

Reader

zur Lehrveranstaltung

„Proseminar Pädagogische Psychologie: Familienpsychologie II“

(604 585, anrechenbar als iD 2305)

Sommersemester 2000

Lehrveranstaltungsleiter und Herausgeber

Univ.-Ass. Mag. Dr. Harald WERNECK

Abteilung für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie
des
Instituts für Psychologie
der
Universität Wien

Wien, Juni 2000

Vorwort

Der vorliegende Reader beinhaltet die gesammelten schriftlichen Berichte, die von Studentinnen und Studenten im Rahmen der Lehrveranstaltung „Proseminar Pädagogische Psychologie: Familienpsychologie II“ (am Institut für Psychologie der Universität Wien) verfaßt wurden.

Als Schwerpunktthema wurde im Sommersemester 2000 der Themenkomplex „Familie beim Übergang zur Elternschaft“ gewählt. Gerade dieser Zeitabschnitt erweist sich in vielerlei Hinsicht als sehr bedeutsam, sowohl für die Biographie der betroffenen Familienmitglieder als auch für die Entwicklung des Systems Familie.

Die zunehmend deutlicher werdende Relevanz der Familienpsychologie im Rahmen des psychologischen Fächerkanons (vgl. dazu auch die vorigen Ausgaben der Familienpsychologie-Reader) manifestiert(e) sich z. B. auch in der Etablierung des „Arbeitskreises für familienpsychologische Aspekte“ im Rahmen der Österreichischen Gesellschaft für Interdisziplinäre Familienforschung (ÖGIF).

Ausgehend von dieser immer klarer erkennbaren Bedeutung der psychologischen Subdisziplin Familienpsychologie, gleichermaßen aus forschungstheoretischer wie aus gesellschaftspolitischer Sicht und – nicht zuletzt – auch im familienpraktischen Kontext, im „Familienalltag“, soll dieser Reader bzw. die ihm zugrundeliegende Lehrveranstaltung v. a. zur weiteren Differenzierung und Diskussion familienpsychologischer Anliegen dienen.

Die einzelnen Berichte bzw. Kapitel wurden – wie bereits gewohnt – relativ unverändert (von den jeweiligen Originaldateien) übernommen, abgesehen von Veränderungen im Layout bzw. geringfügigen Korrekturen.

Auf wesentliche inhaltliche Überarbeitungen mußte aus Zeitgründen verzichtet werden. Die inhaltliche Verantwortung bleibt dementsprechend bei den einzelnen Autorinnen bzw. Autoren.

Dieser Reader soll einerseits als Service für die Teilnehmenden an der ihm zugrundeliegenden Lehrveranstaltung dienen, aber auch als Basisinformation bzw. Anregung für (aus verschiedenen Gründen) am Thema Interessierte.

INHALTSVERZEICHNIS

1) Schwangerschaft und Geburtserleben aus Perspektive der Mütter (Alexandra Spieß)	1
2) Rolle der Väter während Schwangerschaft und Geburt (Michaela Kremser)	8
3) Abtreibung (Sabine Pikelsberger)	15
4) Behinderung des Neugeborenen (Esther Stadlmaier)	21
5) Kindstod / Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) (Sylvia Lutz)	27
6) Geburtsvorbereitung – eine Bestandsaufnahme (Antonia Spiel)	31
7) Mütterliche Belastungsverarbeitung (Birgit Stubenreiter)	37
8) Postpartale Stimmungsstörungen der Mütter (Marlene Spendier)	43
9) Identitätsveränderungen im Zuge des Übergangs zur Elternschaft (Gila Oichtner)	51
10) Belastungsaspekte und Gratifikationen beim Übergang zur Vaterschaft (Jutta A. Strauß)	57
11) Elternschaft, Partnerschaftsqualität und Sexualität (Alois Nowotny und Diethard Hanausek)	62
12) Wiedereinstieg von Frauen in das Berufsleben (Barbara Wallner)	75
13) Kulturelle Determinanten des Elternschaftserlebens (Sabine Resl)	82
14) Verbundstudie „Optionen der Lebensgestaltung junger Ehen und Kinderwunsch“ (Annemarie Tiefenbacher)	88
15) Jugendliche werden Mütter (Manuela Radsetoulal)	97
16) Alleinerziehende (Bettina Manfrini)	104
17) Tierexperimentelle Untersuchungen zur Elternschaft (Jasmin Klimacek)	112

1) Schwangerschaft und Geburtserleben aus Perspektive der Mütter (Alexandra Spieß)

1. Einleitung

Es gibt vermutlich nur wenige Ereignisse im Lebenslauf erwachsener Personen, die eine ebenso einschneidende und langfristige Wirkung haben wie der Beginn der Elternschaft; insbesondere gilt dies für die Schwangerschaft und Geburt des ersten Kindes im Leben einer Frau. Je nach theoretischer Konzeption wird dieser Übergang z. B. als Krise, kritisches life-event, phasenspezifische Entwicklungsaufgabe oder Prozeß gesehen.

2. Phasenkonzept des Schwangerschaftsverlaufs

Die Lebensspannenentwicklungspsychologie sowie die Analyse kritischer Lebensereignisse sehen den Beginn der Elternschaft als einen der bedeutsamsten Übergänge im Erwachsenenalter.

Innerhalb der Lebensspannenentwicklungspsychologie hat Gloger-Tippelt (Neckermann & Felder, 1996) ein idealtypisches Phasenkonzept des Schwangerschaftsverlaufs konzipiert. Dabei werden *vier präpartale Phasen* unterschieden:

- 1) Verunsicherungsphase (bis 12. Schwangerschaftswoche, SSW)
- 2) Anpassungsphase (12. – 20. SSW)
- 3) Konkretisierungsphase (20. – 32. SSW) und
- 4) Antizipation und Vorbereitung (32. – 40. SSW)

Weiters werden drei qualitativ unterschiedliche Phasen beim Aufbau eines eigenen *Kindkonzeptes* angeführt:

- a) undifferenziertes Kindkonzept
- b) Kind als eigenständiges Wesen
- c) Kind als Individuum/individuelle Person

Die Entwicklung des Kindkonzeptes wird von Gloger-Tippelt parallel zum embryonalen bzw. fötalen Wachstum beschrieben:

- ad 1.) Bis zur 20. SSW sind die Vorstellungen noch undifferenziert. Erste Reaktionen auf die Diagnose Schwangerschaft können Stolz, Freude, Betroffenheit und Angst sein. Nahezu das einzige Merkmal des Kindkonzeptes ist das Bewußtsein der Zeugung.
- ad 2.) Die Anpassung an die Schwangerschaft führt dazu, daß sich die Eltern verstärkt mit der vorgeburtlichen Entwicklung auseinandersetzen. Relevantes Thema dieser Phase ist die „Sorge um die körperliche Gesundheit des Kindes“.
- ad 3.) Durch die Visualisierung der körperlichen Gestalt des Kindes durch den Ultraschall kommt es zur Konkretisierung des Kindkonzeptes (das Kind wird bildhaft repräsentiert). Das entscheidende Ereignis zur Veränderung des Kindkonzeptes ist die Wahrnehmung der Kindsbewegungen um die 20. SSW. Das Kind wird nun als eigenständiges Wesen gesehen und es werden ihm psychologische Merkmale wie Absichten, Bedürfnisse und Wünsche zugeschrieben. Nun kann die schwangere Frau die Existenz und Lebendigkeit ihres Kindes unabhängig von Ultraschall wahrnehmen.

ad 4.) Im Hinblick auf die näherrückende Geburt wird das Kind in der Vorstellung der Eltern zunehmend konkreter, indem man es sich als individuelle Person nach der Geburt vorstellt.

Diese von Gloger-Tippelt konzipierten Phasen unterliegen natürlich einem idealtypischen Verlaufsmo­dell, das sich vorwiegend auf das körperliche Erleben der Frau bezieht und weder die Partnerbeziehung noch andere Interaktionen berücksichtigt.

3. Schwangerschaft und Krise

Vor allem beim ersten Kind sind Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft eine Zeit des Umbruchs und der Krise. Nach van Gennep (Schiefenhövel, Sich & Gottschalk-Batschkus, 1995, S. 32) ist die Schwangerschaft eine „Übergangszeit“, in der die Frau (bzw. die werdenden Eltern) in den meisten Kulturen durch präzise Vorschriften auf ihren neuen Status als Mutter (bzw. Eltern) vorbereitet werden.

Bei der Identifikationsfindung der schwangeren Frau, der Anpassung an körperliche und psychische Veränderungen und der Einbindung in den neuen sozialen Kontext kann eine Frau nur Hilfe finden, wenn sie sich selbst bemüht, entsprechende Einrichtungen ausfindig zu machen und diese aufsucht. Die Institutionen sind außerhalb des alltäglichen Erlebens und sind nicht allen bekannt.

Ein einheitliches Verhalten der anderen Mitglieder der Gesellschaft gegenüber Schwangeren existiert nicht; z. B. ist Rücksichtnahme ein kulturelles Ideal, in der Realität beklagen sich schwangere Frauen aber oft über mangelnde Rücksicht.

Nach Albrecht-Engel (Schiefenhövel et al., 1995, S. 33) zieht die mangelnde Begleitung im psycho-sozialen und emotionalen Bereich folgende Konsequenzen mit sich:

- Es gibt immer mehr problematische Schwangerschaften; viele der Schwangerschaftsrisiken sind dabei psychosomatisch.
- Die Geburtenrate sinkt auch durch diese fehlende Begleitung und Anerkennung;
→ Phänomen des „Baby-Schocks“: Nach dem ersten Kind wollen viele Eltern keine weiteren Kinder.

Die erste Zeit der Schwangerschaft ist gekennzeichnet durch ambivalente Gefühle und Unsicherheiten, sowohl bei gewünschten, geplanten Schwangerschaften als auch bei ungeplanten.

Die sozio-ökonomischen Verhältnisse, die Berufstätigkeit (v. a. der Frau), Konsumwünsche (Auto, Reisen), der Freundeskreis und die Familie sind Faktoren, die abgewogen werden müssen gegenüber dem Austragen des Kindes. Der Übergang zur Elternschaft hat für Frauen im allgemeinen gravierendere Folgen als für Männer.

- die verbesserten Berufsmöglichkeiten der Frauen bedingen ein höheres Bildungsniveau und damit einhergehende verlängerte Ausbildungszeiten;
- geänderte Ansprüche an Elternschaft („verantwortete Elternschaft“);
- traditionelle geschlechtsspezifische Normen (traditionelle Rollenteilung);
- fehlende adäquate Kleinstkinderbetreuungsmöglichkeiten;
- Umstrukturierung der sozialen Netzwerke.

Auch wenn die Entscheidung klar für das Kind gefallen ist, gibt es Ambivalenzen und Unsicherheiten.

In der psychosomatisch orientierten Gynäkologie und Geburtshilfe ist dieser „Schwangerschafts-Konflikt“ in der Literatur seit langem belegt. Die folgende Graphik des Arztes und Psychologen D. Richter soll dies veranschaulichen:

AKTUELLE LEBENSSITUATION	BEWUSSTE EINSTELLUNG ZUR SCHWANGERSCHAFT
Partnerbeziehung	Vorerfahrungen
Mutterrolle/Beruf	Wunschkind
Soziale Situation	Familienplanung
DAS ERLEBEN VON SCHWANGERSCHAFT IST EIN KONFLIKT der mehr oder weniger bewußt und unbewußt abläuft	
BIOGRAPHISCHE FAKTOREN	PHYSIOLOGISCHE FAKTOREN
Beziehung zu den Eltern	Konstitution
eigene Kindheit	Alter
Persönlichkeitsstruktur	Parität
	Vorerkrankungen
Quelle: Albrecht-Engel, 1995, S. 33 (Schwangerschaftskonflikt nach D. Richter, 1984)	

Nach Beckmann (Brähler & Unger, 1996, S. 12) ist eine, wenn nicht *die* große Aufgabe, welche die Schwangerschaft stellt, der Umbau des Selbstkonzepts. In der Auseinandersetzung mit der eigenen Kindheit kommen alte, meist unbewußte Selbstbilder hoch und verlangen, angeschaut und integriert zu werden. Gleichzeitig müssen neue innere und äußere Rollenerwartungen an „Mutter“ (bzw. „Vater“) in das bisherige Selbstkonzept eingearbeitet werden. Diese Prozesse der Neu- und/oder Umstrukturierung des Selbstkonzepts machen die Schwangerschaft für viele Paare zur Krise.

Bachhuber, Winkler, Schneider und Graeff (Brähler & Unger, 1996, S. 11) legen hier nahe, daß das Gelingen oder Nichtgelingen des Umbauprozesses mit psychosomatischen Beschwerden in Verbindung gebracht werden kann. In diesem Kontext ist auch die Art des Bezugs zu wichtigen Personen (Familie, Freunde, ...) von Wichtigkeit.

4. Normative Erwartungen

Trotz sehr unterschiedlicher Verhaltensgebote und -verbote sind bestimmte Normen, welchen eine Schwangere in der Öffentlichkeit unterliegt, evident:

- Es wird z. B. in der Regel erwartet, daß eine schwangere Frau glücklich ist (sie ist „in guter Hoffnung“, sie sieht „einem freudigen Ereignis entgegen“);
- Kleidungsnormen („Umstandsmode“);
- Nach „allgemeiner Auffassung“ sollte eine schwangere Frau keinen Sport treiben und keine schweren Arbeiten verrichten;
- Ihre Abwesenheit in Bars, in der Sauna oder im Schwimmbad wird von großen Teilen der Bevölkerung abgelehnt;
- Ausgesprochene Nahrungstabus wie Nikotin, Alkohol und Drogen werden medizinisch begründet durch ihre schädigende Wirkung;
- Der normative Anspruch „die Mutter gehört zum Kind“ hat auch heute noch Gültigkeit, damit wird der Frau die faktische Zuständigkeit für das Wohlergehen des Kindes übertragen.

5. Belastungen

„Die von Müttern am häufigsten genannten Belastungen beziehen sich auf das Gefühl, angebunden und eingeschränkt zu sein, zu jeder Tages- und Nachtzeit auf die Bedürfnisse des

Kindes eingehen zu müssen, auf die Einschränkung sozialer Kontakte sowie auf das Gefühl, der Verantwortung für ein Kind nicht gewachsen zu sein. Auch fühlen sich Mütter körperlich vielfach unattraktiv und allgemein emotional abgespannt und übermüdet.“ (Österreichischer Familienbericht, 1999, S. 266)

In jedem Fall machen schwangere Frauen im Laufe der Schwangerschaft grundlegend neue Erfahrungen. Diese sind einerseits auf die körperlichen Veränderungen und Begleiterscheinungen zurückzuführen, andererseits untrennbar mit den Veränderungen im psychosozialen und psychosexuellen Bereich verknüpft (bzgl. Beziehungen, Körpererleben, Arbeitstätigkeit, ...). Diese Lebensereignisse spielen sich vor dem Hintergrund unterschiedlicher Schwangerschaftsmotivationen ab.

Die Rollenerwartungen und die damit verbundene Möglichkeit, verschiedene Rollen (Mutter, Partnerin, Berufstätige) wahrzunehmen und auch leben zu können, bestimmen nicht nur das Wohlbefinden, sondern auch die Kompetenz der Frau als Mutter.

6. Geburt und Angst

Die Bedeutsamkeit von Ängsten für den Verlauf von Schwangerschaft und Geburt ist empirisch wiederholt belegt worden (Brähler & Unger, 1996; Schiefenhövel et al. 1995):

- Areskog et al. (1982): Die Geburtsangst hat einen signifikanten Einfluß auf das Geburtserleben. Frauen, die ein hohes Ausmaß an vorgeburtlicher Geburtsangst aufwiesen, erlebten die Geburt signifikant negativer und hatten später eher Schwierigkeiten in der Beziehung zu ihren Kindern.
- In einer Untersuchung von Klusman (1975) wurde empirisch nachgewiesen, daß starke Geburtsangst zu erhöhter Schmerzwahrnehmung führt. Ängstliche Frauen erlebten die Geburt schmerzhafter als nicht ängstliche.
- Perrez et al. (1978) bestätigten den deutlichen Einfluß des psychischen Erlebens auf den Geburtsverlauf. Frauen, die unter übermäßiger Geburtsangst litten und zudem weder Atem- noch Entspannungstechniken verwendeten, hatten höhere Geburtskomplikationen. Die Wirksamkeit von Entspannungsverfahren im Rahmen der Geburtsvorbereitung zur Minderung von Schwangerschafts- und Geburtsängsten wurde empirisch mehrfach bestätigt (Tönnies & Wirths, 1992, S. 29)

Begriffe wie „natürliche Geburt“, „sanfte Geburt“, „ungestörtes Geburtserleben“ und der Hinweis darauf, daß Schwangerschaft und Geburt nicht als Krankheitszustände anzusehen sind, skizzieren eine positive Entwicklung, bringen aber auch ein nicht unerhebliches Maß an Verunsicherung für die Beteiligten mit sich (z. B. Wunsch nach weitgehendem Verzicht auf ein Eingreifen in den Geburtsablauf und die Forderung nach maximaler Sicherheit für Mutter und Kind).

Psychosomatische Behandlungsstrategien, krankengymnastische Entspannung und Geburtsvorbereitung, Angstabbau durch gezielte Information und Motivation zu regelmäßigen Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen prägen das Bild unserer modernen Geburtshilfe. Die Einbeziehung des Partners bei der Geburt, eine individuelle Schmerzlinderung unter Bevorzugung nichtmedikamentöser Maßnahmen und das Angebot einer Hebammengeburt sind alles Dinge, die eine schwangere Frau in Österreich wahrnehmen kann. Da aber auch das Geburtsgeschehen – und damit in Zusammenhang stehend besonders die Schmerzwahrnehmung und -verarbeitung – vielen normativen Vorstellungen und Erwartungen unterliegt (wie z. B. „auch andere Frauen haben eine Geburt überlebt“) liegt die Verantwortung weitgehend bei der Frau, sich den Zugang zu Informationen zu beschaffen und die Angebote wahrzunehmen, die den eigenen Bedürfnissen entsprechen, damit die eigene Geburt auch „er-“lebt werden kann. Eine Geburt – besonders die des ersten Kindes – stellt in vieler Hinsicht ein unvergleichliches

Ereignis dar; da keinerlei vergleichbare Vorerfahrungen hinsichtlich Schmerzwahrnehmung und erlebter körperlicher Grenzen existieren.

In einer Untersuchung von Neuhaus & Scharkus, 1994 (Brähler & Unger, 1996) über pränatale Erwartungshaltung und postpartale Zufriedenheit hat sich gezeigt, daß Erstgebärende besonders hohe Anforderungen an die psychosomatische geburtshilfliche Betreuung stellen; die Gefahr, retrospektiv enttäuscht zu sein, ist in dieser Gruppe besonders groß.

Konkrete Erwartungshaltungen betreffen meist die Anwesenheit der Väter im Kreißsaal, Möglichkeiten zur ambulanten Geburt, Rooming-in und die Lagerung des Kindes auf dem Bauch der Mutter nach der Geburt. 40 % der Frauen äußerten präpartal die Absicht, auf eine medikamentöse Schmerzbehandlung zu verzichten; nur 1 % kam tatsächlich ohne Schmerzmittel aus. Überrascht waren die Frauen in hohem Maße von einer nicht erwarteten Intensität und Schmerzhaftigkeit der Wehentätigkeit und der Dauer der Geburt.

Nach Albrecht-Engel (1995, S. 39) sind neben der individuellen Schmerzwahrnehmung und der psychischen Verfassung Unsicherheit und Angst die Faktoren, die Anspannung hervorrufen und damit die Schmerzempfindung intensivieren. Dieses von Dick Read als Angst-Spannungs-Schmerz-Syndrom beschriebene Phänomen ist Grundlage der Geburtsvorbereitung geworden.

7. Regression

In der Schwangerschaft und während der Geburt ist die Regression der Frau zu beobachten (Schiefenhövel et al., 1995, S. 39; Neuwirth, 1992, S. 50). Dieses Regredieren (z. B. Handhalten des Partners oder der Hebamme) ist für die Frauen und auch für die Beteiligten bei der Geburt oft schwer zu akzeptieren, da die Sozialisation auf das Gegenteil, Vernunft und Selbstbeherrschung, ausgerichtet ist.

Der Umgang mit den Schmerzen während der Geburt wird auch oft durch die Schwierigkeit beeinflusst, den Ausdruck des Schmerzes (Stöhnen, Schreien, Schimpfen) zuzulassen und zu akzeptieren.

8. Die Rolle des Partners

Die Rolle des Ehemannes bzw. Partners ist heute als wichtigste emotionale Stütze und als Helfer fest etabliert; und die Partner werden in Geburtsvorbereitungskursen bis hin zu Atemtechniken mit einbezogen, da im Zentrum steht: „Das Paar bekommt gemeinsam ein Kind“. Ergebnisse unterschiedlicher Untersuchungen (vgl. Neuhaus, 1994) zeigen auch, daß die Anwesenheit des Partners während der Geburt von den Frauen als positiv bewertet wurde, da dadurch das Bedürfnis nach Sicherheit und Anlehnung gewährleistet wurde.

9. Zusammenfassung

Schwangerschaft und Geburt – v. a. des ersten Kindes – stellen einen zentralen Markierungspunkt besonders im Leben einer Frau dar. Da verschiedene Faktoren wie aktuelle Lebenssituation, Einstellung zur Schwangerschaft, Biographie das Erleben von Schwangerschaft beeinflussen, gilt diese Zeit als besonders krisenanfällig. Normative Rollenerwartungen und die Einbettung im sozialen Kontext sind ebenfalls von Bedeutung. Durch das vielfältige Angebot rund um Schwangerschaft und Geburt steht die schwangere Frau noch dazu heute vor der Aufgabe, Zugang zu Informationen zu erlangen und im Sinne einer „aktiven und mündigen Patientin“ ihr Recht auf Mitsprache und Gestaltung „ihrer“ Geburt wahrzunehmen.

10. Persönliche Stellungnahme

Ich habe meinen Sohn Moritz Andreas vor ziemlich genau 8 Monaten geboren und ich kann sagen, daß die neun langen Monate der Schwangerschaft und die Geburt, die zwölf Stunden dauerte, sicherlich die eindrucksvollsten und emotionalsten Ereignisse in meinem bisherigen Leben gewesen sind.

Ich würde meine Schwangerschaft in keiner Weise als Krise ansehen, sondern als bedeutsamsten Wendepunkt in meinem Leben als Frau; deswegen finde ich den heute gebräuchlichen Begriff des „Übergangs zur Elternschaft“ (im Sinne der Lebensspannenentwicklung) sehr passend.

Wie auch in der Literatur (u. a. von Gloger-Tippelt) mehrmals erwähnt, war die erste Zeit der Schwangerschaft ziemlich schwierig; und dies in vielerlei Hinsicht. Neben den körperlichen Veränderungen und der hormonellen Umstellung kamen Unsicherheit und Angst vor der Zeit zu dritt (plötzlich fühlte ich mich so jung und verletzlich) auf und besonders einschneidend war die Umgestaltung meiner sozialen Netzwerke, da ich die einzige meines Freundeskreis bin/war, die schwanger war bzw. Kinder hatte.

Von dem Tag an, als ich das erste mal mein Kind in mir bewegen spürte, begann sich mein (Er-)Leben grundlegend zu verändern. Ich vertiefte mich in jede nur erhältliche Literatur zum Thema Schwangerschaft und Geburt und oft lag ich eine Stunde zu Hause auf dem Sofa, redete mit meinem ungeborenen Kind und nahm überglücklich und unbeschreiblich fasziniert seine Bewegungen wahr.

Die unterschiedlichen normativen Erwartungen begleiteten mich, sobald ich auf die Straße ging. Als schwangere Frau steht man oft wie auf einem Präsentierteller; jeder weiß gute Ratschläge, wildfremde Personen erzählten mir in der Straßenbahn über ihre schrecklich schmerzhafteste Geburt; wenn ich ein Glas Rotwein bestellte, folgten schiefe Blicke und noch nie wurde ich so oft und offen auf meine Partnerschaft und Sexualität angesprochen.

Da ich entgegen des mir oft präsentierten Satzes „Es haben schon so viele die Geburt überlebt“ meine Geburt „er-leben“ wollte, nahm ich viele Angebot der Geburtsvorbereitung wahr, wo ich dachte, daß sie meinen Bedürfnissen entsprechen würden: Akupunktur, Atem- und Entspannungstechniken, Physiotherapie und Homöopathie; den Geburtsvorbereitungskurs besuchten mein Mann und ich gemeinsam bei einer Hebamme, da für ihn von Anfang an klar war, daß er dieses Erlebnis mit mir auf jeden Fall teilen möchte.

Die Geburt selber ist im nachhinein schwer zu beschreiben, ich kann nur sagen, daß ich noch nie so konzentriert mit meinem Körper gearbeitet habe und besonders meine gute physische Vorbereitung (Atmung, Entspannung, ...) sehr unterstützend gewesen ist; mein Körperbewußtsein hat sich seit diesem Tag sehr verändert. Die Anwesenheit meines Partners gab mir wahn-sinnig viel Sicherheit und Geborgenheit.

Das Gefühl, nach 12 Stunden „harter Arbeit“ gemeinsam mit seinem Partner ein nacktes Wesen, das einen mit großen blauen Augen ansieht und das 9 Monate in einem „gelebt“ hat, auf seiner Haut zu spüren, können nur jene nachvollziehen, die selber dieses Erlebnis geteilt haben.

Von einem Tag zum anderen wurde ich Mutter, Partnerin, Hausfrau und Studentin und obwohl die Belastungen – sei es im Alltag, soziale Netzwerke, besonders aber der Zeitfaktor – oft sehr groß sind, wußte ich schon 2 Tage nach der Geburt, daß ich unbedingt ein zweites Kind haben möchte.

11. Literaturverzeichnis

- Albrecht-Engel, I. (1995). Geburt in der Bundesrepublik Deutschland. In W. Schiefenhövel, D. Sich. & C. E. Gottschalk-Batschkus, (Hrsg.). *Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege* (S. 31-42). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Brähler, E. & Unger, U. (Hrsg.). (1996). *Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie. (Hrsg.). (1999). *Zur Situation von Familie und Familienpolitik in Österreich. 4. Österreichischer Familienbericht: Familie – zwischen Anspruch und Alltag*. Wien: Autor.
- Neckermann, S. & Felder, H. (1996). Frauen beim Übergang zur Mutterschaft: Präpartale Vorstellungen werdender Mütter über ihr erwartetes Kind. In E. Brähler & U. Unger (Hrsg.). *Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft* (S. 213-244). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Neuhaus, W. (1994). Pränatale Erwartungshaltung und postpartale Zufriedenheit. In E. Brähler & U. Unger (Hrsg.). *Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft* (S. 139-152). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Neuwirth, M. (1992). *Das Schmerzerleben Erstgebärender während Wehen und Geburt*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Schievenhövel, W., Sich, D. & Gottschalk-Battkus, C. E. (Hrsg.). (1995). *Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Tönnies, S. & Wirths, I. (1996). Personenzentrierte Gruppenarbeit mit Schwangeren zur Minderung von Schwangerschafts- und Geburtsängsten. In E. Brähler & U. Unger (Hrsg.). *Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft* (S. 29-39). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Vetter, K. (1996). *Die Geburt – ein Ereignis zwischen Mythos und medizinischem Risiko*. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.

2) Rolle der Väter während Schwangerschaft und Geburt (Michaela Kremser)

1. Einleitung

Die meisten Arbeiten, die sich dem Thema Schwangerschaft und Geburt widmen, konzentrieren sich auf die Frau. Mit der Rolle des Vaters während dieser Zeit beschäftigte sich die psychologische Forschung erst relativ spät. Erste Untersuchungen dazu befaßten sich ausschließlich mit psychopathologischen Konsequenzen, die eine Schwangerschaft unter Umständen für den Mann mit sich bringen kann. Der Beitrag, welchen der Vater zum Schwangerschaftsverlauf, der Geburt und dem Wohlbefinden von Mutter und Kind leisten kann, wurde in dieser Zeit noch nicht weiter beachtet. Erst Mitte der 70er Jahre vollzog sich ein Wandel, welcher die Bewertung der Vaterrolle während Schwangerschaft und Geburt betraf.

Im folgenden sollen drei wesentliche Themenbereiche näher beleuchtet werden:

- *Die Rolle des Vaters während der Schwangerschaft:* Welche Variablen beeinflussen die Einstellung des Vaters zur Schwangerschaft und Geburt? Welche Funktionen übernimmt er in dieser Zeit?
- *Der Übergang zur Vaterschaft:* Dabei werden verschiedene theoretische Ansätze zur Erklärung des Übergangs zur Vaterschaft näher erläutert.
- *Die Anwesenheit des Vaters bei der Geburt:* Welche Rolle übernimmt der Vater während der Geburt? Wie wirkt sich die Anwesenheit des Vaters bei der Geburt auf die Vater-Kind-Beziehung aus?

2. Die Rolle des Vaters während der Schwangerschaft

In diversen empirischen Studien, welche sich mit der Rolle des Vaters während der Schwangerschaft beschäftigten, wurden Einstellungen und Funktionen der Väter näher beleuchtet.

Im Zusammenhang mit Einstellungsdeterminanten kann zwischen Variablen differenziert werden, welche individuelle Charakteristika des Vaters betreffen (Schichtzugehörigkeit, Herkunftsfamilie usw.) und Variablen wie Geplantheit und Erwünschtheit der Schwangerschaft und Qualität der partnerschaftlichen Beziehung.

2.1 Determinanten der väterlichen Einstellung

Als wichtiger Faktor hinsichtlich der Einstellung zur Schwangerschaft, stellte sich das Alter heraus. In einer Untersuchung von Scott-Heyes (1980, 1982) zeigten Väter, die jünger als 26 bzw. älter als 40 Jahre waren, weniger positive Reaktionen auf eine Schwangerschaft als Väter im Alter zwischen 26 und 40 Jahren. Des weiteren stellte sich auch der Faktor soziale Schichtzugehörigkeit als relevant heraus. Je höher die Statusposition des Mannes war, desto positiver war auch seine Einstellung zum „Einbezug in die Schwangerschaft und Geburtsvorbereitung“ bzw. „emotionalen Zustand der Schwangeren“.

Neben den beiden genannten Variablen (Alter, Schichtzugehörigkeit) spielen auch individuelle Erfahrungen des werdenden Vaters in seiner Herkunftsfamilie eine wichtige Rolle. Welche Beziehung hat er zu seinen Eltern bzw. insbesondere zu seinem Vater und welche emotio-

nale Situation herrschte in der Familie vor? In einer Untersuchung stellte Lukesch (1977) fest, daß die Intaktheit der Herkunftsfamilie eine günstige Voraussetzung ist, um einer Schwangerschaft positiv gegenüberzustehen. Des weiteren zeigte sich, daß eine Scheidung der Eltern das Schwangerschaftserleben des werdenden Vaters weniger beeinflusst, als eine sehr spannungsgeladene Beziehung der Eltern. In der Untersuchung konnte Lukesch auch verdeutlichen, daß Männer, die ihre Kinder strenger erziehen wollten, als ihre Väter es taten, am meisten durch die Schwangerschaft belastet waren. Bei einer hohen Diskrepanz zwischen dem erlebten Selbst und Vaterbild kam es zu vermehrter Geburts- sowie Verletzungsangst. Dies weist auf Unsicherheiten in der Identifikation mit der Vaterrolle hin.

Für Männer spielen Variablen wie Geplantheit und Erwünschtheit der Schwangerschaft eine wichtige Rolle, wenn es um die positive Einstellung bzw. Akzeptanz des Kindes geht. Unabhängig davon, ob die Schwangerschaft jedoch erwünscht ist oder nicht, kommt es im Laufe der Zeit zu einem Anpassungsprozeß an die eingetretenen Umstände. So kommt es im letzten Drittel der Schwangerschaft bzw. in der Zeit unmittelbar nach der Geburt zu einem Ansteigen der Erwünschtheitsrate.

Daß die Qualität der Partnerbeziehung von zentraler Bedeutung für die Einstellung des werdenden Vater ist, liegt auf der Hand und konnte auch in diversen Untersuchungen bestätigt werden. Lukesch (1977) vertritt die Meinung, daß die Schwangerschaft für den Mann zu einem belastenden Ereignis wird, wenn er mit der momentanen Situation der Partnerschaft unzufrieden ist. Der Mann wird die Schwangerschaft eher als Streß erleben, wenn er fürchtet, daß die Frau den Aufgaben einer Mutter nicht gewachsen ist und er dadurch einen vermehrten Anteil an der Versorgung des Babys übernehmen muß. Ausgeglichene und von beiden Partnern als befriedigend erlebte Beziehungen reduzieren das Ausmaß an Belastungen, die durch die Schwangerschaft entstehen. In Folge dessen treten auch weniger Geburtskomplikationen auf.

Ein Kind stellt zwar selbst für Beziehungen, die als unbefriedigend erlebt werden, ein bindendes Moment dar; die Forderungen, die das Kind stellt, können jedoch zu einer weiteren Belastung der ohnehin schlechten Beziehung führen. Ein Kind sollte also nicht in die Welt gesetzt werden, um eine Beziehung zu kitten.

2.2 Funktionen des Vaters während der Schwangerschaft

Unter der Voraussetzung, daß der Vater der Schwangerschaft positiv gegenüber steht, ist seine wichtigste Aufgabe die emotionale Unterstützung seiner Partnerin. Diese ist wichtig, um der Mutter bei der Anpassung an die Schwangerschaft bzw. die Mutterrolle zu helfen. Des weiteren wirkt sich die emotionale Unterstützung über die Mutter auch auf das Kind positiv aus. Gibt der werdende Vater der Frau auch in der Schwangerschaft das Gefühl für ihn sexuell begehrenswert und attraktiv zu sein, fällt es ihr auch leichter, sich an die Schwangerschaft anzupassen und daraus resultierende Beschwerden zu verarbeiten. Die emotionale Unterstützung durch den Vater ist also sehr wesentlich und das Ausmaß dieser stellt einen Hinweis auf zukünftiges Verhalten des Vaters dar. Wie diverse Studien (z. B. Shereshefsky & Yarrow, 1973) zeigen, kommt es im Zusammenhang mit der emotionalen Unterstützung durch den Mann zu einer erhöhten mütterlichen Kompetenz bzw. auch zu einer besseren Anpassung an die Mutterrolle. In einer anderen Untersuchung (Switzky, Vietze & Switzky, 1979) konnte festgestellt werden, daß Mütter, die von ihrem Partner unterstützt werden, eine erhöhte Sensitivität gegenüber den kindlichen Bedürfnissen entwickeln. Frauen, die hingegen wenig Unterstützung durch ihren Partner erfahren, zeigen nach der Geburt häufiger depressive Symptome. Emotionale Anteilnahme der Väter während der Schwangerschaft, stellt eine günstige Voraussetzung für spätere Anteilnahme dar. So konnte festgestellt werden, daß positive Zusammenhänge zwischen dem väterlichen Interesse während der Schwangerschaft und der Fürsorge für

das Kind in den ersten sechs Lebenswochen besteht. Mit Fürsorge können hier Variablen wie „sich um das Kind kümmern, wenn es weint“ oder „das Kind auf den Arm nehmen“ angesehen werden. Dabei ist jedoch anzumerken, daß die Verhaltensänderungen des Mannes während der Schwangerschaft nicht stabil sind. Laut Parke (1982) reduziert sich die emotionale Unterstützung des Mannes nach ca. vier Monaten wieder auf das Normalmaß. Zur emotionalen Unterstützung ist noch zu sagen, daß nicht nur die werdende Mutter, sondern auch der Vater diese benötigt. Laut Bittman und Zalk (1978) intensivieren werdende Väter während der Schwangerschaft den Kontakt zur eigenen Mutter und sind auch für „zusätzliche Streicheleinheiten“ empfänglicher. Väter, welche den Rat und die Unterstützung von Freunden oder Familie einholen können, sind in der Zeit der Schwangerschaft auch zufriedener (Gladieux, 1978).

Eine häufig übersehene Rolle des Vaters während der Schwangerschaft besteht darin, eine Hilfe für das ältere Kind zu sein. Diese kann darin bestehen, das Kind auf die Geburt eines Geschwisters vorzubereiten und ihm viel Zuneigung zukommen zu lassen. Bereits Baldwin (1947) konnte in einer Untersuchung feststellen, daß gerade in der Zeit der Schwangerschaft die Mütter unnahbar und ungeduldig waren. Sie verbrachten weniger Zeit mit ihrem Kind, verhielten sich weniger gefühlvoll ihm gegenüber und ihr Erziehungsstil wurde strenger und weniger demokratisch. Die vermehrte Zuwendung des Vaters dem älteren Kind gegenüber ist demnach sehr wichtig und erleichtert ihm die Anpassung an die neue Situation. Dadurch treten auch weniger negative Reaktionen dem neuen Familienmitglied gegenüber auf.

3. Der Übergang zur Vaterschaft

Der Übergang von der Partnerschaft (Dyade) zur Elternschaft (Triade) bringt eine Reihe von Veränderungen, auch in der Partnerschaft, mit sich. Demnach kann im Zusammenhang mit dieser Phase von einem kritischen Lebensereignis gesprochen werden. In diversen Studien (z. B. Dyer, 1963) zu diesem Thema konnte gezeigt werden, daß zahlreiche Paare in dieser Zeit Kennzeichen einer Krise aufwiesen. Auch in den meisten theoretischen Arbeiten bezüglich des Übergangs zur Vaterschaft ging man von der Krisenperspektive aus. Erst in den letzten Jahren zeigte sich ein gewisser Wandel. Der Übergang zur Eltern- bzw. Vaterschaft wird nunmehr nicht nur als Krise, sondern auch Chance angesehen.

3.1 Psychoanalytische Ansätze

In diesen Ansätzen wird v. a. von einer Krise beim Übergang zur Vaterschaft ausgegangen. Diese entsteht laut Wainwright (1966) durch Kindheitserfahrungen, welche durch die Schwangerschaft reaktiviert werden. Es kann zum Beispiel zu einer Reaktivierung ungelöster Geschwisterrivalität kommen („Das Kind wird mein Rivale sein“). Der Vater kann sich eventuell seinen ambivalenten Gefühlen seinen Eltern gegenüber wieder bewußt werden. Es können weiters Sorgen auftreten, daß sich durch die enge Mutter-Kind-Beziehung die Beziehung zwischen den Partnern verändert (Reaktivierung eines ödipalen Konflikts).

3.2 Sozialpsychologische Ansätze

Aus sozialpsychologischer Sicht entstehen Krisen beim Übergang zur Elternschaft dadurch, daß sich die Eltern ungenügend auf die neue Situation vorbereiten und dadurch Probleme haben, sich in der neuen Rolle zurechtzufinden. Außerdem können aus romantischen Vorstellungen vom Familienleben unrealistisch hohe Erfolgs- bzw. Glückserwartungen resultieren. Einen weiteren wichtigen Aspekt stellt die Tatsache dar, daß sich die Familienstruktur in den letzten Jahrzehnten verändert hat. Früher dominierten Großfamilien, und dadurch waren auch

die jungen Eltern von einem schützenden und unterstützenden Rahmen umgeben. Heute ist jedoch der Schutz in Form einer Großfamilie nicht mehr gegeben, und auch die Absicherung durch das soziale Netz ist oft nicht ausreichend.

3.3 Theorie des sozialen Lernens

Laut Ahammer (1979) können Verhaltensveränderungen von Erwachsenen während der Schwangerschaft (nach Prinzipien des sozialen Lernens) v. a. durch Veränderungen in der Verteilung der sozialen Macht zwischen den Partnern erklärt werden. Im Falle der Berufstätigkeit der Frau besteht am Beginn der Ehe meist ein relatives Gleichgewicht in der Machtverteilung. Durch die Kinder verändert sich jedoch häufig dieses zum Nachteil der Frau. Nimmt der Vater die durch die Tradition vorgegebene Vaterrolle, die mit Eigenschaften wie Strenge und Verantwortlichkeit verknüpft ist an, so behindert dieses Verhalten die Ausübung von väterlich-fürsorglichem Verhalten.

3.4 Der familientheoretische Ansatz

In diesem Ansatz konzentriert man sich v. a. auf die Ermittlung der Faktoren, welche zu Veränderungen im Familiensystem führen und damit auch Konsequenzen für die Subsysteme (z. B. Vater) mit sich bringen. Auch in diesem Ansatz wird von einer Krise im Zusammenhang mit dem Übergang zur Elternschaft ausgegangen. Durch die Elternschaft verändert sich das familiäre Gleichgewicht. Zu den Stressoren zählen Schlafmangel, Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Abnahme der sexuellen Bedürfnisse, zusätzliche Hausarbeit und psychische Belastung durch die zusätzliche Verantwortung. Hobbs (1968) konnte eine positive Korrelation zwischen dem Übergang zur Elternschaft und dem Auftreten von Anpassungsschwierigkeiten feststellen. Diese treten bei Männern etwas häufiger als bei Frauen auf. Außerdem konnte festgestellt werden, daß die Anpassungsschwierigkeiten unmittelbar nach der Geburt gering sind („Babyflitterwochen“) und mit dem Alter des Kindes zunehmen.

Die Anpassung an die Vaterrolle wird durch die „Reife des Mannes“ begünstigt. Reife bedeutet in diesem Zusammenhang gefühlsmäßige Ausgeglichenheit, sowie stabiles persönliches und partnerschaftliches Verhalten. Negative Faktoren, welche die Anpassungsleistung betreffen, sind Aggressionen, Neid, Rivalität und Schuldgefühle.

In den letzten Jahren geht man, wie bereits vorher erwähnt, dazu über, den Übergang zur Elternschaft nicht nur als Krise, sondern auch Chance anzusehen. Russell (1974) führte zum Beispiel eine Studie an 271 jungen Paaren durch, die ihr erstes Kind bekommen hatten. Diese berichteten einerseits von Problemen, andererseits aber auch von einer Befriedigung, die sie durch die Geburt ihres ersten Kindes erfahren hatten. Etwa 42 % der Paare gaben an, daß sich ihre Ehe seit der Geburt des Kindes gebessert bzw. 43,5 %, daß sie sich zumindest nicht verschlechtert hätte.

3.5 Entwicklungstheoretische Ansätze

Nach Meinung von Entwicklungstheoretikern stellt die Elternschaft eine Reifungskrise dar, die vorhersagbar ist und den Übergang zu einem neuen Lebensabschnitt kennzeichnet. Havighurst (1972) baut auf der Theorie von Erikson auf und sieht die Bewältigung der Elternrolle als Entwicklungsaufgabe an. In neueren entwicklungstheoretischen Ansätzen werden kritische Lebensereignisse nur als Markierungspunkte in der Entwicklung angesehen. Sie bieten einerseits Risiken, andererseits auch Chancen. Dadurch rückt auch die Sichtweise, den Übergang zur Eltern- bzw. Vaterschaft nur negativ zu sehen, in den Hintergrund.

3.6 Der rollentheoretische Ansatz

In diesem Ansatz steht die Erfassung individueller Bewältigungsstrategien, die in dieser Problemsituation angewendet werden, im Vordergrund. Elternschaft bzw. Vaterschaft beinhalten sowohl belohnende als auch belastende Aspekte. Durch die Betonung der Bewältigungsstrategien beim Rollenübergang, wird die Krisenperspektive, in der von Immobilität bzw. Regression gesprochen wird, in den Hintergrund gedrängt. Aus der Perspektive der Rollenübernahme können auch präventive Interventionsstrategien entwickelt werden. Diese können dann die Entwicklung von Bewältigungsstrategien für werdende Eltern erleichtern.

Die Übernahme einer neuen Lebensrolle (in diesem Fall Vaterschaft) ist oft mit Rollenkonflikten und Streß verbunden. Besonders Männer, die eine aktive Vaterfunktion anstreben, sind Rollenkonflikten ausgesetzt. Zum Beispiel sind nur wenige Männer tatsächlich bereit, in Karenz zu gehen, da sie einen Statusverlust befürchten. Im Zuge der Familienvergrößerung nimmt die Anzahl der Rollenerwartungen (Partner, Vater, „Ernährer“ der Familie und Hausmann) und somit auch der Streß zu. Die Pflichten in vielen Bereichen nehmen zu und gleichzeitig werden in anderen Mängel festgestellt. Wie kann man diese Situation entschärfen? Möglichkeiten dazu wären, familiäre Pflichten mit Freizeitaktivitäten zu kombinieren oder gewisse Aufgaben an Dritte zu delegieren. Eine hohe Bewertung der mit den Kindern verbundenen Pflichten führt auch dazu, daß diese gerne erfüllt werden.

Möglichkeiten der Streßreduktion beim Übergang zur Vaterschaft sind laut Schneewind (1983) auf folgenden Ebenen möglich:

- auf persönlicher Ebene: z. B. erleichtern Vorerfahrungen mit Kindern die Situation;
- auf familiärer Beziehungsebene: z. B. durch Anpassungsbereitschaft beider Partner an die neue Situation;
- auf Netzwerkebene: z. B. Hilfsbereitschaft und Unterstützung durch das soziale Umfeld;
- auf Existenzebene – auch finanzielle Aspekte spielen eine Rolle.

4. Die Anwesenheit des Vaters bei der Geburt

Noch Anfang der 70er Jahre wurden Väter, die bei der Geburt ihres Kindes anwesend sein wollten, von diesem Vorhaben abgehalten und mußten auch gegen eine Reihe von Vorurteilen kämpfen. Ein häufig geäußertes Argument, um die Anwesenheit des Vaters bei der Geburt zu verhindern, betraf die Hygiene. Weiters vertrat man die Ansicht, daß der Vater eine zusätzliche Belastung für die Mutter sei bzw. befürchtete man manchmal sogar, daß der „abschreckende“ Anblick künftige sexuelle Beziehungen für den Mann unmöglich mache.

