$) signifikant, wobei durch Schamneigung eine zusätzliche Varianzaufklärung um 2% zu verzeichnen war. Hingegen war durch Schuldneigung kein Zuwachs erklärter Varianz zu verzeichnen. Im finalen Modell, Modell 4, wurde der interessierende Prädiktor Schamneigung (H1.1) bzw. Schuldneigung (H1.2) eingeschlossen. Das Modell war sowohl für H1.1 (*korrr.* $R^2 = .25$, $\Delta R^2 = .02$, $F(7,115) = 6.80$, $p < .001$) als auch H1.2 (*korrr.* $R^2 = .25$, $\Delta R^2 = .00$, $F(7,115) = 6.80$, $p < .001$) signifikant und erklärte 25% der Varianz der PPD-Symptome zu T2. Ausführliche statistische Werte sind

Tabelle 3 zu entnehmen. Da sich einige Werte (p-Werte, Verzerrung, Standardfehler und Konfidenzintervalle) aufgrund der Anwendung von Bootstrapping zwischen H1.1 und H1.2 numerisch unterschieden, jedoch in Bezug auf die Signifikanzbewertung und die Werte der Effektgrößen keine Unterschiede bestanden, wurden in Tabelle 3 lediglich die Ergebnisse der Berechnungen von H1.1 berichtet. Diese sind interpretatorisch analog für H 1.2 zu betrachten. Für die genauen Werte der Berechnung von H1.2 siehe Tabelle D11. Wie Tabelle 3 zu entnehmen ist, konnte die PPD-Symptomatik zu T2 signifikant positiv durch PPD-Symptome zu T1 ($b = 0.41$, $p < .001$) sowie Schamneigung ($b = 1.42$, $p = .016$) vorhergesagt werden. Schuldneigung hatte keinen signifikanten Vorhersagewert für PPD-Symptome zu T2 ($b = -0.94$, $p = .478$).

Tabelle 3

Ergebnisse Hypothesen 1.1 und 1.2

	b	Verzerrung	SE	β	t	p^a	95% KI	
							UG	OG
(Konstante)	6.54	-.80	6.88		1.08	.334	-8.22	19.12
Ungeplante Schwangerschaft	0.79	-.01	1.51	.05	0.59	.604	-2.33	3.70
Vergangene Depressionen	-0.12	.03	0.94	-.01	-0.12	.919	-1.99	1.62
Alter	-0.04	.00	0.11	-.03	-0.40	.705	-0.26	0.17
Einkommen	-0.37	.01	0.33	-.10	-1.16	.262	-1.00	0.26
PPD-Symptome T1	0.41	.01	0.12	.41	4.31	<.001	0.18	0.66
Schuldneigung	-0.94	.16	1.35	-.07	-0.82	.480	-3.44	1.86
Schamneigung	1.42	-.04	0.58	.17	1.78	.016	0.20	2.46

Anmerkungen. Abhängige Variable: PPD-Symptome T2; $N = 123$; *korrr.* $R^2 = .25$; $\Delta R^2 = .02$;

$F(7,115) = 6.80$; Fettgesetzte Ergebnisse signifikant mit $p < .05$; ^aBootstrap-Ergebnisse beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

In H2.1 wurde der prädiktive Zusammenhang zwischen Schamerleben gegenüber dem Baby (T2) und PPD-Symptomen (T2) und in H2.2 der prädiktive Zusammenhang zwischen Schuldneigung gegenüber dem Baby (T2) und PPD-Symptomen (T2) statistisch geprüft.

Modell 2, in welchem zur Kontrolle der jeweils anderen Variable in H2.1 Schulterleben gegenüber dem Baby und H2.2 Schamerleben gegenüber dem Baby eingeschlossen wurde, war sowohl für H2.1 (*korr. $R^2 = .49$, $\Delta R^2 = .45$, $F(5,117) = 24.69$, $p < .001$) als auch für H2.2 (*korr. $R^2 = .45$, $\Delta R^2 = .41$, $F(5,117) = 21.31$, $p < .001$) signifikant und erklärte 49% bzw. 45% der Varianz der PPD-Symptomatik zu T2. Es ergab sich durch Einschluss von Schulterleben gegenüber dem Baby 45% und durch Einschluss von Schamerleben gegenüber dem Baby 41% zusätzliche Varianzaufklärung gegenüber Modell 1. Das finale Modell, Modell 3, schloss die interessierenden Prädiktoren Schamerleben gegenüber dem Baby (H2.1) bzw. Schulterleben gegenüber dem Baby (H2.1) ein. Das finale Modell (Tabelle 4) war sowohl für H2.1 (*korr. $R^2 = .53$, $\Delta R^2 = .04$, $F(6,116) = 23.84$, $p < .001$) als auch für H2.2 (*korr. $R^2 = .53$, $\Delta R^2 = .08$, $F(6,116) = 23.84$, $p < .001$) signifikant und erklärte 53% der Varianz der PPD-Symptomatik zu T2. Durch Schamerleben gegenüber dem Baby ergab sich 4% und durch Schulterleben gegenüber dem Baby 7% zusätzliche Varianzaufklärung und die individuelle PPD-Symptomatik nach Geburt konnte signifikant positiv durch Schulterleben ($b = 1.76$, $p < .001$) sowie Schamerleben ($b = 1.76$, $p = .002$) gegenüber dem Baby vorhergesagt werden. Mit höherem Erleben von Scham sowie Schuld gegenüber dem Baby (T2) gingen höhere PPD-Werte nach der Geburt des Kindes (T2) einher.****

Tabelle 4*Ergebnisse Hypothesen 2.1 und 2.2*

	<i>b</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	95% KI	
						UG	OG
(Konstante)	6.99	2.98		2.35	.021	1.09	12.90
Ungeplante Schwangerschaft	-1.84	1.02	-.11	-1.81	.073	-3.87	0.18
Vergangene Depressionen	0.05	0.71	.00	0.07	.946	-1.37	1.46
Alter	-0.10	0.08	-.08	-1.13	.263	-0.26	0.07
Einkommen	-0.33	0.26	-.09	-1.30	.197	-0.84	0.18
Schulderleben ggü. Baby	1.76	0.40	.44	4.42	< .001	0.97	2.54
Schamerleben ggü. Baby	1.76	0.55	.32	3.17	.002	0.66	2.85

Anmerkungen. Abhängige Variable: PPD-Werte T2; $N=123$; *korr. $R^2=.52$; $\Delta R^2=.04$; $F(6,116)=23.84$ (H2.1); *korr. $R^2=.53$, $\Delta R^2=.08$ $F(6,116)=23.84$ (H2.2); Fettgesetzte Ergebnisse signifikant mit $p < .05$.**

Logistische Regressionen

Zur Überprüfung der Hypothesen H1.3, H2.3 und H2.4 wurden logistische Regressionen gerechnet, wobei die abhängige Variable hierfür dummy-codiert wurde. Wiederrum wurde um Risikofaktoren für die Entwicklung einer PPD kontrolliert (Vanwetswinkel et al., 2022), wobei bei allen drei Hypothesen in Modell 1 die Kontrollvariablen ungeplante Schwangerschaft, vergangene Depressionen, Einkommen und Alter eingeschlossen wurden. Modell 1 war für alle Hypothesen nicht signifikant ($\chi^2(4) = 5.50$, $p = .240$).

In H1.3 wurde der prädiktive Wert von Schamneigung (T1) auf klinisch relevante PPD-Symptome (T2) statistisch geprüft. Modell 2 war durch Aufnahme der Variable klinisch relevante PPD-Symptome T1 signifikant ($\chi^2(5) = 28.75$, $p < .001$) und es zeigte sich eine signifikante Verbesserung des Model-fit ($\chi^2(1) = 23.25$, $p < .001$). Um schuldfreie Schamneigung zu messen, wurde in Modell 3 auf Schuldneigung kontrolliert, wobei das Modell zwar signifikant war ($\chi^2(6) = 28.80$, $p < .001$), jedoch keine signifikante Verbesserung

PPD, Scham, Schuld und positives DC

des Modells zu verzeichnen war ($\chi^2(1) = 0.06$, $p = .810$). Das finale Modell, Modell 4, mit hinzugefügter interessierender Variable Schamneigung, war signifikant ($\chi^2(7) = 33.44$, $p < .001$), bei signifikanter Verbesserung des Modells ($\chi^2(1) = 4.63$, $p = .031$). Koeffizienten und Odds-Ratios von Modell 4 sind in Tabelle 5 zu sehen. Mit steigenden klinisch relevanten PPD-Symptomen während der Schwangerschaft (T1) stieg die Chance für klinisch relevante PPD-Werte nach der Geburt um ein 7.13-faches ($p < .001$). Zudem stieg mit steigender Schamneigung die Chance für klinisch relevante PPD-Werte nach Geburt um ein 2.49-faches ($p = .039$).

Tabelle 5*Ergebnisse Hypothese 1.3*

	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>Wald</i>	Odds-Ratio	<i>p</i>	95% KI (Odds-Ratio)	
						UG	OG
(Konstante)	-2.07	3.21	0.42	0.13	.519		
Ungeplante Schwangerschaft	0.19	0.70	0.08	1.21	.783	0.31	4.73
Vergangene Depressionen	-0.12	0.50	0.06	0.89	.814	0.34	2.36
Alter	-0.05	0.06	0.84	0.95	.359	0.85	1.06
Einkommen	0.11	0.18	0.34	1.11	.559	0.78	1.56
Klinisch relevante PPD-Symptome T1	1.97	0.53	13.55	7.13	<.001	2.51	20.30
Schuldneigung	-0.27	0.61	0.19	0.77	.664	0.23	2.55
Schamneigung	0.91	0.44	4.25	2.49	.039	1.05	5.91

Anmerkungen. Abhängige Variable: Klinisch relevante PPD-Werte T2; $N = 123$; $R^2 = 0.24$

(Cox-Snell), $R^2 = 0.34$ (Nagelkerke); Fettgesetzte Ergebnisse signifikant mit $p < .05$.

In H2.3 wurde der prädiktive Zusammenhang von Erleben von Scham gegenüber dem Baby (T2) und in H2.4 der prädiktive Zusammenhang von Erleben von Schuld gegenüber dem Baby (T2) auf klinisch relevante PPD-Symptome (T2) statistisch geprüft. In Modell 2 wurde zur Kontrolle der jeweils anderen Variable das Erleben von Schuld (H2.3) bzw. Erleben von Scham (H2.4) gegenüber dem Baby eingeschlossen. Modell 2 war sowohl für H2.3 ($\chi^2(5) =$

54.24, $p < .001$) als auch H2.4 ($\chi^2(5) = 44.01$, $p < .001$) signifikant und das Modell wurde durch Hinzufügen der Variablen signifikant für H2.3 ($\chi^2(1) = 48.74$, $p < .001$) bzw. H2.4 ($\chi^2(1) = 38.51$, $p < .001$) verbessert. Im finalen Modell, Modell 3, wurden die interessierenden Variablen Erleben von Scham (H2.3) bzw. Erleben von Schuld (H2.4) gegenüber dem Baby aufgenommen. Während das Modell für beide Hypothesen signifikant war ($\chi^2(6) = 57.71$, $p < .001$), wurde das Modell durch Hinzufügen der Variable Erleben von Scham gegenüber dem Baby (H2.3) nicht signifikant verbessert ($\chi^2(1) = 3.48$, $p = .062$). Hingegen verbesserte sich das Modell in H2.4 signifikant durch Hinzufügen der Variable Erleben von Schuld gegenüber dem Baby ($\chi^2(1) = 13.71$, $p < .001$).

Koeffizienten und Odds-Ratios des finalen Modells sind für beide Hypothesen Tabelle 6 zu entnehmen. Das Erleben von Scham gegenüber dem Baby hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Chance für klinisch relevante PPD-Werte nach der Geburt, während mit steigendem Erleben von Schuld gegenüber dem Baby die Chance für klinisch relevante PPD-Werte nach der Geburt um ein 2.63-faches stieg ($p = .001$).

Tabelle 6

Ergebnisse Hypothesen 2.3 und 2.4

	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>Wald</i>	Odds-Ratio	<i>p</i>	95% KI (Odds-Ratio)	
						UG	OG
(Konstante)	-0.95	2.24	0.18	0.39	.671		
Ungeplante Schwangerschaft	-1.23	0.77	2.54	0.29	.111	0.07	1.33
Vergangene Depressionen	0.19	0.54	0.13	1.22	.721	0.42	3.53
Alter	-0.07	0.07	1.20	0.93	.273	0.82	1.06
Einkommen	-0.03	0.20	0.02	0.97	.896	0.66	1.44
Erleben von Schuld ggü. Baby	0.97	0.29	10.81	2.63	.001	1.48	4.67
Erleben von Scham ggü. Baby	0.87	0.48	3.34	2.40	.068	0.94	6.12

Anmerkungen. Abhängige Variable: Klinisch relevante PPD-Werte T2; $N = 123$; $R^2 = 0.37$ (Cox-Snell), $R^2 = 0.53$ (Nagelkerke); Fettgesetzte Ergebnisse signifikant mit $p < .05$.

Moderationsanalysen

Hypothesen 3.1, 3.2 und 3.3 wurden mittels Moderationsanalysen auf statistische Gültigkeit getestet. H 3.1 untersuchte den Zusammenhang zwischen Schamneigung (T1) und PPD-Symptomen (T2) je nach Ausprägung von positivem DC (T2) (Tabelle 8). Nach Anwendung von Bootstrapping erwiesen sich Modell 1 ($F(6, 116) = 7.27$, $\text{korr. } R^2 = .24$, $\Delta R^2 = .27$, $p < .001$), Modell 2 ($F(8, 114) = 6.25$, $\text{korr. } R^2 = .26$, $\Delta R^2 = .03$, $p < .001$) und Modell 3 ($F(9, 113) = 5.74$), $\text{korr. } R^2 = .26$, $\Delta R^2 = .01$, $p < .001$) als signifikant. Durch Hinzufügen von Schamneigung und positives DC in Modell 2 ergab sich 3% zusätzliche Varianzaufklärung gegenüber Modell 1. Das finale Modell, Modell 3, ist in Tabelle 7 aufgeführt. Es zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt für Schamneigung ($b = 1.36$, $p = .034$) nicht aber für positives DC ($b = -0.68$, $p = .171$). Somit stellte lediglich Schamneigung, nicht aber positives DC einen signifikanten positiven Prädiktor von PPD-Symptomatik nach Geburt dar. Auch die Interaktion zwischen Schamneigung und positivem DC erwies sich als nicht signifikant ($b = -0.85$, $p = .197$). Positives DC hatte somit keinen moderierenden Effekt auf dem Zusammenhang zwischen Schamneigung und PPD-Symptome nach der Geburt.

Tabelle 7*Ergebnisse Hypothese 3.1*

	<i>b</i>	<i>Verzerrung</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i> ^a	95% KI	
							UG	OG
(Konstante)	6.27	.14	1.35		4.91	<.001	3.82	9.12
Alter	-0.06	.00	0.11	-.04	-0.51	.626	-0.28	0.16
Einkommen	-0.21	.01	0.33	-.06	-0.63	.508	-0.89	0.43
PPD-Symptome	0.36	.00	0.12	.36	3.62	.006	0.13	0.59
T1								
Ungeplante	1.08	-.10	1.50	.07	0.80	.479	-2.04	3.72
Schwangerschaft								
Vergangene	-0.12	-.08	0.95	-.01	-0.13	.909	-2.10	1.61
Depressionen								
Schuldneigung	-0.81	.08	1.35	-.06	-0.71	.569	-3.34	1.86
Schamneigung	1.36	-.01	0.63	.17	1.71	.034	0.05	2.52
Positives DC	-0.68	.01	0.49	-.11	-1.23	.171	-1.61	0.29
Schamneigung x	-0.85	.14	0.76	-.10	-1.22	.197	-1.98	1.12
Positives DC								

Anmerkungen. Abhängige Variable: PPD-Symptome T2; *N*= 123; *korr. R*²= .26; ΔR^2 = .01;

F(9,113)= 5.74; *p* < .001; Fettgesetzte Ergebnisse signifikant mit *p* < .05; ^aBootstrap-Ergebnisse beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

H3.2 untersuchte den Zusammenhang zwischen dem Erleben von Scham gegenüber dem Baby (T2) und PPD-Symptomen (T2) je nach Ausprägung von positivem DC (T2). Modell 1 (*F*(5, 117) = 24.70, *korr. R*² = .49, ΔR^2 = .51 *p* < .001), Modell 2 (*F*(7, 115) = 20.74, *korr. R*² = .53, ΔR^2 = .05, *p* < .001) und Modell 3 (*F*(8, 114) = 18.12), *korr. R*² = .53, ΔR^2 = .00, *p* < .001) erwiesen sich als signifikant. In Modell 2 ergab sich durch Hinzufügen der Variablen Schamerleben gegenüber dem Baby und positives DC 5% zusätzliche Varianzaufklärung. Das finale Modell, Modell 3 (Tabelle 8), zeigte einen signifikanten Haupteffekt für Schulterleben (*b* = 1.76, *p* < .001) sowie Schamerleben (*b* = 1.55, *p* = .008) gegenüber dem Baby. Positives DC verzeichnete keinen signifikanten Haupteffekt (*b* = -0.48, *p* = .284) und stellte daher keinen signifikanten Prädiktor von PPD-Symptomen zu T2 dar. Auch die Interaktion zwischen Erleben von Scham gegenüber dem Baby und positivem DC war nicht signifikant (*b* = -.18, *p*

PPD, Scham, Schuld und positives DC

= .510). Positives DC hatte somit keinen moderierenden Effekt auf den Zusammenhang zwischen dem Erleben von Scham gegenüber dem Baby und PPD-Symptome nach der Geburt. Erhöhtes Erleben von Scham gegenüber dem Baby ging mit erhöhten PPD-Werten zu T2 einher.

Tabelle 8*Ergebnisse Hypothese 3.2*

	<i>b</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	95% KI	
						UG	OG
(Konstante)	8.55	1.02		8.36	< .001	6.52	10.58
Alter	-0.10	0.09	-0.08	-1.22	.227	-0.27	0.07
Einkommen	-0.20	0.27	-0.05	-0.73	.469	-0.74	0.34
Ungeplante Schwangerschaft	-1.55	1.06	-0.10	-1.46	.147	-3.64	0.55
Vergangene Depressionen	0.01	0.72	0.00	0.02	.988	-1.41	1.43
Schulderleben ggü. Baby	1.76	0.40	0.44	4.44	<.001	0.98	2.55
Schamerleben ggü. Baby	1.55	0.58	0.28	2.68	.008	0.41	2.69
Positives DC	-0.48	0.44	-0.08	-1.08	.284	-1.35	0.40
Schamerleben ggü. Baby x Positives DC	-0.18	0.28	-0.05	-0.66	.510	-0.74	0.37

Anmerkungen. Abhängige Variable: PPD-Symptome T2; *N*= 123; *korrr.* R^2 = .53; ΔR^2 = .00; $F(8,114)$ = 18.12; Fettgesetzte Ergebnisse signifikant mit $p < .05$.