Heute hingegen hat sich die Situation gewandelt. Die Mehrzahl der Väter wohnt der Geburt ihrer Kinder bei und ihre Anwesenheit im Kreißsaal wird auch in den Forschungsarbeiten überwiegend positiv beurteilt. Hervorgerufen wurde dieser Wandel durch den Umstand, daß junge Väter nun die Regeln der Klinikorganisation nicht mehr einfach hinnehmen und Wert auf frühen und intensiven Kontakt mit dem Kind legen. Auch die Gestaltung der Kreißsäle hat sich im Laufe der Jahre verändert. Man ist bemüht, den werdenden Eltern eine angenehmere Atmosphäre zu vermitteln.

4.1 Funktionen des Vaters während der Geburt

Manche Väter sind sich ihrer Funktion während der Geburt noch nicht ganz sicher, dennoch erfüllen sie in dieser Situation drei wichtige Aufgaben:

- Der Vater dient als „Puffer“ zwischen Klinikpersonal und Mutter.
- Er kann durch seine Anwesenheit das emotionale Geburtserlebnis der Mutter steigern.

- Er gibt der Frau kontinuierliche Zuwendung bzw. Ermutigung und hilft ihr, sich zu entspannen.
- Außerdem hält er die Verbindung zwischen Mutter, Familie und Außenwelt.

4.2 Auswirkungen der Anwesenheit des Vaters bei der Geburt auf die Vater-Kind-Beziehung

Wie einige Autoren berichten, läuft der Erstkontakt zwischen Vater und Kind nach stereotypen Mustern ab. In einer Untersuchung stellten White und Woollett (1981) fest, daß die Intensität des ersten Vater-Kind-Kontaktes bei allen Vätern gleich war. Es konnte gezeigt werden, daß drei Variablen das Verhalten des Vaters beim Erstkontakt beeinflussen. Dazu zählt die Möglichkeit, das Kind auf den Arm zu nehmen, die Notwendigkeit einer medizinischen Versorgung der Mutter und die Merkmale des Kindes wie Geschlecht, physischer Zustand usw. Väter, die ihre Kinder am Arm hielten, berührten und streichelten sie weniger als die Mütter. Sie lächelten sie jedoch häufiger an, wiegten sie mehr und sprachen mehr mit ihnen und auch über sie.

Die empirischen Befunde, ob ein Zusammenhang zwischen der Anwesenheit der Väter bei der Geburt und der späteren Vater-Kind-Beziehung besteht, sind unterschiedlich. Man nimmt an, daß es sich bei den beobachteten Fakten nicht um kausale Zusammenhänge handelt. Vielmehr wird die Ansicht vertreten, daß die Anwesenheit des Vaters bei der Geburt und seine spätere Beteiligung an der Kinderpflege mit den Einstellungen des Vaters zur Schwangerschaft und Geburt zusammenhängt. Jones (1981) kam zu dem Schluß, daß das väterliche Bindungsverhalten nicht allein vom ersten Kontakt mit dem Kind abhängt. Dieses wird extern ausgelöst, und es sind wiederholte Kontakte mit dem Kind notwendig, um es voll zu entfalten.

Zum Abschluß soll hier noch eine Untersuchung angeführt werden, in welcher der Einfluß von Säuglingspflegekursen auf das väterliche Pflegeverhalten näher beleuchtet wurde. Vorbereitete und unvorbereitete Väter wurden verglichen und dabei konnte festgestellt werden, daß erste den Säugling signifikant häufiger wickelten, es am Körper trugen, ihm ein Schlaflied sangen und engeren Körperkontakt zum Kind herstellten. Als Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse kann man festhalten, daß vaterorientierten Säuglingspflegekursen eine stützende Funktion bei der Einstellungsbildung des Vaters zukommt und sie somit auf die Entwicklung der Vater-Kind-Beziehung Einfluß nehmen.

5. Zusammenfassung

In Hinblick auf die Einstellung von Vätern zur Schwangerschaft erwiesen sich die folgenden Faktoren als relevant: Alter, soziale Schichtzugehörigkeit, Geplantheit bzw. Erwünschtheit der Schwangerschaft, Erfahrungen in der Herkunftsfamilie sowie Beziehungsqualität zwischen den Partnern. Eine positive Einstellung zu Schwangerschaft vorausgesetzt, erfüllt der Vater wichtige Funktionen in der Zeit der Schwangerschaft. Durch die emotionale Unterstützung der Partnerin kann er ihr helfen, sich an die neue Rolle zu gewöhnen und kann damit auch positiv auf die psychische Befindlichkeit der Mutter und somit auch des Kindes einwirken.

In den meisten theoretischen Ansätzen wird der Übergang zur Vaterschaft als Krise angesehen. Allerdings geht man in den neueren empirischen Arbeiten immer mehr dazu über, diesen Übergang nicht nur als Krise, sondern auch als Chance zu sehen.

Nicht nur während der Schwangerschaft, sondern auch der Geburt, übernimmt der Vater wichtige Funktionen. Er dient als „Puffer“ zwischen dem Klinikpersonal und der Mutter. Weiters unterstützt er sie emotional und hilft ihr, sich zu entspannen. Das Bindungsverhalten des Vaters zum Kind ist jedoch nicht nur von der Anwesenheit des Vaters bei der Geburt ab-

hängig. Es wird extern ausgelöst und entfaltet sich erst durch wiederholten Kontakt mit dem Kind vollständig.

6. Persönliche Stellungnahme

Im Zuge der Beschäftigung mit diesem Thema ist mir eigentlich erst richtig bewußt geworden, wie wichtig es ist, nicht nur auf die Wünsche, Ängste und Sorgen werdender Mütter, sondern auch auf jene der Väter einzugehen. In den meisten Arbeiten zum Thema Schwangerschaft wird auf die Frau und ihre Rolle als Mutter eingegangen. Dabei wird oft vergessen, daß die Geburt eines Kindes auch für den Vater ein sehr einschneidendes Erlebnis darstellt und eine große Umstellung bedeutet. Meiner Meinung nach stellt es auch für den Vater ein besonderes Erlebnis dar, bei der Geburt seines Kindes dabei zu sein. Wie ich in Gesprächen mit meinem Vater und Großvater erfuhr, wären auch sie gerne bei der Geburt dabei gewesen. Dies wurde bei meinem Großvater durch den Krieg bzw. bei meinem Vater durch die Tatsache, daß in dieser Zeit die Anwesenheit des Vaters noch nicht möglich war, verhindert. Daher finde ich es sehr gut, daß heutzutage Väter die Möglichkeit haben, das Erlebnis der Geburt ihres Kindes mit ihrer Partnerin zu teilen.

7. Literaturverzeichnis

- Bartoszyk, J. & Nickel, H. (1986), Teilnahme von Vätern an Säuglingspflegekursen und ihr Betreuungsverhalten in den ersten Lebenswochen des Kindes. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 35, 254-260.
- Fthenakis, W. E. (1988). *Väter. Zur Psychologie der Vater-Kind-Beziehung* (Bd.1). München: Deutscher Taschenbuchverlag.

3) Abtreibung (Sabine Pikelsberger)

1. Einleitung

Jedes Jahr nehmen mehr als 50 Millionen Frauen auf der Welt einen Schwangerschaftsabbruch auf sich (Langsdorff, 1996). Bei erfolgreich durchgeführten Abtreibungen werden in der Literatur psychische Folgeerscheinungen der betroffenen Frauen beschrieben. Da die Situation der meist mitbetroffenen Männer nicht beleuchtet wird, beschränkt sich diese Arbeit ausschließlich auf das weibliche Geschlecht. Das soll aber keineswegs bedeuten, daß das Thema Abtreibung nicht auch die Männer betrifft.

2. Historischer Rückblick

2.1 Abtreibung in der frühen Geschichte

Der Schwangerschaftsabbruch ist seit frühesten überlieferten Zeiten bekannt, und laut anthropologischen Untersuchungen war der Abort auch bei prähistorischen Menschen bekannt. Viele Kulturen haben ihn abwechselnd verurteilt, toleriert oder gutgeheißen. Der älteste erhaltene Bericht über Abtreibungsgesetze und -praktiken findet sich im mittellassyrischen Kodex, der auf dem babylonischen Kodex Hammurabi beruht, der vor über dreitausend Jahren verfaßt wurde. Ein Artikel besagt, daß eine Frau, die nachweislich durch eigenes Zutun ihre Leibesfrucht vernichtet hat, die Strafe des Pfählens erleiden soll (Bönitz, 1979).

Hingegen wurde die Abtreibung von den klassischen Griechen akzeptiert, und Plato wie Aristoteles befürworteten diese, um die Größe der Population zu kontrollieren und damit für ein gutes soziales Klima zu sorgen (Dähn, 1971, zitiert nach Bönitz, 1979, S. 9).

Hinsichtlich der Geburtenregelung in der Antike ist zu sagen, daß Verhütung, Abtreibung und auch Kindstötung durchaus übliche Mitteln waren. Aber die Entscheidungsgewalt, ob und wie viele Kinder gezeugt oder mit welchen Mitteln eine Schwangerschaft verhindert werden sollte, lag damals nicht in den Händen der Frau, sondern im Entscheidungsbereich des Familienvaters (Hlavin-Schulze, 1996).

Die Abtreibung war auch eine „Gegebenheit der mittelalterlichen Kultur“ (Heinsohn & Steiger, 1987, zitiert nach Hlavin-Schulze, 1996, S. 16): Bevölkerungsstatistiken aus dem Mittelalter zeigen, daß mit dem Ansteigen der Erträge in der Landwirtschaft auch die Bevölkerungszahlen stiegen. Wenn aufgrund klimatischer Bedingungen oder gesellschaftlicher und politischer Veränderungen weniger geerntet wurde, gingen die Zahlen wieder zurück. Trotz einer Verurteilung durch die Kirche war die Durchführung von Verhütung, Abtreibung oder Kindstötung eine gängige Praxis. Das Wissen darüber wurde von den Frauen von einer Generation zur nächsten mündlich weitergegeben.

2.2 Abtreibung im 20. Jahrhundert

2.2.1 Zur eugenischer Ideologie der Abtreibung (Hlavin-Schulze, 1996)

Die ersten Forderungen nach einer Liberalisierung der Abtreibungsbestimmungen kamen in den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts auf. Diese sind deutlich vor einem eugenischen Hinter-

grund zu sehen. Oda Olber, eine Sozialdemokratin, setzte sich dafür ein, daß der Bestand der Menschheit „aufgeforstet“ wird. Sie war daher für eine wirtschaftliche, aber somit „rassenhygienische Indikation“. Nach ihrer Meinung sollte verheirateten Erstgeschwängerten nur aufgrund schwerer rassenhygienischer Bedenken eine Abtreibung freigestellt werden. Daneben wurde bei unverheirateten Frauen sowie bei unintelligenten Frauen eine Abtreibung weitgehend befürwortet.

Auch die Nationalsozialisten, mit ihrer Idee des wertvollen bzw. unwerten Lebens stellten ihre Forderungen zum Thema Abtreibung. Demnach wurden „wertvolle“, gesunde, arische Frauen mit massiveren Strafandrohungen als in den Jahrzehnten zuvor von Verhütung und Abtreibung abgehalten und zur Produktion von Nachwuchs angehalten (Krieger, 1987, zitiert nach Hlavin-Schulze, 1996, S. 29).

2.2.2 Die Fristenlösung

Nach den 50er Jahren kam es immer mehr zu einem Widerstand gegen das Abtreibungsverbot. Es bildeten sich Frauengruppen, Streiks wurden organisiert, was endlich zum Ziel führte, daß im Jahre 1975 in Österreich die Fristenlösung in Kraft trat. Diese besagt, daß eine Abtreibung innerhalb der ersten 12 Schwangerschaftswochen straffrei ist. Die Feministinnen des 20. Jahrhunderts hatten endlich erreicht, was den Frauen immer schon ein Anliegen war: Dies ist die eigene Entscheidung über ihre Generativität, die durch die Straflosigkeit von Abtreibungen Wirklichkeit wurde.

Hlavin-Schulze (1996) zeigte auf, daß es in der Abtreibungsfrage keineswegs um ethische Besorgtheiten ging, sondern vielmehr um nationalökonomische Interessen und um die uralte Herrschaftsfrage des Patriarchates, den Frauen eigene Entscheidungen nicht zuzubilligen.

3. Tötungsvorwurf und Schuldaspekt (Hlavin-Schulze, 1996)

Frauen stehen bei einer Abtreibung nicht nur unter einem Entscheidungsdruck, ihnen wird auch noch vorgeworfen, ein Kind zu töten.

Zur Frage, ab welchem Zeitpunkt ein Embryo eine Seele besitzt, hat Thomas von Aquin im 13. Jahrhundert behauptet, daß es eine Beseelung des männlichen Fötus ab dem 40. Tage, und des weiblichen ab dem 80. Tag gibt. Im 17. Jahrhundert vertraten Theologen die Auffassung einer Simultanbeseelung. Die Frage also, ab wann der Mensch ein Mensch sei, hatte natürlich Konsequenzen für die Beurteilung der Abtreibung. Seit dem 19. Jahrhundert wurden auf unterschiedlichsten Gebieten Versuche unternommen, die Natur zu beherrschen. Es ist aber gleichzeitig eine Weigerung festzustellen, für oder gegen Abtreibung zu argumentieren. Immer wieder wird bei dem Thema Abtreibung das Tötungsproblem in den Vordergrund gestellt. In diesem zentralen Thema geht es nicht nur um legistische, theologische oder biologische Fragen, es werden auch eine Menge von Emotionen freigesetzt.

4. Psychische Folgen einer Abtreibung

Obwohl angenommen werden kann, daß eine Konfliktschwangerschaft eine psychische Ausnahmesituation darstellt, und die Entscheidung zur Abtreibung krisenanfällig ist, soll das nicht heißen, daß es notwendigerweise zu einem psychischen Trauma kommt.

4.1 Post Abortion Syndrome (PAS)

Der Grundgedanke des PAS wurde 1985 von Speckhard entwickelt. Nach Amendt (1988, zitiert nach Hlavin-Schulze, 1996, S. 52) stützte er sich auf 30 Einzelinterviews mit Frauen,

die eine mindestens fünf bis zehn Jahre zurückliegende Abtreibung als „schwer belastend“ beschrieben. 96 % der Frauen sahen es danach als Vernichtung von Leben bzw. als Mord. Als Kritik an dieser Arbeit ist allerdings die geringe Stichprobengröße sowie das Fehlen einer Kontrollgruppe anzumerken.

Es wird behauptet, daß PAS ein Spezialfall der durch post-traumatischen Streß hervorgerufenen Störungen (PTSD) sei. Folgende Symptome werden genannt:

- das Wiedererleben der schmerzlichen, mit dem ursprünglichen Schwangerschaftsabbruchs-Trauma gekoppelten Gefühle;
- Verleugnungs-, Verdrängungs- und Vermeidungsverhalten bei der Verarbeitung von Gefühlsreaktionen und
- damit verbundene Symptome, die vor der Abtreibung nicht vorhanden waren (David, 1988, zitiert nach Hlavin-Schulze, 1996, S. 52).

4.1.1 Untersuchung Petersen (1986, zitiert nach Hlavin-Schulze, S. 53)

Petersen (Psychiater, Neurologe und Psychoanalytiker) führte gemeinsam mit Buck eine Studie durch, in der sie die seelische Verarbeitung von Frauen nach einem legalen Schwangerschaftsabbruch untersuchten. Diese stützt sich auf 28 psychiatrisch-psychologische Sammelkatamnesen von 1948 bis 1974 mit insgesamt 2771 Frauen. Vorgenommen wurde diese Untersuchung vorwiegend in der Schweiz, in Skandinavien, England und den USA.

Interessant ist das Ergebnis, daß die meisten Frauen nach dem Abbruch mit Entlastung und großer Zufriedenheit reagierten, mit einer raschen Besserung psychiatrischer Beschwerden, falls solche aufgetreten waren, und weiters mit einer glücklichen Erleichterung. Nur wenige Frauen wiesen leichte oder schwere seelische Störungen auf, wie depressive Verarbeitungen und depressive Persönlichkeitsentwicklungen mit Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen, Ängste vor Sterilität, sexuelle Ängste und verschiedenste psychosomatische Störungen.

Petersen unterteilte die Verarbeitungsformen in:

- 1) positive Reaktionen (67 % - 81 %);
- 2) leichte bis mäßige, sich bald normalisierende psychopathologische Reaktionen (15 % - 25 %);
- 3) schwere, chronische, psychopathologische Reaktionen (4 % - 9 %).

Hinsichtlich der Ursachen läßt sich behaupten, daß eine soziale Isolation und eine starke religiöse Bindung die positive Verarbeitung einer Abtreibung erschweren.

4.1.2 Untersuchung Jürgensen (zitiert nach Hlavin-Schulze, 1996, S. 55)

Jürgensen (Psychoanalytikerin und Gynäkologin) führte 1977/78 an der Universitätsfrauenklinik Frankfurt / Main eine Studie mit 49 Frauen sechs bis zwölf Monate nach einer Abtreibung durch. Bei einem Großteil der Frauen wurden unverarbeitete Aggressionen festgestellt, die sich in Träumen, Phantasien oder Projektionen gegenüber Männern äußerten. Weiters wurden von 10 % der Frauen Angst- und Verfolgungsphantasien geäußert (z. B. das einzige lebende Kind könnte zur Strafe sterben). Eigene Aggressionen wurden oft auf die Partner projiziert, die als Versager oder brutale Verfolger hingestellt wurden.

4.1.3 Untersuchung Barnett, Freudenberg & Wille (1986, zitiert nach Hlavin-Schulze, 1996, S. 60)

In der in den Jahren 1982/83 in Kiel an 117 Frauen durchgeführte Studie wurden u. a. Auswirkungen einer Abtreibung auf die Partnerschaft untersucht. Bezüglich der Motive für die Abtreibung gaben die befragten Frauen u. a. Gefährdung von Partnerschaft oder Arbeitsplatz an, zu jung oder zu alt zu sein oder körperlich bzw. seelisch überfordert zu sein.

Die Autoren dieser Untersuchung stellten fest, daß bei 21.3 % der Befragten die seelische Verarbeitung problematisch ist. Allerdings ist zu bemerken, daß diese Frauen bereits vor der Abtreibung depressiver waren als die anderen und auch größere Zweifel über die Richtigkeit der getroffenen Entscheidung hatten. Weiters sind sie weniger bereit, noch einmal eine Abtreibung durchführen zu lassen.

Folgende präabortiv erhobene Faktoren korrelierten statistisch signifikant mit späteren emotionalen Problemen nach dem Schwangerschaftsabbruch:

- Zugehörigkeit zur sozialen Unterschicht,
- eine problematische finanzielle Situation,
- keine intrapsychische Trennung von Fortpflanzung und Sexualität,
- keine oder schlechte Partnerbeziehungen.

Keinen Einfluß auf die emotionale Bewältigung der Abtreibung hatten folgende Bedingungen: Alter, Familienstand, Kinderzahl, gleichzeitig durchgeführte Sterilisation, vorangegangene Abtreibungen, ein intaktes Elternhaus in der Jugend der Patientin, weitere vom Schwangerschaftsabbruch unabhängige Lebensereignisse.

4.2 Auswirkungen der Abtreibung auf die Partnerschaft

Jürgensen (vgl. Sexualmedizin 4/1988, zitiert nach Hlavin-Schulze, 1996, S. 63) stellte fest, daß ein halbes bis ein ganzes Jahr nach der Abtreibung jede fünfte Partnerschaft zerbrochen war und weitere 20 % als bedeutungslos eingestuft wurden. Nach Barnett et al. (1987, zitiert nach Hlavin-Schulze, 1996, S. 66) kommt es kurzfristig zu einer Krisenreaktion während der Schwangerschaft, die einen Monat nach der erfolgten Abtreibung weitgehend abgeklungen ist oder zu einer Trennung geführt hat. Hlavin-Schulze (1996) sieht die Entscheidungsphase vor der Abtreibung von größerer Bedeutung im Erleben der Frauen und auch hinsichtlich kurzfristiger Partnerschaftsreaktionen. Eine Abtreibung muß nach ihrer Ansicht keine langfristigen Auswirkungen auf Stabilität oder Qualität einer Partnerschaft haben.

4.3 Risikofaktoren für eine problematische Bewältigung einer Abtreibung

Langsdorff (1996) faßt die Folgen einer ungewollten Schwangerschaft zusammen, indem sie u. a. folgende Risikofaktoren anführt:

- *Die persönliche Identität als Frau:* Ist für Frauen eine Schwangerschaft von großer Bedeutung für ihr Gefühl von Weiblichkeit, haben diese häufiger Probleme mit der Verarbeitung einer Abtreibung und berichten danach öfters über körperliche Beschwerden.
- *Die Dauer der Schwangerschaft:* Je länger die Schwangerschaft dauert, desto höher ist das Risiko, die Abtreibung nicht problemlos zu bewältigen.
- *Das persönliche Verhältnis zur Mutterschaft:* Besteht bei einer Frau ein unbewußter Kinderwunsch, wird sie später eher Trauer empfinden, als jemand, der ein Kind von innen heraus ablehnt.
- *Die Unterstützung durch Partner und Eltern:* Je weniger Unterstützung eine Frau erhält, desto schlechter verarbeitet sie den Schwangerschaftsabbruch.
- *Ambivalente Gefühle:* Wenn eine Frau schon vorher unsicher ist in ihrer Entscheidung, wird sie danach auch noch Zweifel haben und Probleme mit der psychischen Bewältigung des Abbruchs haben.
- *Ideologische Beeinflussung:* Ein niedriges Selbstwertgefühl und eine große Empfänglichkeit für äußere Beeinflussung wird eher Schamgefühle wegen des Abbruchs zur Folge haben, sowie Furcht vor den Folgen mit sich ziehen.

- *Äußerer Druck im Entscheidungskonflikt:* Eine unter Druck gefällte Entscheidung erhöht natürlich das Risiko einer zusätzlichen psychischen Belastung.
- *Finanzielle Gründe:* Wenn eine Frau aus finanziellen Gründen abtreibt, obwohl das Kind eigentlich erwünscht wäre, kommt es in der Folge häufiger zu psychischen Problemen.
- *Krisenstimmung:* Hat eine Frau schon vorher eine schlechte psychische Ausgangslage, bekommt sie mit dem Abbruch eher Probleme. Krisenstimmungen werden durch den Schwangerschaftsabbruch verstärkt.
- *Wohnort und soziale Einbindung:* Auf dem Land werden seltener Abtreibungen vorgenommen als in der Stadt. Das läßt sich dadurch erklären, daß am Land die Beziehungen untereinander enger sind und die Moral strenger ist. Somit erschweren die innere Einstellung und äußere Einflüsse die Abtreibung und ihre Verarbeitung.
- *Medizinische und eugenische Indikation:* Verarbeitungsprobleme sind hier sehr häufig, da die Schwangerschaft erwünscht war. Bei der eugenisch bedingten Abtreibung entsteht außerdem die Frage nach den Ursachen der Mißbildung des Embryos. Die Angst vor einer Wiederholung kann sogar zu zwanghaften Zügen der Frau führen.

5. Nachbetreuung (Hlavin-Schulze, 1996)

Frauen in der Konfliktschwangerschaft können sich überall beraten lassen, wo eine Beratung angeboten wird. Das ist z. B. bei den Familienberatungsstellen, der Mütterberatung und der Frauenberatung.

Im folgenden werden kurz einige Ansätze vorgestellt, wie nach einer erfolgten Abtreibung eine Betreuung der Betroffenen aussehen kann.

- *Die Methode Dr. Stanford-Rue:* Diese Methode dient zur Bewältigung eines Traumas, das durch eine Abtreibung ausgelöst wurde. Sie geht hauptsächlich davon aus, dem Verdrängungsmechanismus der personalen Verleugnung entgegenzuwirken.
- *Geborene für Ungeborene:* Der Verein Geborene für Ungeborene in Wien arbeitet bei Abtreibungsproblemen mit der Methode Dr. Stanford-Rue. Mitglieder des Vereins versuchen ehrenamtlich den Betroffenen zu helfen. Kritisch ist zu bemerken, daß diese Helfer die Methode als Laien anwenden und therapeutisch unausgebildet sind. Es ist außerdem fragwürdig, ob solch ein Verein als strikter Abtreibungsgegner eine geeignete Betreuung für die Frau bietet.
- *Projekt Rahel:* Die Caritas Wien importierte 1985 aus den USA das „Projekt Rahel“. Die Seelsorger, Ehe- und Familienberater der Caritas besitzen eine eigene Ausbildung für ihre beratende Tätigkeit. In diesem Projekt geht es darum, daß auch die Kirche in ihrer Funktion als Seelsorger nicht leugnen kann, daß auch gläubige Katholikinnen Abtreibungen durchführen lassen. In der Beratung kommen dann allerdings – ähnlich der Methode Stanford-Rue – Regeln der Trauerarbeit und des Versöhnungsprozesses vor.

6. Zusammenfassung und persönliche Stellungnahme

Die Zeit, in der sich eine Frau für oder gegen eine Schwangerschaft bzw. Abtreibung entscheiden muß, ist eine große Belastung für die betroffene Frau. Es können verschiedenste Faktoren eine positive Verarbeitung einer Abtreibung erschweren. Gefährlich kann es für die Frau werden, wenn sie sich ohnehin in ihrer Entscheidung unsicher ist und sich in dieser Situation von außen zu einer Handlung beeinflussen läßt, die sie vielleicht später bereut. Hier wäre eine professionelle, objektive Beratung sinnvoll und wichtig. Ich halte es daher für frag-

würdig, ob eine Beratungsstelle, die ein strikter Abtreibungsgegner ist, der Frau wirklich helfen kann. Die Entscheidung einer betroffenen Frau soll letztendlich akzeptiert und nicht verurteilt werden.

Es ist klar, daß idealerweise einer ungewollten Schwangerschaft vorgebeugt werden sollte. Hier wäre es notwendig, schon bei den Kindern eine gewisse Bewußtseinsarbeit dahingehend zu leisten und Aufklärung über Verhütungsmaßnahmen zu betreiben. Sowohl die Schule als auch die Eltern spielen in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle für das Kind.

7. Literaturverzeichnis

Bönitz, D. (1979). *Zur Psychologie der Abtreibung*. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie.

Hlavin-Schulze, K. (1996). *Frauen nach der Abtreibung*. Wien: Edition Praesens.

Langsdorff, M. (1996). *Kleiner Eingriff – großes Trauma? Schwangerschaftskonflikte, Abtreibung und die seelischen Folgen*. Frankfurt / Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

4) Behinderung des Neugeborenen (Esther Stadlmaier)

1. Einleitung

Die Behinderung ihres Kindes führt bei den Eltern in der Regel zu einer tiefgreifenden seelischen Belastung, die jahrelang andauern kann. Dabei erleben die Eltern starke Gefühle von Bedrohung, Unsicherheit und Angst. Ihr Selbstverständnis ist erschüttert, ihre Lebenseinstellung, ihre Wertorientierungen sowie ihr Lebenssinn sind grundsätzlich in Frage gestellt. Ich möchte im folgenden einen *Diagnoseleitfaden* für Ärzte, erstellt von Lambeck (1992), vorstellen. Zudem soll noch ein kleiner Ausschnitt der Untersuchung von Hinze (1993) zum Auseinandersetzung- und Verarbeitungsprozeß und sein aus den Ergebnissen dieser Studie abgeleitetes *integratives Modell des Auseinandersetzung- und Verarbeitungsprozesses* besprochen werden.

2. Die Bedeutung der Diagnoseeröffnung bei behinderten Neugeborenen

Gebärt eine Frau ein behindertes Kind, so ist die Mitteilung der Diagnose an die Eltern so gut wie immer verbunden mit einer akuten Krise. Die Eltern haben meist neun Monate lang Hoffnungen, Wünsche und Erwartungen unterschiedlichster Art in die Entwicklung und das künftige Leben ihres Kindes gesteckt. Die Information, ein behindertes Kind zur Welt gebracht zu haben, steht dazu im krassen Widerspruch. So erleben die meisten Eltern die Aufklärung durch den zuständigen Arzt als Schock, dem heftige emotionale Reaktionen folgen.

Eine Untersuchung von Strothmann und Zeschitz (1989) hat gezeigt, daß der Umweltvariable *Aufklärung über die Behinderung durch den Arzt* eine entscheidende Rolle bezüglich der erfolgreichen Bewältigung des kritischen Lebensereignisses 'behindertes Kind' zukommt. In ihrer Studie zeigte sich, daß die im Erstgespräch mit dem Arzt entstandenen und gefestigten Kognitionen über die Behinderung des Kindes die Einstellung und das Verhalten der betroffenen Eltern gegenüber ihrem Kind und den notwendigen therapeutischen Maßnahmen weitgehend beeinflussen. Darüber hinaus erwiesen sich diese Kognitionen als sehr veränderungsresistent. An dieser Stelle möchte ich nun kurz an das „Lernen am Modell“ (Bandura, 1969, 1979) erinnern, da sich die Ergebnisse von Strothmann und Zeschitz gut mit dieser Theorie erklären lassen.

Erleben die Eltern in der Situation, wo sie das erste Mal über die Behinderung ihres Kindes informiert werden, einen Arzt, der dem Kind nicht viel Überlebenschancen, Fördermöglichkeiten, etc. einräumt oder allgemein eine negative Haltung gegenüber Behinderten einnimmt, wird es den Eltern um ein vielfaches schwerer fallen, das kritische Lebensereignis „behindertes Kind“ zu verarbeiten und ihr Kind anzunehmen, da der Arzt in dieser Situation ein „ideales“ Modell darstellt. Trautner (1978, zitiert nach Lambeck, 1992, S. 105) schreibt: „Modelle mit sozialer Macht, hohem Prestige und besonderen Fähigkeiten scheinen eher imitiert zu werden als Personen, die diese Eigenschaften nicht aufweisen.“

Bereits im Erstgespräch mit den Ärzten, zumeist der ersten Konfrontation mit der Behinderung, werden Weichen gestellt: All zu oft hinterläßt sie die Eltern rat- und hilflos, ohne Perspektiven und Hoffnung. Es verwundert nicht, daß sie, mit einem nur verschwommenen Bild der Behinderung, ihrer Ursachen und Konsequenzen ohne Handlungsmuster, nur versehen mit der Empfehlung, ihr Kind bestmöglich zu fördern, irrationale Einstel-

lungen und Lösungsstrategien entwickeln. (Strothmann & Zeschitz, 1989, zitiert nach Lambeck, 1992, S. 15)

Susanne Lambeck hat die wesentlichsten und am häufigsten vorkommenden Aussagen von Eltern behinderter Kinder bezüglich der Diagnoseeröffnung herausgefiltert:

- die Aufklärung über die Behinderung ihres Kindes wurde als unangemessen und wenig einfühlsam empfunden;
- sie erleben, wie von ihrem Kind abwertend gesprochen wird;
- viele haben den Eindruck, daß ihm nicht die Pflege zuteil wird, die notwendig wäre;
- häufig wird der Zeitpunkt der Diagnoseeröffnung als hinausgezögert empfunden;
- Eltern fühlen sich in ihrer Unsicherheit und Unruhe vom medizinischen Personal nicht ernst genommen und allein gelassen.

2. Der Diagnoseleitfaden

Lambeck (1992) hat einen Diagnoseleitfaden zusammengestellt, der Ärzte im richtigen Umgang mit der Situation, Eltern mitteilen zu müssen, daß sie ein behindertes Kind geboren haben, unterstützen und helfen soll.

Ich möchte nun die wesentlichsten Elemente des Leitfadens zusammenfassen.

- 1) Es ist für die Unterstützung der Eltern günstiger, in einem *bald durchgeführten Erstgespräch* eine erste Diagnose mitzuteilen, als zunächst auf differentialdiagnostische Erkenntnisse zu warten und damit die Diagnoseeröffnung gegenüber den Eltern zu verzögern.
- 2) Es ist grundsätzlich sinnvoll, den *Kontakt* zwischen Mutter und Kind *so früh wie möglich* herzustellen, jedenfalls aber vor dem Erstgespräch, da
 - ein Kontakt von Mutter und Kind von hoher Bedeutung für die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung ist und
 - die Ahnung einer Andersartigkeit des Babys, ohne es jedoch selbst gesehen zu haben, bei der Mutter Vorstellungen auslösen kann, die inadäquat sind, unnötige Ängste und Barrieren aufbauen und die Mutter-Kind-Beziehung belasten.
- 3) Angesichts der zentralen Bedeutung der Diagnoseeröffnung für die weitere Auseinandersetzung der Eltern mit ihrer neuen Situation sollten *möglichst günstige situative Bedingungen* für den Ablauf des Gesprächs geschaffen werden. Äußere Störungen, die den Eindruck von Zeitdruck erwecken, sind unbedingt zu vermeiden. Ebenso ist es für die Gesprächsführung wichtig, daß der Raum Sitzgelegenheiten aufweist, die es dem Arzt und den Eltern erlauben, gegenseitig Blickkontakt zu halten und auch das Baby zu sehen.
- 4) Der Informierende muß mit den Problemen des Neugeborenen vertraut sein und über das notwendige medizinische Fachwissen verfügen und er muß sich dieser schwierigen Aufgabe persönlich gewachsen fühlen und die notwendige *soziale Kompetenz* im Umgang mit Eltern behinderter Kinder besitzen. Der behandelnde Arzt soll möglichst selbst das Gespräch durchführen. Sollte er sich überfordert fühlen, ist es gut einen Psychologen hinzuzuziehen und eventuell einen zweiten Facharzt mit einbeziehen.
- 5) Grundsätzlich sind *beide Elternteile zum Erstgespräch einzuladen*. Durch die gleichzeitige Information beider Elternteile vermeidet der Arzt eine Situation, in der ein Elternteil gezwungen ist, die schwierige Aufgabe der Aufklärung des anderen Elternteils zu übernehmen. Es muß darauf geachtet werden, daß beide Partner gleichmäßig am Gespräch beteiligt werden. Bei Alleinerziehenden ist eventuell eine Vertraute der Mutter mit einzubeziehen. Wichtig ist, daß das Baby beim Erstgespräch anwesend ist und medizinische Details unter der liebevollen Behandlung des Neugeborenen erläutert werden.

Grundsätzlich sollten *Fachtermini sparsam verwendet* werden und wenn nötig auf jeden Fall erklärt werden. Der Arzt sollte in jedem Fall *pejorative Begriffe*, wie „Schwachsinn“, „Mißbildung“ etc. für das Kind *vermeiden*. Der Arzt kann eine positive Annahme der Eltern des Kindes unterstützen, indem er den *Begriff „Baby“ benutzt*. Zu guter Letzt ist auch noch wichtig, daß der Arzt auch die *„normalen“ Anteile des Babys betont*.

Der Arzt sollte bei der Diagnose die *Aufnahmefähigkeit der Eltern berücksichtigen* und sich *auf wesentliche Informationen beschränken*. Er sollte sich dabei am momentanen Zustand des Kindes orientieren und Fragen der Eltern bezüglich der Ursachen der Behinderung sorgfältig beantworten. Bezüglich der *Prognose* sollte der Arzt besonders *zurückhaltend* sein. Es soll dabei besonders der Rahmen aufgezeigt werden, innerhalb dessen Entwicklungsmöglichkeiten bestehen. Der Arzt sollte auf keinen Fall über „Lebensqualität“ und „Sinn des Lebens“ räsionieren, sondern sich auf medizinische Fakten beschränken. Ebenso sollten Angaben zur Lebenserwartung vermieden werden.

Im Rahmen der Diagnose erfahren die meisten Eltern einen psychischen Schock. In dieser Situation ist es wichtig, daß der Arzt eine empathische Haltung einnimmt. Der Arzt sollte den Eltern künftige, konkrete Perspektiven geben.

3. Studie über den Auseinandersetzung- und Verarbeitungsprozeß bei Eltern geistig behinderter Kinder (Hinze, 1993)

Dieter Hinze (1993) hat in einer empirisch-wissenschaftlichen Studie den Auseinandersetzung- und Verarbeitungsprozeß bei Vätern und Müttern geistig behinderter Kinder analysiert und theoretisch-wissenschaftlich aufgearbeitet.

Die Stichprobe ist nach folgenden Kriterien zusammengestellt worden:

- Leibliche Eltern eines geistig behinderten bzw. mehrfach behinderten Kindes im Alter zwischen 3;0 und 6;11 Jahren;
- Medizinisch-psychologisch gestellte Diagnose „geistige Behinderung“;
- Eltern verheiratet bzw. dauernd zusammenlebend;
- Berufstätigkeit des Vaters.

Für die Untersuchung kamen eine Exploration, mittels eigens erstelltem Explorationsleitfaden, ein Partnerschaftsfragebogen für Eltern, der Situative Streßverarbeitungsfragebogen (SVF-S) und der Fragebogen „Faktische Lebensverhältnisse“ zum Einsatz.

Hinze hat im Rahmen der Auswertung der Daten Feststellungen und Hypothesen zum Coping-Verhalten allgemein, zum Coping-Verhalten in der Verdachtszeit, zum Coping-Verhalten bei der Diagnosemitteilung und zum Coping-Verhalten in der Folgezeit und zur Veränderung des Coping-Verhaltens im zeitlichen Verlauf aufgestellt.

Im folgenden Abschnitt möchte ich nun die aus den Ergebnissen der Studie ableitbaren Hypothesen und Feststellungen bezüglich der *Veränderungen des Coping-Verhaltens im zeitlichen Verlauf* referieren.

- 1) Von der Verdachts- bis zur Folgezeit ging das Ausmaß der von den Eltern erlebten emotionalen und faktischen Belastung zurück. Eine signifikante Belastungsreduktion fand allerdings nur bei Müttern statt. Im Gegensatz zur Verdachtszeit traten in der Folgezeit starke Belastungsreaktionen bei Vätern häufiger auf als bei Müttern. Dabei spielten Schokerlebnisse, Unsicherheit und Angst ebenso eine Rolle wie das Gefühl des Eingeschränktheits durch die faktische Beanspruchung seitens des Kindes.
- 2) Das Ausmaß der Vermeidungsreaktionen nahm bei Vätern wie Müttern signifikant ab. Dennoch blieb bei Vätern die Neigung, der Behinderung durch äußere Distanzierung aus dem Weg zu gehen ebenso bestehen, wie die Tendenz, sich innerlich zu distanzieren.

- 3) Bei Müttern war die innere Distanzierung von der Behinderung rückläufig, während die äußere Distanzierung verstärkt in Erscheinung trat. Das Ausmaß der Behinderung zu beschwichtigen neigten Väter wie Mütter in der Folgezeit häufiger. Das Vermeiden von Gesprächen über die Behinderung war rückläufig.
- 4) Bei Müttern wie Vätern verstärkte sich die positive, von Hoffnung und Zuversicht getragene Einstellung zur Veränderbarkeit der Behinderung. Das Ausmaß dieser Veränderung war allerdings nur bei Müttern signifikant. Bei beiden trat die Hoffnung auf Besserung vermehrt in Erscheinung, während die Hoffnung auf Normalisierung rückläufig war. In der Folgezeit waren vor allem Mütter, aber auch Väter mit den Fortschritten des Kindes häufiger zufrieden.
- 5) Von der Verdachts- zur Folgezeit veränderte sich das Ausmaß des Herausgefordertseins weder bei Vätern noch bei Müttern in nennenswerter Weise. Während sich die innerfamiliäre Beschäftigung mit dem Kind bei Vätern verstärkte, gingen die außerhäuslichen kindbezogenen Aktivitäten bei beiden Eltern zurück. Die auf Selbstveränderung ausgerichtete Aktivierung nahm bei beiden zu. Dazu gehörte die Herausforderung, mit der Behinderung fertig zu werden sowie die Beachtung der eigenen Belange und Interessen.
- 6) Die Bereitschaft und Fähigkeit der Eltern, die Behinderung zu bejahen, nahm zu. Signifikant war diese Veränderung allerdings nur bei Müttern. Die positive und zuversichtliche Einstellung zur Behinderung, die Zufriedenheit mit den Fortschritten des Kindes, die Selbstbestätigung der eigenen Kompetenz sowie die Fähigkeit, die Tatsache der Behinderung offen zu vertreten, wurden in der Folgezeit vor allem seitens der Mütter, aber auch von den Vätern häufiger zum Ausdruck gebracht.
- 7) Von der Verdachts- zur Folgezeit pflegten Mütter wie Väter den Kontakt zu persönlichen und fachlichen Beziehungspersonen signifikant häufiger. Insbesondere Väter intensivierten den Kontakt zu ihren Ehefrauen, steigerten daneben aber auch den Kontakt zu außerfamiliären Bezugspersonen. Bei den Müttern waren vor allem die Kontakte zu Angehörigen, Freunden und Bekannten in der Folgezeit häufiger, aber auch der Kontakt zum Ehepartner nahm zu. Insbesondere Mütter, aber auch Väter verstärkten in der Folgezeit den Kontakt zu Fachleuten ebenso wie zu anderen betroffenen Eltern.
- 8) Die emotionalen Reaktionsformen gingen nur bei den Müttern in signifikantem Maße zurück. Die gleichermaßen von Emotionen wie Kognitionen geprägten Reaktionsformen nahmen bei Müttern wie Vätern signifikant zu, während die kognitiv gearteten mehr oder minder unverändert blieben.
- 9) Die Häufigkeit der intrapsychisch orientierten Reaktionsformen blieb bei Müttern wie Vätern mehr oder minder unverändert. Die interpersonell ausgerichteten Reaktionsformen nahmen bei den Vätern zur Folgezeit hin signifikant zu, während sie bei den Müttern nicht bedeutend häufiger wurden.

4. Das integrierte Modell des Auseinandersetzungs- und Verarbeitungsprozesses nach Hinze (1993)

Basis der folgenden Annahmen ist die Auffassung Hinzes, daß wissenschaftliche Weiterentwicklung durch Zusammenfügen des Besten bzw. Brauchbarsten aus jeder bereits bestehenden Theorie und Sammeln empirischer Ergebnisse entsteht. Demzufolge greift Hinze die wesentlichsten Aspekte der Phasenmodelle, Streßkonzeption, des emotionspsychologischen und sozialpsychologischen Konzeptes und der Konzeption der kritischen Lebensereignisse heraus und vereint sie mit den wichtigsten Daten aus seiner empirischen Untersuchung.

Den zeitlichen Verlauf beschreibt Hinze wie folgt: „Die Chronologie des Zusammenlebens der Eltern mit ihrem behinderten Kind nimmt in der Zeit der Schwangerschaft ihren Anfang, durchläuft mehr oder minder ‚kritische Lebensereignisse bzw. Lebensabschnitte‘ – die Geburt

des Kindes, die Zeit des Verdachts auf eine Behinderung, die Mitteilung der endgültigen Diagnose und die ‚Folgezeit‘ bis zur gegenwärtigen Situation – und mündet in die von den Eltern antizipierte Zukunft mit ihrem behinderten Kind“ (Hinze, 1988, nach Weghaupt, 1996, S. 36). Hinze (1993, S. 53) schreibt, daß das Coping-Verhalten der Eltern als ein multifaktorielles Geschehen betrachtet werden kann, bei dem individuelle, soziale/gesellschaftliche und materielle Ressourcen wechselseitig zusammenwirken. Demnach ist für Hinze Coping ein lang dauernder Prozeß der Auseinandersetzung und des Umgehens mit Behinderung und deren Bewältigung. Im Gegensatz zu den Phasenmodellen der Bewältigung hat der Copingprozeß für Hinze ein offenes Ende und führt somit nicht automatisch zu einer erfolgreichen Auseinandersetzung mit der Behinderung des Kindes. Zudem umfaßt der Copingprozeß bewußte wie auch unbewußte Elemente. Je nach Bewußtseinsgrad unterscheidet er daher Verarbeitungsmechanismen, Reaktionsformen und Bewußtseinsstrategien.

Die wichtigsten Charakteristika des Modells sind:

- Die aufeinanderfolgenden Phasen der Ungewißheit, Gewißheit und Annahme greifen zugleich ineinander über.
- In jedem Stadium werden Bedrohung, Verlust und Herausforderung erlebt. Diese wirken wechselseitig aufeinander und haben, je nach Stadium, ein unterschiedliches Gewicht.
- Emotionale Streß-Belastungen und praktische/kognitive Kontrolle ebenso wie intrapsychische und interpersonelle Reaktionen kennzeichnen die wesentlichen Formen der Auseinandersetzung und Verarbeitung und stehen in einem komplementären Verhältnis zueinander.
- Die Reaktionsformen der Angst und Vermeidung, Niedergeschlagenheit und Hoffnung ebenso wie die Reaktionsformen Aktivität, Problembewußtsein, Bejahung, Verarbeitung und Kontakt sind in jedem Stadium in starkem oder schwachem Maße wirksam und beeinflussen sich gegenseitig.
- Vater-/Mutter-Rolle, gesellschaftliche Werte und Normen, soziales Umfeld und kritische Lebensereignisse stellen die objektiven Rahmenbedingungen dar, die den Coping-Prozeß grundlegend bestimmen.

5. Zusammenfassung

Zusammenfassend ist zu sagen, daß die Geburt eines behinderten Kindes der Beginn eines langen und schwierigen Weges der Verarbeitung dieses Erlebnisses und der Folgen für die Familien darstellt. Fördernd für eine positive Annahme der Situation ist ein gut geführtes Erstgespräch mit dem behandelnden Arzt.

Zum Abschluß meiner Arbeit möchte ich noch die Aussage eines Vaters eines behinderten Kindes zitieren:

Ich war total gelähmt, körperlich und geistig, alles war leer. Es war wie eine Ohnmacht. In den ersten Tagen haben meine Frau und ich gar nicht miteinander geredet, weil jeder mit sich selber voll zu tun hatte, um das zu verarbeiten. Verstandesmäßig war mir das jetzt klar: wir haben ein behindertes Kind. Aber warum ausgerechnet wir? Ich habe schon so viel mitgemacht, und ich wollte alles tun, damit wir zufrieden und glücklich miteinander leben können. Und jetzt sowas! Diese Phase werde ich nie vergessen, diese Lähmung. Am liebsten hätte ich mein Gehirn vertauscht, so wahnsinnige Vorstellungen hatte ich. Ich habe mir das Kind genommen und zu ihm gesagt: Mensch, wie kann ich dir helfen, was kann ich noch tun für dich? Ich kann nichts tun. Ich stehe hier, und weiß nicht, was ich tun soll. Hilf mir doch einer! Aber da kam keiner. (Vater, zitiert nach Hinze, 1993, S. 118)

6. Persönliche Stellungnahme

Gleich zu Beginn meiner Literatursuche habe ich gesehen, daß es einen wahren Dschungel an Literatur zu dieser Thematik gibt.

Mich persönlich hat besonders stark das Verhalten der Ärzte und ihre Unzulänglichkeiten im Umgang mit den Eltern an dieser Thematik interessiert. Für den allgemeinen Verarbeitungsprozeß, denke ich, gibt es eine Menge an Selbsthilfegruppen, Vereinen und Fachkräften, von denen man die nötige Unterstützung bekommt. Nur in bezug auf diesen ersten und wichtigen Schritt zu einem neuen Leben, nämlich der Diagnoseeröffnung hilft scheinbar keiner so richtig. Mich hat wirklich schockiert, wie Ärzte den Eltern kalt und abweisend die Tatsache, daß sie ein behindertes Kind zur Welt gebracht haben, mitteilen. Ich möchte dieses Fehlverhalten aber gar nicht so sehr den Medizinerinnen ankreiden, sondern viel eher unserem System, denn ein Medizinstudent lernt in seiner Ausbildung erst gar nicht mit solchen Situationen umzugehen.

Ein Leitfaden, wie ihn Susanne Lambeck erstellt hat, ist zumindest ein erster Schritt in die richtige Richtung, denn es liegt an uns Psychologen, solche Hilfestellungen für Ärzte in allen Bereichen des Umgangs mit Patienten zu erstellen.

Weiters muß uns auch klar werden, daß die Verarbeitung der Geburt eines behinderten Kindes immer ein sehr schwieriger und langwieriger Prozeß ist, daß aber die Gesellschaft viel dazu beitragen kann, dieses Schicksal besser anzunehmen, indem Integration von Behinderten zum Alltag wird.

7. Literaturverzeichnis

Hinze, D. (1993). *Väter und Mütter behinderter Kinder – der Prozeß der Auseinandersetzung und Bewältigung im Vergleich* (2., unveränderte Aufl.). Heidelberg: Schindele.

Lambeck, S. (1992). *Diagnoseeröffnung bei Eltern behinderter Kinder*. Göttingen: Hogrefe.

Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.). (1995). *Entwicklungspsychologie* (3. vollständig überarbeitete Aufl.). Weinheim: Psychologische Verlags Union.

Weghaupt, S. (1996). *Eltern geistig behinderter Kinder: Rollenverständnis und Bewältigungsverhalten*. Unveröffentlichte Dipl.-Arbeit, Universität Wien.

5) Kindstod / Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) **(Sylvia Lutz)**

1. Einleitung

Als Syndrom des Plötzlichen Kindstod (SIDS) definiert man den plötzlichen und unerwarteten Tod eines Säuglings, den man für gesund hielt oder dessen Krankheit so leicht zu sein schien, daß die Möglichkeit des tödlichen Ausgangs ausgeschlossen werden konnte.

Fünfundzwanzig Jahre intensiver Forschung haben etwas Licht in das Dunkel gebracht, als einzige Erkenntnis blieb jedoch der Schluß, daß SIDS nicht auf eine Ursache zurückzuführen ist. Es wird von einer Wechselwirkung neurophysiologischer, psychologischer und sozialer Faktoren ausgegangen. Die durch SIDS verursachte Säuglingssterblichkeit ist in den industrialisierten Gesellschaften die häufigste Todesursache im ersten Lebensjahr. Sie liegt in der BRD bei etwa 1.8 Promille. Gesichert ist eine höhere Knabenlastigkeit (40 : 60 %), ein Anstieg in den Wintermonaten, eine Häufung an den Wochenenden und ein charakteristischer Gipfel zwischen dem zweiten und vierten Lebensmonat. In den ersten vier Wochen nach der Geburt und nach dem ersten Lebensjahr tritt SIDS praktisch nicht auf.

2. Organische Ursachen

Obduktionen an Säuglingen, die durch SIDS verstarben, ergaben häufig Erkrankungen des Atemsystems als Ursache. Nasale Behinderungen der Atmung können bei Säuglingen, welche nicht in der Lage sind auf Mundatmung umzustellen, zu Atemstillständen und in der Folge zum Tod durch Ersticken führen. Mandell (1981) stellte fest, daß bei den Kindern ohne Infektionen Unregelmäßigkeiten in der Atmung, wie Keuchen, Apnoe und Zyanose (Blauwerden) aufgetreten sind. Anormale Vermehrungen der Muskeln in den kleinen Lungenschlagadern wurden bei etwa 60 % der Kinder festgestellt (Naeye, 1973, 1974). Zusammenfassende Ergebnisse zeigten, daß eine abnorme Proliferation astroglialer Fasern in der lateralen Formatio reticularis des Hirnstammes durch Hypoxie (verminderte Sauerstoffzufuhr des Gesamtorganismus) zustande kam und somit vorherige Schädigungen auszuschließen sind. (Naeye, 1980). Zusätzliche Untersuchungen ergaben, daß Apnoe im REM-Schlaf an sich kein ungewöhnliches Phänomen ist, daß jedoch SIDS-Opfer einen Mangel an Aufwachbereitschaft zeigen und somit nicht angemessen auf die Gefahr des Erstickens reagieren. Saturnus und Klostermann (1992) fanden mehr als hundert Theorien, welche auf organische Ursachen hinweisen. Diskutiert werden u. a. Störungen des Mineralstoffwechsels, akute Infektionen, cerebrale Unreife, eine Hypertrophie des Thymusgewebes und Bauchlage. Bisher konnte keine ausschließlich organische begründete Ursache gefunden werden. Bedauerlicherweise konnten auch keine Risikoprofile erstellt werden, die im Einzelfall eine Voraussage gestatten könnten.

3. Psychosoziale Ursachen

Eine Fülle bekannter Risikofaktoren weist darauf hin, daß neben organischen Ursachen psychosoziale Einflüsse eine ebenso große Rolle spielen. Dazu gehören ein niedriger Ausbildungsstatus der Mutter, unqualifizierte berufliche Tätigkeit des Vaters, Rauchen in der Schwangerschaft sowie eine Nichtinanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen. Außerdem

spielen, neben den sozialen Faktoren, psychische Faktoren, wie Außer- bzw. Unehelichkeit des Kindes, jugendliches Alter der Mutter, Ablehnung des Stillens usw. eine nicht zu vernachlässigbare Rolle.

Jede Schwangerschaft und jedes Kind mobilisieren in der Mutter viele bewußte und vor allem auch unbewußte Erfahrungen, Konflikte, Phantasien, die durch das Kinder gebären im allgemeinen, und die mit den eigenen Kindheitserfahrungen der Mutter zusammenhängen und auf den speziellen Säugling „übertragen“ werden (Dornes, 1999). Häufig werden psychodynamische Aspekte, aus Angst vor Schuldzuweisungen, außer Acht gelassen. „Schuldgefühle gehören zu jedem Trauerprozeß, wir werden immer schuldig an der Beziehung zu anderen Menschen. Es ist deshalb auch sinnvoll, diese Schuldgefühle wahrzunehmen und sie aufzunehmen. Sie sind dazu da unser Verhalten allenfalls zu verändern“ (Kast, S. 70).

Nach Meinung von Gruen verleugnen Mütter eine Interaktion, außer jener, die auf einem idealisierten Selbstbild beruht. Aggressionen werden geleugnet, und verhindern somit eine eigenverantwortliche Auseinandersetzung und einen Trauerprozeß im Falle von SIDS. Diese Problematik wird oft als Grund angegeben, diesen „Risikofaktor“ zu vernachlässigen. Manche Eltern jedoch, die ihr Kind verloren haben, erleben dies anders: „Ich bin selbst betroffene Mutter, mein Kind starb ... mit dreieinhalb Monaten. Ich finde Ihr Buch sehr gut, ich fühle mich nicht angegriffen oder verletzt dadurch. Im Gegenteil, in dem Buch finde ich mich selbst wieder. Zweifel in mir, die ich nie deuten konnte, sehe ich jetzt klarer“ (Gruen, S. 180).

Gruen (1993) und Stork (1989), zwei Kinderpsychiater/ -psychologen, welche sich aus psychoanalytischer Sicht mit SIDS beschäftigen, vertreten die These, daß

... Mütter in einer Art Rollenumkehr eine früher nie erlebte paradiesisch-exklusive Beziehung mit ihrem Säugling inszenieren. Sie haben oder hatten eine hochambivalente Beziehung zur eigenen Mutter und fühlten sich in ihrer Kindheit nur unzureichend versorgt, ohne daß der Groll darüber bewußt werden konnte. Kompensatorisch wird nun das eigene Kind so behandelt, wie die Mutter selbst als Kind gern bemuttert worden wäre. Die unbewußte Verbitterung aus der Vergangenheit färbt den Interaktionsstil und die Wahrnehmung der Bedürfnisse des Säuglings in der Gegenwart und führt dazu, daß in der aktuellen Beziehung oft weniger seine Bedürfnisse als die der Mutter befriedigt werden. (Dornes, S. 202)

Die Beziehung zwischen dem sterbenden Kind und der Mutter weist nach Stork bestimmte Besonderheiten auf:

- eine übergroße Nähe zwischen Mutter und Kind;
- eine spezielle Form der Verleugnung von Aggression in der Beziehung;
- der Ausschluß eines jeden Dritten aus der Verbindung von Mutter und Kind;
- die Behinderung der Individuation sowohl des Säuglings als auch der Mutter.

Zusammenfassend meinen Stork und Gruen, daß sich hinter der bewußten und durchaus ernstzunehmenden Liebe oft eine unbewußte Ablehnung des Kindes verbirgt, die ihre Beziehung maßgeblich beeinflusst. Die Eigenarten des Kindes als auch die aktuellen Lebensumstände sind Faktoren die die Interaktion zwischen Säugling und Mutter beeinflusst (z. B. Geschlecht des Kindes).

4. Trauer, pathologische Trauer und Depression

Trauerarbeit gilt als notwendige und normale Reaktion auf den Verlust einer geliebten Person. Das Konzept der pathologischen Trauer kann als Bindeglied zwischen normaler Trauerarbeit und Depression gesehen werden. Der Trauerprozeß wird in folgende Phasen unterteilt:

- *Schock*: Der Verlust scheint unwirklich, es tritt Lähmung oder Inaktivität ein. Weinen, Ruhelosigkeit, Ärger, Klagen werden von heftigen Emotionen, wie panischer Angst und Wut, begleitet.
- *Beschäftigung mit dem Verstorbenen*: in Träumen, Gedanken und Tagträumen. Innerhalb von ca. vierzehn Tagen beginnen die Hinterbliebenen den Verlust zu akzeptieren. Der Verlust wird emotional anerkannt, und es wird langsam versucht sich von dem Verstorbenen zu lösen.
- *Auflösung*: Bei normalem Verlauf verringern sich die Symptome in den ersten 6-12 Monaten. Die Betroffenen beginnen neue Bindungen einzugehen und sich ihren Interessen zu widmen. Erinnerungen an das Ereignis werden ohne intensiven Schmerz, mit ihren angenehmen und enttäuschenden Seiten, integriert.

Pathologische Trauer entsteht, wenn Personen in einer der genannten Phasen verharren. Bei normalen Trauerreaktionen besteht Hoffnung auf Überwindung des Zustandes. Bei depressiven Zuständen hingegen fühlt sich die Person hilf- und hoffnungslos, ohnmächtig, mutlos und resignativ. Anhand klinischer Studien konnte nachgewiesen werden, daß depressive und pathologische Trauerreaktionen ungünstige hormonelle und physiologische Veränderungen bewirken. Diese können unterschiedliche Erkrankungen wie Colitis ulcerosa, chronische Schmerzen, funktionelle Magen- und Darmbeschwerden, Zwölffingerdarmgeschwüre, Angstneurosen usw. hervorrufen. Eine normale Trauerreaktion verändert hingegen den Hormonhaushalt und das Immunsystem nur kurzfristig und ohne Folgeerscheinungen.

Risikomerkmale für die Verarbeitung sind Todesart und -umstände, soziale Begleitumstände, wie soziale Unterstützung, Persönlichkeitsmerkmale des Hinterbliebenen, wie geringes Selbstwertgefühl, internale Kontrollüberzeugung, eingeschränkte Fähigkeiten Gefühle auszudrücken, aber auch übermäßige Gefühlskontrolle.

5. Der „vergessene“ Partner

Ein Verlust eines Kindes beeinflusst auch die Partnerschaft. Die Mehrzahl der Frauen erlebt ihren Partner als wichtigste Quelle von Unterstützung.

... jede dritte Frau gibt an, daß ihr Partner seine Gefühle kaum zeigen konnte. Einige Frauen leiden noch sechs Monate sehr unter dem Verlust, ihre Männer haben jedoch die Auseinandersetzung bereits abgeschlossen und sich äußeren Aktivitäten zugewandt. Sie erleben es als sehr belastend, wenn ihr Mann die Bedeutung des Verlustes nicht mehr anerkennt und seine Unterstützung zurückgeht. (Beutel et al., 1995, S. 72-73).

Beutel et al. konnten aufgrund einer Studie folgende Hypothesen aufstellen und überprüfen:

- Männer trauern, aber in einem geringeren Maße als ihre Partnerinnen.
- Sie zeigen Traurigkeit weniger offen und überwinden sie schneller.
- Ihre Bindungsbereitschaft ist in der Frühschwangerschaft geringer.
- Die Sorge der Männer um das Wohlbefinden der Partnerin ist von großer Bedeutung für die weitere Verarbeitung des Verlustes durch die Frauen.

6. Die Trauer der Geschwister

Kinder können, je nach Alter, durch einen Todesfall in der Familie an verschiedenen Symptomen leiden. Sie können ängstlich, weinerlich, zurückgezogen, niedergeschlagen, aber auch wütend, launenhaft und aggressiv reagieren. Zusätzlich kommt es häufig vor, daß Kinder ihre Verwirrung durch große Anhänglichkeit, Stottern, Bettnässen, Schulschwierigkeiten und Alpträume zum Ausdruck bringen. Hannah Lothrop zitiert folgenden Bericht, über die Erfahrungen eines Vaters mit seiner fünfjährigen Tochter:

Wenn mir vorher jemand die hypothetische Frage gestellt hätte, wie man mit einem Kind in bezug auf Tod und Geburt eines Geschwisterchens umgeht, dann hätte ich wahrscheinlich geantwortet, daß man ihm sanft die Wahrheit sagen, aber es vor „traumatischen“ Anblicken und Erfahrungen schützen sollte. ... Sie (die fünfjährige Tochter) sagte: „Ich will sie sehen!“ Es war klar, daß sie von uns verlangte offen und direkt zu sein. (Lothrop, 1995, S. 111-112)

Nach Lothrop haben Kinder sehr feine Antennen. Erst wenn ihnen nicht gesagt wird was geschehen ist, entwickeln sie Phantasien darüber, was passiert sein mag. Zusätzlich besteht die Chance die Wirklichkeit so zu akzeptieren, wie sie ist und einen Trauerprozeß gesamtfamiliär durchzuarbeiten.

7. Abschied nehmen

Entgegen alltagspsychologischer Meinungen ist gerade die Entwicklung einer Bindung zum Baby die beste Voraussetzung für einerseits heilsames Abschiednehmen und andererseits die Fähigkeit entwickeln zu können neue Beziehungen einzugehen. Deshalb ist es wichtig, daß der Prozeß der Bindung stattfindet, vollendet und nicht abrupt abgebrochen wird, selbst wenn das Baby tot geboren wurde oder stirbt. Viele Eltern drücken noch Jahre nach dem Verlust ihr Bedauern darüber aus, ihr Kind nicht gesehen zu haben. Selbst wenn Babies mit Fehlbildungen zur Welt kommen, sollten Eltern ihre Kinder sehen. „Die Erfahrung hat gezeigt, daß die Realität nie so schlimm ist wie die Monsterfantasien, die Eltern entwickeln, wenn sie ihr Kind nicht sehen“ (Lothrop, S. 74). Außerdem sei es wichtig, dem Kind einen Namen zu geben und es zu beerdigen. Dies kann den Trauerprozeß unterstützen, vor allem wenn noch andere Geschwister da sind.

8. Stellungnahme

Die Auseinandersetzung mit SIDS war für mich ein bereicherndes und berührendes Erlebnis. Da ich keine Kinder habe und glücklicherweise auch im näheren Bekanntenkreis derartige Verluste nicht miterleben mußte, bin ich dankbar, dieser Thematik auf „neutraler“ Ebene begegnet zu sein. Da es nach wie vor keine eindeutigen Erklärungen für den Säuglingstod gibt, halte ich jeden Zugang für relevant und notwendig, um dieses Phänomen aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten.

9. Literaturverzeichnis

- Beutel, M. (1995). *Der frühe Verlust eines Kindes. Bewältigung und Hilfe bei Fehl-, Totgeburt und Fehlbildung*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Dornes, M. (1999). *Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre*. Frankfurt/Main : Fischer.
- Gruen, A. (1999). *Ein früher Abschied. Objektbeziehungen und psychosomatische Hintergründe beim Plötzlichen Kindstod*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kast, V. (1996). Wenn Geburt und Tod zusammenfallen. In G. Lutz & B. Künzer-Riebel (Hrsg.), *Nur ein Hauch von Leben* (S. 63-78). Frankfurt/Main: Edition Kemper.
- Lothrop, H. (1995). *Gute Hoffnung – jähes Ende*. München: Kösel.
- Lutz, G. & Künzer-Riebel, B. (Hrsg.). (1997). *Nur ein Hauch von Leben. Eltern berichten vom Tod ihres Babies und von der Zeit ihrer Trauer* (4. Aufl.). Frankfurt/Main: Edition Kemper.
- Saturnus, K. & Klostermann P. (1992). *Der plötzliche Kindstod. Elternbetreuung*. Lübeck: Schmidt-Römhild.

6) Geburtsvorbereitung – eine Bestandsaufnahme **(Antonia Spiel)**

1. Einleitung

Laut Hauffe (1987) hat Geburtsvorbereitung in unserer Kultur eigentlich eine sehr kurze Geschichte. Die ersten Ansätze der Geburtsvorbereitung wurden in den 1930er Jahren entwickelt und verbreitet. Jedoch ist in diesem Zusammenhang eine Unterscheidung zwischen institutioneller und familiärer Geburtsvorbereitung sinnvoll.

Die familiäre Geburtsvorbereitung gab es schon immer, da die (schwangeren) Frauen in ihrer Dorfgemeinschaft integriert waren und durch dieses informelle Kontaktsystem auf die Geburt ihrer eigenen Kinder vorbereitet wurden. Dies geschah z. B. durch das Miterleben nachbarschaftlicher Geburten und durch das Entstehen von „Wissen“ durch das Leben mit Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft.

Durch den zeitlichen und gesellschaftlichen Wandel, der sich von Landleben zu Stadtleben, von Großfamilie zu Kleinfamilie und von der Hausgeburt zur Klinikgeburt vollzog, verlor dieses „geburtsvorbereitende Bezugssystem“ an Bedeutung und eine Institutionalisierung erschien sinnvoll. Nach Widhalm und Mitterhuber (1990) verschob sich mit diesem gesamtgesellschaftlichen Wandel auch die Bedeutung der Kinder für ihre Eltern. Plötzlich dienten Kinder nicht mehr nur der wirtschaftlichen Absicherung, wie z. B. der Altersvorsorge, sondern boten auch „Erfüllung emotionaler Sehnsüchte und das Erleben von Freude und Sinnhaftigkeit“ (Widhalm und Mitterhuber, 1990, S. 1). Mit der Möglichkeit der Familienplanung waren Schwangerschaft und Geburt nicht mehr so alltägliche Dinge wie sie es vielleicht zuvor waren. Heute erlebt ein Paar durchschnittlich zwei Geburten, die durch ihre Seltenheit als außergewöhnlich und besonders erlebt werden. Das Ereignis Geburt ist oft mit großen Wünschen, Erwartungen und Sehnsüchten verknüpft.

2. Die Anfänge der (institutionalisierten) Geburtsvorbereitung

In den 1930er Jahren fanden erstmals sogenannte „Mütter-Kurse“ statt, die in Anlehnung an Veröffentlichungen von Dr. Grantly Dick-Read abgehalten wurden.

2.1 Die Geburtsvorbereitung nach Dick-Read

Nach Hauffe (1987) spricht Dick-Read von dem „Angst-Verspannungs-Schmerz-Syndrom“. Es wirken Angst, Verkrampfung und Schmerz in einem Regelkreissystem dem natürlichen Verlauf der Geburt entgegen. Er geht davon aus, daß die Angst vor der Geburt bei der schwangeren Frau eine körperliche und seelische Abwehrreaktion auslöst. Diese Abwehrreaktion zeigt sich in Muskelspannungen, die die Geburt nicht unterstützen bzw. ihr sogar entgegenwirken. Diese Verkrampfungen verursachen wiederum Schmerzen und lösen ebenfalls Angst aus, die den Kreis schließt.

Nach Widhalm und Mitterhuber (1990) führt auch das Unwissen über die Abläufe der Geburt zu Verspannungen, die wieder Schmerzen verstärken und solche auch auszulösen vermögen.

Dick-Read (1981, zitiert nach Widhalm und Mitterhuber, 1990) meint, durch die Vermittlung von Wissen und durch das Erlernen von Entspannung und der damit verbundenen Atmung

und der Haltungskontrolle, den Frauen helfen zu können die Angst zu überwinden. Diese Entspannungsübungen werden angelernt und dann auch in alltäglichen Situationen „nebenbei“ geübt, damit sie auch bei gleichzeitiger Wehentätigkeit angewendet werden können. Diese Entspannungsübungen werden in ihrer Effektivität gesteigert, wenn das richtige Atemmuster zur Anwendung kommt. Dick-Read führte für die unterschiedlichen Geburtsphasen verschiedene, genau vorgeschriebene Atemmuster an. Außerdem begleiten körperliche Übungen und die richtige Ernährung den Verlauf der Schwangerschaft, um körperliches Wohlbefinden herzustellen. Diese Methode ist laut Widhalm und Mitterhuber „sehr Anatomie und Physiologie theoretischer Prägung“ (1990, S. 6). Die Rolle der Frau ist durch Passivität gekennzeichnet (wird ausgebildet und lernt Kontrolle). Die Konzentration liegt auf der Ausbildung ihres Körpers auf die Geburt, und ihre Persönlichkeit wird nur wenig bis gar nicht berücksichtigt.

2.2 Die Geburtsvorbereitung nach Lamaze

Diese Methode wurde in den 1950er Jahren entwickelt und verbreitete sich Anfang der 1970er in Deutschland. Hierbei handelt es sich um einen verhaltenstheoretischen Ansatz, der nach Widhalm und Mitterhuber (1990) darauf abzielt, der Frau die Ängste und Zweifel vor der Geburt wegzutrainieren und die Geburtsschmerzen als hilfreiche Signale für bestimmten Atemmuster und nicht als Schmerzen zu sehen. Den schwangeren Frauen soll beigebracht werden die Geburt als ein positives Erlebnis aufzufassen. Er geht davon aus, daß Atem- und Entspannungsübungen als bedingte Reflexe auf die Wehentätigkeit erlernbar sind. Diese Übungen sollen von den Kontraktionen ablenken und für die ausreichende Sauerstoffversorgung sorgen. Diese Atemmuster folgen ebenfalls Regeln, die sich an den Phasen der Geburt orientieren. Außerdem betont Lamaze in seinem Ansatz die aktive Entspannung und die Muskelkontrolle. Zaunmüller und Lenze (1982, zitiert nach Hauffe, 1987) meinen, daß anstelle von Passivität, Hilflosigkeit und Angst Begriffe wie Arbeit, Konzentration und Zuversicht treten.

2.3 Die Geburtsvorbereitung nach Kitzinger

Diese theoretische Richtung etablierte sich in der zweiten Hälfte der 1970er und wurde auch laut Hauffe (1987) die „psychosexuelle Geburtsvorbereitung“ genannt. Hier treten die Begriffe Selbstbestimmung, Selbstkontrolle und freiwillige Entscheidung in den Vordergrund und sollen zu einer aktiven Zusammenarbeit mit dem Geburtshelfern führen. Nach Widhalm und Mitterhuber (1990) spielen bei Kitzinger Gefühle und Einstellungen über einen selbst, die sich in der Kindheit entwickelt haben, eine bedeutende Rolle im Zugang zu Schwangerschaft und Geburt. Die Frau bzw. der Mann bzw. das Paar wird als individuell gesehen, und es wird ein Spielraum gelassen wie diese mit erhaltenen Informationen umgehen. Bei diesem Modell wird die grundsätzliche Fähigkeit vorausgesetzt, Schwangerschaft und Geburt aktiv zu begegnen. Für Kitzinger bildet Atmung und Entspannung eine Einheit. Durch das Erfühlenlernen von Spannung und Entspannung kommt es zu einer verbesserten Körperwahrnehmung, die bei der Geburt ebenfalls unterstützend wirkt. Kitzinger orientiert sich bei ihren empfohlenen Atemmustern an Dick-Read und Lamaze, läßt aber einen viel individuelleren Umgang damit zu.

2.4 Geburtsvorbereitung nach Wilberg und Hujber

Dieser Ansatz stammt aus Österreich und ähnelt jenem von Sheila Kitzinger sehr. Jedoch wird hier nicht die Vermittlung wissenschaftlicher Information und verhaltenspsychologisch-orientierter Techniken in den Vordergrund gestellt, sondern die Wichtigkeit des Selbstvertrauens der Frau in ihren Körper und dessen Kompetenzen betont. Hier wird 1990 von Widhalm und Mitterhuber „Selbsterfahrung“ als wesentliches Element hervorgehoben.

Weiters sind die „geburtsvorbereitenden Selbsthilfegruppen“ zu nennen, die sich aus der Unzufriedenheit der Frau in den körperbetonten Schwangerschaftskursen entwickelten. Dort war dann schließlich Platz über Ängste und Sorgen zu sprechen.

3. Zusätzlich unterstützende Maßnahmen

Die oben genannten Strömungen können nach Widhalm und Mitterhuber (1990) durch folgende Elemente der Geburtsvorbereitung unterstützt werden:

- *Aktive Entspannung und Geburtsvorbereitung durch autogenes Training*: Diese anerkannte Methode der Selbstentspannung wird in ihrer Originalform erlernt und dann auf die Zwecke der Geburt adaptiert (z. B. „Mein Atem streichelt mein Baby“).
- *Entspannung durch Yoga*: Durch Meditation wird Körperkontrolle und Entspannung erreicht.
- *Schwangerschaftsgymnastik*: Sie soll hauptsächlich körperliche Beschwerden wie z. B. Kreuzschmerzen lindern und die Kreislauffähigkeit fördern. Es finden sich aber teilweise auch Elemente der Entspannung.
- *Einsatz audiovisueller Mittel* wie z. B. *Film* über eine Geburt: Dieses Medium kann unterschiedliche Auswirkungen haben und scheint ohne anschließendes Gespräch in seinem Einsatz sehr zweifelhaft.

4. Ziele der Geburtsvorbereitung

Nach Neumann (1987) stellte sich im historischen Rückblick die Verringerung des Schmerzes bei der Geburt als ursprüngliches Ziel der Geburtsvorbereitung dar.

Widhalm und Mitterhuber (1990) meinen, daß die zentrale Frage der Geburtsvorbereitung jene ist, die fragt: „WORAUF soll die Frau bzw. der Mann bzw. das Paar vorbereitet werden?“. Denn oft setzt bereits die Zielvorgabe den Weg und das gewählte Modell der Geburtsvorbereitung fest. So gehen sie davon aus, daß bestimmte Grobziele in jeder geburtsvorbereitenden Maßnahme enthalten sein soll. Solche *Grobziele* sind:

- Vermittlung von Wissen (z. B. physiologischer Ablauf von Schwangerschaft und Geburt und mögliche Abweichungen);
- Verhindern bzw. Abschwächen der Angst-Wehe-Schmerz-Spirale durch Erfahren/Erlernen von Entspannung und Atemtechnik;
- Gewinnung von Selbstvertrauen und Kompetenz mit der Geburt aktiv umzugehen;
- Ansprechen und, soweit wie möglich, auch Bearbeitung von lebensgeschichtlichen Vorbedingungen von Ängsten und Unsicherheiten.

Oft ist es schwierig die Ziele der Geburtsvorbereitung zu formulieren. Deshalb sind Überlegungen zur Einstellung der körperlichen Veränderung während der Schwangerschaft und deren Auswirkung auf das Selbstverständnis der Frau, zur intensiven Konfrontation mit Schmerz und dem Ausgeliefertsein an eine Dynamik, aus der es kein Zurück mehr gibt, und zur Veränderung der Beziehung und des gesellschaftlichen Ansehens, möglicherweise hilfreich die Zielvorstellungen genauer zu erspüren.

Laut Widhalm und Mitterhuber (1990) sind *realistische Ziele* der Geburtsvorbereitung:

- *Vermitteln von Wissen*: Hier werden die physiologischen Abläufe mit den möglichen subjektiven Empfindungen verknüpft und so in der konkreten Situation „entschärft“ (z. B. bei Blasensprung der „richtige Zeitpunkt“ für das Aufbrechen ins Spital oder Entbindungshaus; oder: gegen Ende der Öffnungsphase und in der Übergangsphase können oft Gefühle

des „Nicht-mehr-Wollens“, der totalen Erschöpfung, des „Von-allem-genug-Habens“ aufkommen. Physisch zeigen sich hier Übelkeit, Erbrechen, Zittern und andere Zustände).

- *Entscheidungsfindung über die Rahmenbedingungen der Geburt:* Frauen gebären mehrheitlich in Spitälern. Es gibt jedoch auch die Möglichkeit der (ambulant) Geburt in speziellen Entbindungshäusern und jene der (seltenen) Hausgeburt. Auf jeden Fall sollten die Vorstellungen der Frau mit jenen des gewählten Geburtsorts harmonieren und bereits im Vorfeld geklärt sein (z. B. wird die Geburtspositionsfindung in manchen Häusern vorgegeben, in anderen Spitälern ist die selbständige Positionierung erwünscht; Kardiotokograph, CTG, wird mancherorts durchgängig eingesetzt oder aber nur stichprobenartig eingesetzt). Auch das Kennenlernen des Entbindungsraums und des ortsüblichen Umgangs mit außerhalb der Norm verlaufenden Situationen dient der Geburtsvorbereitung.
- *Finden und Stärken des Selbstvertrauens:* Zutrauen zum eigenen Körper zu entwickeln gehört auch zu den Zielen einer Geburtsvorbereitung.
- *Abbauen von Angst:* Hier unterscheidet man zwei Formen der Angst, die im Rahmen der Schwangerschaft auftreten können. Bei der ersten Angst spricht man von einer „normativen Angst“ mit ihrer psychischen und physischen Notwendigkeit. Sie dient als Anpassungshilfe, um sich mit der Schwangerschaft und der Geburt auseinander zu setzen und steht in Bezug zu dem Unvorhersagbaren. Diese Angst soll zugelassen werden und gegebenenfalls aufgearbeitet werden. Die zweite Angst liegt tiefer und hat teilweise weiter zurückliegende Ursachen. Oft können diese Ängste nicht im Rahmen der Geburtsvorbereitung aufgearbeitet werden, da sie die gängigen Geburtsvorbereitungsmodelle überfordern würden. Hier kann wieder durch medizinisch-faktisches Wissen Entspannung und Zuversicht gegeben werden (z. B.: am Ende der Schwangerschaft hat die Frau 1½ Liter mehr Blut im Körper [Reserve!], Hinweis auf Vorhandensein der Endorphine als schmerzdämpfende Substanzen).

Nach Widhalm und Mitterhuber (1990) ist das wichtigste der Geburtsvorbereitung, daß sich die Frau bzw. das Paar mit der Schwangerschaft und der Geburt überhaupt auseinandersetzen und dadurch Vertrauen zu sich selbst und zum Betreuer finden. Sie sehen die Geburtsvorbereitung als „vertrauensbildende Maßnahme“ (S. 2).

5. Modelle der Geburtsvorbereitung

Hat die Frau bzw. der Mann bzw. das Paar ihre Ziele der Geburtsvorbereitung formuliert, geht es an die Auswahl des passenden Modells der Geburtsvorbereitung. Nach Widhalm und Mitterhuber (1990) gibt es vier Hauptkategorien dieser Modelle:

5.1 Kognitive Modelle

Hier steht die Wissensvermittlung über Physiologie, Schwangerschaft und Geburt, mögliche Komplikationen und den medizinischen Möglichkeiten des Umgangs damit im Vordergrund. Manchmal wird auch noch der „versorgungstechnische“ Umgang mit dem Neugeborenen angesprochen. Die Rolle des Partners wird hier als „Mitwisser“ verstanden, der die gleichen Informationen wie die Frau erhält und so diese mit ihr teilt. Man bemerkt hier ein starkes Gefälle zwischen den Vortragenden und den Hörenden.

5.2 Körperorientierte Modelle

Grundelement ist das Erlernen von Übungen zur Kontrolle durch Atmung und gymnastische Betätigung. Die Wissensvermittlung beschränkt sich auch auf den körperbezogenen-

medizinischen Bereich (z. B.: optimale Gewichtszunahme; was tun, damit der Körper fit bleibt). Dem Partner kommt hier die Rolle des „Trainers“ und des „Kontrollors“ zu. Durch die Beschäftigung mit dem Körper wird ein Zutrauen zu den Fähigkeiten des Körpers mit Schwangerschaft und Geburt zurechtzukommen, geweckt.

5. 3 Emotional-psychisch orientierte Modelle

Diese Modelle beschäftigen sich fast ausschließlich mit dem Bereich der Selbsterfahrung, des Bearbeitens der Lebensgeschichte in Hinblick auf Schwangerschaft und Geburt und der Beziehungssituation mit dem Partner. Hier stehen das Individuum (Frau und Mann) und sein Erleben von Schwangerschaft und Geburt im Vordergrund.

5. 4 Modelle mit integrativem Ansatz

Diese Modelle versuchen der Vielschichtigkeit von Schwangerschaft und Geburt gerecht zu werden. Sie versuchen alle Ebenen, die in den anderen Modellen angesprochen werden, zu vereinen. Die Grundidee ist jene, daß Frauen die Intuition und Fähigkeit besitzen zu gebären und zu wissen, wie der Geburtsablauf zu sein hat. Die Wissensvermittlung wird hier als nicht so relevant angesehen.

Man muß einschränkend sagen, daß in der „Praxis“ kein Modell in der Reinform anzutreffen ist, da auch viele andere Einflußfaktoren, wie z. B. die dahinterstehende Organisation, die Rahmenbedingungen, das Team, ... einfließen.

6. Rolle des Mannes in der Geburtsvorbereitung

Nach Widhalm und Mitterhuber (1990) ist es in unserer Generation üblich geworden, Männer in den Ablauf von Schwangerschaft und Geburt miteinzubeziehen. So ist es einleuchtend, daß auch der betroffene Mann Gefühle und Gedanken zu diesem Thema entwickelt. Um auch ihn auf die Geburt, und die damit verbundenen Veränderungen vorzubereiten, gehört vor allem das Ernstnehmen seiner Gefühle und die Chance diese auszudrücken, zu einer „gelungenen“ Vorbereitung.

Wie schon angesprochen, wird auch dem Mann in den einzelnen Modellen eine unterschiedliche Rolle und Funktion zugeschrieben. Hier wäre z. B. die Rolle des „Mitwissers“ in kognitiv-orientierten Modellen, oder die Rolle des „Trainers“ oder „Kontrollors“ in körperorientierten Modellen zu nennen. In diesen Zugängen werden emotionale Aspekte eher umgangen und der Platz über seine Gefühle zu sprechen, genommen. In den emotional-psychisch sowie integrativ orientierten Modellen wird der Mann bzw. Partner zwar auch zur Unterstützung bei Massage und Bewegungsübungen herangezogen, jedoch wird ihm dort auch Raum gegeben über seine Gefühle, Ängste und Gedanken zu sprechen.

7. Zusammenfassung

Durch die Auslagerung der Geburt aus dem häuslichen Bereich wurde die Etablierung von Geburtsvorbereitungskursen notwendig. So wurden einzelne Ansätze, die in diesen Kursen vertreten werden, vorgestellt. Auch unterstützende Maßnahmen zur Geburtserleichterung wurden kurz angesprochen. Um die Ziele der Geburtsvorbereitung individuell zu formulieren, wurden Denkanstöße vorgestellt, um diese Aufgabe zu erleichtern. Zum Abschluß wurden die einzelnen Modelle der Geburtsvorbereitung mit ihren dahinterstehenden geistigen Strömungen und ihrer Zuschreibung der Rolle für den (meist männlichen) Partner, beschrieben.

8. Persönliche Stellungnahme

Nach Beschäftigung mit der Literatur kommt man zu dem Schluß, daß eine Einigkeit über die Sinnhaftigkeit der Geburtsvorbereitung, oder allgemeiner, der Beschäftigung mit Schwangerschaft und Geburt, besteht.

Meiner Meinung nach sind diese Geburtsvorbereitungskurse auf jeden Fall individuell auszuwählen und auf den Wissensstand und den emotionalen Zustand der Betroffenen abzustimmen, denn „nicht jedem paßt jeder Schuh“. Natürlich hat jede Frau bzw. jedes Paar unterschiedliche Vorstellungen von dem Ereignis Geburt, und diesen individuellen Vorstellungen sollte, meiner Meinung nach, auch in Geburtsvorbereitungskursen Rechnung getragen werden. Dennoch können Geburtsvorbereitungskurse, die vielleicht von den schwangeren Frauen sehr ausdauernd und konsequent besucht werden, niemals die höchstpersönliche Auseinandersetzung mit dieser neuen Situation und ihren Auswirkungen ersetzen.

9. Literaturverzeichnis

- Dick-Read, G. (1981). *Mutterwerden ohne Schmerzen. Die natürliche Geburt*. Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Fedor-Freybergh, P. (1987). *Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin*. Berlin: Rotation Verlag.
- Hauffe, U. (1987). Ansprüche an geburtsvorbereitende Arbeit. In P. Fedor-Freybergh (Hrsg.), *Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin* (S. 313-320). Berlin: Rotation Verlag.
- Neumann, H. (1987). Ziel und Sinn einer Geburtsvorbereitung. In P. Fedor-Freybergh (Hrsg.), *Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin* (S. 374-378). Berlin: Rotation Verlag.
- Widhalm, R. & Mitterhuber, R. (1990). *Geburtsvorbereitung*. Dialog, 6 (1), Beilage „Dialog Spezial“ 1-10.
- Zaunmüller, A. & Lenze, M. (1982). *Formen und Kritik der Geburtsvorbereitung. Empirische Darstellung und kritische Analyse von Konzeptionen der Geburtsvorbereitung – Kriterien für neue Konstrukte*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Aachen.

7) Mütterliche Belastungsverarbeitung

(Birgit Stubenreiter)

1. Einleitung

Das einmalige und einschneidende Erlebnis der Mutterschaft bringt nicht nur bereichernde, sondern auch belastende Erfahrungen und Anforderungen mit sich, mit denen die Frau erst lernen muß umzugehen. In meiner Arbeit beziehe ich mich auf die Ergebnisse einer empirischen Studie von Huwiler (1995), deren Ziel es war, verschiedenen Aspekte familialer Realität in der Schweiz aus der Sicht von Müttern darzustellen. „Rund 180 Frauen, die 1991 ihr erstes Kind zur Welt gebracht hatten, berichteten nach der Geburt zweimal ausführlich über die Schwangerschaft, die Entbindung, über ihre Beziehung zum Vater des Kindes und den Alltag mit dem Neugeborenen“ (Huwiler, 1995, S. 11).

2. Herausforderung Mutterschaft: Ergebnisdarstellung der empirischen Studie von Huwiler (1995)

2.1. Welche Belastungen erleben Mütter durch die Geburt ihres Kindes?

In der Studie von Huwiler (1995) gaben viele Mütter an, daß die neue Rolle als Mutter mit vielen Anforderungen verbunden war und sie diese als streng und manchmal überfordernd erlebten. 42 % gaben an, daß sie den Umgang mit dem Kind gleich nach der Rückkehr aus dem Spital bzw. nach der Hausgeburt schwieriger erlebten als erwartet. Schon nach vier Monaten hatten die meisten Mütter so viel Sicherheit und Gewandtheit im Umgang mit ihren Kindern erreicht, daß nur noch 16 % den Umgang als schwieriger erlebten als erwartet. Nach einem Jahr sank dieser Wert sogar unter 5 %. Sowohl zum Befragungszeitpunkt nach vier Monaten als auch nach zwölf Monaten empfanden 20 % der Mütter den Alltag mit einem Säugling als streng bis sehr streng und 40 % als mittelmäßig streng. Die Ergebnisse einer Befragung, welche kindlichen Eigenschaften und welche Einschränkungen und Erlebnisse das Wohlergehen der Mütter besonders beeinträchtigte, sind in Abbildung 1 dargestellt. Viele der genannten Probleme betreffen nicht das Kind, sondern die Verfassung der Mutter, welche den Mutter-Kind-Kontakt beeinträchtigt. Im weiteren sind große Unterschiede zwischen dem vierten und dem zwölften Monat erkennbar. Die psychische Verfassung der Mütter hatte sich verbessert, und der Schlafmangel und die Müdigkeit hatten sich verringert. Die sozialen Kontakte konnten intensiviert werden und die Probleme mit dem Stillen und dem unerklärlichen Weinen des Kindes gingen zurück. Allgemein wurde das Kind, mit zunehmendem Alter, als anspruchsvoller erlebt, was durch seine neuen Fähigkeiten sich fortzubewegen und die Aktivitäten der Mutter gezielt durch seine Bedürfnisse zu beeinflussen, erklärt werden kann. Dies erschwert deren Aufgabe, Hausarbeit, Kinderbetreuung und eine eventuelle Erwerbstätigkeit zu vereinen.

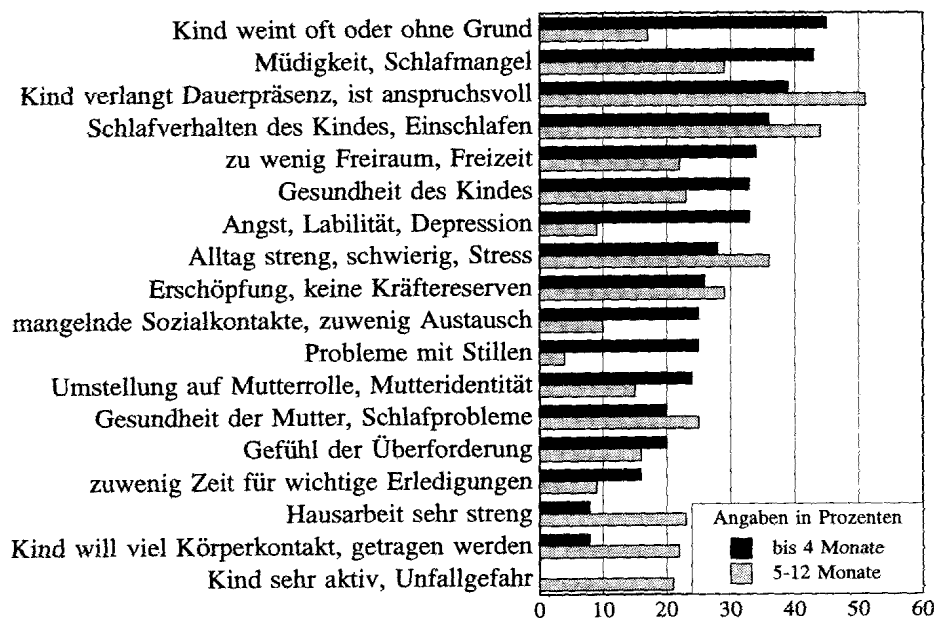


Abbildung 1: Probleme der Mütter im Umgang mit den Kindern (Huwiler, 1995, S. 121).

Ein Jahr nach der Geburt wurde den Müttern zusätzlich eine Einstufung zu verschiedenen Themen vorgelegt, die Sorge oder Belastung darstellen können. Am belastendsten wurde, nachvollziehbarerweise, hierbei eindeutig das Schlafverhalten der Kinder angegeben. Schlafunterbrüche des Kindes führen einerseits zu Müdigkeit und Erschöpfung der Mutter, andererseits ist ein ungestörtes Nachtmahl oder ein Gedankenaustausch mit dem Partner abhängig davon, um welche Zeit und wie aufwendig sich das Schlafenlegen des Kindes gestaltet. Als zweiter Punkt wurde die Ernährung, gefolgt von geforderter Aufmerksamkeit, Weinen, Verdauung und Charakter des Kindes genannt.

Es konnte gezeigt werden, daß die Aufgaben der Mutterschaft die meisten Frauen hin und wieder an die Grenzen der eigenen Leistungsfähigkeit brachten. 62 % gaben ein Jahr nach der Geburt an, daß es Momente gab, in denen sie sich als Mutter überfordert fühlten. 88 % gaben zu, daß es Momente gab, in denen sie ungeduldig oder ärgerlich gegenüber ihrem Kind waren. Im allgemeinen kann aber gesagt werden, daß Mütter mit den an sie gestellten Aufgaben gut zurechtkamen und selbst den Alltag mit zunehmendem Alter des Kindes einfacher erlebten.

2.2. Welche Bereicherungen erleben Mütter durch die Geburt ihres Kindes?

Auf die Frage: „Wie glücklich sind sie gesamthaft gesehen über die Veränderungen in Ihrem Leben, die durch Ihr Kind entstanden sind?“ (Huwiler, 1995, S. 124), antworteten 93.4 % der Mütter nach vier Monaten mit „weitgehend“ oder „sehr glücklich“. Nur 5.5 % bezeichneten sich als „teilweise glücklich“, und je eine Mutter beschrieb sich als „weniger glücklich“ oder „gar nicht glücklich“. Abbildung 2 zeigt erfreuliche Erlebnisse, die Mütter mit ihren Kindern machten (Huwiler, 1995, S. 124):

In den Antworten können zwei Tendenzen des Erlebens erkannt werden: „Einerseits eine eher gefühlsmäßige, die lebendige Interaktion und das Involviertsein der Mutter betonende Haltung, andererseits eine etwas distanziertere, beobachtende und durch intellektuelle Faszination geprägte Erlebnisweise“ (Huwiler, 1995, S. 125). Erst die Kombination beider ergab den ganzen Reichtum des Erlebens mit dem Kind.