H3.3 untersuchte den Zusammenhang zwischen dem Erleben von Schuld gegenüber dem Baby (T2) und PPD-Symptomen (T2) je nach Ausprägung von positivem DC (T2). Modell 1 ($F(5, 117) = 21.31$, *korrr.* $R^2 = .45$, $\Delta R^2 = .48$ $p < .001$), Modell 2 ($F(7, 115) = 20.74$, *korrr.* $R^2 = .53$, $\Delta R^2 = .08$, $p < .001$) und Modell 3 ($F(8, 114) = 18.03$), *korrr.* $R^2 = .53$, $\Delta R^2 = .00$, $p < .001$) erwiesen sich als signifikant. Gegenüber Modell 1 ergab sich durch Hinzufügen der Variablen Schamerleben gegenüber dem Baby und positives DC 8% zusätzliche Varianzaufklärung. Durch Hinzufügen der Interaktionsvariable in Modell 3 ergab sich keine

PPD, Scham, Schuld und positives DC

zusätzliche Varianzaufklärung. Ergebnisse des finalen Modells, Modell 3 sind in Tabelle 9 zu sehen. Es zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt für Schamerleben ($b = 1.59, p = .007$) sowie Schuld erleben ($b = 1.76, p < .001$) gegenüber dem Baby. Positives DC verzeichnete keinen signifikanten Haupteffekt ($b = -0.51, p = .251$) und stellte daher keinen signifikanten Prädiktor von PPD-Symptomen zu T2 dar. Auch die Interaktion zwischen Erleben von Schuld gegenüber dem Baby und positivem DC war nicht signifikant ($b = -.09, p = .712$). Positives DC hatte somit keinen moderierenden Effekt auf dem Zusammenhang zwischen dem Erleben von Schuld gegenüber dem Baby und PPD-Symptome nach der Geburt. Erhöhtes Erleben von Schuld gegenüber dem Baby ging mit erhöhten PPD-Werten zu T2 einher.

Tabelle 9*Ergebnisse Hypothese 3.3*

	<i>b</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	95% KI	
						UG	OG
(Konstante)	8.57	1.02		8.35	< .001	6.53	10.60
Alter	-0.11	0.09	-0.08	-1.26	.211	-0.28	0.06
Einkommen	-0.21	0.27	-0.05	-0.77	.442	-0.75	0.33
Ungeplante Schwangerschaft	-1.55	1.06	-0.10	-1.45	.149	-3.66	0.56
Vergangene Depressionen	0.03	0.72	0.00	0.04	.969	-1.39	1.45
Schamerleben ggü. Baby	1.59	0.58	0.29	2.77	.007	0.45	2.73
Schulderleben ggü. Baby	1.76	0.40	0.44	4.42	< .001	0.97	2.54
Positives DC	-0.51	0.44	-0.08	-1.15	.251	-1.38	0.36
Schulderleben ggü. Baby x Positives DC	-0.09	0.24	-0.03	-0.37	.712	-0.56	0.39

Anmerkungen. Abhängige Variable: PPD-Symptome T2; $N = 123$; *korrr.* $R^2 = .53$; $\Delta R^2 = .00$;

$F(8,114) = 18.03$; Fettgesetzte Ergebnisse signifikant mit $p < .05$.

Diskussion

Ziel dieser Studie war es, ein tieferes Verständnis über die Rolle von Scham und Schuldgefühlen bei der Entwicklung von PPD-Symptomen zu erhalten und dabei zwischen *trait* und *state* Scham und Schuld zu unterscheiden. Hierfür wurde ein längsschnittliches Design mit zwei Messzeitpunkten verwendet. Dabei wurde um die Variablen ungeplante Schwangerschaft, vergangene Depressionen, Alter und Einkommen sowie für Fragestellung 1 um PPD-Symptome zum ersten Messzeitpunkt kontrolliert, um möglichst den isolierten Effekt von Scham und Schuld auf PPD-Symptome nach der Geburt zu identifizieren. Des Weiteren wurde positives DC als potenzieller Schutzfaktor untersucht, indem getestet wurde, ob es einen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen Scham, Schuld und PPD-Symptome hat.

Ergebnisse zeigten, dass höhere Schamneigung (*trait*) mit kleiner Effektstärke und das Erleben von Schamgefühlen gegenüber dem Baby (*state*) mit mittlerer Effektstärke höhere PPD-Symptome nach der Geburt vorhersagten. Während Schamneigung (*trait*) die Chance für klinisch relevante PPD-Werte um ein zweieinhalb- Faches erhöhte, hatte das Erleben von Scham gegenüber dem Baby (*state*) keinen signifikanten Einfluss auf die Chance für klinisch relevante PPD-Werte. Somit konnten H1.1, H1.3 und H2.1 bestätigt werden, während H2.3 verworfen werden musste. Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen Schuldneigung (*trait*) und PPD-Symptomen nach der Geburt gefunden werden. Zudem sagte das Erleben von Schuldgefühlen gegenüber dem Baby (*state*) mit einer mittleren Effektstärke PPD-Symptome nach der Geburt vorher und erhöhte die Chance für klinisch relevante PPD-Werte um über ein zweieinhalb- Faches. Somit konnten H1.2, H2.2 und H2.4 bestätigt werden. Weitere Ergebnisse zeigten, dass positives DC nicht in signifikantem Zusammenhang mit PPD-Symptomen nach Geburt stand und keinen signifikanten Einfluss auf den Zusammenhang zwischen Schamneigung (*trait*) und PPD-Symptome sowie Erleben von Scham und Schuld gegenüber dem Baby (*state*) und PPD-Symptome hatte. Somit konnte positives DC nicht als protektiver Faktor identifiziert werden und H3.1, H3.2 und H3.3 mussten verworfen werden.

Das in der Studie angestrebte subklinische Sample wies sowohl zum ersten als auch zum zweiten Messzeitpunkt durchschnittlich PPD-Werte auf, welche unter dem klinisch relevanten Cut-Off von $\geq 9,5$ (Bergant et al., 1998) lagen, wobei sich die Mittelwerte zwischen den Messzeitpunkten nicht signifikant voneinander unterschieden. Dies bestätigt den aktuellen wissenschaftlichen Stand, dass PPD-Symptome häufig bereits während der Schwangerschaft auftreten (American Psychiatric Association, 2015). Zudem lagen zu beiden Messzeitpunkten bei ca. einem Viertel der Versuchspersonen klinisch relevante PPD-Werte vor, wobei hier zu

beachten ist, dass der EPDS (Bergant et al., 1998; Cox et al., 1987) zur Messung der PPD-Symptome, lediglich als Screening-Instrument für das Vorliegen einer PPD genutzt werden kann und für eine Diagnosestellung nicht ausreichend ist (Cox et al., 1987). Zudem fand die Befragung zum Zeitpunkt von COVID-19 statt, was die Selbsteinschätzung aufgrund der hohen psychischen Belastung durch die Pandemie (Wu et al., 2021) negativ beeinflusst haben könnte.

Der erste Forschungsgegenstand dieser Masterarbeit beschäftigte sich mit der Frage, wie sich der Zusammenhang zwischen Scham- und Schuldneigung (*trait*) mit PPD-Symptomen nach Geburt bei Müttern in Österreich gestaltet. Die Ergebnisse der statistischen Analysen zeigten, dass eine höhere Schamneigung (*trait*) eine höhere PPD-Symptomatik nach Geburt vorhersagte. Eine erhöhte Schamneigung scheint also nicht nur Depressionen im Allgemeinen zu bedingen, wie die Metaanalyse von Kim und Kolleg*innen (2011) bereits identifizierte, sondern auch spezifisch PPD-Symptome nach Geburt vorherzusagen. Vor dem Hintergrund der starken Überschneidungen von Depressionssymptomatik mit PPD-Symptomen (World Health Organisation, 2023), sowie dem aktuellen theoretischen (Tangney et al., 1992) und wissenschaftlichen Forschungsstand (Barr, 2012; Dunford & Granger, 2017; Kim et al., 2011) war dieses Ergebnis erwartbar. Dabei konnten im Einklang mit der Studie von Dunford und Granger (2017) eine kleine Effektstärke für den positiven Zusammenhang zwischen Schamneigung (*trait*) und PPD-Symptomen gefunden werden. Auch in der Studie von Barr (2012) wurde ein positiver Zusammenhang zwischen Schamneigung (*trait*) und PPD-Symptomen gefunden, allerdings mit einer mittleren Effektstärke. Die Unterschiede in den Effektstärken könnten auf methodische Unterschiede durch die Verwendung verschiedener statistischer Modelle zurückzuführen sein. Zudem wurde in der Studie von Barr (2012) ein klinisches Sample erhoben, während in dieser Masterarbeit ein subklinisches Sample befragt wurde. Darüber hinaus wurde in dieser Masterarbeit um die PPD-Symptomatik zum ersten Messzeitpunkt kontrolliert. Somit kann eine zeitliche Aussage getroffen werden: eine höhere Schamneigung (*trait*) während der Schwangerschaft bedingte eine höhere PPD-Symptomatik nach der Geburt. Da es sich bei Schamneigung um eine zeitlich stabile *trait* Variable handelt (Lewis, 1971; Tangney & Dearing, 2002), waren Variationen in den Ergebnissen aufgrund unterschiedlicher Messzeitpunkte nicht erwartbar. Zudem hatte Schamneigung (*trait*) einen signifikanten Einfluss auf die Chance für das Vorliegen klinisch relevanter PPD-Werte nach Geburt. Die Ergebnisse betonen die maladaptive Wirkung von Schamneigung (*trait*) rund um die Geburt eines Kindes. Schamneigung (*trait*) kann somit als ein intrapersoneller Risikofaktor für die Entwicklung von PPD-Symptomen bei Müttern in Österreich gesehen werden.

Möglicherweise hängt dies mit den Auswirkungen von Scham auf das Selbst zusammen: Nach dem *Compass of Shame*, ist eine mögliche Coping-Reaktion auf Schamgefühle der Selbstangriff (Nathanson, 1992, zitiert nach Elison et al., 2006) und enthält eine negative, globale und stabile Bewertung des Selbst (Orth et al., 2006) – ein solcher Attributionsstil ist ebenfalls typisch für Depressionen und spielt eine Rolle bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Symptomatiken (Joiner, 2001). Unterliegende Mechanismen des Zusammenhangs zwischen Schamneigung (*trait*) und PPD-Symptomen sollten in weiterer Forschung ergründet und empirisch bestätigt werden.

Im Gegensatz dazu zeigte sich, wie inhaltlich erwartet, dass Schuldneigung (*trait*) keinen signifikanter Vorhersagewert für PPD-Symptome hatte. Dies ist konsistent mit den Ergebnissen von Dunford und Granger (2017), welche nach Kontrolle von Schamneigung (*trait*) ebenfalls keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Schuldneigung (*trait*) und PPD-Symptomen fanden. Trotz nicht-signifikantem Ergebnis war die Richtung des Zusammenhangs negativ, was die theoretische Konzeption (Tangney et al., 1992) und empirische Hinweise (Dearing et al. 2005; Kim et al., 2011; Tangney et al., 1996) einer Schuldneigung (*trait*) als adaptiv unterstützt. Auf der anderen Seite standen die Ergebnisse im Widerspruch mit einer Studie (Barr, 2012), welche einen positiven Vorhersagewert von Schuldneigung (*trait*) für PPD-Symptome identifizierte. Dies könnte an der Verwendung unterschiedlicher Messinstrumente liegen. Während in dieser Masterarbeit der TOSCA-3 (Rüsch & Brück, 2003; Tangney et al., 2000) verwendet wurde, welcher durch die Abfrage typischer Reaktionen auf alltägliche Szenarien eher adaptive *trait* Schuld misst, wurde in der Studie von Barr (2012) das *Guilt Inventory* (GI, Jones et al., 2000) verwendet, welches die maladaptive Neigung zu chronischer Schuld misst. Barr (2012) verwendete zudem in seiner Analyse nicht die einzelnen Subskalen des GI (Jones et al., 2000), *trait* und *state* Schuld, sondern die Gesamtsumme der Skala, wodurch nicht zwischen *trait* und *state* Schuld unterschieden wurde. Insbesondere vor dem Hintergrund des klinischen Samples, bei dem das Erleben von Schuld (*state*) übermäßig sein könnte, war *state* Schuld möglicherweise so hoch, dass es einen adaptiven Effekt einer Schuldneigung übertönte. Dies würde den von Barr (2012) gefundenen positiven Zusammenhang zwischen Schuld und PPD-Symptomen erklären. An diesem Beispiel wird zum einen die Wichtigkeit der Unterscheidung zwischen *trait* und *state* Schuld deutlich, zum anderen zeigt es die Notwendigkeit einer übereinstimmenden Definition der Konstrukte und in Folge korrekten Operationalisierung, um eine Vergleichbarkeit wissenschaftlicher Ergebnisse zu erzielen.

Um der Notwendigkeit der Unterscheidung von *trait* und *state* Scham und Schuld Rechnung zu tragen, wurde in dieser Masterarbeit das nachgeburtliche Erleben von Scham- und Schuldgefühlen gegenüber dem Baby (*state*) ebenso in Bezug auf PPD-Symptome erforscht. Das Erleben von Schamgefühlen gegenüber dem Baby (*state*) stand mit einer mittleren Effektstärke im positiven Zusammenhang mit der PPD-Symptomatik nach der Geburt. Das Erleben von Schuldgefühlen (*state*) gegenüber dem Baby war ebenfalls mit einem mittelgroßen Effekt positiv mit PPD-Symptomen nach der Geburt assoziiert. Die Ergebnisse stehen im Einklang mit bereits publizierten Ergebnissen, welche ebenfalls dem Erleben von Scham als auch (übermäßiger) Schuld einen wichtigen Vorhersagewert und eine verstärkende Rolle von Depressionen allgemein (Kim et al., 2011) und nach der Geburt (Law et al., 2021) zusprachen. Anzumerken ist zudem, dass der Effekt vom Schuld erleben gegenüber dem Baby (*state*) auf PPD-Symptome in den Ergebnissen dieser Masterarbeit leicht höher war als der von Schamerleben gegenüber dem Baby (*state*). Dies geht mit den Ergebnissen von Law und Kolleg*innen (2021) einher, welche für eine subklinische Stichprobe ebenfalls leicht höhere Effekte von Scham- als von Schuldgefühlen auf Depressionssymptomatik in der postpartalen Zeit fanden. Das Erleben von Schuldgefühlen gegenüber dem Baby (*state*) scheint also nach der Geburt PPD-Symptome stärker zu bedingen als Schamgefühle gegenüber dem Baby (*state*). Hingegen war in einer anderen Studie der Effekt von Scham größer als der von Schuld (Kim et al., 2011). Jedoch untersuchten die Autor*innen das Erleben von Scham und Schuld im Allgemeinen, während sich in dieser Studie aufgrund der bedeutenden Rolle von mütterlichen Unzulänglichkeitsgefühlen (Law et al., 2021) auf das Erleben von Scham und Schuldgefühlen gegenüber dem Baby fokussiert wurde. Da Schuldgefühle aufgrund des hohen Verantwortungsgefühls gegenüber dem Baby (Hall & Wittkowski, 2006) und nach der Theorie der Selbstdiskrepanz (Higgins, 1987) aufgrund von Abweichungen zwischen erwarteter und tatsächlicher Mutterschaft nach der Geburt (Adams, 2015; Beck, 2002; Liss, 2013) übermäßig und damit besonders maladaptiv sein können, unterscheiden sich die Wirkung von Schuldgefühlen im Allgemeinen möglicherweise von mutterschaftsspezifischen Schuldgefühlen nach Geburt gegenüber dem Baby. Dies würde ebenfalls die mit dieser Masterarbeit widersprüchlichen Erkenntnisse von Orth und Kolleg*innen (2006) erklären, welche lediglich das Erleben von Scham (*state*), nicht aber von Schuld (*state*) als bedingenden Faktor für Depressionen im Allgemeinen identifizierten. Laut Autor*innen sei Rumination ein entscheidender vermittelnder Faktor für den Zusammenhang zwischen Scham und Depressionen, welcher bei Schuld nicht ausgelöst würde. Eine andere Studie hingegen fand,

dass Rumination auch bei Schuld eine Rolle spielte, wobei ein Schuldgefühl eher freiwillige und ein Schamgefühl unfreiwillige Rumination auslöste (Cenkner et al., 2023). Zudem maßen Orth und Kolleg*innen (2006) Depressionen im Allgemeinen und nicht spezifisch Depressionen in der postpartalen Zeit. Möglicherweise führt das übermäßige und schwer reduzierbare Erleben von Schuld gegenüber dem Baby (*state*) in der postpartalen Zeit ebenso wie Scham (Orth et al., 2006) zu erhöhter Rumination und damit zu höheren PPD-Symptomen. Mutterschaftsspezifische Schuldgefühle sollten im Kontrast zu Schuldgefühlen im Allgemeinen daher in ihrer Rolle bei der Entwicklung von PPD-Symptomen in weiteren Studien erforscht werden.