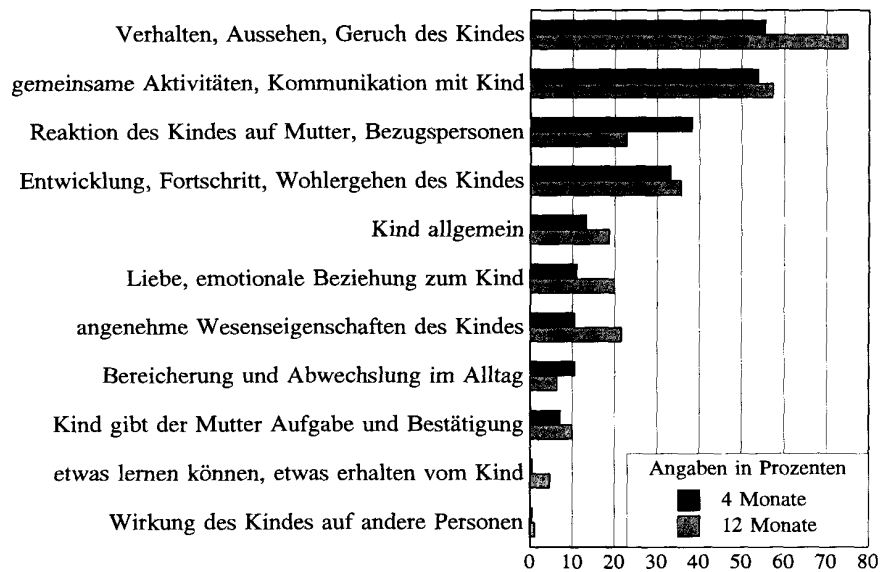


Abbildung 2: Bereichernde Erlebnisse der Mütter mit ihren Kindern (Huwiler, 1995, S. 124).

2.3. Soziale Kontakte zu Verwandten und Bekannten

Die nachfolgende Abbildung veranschaulicht die Qualität der Sozialkontakte der Mütter zu Verwandten und Bekannten ein Jahr nach der Geburt (Huwiler, 1995, S. 131):

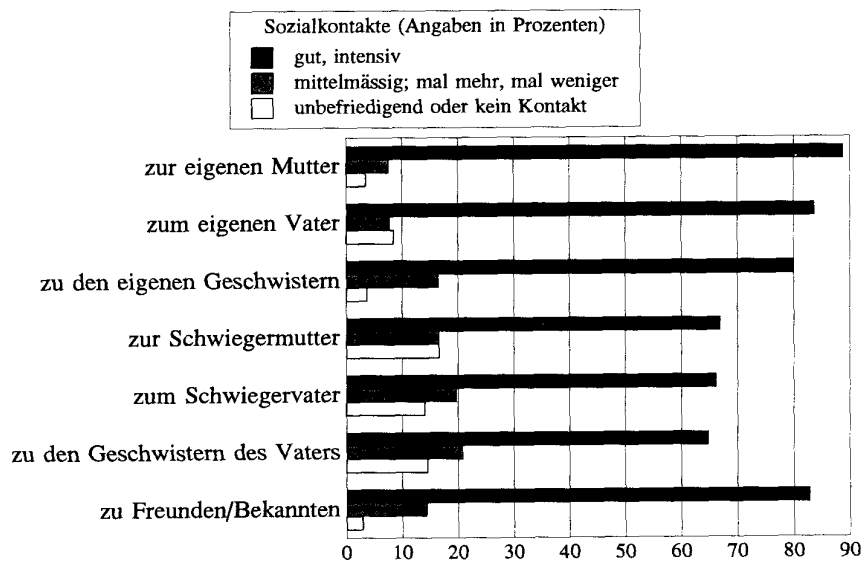


Abbildung 3: Qualität der Sozialkontakte der Mütter (Huwiler, 1995, S. 131).

Generell konnte festgestellt werden, daß die sozialen Kontakte zur Herkunftsfamilie der Mutter ein Jahr nach der Geburt besser und intensiver waren, als die Kontakte zur Familie des Partners. Die hohe Qualität der Beziehungen innerhalb des Freundes und Bekanntenkreises ist dadurch zu erklären, daß normalerweise nur diejenigen Personen als Bekannte oder Freunde bezeichnet werden, zu denen ein guter Kontakt besteht. Im weiteren ist zu bemerken, daß der Sozialkontakt zu den eigenen Geschwistern mehr Bedeutung als der zu den Geschwistern des Mannes hatte. Zusätzlich hatten über 50 % der Mütter wöchentlichen Kontakt zur eigenen Mutter. Es konnte beobachtet werden, daß im Anschluß an die Familiengründung eindeutig die positiven Veränderungen innerhalb der Verwandtschaft, besonders in der Herkunfts- und Schwiegerfamilie überwogen. Die bestehenden Kontakte konnten, gesamt gesehen, verbessert und intensiviert werden, in einzelnen Fällen wurden brachliegende Beziehungen sogar wieder

aktiviert. Durch die gemeinsame Freude am Kind konnten manchmal Beziehungen mit Verwandten, die zu wünschen übrig ließen, bereichert werden. Die Mütter erlebten nicht selten, daß sie in den Augen ihrer Eltern und jenen der Schwiegereltern einen neuen Status erhielten. Ablehnende oder gleichgültige Reaktionen von Verwandten und Bekannten auf die Schwangerschaft erlebten nur wenige Mütter. Beobachtet werden konnte aber, daß vor allem im Freundes- und Bekanntenkreis sich eine Reduktion von sozialen Kontakten zu Leuten vollzog, welche keine Kinder hatten. Die Prioritäten hatten sich zu Beziehungen mit anderen Eltern verschoben. Die genauen Ursachen dafür blieben jedoch unbekannt. „Genannt wurden das geringere Interesse von Nicht-Eltern an Kinderfragen, weniger Verständnis für die geringere Flexibilität der Eltern oder einfach eine gewisse Scheu von kinderlosen Bekannten, in eine Familie einzudringen“ (Huwiler, 1995, S. 133). Andererseits beeinflussten sicher auch die oft angegebene Müdigkeit der Eltern und ihr Bedürfnis, zuerst innerhalb der Familie eine neue Sicherheit und emotionale Geborgenheit zu finden, eine quantitativ rückläufige Gesamtten- denz der Sozialkontakte im Freundes- und Bekanntenkreis. Die Hälfte der Mütter gab trotzdem an, durch das Kind neue Bekanntschaften geschlossen zu haben. Auf die Frage: „Haben sie das Bedürfnis nach mehr Kontakt mit anderen Personen?“ (Huwiler, 1995, S. 133), antworteten 29 % der Mütter, vier Monate nach der Geburt, teilweise ein solches zu haben. 9 % berichteten von einem starken Mangel an Kontakt. Acht Monate später hatten 35 % der Mütter einen mittelmäßigen und 9 % einen starken Bedarf an zusätzlichen nichtverwandtschaftlichen Kontakten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß 10 % der Mütter unter Gefühlen der sozialen Isolation litten und ein weiteres Drittel mindestens ab und zu keine Partner für Gespräche oder kleinere Unternehmungen hatte. Offensichtlich genügten einzelne gute Sozialbeziehungen, über die fast jede Mutter verfügte, nicht, um das Gefühl sozialer Isolation aufzuheben.

2.4. Unterstützung durch Verwandte und Bekannte

Vergleicht man die Bedeutung der Verwandtschaft mit der Bedeutung des Freundes- und Bekanntenkreises für die Mütter, ließ sich erkennen, daß die Personenkreise tendenziell unterschiedliche Funktionen hatten. „Die Herkunftsfamilien der Eltern, speziell die der Mutter, entlasteten die junge Familie häufiger durch konkrete Hilfestellungen und in Einzelfällen auch durch finanzielle Unterstützung als nichtverwandte Bezugspersonen“ (Huwiler, 1995, S. 134). Freundinnen waren dagegen die bevorzugten Gesprächspartnerinnen, wenn es sich um Fragen handelte, die das Kind oder den persönlichen Lebensalltag der Mutter betrafen. Im Idealfall würden sich gute verwandtschaftliche und freundschaftliche Kontakte ergänzen. Die regelmäßige und zuverlässige Betreuung des Kindes stellt wohl die hilfreichste Entlastung dar, welche einer jungen Familie angeboten werden kann. Den Eltern der Mutter kam diesbezüglich die größte Bedeutung zu, aber auch die Schwiegereltern engagierten sich in diesem Bereich. Freunde und Bekannte gewannen erst zwölf Monate nach der Geburt für die Kinderbetreuung an Wichtigkeit. Auch bei der regelmäßigen Unterstützung bei der Hausarbeit übertrafen die Eltern der Mutter alle anderen Personen (hier sogar um das Vierfache).

Bei der Befragung nach vier Monaten hätten es 28 % der Mütter geschätzt, wenn sie mehr Unterstützung durch ihre Verwandten erhalten hätten. Huwiler (1995) faßte den Begriff der Unterstützung recht weit. Er zählte beispielsweise auch den Wunsch nach einem näher gelegenen Wohnort der Eltern, der einen intensiveren Kontakt ermöglicht hätte, hinzu. Der Unterstützungsbedarf weist also nicht immer auf einen Bereitschaftsmangel der Verwandten hin. Gesundheitliche, geographische oder zeitliche Gründe können auch Faktoren für die unbefriedigende Situation darstellen. Nach einem Jahr gaben sogar 40 % der Mütter an, sich mehr Unterstützung von den Verwandten zu wünschen und das, obwohl die Hilfe nach der Geburt zwischen dem vierten und zwölften Monat anstieg.

Eine idente Entwicklung konnte bezüglich der Freunde und Bekannten festgestellt werden. Wäre sie verfügbar gewesen, hätten 30 % der Mütter, vier Monate nach der Geburt, gerne vermehrt Unterstützung aus dem Freundes- und Bekanntenkreis in Anspruch genommen. Nach einem Jahr gaben dies 40 % an. Es wurde vermutet, daß die größere Unabhängigkeit des Kindes von der Mutter und ein angestautes Bedürfnis der Frauen nach mehr Sozialkontakten oder mehr individuellem Freiraum dazu führte, daß der Wunsch nach Hilfe, vor allem in der Kinderbetreuung, im zweiten Lebenshalbjahr des Kindes zunahm. Die Mütter erwähnten teilweise, daß ihnen wahrscheinlich Hilfe angeboten worden wäre, wenn sie darum gebeten hätten. Sie wollten aber lieber auf ein entsprechendes Angebot warten, als danach zu fragen. Man könnte aus dem Gesagten schließen, daß die Mütter unzufrieden waren mit den verschiedenen Formen von angebotener Hilfe aus dem Verwandten- und Bekanntenkreis. Dies traf jedoch keineswegs zu. Der überwiegende Teil der Mütter war mehrheitlich oder sehr zufrieden, wie Abbildung 4 zeigt.

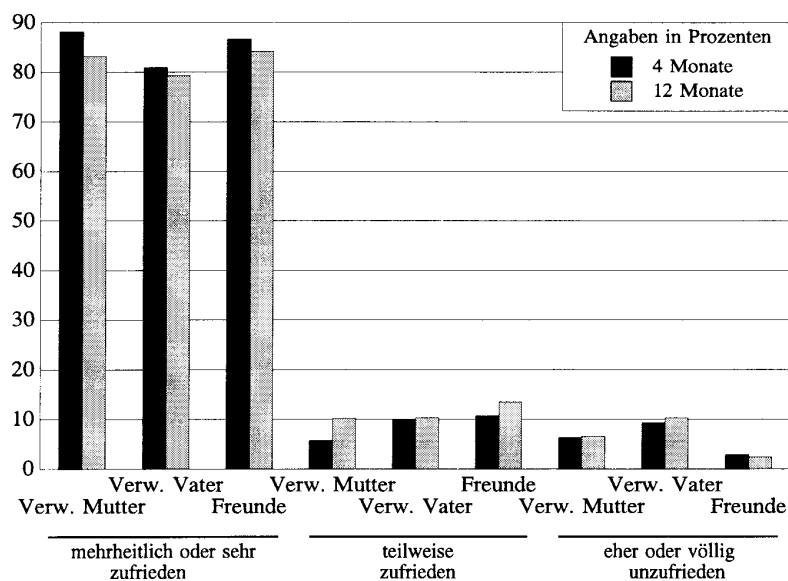


Abbildung 4: Allgemeine Zufriedenheit der Mütter mit der Unterstützung durch Verwandte und Freunde bzw. Bekannte (Huwiler, 1995, S. 137).

Wie sich erkennen läßt, war die Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die Herkunftsfamilie etwas größer, als jene mit der Unterstützung durch die Eltern des Partners. Erstaunlicherweise wurde das Engagement des Freundes- und Bekanntenkreises fast ebenso positiv eingeschätzt wie das der Herkunftsfamilie, obwohl die tatsächliche Unterstützungsleistung dieser Gruppe, im Vergleich mit der anderen, geringer ausfiel. Dies läßt sich vermutlich auf die höheren Erwartungen der Mütter gegenüber der Verwandtschaft zurückführen.

2.5. Zufriedenheit der Mütter im allgemeinen

Das Überwinden geringer Distanzen mit öffentlichen Verkehrsmitteln, wurde von den Müttern als extrem aufwendig und kompliziert beschrieben. Bevor sie das Haus verlassen konnten, mußten sie den günstigsten Zeitpunkt planen und alles, was unterwegs benötigt wurde, bereitstellen, wodurch spontane Handlungen extrem eingeschränkt wurden. Die Möglichkeit mit jemandem ungestört und nicht über kindbezogene Themen sprechen zu können, vermißte der Großteil der Frauen. Da die Mütter häufig nur während des Tages Gelegenheit für Besuche hatten, standen ihnen meist wieder nur Mütter mit Kindern als Besuchsziel zu Verfügung, nicht aber frühere Arbeits- oder FreizeitkollegInnen, da diese tagsüber ja erwerbstätig waren. Der Besuch von Freizeitangeboten, Ausstellungen oder Kursen setzte ein hohes Maß an Vor-

ausplanung bei den Müttern und die Möglichkeit einer guten Kinderbetreuung voraus. Gesamt gesehen war der Bewegungsspielraum der Mütter viel mehr eingeschränkt, als sie erwartet hatten. Es erstaunt nicht, daß zwölf Monate nach der Geburt nur 7 % der Mütter sehr zufrieden und 49 % teilweise oder ganz unzufrieden waren mit der Zeit, die ihnen für persönliche Bedürfnisse zur Verfügung stand.

3. Zusammenfassung (Huwiler, 1995)

Die meisten Mütter hatten die Anforderungen, die mit der neuen Rolle auf sie zukamen, unterschätzt. Doch schon nach vier Monaten hatte der Großteil so viel Sicherheit und Gewandtheit im Umgang mit ihren Kindern erreicht, daß nur noch 16 % den Umgang mit dem Kind als schwieriger erlebten als erwartet. Nach einem Jahr sank dieser Wert sogar unter 5 %.

Allgemein kann gesagt werden, daß die Probleme der Mütter, welche ihr Kind betrafen, nicht von ihren eigenen Sorgen trennbar waren. Während nach vier Monaten Probleme wie das häufige Weinen des Kindes und Müdigkeit bzw. Schlafmangel der Mutter im Vordergrund standen, klagten die Frauen nach einem Jahr u. a. über Erschöpfungserscheinungen und Streßsymptome. Verwandtschaftliche und freundschaftliche Kontakte erwiesen sich diesbezüglich als außerordentlich wichtig – einerseits zur Unterstützung der Mutter in der Kinderbetreuung und Hausarbeit – andererseits als Partner für Gespräche.

Die Freuden, die die Säuglinge bei den Müttern auslösten, konnten nicht durch Anstrengungen beeinträchtigt werden. 93.4 % der Mütter gaben, vier Monate nach der Geburt, an, gesamt gesehen über die Veränderungen in ihrem Leben, die durch ihr Kind entstanden sind „weitgehend“ oder „sehr glücklich“ zu sein. Nur 5.5 % bezeichneten sich als „teilweise glücklich“ und je eine Mutter beschrieb sich als „weniger glücklich“ oder „gar nicht glücklich“.

4. Persönliche Stellungnahme

Ich selbst bewundere Frauen, die es in kürzester Zeit schaffen, ihr Leben, welches durch die Geburt ihres Kindes völlig verändert wird, umzustellen und sich an die neue Situation anzupassen. Nicht mehr ihre eigenen Bedürfnisse sind ihnen wichtig, sondern die des Kindes, für das sie auf vieles verzichten. Als Dankeschön reicht ein Kinderlächeln, und die Nacht mit drei, vier Stunden Schlaf ist vergessen. Wer mehr nimmt oder gibt ist, so glaube ich, nicht feststellbar, da die Bereicherung, die ein Kind darstellt, wohl nicht gemessen werden kann. An dieser Stelle möchte ich mich gerne der Worte eines – mir leider unbekanntem – Autors bedienen, da ich selbst meine Gedanken zu diesem Thema nicht treffender formulieren hätte können.

Für das Leben

Von dir kann ich lernen, wie man das Leben liebt.

Du quietscht vor Vergnügen über ein Glas Wasser.

Du nimmst den Sand mit ins Bett, weil du ihn liebst.

Beim Abendspaziergang entzückt dich der Mond, verblaßt das Licht der Neonreklamen.

Nachts träumst du von großen und kleinen Katzen, und täglich heulst du wie ein Orkan, zweifelnd mit zitternder Unterlippe, daß irgend etwas nicht möglich sein könnte.

Kleine Tochter, wie recht du hast!

Das Unmögliche müssen wir möglich machen.

5. Literaturverzeichnis

Huwiler, K. (1995). *Herausforderung Mutterschaft. Eine Studie über das Zusammenleben von mütterlichem Erleben, sozialen Beziehungen und öffentlichen Unterstützungsangeboten im ersten Jahr nach der Geburt.* Bern: Huber.

8) Postpartale Stimmungsstörungen der Mütter **(Marlene Spendier)**

1. Einleitung

1.1 Allgemeine Einleitung

Man kann zwischen drei Formen von psychogenen Störungsbildern unterscheiden. Der *postpartale Blues* ist die harmloseste Variante. Er äußert sich in einer kurzfristigen Verstimmung, die meist nach ein paar Tagen von allein wieder verschwindet. Die *postpartale Depression* ist eine wesentlich ernster zu nehmende Erkrankung, die – wie auch Depressionen, die nicht im Zusammenhang mit der Geburt auftreten – einer länger andauernden Behandlung bedarf. Die *Postpartalpsychose* stellt die schwerwiegendste Variante der postpartalen Störungen dar. Sie tritt immerhin bei ein bis zwei von 1000 Gebärenden auf.

Es gibt in den verschiedenen Studien zu diesem Thema sehr uneinheitliche Berichte, was Symptome, Häufigkeit und Schweregrad anbelangt. Die Probleme der Meßinstrumente spielen dabei eine zentrale Rolle.

1.2 Probleme der Meßinstrumente

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, eine Störung zu klassifizieren. Da bei den postpartalen psychischen Störungen die Ursachen weitgehend unbekannt sind, versucht man sie nach den Symptomen und dem Verlauf einzuordnen. Es herrscht allerdings kein Konsens darüber, welche Kriterien genau erfüllt sein müssen, um eine bestimmte Diagnose zu stellen. Daher ist die Differentialdiagnose zwischen den drei Störungsformen oftmals schwierig. Es stellt sich weiters die Frage, ab wann psychische Beschwerden als Störung diagnostiziert werden. Riecher-Rössler (1997) bringt die Situation auf den Punkt: „Allgemeingültige, klare *Klassifikationskriterien* wurden bisher aber nicht aufgestellt, ja man ist sich noch nicht einmal einig, was noch als ‚normal‘ betrachtet werden soll und was schon als Störung“ (S. 98).

Ebensowenig genau definiert ist der *Postpartalzeitraum*. Er reicht von bis zu 6 Wochen nach der Entbindung bis hin zu einer Zeitspanne von einem Jahr.

Die genannten Probleme haben natürlich auch Einfluß auf die *Forschung*. Patientinnen mit unterschiedlichen Symptomen und Verlauf werden unter derselben Diagnose in die Forschung eingebunden. Daher ist es nicht verwunderlich, daß die Berichte zu diesem Thema sehr uneinheitlich sind.

Obwohl es inzwischen einige Verfahren zur Messung von postpartalen Störungen gibt (s. u.), beruhen viele Untersuchungen nur auf der *subjektiven Einschätzung* der Patientinnen und nicht auf objektiven Meßverfahren. Es gibt sogar Studien, die ihre Information lediglich aus retrospektiven Aktenrecherchen beziehen.

Weiters spielt der *Untersuchungszeitpunkt* eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Es ist bekannt, daß die Symptome (vor allem bei Blues und Depression) am Abend stärker vorhanden sind als am Morgen. Für den Blues gibt es bereits *Meßverfahren*, wie z. B. die „Blues Rating Skala“ oder die „Blues Self-Rating Skala“. Weiters werden zur Erfassung der depressiven Symptome Standardverfahren angewendet. Dies führt zu einem weiteren Problem, da diese

Meßinstrument an nichtschwangeren bzw. nichtgebärenden Frauen standardisiert wurden. Das könnte laut O'Hara et al. (1990, zitiert nach Unger & Rammsayer, 1996) dazu führen, daß der Ausprägungsgrad einer depressiven Störung überschätzt werden könnte und daß daher viele der veröffentlichten Untersuchungen auf einem Artefakt beruhen könnten.

1.3 Prophylaktische Aspekte

Schon während der Schwangerschaft wird die werdende Mutter häufig von Ängsten geplagt. Wie später noch genauer ausgeführt, hat das psychische Befinden der Mutter während der Schwangerschaft einen Einfluß auf den psychischen Zustand nach der Geburt. Es ist also wichtig, schon während der Schwangerschaft der Patientin die Möglichkeit zu geben über ihre Ängste zu reden und, wenn möglich, diese Ängste auch zu mindern. Man kann grundsätzlich zwischen zwei Arten von Ängsten unterscheiden: Realängste und *neurotische Ängste*.

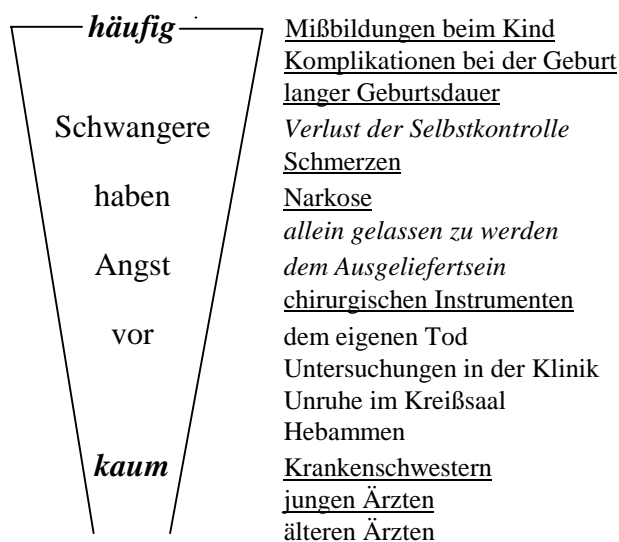


Abbildung 1: Angsthierarchie bei Schwangeren (nach Perrez et al., 1978, zitiert nach Uexküll, 1996, S. 1047)

Es gibt eine Reihe von prophylaktischen Maßnahmen, die der werdenden Mutter helfen sollen, sich auf die neue Situation einzustellen. Schon während der Schwangerschaft kann die Patientin unterstützt und können ihre Ängste abgebaut werden, was sicherlich zu ihrer psychischen Stabilität beiträgt. Uexküll (1996, S. 1055, leicht modifiziert) hat einige Möglichkeiten zusammengefaßt:

Im Rahmen der Schwangerenberatung:

- vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung;
- auf reale und neurotische Ängste eingehen (s.o.);
- Hilfestellung bei sozialen Problemen;
- Geburtsvorbereitung (Information, Säuglingskurs, psychohygienische Aspekte).

Bei der Entbindung (Basis: „die sichere Geburt“):

- einfühlsamer Umgang mit der Gebärenden (Hebamme: Akzent auf Zuwendung; Arzt: Akzent auf Sicherheit);
- Möglichkeit zur Partneranwesenheit;
- individualisierte Schmerzerleichterung;
- Förderung des sofortigen Kontakts von Mutter und Kind.

Auf der Wochenbett- und Säuglingsstation:

- Möglichkeit zum „Rooming-in“;
- Förderung einer gelungenen Mutter-Kind-Beziehung;
- ermutigende Unterstützung bei der Einbahnung des Stillens;
- Möglichkeit zur frühzeitigen Entlassung (ambulante Klinikgeburt).

2. Störungsbilder

2.1 Blues

2.1.1 Symptomatik

Der Blues kann als leichter Verstimmungszustand mit ausgeprägter Stimmungslabilität, häufigem Weinen, allgemeiner Irritierbarkeit, Ängstlichkeit, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen und Schlaf- und Appetitstörungen beschrieben werden. Er tritt meist zwischen dem dritten und fünften Tag nach der Entbindung auf und klingt meist innerhalb von einigen Tagen von selbst wieder ab.

2.1.2 Häufigkeit und Verlauf

Die oben geschilderten Meßprobleme lassen keine eindeutige Aussage über die *Häufigkeit* des Blues zu. So reichen die Angaben der Häufigkeit in verschiedenen Studien von 26 – 80 %. Riecher-Rössler (1997) kommt zu dem Schluß, „daß immerhin ein Viertel bis fast die Hälfte aller jungen Mütter nach der Entbindung eine kurze Phase depressiv-labiler Verstimmung erlebt ...“ (S. 99). Es zeigt sich eine *zeitliche Staffelung* der Symptome. So treten z. B. Erschöpfung, Appetitverlust, Weinen und Konzentrationsmangel vor allem am ersten Postpartaltag auf, während Depressionen, Reizbarkeit, Unruhe und Alpträume besonders zwischen dem 4. und 6. postpartalen Tag vorkommen.

2.1.3 Ätiologie

Bis heute ist die Frage nach der Ursache für den Blues nicht geklärt. Es gibt aber bereits einige mehr oder weniger gesicherte Faktoren, die einen Einfluß auf die Entwicklung der Erkrankung haben. Im Bereich der *biologischen* Faktoren hat sich die Forschung vor allem mit den Hormonen beschäftigt. Östrogene können z. B. verschiedene Neurotransmittersysteme im Gehirn modulieren. Diese Neurotransmittersysteme spielen „wahrscheinlich auch in der Pathogenese verschiedener Erkrankungen eine Rolle“ (Riecher-Rössler, 1997, S. 99). Es wurden die verschiedensten Hypothesen überprüft – so wurden z. B. die Konzentrationen von Östrogen, Progesteron, Prolactin und Kortisol untersucht –, doch noch liegen „keine einheitlichen Beweise für eine hormonelle (Mit-) Verursachung des PPB [= postpartaler Blues, Anmerkung der Verfasserin] vor“ (Unger & Rammsayer, 1996, S. 160).

Auch bei den *psychosozialen* Variablen konnten keine entscheidenden Einflußfaktoren gefunden werden. Die Frauen mit Symptomen des postpartalen Blues unterschieden sich hinsichtlich folgender Variablen *nicht* von den beschwerdefreien Müttern: Alter, sozioökonomischer Status, Anzahl der bisherigen Geburten, Dauer des Krankenhausaufenthaltes oder die Tatsache, ob die Frau stillt oder nicht.

Weiters wurde der Frage nach dem Einfluß von *Persönlichkeitsmerkmalen* nachgegangen. Unger und Rammsayer (1996) führen „Ängstlichkeit während des ersten Trimesters, eine depressive Vorgeschichte und eine frühere postpartale Depression“ (S. 161) als „Prädiktoren des PPB“ an. Frauen, die schon vor der Geburt Phasen mit seelischen Problemen erlebt hatten, leiden häufiger am Blues.

Schließlich wurde noch der Frage nach dem Einfluß des *Geburtsvorgangs* nachgegangen. Knight und Thirkettle (1987, zitiert nach Unger & Rammsayer, 1996) beschäftigten sich mit den Erwartungen der Frauen hinsichtlich der Geburt. Die Hypothese besagte, daß bei Frauen, die nur positive Erwartungen über die Geburt haben, der postpartale Blues durch den unerwarteten Schmerz der Entbindung mitverursacht wird. Es ergab sich jedoch kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem erwarteten und dem tatsächlichen Geburtserlebnis.

Der einzige konsistente Effekt wurde zwischen der *psychischen Befindlichkeit* während der Schwangerschaft und dem Auftreten des Blues festgestellt. Er weist auf eine allgemeine Vulnerabilität einiger Frauen für psychische Stimmungsschwankungen hin.

2.1.4 Therapie

Bereits die *Aufklärung* über die Häufigkeit und den Verlauf der Erkrankung wirkt als Entlastung für die Patientin. In einem *stützenden Gespräch* sollten der jungen Mutter die Schuldgefühle genommen werden. Wenn man die große Zahl der betroffenen Frauen bedenkt, wäre es längst ratsam, schon *prophylaktisch* in Geburtsvorbereitungskursen u. ä. auf das Risiko einer solchen Erkrankung hinzuweisen.

2.2 Postpartale Depressionen

2.2.1 Symptomatik

„Als postpartale Depression werden im allgemeinen alle schweren, längerdauernden und behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen bezeichnet, die in den Monaten nach der Entbindung auftreten“ (Riecher-Rössler, 1997, S. 100). Auch hier zeigt sich wieder die wenig eindeutige Klassifizierung dieses Störungsbildes. Es wird kein genauer Zeitraum angegeben, ebensowenig wird die Depression nicht näher bezeichnet. Meistens beinhaltet die Formulierung „Depression“ nur depressive Erkrankungen ohne psychotische Symptomatik. Letzere werden schon zu den postpartalen Psychosen gezählt.

Charakteristisch für postpartale Depressionen sind eine depressive Verstimmung, Antriebsmangel, Energielosigkeit, Freudlosigkeit, Interessenverlust, Müdigkeit, Schlaf- und Appetitstörungen, Konzentrationsstörungen, Ängste, Sorgen, Schuldgefühle und manchmal auch Suizidgedanken. Im großen und ganzen entspricht diese Symptomatik dem Bild der Depression allgemein, der wichtigste Unterschied äußert sich in einer besonders ausgeprägten emotionalen Labilität.

2.2.2 Häufigkeit, Prognose und Verlauf

Auch was die Häufigkeit anbelangt gibt es wieder sehr *heterogenen Befunde*. So findet Cutrona (1983, zitiert nach Riecher-Rössler, 1997) eine Häufigkeit von 8.2 % innerhalb der ersten acht Wochen, während Watson et al. (1984, zitiert nach Riecher-Rössler, 1997) von einer Prävalenzrate von 22 % innerhalb eines Jahres sprechen. Damit wird deutlich, daß hier sehr unterschiedliche Zeiträume beobachtet werden und sich somit die Angaben der Häufigkeit sehr unterscheiden. Global kann man von einer *Häufigkeit* zwischen 10 und 15 % ausgehen. Diese Zahl bezieht sich auf Frauen, die in den Monaten nach der Geburt an einer Depression leiden. Einen besonderen Schwerpunkt scheint die Häufigkeit der Depressionen innerhalb der ersten drei Monate nach der Geburt zu haben.

Es gibt jedoch sehr wenige Studien, die zusätzlich zur Patientinnenstichprobe auch noch eine parallelisierte Kontrollgruppe untersucht haben. O'Hara et al. (1990, zitiert nach Riecher-Rössler, 1997) fanden heraus, daß es keine signifikanten Unterschiede in der Depressionshäufigkeit zwischen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe gab. Es ist also noch nicht ganz klar, inwieweit die Zahl der Depressionen postpartal steigt. Es ist „wenig umstritten ..., daß

die Postpartalzeit häufig mit einer Verschlechterung im psychischen Befinden und depressiver Verstimmung einhergeht. Unklar bleibt aber, ob die Rate *krankheitswertiger* Depressionen tatsächlich erhöht ist“ (Riecher-Rössler, 1997, S. 101).

Die *Dauer* einer postpartalen Depression beträgt meist viele Monate, jedoch sind die Krankheitsepisoden kürzer und die Rückfallgefahr geringer als bei anderen depressiven Erkrankungen. Nichtsdestotrotz handelt es sich aber um eine ernstzunehmende Krankheit, die adäquat behandelt werden muß. Vor allem die frühe Mutter-Kind-Beziehung leidet sehr unter der Erkrankung. Die junge Mutter zieht sich zurück und kann sich dem Kind nicht so widmen, wie sie es gerne würde. Das wiederum löst Schuldgefühle bei ihr aus, was zu einer Verstärkung der Depression führen kann.

Ein weiteres Problem stellt die Tatsache dar, daß die Symptome meist erst nach Entlassung der Patientin aus dem Spital eintreten. Sie werden daher oft erst sehr spät erkannt. Viele Frauen verschweigen ihre Probleme auch aus Angst oder Scham.

2.2.3 Ätiologie

Es werden hier, ähnlich wie beim Blues, vor allem zwei wichtige Faktoren unterschieden. Der erste ist ein biologischer, der zum größten Teil die Hormonumstellung der Postpartalzeit betrifft und der zweite wird in psychosozialen Faktoren gesehen.

Bei den *Hormonen* Östrogen, Progesteron, Kortisol und Tryptophan fanden sich keine Unterschiede bezüglich der Konzentration zwischen gesunden und erkrankten Müttern.

Weiters „wurde auch der Einfluß geburtshilflicher Komplikationen ... sowie von Fehlgeburten“ (Riecher-Rössler, 1997, S. 101) geprüft. Das Ergebnis besagt, daß diese Belastungen das Risiko für eine postpartale Depression nicht erhöhen.

Es gibt eine Reihe von Untersuchungen zu den *psychosozialen Faktoren*. Allerdings konnten die Ergebnisse einiger Autoren von anderen Autoren nicht bestätigt werden, manche Autoren fanden sogar das Gegenteil. Folgende Faktoren wurden somit teilweise bestätigt, teilweise widerlegt (in Klammer steht jeweils die Teilgruppe, die eher zu Depressionen neigt): Alter (jüngere Frauen), Ehestatus (Unverheiratete), Ausbildung (schlechte Ausbildung), belastende Lebensereignisse, Beziehung zur eigenen Mutter (schlecht) und Einstellung zur Mutterschaft (ambivalent).

Lediglich zwei Faktoren scheinen einen wichtigen Einfluß auf die Entstehung einer postpartalen Depression zu haben: eine *ungenügende soziale Unterstützung* und eine *schlechte Partnerbeziehung*. Die Partnerkonflikte waren aber meist schon vor der Entbindung vorhanden.

Als einziger sicherer Risikofaktor wurde eine vorbestehende *Vulnerabilität* der Frauen gefunden. „Etwa ein Drittel aller Frauen mit postpartaler Depression hat schon vor der Schwangerschaft mindestens einmal an einer psychiatrischen Erkrankung gelitten“ (Riecher-Rössler, 1997, S. 101). Ein Teil dieser Vulnerabilität dürfte genetisch bedingt sein, wobei man heute davon ausgeht, daß es keine genetische Disposition für postpartale Depression gibt, sondern nur für Depression ganz allgemein.

2.2.4 Therapie

Die Behandlung der postpartalen Depression entspricht in den Grundzügen der Behandlung anderer depressiver Erkrankungen. Natürlich ist vermehrt auf die Situation nach der Geburt und die Mutter-Kind-Beziehung zu achten. Wichtig ist zunächst die *Information* über die Erkrankung. Wenn die Mutter sich dessen bewußt ist, daß sie unter einer Erkrankung leidet, und daß diese Erkrankung gar nicht so selten auftritt, werden sich ihre Schuld- und Schamgefühle mindern. Allein diese erste Information wird schon als sehr entlastend erlebt. Weiters wird die Patientin auf die Wichtigkeit von Ruhe und Erholung aufmerksam gemacht. Wenn möglich soll die junge Mutter *unterstützende Hilfe* aus Familien- und Freundeskreis erhalten. Ebenso

wird auf Herstellung einer guten Beziehung zum Kind Wert gelegt. Als nächster Schritt ist eine *Psychotherapie* wichtig, in der die Frau ihre Probleme mit fachlich-kompetenter Hilfe aufarbeiten kann. Bei sehr schweren Depressionen ist zusätzlich zu einer *medikamentösen* Therapie zu raten.

Wichtig ist auch eine *prophylaktische Aufklärung*, insbesondere bei Frauen, die schon vor der Geburt an psychiatrischen Erkrankungen gelitten haben.

2.3 Postpartalpsychosen

Nach heutiger Erkenntnis ähnelt die Postpartalpsychose anderen endogenen Psychosen, was Symptomatik, Verlauf und Therapie betrifft, sehr. Diese Meinung wurde aber nicht immer vertreten: Bereits Hippokrates hat sich mit dieser Störungsgruppe beschäftigt. Im 19. Jahrhundert wurde diese Erkrankung, die damals unter dem Namen „halluzinatorisches Irresein von Wöchnerinnen“ (Marcé, 1858, zitiert nach Riecher-Rössler, 1997) bekannt war, schon umfassend in der Literatur behandelt. Man glaubte lange, daß die Postpartalpsychose ein eigenständiges Krankheitsbild sei, das durch den Geburtsvorgang ausgelöst werde. Vor allem zwei Beobachtungen stützten diese Annahmen: Erstens zeigen die Psychosen nach der Geburt eine spezifische Symptomatik. Diese ähnelt zwar in vielen Bereichen der Symptomatik anderer Psychosen, doch zeichnet sich die Postpartalpsychose häufig durch Verwirrtheit und Desorientiertheit aus und ist ebenfalls durch eine ungewöhnliche Stimmungslabilität gekennzeichnet. Zweitens kamen die Wissenschaftler durch die Häufung der Psychosen nach der Geburt zu dem Schluß, „daß es sich bei der Geburt um ein *spezifisches* ätiologisches Agens handeln müsse“ (Riecher-Rössler, 1997, S. 102).

Wie weiter oben schon erwähnt, haben neuere Forschungen zu der Ansicht geführt, daß Postpartalpsychosen sich in wesentlichen Punkten nur wenig von den anderen endogenen Psychosen unterscheiden.

2.3.1 Symptomatik

Die häufigste Form der Postpartalpsychosen stellen die affektiven Psychosen dar, wobei es manische, depressive und schizoaffektive Störungsbilder gibt. Seltener treten rein schizophrene Psychosen auf. Weiters kommen atypische Psychosen vor, die sich besonders durch Symptome der Verwirrtheit und Desorientiertheit auszeichnen.

2.3.2 Häufigkeit, Prognose und Verlauf

Eine bis zwei von 1000 Frauen sind nach der Entbindung von dieser Erkrankung betroffen. Die Beschwerden treten in den ersten drei Monaten nach der Geburt auf, wobei das erste Monat das größte Risiko darstellt. Man hat herausgefunden, daß „das Risiko, wegen einer Psychose behandelt werden zu müssen, in den ersten 3 Monaten nach der Entbindung etwa 13 Mal höher, im ersten Monat sogar 22 Mal höher, als in den 15 Monaten vor der Schwangerschaft“ ist (Riecher-Rössler, 1997, S. 103).

Vom *Verlauf* her ähneln die Postpartalpsychosen den endogenen Psychosen, wobei erstere meist einen milderen Verlauf aufweisen.

Frauen, die erstmals nach der Entbindung unter einer Psychose leiden, haben eine günstigere *Prognose*. Weiters sind die Episoden weniger schwer und die Rückfallrate geringer. Dennoch erleidet die Hälfte dieser Frauen – unabhängig von einer neuerlichen Entbindung – eine weitere psychotische Episode. Wenn Frauen mit einer Postpartalpsychose erneut eine Entbindung erleben, beträgt die Rezidivwahrscheinlichkeit 20-30 %, was den Zahlen für Frauen mit anderen endogenen Psychosen in etwa entspricht.

2.3.3 Ätiologie

Wie auch bei den anderen beiden postpartalen Störungsbildern wurden hier biologische und psychosoziale Risikofaktoren untersucht. Bei den *hormonellen* Untersuchungen konnten keine Unterschiede zwischen gesunden und erkrankten Wöchnerinnen festgestellt werden. Ebenso wurden einige *psychosoziale* Faktoren, wie z. B. Alter, Familienstand, geburtshilfliche Komplikationen, Kaiserschnitte, Schwangerschaftsabbrüche usw., untersucht, aber es konnten keine konsistenten Risikofaktoren gefunden werden. Es gibt aber auch einige Ergebnisse, die in mehreren Untersuchungen konsistent waren. So konnte gezeigt werden, daß *Erstgebärende* ein höheres Psychoserisiko aufweisen. Ebenso scheint der größte Risikofaktor wiederum eine, zum Teil genetisch bedingte *Prädisposition* zu sein. Etwa 20 % aller Frauen, die schon einmal vor ihrer Entbindung an einer psychotischen Störung litten, erleiden postpartal ein Rezidiv. Bei der bipolaren Psychose liegt das Risiko mit 25 bis 50 % besonders hoch. Die Wahrscheinlichkeit, nach einer Postpartalpsychose nach einer erneuten Entbindung einen Rückfall zu haben, liegt zwischen 20 und 30 %. Ein weiteres Ergebnis besagt, daß betroffene Frauen durch eine hohe *familiäre Belastung* mit endogenen Psychosen gekennzeichnet sind, jedoch gibt es keine spezifische Häufung von Postpartalpsychosen. Da man außer einer Vulnerabilität keinerlei Risikofaktoren fand, ist man zu dem Schluß gekommen, daß die *Belastungen der Entbindung* an sich (= Stressoren) zu einer Auslösung der Erkrankung bei prädispositionierten Frauen führen. Es herrscht im großen und ganzen Unklarheit darüber, welche Faktoren der Entbindung dabei eine wichtige Rolle spielen. Allerdings wird auf biologische Faktoren (z. B. der postpartale Östrogenabfall) mehr Gewicht gelegt als auf psychosoziale. Weiters dürfte auch der *psychische Aspekt* der Geburt bei der Entstehung der Postpartalpsychosen beteiligt sein. Die Tatsache, daß Erstgebärende ein größeres Erkrankungsrisiko aufweisen, stützt diesen Aspekt, da für Mehrfachgebärende das Erlebnis der Geburt bereits bekannt ist und somit nicht mehr ganz so stark auf die Psyche einwirkt.

2.3.4 Therapie

Die Therapie der Postpartalpsychosen entspricht weitgehend der Therapie anderer Psychosen. Die vorwiegend eingesetzten *Medikamente* sind Neuroleptika, Antidepressiva und Lithium. In angloamerikanischen Ländern kommt auch die *Elektrokonvulsionstherapie* zum Einsatz. Natürlich müssen diese Maßnahmen auch von *stützenden Gesprächen* und Beratung begleitet sein. Ebenfalls wichtig sind praktische Hilfen und die Förderung einer guten Mutter-Kind-Beziehung. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die *Aufklärung* über die Rückfallwahrscheinlichkeit bei einer neuerlichen Entbindung. „Prophylaktisch sollten alle Patientinnen mit endogenen Psychosen oder Postpartalpsychosen über das hohe Rezidivrisiko von jeweils etwa 1:4 bei einer (weiteren) Entbindung aufgeklärt werden“ (Riecher-Rössler, 1997, S. 104). Wenn die betroffene Frau dennoch ein weiteres Kind zur Welt bringen möchte, muß nach der Entbindung eine verstärkte Betreuung und gegebenenfalls auch eine medikamentöse Prophylaxe zur Verfügung gestellt werden.

3. Zusammenfassung

Nach der Entbindung können Frauen von leichteren bis schwerwiegenden psychischen Erkrankungen betroffen sein. Es ist wichtig, daß man schon während der Schwangerschaft prophylaktisch Maßnahmen setzt und die Mutter über mögliche Komplikationen nach der Entbindung aufklärt. Es ist aber ebenso wichtig nach der Geburt schon frühzeitig etwaige Probleme festzustellen, um adäquate Behandlungsmöglichkeiten einzusetzen. Diese Punkte und Probleme geeigneter Meßinstrumente werden im ersten Kapitel behandelt.

Das zweite Kapitel widmet sich den postpartalen Störungsbildern. Der Blues, die postpartale

Depression und die postpartale Psychose werden nacheinander mit folgenden Schwerpunkten behandelt: Symptomatik, Häufigkeit, Prognose und Verlauf, Ätiologie und schließlich Therapie.

4. Persönliche Stellungnahme

Meiner Meinung nach sind postpartale psychische Störungen ein Phänomen, das in der Öffentlichkeit viel zu wenig bekannt ist. Auch wenn die Angaben über die Häufigkeit sehr schwanken, so leidet zumindest ein Viertel bis die Hälfte aller gebärenden Frauen unter der leichtesten Form dieser Erkrankungen. Es wäre wichtig, verstärkt Aufklärungsarbeit zu leisten, vor allem auch schon während der Schwangerschaft. Die Entbindung und die Tage danach sind für alle Frauen ein sehr einschneidendes Erlebnis, während dessen sehr viele Veränderungen stattfinden. Wenn die Frauen dann mit unerwarteten psychischen Problemen konfrontiert sind, fühlen sie sich oftmals hilflos und verwirrt. Ich kann mir gut vorstellen, daß es für einige Frauen ein großes Problem darstellt, daß sie nun, da endlich ihr Baby auf der Welt ist, unglücklich sind und nicht alles in einem großen Glücksgefühl erleben. Nach meiner Ansicht ist es daher immens wichtig, diese Frauen darüber aufzuklären, was mit ihnen vorgeht und welche Gründe es für ihre Stimmungsschwankungen gibt. Natürlich wäre die frühzeitige Information noch besser.

Neben der Information über die Erkrankungen ist auch eine verständnisvolle und sensible Umgebung nötig. Diese sollte im Krankenhaus beginnen und wenn möglich auch auf die Familie übertragen werden. Es ist meiner Meinung nach sehr wichtig, daß man den Krankheitscharakter dieser Probleme erkennt und die Frau mit ihren Ängsten und Schwierigkeiten ernst nimmt.

5. Literaturverzeichnis

- Gödtel, R. (1996). Psychische Störungen im Wochenbett. In V. Faust (Hrsg.), *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung* (2., unveränderte Aufl., S. 457-462). New York: Fischer.
- Riecher-Rössler, A. (1997). Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 65 (3), 97-107.
- Uexküll, T. von (1996). *Psychosomatische Medizin* (5., neubearbeitete und erweiterte Aufl.). München: Urban und Schwarzenberg.
- Unger, U. & Rammsayer, T. (1996). „Himmelhochjauchzend und zu Tode betrübt“. Eine Literaturübersicht zum Post-Partum-Blues und Ergebnisse einer klinischen Studie. In E. Brähler & U. Unger (Hrsg.), *Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft* (S. 153-173). Opladen: Westdeutscher Verlag.

9) Identitätsveränderungen im Zuge des Übergangs zur Elternschaft (Gila Oichtner)

1. Einleitung

Elternsein ist eine lebenslange Aufgabe. Eine Ehe kann geschieden werden, aber die Mutter/Vater-Rolle bleibt einem für immer.

Der Übergang zur Elternschaft ist ein wichtiger Abschnitt im Leben, wurde aber bis in die 80iger Jahre immer nur aus der Perspektive des Kindes betrachtet. Ab diesem Zeitpunkt wurde dieser dyadische Ansatz (Mutter-Kind/Vater-Kind) durch Untersuchungen zur Triade (Mutter-Vater-Kind) erweitert. Darüber hinaus wurde zunehmend auch der indirekte Einfluß der Partnerbeziehung auf die kindliche Entwicklung untersucht. Die Geburt eines Kindes bedeutet unter dieser Betrachtungsweise nicht nur eine Zunahme der Anzahl der Familienmitglieder, sondern hauptsächlich eine Veränderung in der Qualität der Beziehungen. Es werden die Wechselwirkungen zwischen der Verhaltensweise der Mutter, des Vaters und des Kindes betrachtet und der Zusammenhang zwischen individueller Entwicklung und Familienentwicklung. Die Geburt des ersten Kindes hat in der soziologischen Konzeption des Familienlebens eine besondere Bedeutung als nächsthöhere Stufe im Lebenslauf. Die soziologische Forschung versucht aufzuzeigen, welche Schwierigkeiten dieser Rollenwechsel verursachen kann. Ein Wendepunkt im Lebenslauf ist ein Wechsel in der Situation, der die Strategie der täglichen Lebensbewältigung ändert. Im Familienzyklus können die Wendepunkte unter dem Aspekt des Wechsels der Anzahl der Familienmitglieder betrachtet werden.

Stufen im Familienzyklus:

- Paar ohne Kinder
- Familie mit Kleinkinder
- Familie mit Schulkinder
- Familie als Sprungbrett
- „Leeres Nest“
- Witwenschaft

Wendepunkte:

- Eheschließung
- Geburt des ersten Kindes
- ältestes Kind kommt in die Schule
- ältestes Kind beginnt mit dem Berufsleben
- jüngstes Kind verläßt das Haus
- Tod eines Partners

2. Bedeutet Erstgeburt eine Krise?

Aus der Sicht der Entwicklungspsychologie wird der Übergang zur Elternschaft nicht mehr nur unter der Perspektive des Rollenwechsels und des damit verbundenen Identitätswechsels betrachtet, sondern auch unter der Fragestellung, welche psychische Veränderungen damit verknüpft sind und was sie für das Individuum bedeuten. Die Beschäftigung mit der individuellen Entwicklung im Erwachsenenalter war bis Ende der 60iger Jahre vorwiegend Aufgabe der Klinischen Psychologie. Der Begriff des bedeutsamen Lebensereignisses wird dagegen vorwiegend in der entwicklungspsychologischen Forschung verwendet. Hierbei handelt es sich um Lebensereignisse, die nicht notwendigerweise eine pathogene Wirkung haben, sondern eine notwendige Voraussetzung für Entwicklung sind. Insbesondere im Erwachsenenalter kann das Eintreten eines bedeutsamen Lebensereignisses potentiell zum persönlichen Wachstum beitragen.

Filipp (1981) spricht von kritischen Lebensereignissen und meint damit alle Ereignisse im Lebenszyklus, die mehr oder minder gravierend in alltägliche Handlungsvollzüge eingreifen und mehr oder weniger traumatisch verlaufen. Sie verlangen von der betreffenden Person eine Umorientierung in ihrem Handeln und Denken. Die unterschiedlichen Möglichkeiten der Antizipation der zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen und die Frage, wie gravierend bis dahin die Eingriffe waren, entscheiden, ob es sich um ein bedrohliches kritisches Lebensereignisse oder um ein entwicklungsförderndes Lebensereignis mit Bewältigung handelt. Für den Übergang zur Elternschaft bedeutet das, daß viele Bedingungsfaktoren für die Bewältigung – von der Erwünschtheit des Kindes über die Zufriedenheit mit der Partnerschaft bis hin zu den Erfahrungen der Mutter – entscheidend dafür sind, ob dieses Lebensereignis als belastend erlebt wird oder nicht.

3. Die Phasen der Identitätsveränderung

Der Übergang zur Elternschaft beginnt bereits mit den ersten Gedanken an ein Kind bzw. mit der Planung des Kindes. „Ein Kind zu bekommen, bedeutet immer auch, einen Abschied von einem bisher gewohnten Stück Identität: wir werden nie mehr die sein, die wir waren“ (Bosse, 1985). Die Elternidentität enthält sicherlich Anteile, die nicht erst in der Schwangerschaft völlig neu erworben werden müssen, sondern bereits Teil der allgemeinen Identität sind. Elternidentität kann als Teil der Gesamtidentität der Persönlichkeit angesehen werden, die im Übergang zur Elternschaft besonders zur Ausprägung kommt und dann einen großen Teil der Identität ausmacht oder diese auch ganz ausfüllt. Die Elternidentität entspricht nicht der spezifischen Mutter- bzw. Vateridentität. Das Wort „Eltern“ kommt aus dem Althochdeutschen die „Älteren“ und kennzeichnet damit zunächst nur eine Generation – die, die älter ist als die Kinder. „Mutter“ und „Vater“ kommen beide aus dem lateinischen und bedeuten soviel wie „Urheber“, d. h. sie kennzeichnen in unserer Kultur Erzeuger und Gebärerin des Kindes. Mutterschaft und Vaterschaft stellen eine individuelle und persönlich erfahrene Tatsache dar, die auch ohne die Erfahrung einer gemeinsamen Elternschaft auskommen kann.

3.1 Verunsicherungsphase

Die Verunsicherungsphase ist durch erste Erwartungen oder auch Befürchtungen über eine beginnende Schwangerschaft bzw. die Konfrontation mit einer positiv ausfallenden Schwangerschaftsdiagnose bis zur etwa 12.Schwangerschaftswoche gekennzeichnet. Die Moderatorvariablen in dieser Phase, die das psychische Befinden beeinflussen, sind:

- Alter der werdenden Eltern,
- die Berufstätigkeit der Frau,
- die Einstellung zur Schwangerschaft,
- Planung der Schwangerschaft,
- die Beziehung zu den eigenen Eltern,
- die finanzielle Situation,
- die Beziehung zum Partner.

Die Unsicherheit verschärft sich, wenn das Paar nicht sicher ist, ob man die Schwangerschaft unterbrechen soll oder nicht.

Auf der biologischen Ebene hat die Frau Beschwerden wie Müdigkeit, morgendliche Übelkeit und Erbrechen, Bauchschmerzen usw.

3.2 Anpassungsphase

Ab der 12. Schwangerschaftswoche sind auf der biologischen Ebene die meisten hormonellen Umstellungsprozesse für die werdende Mutter abgeschlossen. Es kommt zur Verminderung der negativen Symptome. Viele Frauen erleben Erleichterung. Mit der Zunahme des Bauchumfangs und der wachsenden Brust werden erste Anzeichen für den Wachstumsprozeß des Kindes deutlich. Dieser körperliche Hinweis auf das Kind erleichtert für den Vater die Realisierung der Schwangerschaft. Positive Zukunftspläne verdrängen Zweifel und Ungewißheit. Die Ultraschalluntersuchung fördert die psychische Anpassung an die Schwangerschaft und weckt die Gefühle der Fürsorge und des Stolzes bei den werdenden Eltern. Die Stimmungsschwankungen nehmen ab.

3.3 Konkretisierungsphase

Das erste bewußte Erleben von Bewegung des Kindes (ungefähr in der 20. Schwangerschaftswoche) kennzeichnet den Beginn der Konkretisierungsphase. Auf der biologischen Ebene ist diese Phase klar durch die Expansion des Embryos im Mutterleib charakterisiert. Das Kind wird verstärkt als eigenständiges Wesen wahrgenommen. Durch die positive Einstellung zu der Schwangerschaft verlieren die Eltern die Angst. Diese Phase der Schwangerschaft ist physisch und psychisch die beste Phase. Die Eltern wollen noch rasch ihre Pläne ausführen. Auch das soziale Umfeld bemerkt die Schwangerschaft, sieht das Paar als zukünftige Eltern an und behandelt sie auch so.

3.4 Phase der Antizipation und Vorbereitung

Diese Phase fängt ab der 32. Schwangerschaftswoche an. Auf der biologischen Ebene entfernt sich das Körperbild der werdenden Mutter vom gewohnten Bild, da das Kind annähernd seine physiologische Geburtsgröße erreicht hat. Die Frauen fühlen sich in dieser Phase am stärksten belastet. Die Aufmerksamkeit der werdenden Eltern richtet sich auf die bevorstehende Entbindung und die Übernahme von neuen Rollen im Lebenszyklus. Ambivalente Gefühle nehmen zu. Neben Stolz und freudiger Ungeduld verstärkt sich auch die Angst vor der Geburt, vor der anonymen Klinikatmosphäre und vor Kindermißbildung.

3.5 Geburtsphase

Der Wendepunkt für die Familienentwicklung ist in der Geburtsphase zu sehen. Körperliche und psychosoziale Faktoren stehen in Wechselwirkung. Das Erleben der werdenden Eltern wird vom Geburtsvorgang beeinflusst. Eine andere Einflußvariable ist, ob der Partner während der Geburt anwesend ist oder nicht.

3.6 Phase der Überwältigung und Erschöpfung

Auf der biologischen Ebene ist diese Phase durch physische Regeneration gekennzeichnet. Die jungen Eltern müssen sich plötzlich und ohne Vorbereitung uneingeschränkt auf die Bedürfnisse des Neugeborenen einstellen.

Die Umstellung auf einen Familienalltag mit einem Schlaf-Wach-Rhythmus des Neugeborenen und Erlernen von Ernährungs- und Versorgungsfertigkeiten beanspruchen die jungen Eltern. Sie verlangen ein Hochmaß an körperlicher und psychischer Energie. In dieser Phase der beginnenden Elternschaft vermischt sich Glück mit Erschöpfung.

3.7 Phase der Herausforderung und Umstellung

In der Zeitspanne vom 2. bis zum 6. Lebensmonat des Kindes lokalisiert Gloger-Tippelt (1988) die Phase der Herausforderung und Umstellung. Die jungen Eltern konzentrieren sich auf die Erfüllung der Mutter- bzw. der Vaterrolle. Die Familienstruktur verändert sich und verlangt eine Neuorientierung der familiären Beziehungsstrukturen. Neue Verhaltensweisen im Umgang mit dem Kind aber auch mit dem Partner bilden sich heraus. Oftmals wird eine Abnahme der ehelichen Zufriedenheit berichtet.

Mit Beginn der Elternschaft ist häufig ein Traditionalisierungseffekt beobachtbar. Auch wenn vor der Geburt des Kindes eine Gleichverteilung der Aufgaben im Haushalt angestrebt wurde, kehren viele junge Eltern durch die häufige Berufsaufgabe der Frau zu traditionellen Rollenmustern zurück. Daraus resultieren Abhängigkeitsgefühle bei den Frauen und belastende Verantwortlichkeit der Männer für die finanzielle Sicherung der Familie.

Nach dieser Phase kommt die Gewohnheitsphase.

4. Das Erleben des Übergangs zur Elternschaft: Einflußfaktoren auf Veränderungen der Identität

4.1 Einstellung zur Schwangerschaft und Geburt

Für den Verlauf der Schwangerschaft, Geburt und Anpassung an die frühe Elternschaft ist die Einstellung der werdenden Eltern von zentraler Bedeutung (Lukesch & Lukesch) Eine positive Einstellung zur Schwangerschaft und Geburt begünstigt sowohl bei Frauen als auch bei Männern eine aktive Vorbereitung auf das Kind und erleichtert die Identität mit der werdenden Elternrolle. Negative Einstellungen dagegen verstärken die erlebten Belastungen und Beschwerden beim Geburtsverlauf und erschweren auch die Identität mit der Elternrolle.

4.2 Erwünschtheit und Geplantheit der Erstelternschaft

Der Übergang zur Elternschaft erfordert hohe Anpassungsleistungen der werdenden Eltern. Lebensziele und Zukunftspläne müssen verändert werden und das aktuelle Leben muß umorganisiert werden. Bei einer ungeplanten Schwangerschaft geschieht es plötzlich und unvorbereitet und verstärkt somit die Identitätskrise des Paares Der Anteil der geplanten Schwangerschaft liegt nach Lukesch in der Bundesrepublik nur bei 30 %.

4.3 Die dyadische Beziehung der werdenden Eltern

Die Qualität der Beziehung beeinflußt die Identifikation mit der neuen Situation der Elternschaft. Bei einer guten Beziehung ist der Einfluß positiv und begünstigt die Identität. Die Anpassung an die Mutterschaft ist von der Anteilnahme des Partners an der Schwangerschaft und an der Geburtsvorbereitung abhängig. Eine gute Beziehung zwischen den Partnern fördert bereits pränatal eine Beziehungsaufnahme der werdenden Mutter zu ihrem ungeborenen Kind. Wenn der Partner dagegen gleichgültig reagiert, erschwert es die Identität mit der Mutterrolle. Neue Untersuchungen haben gezeigt, daß Väter, die in ihren ehelichen Beziehungen glücklich sind, viel mehr Freude an ihrem Baby haben und sich mit der Vaterrolle leichter identifizieren. White und Booth führen innerhalb eines Erhebungszeitrahmens zwei Gespräche mit 220 Personen. 107 davon haben zum zweiten Messezeitpunkt ein Kind bekommen. Das Ziel der Untersuchung war festzustellen, ob ein Kind die Qualität der Partnerschaft verändert. Es zeigte sich, daß kein signifikanter Unterschied zwischen den zwei Gruppen war. Der Übergang zur Elternschaft beeinflußt also nicht die Beziehungseinschätzung.

4.4 Der Übergang zur Elternschaft als Chance für eine neue Identitätsentwicklung

Nicht die Lebensphase hat Verhaltens- bzw. Erlebenseffekte, sondern die Art der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung sowie die kognitive, emotionale und behaviorale Auseinandersetzung und Verarbeitung der Anforderungen sind bedeutsam. Der Übergang zur Elternschaft ist somit ein kritischer Entwicklungsübergang für die jungen Erwachsenen. Im Erwachsenenalter geschieht die Identitäts- und Entwicklungsveränderung durch die Wahrnehmung neuer Bedürfnisse und Möglichkeiten ebenso wie durch Anforderungen und Ressourcen der Umwelt und durch die Versuche, diese aufeinander abzustimmen. Wichtig für die jungen Eltern scheint auch das Verhalten des Neugeborenen zu sein. Schedle (1994) fand in ihrer Studie mit 54 Mutter-Kind-Paaren, daß Mütter von schwierigen Kindern wütend reagieren, dem Kind mehr Vorwürfe machen und ihre eigenen Bedürfnisse in Hintergrund stellen. Sie suchen mehr nach Handlungsalternativen und wirken weniger auf die Situation ein.

5. Bewältigung der Krise und Übergang zur neuen Identität (Brüderl, 1989)

Man unterscheidet 3 verschiedene Bewältigungsmechanismen:

5.1 Leistungsbezogene Reaktionsformen

- Informationssuche, Kenntniserwerb, Kenntniserweiterung (kognitive Leistungstechniken);
- Austausch mit anderen Personen, Rat und Hilfe suchen;
- auf Erfahrungen zurückgreifen;
- ausprobieren, an die Dinge herangehen;
- direkte Durchsetzung;
- organisieren, planen (Koordinative Leistungstechnik);
- Antizipation;
- Probleme ansprechen, Kritik äußern;
- Erklärungen für Ereignisse, Probleme und Handlungen suchen.

5.2 Abwehr-Vorgänge

- Verleugnung;
- aus dem Felde gehen;
- antizipatorisches Vermeiden;
- Verantwortungsverlagerung;
- Verlagerung der Prioritäten;
- intellektualisieren;
- rationalisieren;
- bagatellisieren;
- sich dem Gang der Ereignisse überlassen;
- psychophysiologische Reaktionsbildung;
- Träumerei.

5.3 Anpassungs-Techniken

- Korrektur der eigenen Erwartungen;
- Anpassung an sachliche oder institutionelle Aspekte der Situation;

- Anpassung an die Forderungen oder Bedürfnisse anderer Personen;
- sich dem Schicksal ergeben;
- Orientierung an Normen;
- positive Umdeutung;
- akzeptieren;
- Ersatz;
- Hoffnung auf Verbesserung;
- Selbstreflexion;
- Aktionsaufschub;
- aufgreifen von Chancen.

Von 76 Probanden erwarteten 26 Paare ihr erstes Kind und 12 Paare ihr zweites Kind. Das durchschnittliche Alter der Probanden betrug 3 Monate vor der Geburt des Kindes 26.1 Jahre ($SD = 9.3$). Die Altersgruppe der 26- bis 30jährigen war mit 48.7 % am stärksten vertreten.

Vergleicht man die prozentuale Auftretenshäufigkeiten der drei Bewältigungsformen über den gesamten Erhebungszeitraum, fällt zunächst der Unterschied in den beobachtbaren Abwehrvorgängen deutlich auf. Die Männer zeigten im Vergleich zu ihren Partnerinnen bei der Auseinandersetzung mit Anforderungen im Zeitraum des Übergangs zur Elternschaft häufige defensive und ausweichende Bewältigungsbemühungen. Trotzdem war diese Bewältigungsform bei den Männern am wenigsten vertreten.

Im Bereich Kind und Beruf dominierten die aktiven, zielgerichteten Bewältigungsbemühungen, während in den Bereichen Partner und Person häufiger die Identitätsveränderung der eigenen Person im Vordergrund stand. Sowohl die leistungsbezogenen Reaktionsformen als auch die Anpassungs-Techniken traten bei Frauen und Männern häufiger als erwartet auf.

6. Resumé

Um die Bedeutung der Rollenbilder für die Elternidentität zu verdeutlichen, soll hier noch einmal in Erinnerung gerufen werden, daß die Identität als überdauernde Selbstwahrnehmung aus kognitiven, emotionalen und Verhaltenskomponenten zusammengesetzt ist. Die biologische Tatsache Mutter oder Vater zu werden, reicht für den Erwerb der Elternidentität nicht aus. Neben der kognitiven und emotionalen spielen auch biologische, soziokulturelle und individuelle Faktoren eine wichtige Rolle. Der Übergang zur Elternschaft ist einer der bedeutendsten Schritte im menschlichen Leben und bringt eine hohe Lebensumstellung mit sich. Die Elternschaft verändert stark die bisherige Identität und bereichert sie. Sie eröffnet neue Perspektiven der Weltanschauung und verändert häufig auch die Wertangordnung der Eltern.

7. Literaturverzeichnis

- Brüderl, L. (1989). *Entwicklungspsychologische Analyse des Übergangs zur Erst und Zweitelternschaft*. Regensburg: Roderer.
- Gauda, G. (1990). *Der Übergang zur Elternschaft. Eine qualitative Analyse der Entwicklung der und Vateridentität*. Frankfurt/Main: Peter Lang.
- Gloger-Tippelt, G. (1988). *Schwangerschaft und erste Geburt. Psychologische Veränderungen der Eltern*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schedle, A. (1994). *Mütterliche Belastungsverarbeitung und frühe Entwicklung des Kindes. Eine prospektive Längsschnittstudie während des ersten Lebensjahres*. Hamburg: Kovac.

10) Belastungsaspekte und Gratifikationen beim Übergang zur Vaterschaft (Jutta A. Strauß)

1. Einleitung

Erst in den letzten Jahren fand die Forschung im Bereich des Elternwerdens auch zusehends Platz für die Bedürfnisse, Ängste und Freuden des werdenden Vaters. Wurde bis dahin das Augenmerk fast ausschließlich auf die Frau geworfen, wurde auch bei der *Forschung* über das Elternwerden vorwiegend auf die Veränderungen aus der Sicht der Mutter Rücksicht genommen. Oft findet sich die Rolle des Mannes während der Schwangerschaft als Versorger, Erhalter und derjenige wieder, der auf die Bedürfnisse der Frau besonders eingehen soll. Diese, von seiten der Gesellschaft erhöhte Aufmerksamkeit und Unterstützung der Mütter sollte in Zeiten, wo sich die Rolle des Mannes und Vaters stark verändert hat, überdacht werden. Durch die vermehrte Berufstätigkeit der Frau und durch die sich in Richtung Gleichberechtigung entwickelnde Gesellschaft steigt auch der Anspruch, daß Väter nicht nur mehr Pflichten im Rahmen des Familienerhalts, sondern auch das Recht auf Aufmerksamkeit, Anerkennung und emotionales Ausleben dieser zweifellos einschneidenden Phase des Lebens bekommen.

2. Krisenkonzepte

Nun soll auf die wichtigsten theoretischen Ansätze und Konzepte zum Übergang zur Vaterschaft eingegangen werden:

2.1 Krisenkonzept

LeMasters stellte nach Interviews bei 46 Ersteltern in 83 % der Fälle Anzeichen einer ausgedehnten oder schweren Krise (Rückgang der Ehezufriedenheit, sexuelle Probleme, Schwierigkeiten bei der Anpassung an den neuen Zeitrhythmus, Einschränkung der persönlichen Freiheit, materielle Belastung) fest (vgl. Gauda, 1989; Olbrich & Brüderl, 1986).

2.2 Konzept der phasenspezifischen Entwicklungsaufgabe

Hier versucht man ausdrücklich, auf das Wort der Krise zu verzichten und es als einen konstruktiven Übergang zu bezeichnen, der nach Rossi im Sinne einer phasenspezifischen Entwicklungsaufgabe zu betrachten ist. Ziel ist es auch, auf die positive Bewältigungsmöglichkeit dieser für die Eltern so herausfordernden Zeit aufmerksam zu machen.

Dieser Ansatz wird mit der sogenannten „Life-span developmental psychology“ (Baltes & Schaie, 1973) in Zusammenhang gebracht. Sie beruht auf der Betrachtung der Entwicklung als lebenslangen Prozeß (Werneck, 1998) und wird in Forschungsarbeiten der Charlotte Bühler bereits in den 50er Jahren umgesetzt.

2.3 Konzept der kritischen Lebensereignisse

Da sich dieses Konzept auch mit dem Übergang zur Elternschaft beschäftigt, sei hier der Übergang zur Vaterschaft eigens noch einmal hervorgehoben. Die zur Bewältigung von Er-

eignissen des Lebens erforderlichen Maßnahmen, können sich entweder in ein bedrohliches, kritisches (Krise) oder, bei gut ausgebildeten Strategien, in ein förderndes, bedeutsames Lebensereignis (Bewältigung) entwickeln.

Kritische Lebensereignisse sind schwerwiegende Eingriffe in den bisherigen Alltag, die eine Umorientierung der betroffenen Person(en) in ihrem Handeln und Denken erfordern.

3. Das Bild des Mannes hat sich in den vergangenen Jahrhunderten stark verändert

3.1 Der Mann in der Darstellung des Verteidigers von Haus und Hof und als Krieger

Die Aufgabe des Mannes, die Familie zu versorgen und erhalten, spiegelte sich in seiner Erziehung zum Kämpfer wider. Er jagte, führte Kriege und wurde heroisiert. Der Beweis, ein echter Mann zu sein, mußte über die Kulturen hinweg immer wieder erbracht werden. Sei es mit diversen Mutproben bis hin zur Feststellung, ein Mann zu sein, wenn man einen Baum gepflanzt, ein Haus gebaut und einen Sohn gezeugt hatte. Wobei einzelne dieser alltagstheoretischen Beweise für Männlichkeit auch heute noch Gültigkeit haben.

3.2 Der Mann als Versorger

Im Rahmen der Industrialisierung des 19. Jahrhunderts und immer wieder im Lauf der Geschichte, war der Mann gezwungen, schwer körperlich zu arbeiten, was gleichzeitig ein Zulassen von Gefühlen und Bedürfnissen gar nicht zum Thema machte, abgesehen von der Tatsache, daß dies aus erzieherischen Gründen, auch nicht erwünscht war.

Die Technisierung und das neue Verständnis von Produktivitätssteigerung trugen dazu bei, daß bei den Anforderungen an den Mann kein Platz für Emotionen blieb.

3.3 Der Mann des ausklingenden 20. Jahrhunderts

Erst die Generation der 60er- und 70er-Jahre brachte ein neues Bild des Mannes hervor. Die Elternschaft entwickelte sich langsam als Aufgabe, die beide auch bewußt erleben wollten und konnten. So kann man auch im historischen Sinn von Belastungsaspekten und Gratifikationen beim Übergang zur Vaterschaft sprechen. Auch von Seiten der Frau finden bis zum heutigen Tag noch Lernprozesse statt, die den gleichwertigen elterlichen Zugang vom Vater zum Kind erlauben.

4. Sozioökonomische Belastungsfaktoren

Untersucht wurden Sammlungen von potentiellen Belastungen als unabhängige und die Partnerschaftszufriedenheit als abhängige Variable. Psychologische Annahmen über die Verbindung von Ursache und Effekt sind meist eher implizit. Die Grundannahme ist, daß Belastungen im Kontext des Übergangs zur Elternschaft zu vermehrtem Krisenerleben und geringerer Partnerschaftszufriedenheit führen. Bei den ersten Untersuchungen zu diesen Belastungsfaktoren mit signifikanten Effekten auf die Partnerschaftszufriedenheit wurden unter anderem ein niedriges Familieneinkommen, geringe formale Bildung (Belsky & Rovine, 1990), Schwangerschaft (Bickelmann, 1979; Dyer, 1963; Miller & Sollie, 1986; Russell, 1974; vgl. jedoch den entgegengesetzten Befund bei Belsky & Rovine, 1990), ein schwieriges kindliches Temperament (Belsky & Rovine, 1990) und mangelnde Kompetenz in der neuen Elternrolle (Belsky & Rovine, 1990; vgl. Gloger-Tippelt, 1988) identifiziert.

5. Übergang zur Vaterschaft anhand von Auszügen einer Studie zu dieser Fragestellung (Werneck, 1997)

Vorrangiges Anliegen dieser Studie war, die detaillierte und differenzierte Beschreibung des Übergangs zur Vaterschaft. Der Autor (Werneck) verweist auf die Qualität dieses Transitionsprozesses und deren Abhängigkeit vom ökopyschologischen Umfeld, insbesondere der Familie, speziell der Mutter.

Es handelt sich sowohl um eine querschnittsmäßige Analyse der Daten zur Beschreibung des Übergangs zur Partnerschaft als auch um eine Längsschnittuntersuchung der Väter, im Zeitraum von der Schwangerschaft der Partnerin bis 3 Jahr nach der Geburt des Kindes. Die Erhebungen erfolgten 3 Monate vor und 3 Monate nach der Geburt und wurden im Rahmen eines interkulturell angelegten Forschungsprojektes betreffend den Übergang zur Elternschaft (Rollett & Werneck 1993) erhoben. Daraufhin wurden in den 3 ersten Lebensjahren Quer- und Längsschnittuntersuchungen analysiert. Im folgenden werden Auszüge aus dieser Testreihe besprochen, wie die Belastung des Vaters und die Gesamtsituation, welche die Familie beeinflusst.

5.1 Skala zur individuellen Belastung des Vaters

Sie mißt die vom Vater subjektiv empfundene „individuelle, zeitlich überdauernde Belastung“ (Ehlers, 1981). Mütter und Väter wurden extra skaliert, um eine detaillierte Darstellung der Belastung zu ermöglichen. Die Skala entstand im Rahmen der „Fragebogenskalen zur Beschreibung der Umwelt und der Verhaltensbesonderheiten von Kindern durch die Eltern“, zum Zweck der Untersuchung von 241 Kindern und ihren Eltern (vgl. Ehlers, 1981) die seit dem Beginn der Schwangerschaft an einer „prospektiven Untersuchung über Schwangerschaftsverlauf und Kindesentwicklung“ teilgenommen hatten. Es wurden 9 Fragen entwickelt die dichotomisiert (belastend/nicht belastend):

- 1) Wie schätzen sie Ihre Möglichkeiten zu Kontakten mit Menschen außerhalb ihrer Familie ein?
- 2) Erziehen Sie und Ihre Partnerin die Kinder im wesentlichen nach den gleichen Grundsätzen?
- 3) Hat es in Ihrer Partnerschaft seit der Geburt Ihres Kindes ernsthafte Spannungen gegeben?
- 4) Glauben Sie, daß die Pflichten und Lasten in Ihrer Partnerschaft gleichmäßig verteilt sind?
- 5) Finden Sie, daß Ihre Partnerin normalerweise genügend Interesse und Verständnis für Sie zeigt?
- 6) Haben Sie finanzielle Sorgen?
- 7) Haben Sie das Gefühl, daß das was Sie tun, normalerweise richtig anerkannt wird?
- 8) Wie schätzen Sie Ihr Verhältnis zur Familie Ihrer Partnerin ein?
- 9) Wie empfinden Sie das Verhältnis zu Ihren Nachbarn?

Ergebnis: Im Vergleich zur Normstichprobe (vgl. Ehlers, 1981) stehen die in der vorliegenden Studie befragten Väter der dreijährigen Kinder unter beträchtlicher individueller Belastung, die sich vor allem durch Spannungen innerhalb der Partnerschaft und zu wenig Möglichkeiten zu Kontakten mit Menschen außerhalb der Familie erklären läßt.

Gegenüber der Validierungsstichprobe fällt auch noch die relativ hohe Belastung durch finanzielle Sorgen sowie andererseits die ungleichmäßige Verteilung der Lasten und Pflichten in der Partnerschaft zuungunsten der Partnerinnen auf (Werneck, 1998).

5.2 Der Fragebogen zur Gesamtsituation

Dieser Fragebogenkomplex setzt sich aus Skalen und thematisch gruppierten Einzelfragen zusammen, die im wesentlichen von der Düsseldorfer Arbeitsgruppe um Nickel übernommen wurden. Im folgenden werden nur einige dieser Fragen bearbeitet, welche zu den drei Testzeitpunkten möglichst unverändert vorgegeben wurden: Kinderwunsch, Anwesenheit bei der Geburt, Karenzurlaub, Erziehung, Gesundheitszustand des Kindes, Anpassung an das Kind, Änderungen durch das Kind, Belastungsfaktoren, Umgang mit dem Kleinkind, Freude am Umgang mit Kindern, Haushaltstätigkeiten, Zufriedenheit, Herkunftsfamilie, Freundes- und Bekanntenkreis, Familie – Freizeit – Beruf.

Diskussion der Ergebnisse: Überraschend stellt sich zunächst das Ausmaß der Konstanz des Kinderwunsches unter den jeweils gegebenen situativen Bedingungen dar. Die einheitlichen Angaben zu allen 3 Testzeitpunkten einerseits sowie auch die Übereinstimmung der diesbezüglichen väterlichen mit den mütterlichen Vorstellungen andererseits, lassen auf eine relativ rationale Kalkulation der Kinderanzahl schließen. Das Fehlen nennenswerter Korrekturen des Kinderwunsches, insbesondere nach den Erfahrungen mit dem ersten Kind, widerspricht auch eindeutig der Hypothese eines „Baby-Schocks“ (Jürgens & Pohl, 1975).

Der vor der Geburt geäußerte Kinderwunsch zeigt sich als bester Prädiktor für das tatsächlich beobachtete generative Verhalten, drei Jahre danach.

Ein in den letzten Jahren eine Verhaltensänderung der Väter bewirkender Bereich ist das Anwesendsein bei der Geburt des Kindes. In Österreich sind bereits etwa 9 von 10 Männern anwesend. Sie sehen in dieser Erfahrung etwas „ganz Besonderes“, wobei vor allem der Einfluß des Gemeinschaftserlebnisses auf die Partnerbeziehung betont wird und nur zweitrangig die langfristige Vater-Kind-Beziehung eine Rolle spielt.

Nahezu konträr zeigt sich die Inanspruchnahme der Karenzzeit. Hier läßt sich noch kein Aufbrechen der Rollenklischees erkennen. Hier sei aber auch die nach wie vor in vielen Berufen herrschende Ungleichheit der Bezahlung zu erwähnen, die das Inanspruchnahmen von Karenzurlaub für Männer oft aus finanziellen Gründen kaum erlaubt oder zumindest erschwert.

Den Erziehungsstil betreffend, beschließt die Mehrheit der Väter ihre Kinder milder zu erziehen, als es ihnen selbst widerfahren ist. Interessant erscheint hier, daß die selbst erfahrene Erziehung negativ mit dem für die eigenen Kinder als geeignet eingeschätzten Stil korreliert. Das Motiv dahinter dürfte in dem Bemühen zu suchen sein, die selbsterlebten negativen Erziehungssituationen bei seinen eigenen Kindern zu vermeiden. Dies gilt für Mütter und Väter. Die Erziehung insgesamt wird auch heute noch eher von der Mutter als vom Vater übernommen, wobei bei immerhin 4 % der Fälle beide Elternteile zu gleichen Teilen Erziehungsverantwortung haben. Der Wunsch jedes achten Vaters, größeren Anteil an der Erziehung seiner Kinder zu haben, zeigt einen positiven Trend und Bruch zur historischen Rolle des Mannes auf.

Die Pflege und der Umgang mit dem Kind gestaltet sich zwar bei Dreijährigen als schwieriger als bei dreimonatigen Kindern, wird jedoch von den Vätern nur untergeordnet belastend beschrieben.

Problematisch zeigt sich jedoch der Mangel an Sozialkontakten außerhalb der Familie und Spannungen in der Partnerbeziehung aufgrund der ungleichen Verteilung der Lasten und Pflichten. Es kommt zu einer Verschlechterung der sexuellen Beziehung, vor allem innerhalb des halben Jahres um die Geburt, die oft unterschätzt wird.

Der Freundeskreis des Vaters reduziert sich vor allem im Geburtsjahr deutlich. Hier werden Einschränkungsempfindungen des männlichen Elternteils verstärkt wahrgenommen. Das Bedürfnis nach „außereltherlichen“ Aktivitäten steigt bis zum 3. Lebensjahr des Kindes signifikant an. Das berufliche Weiterkommen zeigt sich bei Männern zwar stärker als bei Frauen, dennoch liegen bei den Vätern Familie vor Freizeit an vorderster Bedeutungsstufe.

Neben den objektiven Kriterien, wie etwa der verfügbaren Zeit, regulieren auch Einstellungen wesentlich das Erleben der Vaterschaft. Aufgrund ihrer Einstellungen zur Rollenaufteilung zwischen Vater und Mutter, zu ihren Kindern usw. wurden die Väter drei Gruppen zugeordnet:

- 1) *Eigenständige* (52.4 %): Kindererziehung ist Frauensache;
- 2) *Familienorientierte* (31.7 %): mit dem traditionellen Bild des Vaters, der schon Verständnis für die Familiensituation aufbringt, sich aber nur nach eigenem Gutdünken einbringt;
- 3) *Neue Väter* (15.9 %): zeichnen sich vor allem durch die Befürwortung egalitärer Partnerschaftsstrukturen und hohes familiäres Engagement aus.

6. Zusammenfassung

Zusammenfassend ist eine Ambivalenz speziell unter engagierten Vätern festzustellen; die alten Regeln, das überlieferte Anforderungsprofil an einen Vater gelten nicht mehr uneingeschränkt, andererseits existieren kaum neue, verbindliche Orientierungshilfen. Die Belastungen, wie die berufliche Vereinbarung mit den hohen Ansprüchen an die eigene Vaterschaft birgt ein hohes Risiko, etwa für Partnerschaftskonflikte, bis hin zur Trennung der Eltern, aber auch die Chance auf eine zusätzliche essentielle Bereicherung vor allem durch das bewußtere Miterleben des Aufwachsens seines Kindes (Werneck, 1998).

Die Belastungen der Väter sind in Zukunft nicht mehr jenen der Mütter hintanzustellen. Sowohl von seiten der Gesellschaft, als auch von seiten der Mütter sollte in Zukunft auch mehr Augenmerk auf die Bedürfnisse des werdenden Vaters gesetzt werden. Um in mehr Bereichen ein egalitäres Verhältnis zu bewirken, ist aber auch unser Sozialsystem aufgefordert, noch in vielen Bereichen ihres dazu beizutragen (etwa die finanzielle Gleichstellung von Mann und Frau), damit zukünftig auch mehr Väter das Karenzrecht in Anspruch nehmen können.

Trotz aller Zuversicht über den Trend in Richtung „Gleichverteilung“ in der Elternschaft ist auf diesem Gebiet noch viel zu tun, denn 15.9 % der neuen Väter sind ein Anfang, aber bei weitem noch nicht das Ziel.

7. Literatur

- Feldman, S. S. (1987). Predicting strain in mothers and fathers of 6-months-old infants: A short-term longitudinal study. In P. W. Berman & F. A. Pedersen (Eds.), *Men's transitions to parenthood. Longitudinal studies of early family experience* (pp. 13-35). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Meyer, H. J. (1988). Partnerschaft und emotionale Befindlichkeit von Eltern nach der Geburt ihres ersten und zweiten Kindes. In M. Cierpka & E. Nordmann (Hrsg.). *Wie normal ist die Normalfamilie? Empirische Untersuchungen* (S. 43-62). Berlin: Springer.
- Reichle, B. & Werneck, H. (Hrsg.). (1999). *Übergang zur Elternschaft. Aktuelle Studien zur Bewältigung eines unterschätzten Lebensereignisses*. Stuttgart: Enke.
- Werneck, H. (1997). Belastungsaspekte und Gratifikationen beim Übergang zur Vaterschaft. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 44, 276-288.

11) Elternschaft, Partnerschaftsqualität und Sexualität **(Alois Nowotny und Diethard Hanausek)**

1. Einleitung

Bei der Beschäftigung mit diesem Thema ist man bis heute – trotz einer Gesellschaft, die sich als aufgeklärt und offen gegenüber diesem Thema bezeichnet – im großen und ganzen auf populärwissenschaftliche Literatur angewiesen. In wissenschaftlichen Arbeiten wird diese Thematik eher theoretisch oder lediglich in bezug auf pathologische Erscheinungen der Sexualität abgehandelt. Dies erscheint insofern interessant, da wir den Bereichen Sexualität und Partnerschaft tagtäglich in den Medien begegnen. So spricht in diesem Zusammenhang Leyrer (2000) von einer Übersexualisierung der Gesellschaft: „Im deutschen Bundestag wird über sexuellen Kindesmißbrauch und Heirats-, Miet- und Erbrecht für homosexuelle Paare gestritten, in Tageszeitungen bieten Dutzende von Frauen ihre Dienste am Mann per Anzeige an, nach 22 Uhr gibt es im Fernsehen Erotikfilme zu sehen, und auch in den TV-Werbepausen von Krimis fordern nackte Frauen ‚Ruf mich an‘. Wer Migräne hat, wird beim Arzt nach Orgasmusproblemen gefragt, und wer mit 17 noch nicht regelmäßig Geschlechtsverkehr hat, gilt als etwas zurückgeblieben. An jedem Zeitungskiosk sind Dutzende von Sex-Postillen erhältlich, in der Frauenzeitschrift gibt es ein Liebes- und Sexhoroskop, das Sexmagazin titelt mit Praktiken für den schnellen Sex. Wer mag sich noch aufregen über ein Pin-up-Kalenderblatt im Betrieb, wenn auf den Plakaten, in jedem U-Bahnhof viel schärfer Damen für Dessous werben?“ Auf den ersten Blick klingt die Formulierung von Frau Leyrer etwas überzeichnet. Bei aufmerksamer Betrachtung der Inhalte unserer Gesellschaft findet sich diese Darstellung jedoch durchaus bestätigt. So beschreibt beispielsweise der Hamburger Sexualforscher Schmidt (1986) die Sexualisierung der hoch industrialisierten Gesellschaft, in Anlehnung an den Philosophen Günther Anders, als Welt, die mit Nacktheit verkleidet wird. Durch ihre permanente Veröffentlichung sei Sexualität zwar überall zu sehen und zu hören, aber kaum noch zu spüren. Sexualität bezeichnet den gesamten Komplex seelisch-geistiger Beziehungen zwischen Individuen. Wir wollen uns in dieser Arbeit auf den Bereich der heterosexuellen Partnerschaften beschränken. Diese Unternehmen scheint uns insofern wesentlich, da wir glauben, daß die Sexualität eine der wesentlichsten Komponenten für eine funktionierende Partnerschaft darstellt.

Aufgrund einer gewissen Unzufriedenheit mit der gefundenen Literatur beschlossen wir, eine eigene Studie zu dieser Thematik durchzuführen. Angeregt wurden wir dazu durch eine im März veröffentlichten Profil-Umfrage „So liebt Österreich“, die zwar einen relativ guten Einblick in das Sexualverhalten der Österreicher gibt (Profil Nr. 12, März 2000), jedoch für uns noch immer zu wenig konkret war.

2. Historisches

Will man die Historie des Themas Sexualität und Partnerschaft beleuchten, so muß man erkennen, daß ein solches Unternehmen außerordentlich umfangreich wäre. Im Rahmen dieser Arbeit wollen wir deshalb nur einen kurzen geschichtlichen Abriss durchführen.

Von der Frühzeit haben wir nur wenig Überlieferungen über das Sexualverhalten. So sind sich die Anthropologen nicht darüber einig, ob in mutterrechtlichen oder bereits patriarchalischen

Verbänden gelebt wurde. Es herrscht lediglich Übereinstimmung darüber, dass die ersten Jäger und Sammler wechselnden Sexualkontakt hatten. Außerdem war den Männern ihre Funktion bei der Zeugung von Kindern nicht bewusst. Im griechischen Sparta wurde zwar im 18. Lebensjahr geheiratet, jedoch lebten die Männer bis zu ihrem 30. Lebensjahr getrennt von ihren Frauen in soldatischen Einrichtungen. Die Sexualität war dort in erster Linie auf Nachkommenschaft orientiert. Die Frauen konnten auch außerehelichen Geschlechtsverkehr haben. In Athen wurden die Frauen sehr jung verheiratet. Dies geschah unter männlicher Vormundschaft. Auch Verwandten-Ehen waren erlaubt. Bei den Frauen galt der Ehebruch als schweres Verbrechen, die Männer hingegen hatten außereheliche sexuelle Kontakte mit Sklavinnen, Konkubinen, Prostituierten und anderen Männern.

Im alten Rom existierten unterschiedliche Ehe-Formen – je nachdem, ob die Frau bei ihrer Verheiratung aus der väterlichen Gewalt in die Gewalt des Ehemannes übergang oder nicht. Das Heiratsalter war dort sehr früh angesetzt (Mädchen mit 12 Jahren, Jungen mit 14 Jahren). Ehescheidungen waren zeitweise sehr verbreitet.

Im Mittelalter war es üblich, nackt und mit mehreren Personen in einem Raum oder Bett zu schlafen. Noch bis ins 18. Jahrhundert galt Selbstbefriedigung in manchen Gegenden nicht als Sünde. Vor- und außerehelicher Geschlechtsverkehr und sexuelle Kontakte Erwachsener zu Jugendlichen waren üblich. Noch dazu hatten Fürsten und Hausherrn immer die Macht über die Sexualität aller Untergebenen, und dazu gehörten die Frauen. Vergewaltigung war eine übliche gesellschaftlich geduldete Form des sexuellen Kontakts. Ein weiteres dunkles Kapitel waren die Hexenverbrennungen, vor allem im 16. und 17. Jahrhundert, wo hunderttausende Frauen auf Anweisung der Kirche gefoltert und verbrannt wurden. Die Verfolgung fand oft mittels phantasievoller Anklagen über deren Sexualität statt (Gemeinschaftsorgie mit dem Teufel, luststeigernde Hexensalben, etc.).

Erst im 18. bzw. 19. Jahrhundert, mit der Entstehung der Kleinfamilie, dem aufstrebenden Bürgertum und der Industrialisierung, entstand die Emotionalisierung des Familienlebens mit den Erscheinungsformen Häuslichkeit, romantische Partnerwahl, Gatten- und Kindesliebe. Dieses Modell setzte sich aber erst im 20. Jahrhundert wirklich durch, und erlebte seinen Höhepunkt in den 50er-Jahren. Die Kirche verlor in Folge zunehmend an Einfluss als Moralinstanz für das Zusammenleben der Menschen. So unterliegen Eheschließungen, Scheidungen und Geburtsanmeldungen heute staatlichen Kontrollen, und auch für die Gesetze, die im weitesten Sinn die Sexualität betreffen, ist der Staat zuständig.