Schaut man sich den Effekt von Scham- und Schuldgefühlen gegenüber dem Baby (*state*) nicht auf die PPD-Symptome insgesamt, sondern auf klinisch relevante PPD-Werte an, zeigte sich, dass das Erleben von Schuldgefühlen gegenüber dem Baby (*state*) die Chance für klinisch relevante PPD-Werte nach Geburt um über ein zweieinhalb-Faches erhöhte. Schamgefühle gegenüber dem Baby (*state*) hatten hingegen keinen signifikanten Einfluss auf die Chance für klinisch relevante PPD-Werte, sie standen wie bereits erwähnt jedoch in einem positiven Zusammenhang mit PPD-Symptomen allgemein. Schuldgefühle gegenüber dem Baby (*state*) scheinen also sowohl im subklinischen als auch klinischen Kontext eine Rolle zu spielen, während das Erleben von Schamgefühlen gegenüber dem Baby (*state*) in dieser Studie lediglich im subklinischen Kontext eine Rolle in Bezug auf PPD-Symptome nach Geburt spielten. Dies steht im Widerspruch mit Studien, welche dem Erleben von Scham eine höhere Relevanz für Psychopathologien zuordneten als dem Erleben von Schuld (Erb et al., 2023; Jackson et al., 2023) und lediglich das Erleben von Scham (*state*), nicht aber von Schuld (*state*) als bedingenden Faktor für Depressionen im Allgemeinen identifizierten (Orth et al., 2006). Allerdings gilt hier wiederum zu unterscheiden, dass die Masterarbeit nicht Depressionen im Allgemeinen, sondern spezifisch PPD untersuchte. Andererseits könnten die unterschiedlichen Ergebnisse bezüglich dem Zusammenhang von Schamgefühlen gegenüber dem Baby und PPD-Symptomen einerseits und klinisch relevanten PPD-Symptomen andererseits statistischen Ursprungs sein: Durch Dichotomisierung der metrischen Variable PPD-Symptome zu T2 ist die statistische Power der logistischen Regression im Vergleich zur multiplen linearen Regression geringer (Cohen, 1983; Harrell, 2015). Auch die relativ geringe Anzahl an Versuchspersonen mit klinisch relevanten Werten und die doppelt so hohe Anzahl an Versuchspersonen mit klinisch nicht relevanten Werten sorgen für eine Reduzierung der

statistischen Power und damit für eine eingeschränkte Aussagekraft der Ergebnisse (Peduzzi et al., 1996).

Des Weiteren sollte nicht unerwähnt bleiben, dass Scham- und Schuldgefühle mögliche Symptome einer PPD sind (World Health Organisation, 2023). Da diese Studie das Erleben von Scham- und Schuldgefühlen gegenüber dem Baby lediglich querschnittlich untersuchte, lässt sich keine eindeutige Aussage darüber treffen, ob diese Gefühle PPD-Symptome tatsächlich bedingen oder Produkt der PPD-Symptome sind. Dies sollte in einer Langzeitstudie eingehender untersucht werden.

Ein weiterer Fokus dieser Arbeit war die Untersuchung des positiven DC als potenzieller Schutzfaktor für die Entwicklung von PPD. Das Ausmaß des positiven DC sank zwischen den beiden Messzeitpunkten im Mittelwert leicht, wobei die Unterschiede nicht signifikant waren. Somit konnte der Wissensstand der Studie von Rauch-Anderegg und Kolleg*innen (2002), welche von einem Absinken des positiven DC berichteten, in dieser Stichprobe nicht bestätigt werden. Allerdings berichteten die Autor*innen von einem langzeitlichen Abfall des positiven DC nach Geburt des Kindes über einen Zeitraum von vier Monaten vor und zehn Monaten nach Geburt. Dabei sank das positive DC über die Zeit zunehmend. Da in der vorliegenden Studie der zweite Erhebungszeitpunkt durchschnittlich zehn Wochen nach Geburt stattfand, zeigen sich hier möglicherweise noch keine signifikanten Veränderungen des positiven DC. Möglicherweise sinkt das positive DC erst im langfristigen Verlauf der Elternschaft signifikant ab.

Um das positive DC als potenziellen Schutzfaktor zu untersuchen, wurde es als möglicher Moderator auf den Zusammenhang zwischen Schamneigung (*trait*), sowie dem Erleben von Scham- und Schuldgefühlen (*state*) gegenüber dem Baby und PPD-Symptomen untersucht. Entgegen den Erwartungen, hatte positives DC keinen entscheidenden Einfluss auf den Zusammenhang zwischen Schamneigung (*trait*) und PPD-Symptomen sowie auf den Zusammenhang zwischen dem Erleben von Scham- und Schuldgefühlen (*state*) gegenüber dem Baby und PPD-Symptomen. Dies steht im Gegensatz zu Studien, welche einen protektiven Effekt von positivem DC auf Depressionen identifizieren konnten (Ashley et al., 2017; Merz et al., 2014). Allerdings sind starke thematische Unterschiede zu verzeichnen, denn genannte Studien untersuchten den protektiven Effekt von positivem DC auf den Zusammenhang zwischen Stress und Depressionen. Da es nach aktueller Studienlage, nach bestem Wissen der Autorin, keine Studien zum moderierenden Effekt von positivem DC auf den Zusammenhang zwischen Scham, Schuld und PPD gibt, ist hier die Vergleichbarkeit eingeschränkt.

Ebenso zeigte sich kein signifikanter Haupteffekt zwischen positivem DC und PPD-Symptomen nach der Geburt. Dies steht im Widerspruch mit den Annahmen dieser Arbeit und bereits publizierten Studien, in welchen positives DC mit einer Verminderung depressiver Symptomatik einherging (Bodenmann et al., 2011; Regan et al., 2014; Rottmann et al., 2015). Allerdings untersuchten die Studien von Regan und Kolleg*innen (2014) sowie Rottmann und Kolleg*innen (2015) den Zusammenhang zwischen positivem DC und allgemeinen Depressionen, nicht PPD. Zusätzlich unterschied sich die Stichprobe der genannten Studien mit Krebspatient*innen stark von der Stichprobe dieser Arbeit. Die Studie von Alves und Kolleg*innen (2018) liefert einen Hinweis auf eine mögliche Erklärung für den nicht signifikanten Zusammenhang zwischen positivem DC und PPD: Im Gegensatz zu Paaren, bei denen die Frauen keine klinisch relevanten PPD-Werte aufwiesen, zeigte sich bei Paaren mit klinisch relevanten PPD-Werten signifikant weniger positives DC als bei Paaren mit nicht klinisch relevanten PPD-Werten. Vor dem Hintergrund, dass die Durchschnittswerte der Stichprobe dieser Arbeit unter dem klinisch relevanten Cut-off-Wert lagen, könnte es sein, dass Effekte erst bei einem klinischen Sample auftauchen. In der Studie von Bodenmann und Kolleg*innen (2011) zeigte sich zudem, dass DC zwar einen hohen Erklärungswert für die Varianz in Beziehungsqualität hatte, jedoch nur einen sehr geringen Erklärungswert für Variablen physischer und psychischer Gesundheit. Diese und eine weitere Studie (Bodenmann, 2000) lieferten Hinweise darauf, dass gesundheitsbezogene Herausforderungen möglicherweise in engerer Verbindung mit individuellem Coping stehen, als mit DC. Darüber hinaus fanden die Autor*innen in ihrer Studie, dass die Kongruenz des DC beider Partner*innen für das psychische Wohlbefinden wichtiger war, als die wahrgenommene Qualität des DC. Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer Studie, die eine positive Assoziation zwischen einem wahrgenommenen Ungleichgewicht im DC und PPD fand (Meier et al., 2020). Die vorliegende Arbeit untersuchte lediglich die wahrgenommene Qualität des positiven DC aus Perspektive der Mütter. In weiteren Studien könnte der Aspekt der Kongruenz des DC weiter erforscht werden.

Insgesamt lässt sich sagen, dass die Forschungslage zum Zusammenhang zwischen positivem DC und PPD noch sehr gering ist. Zudem gibt es nach aktueller Studienlage, nach bestem Wissen der Autorin, keine Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Scham, Schuld und positivem DC. Dies könnte Gegenstand weiterer Studien sein.

Praktische Implikationen

Die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, dass ein besonderes Augenmerk auf die psychische Gesundheit werdender Mütter gelegt werden muss. Dabei bietet die Studie insbesondere für die Früherkennung und Prävention von PPD wichtige Erkenntnisse. Zum einen sollte ein Screening möglicher Risikopatient*innen möglichst früh stattfinden, denn wie sich zeigte entwickeln sich PPD-Symptome häufig schon in der Schwangerschaft. Im besten Fall erfolgt ein solches Screening schon vor oder sehr früh in der Schwangerschaft, um das Risiko der Entwicklung von PPD-Symptomen mit gezielten Präventionen abzumildern. Teil eines solchen Screenings könnte es nach den Ergebnissen dieser Studie sein, Personen mit einer hohen Schamneigung zu identifizieren, da eine hohe Schamneigung die Entwicklung von PPD-Symptomen bedeutsam erscheint und die Chance für die Entwicklung klinisch relevanter PPD-Werte deutlich erhöht. Die Erhebung von Schamneigung könnte demnach Bestandteil von Screening-Instrumenten zur Früherkennung von Risikopatient*innen einer PPD sein. In Präventionsprogrammen könnte zudem bei Personen mit einer hohen Schamneigung die frühzeitige Thematisierung von häufigen Scham- und Schuldgefühlen im Kontext der Mutterschaft (Liss et al., 2013; Sutherland, 2010) eine wichtige Vorbereitung auf die Zeit nach der Geburt sein.

Nach der Geburt stehen laut den Ergebnissen dieser Studie zudem das Erleben von Scham und Schuldgefühlen gegenüber dem Baby mit höheren PPD-Symptomen in Verbindung. Dabei scheinen Schuldgefühle gegenüber dem Baby stärker als Schamgefühle mit PPD-Symptomen nach der Geburt allgemein zusammenzuhängen. Zudem könnten Schuldgefühle gegenüber dem Baby eine vermehrte Rolle bei klinisch relevanten PPD-Werten zu spielen. Somit gilt es in Präventions- und Interventionsprogrammen sowohl Scham- als auch Schuldgefühle gegenüber dem Baby und rund um die Mutterschaft zu thematisieren. Eine Möglichkeit wäre es, diese Gefühle bereits in Geburtsvorbereitungskursen zu thematisieren. Dabei sollten Erwartungen an die Mutterschaft und mögliche Abweichungen davon besonders in den Fokus genommen werden (Adams, 2015; Beck, 2002; Hall & Wittkowski, 2006). Auch in der Geburtsnachbereitung könnte die Thematisierung von Schuldgefühlen gegenüber dem Baby Raum finden und somit das Leiden der Betroffenen reduziert werden sowie mögliche Auswirkungen auf das Familiensystem (Çankaya & Dikmen, 2022; Fan et al., 2024; Waqas et al., 2023) verhindert werden.

Stärken und Limitationen

Diese Studie weist einige Stärken, aber auch nennenswerte Limitationen auf, vor deren Hintergrund die Ergebnisse betrachtet werden sollten. Die große Stichprobe und die geringe, unsystematische Drop-Out Rate zwischen den beiden Messzeitpunkten können als positive Indikatoren für die Präzision und Robustheit der Ergebnisse gelten. Einschränkend ist jedoch zu erwähnen, dass über 90% der Stichprobe heterosexuell waren und keinen Migrationshintergrund hatten. Zudem wies die Mehrheit der Stichprobe einen hohen Bildungsgrad und ein überdurchschnittliches Einkommen auf. Damit ist die Diversität der Stichprobe und die Generalisierbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt. Durch das längsschnittliche Studiendesign konnten Aussagen über den Vorhersagewert von Scham- und Schuldneigung auf PPD-Symptome gemacht werden. Dies ist im Gegensatz zu anderen Studien, welche häufig ein querschnittliches Studiendesign verwendeten (Barr, 2012; Dunford & Granger, 2017; Law et al., 2021) eine Stärke dieser Studie. Nichtsdestotrotz könnte das Design durch die Erweiterung von weiteren Messzeitpunkten verbessert werden. Vor dem Hintergrund, dass sich eine Häufung der Manifestation von PPD-Symptomen ca. drei Monate nach Geburt zeigt (O'Hara, 2009; O'Hara & McCabe, 2013), könnten der Einbezug späterer Messzeitpunkte insbesondere über den Verlauf und die Einflüsse der in dieser Studie gemessenen Variablen auf den Verlauf von PPD-Werten von hoher Wichtigkeit sein.

Die in dieser Studie verwendeten Messinstrumente wurden zudem ausschließlich im Selbstbericht und Online ausgefüllt. Dies birgt Potenzial für Verzerrungen der Antworten durch soziale Erwünschtheit, die zum Zeitpunkt des Ausfüllens vorliegende Situation oder andere nicht kontrollierbare Störvariablen (Kraut et al., 2004). Zudem gilt zu beachten, dass die Studie während der Pandemie Covid-19 durchgeführt wurde. Daher könnten die Antworten der Proband*innen durch die allgemein schlechtere psychische Verfassung während der Pandemie (Wu et al., 2021) negativ verzerrt sein. Obwohl die in der Studie verwendeten Messinstrumente fast ausschließlich hohe bis exzellente interne Konsistenzen und damit eine hohe Zuverlässigkeit der Messungen aufwiesen, zeigten sich Defizite bei der internen Konsistenz des TOSCA-3 (Rüsch & Brück, 2003; Tangney et al., 2000). Die Subskala Schamneigung wies lediglich eine akzeptable und die Subskala Schuldneigung eine niedrige interne Konsistenz und damit eine unzureichende Zuverlässigkeit der Messung auf.

Eine weitere Stärke dieser Studie ist die klare Abgrenzung zwischen Scham und Schuld sowie *trait* und *state* Scham und Schuld durch die Verwendung vom TOSCA-3 (Rüsch & Brück, 2003; Tangney et al., 2000) als *trait* Messinstrument und dem ERSG (Orth et al., 2006)

als *state* Instrument. Die Abgrenzung der Konstrukte Scham- und Schuldneigung bestätigte sich durch die nicht-signifikante Korrelation zwischen den beiden Konstrukten. So scheint der TOSCA-3 (Rüsch & Brück, 2003; Tangney et al., 2000) eine hohe diskriminante Validität aufzuweisen. Einschränkungen zeigen sich allerdings bezüglich des Konstruktes Schulterleben gegenüber dem Baby: Entgegen der Theorie korrelierte Schamneigung, nicht aber Schuldneigung mit dem Erleben von Schuld gegenüber dem Baby. Daher bleibt fragwürdig, ob der ERSG (Orth et al., 2006) ausreichend zwischen Scham und Schuld unterscheidet. Dies bestätigt sich auch durch eine hohe Korrelation zwischen Scham- und Schulterleben gegenüber dem Baby. Eine mögliche Erklärung wäre, dass Schamgefühle und maladaptive Schuld, im Sinne vom übermäßigen Erleben von Schuldgefühlen, starke konzeptuelle und interpersonale Überschneidungen aufweisen (Malti, 2016). Um möglichst schuldfreie Scham und schamfreie Schuld zu messen, wurde in dieser Studie um die jeweils anderen Variable statistisch kontrolliert. Zudem wurde auf relevante konfundierende Variablen kontrolliert, um möglichst den isolierten Effekt von Scham und Schuld auf PPD-Symptome zu erhalten. Dennoch wird im ERSG's (Orth et al., 2006) zur Messung von Scham- und Schulterleben (*state*) explizit nach dem Empfinden von Scham und Schuld gefragt. Dabei wird eine hohe Fähigkeit der Proband*innen zur Differenzierung zwischen den sich überschneidenden Konzepten vorausgesetzt. Dabei ist nicht klar, ob die Proband*innen die gleichen inhaltlichen und emotionalen Konzeptualisierungen von Scham- und Schuldgefühlen haben. Dies könnte zu einer inhaltlichen Vermischung der beiden Konstrukte beitragen.

Eine weitere Verbesserungsmöglichkeit dieser Studie liegt in der Verwendung des DCI-K (Kurzversion des DCI; Bodenmann, 2008a), welcher trotz exzellenter interner Konsistenz in dieser und einer anderen (Zemp et al., 2016) Studie, bisher noch keiner Validierungsstudie unterzogen wurde. Zudem wurde in dieser Studie lediglich die Einschätzung der Mütter über die Qualität des DC einbezogen. Die zusätzliche Befragung der Partner*innen könnte ein umfassenderes und realitätsnäheres Bild des tatsächlichen DC bieten.

Fazit

Die Ergebnisse dieser Studie zeigten, dass eine höhere Schamneigung während der Schwangerschaft höhere PPD-Symptome nach der Geburt vorhersagte und die Chance auf klinisch relevante PPD-Werte deutlich erhöhte, während Schuldneigung keinen Vorhersagewert für PPD-Symptome besaß. Somit scheint Schamneigung einen Risikofaktor für die Entwicklung von PPD-Symptomen nach Geburt darzustellen. Zudem zeigte sich postpartal ein positiver Zusammenhang zwischen dem Erleben von Scham- und

PPD, Scham, Schuld und positives DC

Schuldgefühlen gegenüber dem Baby und PPD-Symptomen. Dabei standen Schuldgefühle gegenüber dem Baby in leicht höherem Zusammenhang mit PPD-Symptomen nach Geburt als Schamgefühle gegenüber dem Baby. Schuldgefühle, nicht aber Schamgefühle gegenüber dem Baby spielten eine bedeutende Rolle für die Chance eines klinisch bedeutenden Ausmaßes von PPD-Symptomen. Positives DC konnte nicht als protektiver Faktor für das Vorliegen von PPD-Symptomen nach der Geburt identifiziert werden. Eine Erhebung der Schamneigung sollte in Screening-Instrumenten Berücksichtigung finden. Scham- und Schuldgefühlen gegenüber dem Baby sollten in der postpartalen Zeit zudem besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden und bei der Prävention und Behandlung von PPD-Symptomen mit einbezogen werden. Dies könnte zu einer Reduktion vorliegender PPD-Symptome beitragen.

Literaturverzeichnis

- Adams, M. (2015). Motherhood: A discrepancy theory. *Research and Theory for Nursing Practice*, 29(2), 143–157. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.29.2.143>
- Adlington, K., Vasquez, C., Pearce, E., Wilson, C. A., Nowland, R., Taylor, B. L., Spring, S., & Johnson, S. (2023). ‘Just snap out of it’ – the experience of loneliness in women with perinatal depression: A meta-synthesis of qualitative studies. *BMC Psychiatry*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04532-2>
- Alves, S., Fonseca, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2018). Dyadic coping and dyadic adjustment in couples with women with high depressive symptoms during pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(5), 504–518. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1490496>
- Alves, S., Milek, A., Bodenmann, G., Fonseca, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2019). Romantic attachment, dyadic coping, and parental adjustment across the transition to parenthood. *Personal Relationships*, 26(2), 286–309. <https://doi.org/10.1111/pere.12278>
- Alves, S., Fonseca, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2020). Does dyadic coping predict couples’ postpartum psychosocial adjustment? A dyadic longitudinal study. *Frontiers in Psychology*, 11, 561091. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.561091>
- American Psychiatric Association (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5* (2.Aufl.). Hogrefe.
- Ashley K. Randall, Chun Tao, Casey J. Totenhagen, Kelsey J. Walsh & Ashley N. Cooper (2017). Associations between sexual orientation discrimination and depression among same-sex couples: Moderating effects of dyadic coping, *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 16(4), 325–345, <https://doi.org/10.1080/15332691.2016.1253520>
- Barnes, D. L. (2006). Postpartum Depression: Its impact on couples and marital satisfaction. *Journal of Systemic Therapies*, 25(3), 25–42. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2006.25.3.25>
- Barr, P. (2012). A dyadic analysis of negative emotion personality predisposition effects with psychological distress in neonatal intensive care unit parents. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(4), 347–355. <https://doi.org/10.1037/a0024228>
- Beck, C. T. (2002). Postpartum Depression: A metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 12(4), 453–472. <https://doi.org/10.1177/104973202129120016>
- Behrendt, H. & Ben-Ari, R. (2012). The positive side of negative emotion: The role of guilt and shame in coping with interpersonal conflict. *Journal of Conflict Resolution*, 56(6),

- 1116–138. <https://doi.org/10.1177/0022002712445746>
- 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>
- Bică, A. & Crețu, R. Z. (2023). The carrot and the stick: How guilt and shame facilitate reciprocity-driven cooperation. *Cognition and Emotion*, 37(1), 117–127. <https://doi.org/10.1080/02699931.2022.2146057>
- Bodenmann, G. (2000). *Stress und Coping bei Paaren* (1. Aufl.). Hogrefe.
- Bodenmann, G. (2008a). *DCI: Dyadisches Coping Inventar*. Verlag Hans Huber.
- Bodenmann, G. (2008b). Dyadic coping and the significance of this concept for prevention and therapy. *Zeitschrift Für Gesundheitspsychologie*, 16(3), 108–111. <https://doi.org/10.1026/0943-8149.16.3.108>
- Bodenmann, G., Meuwly, N., & Kayser, K. (2011). Two conceptualizations of dyadic coping and their potential for predicting relationship quality and individual well-being: A comparison. *European Psychologist*, 16(4), 255–266. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000068>
- Burgos Dias Macedo, B., Von Werne Baes, C. & De Lima Osório, F. (2021). Post-partum depression: An overview on the disease and diagnostic impact on the women’s life and infants’ development. In R. Martin-Santos & F. De Lima Osório (Eds.), *Postpartum Depression: A clinical and research update* (pp.1–33). Nova Science Publishers.
- Caldwell, J., Meredith, P., Whittingham, K., & Ziviani, J. (2020). 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>
- Cândeia, D., & Szentagotai-Tătar, A. (2018). Shame-proneness, guilt-proneness and anxiety symptoms: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 58, 78–106. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.07.005>
- Çankaya, S., & Dikmen, H. A. (2022). The effects of family function, relationship satisfaction, and dyadic adjustment on postpartum depression. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 2460–2470. <https://doi.org/10.1111/ppc.13081>
- Carnì, S., Petrocchi, N., Del Miglio, C., Mancini, F., & Couyoumdjian, A. (2013). Intrapsychic and interpersonal guilt: A critical review of the recent literature. *Cognitive Processing*, 14(4), 333–346. <https://doi.org/10.1007/s10339-013-0570-4>

- Cattapan-Ludewig, K., & Seifritz, E. (2010). Ätiologie von depressiven Störungen – das „biopsychosoziale Modell“. *Therapeutische Umschau*, 67(11), 566–570.
<https://doi.org/10.1024/0040-5930/a000096>
- Cenkner, D. P., Usman, H., & Zalta, A. K. (2023). Differential associations of rumination and cognitive flexibility with guilt and shame following potentially morally injurious events. *Journal of Affective Disorders*, 325, 135–140. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.165>
- Cohen, J. (1983). The cost of dichotomization. *Applied Psychological Measurement*, 7(3), 249–253. <https://doi.org/10.1177/014662168300700301>
- Covert, M. V., Tangney, J. P., Maddux, J. E. & Heleno, N. M. (2003). Shame-proneness, guilt-proneness, and interpersonal problem solving: A social cognitive analysis. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22(1), 1–12. <https://doi.org/10.1521/jscp.22.1.1.22765>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Dearing, R. L., Stuewig, J., & Tangney, J. P. (2005). On the importance of distinguishing shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug use. *Addictive Behaviors*, 30(7), 1392–1404. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.02.002>
- DeCou, C. R., Lynch, S. M., Weber, S., Richner, D. C., Mozafari, A. R., Huggins, H., & Perschon, B. (2021). On the association between trauma-related shame and symptoms of psychopathology: A meta-analysis. *Trauma, Violence & Abuse*, 24(3), 1193–1201.
<https://doi.org/10.1177/15248380211053617>
- Ding, X., Liang, M., Wang, H., Song, Q., Guo, X., Su, W., Li, N., Liu, H., Ma, S., Zhou, X., & Sun, Y. (2023). Prenatal stressful life events increase the prevalence of postpartum depression: Evidence from prospective cohort studies. *Journal of Psychiatric Research*, 160, 263–271. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.02.036>
- 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>
- Elison J., Lennon R., & Pulos S. (2006). Investigating the compass of shame: The development of the Compass of Shame Scale. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 34(3), 221–238. <https://doi.org/10.2224/sbp.2006.34.3.221>
- Erb, S. R., Barata, P. C., Yi, S., McLachlan, K., & Powell, D. M. (2023). The shame and guilt distinction: Addressing the (mal)adaptive nature of guilt. *Traumatology*, 29(2), 233–248.
<https://doi.org/10.1037/trm0000388>

- Falconier, M.K., Jackson, J. B., Hilpert, P., & Bodenmann, G. (2015). Dyadic coping and relationship satisfaction: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 42, 28–46.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.07.002>
- Fan, X., Wu, N., Tu, Y., Zang, T., Bai, J., Peng, G., & Liu, Y. (2024). Perinatal depression and infant and toddler neurodevelopment: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 159, e105579.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105579>
- Ferguson, T. J., & Stegge, H. (1998). Measuring guilt in children: A rose by any other name still has thorns. In J. Bybee (Ed.), *Guilt and children* (pp. 19–74). Academic Press.
<https://doi.org/10.1016/B978-012148610-5/50003-5>
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*, 33, 1-6.
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>
- Gastaldon, C., Solmi, M., Correll, C. U., Barbui, C., & Schoretsanitis, G. (2022). Risk factors of postpartum depression and depressive symptoms: Umbrella review of current evidence from systematic reviews and meta-analyses of observational studies. *The British Journal of Psychiatry*, 221(4), 591–602. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.222>
- Gausel, N., Vignoles, V. L., & Leach, C. W. (2016). Resolving the paradox of shame: Differentiating among specific appraisal-feeling combinations explains pro-social and self-defensive motivation. *Motivation and Emotion*, 40(1), 118–139.
<https://doi.org/10.1007/s11031-015-9513-y>
- Gmelch, S., Bodenmann, G., Meuwly, N., Ledermann, T., Steffen-Sozinova, O., & Striegl, K. (2008). Dyadisches Coping Inventar (DCI): Ein Fragebogen zur Erfassung des partnerschaftlichen Umgangs mit Stress. *Journal of Family Research*, 20(2), 185–202.
<https://doi.org/10.20377/jfr-264>
- Goodman, J. H. (2003). 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>

PPD, Scham, Schuld und positives DC

- Harrell, F. E. (2015). *Regression modeling strategies: With applications to linear models, logistic and ordinal regression, and survival analysis*. Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-319-19425-7>
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319–340. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.94.3.319>
- IBM Corp. (2022). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 29.0*. IBM Corp.
- Jackson, L., Fallon, V., Harrold, J. A., & De Pascalis, L. (2023). Psychosocial predictors of post-natal anxiety and depression: Using structural equation modelling to investigate the relationship between pressure to breastfeed, health care professional support, post-natal guilt and shame, and post-natal anxiety and depression within an infant feeding context. *Maternal Child & Nutrition*, 20(1), e13559. <https://doi.org/10.1111/mcn.13558>
- Joiner, T. E. (2001). Negative attributional style, hopelessness depression and endogenous depression. *Behaviour Research and Therapy*, 39(2), 139–149.
[https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00160-6](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00160-6)
- Joireman, J. (2004). Empathy and the self-absorption paradox II: Self-rumination and self-reflection as mediators between shame, guilt, and empathy. *Self and Identity*, 3(3), 225–238. <https://doi.org/10.1080/13576500444000038>
- Jones, W. H., Schratte, A. K., & Kugler, K. (2000). The guilt inventory. *Psychological Reports*, 87(3), 1039–1042. <https://doi.org/10.2466/pr0.2000.87.3f.1039>
- Kauppi, C., Montgomery, P., Shaikh, A., & White, T. (2012). Postnatal depression: When reality does not match expectations. In M., G. Rojas Castillo (Ed.), *Perinatal depression* (pp. 55–80). InTech. <https://doi.org/10.5772/1282>
- Kelly, A. C., Carter, J. C., & Borairi, S. (2014). Are improvements in shame and self-compassion early in eating disorders treatment associated with better patient outcomes? *The International Journal of Eating Disorders*, 47(1), 54–64.
<https://doi.org/10.1002/eat.22196>
- 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>
- Kjeldsen, M. Z., Bricca, A., Liu, X., Frokjaer, V. G., Madsen, K. B., & Munk-Olsen, T. (2022). Family history of psychiatric disorders as a risk factor for maternal postpartum depression. *JAMA Psychiatry*, 79(10), 1004–1013.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.2400>

PPD, Scham, Schuld und positives DC

- Kochanska, G., Gross, J. N., Lin, M., & Nichols, K. E. (2002). Guilt in young children: Development, determinants, and relations with a broader system of standards. *Child Development, 73*(2), 461–482. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00418>
- Kraut, R., Olson, J., Banaji, M., Bruckman, A., Cohen, J., & Couper, M. (2004). Psychological research online: Report of board of scientific affairs' advisory group on the conduct of research on the internet. *American Psychologist, 59*(2), 105–117. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.2.105>
- 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>
- Leiner, D. J. (2024). SoSci Survey (Version 3.5.01) [Computer software]. Available at <https://www.soscisurvey.de>
- Leuchtmann, L. & Bodenmann, G. (2018). New perspectives on dynamics of dyadic coping. In A. Bertoni, S. Donato & S. Molgora (Eds.), *When „we“ are stressed: A dyadic approach to coping with stressful events* (pp.3–11). Nova Science Pub Inc.
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. International Universities Press.
- Li, J., Yin, J., Waqas, A., Huang, Z., Zhang, H., Chen, M., Guo, Y., Rahman, A., Yang, L., & Li, X. (2022). Quality of life in mothers with perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry, 13*, e734836. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.734836>
- 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>
- Lynch, J. S., Hill, E. D., Nagoshi, J. L., & Nagoshi, C. T. (2012). Mediators of the shame-guilt-psychological adjustment relationship. *Scandinavian Journal of Psychology, 53*(5), 437–443. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2012.00967.x>
- Malti, T. (2016). Toward an integrated clinical-developmental model of guilt. *Developmental Review, 39*, 16–36. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.11.001>
- Meier, C., Bodenmann, G., Mörgeli, H., & Jenewein, J. (2011). Dyadic coping, quality of life, and psychological distress among chronic obstructive pulmonary disease patients and their partners. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 6*, 583–596. <https://doi.org/10.2147/COPD.S24508>
- Meier, F., Milek, A., Rauch-Andereg, V., Benz-Fraginière, C., Nieuwenboom, J. W.,

- Schmid, H., Halford, W. K., & Bodenmann, G. (2020). Fair enough? Decreased equity of dyadic coping across the transition to parenthood associated with depression of first-time parents. *PLOS ONE*, 15(2), e0227342. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227342>
- Mendoça, M., Magnelli, P., & Rios, Á. (2021). Genetic and epigenetic aspects of postpartum depression. In R. Martin-Santos & F. De Lima Osório (Eds.), *Postpartum Depression: A clinical and research update* (pp.1–33). Nova Science Publishers.
- Merz, C. A., Meuwly, N., Randall, A. K., & Bodenmann, G. (2014). Engaging in dyadic coping: Buffering the impact of everyday stress on prospective relationship satisfaction. *Family Science*, 5(1), 30–37. <https://doi.org/10.1080/19424620.2014.927385>
- Mills, R. S. L. (2005). Taking stock of the developmental literature on shame. *Developmental Review*, 25(1), 26–63. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2004.08.001>
- Mitchell, A. R., Gordon, H., Lindquist, A., Walker, S. P., Homer, C. S. E., Middleton, A., Cluver, C. A., Tong, S., & Hastie, R. (2023). Prevalence of perinatal depression in low- and middle-income countries. *JAMA Psychiatry*, 80(5), 425-431. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.0069>
- Mitnick, D. M., Heyman, R. E., & Slep, A. M. S. (2009). Changes in relationship satisfaction across the transition to parenthood: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 23(6), 848–852. <https://doi.org/10.1037/a0017004>
- Molgora, S., Acquati, C., Fenaroli, V., & Saita, E. (2018). Dyadic coping and marital adjustment during pregnancy: A cross-sectional study of Italian couples expecting their first child. *International Journal of Psychology*, 54(2), 277–285. <https://doi.org/10.1002/ijop.12476>
- Molgora, S., Fenaroli, V., Saita, E., & Acquati, C. (2018). The individual and relational adjustment of future mothers and their partners. In A. Bertoni, S. Donato & S. Molgora (Eds.), *When „we“ are stressed: A dyadic approach to coping with stressful events* (pp.65–87). Nova Science Pub Inc.
- Nechita, D., Bud, S., & David, D. (2021). Shame and eating disorders symptoms: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders* 54(11), 1899–1945. <https://doi.org/10.1002/eat.23583>
- Nowotny, M., Kern, D., Breyer, E., Bengough, T. & Griebler, R. (2019). *Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme*. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK). <https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:d5e5e1ea-a9df-4764-ab77->

PPD, Scham, Schuld und positives DC

c275a299087f/Depressionsbericht.pdf

- O'Dea, G. A., Youssef, G. J., Hagg, L., Francis, L. M., Spry, E., Rossen, L., Smith, I., Teague, S., Mansour, K. A., Booth, A., Davies, S., Hutchinson, D. & Macdonald, J. A. (2023). Associations between maternal psychological distress and mother-infant bonding: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 26(4), 441–452. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01332-1>
- O'Hara, M. W (2009). Postpartum depression: What we know. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1258–69. <https://doi.org/10.1002/jclp.20644>.
- 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>
- 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>
- Peduzzi, P., Concato, J., Kemper, E., Holford, T. R., & Feinstein, A. R. (1996). A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(12), 1373–1379. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(96\)00236-3](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(96)00236-3)
- Pilkington, P. D., Milne, L. C., Cairns, K. E., Lewis, J., & Whelan, T. A. (2015). Modifiable partner factors associated with perinatal depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 178, 165–180. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.023>
- Pilkington, P. D., Whelan, T. A., & Milne, L. C. (2015). A review of partner-inclusive interventions for preventing postnatal depression and anxiety. *Clinical Psychologist*, 19(2), 63–75. <https://doi.org/10.1111/cp.12054>
- Puyan , 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>
- Qi, W., Wang, Y., Li, C., He, K., Wang, Y., Huang, S., Liu, C., Guo, Q., & Hu, J. (2023). Predictive models for predicting the risk of maternal postpartum depression: A systematic review and evaluation. *Journal of Affective Disorders*, 333, 107–120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.026>

- Randall, A. K., Tao, C., Totenhagen, C. J., Walsh, K. J., & Cooper, A. N. (2017). Associations between sexual orientation discrimination and depression among same-sex couples: Moderating effects of dyadic coping. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 16(4), 325–345. <https://doi.org/10.1080/15332691.2016.1253520>
- Randall, A. K., Leon, G., Basili, E., Martos, T., Boiger, M., Baldi, M., Hocker, L., Kline, K., Masturzi, A., Aryeetey, R., Bar-Kalifa, E., Boon, S. D., Botella, L., Burke, T., Carnelley, K. B., Carr, A., Dash, A., Fitriana, M., Gaines, S. O., . . . Chiarolanza, C. (2021). Coping with global uncertainty: Perceptions of COVID-19 psychological distress, relationship quality, and dyadic coping for romantic partners across 27 countries. *Journal of Social and Personal Relationships*, 39(1), 3–33. <https://doi.org/10.1177/02654075211034236>
- Rauch-Anderegg, V., Kuhn, R., Milek, A., Halford, W. K., & Bodenmann, G. (2020). Relationship behaviors across the transition to parenthood. *Journal of Family Issues*, 41(4), 483–506. <https://doi.org/10.1177/0192513X19878864>
- Reck, C., Weiss, R., Fuchs, T., Möhler, E., Downing, G., & Mundt, C. (2004). Psychotherapie der postpartalen Depression. *Der Nervenarzt*, 75(11), 1068–1073. <https://doi.org/10.1007/s00115-004-1766-8>
- Regan, T. W., Lambert, S. D., Kelly, B., McElduff, P., Girgis, A., Kayser, K., & Turner, J. (2014). Cross-sectional relationships between dyadic coping and anxiety, depression, and relationship satisfaction for patients with prostate cancer and their spouses. *Patient Education and Counseling*, 96(1), 120–127. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.010>
- Renner, A. M., Azambuja, C. V., Martins, E. S., Ramos, G. F., & Artech, A. X. (2023). Postpartum depression: Evidences of the predictive power of social support and marital relationship. *Psico-USF*, 28(2), 253–265. <https://doi.org/10.1590/1413-82712023280204>
- Reshef, S., Mouadeb, D., Sela, Y., Weiniger, F. C., & Freedman, S. (2023). Childbirth, trauma and family relationships. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(1), e2157281. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2157481>
- Robertson, E., Grace, S. L., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289–295. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006>
- Roth, M., Weitkamp, K., Landolt, S. A., & Bodenmann, G. (2022). Couples' dyadic coping in the context of child-related stressors: A systematic review across three decades. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/cfp0000237>

PPD, Scham, Schuld und positives DC

- Rottmann, N., Hansen, D. G., Larsen, P. V., Nicolaisen, A., Flyger, H., Johansen, C., & Hagedoorn, M. (2015). Dyadic coping within couples dealing with breast cancer: A longitudinal, population-based study. *Health Psychology, 34*(5), 486–495.
<https://doi.org/10.1037/hea0000218>
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Bohus, M., Jacob, G. A., Brueck, R., & Lieb, K. (2006). 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>
- Skalkidou, A., Hellgren, C., Comasco, E., Sylvén, S., & Poromaa, I. S. (2012). Biological aspects of postpartum depression. *Women's Health, 8*(6), 659–672.
<https://doi.org/10.2217/whe.12.55>
- Sonnenburg, C. & Miller, Y. (2021). Postnatal depression: The role of "good mother" ideals and maternal shame in a community sample of mothers in australia. *Sex Roles, 85*(4), 661–676. <https://doi.org/10.1007/s11199-021-01239-0>
- Staff, H. R., Didymus, F. F., & Backhouse, S. H. (2017). The antecedents and outcomes of dyadic coping in close personal relationships: A systematic review and narrative synthesis. *Anxiety, Stress, & Coping, 30*(5), 498–520.
<https://doi.org/10.1080/10615806.2017.1329931>
- Sutherland, J.-A. (2010). Mothering, guilt and shame. *Sociology Compass, 4*(5), 310–321.
<https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2010.00283.x>
- 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>
- Tangney, J. P., Miller, R. S., Flicker, L., & Barlow, D. H. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(6), 1256–1269. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.6.1256>
- Tangney, J. P., Niedenthal, P. M., Covert, M. V., & Barlow, D. H. (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., Wagner, P.E., & Gramzow, R. (2000). The Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3). *Psychology, 13*(6). <https://doi.org/10.1037/t06464-000>
- Tangney, J.P., & Dearing, R.L. (2002). *Shame and Guilt*. The Guilford Press.