3. Sexualität heute

Gemäß einer Umfrage in den 90er Jahren (zitiert nach Leyrer, 2000) träumen 80 % der Bevölkerung von einer Familie, in der sich die Eltern mit den Kindern sehr gut verstehen. Die Realität sieht aber ganz anders aus: Die Hälfte der Befragten bezeichnet den eigenen Traum für gescheitert. Jede zweite bis dritte Ehe wird heute geschieden. Ein Drittel aller Kinder wächst nur mit einem Elternteil auf. 1999 wurde in Deutschland jedes 5. Kind, das sind 20 % aller Neugeborenen, außerehelich geboren. Außerdem sinken die Geburtenzahlen in allen Industriestaaten. Jeder dritte aller Erwachsenen lebt im heutigen Deutschland alleine. 1999 wurden in den Großstädten Deutschlands fast 50 % Single-Haushalte gezählt. Und diese Singles haben keinesfalls ein wildes Sexleben. So hat entgegen den Mediendarstellungen und sexuellen Leitbildern ein Fünftel von ihnen gar keine Sexualkontakte, und nur die Hälfte mindestens einmal im Monat Geschlechtsverkehr. Welche methodischen Mängel dieser Umfrage auch immer zugrunde liegen, so kann man doch eine Tendenz erkennen: In bezug auf Sexualität und Partnerschaft befinden wir uns keineswegs im Land der Seligen. Jedoch befinden wir uns keineswegs in einer hoffnungslosen Position. Als positiv kann hier vor allem das zunehmende Bewußtsein für die Zusammenhänge psychischer und physischer Komponenten gesehen wer-

den. Vor 100 Jahren noch war dieser Gedanke revolutionär – als Sexualität nicht mehr sein durfte, als ein dunkler Trieb, den es nach Ansicht von Kirche und bürgerlichen Wissenschaften zu unterdrücken galt. Erst mit der Psychoanalyse und der entstehenden Sexualforschung nahmen sich viele dieses Themas an: Sigmund Freud, Erich Fromm, Wilhelm Reich, Magnus Hirschfeld und viele andere. Diese Entwicklung war notwendig, daß wir heute Frauen nicht mehr als von Natur aus als zur Frigidität neigend sehen, Homosexuelle nicht als pervers und abartig bezeichnet werden, daß wir wissen, daß Onanie nicht krank macht, und versucht wird, sexuelle Abweichungen vor dem Hintergrund komplizierter Mechanismen, die großteils in der kindlichen Entwicklung liegen, einer wissenschaftlichen Behandlungsweise zugänglich zu machen.

4. Sexualität und Partnerschaft

4.1 Der Stellenwert der Sexualität

In bezug auf die Zufriedenheit in einer Beziehung sind eine Vielzahl von Faktoren zu beachten. Dabei finden wir beispielsweise folgende Punkte (Revenstorf, 1991):

- Homogenität der Partner hinsichtlich Wertvorstellungen;
- individuelle Stabilität;
- Machtverteilung;
- Rollenkompatibilität;
- partnerschaftliche Interaktion;
- körperliche Zuwendung;
- Fürsorge;
- Vertrauen und Toleranz.

Diese Faktoren sind natürlich in Abhängigkeit von den aktuellen Bedürfnissen der PartnerInnen unterschiedlich wichtig. Der Stellenwert der Sexualität wird bei Paaren ohne sexuelle Störungen zugunsten der allgemeinen Kompatibilität zurückgedrängt. Jedoch drängt bei Paaren mit sexuellen Störungen der Stellenwert der Sexualität in den Vordergrund. Dies hat dann eine unmittelbare Auswirkung auf die Zufriedenheit in der Beziehung. Die Sexualität wird in der Regel als einer der wesentlichen Bereiche in der Partnerschaft erlebt. Daraus ergibt sich die Frage, unter welchen Voraussetzungen die Partner auch bei Vorliegen eines sexuellen Problems zusammenbleiben. In einem solchen Fall wird einerseits vermutet, daß gerade diese sexuelle Störung zur Ausgewogenheit einer Beziehung beitragen kann. So könnte beispielsweise die Impotenz des Mannes von einer sexuell ängstlichen Frau als Rücksichtnahme des Mannes interpretiert werden. Meist besteht jedoch die Hoffnung, das sich das sexuelle Problem durch guten Willen, zunehmendes Vertrauen und sexuelles Kennenlernen von alleine gibt. Auch wenn die Hoffnung auf eine Verbesserung des Sexuallebens enttäuscht wird, werden Beziehungen meist trotzdem aufrechterhalten. Hier kommen dann vor allem grundsätzliche Mechanismen des „Gebens und Nehmens“ – allerdings auf einer anderen Ebene – zum tragen. Kommt es jedoch auch in den anderen Bereichen einer Partnerschaft zu einer Unausgewogenheit in der Bilanz des Gebens und Nehmens, so ist eine Überforderung der Partner vorprogrammiert (Willi, 1975).

4.2 Sexualität im Familienzyklus

Die Entwicklung vieler Beziehungen kann als Familienzyklus mit mehreren Stadien gesehen werden. Marano (1992) unterscheidet dabei:

- Eingehen einer festen Bindung;
- Zusammenleben;
- Elternschaft;
- Familienleben;
- Entlassung der Erwachsenen Kinder;
- gemeinsames Altern.

Im Zuge der Familiengründung bzw. der Geburt von Kindern gerät die Sexualität in der Regel in den Hintergrund. Zwar wird dieser Umstand meistens akzeptiert, oft aber von einem Partner, hauptsächlich dem Mann, bedauert.

4. 3 Sexuelle Zufriedenheit

Als einer der wesentlichsten Faktoren für die sexuelle Zufriedenheit kann die erfolgreiche Bewältigung von sexuellen Problemen gesehen werden. Eine gute Problembewältigungs-Strategie ist insofern entscheidend, da beinahe ein jeder mit mehr oder weniger großen Problemen hinsichtlich der Sexualität konfrontiert wird. So kann beispielsweise das Wissen um die Kontextabhängigkeit sexueller Erfahrungen (im besonderen negativer sexueller Erfahrungen) wesentlich zu einem funktionierenden Sexualleben beitragen. Sexuelle Zufriedenheit bedarf also eines Entwicklungsprozesses, in dem z. B. Frauen zunehmend ihren eigenen Bedürfnissen Rechnung tragen, oder Männer den Stellenwert einer wachsenden Intimität erkennen, und nicht einer mit den Jahren schwindenden Potenz nachtrauern. Spricht man von sexueller Zufriedenheit, so darf man nicht dem Irrtum unterlaufen, daß man ein zufriedenes Sexualleben in einer Beziehung mit der Abwesenheit sexueller Störungen gleichsetzt. So berichten beispielsweise Paare, die ihre Beziehung im großen und ganzen gut einschätzen, häufig von sexueller Unzufriedenheit. Männer sind häufig deswegen unzufrieden, da sie seitens ihrer Partnerin einen Mangel an sexueller Initiative empfinden. Frauen hingegen empfinden häufig einen Mangel an Intimität, wobei wir Intimität als die Bereitschaft, persönliche Erfahrungen miteinander zu teilen, sich gefühlsmäßig zu öffnen und sich mitzuteilen, im Vertrauen darauf, verstanden und akzeptiert zu werden, verstehen können.

4. 4 Stereotypen und Klischees der Geschlechter

Die Stereotypen der Geschlechter hängen in einem hohen Maße von der Sozialisation ab. So müssen Männer schon von Jugend an um Anerkennung kämpfen, sich konkurrieren und Leistung zeigen. So gilt es auch, sich durch „sexuelle Eroberungen“ zu beweisen. Frauen hingegen lernen, sich attraktiv zu machen, abzuwarten wie Männer auf ihre Signale reagieren, sich zurückzunehmen und auf die Gefühle anderer/der Männer einzugehen. In bezug auf die Sexualität sind „paß' bloß auf“ und „Männer wollen sowieso nur das eine“ häufige Botschaften (Hoyndorf, 1995). Durch Alltagserfahrungen einerseits und sozialisationsbedingte Orientierungspunkte für geschlechtsrollenkonformes Verhalten andererseits, kommt es zu einer Herausbildung von Stereotypen. Die Gefahr dieser Stereotypen liegt vor allem darin, daß sie eine Tendenz haben, sich selbst zu verwirklichen. Zu den verbreitetsten Stereotypen gehören:

- Mann nimmt Liebe in Kauf, um Sex zu bekommen;
- Frau nimmt Sex in Kauf, um Liebe zu erhalten;
- Männer suchen die schnelle Lust, Frauen Wärme und Geborgenheit;
- Frauen haben Gefühle, Männer einen Penis;
- Bei Frauen zählt ihr Aussehen, bei Männern ihr Geld;
- Frauen wollen von Männern erobert werden – Männer müssen Frauen erobern;
- Männer interessieren sich für Autos und Fußball, Frauen für Mode und Kinder;
- Männer sind für Geld und Sozialprestige zuständig, Frauen für Haushalt und Gefühle.

Allerdings ist bei diesen Stereotypen in der letzten Zeit eine zunehmende Lockerung, vor allem in der jüngeren Generation, zu beobachten. Diese „sexuelle Revolution“ hat aber nicht unbedingt immer eine positive Auswirkung auf die Sexualität. So reagieren beispielsweise viele Frauen, die sich als emanzipiert sehen, irritiert und enttäuscht, wenn sich der Mann als sensibel und in emotionaler Hinsicht verletzlicher erweist als sie selbst. Demgegenüber kommt es oft vor, dass sich emanzipierte Männer, letztlich doch eine „anschmiegsame“ Frau wünschen.

5. Untersuchung

Wie in der Einleitung bereits erwähnt, haben wir in Anlehnung an die Profil-Umfrage „So liebt Österreich“ eine Untersuchung zum Sexualverhalten durchgeführt. Unsere Zielgruppe waren StudentInnen, denen wir einen eigens für diesen Zweck konstruierten Fragebogen zum Sexualverhalten vorlegten. Ziel dieser Untersuchung war es, mögliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern hinsichtlich ihrer Sexualität zu identifizieren. Diese Fragestellung ist für uns insofern interessant, da wir solche Unterschiede im Sexualverhalten als eine mögliche Ursache für (sexuelle) Unzufriedenheit in Beziehungen interpretieren.

Die erste Vorgabe unserer Fragebögen erfolgte innerhalb einer Lehrveranstaltung. Diese Art der Gruppenvorgabe erwies sich allerdings als wenig zielführend: die fehlende Bereitschaft, die Fragen zu beantworten, machte eine Auswertung unmöglich (eine zu hohe Anzahl von Missing-Werten). Der Grund für dieses Ergebnis liegt wahrscheinlich darin, daß aufgrund der Bekanntheitsverhältnisse innerhalb der Lehrveranstaltung das Ausfüllen des Fragebögen als unangenehm empfunden wurde. Aufgrund dieses ersten Fehlschlags entschlossen wir uns, die Fragebögen an StudentInnen mit beigelegtem Rücksendeformular zu verteilen (an sich die übliche Vorgehensweise bei derartig heiklen Themen), um die Anonymität zu bewahren. Jedoch erwies sich auch diese Vorgehensweise nicht als unproblematisch, da von den insgesamt 100 ausgeteilten Fragebögen nur 38 Stück retourniert wurden, und uns infolgedessen nur eine sehr kleine Stichprobe für die Auswertung zur Verfügung stand.

5.1 Auswertung

Aufgrund der geringen Stichprobengröße bekamen wir erwartungsgemäß nur wenige Signifikanzen bzw. waren die signifikanten Ergebnisse nicht wirklich aussagekräftig. Prinzipiell verwendeten wir für den Vergleich der nominal-skalierten Daten Kontingenztafeln (in den meisten Fällen den Spezialfall der Kontingenztafel, die Vier-Felder-Tafel), für die rang-skalierten Daten U-Test, und für die intervall-skalierten Daten, die in unseren Fall keine Normalverteilung aufwiesen, ebenfalls den U-Test. Unsere Hypothesenprüfungen erfolgten alle ungerichtet, und als Signifikanzniveau wählten wir ein Alpha von 5 %.

5.2 Ergebnisse

Wie bereits erwähnt, erwiesen sich Signifikanzprüfungen in unserem Fall als nicht sehr sinnvoll. Deshalb konzentrieren wir uns bei der Interpretation der Ergebnisse in erster Linie darauf, Tendenzen in bezug auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu identifizieren. Im folgenden werden wir detailliert auf die Ergebnisse der einzelnen Fragen eingehen. Dort, wo wir die Fragen aus der Profil-Umfrage übernommen haben, werden auch diese Ergebnisse für den Vergleich dargestellt. Vorweg sei hier erwähnt, daß sich unsere Ergebnisse, trotz der relativ geringen Stichprobengröße und unterschiedlichen Gruppe von Befragten (nur StudentInnen) sehr ähneln.

Unsere Stichprobe umfaßte 38 Personen, wobei 22 (58 %) weiblich und 16 (42 %) männlich waren. Das durchschnittliche Alter betrug 25.16 Jahre. Das Durchschnittsalter der Frauen betrug 23.62 Jahre, jenes der Männer 27.19 Jahre.

Frage 1: Befinden Sie sich derzeit in einer fixen Beziehung?

Von den Befragten befinden sich 68 % in einer festen Beziehung (77 % der Frauen und 56 % der Männer).

Frage 1a: Wenn ja, leben Sie mit einem Partner zusammen?

Von den 68 % der Befragten, die sich derzeit in einer fixen Beziehung befinden leben 48.3 % mit einem Partner zusammen (47.1 % der Frauen und 50 % der Männer).

Frage 2: Hatten Sie jemals schon einen fixen Partner?

Bei dieser Frage gaben 89.5 % an, irgendwann schon einmal eine/n fixe/n Partner/in gehabt zu haben (86 % der Frauen und 93.8 % der Männer).

Frage 3: Was ist für Sie das wichtigste in einer Beziehung?

Bei dieser Frage sollten die Befragten 6 Kategorien nach ihrer Wichtigkeit mit den Zahlen von 1 (wichtigste) bis 6 reihen. Die Ergebnisse sind im folgenden Diagramm veranschaulicht (Mediane auf der Ordinate):

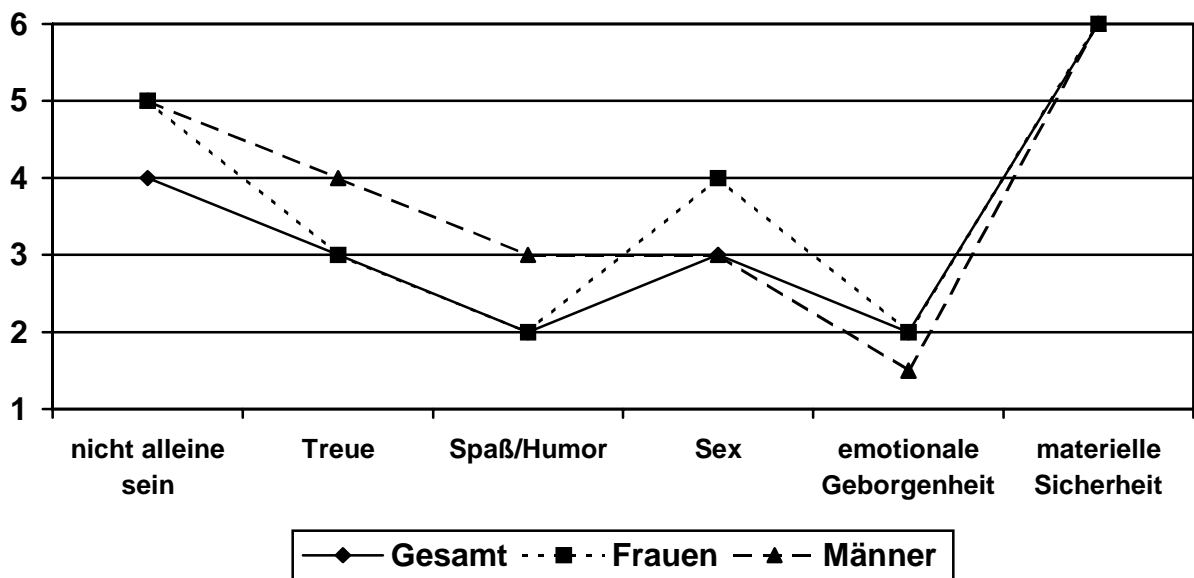


Abbildung 1: Was ist für Sie das wichtigste in einer Beziehung?.

Wie in Abbildung 1 ersichtlich, ergibt sich für beide Geschlechter folgende Reihenfolge (mit dem wichtigsten beginnend):

Tabelle 1: Was ist für Sie das wichtigste in einer Beziehung?

Frauen	Männer
emotionale Geborgenheit (<i>Md</i> = 2), Spaß/Humor (<i>Md</i> = 2)	emotionale Geborgenheit (<i>Md</i> = 2)
Treue (<i>Md</i> = 3)	Sex (<i>Md</i> = 3), Spaß/Humor (<i>Md</i> = 3)
Sex (<i>Md</i> = 4)	Treue (<i>Md</i> = 4), nicht alleine sein (<i>Md</i> = 4)
nicht alleine sein (<i>Md</i> = 5)	
materielle Sicherheit (<i>Md</i> = 6)	materielle Sicherheit (<i>Md</i> = 6)

Wie aus Abbildung 1 und Tabelle 1 ersichtlich, ist für Männer überraschender Weise die emotionale Geborgenheit wichtiger als für Frauen. Sex in der Beziehung ist für Männer, wie erwartet, wichtiger. Interessant ist auch, daß für Frauen Spaß/Humor an gleicher Stelle rangiert wie die emotionale Geborgenheit. Weiter ist zu erkennen, das bei Frauen die Treue vor dem Sex kommt, während sich dies bei Männern genau umgekehrt verhält. Die materielle Sicherheit ist, wie erwartet, für beide Geschlechter am unwichtigsten.

Frage 4: Haben Sie Ihre große Liebe schon gefunden?

In unserer Studie gaben 57 % aller Befragten an, ihrer große Liebe bereits gefunden zu haben (die Profil-Studie ergab den gleichen Prozentwert).

Frage 5: Glauben Sie an die große Liebe?

Dabei gaben 92 % an, daß sie an die große Liebe glauben. Im Gegensatz dazu gaben nur 60 % bei der Profil-Studie an, an ihre große Liebe zu glauben. Die Ursache für die Diskrepanz liegt unserer Meinung nach darin, daß die Altersverteilung in der Profillumfrage bedeutend breiter war (15 bis 50 Jahre und älter).

Frage 6: Wie sieht es mit ihrem Sexualleben aus?

Die Ergebnisse im Vergleich zur Profil-Studie sind im folgenden aufgelistet:

Tabelle 2: Wie sieht es mit ihrem Sexualleben aus?

		Eigene Studie	Profil-Studie
Gesamt	klappt hervorragend	36 %	23 %
	ist o.k.	34.2 %	34 %
	könnte besser sein	23.7 %	11 %
	klappt überhaupt nicht	5.3 %	3 %
Frauen	klappt hervorragend	36.4 %	20 %
	ist o.k.	40.9 %	24 %
	könnte besser sein	13.6 %	12 %
	klappt überhaupt nicht	9.1 %	2 %
Männer	klappt hervorragend	37.5 %	26 %
	ist o.k.	25 %	44 %
	könnte besser sein	37.5 %	10 %
	klappt überhaupt nicht	-	4 %

Wie aus Tabelle 2 ersichtlich, herrscht im Vergleich von Frauen und Männern vor allem eine Diskrepanz in den Kategorien „könnte besser sein“ und „klappt überhaupt nicht“. Vor allem unsere befragten Männer beklagen ihr Sexualleben. Im Vergleich dazu können wir in den Pro-

fil-Daten keine solche Diskrepanz erkennen. Auch hier glauben wir wiederum, daß das Alter (vor allem hinsichtlich der Erwartungen an die Sexualität) eine große Rolle spielt.

Frage 7: Wieviele Sexualpartner hatten Sie schon?

Für diese Frage ergab sich ein Gesamt-Durchschnitt von 8.63 SexualpartnerInnen. Bei den Frauen beläuft sich der Durchschnitt auf 5.45 Sexualpartner, während er sich bei den Männern auf 13 Sexualpartnerinnen beläuft.

Frage 8: Ist für Sie ein Seitensprung O.K.?

Bei dieser Frage gaben 21.1 % an, daß für sie ein Seitensprung durchaus in Ordnung wäre. Getrennt nach den Geschlechtern ergeben sich für die Frauen 27.3 %, und für die Männer 12.5 %.

Frage 9: Würden Sie Ihrer/Ihrem Partner/in einen Seitensprung beichten?

Hier sagen 63.9 % ja, das sind 66.7 % der Frauen und 60 % der Männer. In bezug auf die vorherige Frage heißt das, daß für die Frauen unserer Stichprobe zwar eher ein Seitensprung in Frage käme, sie diesen jedoch auch eher beichten würden.

Frage 14: Haben Sie Ihre/n derzeitige/n Partner/in betrogen?

In unserer Stichprobe haben 33 % ihre/n derzeitige/n Partner/in betrogen. Bei den Männern waren es 50 %, während es bei den Frauen nur 20 % waren. Im Vergleich dazu ergab die Profil-Studie für die Gesamtstichprobe 15 %, für die Stichprobe der Frauen 8 % und für die der Männer 20 %. Zwar ist die Tendenz, daß Männer ihre Partnerin häufiger betrügen, in beiden Studien gleich, jedoch erhielten wir einen prozentual viel höheren Anteil für beide Geschlechter.

Interessant erscheint uns der Zusammenhang zu Frage 8 und 9: Frauen finden einen Seitensprung eher o.k. bzw. würden ihn auch eher beichten, begehen jedoch seltener als Männer einen solchen.

Frage 10: Wie oft haben Sie durchschnittlich Sex?

Im Vergleich zur Profilstudie ergaben sich dabei folgende Werte:

Tabelle 3: Wie oft haben Sie durchschnittlich Sex?

Eigene Studie	täglich	mehrmals pro W.	einmal pro W.	alle zwei Wochen	mehrmals im Monat	einmal im M.	seltener	gar nicht
Gesamt	5.6 %	44.4 %	16.7 %	5.6 %	8.3 %	5.6 %	11.1 %	2.8 %
Frauen	4.8 %	44.9 %	14.3 %	9.5 %	9.5 %	4.8 %	9.5 %	4.8 %
Männer	6.7 %	46.7 %	20 %	-	6.7 %	6.7 %	13.3 %	-
Profil-Studie								k. A.
Gesamt	1 %	30 %	14 %	2 %	7 %	3 %	10 %	33 %
Frauen	-	21 %	14 %	1 %	4 %	2 %	13 %	45 %
Männer	2 %	41 %	14 %	3 %	9 %	4 %	7 %	20 %

Wie aus Tabelle 3 ersichtlich, haben unsere Befragten häufiger Sex als jene aus der Profilstudie. Dieses Ergebnis war zu erwarten und ist sicherlich auf die Altersverteilung zurückzuführen.

Frage 11: Wann kommen Sie zum Orgasmus? (Mehrfachnennungen waren möglich)

Dabei ergaben sich folgende Werte:

Tabelle 4: Wann kommen Sie zum Orgasmus?

	Gesamt	Frauen	Männer
gar nicht	2.6 %	4.5 %	-
Selbstbefriedigung	63.2 %	54.5 %	75 %
Koitus	71.1 %	59.1 %	87.5 %
Cunnilingus/Fellatio	39.5 %	31.8 %	50 %
Streicheln	34.2 %	45.5 %	18.8 %
One-night-stands	21.1 %	9.1 %	37.5 %
sexuelle Phantasien	5.3 %	4.5 %	6.3 %
Hilfsmittel	10.5 %	9.1 %	12.5 %
anale Stimulation	5.3 %	-	12.5 %
Sonstiges	5.3 %	4.5 %	6.3 %

Wie in Tabelle 4 ersichtlich, bestehen große Unterschiede hinsichtlich der Praktiken, wie die Geschlechter zum Orgasmus kommen. Hier sehen wir eine Ursache für eine Reihe von oft „unausgesprochenen“ Mißverständnissen zwischen den Geschlechtern begründet. Daß es sich bei dieser Frage anscheinend um ein Tabu-Thema handelt, schließen wir aufgrund der vielen Missing-Werte bei unserer anfänglichen Gruppenbefragung (9 von 15 Personen gingen auf diese Frage nicht ein).

Frage 12: Entspricht Ihre/Ihr derzeitiger bzw. letzte/r Partner/in Ihrem sexuellen Idealbild?

Dabei gaben 50 % an, daß ihr/ihre Partner/in ihrem sexuellen Idealbild entspricht, und bei 18.4 % ist dies nicht der Fall. 31.6 % haben gar kein sexuelles Idealbild.

Frage 13: Welche sexuellen Anregungen benutzen Sie hin und wieder? (Mehrfachnennungen waren möglich)

Hier ergab sich wiederum eine Vergleichsmöglichkeit zur Profilstudie. Die Werte sind wie folgt verteilt:

Tabelle 5: Welche sexuellen Anregungen benutzen Sie hin und wieder?

Angaben in %	Ausgehen	Flirten	Reizwäsche	Alkohol	Vibratoren	erotische Videos	romantische Musik	Dirty Talk	Drogen/ Medikamente	Fesseln	erotische Phantasien	keine	Sonstiges
Eigene Studie													
Gesamt	55.3	50	55.3	34.2	15.8	23.7	52.6	21.1	5.3	7.9	47.4	7.9	5.3
Frauen	45.5	54.5	50	27.3	9.1	18.2	54.5	9.1	-	9.1	40.9	9.1	4.5
Männer	68.8	43.8	37.5	43.8	25	31.3	50	37.5	12.5	6.3	56.3	6.3	6.3
Profil Studie													
Gesamt			26	12	6	15	25	3	5	4	18		
Frauen			16	10	6	9	22	4	2	3	16		
Männer			36	15	6	21	29	3	8	5	36		

Bei den Kategorien Alkohol, Vibratoren, erotische Videos und Dirty Talk bestehen große Unterschiede zwischen den Geschlechtern (jedoch nicht signifikant). Wie wir aus den Werten der genannten Kategorien erkennen können, sind es eher die Männer, die auf diese sexuellen Anregungen zurückgreifen. Allerdings sind die Ergebnisse aus dieser Frage mit Vorsicht zu betrachten, da die Antwortmöglichkeiten nicht eindeutig sind (z. B. stellt sich die Frage, ob Frauen Reizwäsche eher für sich tragen, oder ob sie eher damit ihrem Partner einen Gefallen machen wollen).

Frage 15: Was wünschen Sie sich bei einer/einem Partner/in in sexueller Hinsicht? (Mehrfachnennungen waren möglich)

Auch hier geben wir die Ergebnisse tabellarisch wieder:

Tabelle 6: Was wünschen Sie sich bei einer/einem Partner/in in sexueller Hinsicht?

Angaben in %	sexuelle Erfahrung	Unberührtheit	bestimmtes Aussehen	bestimmte Kleidung	beruflicher Erfolg	innere Werte	Einfühlungsvermögen	Potenz	Ausleben sexueller Phantasien	Offenheit gegenüber neuen Praktiken	Zärtlichkeit	eher passives Verhalten beim Sex	eher aktives Verhalten beim Sex	mich zum Orgasmus bringen	sexuelle Kreativität	Sonstiges
Gesamt	47.4	2.6	39.5	23.7	2.6	52.6	89.5	28.9	63.2	55.3	84.2	2.6	57.9	36.8	78.9	2.6
Frauen	40.9	-	40.9	13.6	4.5	59.1	95.5	40.9	54.5	50	90.9	-	59.1	45.5	77.3	4.5
Männer	56.3	6.3	37.5	37.5	-	43.8	81.3	12.5	75	62.5	75	6.3	56.3	25	81.3	-

Wesentlich erscheinen uns bei Tabelle 6 vor allem die Kategorien, die unsere Befragten am häufigsten angekreuzt haben. Das sind der Reihe nach Einfühlungsvermögen (89.5 %), Zärtlichkeit (84.2 %) und sexuelle Kreativität (78.9 %). Die hohen Werte bei den Kategorien Einfühlungsvermögen und Zärtlichkeit erscheinen uns im Sinne einer üblichen Sichtweise von Partnerschaft verständlich. In bezug auf sexuelle Kreativität vermuten wir, daß die Angst vor sexueller Routine ein Grund für diesen hohen Wert sein könnte. Allerdings gilt es hier auch anzumerken, daß man den Begriff „sexuelle Kreativität“ sehr weit fassen kann.

In bezug auf den Geschlechtervergleich, finden wir größere Unterschiede bei den Kategorien bestimmte Kleidung, innere Werte, Potenz und Zärtlichkeit: Für Männer ist die Kleidung ihrer Partnerin wichtiger als umgekehrt; „innere Werte“, „Zärtlichkeit“ und „Potenz“ sind für Frauen wichtiger.

Frage 16: Wie hat sich im Verlauf Ihrer derzeitigen/letzten Beziehung Ihre Sexualität verändert?

Bei dieser Frage wurde eher eine positive Veränderung der Sexualität im Verlauf der Beziehung angegeben (gesamt: 68.4 %). Jedoch ist auch zu bemerken, daß bei 37.5 % der Männer, die Sexualität im Verlauf der Beziehung eher zum negativen verändert hat (bei den Frauen: 9.1 %).

Frage 17: Wodurch hat sich Ihre Sexualität im Verlauf Ihrer derzeitigen/letzten Beziehung zum Positiven verändert? (Mehrfachnennungen waren möglich)

Es ergaben sich hier folgende Werte:

Tabelle 7: Wodurch hat sich Ihre Sexualität im Verlauf Ihrer derzeitigen/letzten Beziehung zum Positiven verändert?

Angaben in %	Vertrautheit	Abbau von Hemmungen	Andere Verhütungsmethoden	Verwendung von Hilfsmitteln	neue sexuelle Praktiken	Ausleben von Phantasien	Beschäftigung mit ps. Aspekten d. Sexual.	sportliche Betätigung	Sonstiges
Gesamt	59.5	62.2	5.4	5.4	27	35.1	10.8	8.1	8.1
Frauen	66.7	66.7	4.8	9.5	33.3	28.6	14.3	4.8	9.5
Männer	50	56.3	6.3	-	18.8	43.8	6.3	12.5	6.3

Wie aus der Tabelle 7 ersichtlich, führten vor allem Vertrautheit und Abbau von Hemmungen zu einer positiven Entwicklung der Sexualität innerhalb einer Beziehung.

Frage 18: Wodurch hat sich Ihre Sexualität im Verlauf Ihrer derzeitigen/letzten Beziehung zum Negativen verändert? (Mehrfachnennungen waren möglich)

Im folgenden seien die Ergebnisse wieder tabellarisch angeführt:

Tabelle 8: Wodurch hat sich Ihre Sexualität im Verlauf Ihrer derzeitigen/letzten Beziehung zum Negativen verändert?

Angaben in %	Gewohnheit/Routine	nicht mehr so wichtig	Zeitmangel	Streß	Partner/in teilt nicht die sexuellen Wünsche	Verlust von sexuellem Interesse an der/den Partner/in	Kinder	Sonstiges
Gesamt	41.7	11.1	13.9	19.4	22.2	22.2	5.6	8.3
Frauen	45	10	20	25	15	10	5	10
Männer	37.5	12.5	6.3	12.5	31.3	37.5	6.3	6.3

Wie zu erwarten, war es vor allem die Gewohnheit und Routine, die zu einer Verschlechterung der Sexualität innerhalb der Beziehung geführt hat. Dementsprechend kann unter Umständen auch der große Wunsch nach „sexueller Kreativität“ (Frage 15) gedeutet werden.

Frage 19: Was sind ihre liebsten Stellungen beim Sex?

Wie bei Frage 3 stellen wir die Ergebnisse (Mediane auf der Ordinate) in einem Diagramm dar (je lieber die Befragten eine Stellung haben, desto niedriger ist der Median):

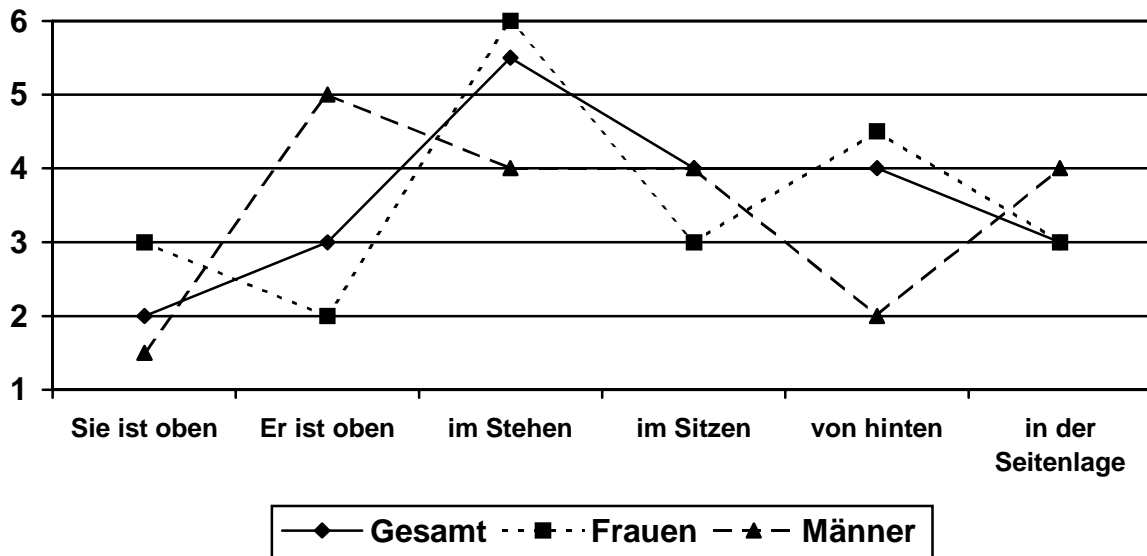


Abbildung 2: Was sind ihre liebsten Stellungen beim Sex?.

In bezug auf die bevorzugten Stellungen ergab sich folgende Reihung:

Tabelle 9: Was sind ihre liebsten Stellungen beim Sex?

Frauen	Männer
Er ist oben ($Md = 2$)	Sie ist oben ($Md = 1,5$)
Sie ist oben ($Md = 3$)	von hinten ($Md = 2$)
Im Sitzen ($Md = 3$)	
In der Seitenlage ($Md = 3$)	
von hinten ($Md = 4,5$)	im Stehen ($Md = 4$)
	im Sitzen ($Md = 4$)
	in der Seitenlage ($Md = 4$)
im Stehen ($Md = 6$)	Er ist oben ($Md = 5$)

Bei der bevorzugten Stellung sind zwischen den Geschlechtern signifikante Unterschiede bei unserer Stichprobe feststellbar: Frauen bevorzugen es, wenn der Partner oben ist, Männer bevorzugen die Stellung „von hinten“ (während den Frauen diese Stellung gar nicht behagt), und auch bei der Stellung „im Stehen“ verhält es sich so. Wir finden hier also wiederum Diskrepanzen in bezug auf die Sexualität bzw. hier den Sexualakt; es handelt sich bei diesem Ergebnis also nicht unbedingt um einen Umstand, der sich förderlich auf die sexuelle Zufriedenheit in Beziehungen auswirkt.

6. Zusammenfassung

Im Verlauf der Beschäftigung mit dem Thema Sexualität in Beziehungen im Rahmen dieser Arbeit haben wir den Eindruck gewonnen, daß es sich dabei nach wie vor um eines der sensibelsten Themen handelt, und es dementsprechend außerordentlich schwierig ist, diese Materie „wissenschaftlich“ zu behandeln. Dieser Umstand ist wahrscheinlich dafür verantwortlich, daß die Fachliteratur zu diesem Thema, speziell im Zusammenhang mit der Phase des Übergangs zur Elternschaft, sehr dünn gesät ist. Andererseits dürfte das Interesse an derartigen Inhalten sehr groß sein, denn wie sonst wäre die extreme Medienkonzentration auf diesem Gebiet erklärbar. Außerdem glauben wir, das bei einer objektiven Untersuchung der Sexuali-

tät viel stärker als in anderen Bereichen auf methodische Gesichtspunkte geachtet werden sollte. So mußten wir beispielsweise selbst feststellen, wie schwierig es ist, geeignete und unmißverständliche Fragen zu formulieren (in vielen Fällen wurde uns die Mehrdeutigkeit der Fragen erst bei der Auswertung bewußt).

Weiter glauben wir, daß Einstellungen und Wünsche in bezug auf die Sexualität eher im Unbewußten verankert sind und ein verbaler Zugang sehr schwer ist.

7. Literatur

Hoyndorf, S. (1995). *Behandlung sexueller Störungen*. Weinheim: Beltz PVU.

Leyrer, K. (2000). *Sexualität*. Hamburg: Rotbuch Verlag.

Marano, H. E. (1992). Ehe: Durchhalten bis zum Ende. *Psychologie Heute*, 7, 32 - 37.

Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.). (1995). *Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: PVU.

Schmidt, G. (1986). *Das große DER DIE DAS*. Über das Sexuelle. Herbstein.

Revenstorf, D. (1991). Sexual- und Beziehungsstörungen. Intervention. In U. Baumann & M. Perez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie* (Bd. 2). Bern: Huber.

Wagner, J. (2000). So liebt Österreich. *Profil*, 12, 104 - 108.

Wagner, J. (2000). In der Warteschlange zum Glück. *Profil*, 13, 108 - 111.

Willi, J. (1975). *Die Zweierbeziehung*. Reinbek: Rowohlt.

Sekundärliteratur:

Bakos, C. S. (1997). *Liebe und Lust der Frauen*. München: Knauer.

Ertel, H. (1990). *Erotika und Pornographie*. München: PVU.

Hite, S. (1994). *Erotik und Sexualität in der Familie*. München: Knauer.

Perner, R. A. (1991). *Zeugin der Lüste*. Wien: Edition Tau.

12) Wiedereinstieg von Frauen in das Berufsleben

(Barbara Wallner)

1. Einleitung

1.1 Die Bedeutung der Erwerbsarbeit für Frauen

Erwerbsarbeit greift massiv in die Lebensumstände jedes einzelnen ein und ist wesentlich am Aufbau und Erhalt der persönlichen Identität beteiligt. Auch für Frauen gewinnt Erwerbstätigkeit immer mehr an Bedeutung. Frauen sind in den letzten 10 Jahren berufsorientierter geworden, d. h. sie streben in der Regel bessere Ausbildungen an, um in der Folge qualifiziertere Arbeitsplätze in Anspruch nehmen zu können, weiters sind heute weniger Frauen bereit, kinderbedingte Erwerbseinbrüche hinzunehmen.

Erwerbstätigkeit bietet den Frauen die Möglichkeit, sich nicht nur über ihre Rolle als Ehefrau und Mutter zu definieren, sondern eigene fachliche Kenntnisse in die Arbeit einzubringen, die in der Hausfrauentätigkeit keinen besonderen Stellenwert einnehmen (Klugger, 1996).

So wird Berufstätigkeit im allgemeinen von Frauen und Männern positiver bewertet als Hausarbeit. Trotz der genannten Vorteile bringt die Berufstätigkeit der Frau oftmals große Probleme und Spannungen innerhalb der Familie mit sich (Gefühl der Vernachlässigung, Arbeits- teilung im Haushalt notwendig usw.).

Eine wichtige Rolle bei der Einstellung zur Erwerbsarbeit von Frauen spielt das Vorhandensein und das Alter der Kinder. Krombholz (1992, S. 225) stellt in seiner in Deutschland durchgeführten Studie fest, daß sich bei Kinderlosigkeit nur 3 % der befragten Männer und Frauen für eine Nichterwerbstätigkeit der Frau aussprechen, sobald das jüngste Kind unter drei Jahren ist, sind es hingegen 60 %.

Borchert und Collatz (1992) berichten, daß Frauen mit lange dauernden Ausbildungen häufiger auf Kinder verzichten, als Frauen mit weniger aufwendigen Ausbildungen. Frauen mit größerer Berufs- und Karriereorientierung sind bei der Geburt des ersten Kindes in der Regel älter als Frauen mit geringerer Berufsorientierung. Weitere Analysen der genannten Autoren zeigten, daß Frauen mit niedrigem Berufsbildungsabschluß früher und mehr Kinder haben als Frauen mit höherem Abschluß. Bei diesen Frauen sind weitere berufliche Qualifikationen selten und auch das Einkommen ist entsprechend tiefer, wenn diese Frauen arbeiten. Frauen mit geringer oder fehlender Berufsbildung, mehreren Kindern und voller Beschäftigung bildeten in der genannten Studie die Gruppe der Frauen mit den größten Belastungen; je mehr Kinder diese Frauen hatten, desto stärker waren sie überbelastet (Borchert & Collatz, 1992).

Generell scheint sich aber die Erwerbstätigkeit von Frauen positiv auf die Gesundheit auszuwirken, meist dann, wenn die Frage nach der Kinderbetreuung optimal gelöst ist. Ist allerdings bereits ein Kind da und die Kinderbetreuungsfrage nicht geklärt, dann kommt es auch bei Paaren, die ursprünglich eher egalitäre Rollenvorstellungen hatten, oft zu einer Traditionalisierung der Geschlechterrollen (der Mann ist berufstätig, die Frau ist vorwiegend Hausfrau und Mutter). Weiters scheint diese Traditionalisierung u. a. auch vom Zeitpunkt der Eheschließung abzuhängen. Frauen, die eher später heiraten, arbeiten weniger im Haushalt, ihre Männer dafür mehr, als Frauen mit früherer Heirat. Dieser Zusammenhang entsteht vermutlich dadurch, daß Frauen, die später heiraten, im Durchschnitt auch weniger Kinder haben. Die Entscheidung zur Erwerbstätigkeit hängt bei Frauen auch sehr stark von gesellschaftlichen und

strukturellen Bedingungen (z. B. Mangel an Kinderbetreuungsplätzen), individuellen Voraussetzungen (Berufsausbildung, Alter, Gesundheit, Einstellungen, Rollenerwartungen an den Partner usw.) sowie von partnerschaftsbezogenen Ausgangsbedingungen (partnerschaftliche Rollenverteilung, gegenseitige Unterstützung etc.) ab (Wicki, 1997).

Viele junge Frauen revidieren ihre, vor der Familiengründung entworfenen, Lebenskonzepte nach der Geburt des ersten und noch mehr nach der Geburt des zweiten Kindes, zugunsten der Familienarbeit und sind bereit, ihre Erwerbstätigkeit aufgrund der Betreuung des Kleinkindes zu reduzieren.

1.2 Verändertes Erwerbsverhalten von Frauen

Die weibliche Normalbiographie ist durch einen diskontinuierlichen Verlauf gekennzeichnet. Nach der Phase der Schul- und Berufsausbildung folgt eine Phase der Erwerbstätigkeit, die oft abgebrochen bzw. unterbrochen wird, um sich familiären Tätigkeiten, der Erziehung der Kinder und der Versorgung des Haushaltes zu widmen. Weibliche Erwerbsverläufe sind im Gegensatz zu männlichen durch hohe Flexibilität und das Bemühen, familiäre Aufgaben und Berufstätigkeit zu vereinbaren gekennzeichnet. Oft ist die Geburt eines Kindes Anlaß für einen vorübergehenden, oft auch gänzlichen Ausstieg aus dem Erwerbsleben (Klugger, 1996).

In den letzten Generationen hat sich das Familienleben grundlegend verändert, und auch Mutter sein bedeutet heute etwas anderes als früher. Da die Zahl der Kinder in den Familien stetig abnimmt, ist auch die Phase des „aktiven Familienlebens“ deutlich kürzer geworden. Vielen Frauen fehlt es im Anschluß an die Phase der Betreuung und Erziehung der Kinder an einer möglichen Zukunftsperspektive, da sie in der Familie immer weniger gebraucht werden und sich auch die zu erledigende Arbeit deutlich verringert. Dies führt sicherlich, vor allem in den Industrieländern, zu einer Zunahme der Erwerbstätigkeit bei verheirateten Frauen (Klugger, 1996).

Oft läßt sich der Wunsch nach Berufstätigkeit nicht mit dem Wunsch nach Familie und Kindern vereinbaren. Entscheidet sich eine Frau für Familie und Kind, bedeutet das für den Großteil der Frauen zumindest einen vorübergehenden Rückzug aus dem Berufsleben. Je länger eine Frau allerdings ihre Erwerbstätigkeit unterbricht, umso schwieriger wird eine Berufsrückkehr, da die geforderten beruflichen Kenntnisse und Qualifikationen großen Veränderungen unterliegen. So versuchen viele Frauen ihre Berufstätigkeit nur kurz zu unterbrechen und suchen dann verstärkt nach Teilzeitarbeitsmöglichkeiten, um die Probleme, die durch die Anforderungen von Beruf und Familie leicht entstehen können, möglichst gering zu halten. Auch Unterschiede im Sozialstatus der Frauen bzw. Familien führen zu Differenzen im Erwerbsverlauf. Finanziell besser gestellte Familien können in der Regel eher auf die Berufstätigkeit der Frau, vor allem in der Phase der Familiengründung und -erweiterung, verzichten als finanziell schlechter gestellte Familien. Bei höher qualifizierten Frauen ist hingegen oft die hohe Berufs- und Karriereorientierung ausschlaggebend für einen raschen Wiedereinstieg, da eine Unterbrechung der Erwerbstätigkeit oft auch Nachteile für die berufliche Karriere mit sich bringt. Höher qualifiziertere Frauen sind etwas häufiger ganztags außer Haus berufstätig, vor allem haben sie aber am häufigsten Halbtagsarbeitsplätze inne. Diese Frauen können es sich eher leisten nur mit dem halben Verdienst auszukommen, da sie erstens, aufgrund ihrer hohen Qualifikation immer noch recht viel verdienen und zweitens bei Frauen dieser Bildungsschicht in der Regel auch der Partner besser verdient.

1.3 Wiedereinstieg in die Erwerbsarbeit

Der Wiedereinstieg von Frauen in das Erwerbsleben hängt in der Regel von individuellen Merkmalen ab. So spielen vor allem die berufliche Qualifikation der Frau, die Dauer der Er-

werbstätigkeit vor der Unterbrechung und die Plazierung im Berufssystem wesentliche Rollen. Meist verläuft die Wiederaufnahme einer außerhäuslichen Beschäftigung nicht problemlos ab, es kommt zu Spannungen, die sich aus dem Bemühen Familie und Beruf miteinander zu vereinbaren ergeben. Frauen müssen sich einerseits mit den schlechten Bedingungen am Arbeitsmarkt, dem raschen Wandel beruflicher Kenntnisse und Qualifikationen sowie den oft familienfeindlichen Arbeitsbedingungen auseinandersetzen. Auf der anderen Seite müssen die Frauen weiterhin ihre familiären Pflichten erfüllen und organisatorische Arbeiten bewältigen. Dazu kommt oft noch die Sorge, ob die Betreuung der Kinder während der Arbeitszeit optimal gelöst ist.