- Terrone, G., Mangialavori, S., Di Scalea, G. L., Cantiano, A., Temporin, G., Ducci, G., Gori, A., Cacioppo, M., Schimmenti, A., & Caretti, V. (2020). The relationship between dyadic adjustment and psychiatric symptomatology in expectant couples: An actor–partner interdependency model approach. *Journal of Affective Disorders*, 273, 468–475. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.040>
- Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2004). Putting the self into self-conscious emotions: A theoretical model. *Psychological Inquiry*, 15(2), 103–125. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1502_01
- Vanwetswinkel, F., Bruffaerts, R., Arif, U., & Hompes, T. (2022). The longitudinal course of depressive symptoms during the perinatal period: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 315, 213–223. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.06.087>
- Wang, D., Li, Y., Qiu, D., & Xiao, S. (2021). Factors influencing paternal postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 293(51), 51–63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.088>
- Waqas, A., Nadeem, M. & Rahman, A. (2023). Exploring heterogeneity in perinatal depression: A comprehensive review. *BMC Psychiatry*, 23(643). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05121-z>
- Wolkenstein, L. (2023). Postpartale Depression (1. Aufl.). Hogrefe.
- World Health Organization. (2023). *International classification of diseases*. <https://icd.who.int/> (abgerufen am 03.01.2024)
- Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J., & Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 281, 91–98. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117>
- Xie, R., He, G., Koszycki, D., Walker, M., & Wen, S. W. (2009). Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *Annals of Epidemiology*, 19(9), 637–643. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2009.03.008>
- Yang, K., Wu, J. & Chen, X. (2022). Risk factors of perinatal depression in women: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03684-3>
- Yargawa, J., & Leonardi-Bee, J. (2015). Male involvement and maternal health outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(6), 604–612. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-204784>

PPD, Scham, Schuld und positives DC

Zemp, M., Bodenmann, G., Backes, S., Sutter-Stickel, D., & Revenson, T. A. (2016a). The importance of parents' dyadic coping for children. *Family Relations*, 65(2), 275–286. <https://doi.org/10.1111/fare.12189>

Abkürzungsverzeichnis

COVID-19.....	Coronavirus disease 19
DC	Dyadisches Coping
DCI.....	Dyadisches Coping Inventar
DCI-K	Dyadisches Coping Inventar -Kurzversion
DSM-5.....	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Version 5)
EPDS.....	Edinburgh Postnatal Depression Skala
ERSG	Event-Related Shame and Guilt
ggü.....	gegenüber
GI	Guilt Inventory
ICD-11	International Classification of Diseases (11. Auflage)
PPD	Postpartale Depression
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SSW	Schwangerschaftswoche
T1	Erster Messzeitpunkt
T2	Zweiter Messzeitpunkt
TOSCA-3	Test zur Erfassung selbstwertbezogener Emotionen
VIF	Variance Inflation Factor

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Untersuchungsplan der Studie „Mütter werden – Mütter sein“.....	30
--------------------	---	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Auswahl soziodemografischer Charakteristika der Stichprobe.....	24
Tabelle 2	Interkorrelationsmatrix untersuchter Variablen	35
Tabelle 3	Ergebnisse Hypothesen 1.1 und 1.2.....	37
Tabelle 4	Ergebnisse Hypothesen 2.1 und 2.2.....	39
Tabelle 5	Ergebnisse Hypothese 1.3.....	40
Tabelle 6	Ergebnisse Hypothesen 2.3 und 2.4.....	41
Tabelle 7	Ergebnisse Hypothese 3.1.....	43
Tabelle 8	Ergebnisse Hypothese 3.2.....	44
Tabelle 9	Ergebnisse Hypothese 3.3.....	45

Anhang A
Erweiterte Soziodemografische Charakteristika der Stichprobe

	<i>n</i>	%
Geschlecht		
Weiblich	122	99.2
Andere	1	0.8
Sexuelle Orientierung		
Heterosexuell	113	91.9
Bisexuell	7	5.7
Homosexuell	1	0.8
Anderes	2	1.6
Migrationshintergrund		
Ja	10	8.1
Nein	113	91.9
Muttersprache		
Deutsch	115	93.5
Türkisch	1	0.8
Arabisch	1	0.8
Kroatisch	2	1.6
Andere	4	3.3
Einkommen		
12.500 – 24.999 €	5	4.1
25.000 – 37.499 €	22	17.9
37.500 – 49.999 €	20	16.3
50.000 – 74.999 €	38	30.9
75.000 – 99.999 €	20	16.3
Mehr als 100.000 €	18	14.6
Bildungsabschluss		
Kein Abschluss	1	0.8
Volksschul-Hauptschulabschluss	5	4.1
Berufsreife	7	5.7
Matura oder (Fach-) Hochschulabschluss	102	83.0

PPD, Scham, Schuld und positives DC

Promotion/ Habilitation	5	4.1
Anderer Abschluss	3	2.4
Beziehungsstatus		
Verheiratet/ Zusammenlebend	98	79.7
In einer Beziehung	25	20.3
Geplante Schwangerschaft		
Ja	107	87.0
Nein	16	13.0
Körperliche Beeinträchtigung		
Ja	3	2.4
Nein	120	97.6
Psychische Beeinträchtigung		
Ja	4	3.3
Nein	119	96.7
Ungewollte Schwangerschaft		
Ja	6	4.9
Nein	117	95.1
Jemals depressiv vor Schwangerschaft		
Ja	50	40.7
Nein	73	59.3
Geburtskomplikationen		
Ja	24	19.5
Nein	99	80.5
Medizinische Behandlung des Kindes nach Geburt		
Ja, intensiv	2	1.6
Ja, nicht-intensiv	13	10.6
Nein	108	87.8

Anmerkung: $N = 123$.

Anhang B

Rekrutierungsmaterialien

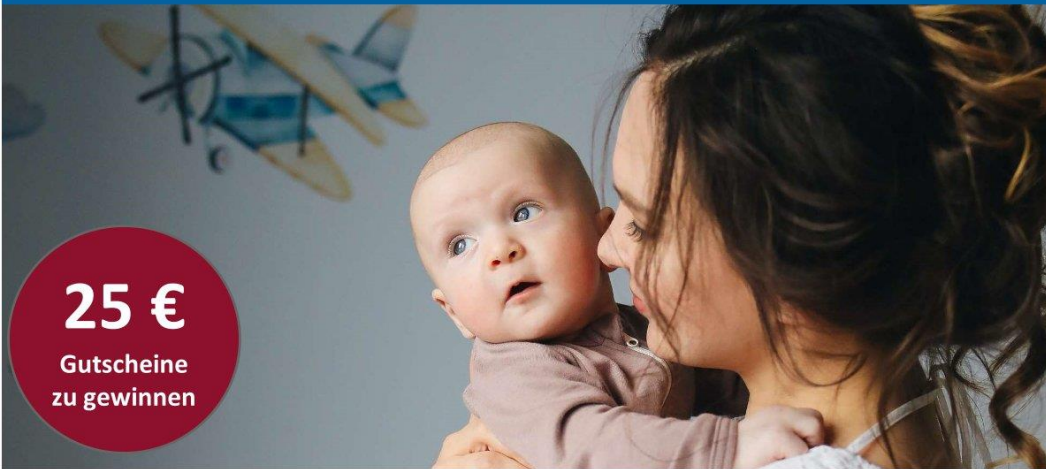
Abbildung B1

Studienflyer

QR
CODE


**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:

Sie können die Umfrage unter dem folgenden Link oder dem QR-Code erreichen:

STUDIENLINK

Nach der Studie laden wir Sie gerne zu einem gemeinsamen Austausch mit anderen Müttern via Zoom ein.

Gewinnspiel:

Wir verlosen 5 Gutscheine im Wert von jeweils 25€ für den Online-Store „yaababy“ (Baby- und Elternbedarf).

Teilnahmevoraussetzungen:

- Alter über 18 Jahre
- Schwangerschaft in der 36. SSW oder später
- Wohnhaft in Österreich
- Gute Deutschkenntnisse
- Teilnahme vor und nach der Geburt

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

Studieneinladung E-Mail

Sehr geehrte Damen und Herren,

PPD, Scham, Schuld und positives DC

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.

Mit freundlichen Grüßen

Rahel Lea van Eickels, BSc MSc

Antonia Grunwald, BSc

Studieneinladung Facebook-Post

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

Schwangere ab der 36. SSW gesucht

Mama werden ist eine besonders intensive, aufregende und intime Erfahrung. In dieser Zeit werden oft enorme Glücksgefühle erlebt, aber auch sehr sensible Zustände erreicht. Wir von der Universität Wien möchten nun untersuchen, was dazu führt, dass manche Mamas diese Zeit eher als Schwierigkeit erleben. Dafür setzten wir vorgeburtlich erhobene Persönlichkeitseigenschaften und Einstellungen in Zusammenhang mit dem Erleben und Befinden nach der Geburt. Wir suchen werdende Mamas ab der 36. SSW (18 -40 Jahre alt), die uns zu zwei Zeitpunkten mittels Online-Fragebögen über ihr Erleben, ihre Erwartungen, ihre Situation und ihre Gefühle berichten. Im Folgenden gelangst du zu dem Link mit den ersten Fragebögen. Sie zu beantworten braucht ca. 30 Minuten Zeit. In drei Monate, nach der Geburt deines Kindes, werden wir dich erneut bitten einen 20-minütige Online-Umfrage auszufüllen. Durch die hierdurch gewonnenen Erkenntnisse wird uns möglich sein, genauer zu bestimmen, was Müttern nach der Geburt ihres Kindes hilft und wie ihre Rolle in unserer Gesellschaft gestärkt und unterstützt werden kann. Solltest du also bald Mama werden, freuen wir uns über deine Teilnahme! Als Aufwandsentschädigung verlosen wir 5 Gutscheine im Wert von 25 Euro für den österreichischen Online-Shop yaababy und bieten nach dem Abschluss der Studie einen freiwilligen gemeinsamen Zoom mit anderen teilgenommenen Müttern an.

Anhang C

Studieninformation & Einverständniserklärung

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. 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 4 Monaten. Der erste Messzeitpunkt wird während des dritten Trimesters Ihrer Schwangerschaft, ab der 36. Schwangerschaftswoche, stattfinden. Hierfür beantworten Sie einen Online-Fragebogen, der ca. 30 Minuten in Anspruch nehmen wird. Der zweite Messzeitpunkt ist für 2-3 Monate nach der Geburt geplant und besteht ebenfalls aus einem Online-Fragebogen. Diese Befragung dauert ca. 20 Minuten. Wenn Sie möchten, laden wir

Sie im Anschluss zu einem Zoom-Gespräch ein, bei dem Sie sich mit anderen teilnehmenden Müttern informell austauschen können. 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 Schwangerschaft und Geburt. 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. Ebenfalls können Sie freiwillig an der Abschluss-Gesprächsrunde teilnehmen und sich mit anderen Müttern austauschen.

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 der zweimaligen Beantwortung von Online-Fragebögen. Das bedeutet, dass Sie aufgefordert werden über das Internet einige Fragen zu beantworten. Darüber hinaus hat die Studie aber keinerlei Einfluss auf Ihre Lebensführung. 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. Die Verschlüsselung erfolgt über einen Code, den nur Sie eindeutig zuordnen können. Ein Monat nach Abschluss der Studie werden alle Daten 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 für einen von fünf Gutscheinen im Wert von 25 € für den "yaababy" Online-Store (Baby- und

Elternbedarf) 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

Einverständniserklärung

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 D

Tabellen

Tabelle D1*Shapiro-Wilk Test auf Normalverteilung*

	Shapiro- Wilk	<i>p</i>
PPD-Werte T1	.92	<.001
PPD-Werte T2	.92	<.001
Schamneigung	.99	.292
Schuldneigung	.96	.001
Schamerleben ggü. Baby	.68	<.001
Schulderleben ggü. Baby	.77	<.001
Positives DC T1	.90	<.001
Positives DC T2	.89	<.001

Anmerkung. $N = 123$, $df = 123$.**Tabelle D2***Modifizierter Breusch-Pagan-Test auf Heteroskedastizität*

	χ^2	<i>p</i>
H1.1 & H1.2	7.44	.006
H2.1 & H2.2	3.16	.075
H3.1	3.68	.026
H3.2	1.22	.632
H3.3	4.81	.537

Anmerkung. Abhängige Variable PPD-Werte T2; $df = 1$; Fettgesetzte Ergebnisse signifikant mit $p < .05$.

Tabelle D3*Residuenstatistik der multiplen linearen Regressionen*

	H1.1 & H1.2				H2.1 & H2.2			
	Min.	Max.	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Max.	<i>M</i>	<i>SD</i>
Standardisierte Residuen	-2.72	3.52	0.00	0.97	-1.99	3.66	0.00	0.98
Mahalanobis-Abstand	1.44	21.33	6.94	3.93	1.12	22.54	5.95	4.34
Cook-Distanz	0.00	0.18	0.01	0.02	0.00	0.16	0.01	0.02
Zentrierter Hebelwert	0.01	0.18	0.06	0.03	0.01	0.19	0.05	0.04

Anmerkung. *N* = 123; Abhängige Variable PPD-Werte T2.**Tabelle D4***Residuenstatistik der Moderation H3.1*

	Min.	Max.	<i>M</i>	<i>SD</i>
Standardisierte Residuen	-2.85	3.64	0.00	0.96
Mahalanobis-Abstand	2.51	49.42	8.92	6.18
Cook-Distanz	0.00	0.16	0.01	0.02
Zentrierter Hebelwert	0.02	0.41	0.07	0.05

Anmerkung. *N* = 123; Abhängige Variable PPD-Werte T2.**Tabelle D5***Residuenstatistik der Moderation H3.2*

	Min.	Max.	<i>M</i>	<i>SD</i>
Standardisierte Residuen	-1.99	3.64	0.00	0.97
Mahalanobis-Abstand	1.51	82.56	7.94	8.72
Cook-Distanz	0.00	0.37	0.01	0.04
Zentrierter Hebelwert	0.01	0.68	0.07	0.07

Anmerkung. *N* = 123; Abhängige Variable PPD-Werte T2.

PPD, Scham, Schuld und positives DC

Tabelle D6

Residuenstatistik der Moderation H3.3

	Min.	Max.	<i>M</i>	<i>SD</i>
Standardisierte Residuen	-1.99	3.63	0.00	0.97
Mahalanobis-Abstand	1.50	57.67	7.94	7.35
Cook-Distanz	0.00	0.18	0.10	0.02
Zentrierter Hebelwert	0.01	0.47	0.07	0.06

Anmerkung. *N* = 123; Abhängige Variable PPD-Werte T2.

Tabelle D7

Kollinearitätsstatistik multipler linearer Regressionen

	H1.1 & H1.2		H2.1 & H2.2	
	Toleranz	VIF	Toleranz	VIF
Ungeplante Schwangerschaft	.91	1.10	.98	1.03
Vergangene Depressionen	.84	1.19	.94	1.07
Alter	.87	1.15	.87	1.15
Einkommen	.90	1.12	.90	1.11
PPD-Werte T1	.69	1.46	-	-
Schamneigung	.66	1.15	-	-
Schuldneigung	.96	1.04	-	-
Schamgefühle ggü. Baby	-	-	.38	2.62
Schuldgefühle ggü. Baby	-	-	.39	2.59

Anmerkung. *N* = 123; Abhängige Variable PPD-Werte T2.

Tabelle D8*Kollinearitätsstatistik Moderationen*

	H3.1		H3.1		H3.3	
	Toleranz	VIF	Toleranz	VIF	Toleranz	VIF
Ungeplante Schwangerschaft	.89	1.13	.91	1.10	.90	1.11
Vergangene Depressionen	.84	1.19	.93	1.07	.93	1.07
Alter (zentriert)	.84	1.19	.86	1.17	.86	1.16
Einkommen (zentriert)	.79	1.26	.79	1.27	.79	1.26
PPD-Werte T1 (zentriert)	.63	1.60	-	-	-	-
Schamneigung (zentriert)	.66	1.52	-	-	-	-
Schuldneigung (zentriert)	.95	1.06	-	-	-	-
Schamerleben ggü. Baby (zentriert)	-	-	.75	1.34	.76	1.32
Schulderleben ggü. Baby (zentriert)	-	-	.39	2.59	.36	2.81
Positives DC (zentriert)	.74	1.35	.35	2.84	.39	2.59
Schamneigung x Positives DC	.89	1.12	-	-	-	-
Schamerleben ggü. Baby x Positives DC	-	-	.79	1.27	-	-
Schulderleben ggü. Baby x Positives DC	-	-	-	-	.83	1.20

Anmerkung. N = 123; Abhängige Variable PPD-Werte T2.

Tabelle D9*Kollinearitätsstatistik logistischer Regressionen H1.3, H2.3 und H2.4*

	Toleranz	VIF
Ungeplante Schwangerschaft	.92	1.09
Vergangene Depressionen	.83	1.20
Alter	.87	1.16
Einkommen	.85	1.17
Schamneigung	.71	1.42
Schamgefühle ggü. Baby	.38	2.62
Schuldgefühle ggü. Baby	.37	2.68

Anmerkung. $N = 123$; Abhängige Variable PPD-Werte T2.**Tabelle D10***Linearität des Logit H1.3, H2.3 & H2.4*

	<i>b</i>	<i>SE</i>	Wald	<i>df</i>	Odds-Ratio	<i>p</i>
Ln (Schamneigung) x Schamneigung	-3.57	4.94	0.52	1	0.03	.470
Ln (Schamempfinden) ggü. Baby x Schamempfinden ggü. Baby	2.98	2.83	1.11	1	19.62	.293
Ln (Schuldempfinden) ggü. Baby x Schuldempfinden ggü. Baby	0.99	1.32	0.57	1	2.70	.452
Ln (Alter) x Alter	-0.30	0.77	0.16	1	0.74	.692
Ln (Einkommen) x Einkommen	0.85	1.14	0.55	1	2.33	.459
Konstante	-14.54	27.17	0.28	1	0.00	.593

Anmerkung. $N = 123$.

Tabelle D11

Ergebnisse Hypothese 1.2

	<i>b</i>	Verzerrung	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i> ^a	95% KI	
							UG	OG
(Konstante)	6.54	-.29	6.92		1.08	.364	-7.84	19.36
Ungeplante Schwangerschaft	0.79	-.12	1.52	.05	0.59	.580	-2.33	3.78
Vergangene Depressionen	-0.18	.00	0.94	-.01	-0.12	.889	-1.88	1.78
Alter	-0.04	-.00	0.11	-.03	-0.40	.718	-0.26	0.17
Einkommen	-0.37	-.01	0.31	-.10	-1.16	.231	-1.03	0.23
PPD-Symptome T1	0.41	-.00	0.12	.41	4.31	< .001	0.16	0.64
Schamneigung	1.42	-.03	0.62	.17	1.78	.029	0.05	2.51
Schuldneigung	-0.94	.13	1.25	-.07	-0.82	.478	-3.36	1.77

Anmerkungen. Abhängige Variable: PPD-Symptome T2; *N*= 123; *korr. R*²= .25; ΔR^2 = .00;

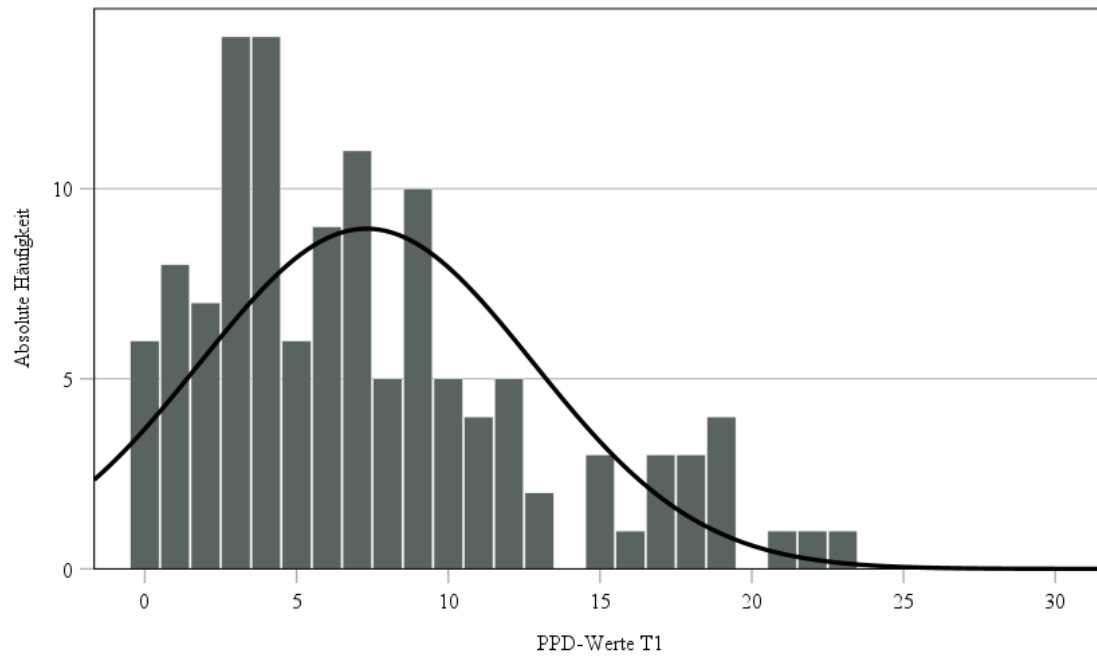
F(7,115)= 6.80; Fettgesetzte Ergebnisse signifikant mit *p* < .05; ^aBootstrap-Ergebnisse beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

Anhang E

Abbildungen

Abbildung E1

Verteilung der PPD-Werte zu T1



Anmerkung. $N = 123$; $M = 7.31$; $SD = 5.48$.

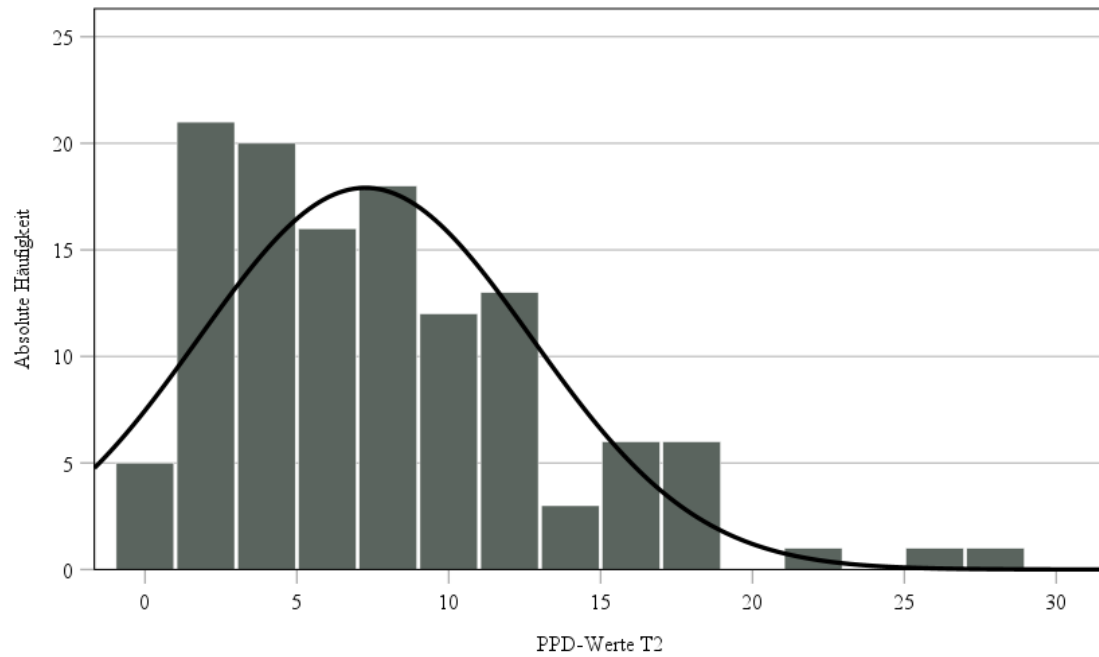
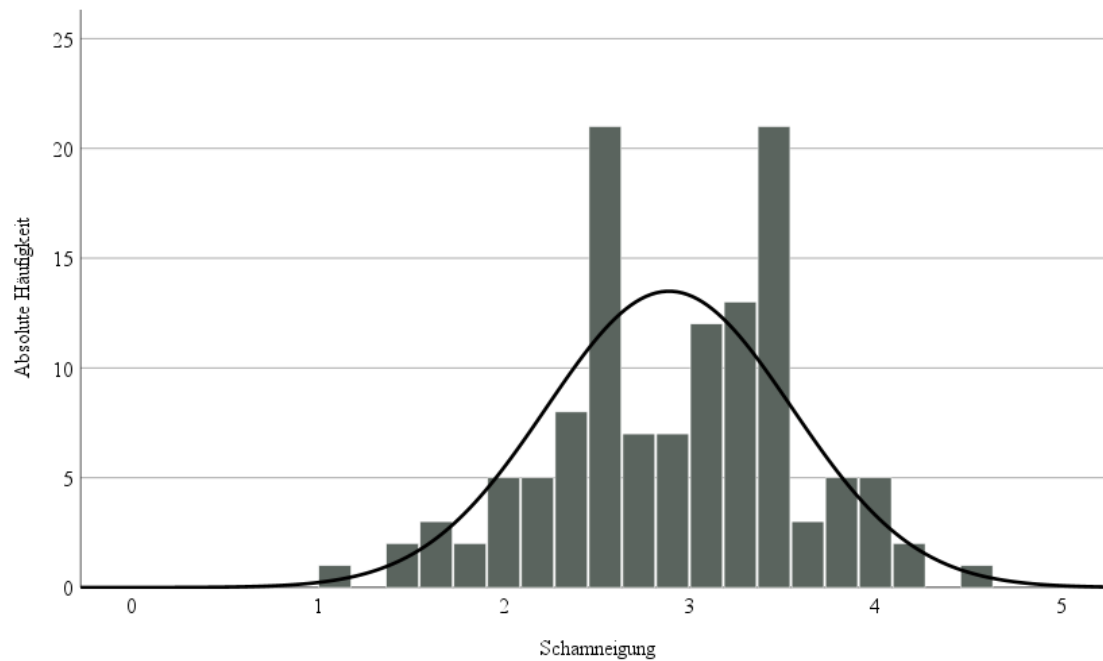
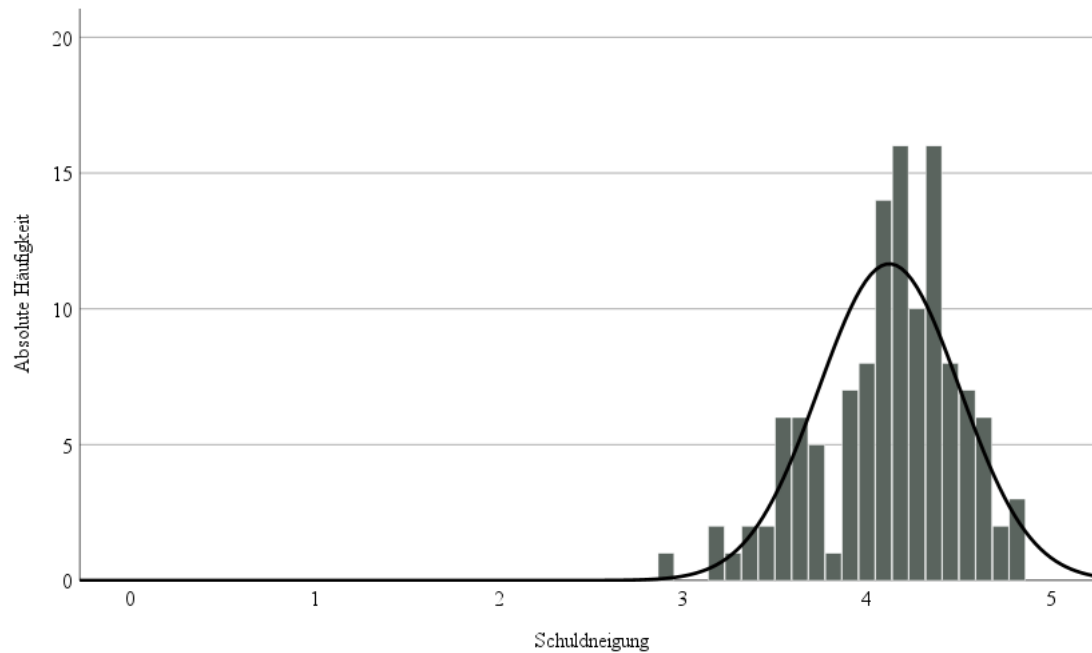
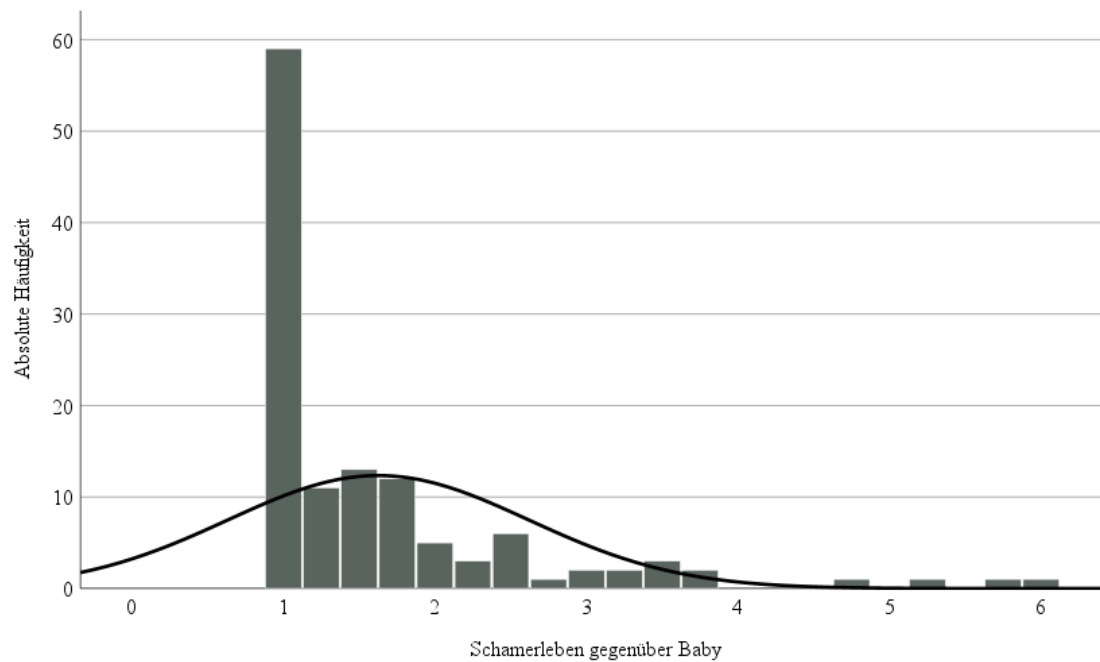
Abbildung E2*Verteilung der PPD-Werte zu T2**Anmerkung. $N = 123$; $M = 7.25$; $SD = 5.48$.***Abbildung E3***Verteilung Schamneigung**Anmerkung. $N = 123$; $M = 2,89$; $SD = 0.66$.*

Abbildung E4*Verteilung Schuldneigung*

Anmerkung. $N = 123$; $M = 4.12$; $SD = 0.38$.

Abbildung E5*Verteilung Schamerleben gegenüber Baby*

Anmerkung. $N = 123$; $M = 1.63$; $SD = 0.99$.

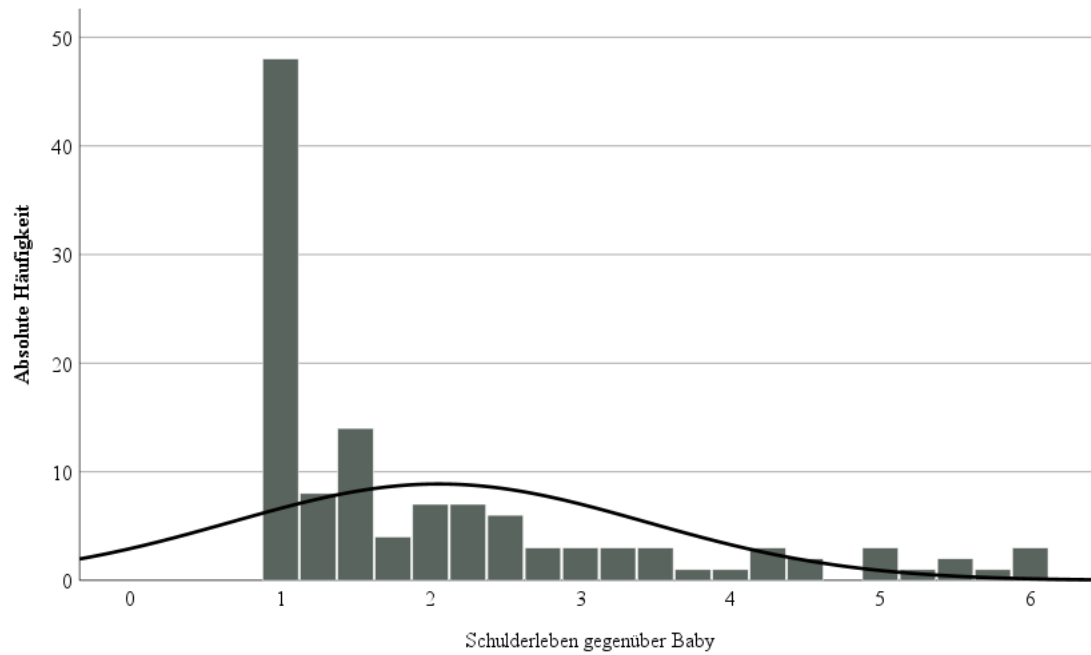
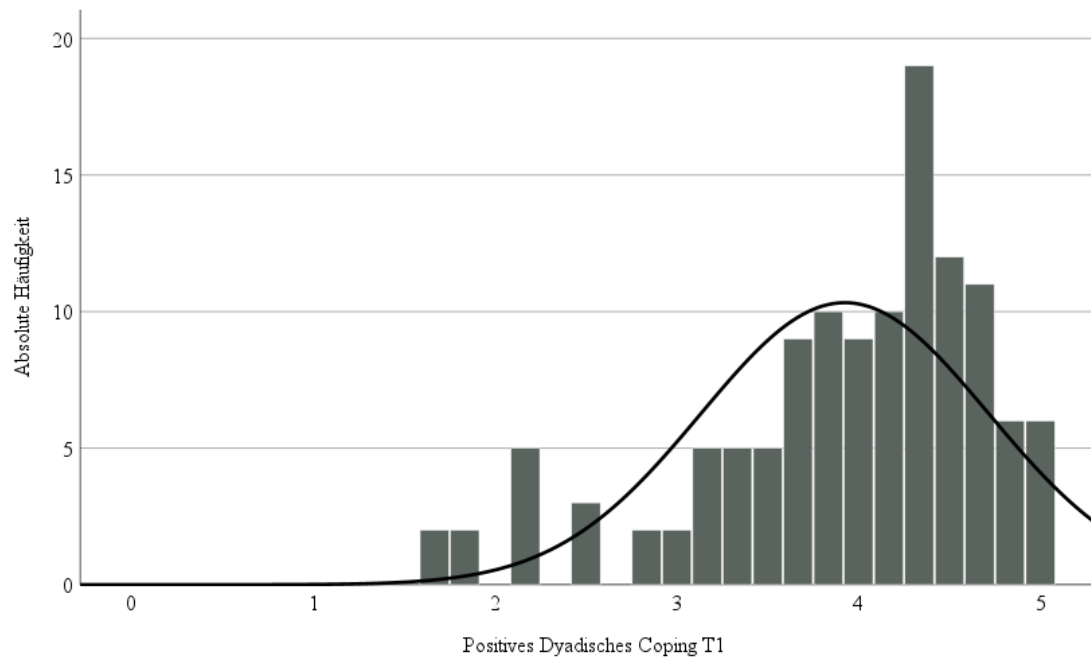
Abbildung E6*Verteilung Schulterleben gegenüber Baby**Anmerkung. $N = 123$; $M = 2.05$; $SD = 1.38$.***Abbildung E7***Verteilung positives Dyadisches Coping T1**Anmerkung. $N = 123$, $M = 3.92$, $SD = 0.79$.*