Nach einer in Österreich durchgeführten Untersuchung (Findl, 1985) stellt die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit in der Hälfte der Fälle einen Kompromiß zwischen beruflicher und familiärer Orientierung, meist in Form von Teilzeitarbeit oder einer von zu Hause ausgeübten Tätigkeit dar.

2. Gründe und Motive für den Wiedereinstieg

Frauen entscheiden sich aus den verschiedensten Gründen für einen beruflichen Wiedereinstieg, die in der Regel von der individuellen Lebenssituation der Frau abhängig sind. Früher wurde die Berufstätigkeit der Frau gerne unter dem Vorwand der finanziellen Notwendigkeit gesehen, heute läßt man auch andere Motive gelten. Allerdings zeigt sich in verschiedensten Untersuchungen, daß es für eine Frau mit Familie keinesfalls selbstverständlich ist erwerbstätig zu sein, während sich diese Frage für Männer kaum stellt.

Im folgenden sollen einige Gründe, die Frauen zum Wiedereinstieg ins Berufsleben bewegen, ausführlicher dargestellt werden (Klugger, 1996).

2.1 Identität durch den Beruf

Die Integration in den Arbeitsprozeß trägt wesentlich zum Aufbau und Erhalt der eigenen Identität bei. Viele Frauen wollen sich nicht nur über ihre Rolle als Hausfrau und Mutter definieren und erleben ihre Situation oft als isoliert und beengend. Der Mangel an Anerkennung und sichtbaren Resultaten, Mangel an Absicherung bei Krankheit, Scheidung und im Alter, das Ausgeschlossensein von gesellschaftlichen Prozessen, die Unentgeltlichkeit, sowie die eingeschränkten Möglichkeiten, die eigenen fachlichen Kompetenzen einbringen zu können sind die negativen Konsequenzen, die sich für Frauen aus der Hausfrauenrolle ergeben.

2.2 Selbständigkeit

Die Berufstätigkeit bringt den Frauen eigenes Geld, ermöglicht Selbständigkeit und vermindert die Unabhängigkeit vom Partner bzw. Ehemann. Ist die Frau zumindest teilweise finanziell unabhängig und kommt es zu einem Scheitern der Beziehung, ist es für die Frau leichter sich von ihrem Partner zu trennen.

2.3 Zusatzverdienst zum Familieneinkommen

Das Zuverdienen der Frau zum Familieneinkommen kann einerseits unter dem Aspekt der finanziellen Notwendigkeit bzw. als Luxus gesehen werden, andererseits auch unter dem Gesichtspunkt durch einen Beitrag zum Familieneinkommen auch mehr Mitbestimmungsmöglichkeiten in familiären Angelegenheiten zu erhalten. Trägt die Frau finanziell zum Lebensunterhalt der Familie bei, hat sie mehr Mitspracherechte in familiären Entscheidungsprozessen und bei der Gestaltung des Lebensstils.

Weiters bietet die außerhäusliche Arbeit der Frau vor allem die Chance sich vor übertriebenen Versorgungsansprüchen der Familie zu schützen und einen eigenen, persönlichen Bereich zu bewahren. Wenn die Frau ihre Berufstätigkeit wieder aufnimmt, hat sie die Möglichkeit, Veränderungen in der innerfamiliären Rollenverteilung zu bewirken.

2.4 Befriedigung und Bestätigung durch den Beruf

Bei vielen Frauen stehen nicht die ökonomischen Aspekte hinter der Berufstätigkeit, sondern der Wunsch nach einem eigenen Einkommen, das den Wert der Arbeit widerspiegelt, Selbstbestätigung verleiht und über das sie frei verfügen können.

Die Möglichkeiten sich persönlich und beruflich weiterzubilden sowie die Chance eines beruflichen Aufstiegs verleiht der beruflichen Tätigkeit Sinn.

Um durch die Berufstätigkeit Eigenständigkeit und Unabhängigkeit zu erlangen und nicht auf die Mutter- und Hausfrauenrolle festgelegt zu sein, geben sehr viele Frauen fast ihr gesamtes Einkommen für Haushaltshilfen und Kinderbetreuung aus (Pross, 1978).

2.5 Wunsch nach sozialen Kontakten

Nach längerer Hausfrauentätigkeit fühlen sich viele Frauen sozial isoliert. Es bestehen nicht viele Kontaktmöglichkeiten, die sich auf wenige Bezugspersonen und Bekannte beschränken und kaum Neues und Abwechslungsreiches bringen. Berufliche Kontakte bieten der Frau die Möglichkeit, unabhängig von ihrer Rolle als Hausfrau und Mutter zu agieren und als eigene Person gesehen zu werden. Sobald die Entscheidung zum Wiedereinstieg gefallen ist, muß das Spannungsverhältnis zwischen Familie und Beruf für die ganze Familie zufriedenstellend gelöst werden. Frauen erleben die Verbindung von Beruf und Familie nach wie vor als konfliktbehaftet, während sich für die Männer kaum die Frage stellt, sich zwischen Beruf und Familie entscheiden zu müssen. Frauen orientieren sich in der Regel an der Vereinbarkeit beider Bereiche, wobei bei unüberwindlich scheinenden Problemen häufig zugunsten der Familie entschieden wird und eigene Bedürfnisse hintangestellt werden.

Frauen, die vor der Kinderpause bereits längere Zeit berufstätig waren und höhere Bildungsqualifikationen haben, sowie eine höhere Position innerhalb des Berufssystems einnehmen, kehren bereits nach kürzerer Zeit wieder in den Beruf zurück und haben im Durchschnitt auch weniger Kinder. Diese Frauen planen ihre Rückkehr in den Beruf und auch die Aufteilung der Hausarbeit und der Kindererziehung oft besser und genauer als Frauen mit schlechterer Ausbildung. Frauen, die bereits in jungen Jahren ihr erstes Kind bekommen und, damit verbunden, keine oder nur geringe berufliche Qualifikationen besitzen, nehmen später meist unqualifizierte, und damit auch schlechter bezahlte Arbeit an. Diese Frauen haben in der Regel auch mehr Kinder. Bei ihnen treffen oft viele Faktoren zusammen, die den Wiedereinstieg ins Berufsleben weder besonders erstrebenswert erscheinen lassen, noch ihn erleichtern.

3. Probleme und Barrieren beim Wiedereinstieg

Die Barrieren, die es für Frauen zu überwinden gilt, wenn sie nach einer Unterbrechung ihrer beruflichen Laufbahn wieder eine Arbeitsstelle suchen, sind vielfältig und von Frau zu Frau verschieden. Weidenbach-Janositz (1990) führt einige Problembereiche an, die Frauen den Wiedereinstieg ins Berufsleben erschweren können. Oft tragen mangelndes Selbstbewußtsein der Frau und fehlende Unterstützung des Partners dazu bei, daß sich Frauen nicht trauen den Schritt in die Berufsfähigkeit zu wagen. Sie versuchen es gar nicht, da ihnen die familiäre und berufliche Belastung bereits im Vorfeld zu groß bzw. unvereinbar erscheint. Dazu kommen weiters fehlende Kinderbetreuungsplätze und ein Mangel an Teilzeitarbeitsplätzen, was auch

eine teilweise Teilnahme der Frauen am Arbeitsprozeß erschwert bzw. verhindert. Weiters sind nach einigen Jahren der Berufsunterbrechung, bedingt durch den raschen technologischen Wandel, oft auch die fachlichen Qualifikationen der Frauen veraltet und machen noch vor dem eigentlichen Berufsbeginn Schulungen und Kurse notwendig, um fachlich Anschluß zu finden. Neben diesen organisatorischen Schwierigkeiten spielen aber auch persönliche Bedenken der Mütter eine sehr große Rolle. So entwickeln berufstätige Mütter Schuldgefühle den Kindern gegenüber, da sie das Gefühl haben ihren Kindern nicht all das geben zu können, was diese für eine gesunde Entwicklung brauchen. Auch von seiten der Gesellschaft wird berufstätigen Müttern oft vorgeworfen, ihre Kinder grob zu vernachlässigen.

Es ist allerdings fraglich, ob es der gesunden Entwicklung des Kindes förderlich ist, wenn die Bedürfnisse der Mutter nach außerhäuslicher Erwerbstätigkeit auf später verschoben bzw. gänzlich unterdrückt werden. Weiters bedeutet auch die ständige Anwesenheit der Mutter nicht, daß sich diese permanent mit dem Kind beschäftigt, da im Haushalt tätige Mütter sehr viele Aufgaben nebenbei erledigen müssen.

Einer Studie von Rollett und Reisel (1988) zufolge beschäftigen sich in Österreich jene berufstätigen Mütter, die unter 35 Stunden pro Woche arbeiten, am meisten mit ihrem Kind. Für die gesunde Entwicklung des Kindes sind Zuwendung und Wärme durch eine oder mehrere verlässliche und liebevolle Bezugspersonen wichtig, nur muß diese Bezugsperson nicht unbedingt die Mutter sein.

So kommt es während der Arbeitszeit der Mutter darauf an, daß das Kind eine gute, stabile und liebevolle Betreuungssituation vorfindet, und die Tatsache, daß das Kind die Mutter für einige Stunden entbehren muß, sollte auf die kindliche Entwicklung eigentlich keinen Einfluß haben. Rollett und Reisel (1988) kamen zu dem Schluß, daß, falls die Berufssituation die Mutter nicht überlastet, und für eine optimale Betreuung des Kindes gesorgt ist, die Berufstätigkeit der Mutter sogar einen positiven Entwicklungsentwurf für das Kind darstellt.

So sind die Rahmenbedingungen der mütterlichen Berufstätigkeit wichtiger als die bloße Tatsache der Erwerbstätigkeit. Zu diesen Bedingungen gehören u. a. die Gewährleistung einer guten Versorgung des Kindes während der Arbeitszeit, die Zufriedenheit der Mutter mit ihrer Lebenssituation und ihrem Beruf sowie die Arbeitsteilung in der Familie. Erschwert wird den Müttern der Wiedereinstieg ins Berufsleben besonders bei uns in Österreich durch einen akuten Mangel an Kinderbetreuungseinrichtungen für Kleinkinder und Kinder im Grundschulalter. So verhindert der Mangel an Betreuungseinrichtungen bzw. beschränkte Öffnungszeiten oftmals die Vereinbarkeit von Familienleben und Berufsleben. Um Beruf und Familie verknüpfen zu können, ist aber auch eine innerfamiliäre Arbeitsteilung notwendig.

Nach einer deutschen Erhebung von Notz (1991) tragen die Hauptlast der Erledigung von Hausarbeit die Frauen, auch wenn sie berufstätig sind. Da Hausarbeit für Männer keine gesellschaftlich akzeptierte und vorgesehene Alternative ist, bleibt die Zuständigkeit der Frau für den Haushalt meist auch dann bestehen, wenn die Frau erwerbstätig ist.

Ausschlaggebend für das Ausmaß der Mithilfe des Mannes im Haushalt ist häufig auch der Aspekt, ob sie einer Ganztags-, Halbtags- oder Ganztagsbeschäftigung nachgeht. Je weniger Stunden die Frau beruflich arbeitet, desto eher kommt es zu einer traditionell geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung. Das bedeutet für Frauen oft eine erhebliche Mehrbelastung. Vollzeitberufstätigkeit der Frau hingegen verstärkt die Arbeitsteilung in der Familie.

4. Beschäftigungsarten von Wiedereinsteigerinnen (Wisberger, 1998)

4.1 Teilzeitarbeit

Es ist nicht verwunderlich, daß Frauen mit Kindern einen Arbeitsplatz suchen, der ihnen die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu erleichtern scheint. Daher ist auch die häufigste Form

der Beschäftigung von Müttern die Teilzeitarbeit. Vor allem Frauen mit noch nicht schulpflichtigen Kindern bevorzugen eine Tätigkeit, die weniger als 50 % der Normalarbeitszeit ausmacht. Aus dieser Tatsache können sich für die Frauen sowohl hinsichtlich ihrer beruflichen Zukunft als auch hinsichtlich ihrer Alters- und Krankenversorgung Probleme ergeben: Teilzeitarbeiterinnen werden leichter gekündigt, da sie leichter ersetzbar scheinen. Sie haben nicht die gleichen Fortbildungs- und Aufstiegschancen wie Vollbeschäftigte.

Weiters wird bei Teilzeitbeschäftigten die Doppelbelastung Familie und Beruf oft nicht wahrgenommen, da sich scheinbar alles einteilen läßt. Tatsächlich vermindern weder die Frauen selbst noch die restlichen Familienmitglieder den Anspruch, der an die Frau hinsichtlich Haushaltsführung und Kinderbetreuung gestellt wird. So wird oftmals das Niveau, das vor der beruflichen Tätigkeit bestanden hat, weiterhin aufrechterhalten, nur muß darüber hinaus noch den beruflichen Anforderungen entsprochen werden. Für den Rest der Familie stellt sich der Beruf der Frau als „Hobby“ dar. Eine Ausnahme davon sind sicher Alleinerzieherinnen. Bei ihnen ist die finanzielle Notwendigkeit der Erwerbstätigkeit auch für Außenstehende unmittelbar einsichtig, da in diesen Fällen kein voll berufstätiger Mann zur Existenzsicherung beiträgt.

Alles in allem bietet die Teilzeitarbeit scheinbar eine gute Möglichkeit „alles unter einen Hut zu bringen“, nur sind sich die meisten Frauen der Gefahren, die diese Arbeitsform für ihre weitere berufliche und soziale Existenz birgt, wenig bis gar nicht bewußt.

4.2 Heimarbeit – Telearbeit

Eine andere Form, wenn auch nicht so häufig wie die Teilzeitbeschäftigung, ist die Heimarbeit. Auch diese Form des beruflichen Wiedereinstieges scheint dem Bedürfnis nach Vermeidung eines Konflikts zwischen Familie und Beruf entgegenzukommen. Früher verstand man unter Heimarbeit Tätigkeiten wie z. B. schneidern, heutzutage entspricht Heimarbeit der sog. Telearbeit, die eine Arbeit am Computer, die von zu Hause aus erledigt wird, bezeichnet. Bereits aus den dafür notwendigen Betriebsmitteln (Computer, Modem etc.) wird ersichtlich, daß diese Art der Tätigkeit eher besser qualifizierten Frauen vorbehalten ist. Telearbeit wird auch von dieser Frauengruppe bevorzugt genannt. Prinzipiell wird eine hohe Arbeitszufriedenheit bekundet, da Telearbeit ein hohes Maß an Selbstbestimmung ermöglicht. Freizeitaktivitäten müssen nicht auf den späten Nachmittag bzw. Abend verlegt werden, sondern können auch zwischendurch stattfinden. Auch die Zeit- und Ortsunabhängigkeit wird von den Frauen als sehr positiv erlebt.

Die Vorteile, die diese Arbeitsform mit sich bringt, können aber gleichzeitig auch ihre Nachteile sein. Die freie Zeiteinteilung kann zum Zwang führen, jede Stunde aufs neue zu entscheiden, ob man mit den Kindern etwas unternimmt. Jederzeit arbeiten zu können, kann auch bedeuten, daß man nicht mehr abschalten kann. Ist man bei der Arbeit zu Hause und muß nebenbei den Kindern zur Verfügung stehen, ist keine konzentrierte Arbeit möglich. Weitere Kritikpunkte, die von Frauen häufig genannt werden: Isolation, kaum Gedankenaustausch mit Berufskollegen, keine Möglichkeit, Erfolgserlebnisse mit anderen zu teilen, fehlende Beziehungen zu Kollegen, oft große Entfernungen zum Betrieb.

Aus diese Beispielen wird ersichtlich, daß diese Arbeitsform von den Frauen ein hohes Ausmaß an Selbstdisziplin, Selbstorganisation, Eigenverantwortung und Eigenmotivation fordert. Trotzdem erscheint Telearbeit eine Möglichkeit zu sein, auch während einer Kinderpause den Anschluß an das Berufsleben nicht zu verpassen und mit seinen Kenntnissen doch weitgehend auf dem laufenden zu bleiben. Allerdings ist diese Form der Arbeit einem Großteil der Frauen noch nicht zugänglich und ist im wesentlichen vom Qualifikations- und Berufsniveau der Frauen abhängig.

5. Zusammenfassung und Stellungnahme

Für viele Frauen gehört es heute zur Normalität, nach der Kinderpause ins Berufsleben zurückzukehren. Ausschlaggebend für den Wiedereinstieg in die außerhäusliche Erwerbstätigkeit sind Motive wie Anerkennung, Selbständigkeit, Identität und Integration in die Berufswelt. In vielen Fällen ist aber der Aspekt der Familie wichtiger als die eigenen Bedürfnisse, und bei scheinbarer Unvereinbarkeit von Familie und Beruf verzichtet ein Großteil der Frauen auf den Wiedereinstieg.

Die von Frauen bevorzugte Beschäftigungsart nach der Kinderpause ist die Teilzeitarbeit. Diese, auf den ersten Blick scheinbar ideale Möglichkeit, Kinder und Arbeit gut zu vereinbaren, trägt jedoch Gefahren in sich, auf die Frauen unbedingt hingewiesen werden sollten.

Eine moderne Form der Teilzeitarbeit, die Telearbeit, scheint ebenfalls eine gute Möglichkeit zu sein Beruf und Familie zu vereinbaren. Diese Form der Beschäftigung ist in der Regel besser qualifizierten Frauen vorbehalten und stellt eine Brückenfunktion für diese Frauen dar, während der Kinderpause den Anschluß an das Berufsleben nicht zu verpassen.

Viel diskutiert wurde auch die Frage nach dem Einfluß der Berufstätigkeit der Mutter auf den Entwicklungsverlauf des Kindes. Die zitierte Studie von Rollett und Reisel (1988) läßt den Schluß zu, daß, falls die Berufssituation die Mutter nicht überlastet, und für eine stabile und liebevolle Betreuung des Kindes gesorgt ist, die Berufstätigkeit der Mutter sogar einen positiven Entwicklungsentwurf für das Kind darstellt.

Für Frauen ist der Wiedereinstieg ins Berufsleben oft mit vielen Schwierigkeiten verbunden, die sich sowohl aus strukturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, als auch aus individuellen Faktoren ergeben. Frauen scheuen sich oft davor, ihre Erwartungen zu definieren und eine Lebensplanung, die sowohl Beruf als auch Kinder beinhaltet, zu entwerfen. Sie nehmen dadurch die Chancen zur eigenen Lebensgestaltung in jungen Jahren nicht wahr und müssen sich im späteren Leben oft mehreren Anforderungen gleichzeitig stellen.

Persönlich möchte ich noch anmerken, daß mich die Art und Weise, wie in Österreich teilweise Frauenpolitik als Machtinstrument *aller* politischen Parteien mißbraucht wird, oft sehr ärgerlich stimmt.

6. Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). (1994). *Die wirtschaftliche und soziale Rolle der Frau in Österreich*. Wien: Autor.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (Hrsg.). (1996). *Wiedereinstieg von Frauen in das Berufsleben – Und danach?* Wien: Autor.
- Büssing, A. (1998). Telearbeit: Für jeden empfehlenswert? *Psychologie heute*, 25/4, 36-41.
- Klugger, U. (1996). *Die berufliche und familiäre Rolle der Frau nach der Karenz*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Schneewind, K. (1999). *Familienpsychologie* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wicki, W. (1997). *Übergänge im Leben der Familie*. Bern: Huber.

13) Kulturelle Determinanten des Elternschaftserlebens

(Sabine Resl)

1. Einleitung

In den verschiedenen Kulturen entwickelten sich unterschiedliche Auffassungen, was Eltern sind, wie man Vater oder Mutter wird, und welche Aufgaben, Rollen, Pflichten und Rechte Eltern haben. Gesellschaftsordnungen und soziale Systeme wurden durch solche Vorstellungen maßgeblich beeinflusst und ermöglichen teilweise heute noch Rückschlüsse auf die zugrundeliegenden Auffassungen.

Ich möchte im folgenden einen Überblick geben über einige mehr oder weniger vertraute Theorien einzelner Kulturen über die „Entstehung“ eines Kindes. Dann folgen einige Beispiele, wie die Rollenaufteilung bei den verschiedensten Stämmen aussieht, und welche – für uns manchmal überraschende – Rituale dort üblich sind.

2. Beispiel aus der Geschichte: die Römer

Bei den Römern bestimmt der Wille des Vaters über den Status des Neugeborenen. Es liegt alleine in seinen Händen, ob er das Kind durch den Amphidromies-Ritus als eigenes Kind anerkennt oder nicht. Dabei hebt der Vater das vor seinen Füßen abgelegte Baby auf und geht vor Zeugen mit ihm dreimal um das Haus. Erkennt der Mann einen Säugling nicht als Sohn oder Tochter an, so wird das Kind den „Elementen ausgesetzt“. Diese Vorgehensweise dürfte für die meisten Kinder den Tod bedeutet haben. Bessere Überlebenschancen hatte das Kleine, wenn es an einem öffentlichen Platz niedergelegt wurde, wo es wahrscheinlicher war, von gutherzigen Passanten aufgelesen zu werden. Die Gründe, warum ein römischer Mann ein Kind nicht anerkennen wollte, bzw. warum ein Kind ausgesetzt wurde, waren vielfältig. Motive können Zweifel an der Treue der Ehefrau sein, Armut und das dazugehörige Unvermögen, ein weiteres Kind durchzufüttern oder der Versuch, eine weitere Zersplitterung des Erbes zu vermeiden. Aber auch ein für unsere Vorstellungen absurder Grund veranlaßte Eltern ihr Baby auszusetzen: der Protest. Nach dem Tod des beliebten „Kronprinzen“ Germanicus wurden einige Kinder ausgesetzt, und nachdem Nero seine Mutter Agrippina ermorden ließ, fand man am Forum Romanum einen Säugling mit einem beigefügten Zettel, auf dem sinngemäß stand: „Ich hebe dich nicht auf, damit du nicht einmal die Kehle Deiner Mutter durchschneidest.“ Diese brutale Form der Kindesweglegung war sozial akzeptiert. Biologische Vaterschaft alleine war für die Römer allerdings nicht entscheidend, ein Kind anzuerkennen, da die Adoption vor allem bei Erbschaftsangelegenheiten üblich war.

3. Patriarchat

Im Patriarchat besteht die Vorstellung, daß die Seele des Kindes vom Vater stammt. Diese Seele wird der Frau eingepflanzt wie der Samen in die Erde. Der Mann hat demnach auch die alleinigen Rechte auf das Kind, da es von ihm allein abhängt, daß ein geistbeseeltes Wesen entsteht. Der Vater fordert von den Kindern Gehorsam, er kann auch das Erbe nach eigenen Vorstellungen aufteilen oder Änderungen vornehmen (Bleibtreu-Ehrenberg, 1995). Das Kind gilt in der Herkunftsfamilie der Mutter als „Fremder“; verstößt der Vater die Mutter samt ih-

ren Kindern, ist ihnen die Rückkehr zu den Großeltern verwehrt. In diesem Licht müssen auch die Massenvergewaltigungen im ehemaligen Jugoslawien gesehen werden: Die Frauen gelten als beschmutzt, werden (gezwungenermaßen) vom Ehemann verstoßen, und können nicht mehr zurück in ihre Herkunftsfamilie. Die durch die Vergewaltigung entstandenen Kinder werden meist in der Klinik zurückgelassen oder ausgesetzt.

3.1 Das abgemilderte Patriarchat

In unseren Breiten besteht das abgemilderte Patriarchat: Das Kind ist zwar mit beiden Eltern gleich verwandt und in mütterlicher und väterlicher Herkunftsfamilie gleich willkommen, die Abstammungslinie wird aber patrilinear abgeleitet. Die Institution der „Erbtochter“ ist bei uns schon lange bekannt und üblich, etwa wenn Vermögen, Titel oder Thron mangels männlichen Erben an eine fremde Person zu fallen drohen.

4. Biologische versus soziale Vaterschaft

In manchen Kulturen gilt nicht der biologische Vater als eigentlicher Vater, sondern dem Kind wird ein sozialer Vater zugeteilt. Aus dieser Tradition läßt sich ableiten, so Bleibtreu-Ehrenberg (1995), daß zumindest früher die Menschen dort nicht wußten, daß einer Geburt immer eine Konzeption vorangehen muß.

Bei einigen Gruppen aus Südostasien, Indonesien und Westafrika wird die Abstammung immer noch von der Mutter hergeleitet (maternale Deszendenz). Als „Vater“ gilt der Bruder der Mutter, der biologische Vater wird als mit dem Kind nicht verwandt betrachtet. Der leibliche Vater hat keinerlei Rechte oder Pflichten in bezug auf das Kind, er kann es verwöhnen und mit ihm spielen, wie ein großer Bruder. Der Bruder der Mutter hingegen ist verpflichtet, die Erziehung zu übernehmen, er muß weiters sein Hab und Gut an die eigentlichen Neffen vererben. Für die Frauen in diesen Kulturen bedeutet das mehr sexuelle Freiheiten, Scheidungen sind häufig, und ledige Geburten kein Problem. Man ist versucht die Frage zu stellen, warum trotz besseren Wissens um die realen biologischen Zusammenhänge heute immer noch die alten Traditionen aufrechterhalten werden: Die Antwort ist die, daß so ein Brauch nicht einfach geändert werden kann, weil damit die bestehende gesellschaftliche Ordnung und die damit zusammenhängenden sozialen Verhältnisse zerstört würden.

5. Vaterschaft als Zuschreibung

- Bereits aus früherer Zeit gibt es Überlieferungen zugeschriebener Vaterschaften. Im alten Testament ist die Rede von der sogenannten *Leviratsehe*, bei der einem Verstorbenen ein Kind zugeschrieben wird, das eigentlich vom Bruder des Toten gezeugt wurde, damit das Neugeborene dereinst die Erbschaft antreten kann (Bleibtreu-Ehrenberg, 1995). Bemerkenswert ist dabei die Tatsache, daß sich der jüngere Bruder bei dieser Aktion selbst um das Erbe bringt.
- Auch bei einigen afrikanischen Stämmen hat eine zugeschriebene Vaterschaft die Erbfolge zum Grund. Bei dieser Form kann die Vaterschaft ziemlich offensichtlich keine biologische sein, da der zugeschriebene „Vater“ eine Frau ist. In diesen Stämmen herrscht die paternale Deszendenz: Der hohe Status wird alleine auf einen Sohn übertragen. Der Vorgang ist folgendermaßen: Eine Frau wird zum Mann „umdefiniert“ und mit männlicher Tracht und passendem Schmuck ausgestattet. „Er“ heiratet eine andere Frau, beiden ist der Verkehr mit Liebhabern gestattet. Alle Nachkommen werden als Kinder des sozialen „Mannes“ angesehen, wobei der älteste Sohn (so es einen gibt) als Erbe eingesetzt wird.

- In der Vergangenheit war bei indianischen und sibirischen Völkern ein ähnlicher Brauch üblich, allerdings aus einem anderen Motiv: Es herrschte der Glaube an Schutzgeister, die fallweise einen Menschen verwandeln konnten. Einige (männliche) Schamanen behaupteten, von ihrem Schutzgeist in eine Frau verwandelt worden zu sein – eine Tatsache die besondere Anerkennung versprach. Diese vermeintliche „Frau“ heiratete nun einen Mann, der sich in der Folge eine Nebenfrau nehmen konnte. Beide durften mit dieser Nebenfrau verkehren und alle Kinder wurden – wie oben – als Nachkommen des Mannes anerkannt. Etwaige Ähnlichkeiten zwischen der „Hauptfrau“ und dem Kind wurden auf die Einwirkung des Schutzgeistes zurückgeführt.
- Das nächste Beispiel für zugeschriebene Väter führt uns in das frühere Mikronesien. Dort wurde die Jungfräulichkeit einer Frau als so sehr bedrohlich und gefährlich eingeschätzt, daß nur bestimmte Männer die „Pflicht der ersten Nacht“ heil überstehen konnten. Der Bräutigam bat daher einen älteren Verwandten, der etwas mehr „Mana“ besaß, diese Pflicht für ihn zu übernehmen. Erklärte sich niemand bereit, mußte er einen Häuptling oder Priester fragen und ihn anschließend mit Muschelgeld für seine Dienste entschädigen. Die Kinder aus dieser Verbindung waren, wie erwartet, offiziell die des Bräutigams.
- Im Norden Hinterindiens und in manchen Regionen Tibets ist der Boden besonders karg und die Ackerfläche so wenig ergiebig, daß eine Zerstückelung der Felder aus Erbgründen unmöglich ist. In diesen Regionen kam bis in jüngste Zeit die Eheform der Vielmännerei vor, bei der sich mehrere Brüder oder Cousins *eine Frau* nahmen. Alle Nachfahren wurden dem ältesten Bruder zugeschrieben. Diese Variante hatte mehrere Vorteile: Der Zerstückelung der Ackerfläche wurde entgegengewirkt, und die Zahl der Geburten konnte gering gehalten werden. In diesen Regionen herrschte außerdem ein Mangel an Frauen, da aufgrund der mangelnden medizinischen Versorgung und der ungünstigen Bedingungen viele Mütter noch im Kindbett verstarben.

6. Seelenglaube

- Früher glaubten die Aborigines, daß durch die Zeugung alleine noch kein lebensfähiges Kind entstehen kann. Der angehende Vater muß vorher noch eine *Kinderseele* suchen. Dabei mußte ihn ein keines Wesen (z. B. ein Tier wie eine Maus oder eine Eidechse) anblicken und dann plötzlich und auf magische Weise wieder verschwinden. Dadurch ist dieses Wesen in den Mann eingegangen, eine Zeugung ist jetzt möglich. Im Körper der Frau wird die Kinderseele mit einem Leib umgeben.
- Ein ähnlicher Grundgedanke, aber mit viel brutaleren Konsequenzen, herrschte früher in Teilen Südostasiens (Indonesien, Philippinen, Assam). Die Seele, die zur Entstehung eines neuen Menschen vonnöten war, mußte dort nämlich mittels der *Kopffagd* gefangen werden. Männer, die noch nie einen Kopf erbeutet hatten, durften nicht heiraten, und wurden für unfähig erachtet Vater zu werden. Ein heimtückisch erbeuteter Kopf tat es, so Bleibtreu-Ehrenberg (1995), aber auch. Die Idee dahinter ist folgendermaßen: Im Augenblick des Todes entweicht durch den Mund des Opfers die Seele, der Sterbende gibt den letzten Laut von sich. Mit dem erbeuteten Laut, der dann als Name für das Kind verwendet wird, ist der Mann im Besitz der Seele. Die enge Verbindung zwischen Atem und Seele läßt sich auch in dieser Kultur erkennen.

7. Multiple Vaterschaften

Bei einigen Stämmen Melanesiens war folgende Vorstellung verbreitet: Da die Frau ein Kind mit ihrem Körper „aufbaut“, muß bei jedem Säugling zwangsläufig ein *weiblicher Anteil* vor-

handen sein. Dieser Anteil wurde für so stark und mächtig erachtet, daß sich diese Menschen nicht vorstellen konnten, daß ein Knabe sich ganz von alleine zu einem Mann entwickeln kann. Nur durch spezielle Initiationsriten konnte einem Verschwinden der Männlichkeit entgegengewirkt werden, ein Versäumnis bedeutete die Entwicklung zu einem Mädchen. Es wurde ein Mann ausgewählt, der dem Knaben regelmäßig „männliche Milch“ (= Sperma) anal oder oral zuführt und so die Vermännlichung fördert. Dieser Mann durfte niemals der eigene Vater sein, er galt aber als zweiter Vater. Der Knabe durfte später keine der Töchter dieses Mannes heiraten. Er war verpflichtet ihm Respekt zu erweisen, und ihn im Alter zu versorgen. Jedes männliche Kind hatte daher zwei Väter.

Um die Vermännlichung nicht zu gefährden, durften leibliche Väter ihre kleinen Söhne weder liebkosen, noch mit ihnen spielen. Später war den etwas größeren Knaben der Umgang mit Mädchen verboten. Erst als Missionare und australische Beamte Aufklärung betrieben hatten, konnte man beobachten, daß Väter begannen mit ihren Söhnen zu spielen, sie herumzutragen, oder Zärtlichkeiten auszutauschen. Die Vorstellung, daß für die Entwicklung zu einem richtigen Mann bzw. einer richtigen Frau bestimmte Initiationsriten durchgeführt werden müssen, findet auch beim weit verbreiteten Ritual der Beschneidung Ausdruck. Dabei werden kurzerhand „artfremde“ Anteile weggeschnitten (Das haben alle Beschneidungsrituale gemein, egal wie mehr oder weniger invasiv und letztendlich schädlich sie sind. Die genaue *Art* der Beschneidung ist stark kultur- und traditionsabhängig.)

8. Blick auf andere Kulturen

8.1 Trobriander (Melanesien) / Neuguinea

Den Trobriandern ist die biologische Bedeutung des Vaters unbekannt. Voreheliche Sexualität wurde toleriert, eine dauerhafte sexuelle Beziehung wurde als Heiratsabsicht angesehen, unverheirateten Paaren war es aber verboten zusammen zu essen. Der Wohnort ist patrilokal. Mütter und Väter teilen sich die Verantwortung für das Kind, sie pflegen und ernähren es gemeinsam. Zwischen Vater und Kind besteht eine tiefe und innige Beziehung. Von einem Kind wird erwartet, daß es versucht dem Vater ähnlich zu werden.

8.2 Berg-Arapesh / Neuguinea

In der Gesellschaft der Arapesh herrscht ein kooperatives und friedliches Klima. Sie leben vom Ackerbau, an dem sich beide Geschlechter beteiligen. Die Bedürfnisse eines Kindes sind in dieser Gesellschaft allgemein sehr wichtig, für die Kindererziehung sind Väter und Mütter zuständig. Die Väter übernehmen „frauliche“ und „mütterliche“ Pflichten.

8.3 kannibalistische Mundugumor / Neuguinea

Die kriegerischen Mundugumor sind ein kriegerisches Volk, beide Geschlechter zeigen ein ausgeprägtes „maskulines“ Verhalten. Die Schwangerschaft wird von den Frauen als sehr belastend empfunden, ihre mütterlichen Pflichten führen sie widerwillig aus. Die Kinder werden rauh behandelt, sie bekommen wenig Zuwendung. Es wird allgemein vermieden Emotionen zu zeigen. Durch diese Behandlung werden Kinder sehr schnell selbständig, sie zeigen ihrerseits auch bald aggressives Verhalten. Dadurch sind sie an die sehr kompetitive Gesellschaft gut angepaßt.

8.4 Lesu-Dorf / Neuirland (Melanesien)

Die Bewohner des Lesu-Dorfes leben von Fischfang und Gartenbau, beide Geschlechter arbeiten dort mit. Es gilt die Geschlechtertrennung, die Männer von Schwangeren schlafen in

einem Männerhaus. Das Familienleben wird als liebevoll beschrieben, Väter spielen mit ihren Kindern und umsorgen sie. Es gibt kaum Kämpfe zwischen den einzelnen Siedlungen.

8.5 Sondup o-Dorf / Korea, Insel Kanghwa

Die Bewohner leben vom Ackerbau, der von Männern betrieben wird. Die Gesellschaftsordnung ist patrilokal und patrilinear, der Vater ist streng und distanziert. Der erste Sohn ist der Erbe des Vaters, von dem er absoluten Gehorsam fordert, einzig jüngere Töchter bekommen mehr Zuwendung. Die Mutter hat eine ausgleichende Rolle. Kleinkinder werden von der Mutter und älteren Geschwistern versorgt.

8.6 Thonga / Ostküste Südafrikas

Der Ackerbau erfolgt durch die Frauen, die Viehzucht durch die Männer. Ein Ehemann hat mehrere Frauen, die in einer eigenen Hütte wohnen. Die Kleinstkinder werden von der Mutter versorgt, nach dem Abstillen kommen sie für einige Jahre zu den Großeltern. Kleinkinder sind für den Vater tabu, Kinder haben überhaupt wenig Kontakt zu ihrem Vater. Die Vater-Kind-Beziehung ist geprägt von Respekt, der bis zur Furcht geht, er fordert von Söhnen und Töchtern Respekt.

8.7 Rwala / Beduinen, nordarabische Wüste

Die Gesellschaft lebt vom Handel mit Kamelen und Pferden, der durch die Männer abgewickelt wird. Die Rwala sind sehr kriegerische Halbnomaden, es herrscht eine sehr strenge Geschlechtertrennung. Sogar die Zelte sind geteilt. Die Kindererziehung liegt in den Händen der Mutter, zum Vater haben Kinder kaum Kontakt, einige Gespräche ausgenommen. Der Vater verlangt Gehorsam. Er züchtigt den Sohn, in jüngeren Jahren mit einem Stock, später auch mit einem Säbel oder Dolch. Das Ziel ist unter anderem die Abhärtung für das spätere – kriegerische – Leben.

8.8 Kung – San / Nordwest-Botswana

Die Kung – San leben vom Sammeln und Jagen, es gibt sehr viel Nahrungsangebot. Das heißt die Beschaffung von Essen nimmt wenig Zeit in Anspruch. Die Kung zeigen keine kriegerischen Aktivitäten. Mütter und Väter widmen sich den Kindern, die mit sehr viel Nachsicht und Duldsamkeit behandelt werden. Auch Väter verbringen viel Zeit mit ihren Söhnen und Töchtern, sie haben reichlich körperlichen Kontakt. Aufgabe der Mütter ist die tägliche Pflege und das Trösten weinender Kinder.

9. Zusammenfassung

Die äußeren Lebensumstände, die Umwelt, die Vorstellung über Geburt und Tod, über *Werden* und *Vergehen* haben und hatten seit jeher einen starken Einfluß auf unser Leben. Völker, die glauben, daß die Menschwerdung alleine Sache des Mannes sei, müssen ihrer Überzeugung in einer anderen Tradition Ausdruck verleihen als Menschen, die glauben diese sei Sache der Mutter. Eine Kultur in einer fruchtbaren Umwelt hat andere Prioritäten als eine Kultur mit begrenzten Ressourcen.

10. Persönliche Stellungnahme

Den Blick auf andere Kulturen und ihren Umgang mit Elternschaft und Rollenbildern finde ich interessant und wichtig. Wir können unseren Horizont erweitern, weil wir Lebensformen

kennenlernen, die uns skurril erscheinen, die woanders aber offensichtlich funktionieren. Das könnte eine Anregung für mehr Toleranz sein und die Kreativität fördern, die vermeintlichen Rollenbilder den Bedürfnissen der betroffenen Personen anzupassen.

Andererseits kommt die Frage, „wie das bei den anderen Kulturen ist“, manchmal etwas moralisierend daher und kann natürlich gut für die eigenen Zwecke verwendet werden. Je nach Bedarf kann so festgelegt werden, was „natürlich“ oder „naturegegeben“ ist, oder, von der anderen Seite gesehen, „primitiv“ und „einfach“.

Ich lese solche Berichte trotzdem immer gerne, aber mit einer Frage im Hinterkopf: „cui bono?“

11. Literaturverzeichnis

Bozett, F. W. & Hanson, S. M. H. (Eds.). (1991). *Fatherhood and families in cultural context*. New York: Springer.

Fthenakis, W. E. (1988). *Väter. Zur Psychologie der Vater-Kind-Beziehung* (Bd. 1). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Bleibtreu-Ehrenberg, G. (1995). Vaterschaft im Kulturvergleich. In H. Michelsen (Hrsg.), *Über Vater. Skizzen einer wichtigen Beziehung* (S. 23-39). Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.

14) Verbundstudie „Optionen der Lebensgestaltung junger Ehen und Kinderwunsch“ (Annemarie Tiefenbacher)

1. Einleitung

Der Endbericht der Verbundstudie „Optionen der Lebensgestaltung junger Ehen und Kinderwunsch“ informiert über die Entwicklung der seit 1988 untersuchten jungen Ehepaare. Es geht dabei grundlegend um drei Fragen:

- 1) Welchen Stellenwert hat der Wunsch nach leiblichen Kindern in der Lebenskonzeption junger Ehen, und welche Bedingungen sind für die Stabilisierung bzw. Veränderung des Kinderwunsches verantwortlich?
- 2) Unter welchen Rahmenbedingungen findet der Übergang zur Elternschaft statt, und welche Folgen bringt dieser Übergang auch auf längere Sicht mit sich?
- 3) Welche Bedeutung haben familienpolitische Maßnahmen – insbesondere das in den letzten Jahren ständig verbesserte Bundeserziehungsgeldgesetz – für die (Nicht-)Realisierung des Kinderwunsches und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Lebensgestaltung junger Ehen?

2. Grundlagen und Fragestellungen der Verbundstudie

2.1 Stand der Forschung: Kinderwunsch und Übergang zur Elternschaft

Durch die Unterschiedlichkeit und Fülle der Fragestellungen war eine multidisziplinäre theoretische Annäherung an das Thema erforderlich. Es wurde aber vor allem auf die einschlägige psychologische und soziologische Forschung Bezug genommen.

2.1.1 Theorien zum Konzept

1. *Familienstreßtheorie*: LeMasters (1957, zitiert nach Schneewind, 1996) sieht den Übergang zur Elternschaft aufgrund seiner Studie als ein krisenhaftes Ereignis an. Die soziologische Familienstreßtheorie hat sich mit der Frage beschäftigt, wie sich potentiell krisenauslösende Ereignisse auf den familiären Anpassungsprozeß auswirken. Dabei wurde der Übergang zur Elternschaft als ein Ereignis gesehen, das, je nach Definition des Ereignisses und nach den zur Verfügung stehenden Ressourcen, entweder zu einer langdauernden Krise oder zu einer gelungenen Anpassung führen kann.

2. *Familienentwicklungstheorie*: Hier wird ergänzend zur Familienstreßtheorie der potentielle Stressor „Elternschaft“ in einen entwicklungstheoretischen Ansatz eingebettet. Duvall (1977), Aldous (1978), Mattessich und Hill (1987, zitiert nach Schneewind, 1996) sehen Familie als eine sich im Zeitverlauf dynamisch entwickelnde Personengruppe besonderer Art. Es wurden hier einzelne Phasen der Familienentwicklung sowie die Übergänge zwischen diesen Phasen als analytische Einheiten zugrunde gelegt. Durch diese Theorie wurde das ursprüngliche Krisenkonzept relativiert. Es wurde auf spezielle Entwicklungsprozesse aufmerksam gemacht, die schon vor dem Übergang zur Elternschaft bestanden und somit auch für einen mehr oder weniger gelungenen Übergang zur Elternschaft verantwortlich sind. Und außerdem wurden hier mit den einzelnen Übergängen und Phasen im Familienlebenszyklus spezielle Fami-

lienentwicklungsaufgaben verknüpft, die als normative Vorgaben für eine adäquate Bewältigung der nötigen Anpassungen konzipiert sind.

3. *Familiensystemtheorie*: Die im Familienzyklus auftretenden Veränderungen werden als ein Zusammenspiel von miteinander systematisch verflochtenen Gegebenheiten im Familienentwicklungsprozeß gesehen. Je nach Fokus des wissenschaftlichen Interesses kann man psychologische, soziologische und therapeutische Theorieansätze unterscheiden.

4. *Kontextualistische Prozeßmodelle*: Diese haben die Funktion forschungsleitender Rahmenkonzepte, um die Veränderungsprozesse, die durch die Überprüfung zur Elternschaft erkannt werden, genauer empirisch überprüfen zu können. Zwei amerikanische Längsschnittstudien gelten als Pionierarbeiten: „Pennsylvania Infant and Family Development“ Projekt von Jay Belsky et al. (1984, zitiert nach Schneewind, 1996). Hier meint man, daß elterliche Pflege und Erziehung und die Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes abhängig sind von einer Reihe direkt oder indirekt wirkender Einflußgrößen (z. B. Entwicklungsgeschichte der Eltern, deren Persönlichkeit, Partnerbeziehung etc.). Als zweites anzuführen ist das „Becoming a Family“ Projekt des Ehepaars Philip und Carolyn Cowan (1994, zitiert nach Schneewind, 1996). Sie haben ihrem Projekt ein „Fünfdomänen-Strukturmodell der Ehe- und Familienanpassung“ zugrunde gelegt.

2.1.2 Kinderwunsch

Zum Thema Kinderwunsch hat sich aus Studien gezeigt, daß der Einfluß von Variablen wie Einkommen, Bildung, Beruf, Wohnort und Konfessionszugehörigkeit schwindet. Wichtigere Variablen sind: wirtschaftliche und gesellschaftliche Veränderungen, verändertes Rollenverständnis der Frauen, die Entkoppelung von Sexualität und Elternschaft, der funktionale vs. emotionale Wert von Kindern, Kinderwunsch als geplantes vs. unbewußtes Phänomen, Kinderwunsch von Erst- und Mehrkindeltern, das Timing der Elternschaft und bewußte Kinderlosigkeit.

2.1.3 Übergang zur Elternschaft

Der Übergang zur Elternschaft und dessen Konsequenzen sind von folgenden Faktoren abhängig:

1. von *intrafamiliären Prozessen*:

- Persönlichkeitsmerkmale: Sie sind wichtige Voraussetzungen (z. B. Selbstwertgefühl, pers. Kontrolle, pers. Reife, emotionale Stabilität vs. Labilität etc.).
- Partnerschaftliche Beziehung: Im allgemeinen kommt es zu einer Verschlechterung, wegen einer verringerten oder konfliktreicheren Kommunikation oder einer Veränderung der Machtbalance zuungunsten der jungen Mütter.
- Alltagsorganisation: Meist kommt es zu einer Traditionalisierung der Rollen.
- Kindmerkmale: Dazu gehören: Geschlecht, der Gesundheitszustand, das Temperament.