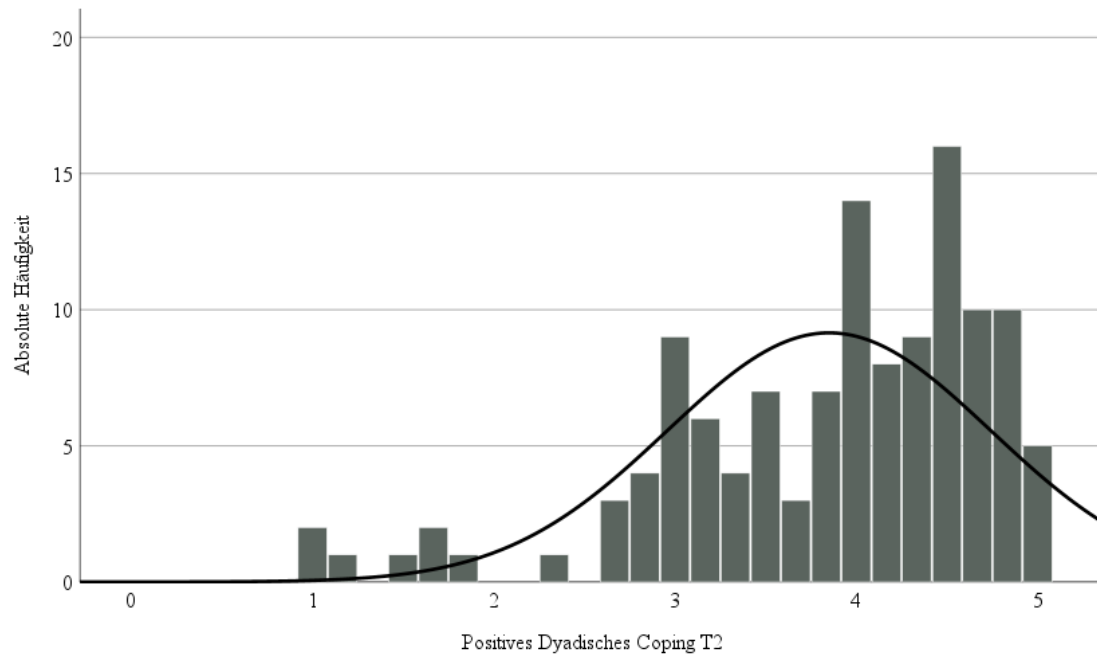
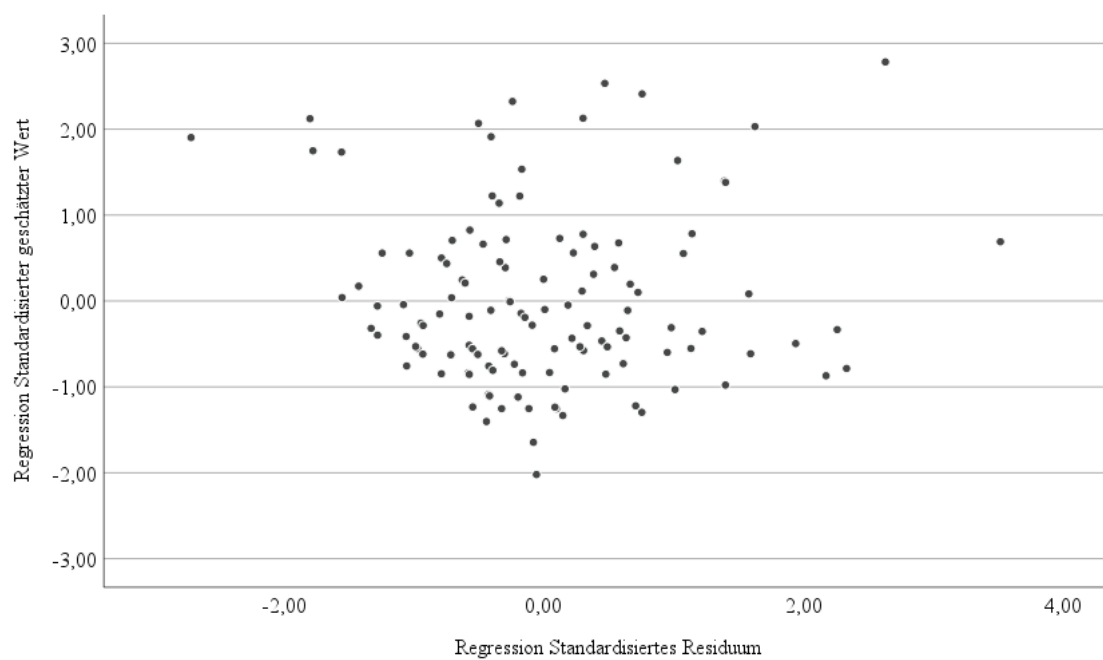
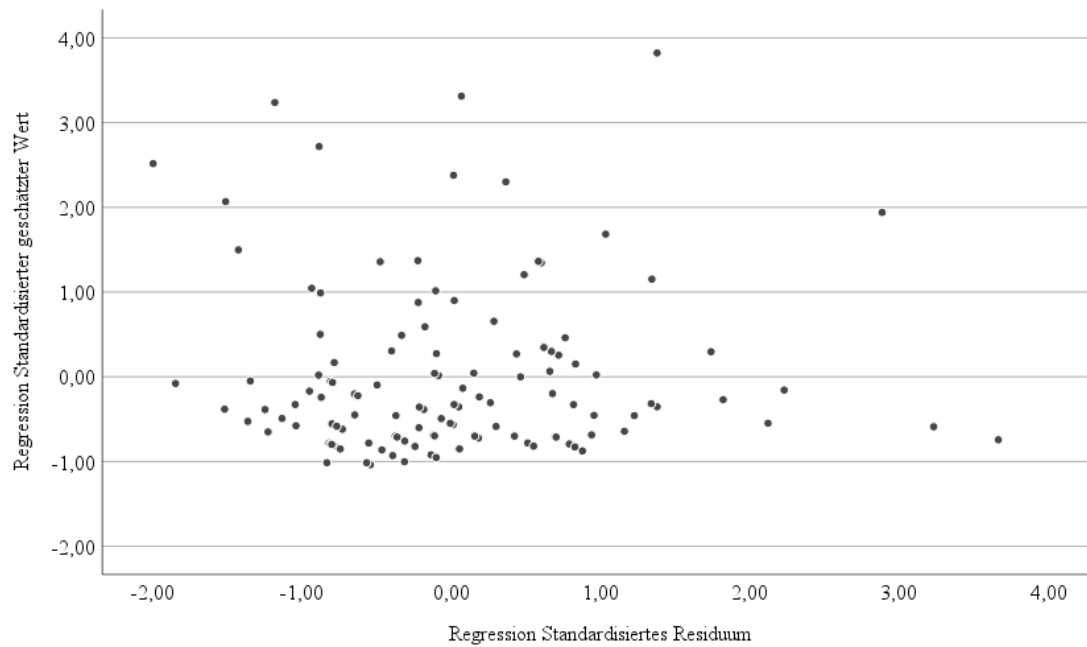
Abbildung E8*Verteilung positives Dyadisches Coping T2**Anmerkung. $N = 123$; $M = 3.85$; $SD = 0.89$.***Abbildung E9***Streudiagramm Regression standardisierter Residuen der multiplen linearen Regressionen H1.1 und H1.2**Anmerkung. $N = 123$; Abhängige Variable PPD-Werte T2.*

Abbildung E10

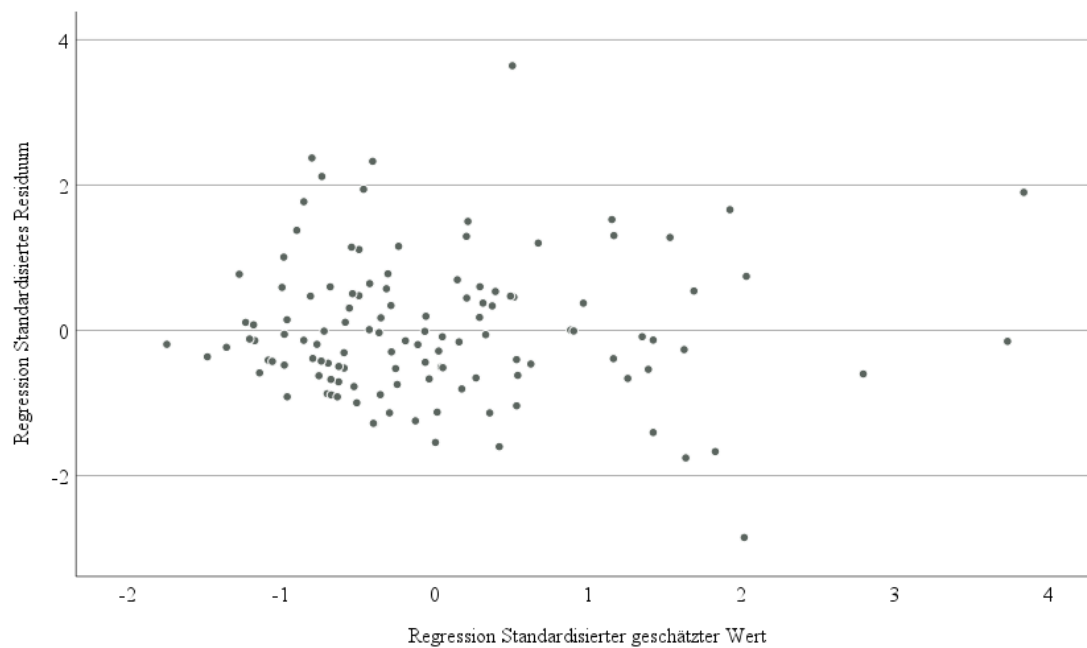
Streudiagramm Regression standardisierter Residuen der multiplen linearen Regressionen H2.1 und H2.2



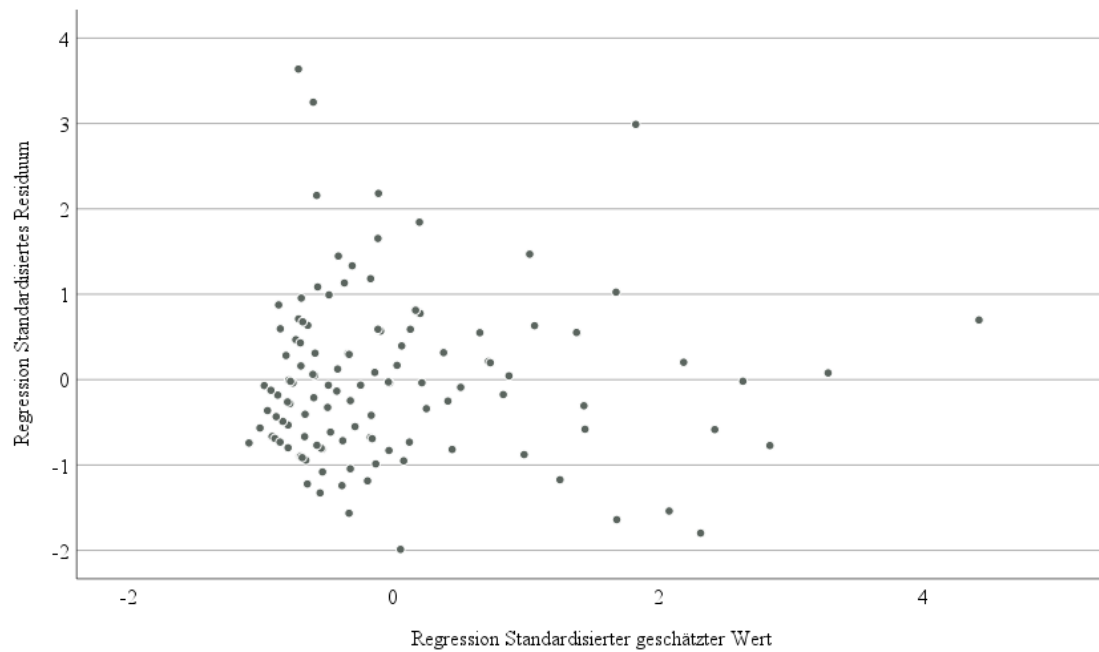
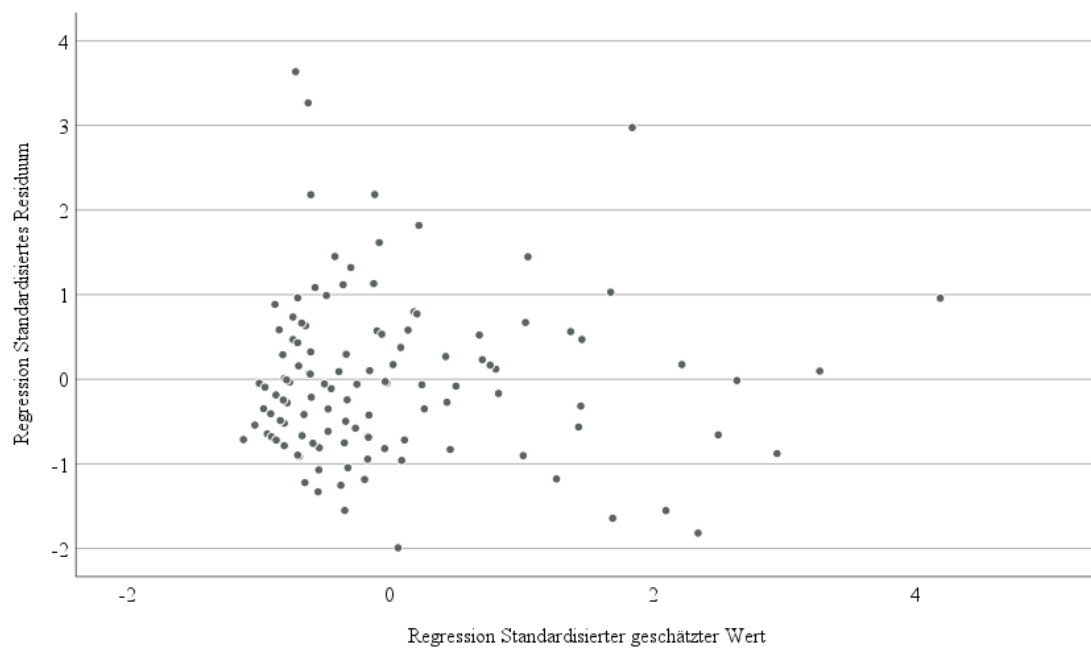
Anmerkung. $N = 123$; Abhängige Variable PPD-Werte T2.

Abbildung E11

Streudiagramm Regression standardisierter Residuen der Moderation H3.1



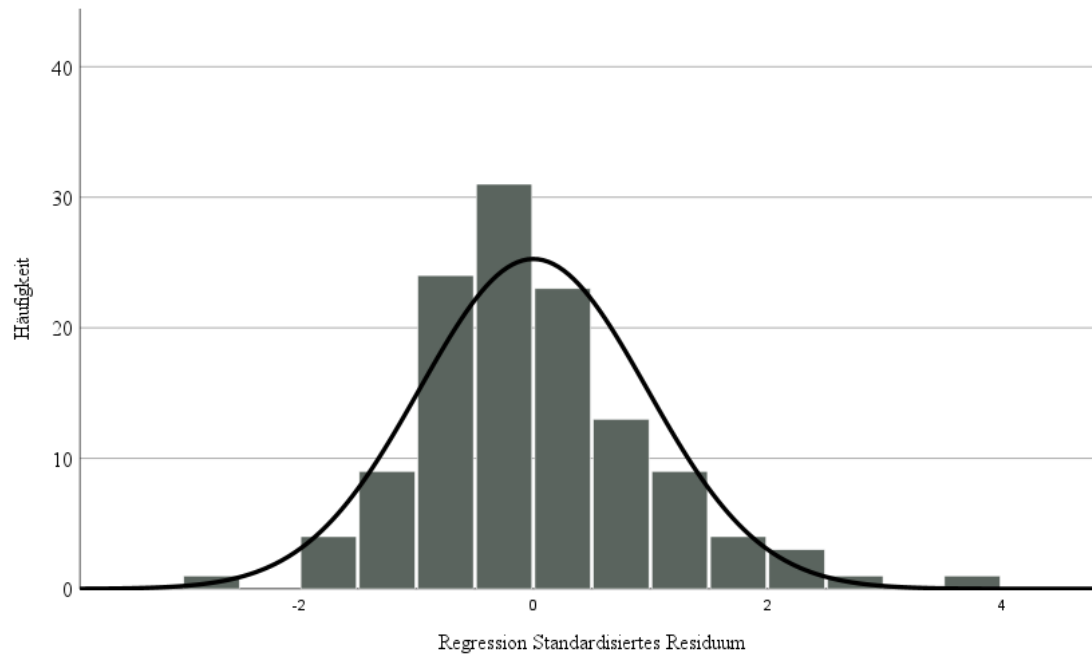
Anmerkung. $N = 123$; Abhängige Variable PPD-Werte T2.

Abbildung E12*Streudiagramm Regression standardisierter Residuen der Moderation H3.2**Anmerkung.* $N = 123$; Abhängige Variable PPD-Werte T2.**Abbildung E13***Streudiagramm Regression standardisierter Residuen der Moderation H3.3**Anmerkung.* $N = 123$; Abhängige Variable PPD-Werte T2.

PPD, Scham, Schuld und positives DC

Abbildung E14

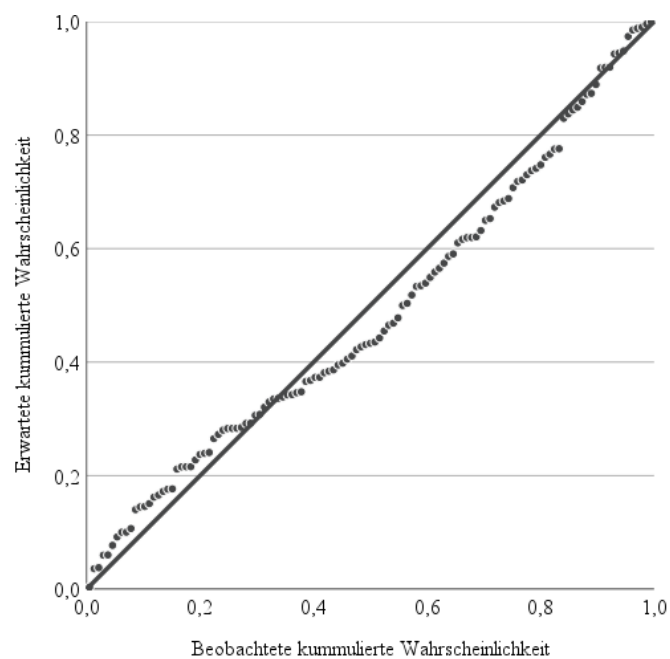
Histogramm standardisierter Residuen der multiplen linearen Regressionen H1.1 und H1.2



Anmerkung. $N=123$; Abhängige Variable PPD-Werte T2.

Abbildung E15

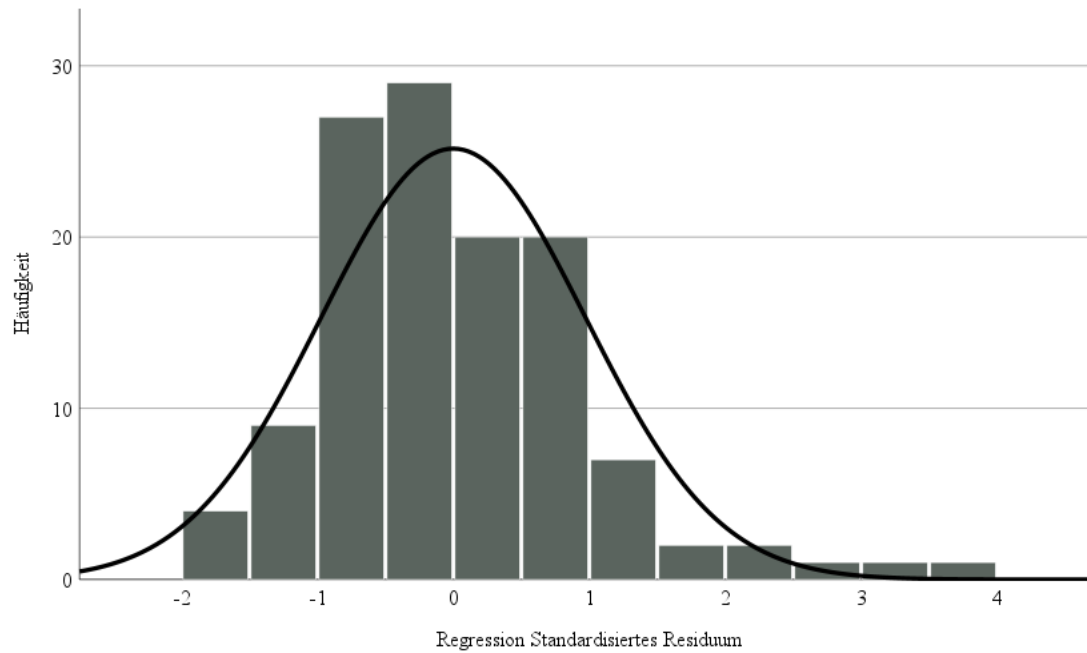
P-P-Diagramm standardisierter Residuen der multiplen linearen Regressionen H1.1 und H1.2



Anmerkung. $N=123$; Abhängige Variable PPD-Werte T2.

Abbildung E16

Histogramm standardisierter Residuen der multiplen linearen Regressionen H2.1 und H2.2

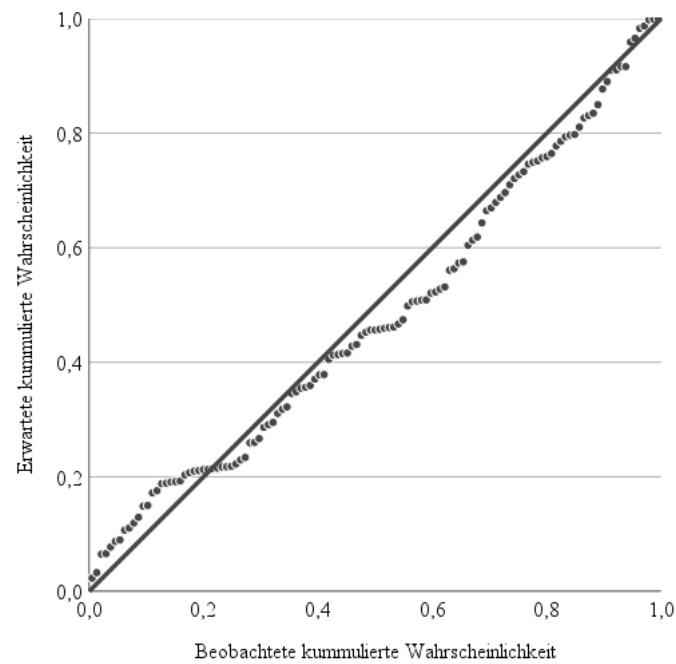


Anmerkung. $N=123$; Abhängige Variable PPD-Werte T2.

PPD, Scham, Schuld und positives DC

Abbildung E17

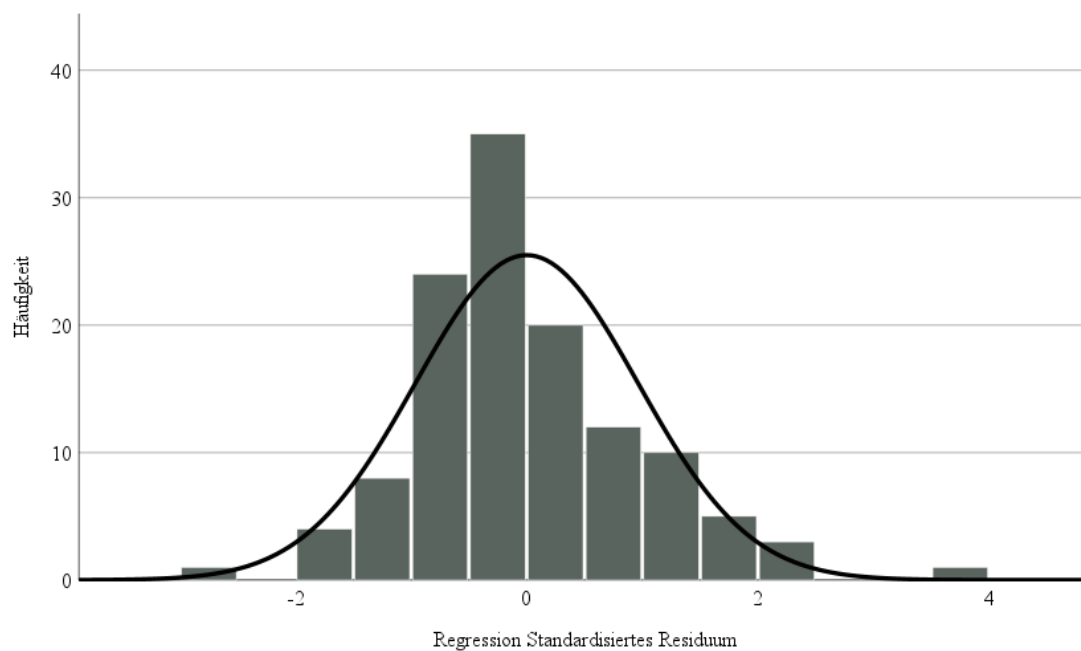
P-P-Diagramm standardisierter Residuen der multiplen linearen Regressionen H2.1 und 2.2



Anmerkung. N= 123; Abhängige Variable PPD-Werte T2.

Abbildung E18

Histogramm standardisierter Residuen der Moderation H3.1



Anmerkung. N= 123; Abhängige Variable PPD-Werte T2.

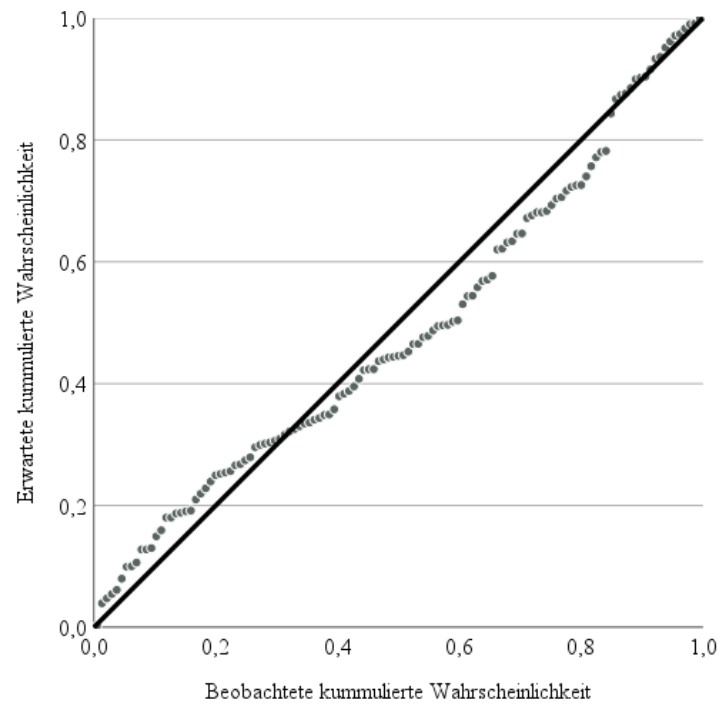
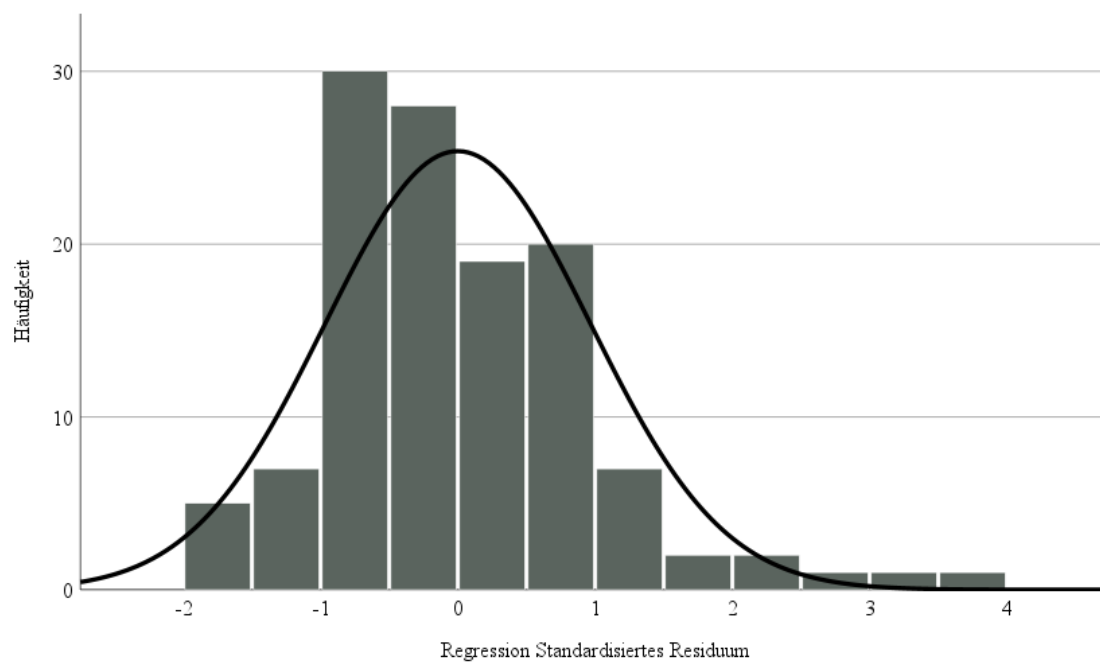
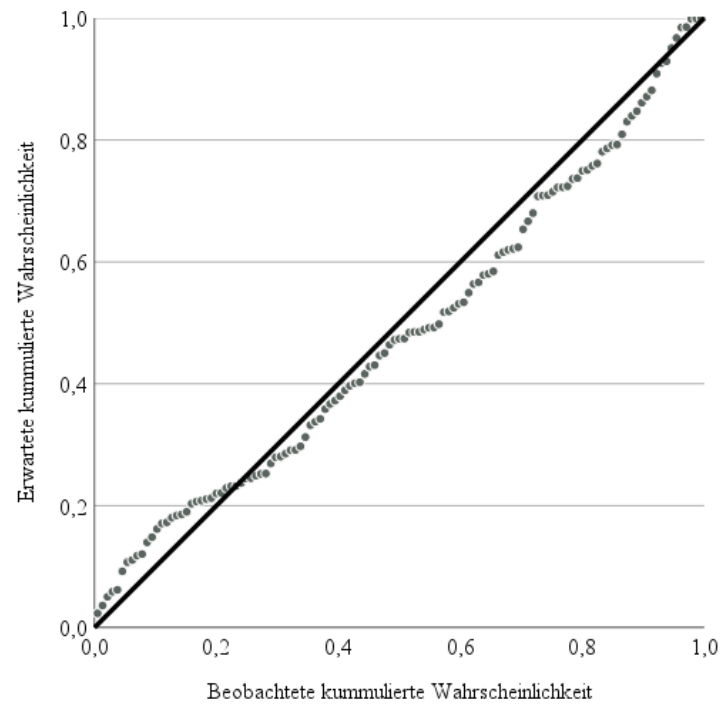
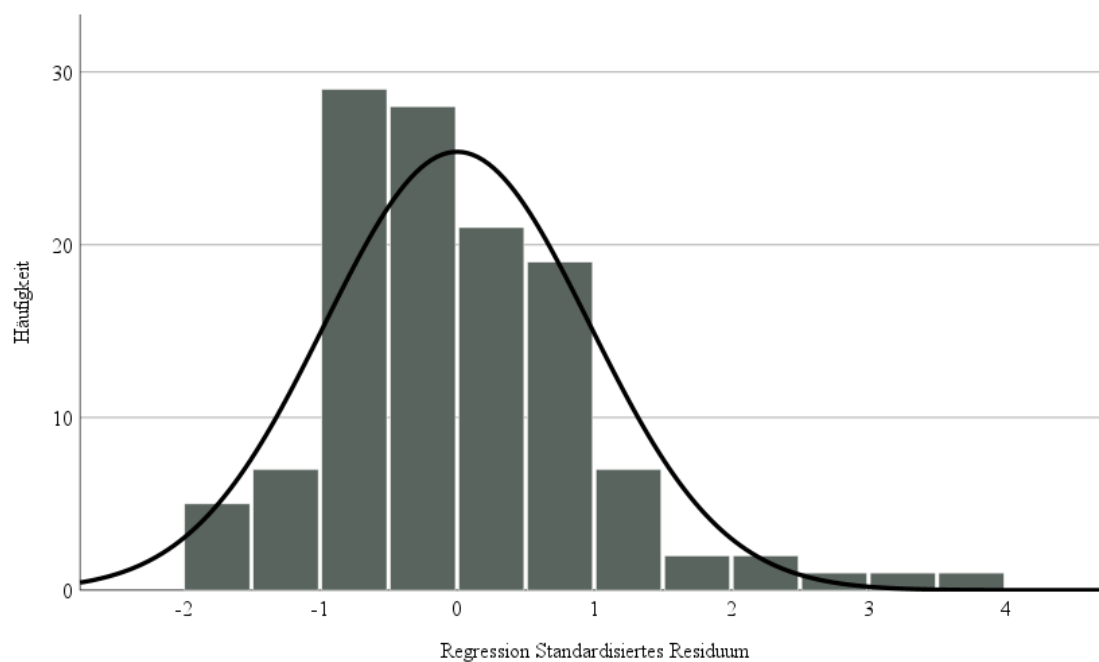
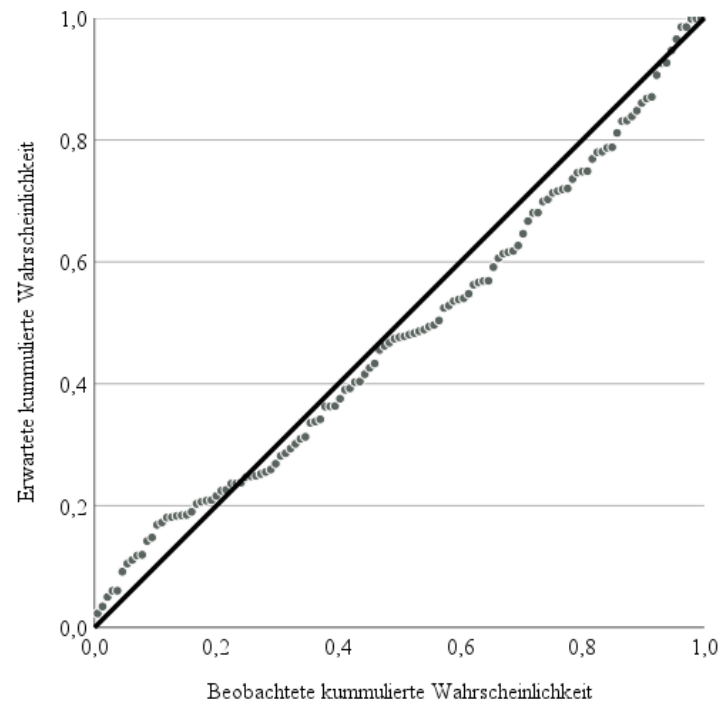
Abbildung E19*P-P-Diagramm standardisierter Residuen der Moderation H3.1**Anmerkung. N= 123; Abhängige Variable PPD-Werte T2.***Abbildung E20***Histogramm standardisierter Residuen der Moderation H3.2**Anmerkung. N= 123; Abhängige Variable PPD-Werte T2.*

Abbildung E21*P-P-Diagramm standardisierter Residuen der Moderation H3.2**Anmerkung. N= 123; Abhängige Variable PPD-Werte T2.***Abbildung E22***Histogramm standardisierter Residuen der Moderation H3.3**Anmerkung. N= 123; Abhängige Variable PPD-Werte T2.*

PPD, Scham, Schuld und positives DC

Abbildung E23

P-P-Diagramm standardisierter Residuen der Moderation H3.3



Anmerkung. $N=123$; Abhängige Variable PPD-Werte T2.