2. vom *materiellen und sozialen Kontext*:

- Finanzielle Ressourcen und Wohnsituation: Hier gibt es widersprüchliche Untersuchungsergebnisse.
- Herkunftsfamilie: Die Qualität der Beziehung zur Herkunftsfamilie wirkt sich auf den Familienentwicklungsprozeß nach dem Übergang zur Elternschaft aus. Die, die ihr Elternhaus als kalt und abweisend erlebt haben, haben größere Anpassungsprobleme, wenn sie selbst Eltern werden.
- Soziale Netzwerke: Das Ausmaß an sozialer Unterstützung hat sich als Indikator für die Anpassung an die Elternschaft herausgestellt. Auch der Freundeskreis verändert sich. Intensiviert werden Kontakte zu Familien in vergleichbaren Phasen des Familienzyklus.

- Berufstätigkeit: Hier gibt es eine geschlechtsspezifische Differenzierung. Bei jungen Vätern ändert sich praktisch nichts, bei den jungen Müttern kommt es zu einer unterschiedlich starken Einschränkung der außerhäuslichen Erwerbstätigkeit.
 - Extrafamiliäre Kinderbetreuung: In der ehemaligen DDR war die Inanspruchnahme extrafamiliärer Kinderbetreuungseinrichtungen gang und gäbe, in den alten Bundesländern wurde die familiäre Betreuung bevorzugt.
 - Familienpolitische Maßnahmen: Bundeserziehungsgeld gibt es seit 1986 für zwei Jahre. Nach dem 6. Monat einkommensabhängig von max. 600,- DM (= 4.200,- ÖS) und die Möglichkeit eines dreijährigen Erziehungsurlaubes mit anschließender Wiedereinstellungsgarantie. Die Eltern dürfen bis zu 3 Mal wechseln.
3. davon, *ob es sich um Erst- oder Zweit- bzw. Mehrkinder handelt*:
Untersuchungen fanden, daß es zu einer eher kindzentrierten und weniger partnerzentrierten Kommunikation kommt. Dadurch kam es bei den Frauen zu einer Abnahme der ehelichen Zufriedenheit.

2.2 Grundlegender Ansatz der Verbundstudie

Das theoretische Modell der Verbundstudie:

Im Sinne eines kontextualistischen Mehrebenenmodells werden fünf Ebenen unterschieden:

- a) *Sozio-ökonomische Ebene*: Finanziellen Ressourcen, beruflicher Status, Wohnverhältnisse;
- b) *Personebene*: Biographische Entwicklung, Beziehungserfahrungen, Persönlichkeitsdispositionen, individuelle Lebensorientierung, Einstellungen und Zukunftspläne;
- c) *Partner- und Eltern-Kind-Ebene*: Entwicklung und Qualität der Partnerschaft bzw. Eltern-Kind-Beziehungen, Rollenverständnis und Aufgabenteilung, gemeinsame Lebensorientierung, Einstellungen und Zukunftspläne;
- d) *Soziale Ebene*: Einbindung in das Kontaktnetz von Verwandtschafts-, Freundschafts- und Bekanntschaftsbeziehungen, Nutzungsmöglichkeiten und Unterstützungsleistungen im sozialen Netz;
- e) *Gesellschaftliche Ebene*: Allgemeine Norm- und Wertvorgaben, politische und ökonomische Rahmenbedingungen, familienpolitische Unterstützungsmaßnahmen.

Dieses allgemeine theoretische Modell wurde in den psychologischen und soziologischen Teilstudien umgesetzt. Es gab zwei unabhängige Stichproben, die seit Herbst 1988 bzw. Frühjahr 1989 längsschnittlich untersucht wurden. Die soziologische Teilstudie umfaßte zum ersten Erhebungszeitpunkt ein repräsentatives Kollektiv von 1528 jungen Ehepaaren. Die psychologische Teilstudie umfaßte 180 junge Ehepaare.

2.3 Grundlagen und Fragestellungen der psychologischen Teilstudie

Die 180 Paare der psychologischen Teilstudie wurden zum ersten Erhebungszeitpunkt in fünf Gruppen unterteilt: „Erstelter“, „Kind ja“, „Kind ja – mit Aufschub“, „Unentschiedene“ und „Bewußt Kinderlose“. Diese Gruppeneinteilung konnte über die Zeit natürlich nicht beibehalten werden, weil sich bei den Gruppen Veränderungen im familiären Status ergeben haben. Weitere Kinder kamen dazu, es gab Trennungen und Scheidungen. Diese Veränderungen wurden bei den Ergebnissen miteinbezogen.

Fragestellungen:

- 1) In welchem Umfang haben die 1989 noch kinderlosen jungen Ehen ihren Kinderwunsch realisiert und welche Veränderungen haben sich hinsichtlich des Kinderwunsches in den letzten drei Jahren ergeben?
- 2) Welche Bedingungen haben zu einer vorgezogenen Realisierung des Kinderwunsches bzw. zu einer Entscheidungsfindung geführt?

- 3) Wie stellt sich die Berufstätigkeit in jungen Ehen dar, und welche Lösungen haben junge Eltern zu dieser Frage realisiert?
- 4) Auf welche Formen der Kinderbetreuung greifen Eltern zurück?
- 5) Welche Auswirkungen ergeben sich bei jungen Müttern und Vätern für ihre weitere Lebensgestaltung?
- 6) Welche Bedeutung hat das familienpolitische Maßnahmenpaket „Erziehungsgeld und Erziehungsurlaub“ für den Familienbildungsprozeß?

3. Ergebnisse der psychologischen Teilstudie

3.1 Die Entscheidung „Kind Ja oder Nein“: Verläufe der Ehe- und Familienentwicklung

Hier soll untersucht werden, ob sich das generative Verhalten bzw. die Einstellung zu leiblichen Kindern im Laufe der fünf Jahre der Studie verändert haben. In der Zeit von 1989 bis 1994 schieden von den 180 Teilnehmern 20 wegen Trennung/Scheidung (11 %) und 50 Paare (17 %) aus diversen persönlichen Gründen (z. B. Wohnortwechsel) aus. An den letzten der acht Befragungen nehmen noch 130 Paare teil. 107 Paare haben an allen acht Befragungen teilgenommen. Großteils haben die Paare ihre Familienplanung entsprechend der Antworten der ersten Befragung verwirklicht. Bei den Paaren, die Eltern wurden, zeichnet sich ein Trend zur Zwei-Kind-Familie ab. Paare, die noch keine Kinder haben, halten großteils ihren Kinderwunsch (meist gleich mit ihrem Partner) weiterhin aufrecht. Bei der Gruppe der „Unentschiedenen“ hatten nach fünf Jahren ca. die Hälfte ein Kind bzw. erwartete ein Kind. Mehr als 50 % der noch kinderlosen Paare der Unentschiedenen war sich auch nach fünf Jahren noch nicht im klaren, ob sie Kinder wollen oder nicht. Die restlichen Paare der „Unentschiedenen“ haben sich zu gleichen Teilen für „Kind Ja“ oder für „Bewußte Kinderlosigkeit“ entschieden.

3.2 Bedingungen für die Realisierung von Elternschaft

Gruppe der Ersteltern: Diese Gruppe hat sich in drei Teilgruppen aufgespalten: in Ehepaare mit einem, zwei oder mehreren Kindern. Persönlichkeits- und beziehungspsychologische Unterschiede gab es besonders bei 1- und Mehrkindeltern. Bei *Mehrkindeltern* gab es eine besonders glückliche Paarbeziehung aufgrund einer großen Aufgeschlossenheit und Vertrautheit bei den Paaren. Beide Partner fühlten sich für die Ehe verantwortlich und glauben, diese gestalten zu können. Sie sind jünger als die anderen Paare und lebten vor der Ehe kürzer zusammen. Personenebene: Mehrkindfamilien sind familienorientierter. Die Beschäftigung mit der eigenen Person steht weniger im Vordergrund. Der Auftrag der Herkunftseltern zur Familiengründung wird stärker angenommen. Ein Leben mit Familie und Kind hat eine hohe Priorität. Auch die Familientradition soll fortgesetzt werden. Mehr-Kind-Väter hatten Väter, die eine meist positive Einstellung zu ihnen hatten. *Einkindeltern* wollen Kind und Beruf unter einen Hut bringen. Vor allem für die jungen Mütter ist der Beruf wichtig. Die Wurzeln dazu kommen aus der Herkunftsfamilie (Berufsorientierung als Auftrag bereits im Jugendalter).

Gruppe „Kind ja“: Unterschiedliche Entwicklungsverläufe fanden sich bei der Teilgruppe der „Frührealisierer“ (Kind nach 3 Jahren). Im Bereich der ökonomischen Rahmenbedingungen (Höhe des Paarnettoeinkommens) unterschieden sie sich bereits zu Beginn deutlich von den anderen. Auf der Paarebene konnte eine hohe positive Emotionalität der Beziehungsgestaltung gefunden werden. Auf der Personenebene trat ihr aktueller Lebensstil, der eher familienorientiert ist, hervor. „Frühe Väter“ hatten mit Nachdruck von ihren Vätern den Auftrag zur Familiengründung bekommen.

Gruppe „Kind ja – mit Aufschub“: Diese Gruppe teilte sich in „vorzeitige Realisierer des Kinderwunsches“ (innerhalb der fünf Jahre) und in nach wie vor „Kinderlose“. Bei den Kin-

derlosen waren vor allem weniger positiv gefärbte kindbezogene Erwartungen und stark ausgeprägte Berufsorientierung der Frauen als Gründe zu erkennen. Gründe für eine vorzeitige Realisierung des Kinderwunsches waren eine glückliche Paarbeziehung, eine ausgeprägte Familienorientierung und eine starke Bindung an familienbezogene Erwartungen seitens der Herkunftsfamilien. Die vorzeitigen Realisierer waren jünger und haben weniger lange mit ihrem Partner zusammengelebt. Trotzdem waren sie zufriedener als die kinderlosen.

Gruppe „Unentschiedene“: Bei den „unsicheren“ Paaren fand sich außer einem höheren Alter und damit höherem Entscheidungsdruck, keine relevante Erklärung für die erste zögerliche Haltung zur Kinderfrage. Die Gruppe spaltete sich in vier Teilgruppen: 1. Jene, die bereits eine Familie gegründet haben; 2. die weiterhin unentschiedenen; 3. die nun einen positiven Kinderwunsch haben; 4. die nun bewußt Kinderlosen.

Paare, die nun Eltern waren oder positiv dem Kinderwunsch gegenüberstanden, schrieben sich mehr Kompetenz im Umgang mit Kindern zu. Auch haben diese beiden Teilgruppen viel stärker – vor allem von den Vätern – den Auftrag zur Familiengründung bekommen. Vorbilder von Freunden und Bekannten mit Kindern schreckt vor allem die nun mehr bewußt kinderlosen ab, eigene Kinder zu bekommen.

Gruppe „bewußt Kinderlose“: Wer sich von Anfang an zu dieser Gruppe bekannte, blieb in seiner Einstellung stabil. Von den Gruppen mit positivem oder unentschiedenem Kinderwunsch unterschieden sie sich durch folgende Merkmale: höheres Alter, höheres Maß an persönlicher Verletzlichkeit, geringeres Vertrauen in die eigenen elterlichen Fähigkeiten. Sie waren im Vergleich zu den anderen besonders partnerorientiert und kompetent in der partnerschaftlichen Beziehungsgestaltung. Bewußte Kinderlosigkeit ist also nicht gleichzusetzen mit Kinderfeindlichkeit, sondern entsteht eher aus einer sehr engen Paarbeziehung, die wegen einer wenig stabilen Persönlichkeit keinen Belastungen ausgesetzt werden soll.

3.3 Veränderungen im Kontext der Elternschaft

Zentrale Veränderung: Von einer zuerst ähnlichen Rollenauffassung zwischen Männern und Frauen kommt es zu einer Verlagerung bei den Frauen von der Berufstätigkeit zur Familienarbeit. Die jungen Väter bleiben meist im Beruf. Sie müssen Familie und Beruf aber integrieren und ausbalancieren. Sonst gibt es nur geringe Unterschiede im Rollenverständnis und der Lebensorientierung zwischen Eltern und Nichteltern.

Partnerschaft: Häufig kommt es im Umgang der Eltern zu einer Verschlechterung der Partnerschaft. Es gibt aber auch positive Entwicklungsverläufe und solche wie bei Nichteltern. Besonders Mehrkindereltern haben eine positive Partnerschaftsentwicklung.

Bei Müttern: ist die Persönlichkeitsentwicklung unabhängig von der Partnerschafts- bzw. der Familienentwicklung. Das gilt auch für die Frauen der Nichtelterngruppe.

Väter: Hier sind die Bereiche verknüpft. Väter mit positiver Persönlichkeit geben eine bessere Einschätzung der Partnerschaft ab. Bei ihnen gibt es meist auch eine engere Geburtenfolge und eine größere Kinderzahl.

Bei Männern hat das positive Selbst- und Beziehungserleben einen größeren Einfluß auf ihre generativen Entscheidungen.

Alle Eltern beurteilen ihre Kinder relativ gut übereinstimmend und stabil über die Zeit als mehr oder weniger „schwierig“ oder „einfach“. Diese Einschätzung besteht schon vor der Geburt, in Form von Erwartungen bestimmter Kindermerkmale und bez. ihrer Pflegekompetenz. Bei schwierigen Kindern wird die elterliche Kompetenz geringer erlebt.

Schwierige Eltern-Kind-Beziehungsentwicklungen treten besonders bei Partnerschaften auf, wo zumindest ein Partner eine labile Persönlichkeit hat. Labile Mütter wirken sich stärker aus. Kinder (besonders Jungen) mit solchen Eltern werden stärker als schwierig erlebt. Insgesamt verknüpfen Väter stärker Partnerschaft- und Persönlichkeit und sind bei positiver Einschät-

zung eher die Motoren der Familie; Mütter sind für die konkrete Ausgestaltung der Eltern-Kind-Beziehung und für die Wahrnehmung der Kindereigenschaften bestimmend.

3.4 Elternschaft und Beruf

Junge Mütter: Reduzierung oder vorübergehenden Aufgabe des Berufes;

Junge Väter: keine Veränderungen;

Nicht-Väter: investieren mehr Zeit für den Beruf;

Intrinsische Berufsmotivation (z. B. Freude und Interesse für Beruf): tritt besonders bei Frauen auf, die erst verzögert nach der Eheschließung schwanger werden (besonders in der Schwangerschaft selbst);

Extrinsische Berufsmotivation (z. B. Notwendigkeit des Geldverdienens): eher bei Männern, besonders bei werdenden Vätern;

Das berufliche Engagement und die Belastung haben im letzten Untersuchungsjahr bei den Männern und bei kinderlosen Frauen zugenommen.

Kinderlose Männer haben sogar eine deutliche Steigerung, auch bei der Bedeutung des Berufes. Je bedeutender der Beruf des Mannes, desto mehr arbeiten sie (Zeit). Umgekehrt sind bei Vielarbeitern deutlich weniger Väter. (Schluß: Vielarbeiter neigen zur Kinderlosigkeit.)

3.5 Kinderbetreuung

Unterschieden wird zwischen inner- und außerfamiliärer Betreuung. Im Laufe der 5 Jahre der Untersuchung gab es Kinder von 0-5 Jahren. Die meisten Eltern betreuen ihr Kinder selbst.

Fremdbetreuung: gibt es besonders bei Kindern über 3 Jahren. Es gibt hier: vor allem Kindergarten, Großeltern und eine Kombination aus den beiden; meist bei berufstätigen Müttern. Die Eltern sind mit der Fremdbetreuung sehr zufrieden auch trotz eventueller organisatorischer Probleme oder Konflikte (z. B. mit Großeltern wegen der Erziehung).

Innerfamiliäre Betreuung: es gibt eine stark traditionelle Rollenverteilung, d. h. die Mutter ist zu Hause – der Vater berufstätig; Väter betreuen auch dann wenig, wenn die Mutter ebenfalls berufstätig ist.

Die Zufriedenheit mit der Situation und der Ehe ändert sich auch bei egalitärer Aufgabenteilung, aber nicht negativ. Viele der 1994 nichtberufstätigen Mütter könnten sich zumindest eine Teilzeitbeschäftigung vorstellen, wenn es genügend Kinderbetreuungsmöglichkeiten gäbe (v. a. Kindergartenplätze oder im Betrieb).

3.6 Familienpolitische Maßnahmen und Unterstützung junger Familien

Erziehungsgeld: Es wird v. a. von jungen Eltern in Anspruch genommen. Ab dem 7. Monat erhalten mehr als 1/3 der Eltern keine oder nur reduzierte Erziehungsgeldzahlungen. Deshalb vermuten die Autoren, daß wegen der fehlenden Dynamisierung des Erziehungsgeldes, dieses die Unterstützungsfunktion für junge Familien verlieren wird. Auch wegen der fehlenden Dynamisierung der Einkommensgrenze wird befürchtet, daß die Zahl derer, die auch nach dem ersten halben Jahr für die gesamte Dauer den Höchstbetrag von 600,-DM (4.200,- ÖS) bekommen weiter sinken wird.

Erziehungsurlaub: Das wird nur von Müttern genutzt. Bei Zwei- und Mehrkindmüttern fehlen oft die Anspruchsvoraussetzungen. Deshalb geht der Erziehungsurlaub hier stark zurück. Die Möglichkeit den Erziehungsurlaub mit einer Teilzeitarbeit zu verbinden, wird kaum genutzt.

Arbeitsplatzgarantie: Sie hat in der Realität nur wenig Bedeutung. Nur ca. jede 10. Mutter kehrt nach dem Erziehungsurlaub auf ihren alten Arbeitsplatz zurück.

Informiertheit über familienpolitische Leistungen: Eltern sind deutlich besser informiert als Nichteltern; Frauen besser als Männer. Alle halten die Maßnahmen für NICHT angemessen.

Mindestforderungen: Sie liegen deutlich über den vorgesehenen. Nichteltern und Männer stellen die höchsten Forderungen.

Gefordert werden:

- 200,- DM / Monat Kindergeld / Kind;
- + 7.300,- DM Kinderfreibetrag jährlich / Kind;
- + 700,- DM Erziehungsgeld / Kind einkommensunabhängig für mind. 3 Jahre;
- Erziehungszeiten (ca. 6 Jahre) sollen in der Rentenversicherung anerkannt werden.

Handlungsbedarf für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie aus der Sicht der Betroffenen:

- 1) Bessere arbeitsplatzbezogene Bedingungen (z. B. mehr Teilzeitarbeitsplätze);
- 2) mehr außerhäusliche Kinderbetreuungsangebote (Kindergärten- oder Krippen, Tagesmütter, betriebliche Kinderbetreuung und Betreuung für Schulkinder);
- 3) mehr Flexibilität beim Erziehungsgeld und beim Erziehungsurlaub (bis 3x wechseln sollte möglich sein);
- 4) Abbau von Vorurteilen gegen berufstätige Mütter, die den Erziehungsurlaub *nicht* in Anspruch nehmen und gegen Väter, die den Beruf einschränken oder unterbrechen wegen dem Erziehungsurlaub;
- 5) eine Verbesserung der Wohnsituation. $\frac{3}{4}$ wollen eine aktive finanzielle Unterstützung des Staates beim Kauf einer Eigentumswohnung. $\frac{2}{3}$ halten den sozialen Wohnbau mit preisgünstigen Mietwohnungen für wichtig.

4. Zusammenfassung

Bei der Verbundstudie „Optionen der Lebensgestaltung junger Ehen und Kinderwunsch“ ging es vor allem um drei *Fragen*:

- 1) Welchen Stellenwert hat der Wunsch nach leiblichen Kindern in der Lebenskonzeption junger Ehen, und welche Bedingungen sind für die Stabilisierung bzw. Veränderung des Kinderwunsches verantwortlich?
- 2) Unter welchen Rahmenbedingungen findet der Übergang zur Elternschaft statt, und welche Folgen bringt dieser Übergang auch auf längere Sicht mit sich?
- 3) Welche Bedeutung haben familienpolitische Maßnahmen – insbesondere das in den letzten Jahren ständig verbesserte Bundeserziehungsgeldgesetz – für die (Nicht-)Realisierung des Kinderwunsches und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Lebensgestaltung junger Ehen?

Theorien, die zum Konzept führten waren:

- 1) *Familienstreßtheorie*: Beginn der Elternschaft als krisenhaftes Ereignis;
- 2) *Familienentwicklungstheorie*: Familie gilt als eine sich dynamisch entwickelnde Personengruppe. Die Familienentwicklung erfolgt in bestimmten Phasen, die mit speziellen Familienentwicklungsaufgaben verknüpft ist.
- 3) *Familiensystemtheorie*: Die im Familienzyklus auftretenden Veränderungen werden als ein Zusammenspiel miteinander verflochtener Gegebenheiten gesehen.
- 4) *Kontextualistische Prozeßmodelle*: Sie haben die Funktion forschungsleitender Rahmenkonzepte. Zwei amerikanische Längsschnittstudien gelten als Pionierarbeiten: Das „Pennsylvania Infant and Family Development“ Projekt von Jay Belsky et al. (1984) und das „Becoming a Family“ Projekt von Philip und Carolyn Cowan (1994).

Der Übergang zur Elternschaft und die Konsequenzen daraus sind abhängig von:

- 1) *intrafamiliären Prozessen*: Persönlichkeitsmerkmale, partnerschaftlichen Beziehung, Alltagsorganisation und Kindmerkmalen;
- 2) *materiellen und sozialen Kontext*: Finanziellen Ressourcen und der Wohnsituation, Herkunftsfamilie, soziale Netzwerke, Berufstätigkeit, extrafamiliärer Kinderbetreuung und familienpolitische Maßnahmen;
- 3) davon, ob es sich um *Erst- oder Zweit- bzw. Mehrkindeltern* handelt.

Das theoretische Modell der Verbundstudie unterscheidet 5 Ebenen:

1. Sozio-ökonomische Ebene, 2. Personenebene, 3. Partner- und Eltern-Kind-Ebene, 4. soziale Ebene, 5. gesellschaftliche Ebene.

Die psychologische Teilstudie:

180 Paare wurden in einem Zeitraum von fünf Jahren 8 Mal befragt. Die Teilnehmer wurden in fünf Gruppen eingeteilt: „Ersteltern“, „Kind ja“, „Kind ja – mit Aufschub“, „Unentschiedene“ und „Bewußt Kinderlose“.

Fragestellungen:

- 1) In welchem Umfang haben die 1989 noch kinderlosen jungen Ehen ihren Kinderwunsch realisiert und welche Veränderungen haben sich hinsichtlich des Kinderwunsches in den letzten drei Jahren ergeben?
- 2) Welche Bedingungen haben zu einer vorgezogenen Realisierung des Kinderwunsches bzw. zu einer Entscheidungsfindung geführt?
- 3) Wie stellt sich die Berufstätigkeit in jungen Ehen dar, und welche Lösungen haben junge Eltern zu dieser Frage realisiert?
- 4) Auf welche Formen der Kinderbetreuung greifen Eltern zurück?
- 5) Welche Auswirkungen ergeben sich bei jungen Müttern und Vätern für ihre weitere Lebensgestaltung?
- 6) Welche Bedeutung hat das familienpolitische Maßnahmenpaket „Erziehungsgeld und Erziehungsurlaub“ für den Familienbildungsprozeß?

Ergebnisse der psychologischen Teilstudie:

Verläufe der Ehe- und Familienentwicklung: Die meisten Paare haben ihre Familienplanung entsprechend der Antworten der ersten Befragung verwirklicht. Es gibt einen Trend zur Zwei-Kind-Familie. Bei den „Unentschiedenen“ hatte ca. die Hälfte mittlerweile ein Kind oder erwartete eines. 50 % waren sich auch nach 5 Jahren noch nicht klar, ob sie ein Kind wollen oder nicht.

Bedingungen für die Realisierung von Elternschaft:

Ersteltern: Die Gruppe spaltet sich in drei Teilgruppen: Eltern mit einem, zwei oder mehr Kindern. Mehrkindeltern hatten meist eine glückliche Paarbeziehung. Sie sind familienorientierter, weniger ich-bezogen. Einkindeltern wollen meist Kind und Beruf unter einen Hut bringen. Auch Mütter arbeiten hier oft.

Gruppe „Kind ja“: Bei den „Frührealisierern“ (Kind nach max. 3 Jahren) waren die ökonomischen Rahmenbedingungen schon von Beginn an besser als bei den anderen Paaren der Gruppe.

Gruppe „Kind ja – mit Aufschub“: Die Gruppe teilte sich in „vorzeitige Realisierer“ und nach wie vor „Kinderlose“. Gründe für die vorzeitige Realisierung waren: glückliche Paarbeziehung, ausgeprägte Familienorientierung und Bindung an die Erwartungen der Herkunftsfamilie.

Gruppe „Unentschiedene“: Die Gruppe teilte sich in vier Teilgruppen: 1. haben bereits eine Familie gegründet, 2. die weiterhin unentschiedenen, 3. die nun einen positiven Kinderwunsch haben und 4. die nun bewußt Kinderlosen. Wesentlich für die Einstellung zum Kinderwunsch

war die sich selbst zugeschriebene elterliche Kompetenz und die Aufträge der Herkunftsfamilien.

Gruppe „Bewußt Kinderlose“: Wer sich von Anfang zu dieser Gruppe bekannte, blieb bei seiner Einstellung. Sie waren meist älter, hatten ein höheres Maß an persönl. Verletzlichkeit und weniger Vertrauen in die eigenen elterlichen Fähigkeiten und waren besonders paarorientiert.

Veränderungen im Kontext der Elternschaft: Die zentrale Veränderung war: von einer zuerst ähnlichen Rollenauffassung kam es zu einer Verlagerung bei den Frauen von der Berufstätigkeit zur Familienarbeit. Die Väter blieben meist im Beruf. Außer bei den Mehrkindeltern kam es oft zu einer Verschlechterung der Paarbeziehung. Väter verknüpfen Partnerschaft und Persönlichkeit. Bei Müttern ist das unabhängig. Die Einschätzung der Kinder war gut übereinstimmend und stabil.

Elternschaft und Beruf: Junge Mütter reduzieren den Beruf oder geben ihn vorübergehend auf. Junge Väter hatten keine beruflichen Veränderungen wegen dem Kind. Nicht-Väter investieren mehr Zeit für den Beruf.

Kinderbetreuung: Von 0-3 Jahren fast nur innerfamiliäre Betreuung. Ab 3 Jahren gab es auch außerfamiliäre Betreuung (Kindergarten, Großeltern oder beides).

Familienpolitische Maßnahmen und Unterstützung junger Familien:

Erziehungsgeld: Es wird v. a. von jungen Eltern in Anspruch genommen.

Erziehungsurlaub: Er wird nur von den Müttern genutzt. Bei Zwei- und Mehrkindmütter fehlen oft die Anspruchsvoraussetzungen. Teilzeitarbeit wird kaum mit Erziehungsurlaub kombiniert.

Arbeitsplatzgarantie: hat in der Realität nur wenig Bedeutung, nur ca. jede 10. Mutter kehrt an ihren alten Arbeitsplatz zurück.

Alle Paare halten die Maßnahmen für nicht angemessen und stellen deutlich höhere Forderungen.

5. Persönliche Stellungnahme

Durch diese Studie zeigte sich wieder, daß, wenn junge Paare Eltern werden, es zumindest einige Zeit zu einer traditionellen Rollenaufteilung kommt. Die Mütter bleiben großteils zu Hause, die Väter bleiben berufstätig. Das hängt meiner Meinung nach vor allem mit dem Einkommensunterschieden von Frauen und Männern zusammen. Auch in Deutschland dürften Frauen weniger als Männer verdienen. Man kann es sich dann nicht leisten, auf das höhere Gehalt zu verzichten. Also bleibt die Frau zu Hause. Überrascht hat mich, wie stark der Einfluß der Herkunftsfamilien bei der Familiengründung ist. Ich hätte mir nicht erwartet, daß man sich auch heute noch danach richtet und das auch zugibt. Schade finde ich, daß die Teilnehmerzahl der psychologischen Teilstudie im Vergleich zur soziologischen so gering war. Wenn man diese auch in die psychologische Teilstudie einbeziehen hätte können, wären wahrscheinlich auch hier repräsentative Ergebnisse möglich gewesen.

6. Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend. (1996). *Optionen der Lebensgestaltung junger Ehen und Kinderwunsch*. Stuttgart: Kohlhammer.

URL: www.help.gv.at Vor der Geburt. (20.4.2000). Wochengeld.

URL: www.help.gv.at Karenzgeld. (20.4.2000). Karenzgeld.

15) Jugendliche werden Mütter (Manuela Radsetoulal)

1. Einleitung

In Österreich gibt es keine neueren Daten über die Zahl der Teenagerschwangerschaften. Das liegt daran, daß es in Österreich nicht viele Jugendliche gibt, die ihr Kind austragen. Und wahrscheinlich werden auch nicht so viele Jugendliche schwanger.

In den USA sind Teenagerschwangerschaften sehr häufig, insbesondere unter der schwarzen Bevölkerung. Deshalb beziehen sich die folgenden Daten hauptsächlich auf Amerika. Die Daten stammen aus einer Studie des „Alan Guttmacher Institute“. Dieses Institut wurde 1968 als „Center for Family Planning Program Development“ gegründet. Jedes Jahr werden 1 Million Teenagermädchen schwanger, das sind 10 % aller Mädchen zwischen 15-19 und 19 % von denen, die Geschlechtsverkehr hatten. 13 % aller Babies werden von Teenagern geboren. 6 von 10 Teenagerschwangerschaften kommen bei 18- bis 19jährigen vor. Die Rate der Teenagerschwangerschaften in den US sank um 17 % zwischen 1990 und 1996; von 117 Schwangerschaften pro 1000 Frauen auf 97 pro 1000 Frauen zwischen 15 und 19. In den USA ist die Teenagerschwangerschaftsrate viel höher als in vielen Entwicklungsländern. Und zwar 2 Mal höher als in England, Wales oder Kanada und sogar 9 Mal höher als in den Niederlanden oder Japan. 20 % des Rückgangs der Schwangerschaftsrate sind auf abnehmende sexuelle Aktivität zurückzuführen und 80 % auf effektiveren Kontrazeptionsgebrauch.

Die Väter der Babies, die von Teenagermüttern auf die Welt gebracht werden, sind älter als die Frauen. 1 von 5 Kindern, die von unverheirateten Minderjährigen geboren werden, haben einen Vater der 5 oder mehr Jahre älter ist als die Mutter. 78 % der jugendlichen Mütter sind unverheiratet. 31 % der unehelichen Kinder werden von Teenagern geboren. In den 70er-Jahren waren es noch 50 %. ¼ der jugendlichen Mütter haben ein 2. Kind innerhalb der nächsten 2 Jahre nach dem ersten Kind. Teenager, die ihr Kind zur Welt bringen, kommen eher aus armen oder Familien mit niedrigem Einkommen (83 %) als Teens, die eine Abtreibung vornehmen oder Teens im allgemeinen. Weil die meisten Teenagermütter eher einen benachteiligten Hintergrund haben, sind sie in ihren 20er-Jahren und frühen 30er-Jahren arm. Nur 7 % der Frauen, die ihr erstes Kind nach der Adoleszenz bekommen sind in dem Alter genauso arm. 1/3 der schwangeren Jugendlichen erhalten eine inadäquate pränatale Vorsorge. Babies von jungen Müttern haben ein niedrigeres Geburtsgewicht und öfter Kindheitskrankheiten als jene von älteren Müttern.

2. Phänomen der Teenagerschwangerschaften:

Wenn wir versuchen, das Phänomen der Teenagerschwangerschaften (oder das Problem der Schwangerschaften in der Adoleszenz) zu umreißen, scheint es in jedem Fall gerechtfertigt, unabhängig von der Entscheidung für oder gegen das Kind, von einer ungewollten Schwangerschaft zu sprechen. Selbst wenn sich ein Mädchen im Laufe der Auseinandersetzung mit der Tatsache schwanger zu sein, als glücklich darüber bezeichnet – beabsichtigt, also gewollt im Sinne einer bewußten Entscheidung und Planung, ist das Kind einer adoleszenten Mutter wohl nur in den seltensten Fälle.

Daß das Kontrazeptionsverhalten Einfluß auf die Tatsache, schwanger zu werden, ausübt, scheint eine triviale Aussage zu sein. Dennoch ist die Problematik des Sexual- und Kontra-

zeptionsverhalten in der Adoleszenz besonders zu betonen. Wimmer-Puchinger faßt es folgendermaßen zusammen:

- erfolgreiche Kontrazeption erfordert einen bewußten Umgang mit dem eigenen Körper. Gerade das ist aber bei adoleszenten Mädchen oft nicht der Fall. Das Aussehen wird überbewertet oder problematisiert und mit Scham besetzt. Der Wechsel in der Selbstwahrnehmung von Mädchen zur Frau ist noch nicht voll etabliert.
- Bei Adoleszenten ist die Selbstverständlichkeit von Erotik und Sexualität noch nicht gegeben. Das wiederum erschwert eine gezielte Kontrazeption und ein Bewußtmachen möglicher Folgen der Sexualität. Ein aktives Handeln, um sich vor diesen Folgen zu schützen, wird dadurch blockiert.
- Der Zugang für Jugendliche zu Kontrazeptiva scheint besonders durch Arztbesuche oder aus Kostengründen erschwert zu sein. Chemische Verhütungsmittel oder Kondome, die leichter zugänglich sind, erfordern hingegen eine gewisse Sicherheit im Umgang mit ihnen nicht zuletzt mit der erotischen Situation überhaupt, da sie ein Unterbrechen dieser erfordern, und dies ist gerade für Jugendliche schwierig.
- auch wenn der Wissensstand über Kontrazeptiva ausreichend ist, werden die Methoden oft nicht verwendet. Dies ist auch bedingt durch eine allgemeine Tabuisierung der Themen Sexualität und Kontrazeption von seiten der Schule, der Eltern und anderer Autoritäten. Oft sind es dann die eigenen Schuldgefühle, die das Kontrazeptionsverhalten verhindern.

2.2 Kontrazeptiva und Schwangerschaft bei Jugendlichen

Beratung wird meist zu spät in Anspruch genommen; 20 % der Schwangerschaften entstehen im ersten Monat, 50 % in den ersten 6 Monaten sexueller Aktivität.

Nicht jede unerwartete bzw. unerwünschte Schwangerschaft ist gänzlich unbeabsichtigt, sondern manchmal ein Fluchtversuch von zuhause. Bei Eintritt einer Schwangerschaft wird oft eine Vogel-Strauß-Politik geübt, das heißt, die Jugendlichen erstarren in Hilflosigkeit und wissen sich keinen Rat und warten daher oft zu lange, um dann noch adäquate Hilfe zu bekommen. Die „Pille-danach“ ist eine gute, rasche und unproblematische Hilfe, die zur Verhinderung von Jugendlichen Schwangerschaften mit dem erhöhten Risiko von Frühgeburtlichkeit, sozialer Not und sogar Mißhandlungen verwendet werden sollte (Borkenstein, 1998).

2.3 Die Bedeutung der Schwangerschaft für die jugendliche Mutter:

Nach Wallace sind in erster Linie die Faktoren emotionale Reife, sozioökonomischer Status sowie die Beziehung der adoleszenten Mutter zu ihrer eigenen Familie für die jugendliche Mutterschaft bestimmend. Die Frau, die zum 1. Mal schwanger wird, muß in der Zeit der Schwangerschaft ihre Identität als Mutter finden. Dabei muß sie nun endgültig ihre Beziehung zur eigenen Mutter lösen. Für das adoleszente Mädchen besteht nun das Hauptproblem darin, daß dieser mühsame Prozesse eben erst begonnen hat. Gerade die Identitätsfindung ist im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft für die Adoleszente besonders erschwert, da sie sich selbst nicht nur im körperlichen Reifungsprozeß der Pubertät sondern auch im psychischen Reifungsprozeß der Adoleszenz mit der Identitätsfindung befindet.

Das Problem der Schwangerschaft in der Adoleszenz wird häufig nach einem familieninternen Muster von Generation zu Generation weitergegeben. Dies bestätigte Wilson 1980, als er in seinem Untersuchungssample von schwangeren Adoleszenten eine große Anzahl von sehr jungen zukünftigen Großmüttern hatte, die ebenfalls in ihrer Adoleszenz schwanger geworden waren. Dies unterstreicht die Bedeutung der eigenen Mutter, an deren Beispiel das adoleszente Mädchen die Konzepte von Weiblichkeit und Mutterschaft verinnerlicht. Hoffmann betont

aber in diesem Zusammenhang, daß es oft gerade diese Mütter sind, die die Schwangerschaft ihrer Tochter nicht akzeptieren können, ihnen jede Unterstützung verweigern, es zu argen Zerwürfnissen kommen lassen und sie in manchen Fällen sogar aus der Wohnung werfen.

Im Zusammenhang mit dem familiären Hintergrund von adoleszenten Müttern erhärtete Coddington (1979) die These von „life events“ im Leben der ungewollt schwangeren Adoleszenten. In einer retrospektiven Studie mit 121 Adoleszenten, die schwanger geworden waren, und einer Kontrollgruppe mit 261 Frauen, die erst später schwanger geworden waren, ermittelte er signifikant mehr Todesfälle von nahen Bezugspersonen kurz vor der Schwangerschaft in der Gruppe der Adoleszenten.

Christina Nöstlinger untersuchte 1988 die Entstehungsbedingungen von unerwünschten Schwangerschaften in der Adoleszenz. In ihrer Untersuchung konnte gezeigt werden, daß die Ausbildungssituation für die Probandinnen, die die Schwangerschaft abgebrochen haben, besser ist. Aufgrund ihres höheren Bildungsstatus haben sie bessere Zukunftschancen am – besonders für Jugendliche – schwierigen Arbeitsmarkt. Im Gegensatz dazu scheint für die Probandinnen der Geburtengruppe zu gelten, daß sie hoffen, ihre Situation durch die Geburt eines Kindes verbessern zu können. Ihre ökonomische und psychische Ausgangsposition lassen hier allerdings keine günstigen Prognosen zu. In ihrer Persönlichkeitsstruktur zeigen die Probandinnen der Geburtengruppe eine stärkere allgemeine depressive Verstimmtheit, sie neigen dazu, ihre soziale Resonanz und Potenz negativer einzuschätzen und sind überhaupt retentiver als die Probandinnen der Abbruchsgruppe.

2.4 Die Risiken der adoleszenten Schwangerschaft

Teenagerschwangerschaften müssen häufig zu Risikoschwangerschaften erklärt werden. Allgemein werden bei sehr jungen Müttern häufiger Komplikationen beobachtet; zudem gibt es Hinweise auf eine höhere Säuglingssterblichkeit. Verschiedene Studien machen die vergleichsweise ungünstigen sozialen und ökonomischen Voraussetzungen dafür verantwortlich; Umstände, die dazu beitragen, daß Teenager weniger auf eine gesunde Lebensweise achten und auch weniger Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen als ältere Frauen.

In Schweden untersuchten Forscher anhand des nationalen Geburtenregisters die Häufigkeit und mögliche Ursachen der neonatalen und postneonatalen Säuglingssterblichkeit bei sehr jungen Müttern (http://www.thieme.de/gebfra/10_99/fsn5.html). In die Analyse wurden die 320.174 zwischen 1973 und 1989 registrierten Einzelgeburten von 13- bis 24jährigen erstgebärenden Müttern aufgenommen.

Je jünger die Frauen waren, umso häufiger erfolgte ein intrauteriner Tod des Fetus bzw. eine Fehlgeburt nach der 28. Schwangerschaftswoche (SSW). Auch war die Säuglingssterblichkeit, beobachtet bis zum vollendeten ersten Lebensjahr des Kindes, bei sehr jungen Müttern am größten. Ein besonders hohes Risiko hatten die Babies von 13- bis 15jährigen Müttern; die Säuglingssterblichkeitsrate belief sich in dieser Gruppe auf 14,5 pro 1000 Geburten (verglichen mit 7,6 auf 1000 Geburten bei 16-17jährigen, 5,5 bei 18-19jährigen und 4,6 bei 20-24jährigen Müttern). Dabei hatte das jeweilige Bildungsniveau – rund die Hälfte der sehr jungen Erstgebärenden hatte maximal einen Elementarschulabschluß – keinen signifikanten Einfluß auf das Ergebnis.

Bei den 13- bis 15Jährigen treten im Vergleich zur Gruppe der 20-24Jährigen etwa fünfmal so häufig Frühgeburten vor der 32. SSW und etwa zweimal so häufig Frühgeburten zwischen der 33. und 36. SSW auf. Verschiedenen Analysen zur Folge konnten diese erhöhten Frühgeburtsraten bei den sehr jungen Schwangeren als Hauptursache für die erhöhte neonatale Säuglingssterblichkeit (Kindstod innerhalb der ersten 27 Lebenstage) gesehen werden. Dagegen war die erhöhte Mortalität der 1-12 Monate alten Kinder sehr junger Mütter nur teilweise durch vermehrte Frühgeburten erklärbar.

Teenagerschwangerschaften bedürfen einer sehr intensiven Betreuung. Möglicherweise hat der noch unreife körperliche Zustand der sehr jungen Schwangeren Einfluß auf den Verlauf der Schwangerschaft und bedeutet mit dem erhöhten Frühgeburt-Risiko eine schlechtere Prognose für das Kind. Dementsprechend sollten auch die Neugeborenen von Müttern im Teenager-Alter besonders sorgfältig überwacht werden.

(Quelle: Dr. Katrin Appel, Chemnitz)

2.5 Höhere Bildung verzögert die Geburt des ersten Kindes

Der Bildungsgrad hat einen positiven Einfluß auf den Zeitpunkt der ersten Schwangerschaft. Die Wahrscheinlichkeit, daß eine Frau erst nach dem 20. Lebensjahr ihr erstes Kind bekommt, erhöht sich nach AGI-Angaben für Frauen mit einer Schulbildung von mindestens sieben Jahren um das Zwei- bis Dreifache im Vergleich zu ihren Altersgenossinnen ohne entsprechende Ausbildung. Deutlich erkennbar ist auch der Trend zu einem späteren Heiratsalter bei Mädchen mit höherer Bildung. Obwohl sich das weltweite Bildungsangebot in den letzten 30 Jahren deutlich ausgeweitet hat, klafft die Schere zwischen den Bildungschancen von Mädchen und Jungen noch immer deutlich auseinander. Eine frühe Schwangerschaft verschlechtert zudem Bildungsweg und Zukunft junger Frauen erheblich.

Die bisher einzige österreichische Erhebung, bei welcher jugendliche Mütter 1 bis 3 Jahre nach der Geburt des Kindes befragt wurden, zeigt, daß $\frac{3}{4}$ nach ihrem Pflichtschulabschluß keine weiterführende Berufsausbildung oder Schulbildung begonnen hatten, ca. die Hälfte die bei der Geburt unterbrochene Fachschul- oder Gymnasialbildung nicht wieder fortgeführt hatten und $\frac{3}{4}$ die damals begonnene Lehre nicht fortgesetzt hatten. Die jugendlichen Mütter wurden aber schon 1 bis 3 Jahre nach der Geburt des ersten Kindes befragt, diese kurze Zeitspanne erlaubt freilich keine abschließende Aussage über ihre Bildungskarrieren.

3. Pilotstudie (Janig, 1994)

Diese Pilotstudie untersuchte die längerfristigen Auswirkungen auf die Schul- und Berufslaufbahn. Die Befragten waren 21 Mütter im Alter zwischen 30 und 35 Jahren. Die erstgeborenen Kinder waren zum Zeitpunkt des Interviews zwischen 11 und 16 J. alt. Bei der Geburt des ersten Kindes waren die Mütter zwischen 16 und 18 J. alt. Die Kindesväter waren im Durchschnitt um fast 5 J. älter. Gefragt wurde nach der gegenwärtigen Lebenssituation, Herkunftsfamilie, Schullaufbahn, Schwangerschaftserleben, Geburt und Lebensweg von Kindern, Herkunftsfamilie des Kindesvaters, eigene Berufslaufbahn, Bildungs- und Berufsziele. Alle jugendlichen Mütter hatten vor der Geburt ihres ersten Kindes zumindest den Pflichtschulabschluß und alle befanden sich zum Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes in ihrer schulischen oder beruflichen Ausbildung und mußten diese unterbrechen. Knapp die Hälfte der Mütter hat die begonnene Ausbildung später fortgesetzt, hat sie zu einem Abschluß gebracht und war in diesem Beruf erwerbstätig. Die übrigen hatten ihre Ausbildung aus „Desinteresse“, „Geldmangel“, „Krankheit“ oder wegen erneuter Schwangerschaft abgebrochen; einige von diesen hatten Weiterbildungsveranstaltungen besucht. Tendenziell wird von (Aus-) Bildungsabbrechern das frühe Kindergebären als Ursache dafür gesehen, nicht aber von jenen, die ihre (Aus-) Bildung wie vorgesehen abgeschlossen haben. Interessant ist, daß diejenigen Mütter, die während der Schwangerschaft eine weiterführende Schule besuchten, deren Besuch nach der Geburt des Kindes fortsetzten. Von jenen, die sich zum Zeitpunkt der Schwangerschaft in einer Lehrlingsausbildung befanden, hat sie nur eine abgeschlossen. Nach 2 Jahren waren nur mehr $\frac{1}{7}$ zu Hause, $\frac{2}{3}$ der Mütter waren erwerbstätig. Einige begannen mit einer neuen Ausbildung. In späteren Jahren veränderte sich der Anteil der erwerbstätigen Mütter nur wenig: einige unterbrachen die Erwerbstätigkeit wegen einer erneuten Schwangerschaft.

Die Familien der jugendlichen Mütter hatten wesentlichen Einfluß auf ihre schulische und berufliche Ausbildung. Es überwogen die unterstützenden Einflüsse der Eltern, die Schule fortzusetzen bzw. eine berufliche Ausbildung abzuschließen. Nicht immer scheinen aber auch die materiellen und familiären Möglichkeiten gegeben gewesen zu sein, um dieses Ziel auch erfolgreich anstreben zu können.

Die Ergebnisse dieser Pilotstudie weisen daraufhin, daß Schwangerschaften auf Jugendliche sozial und psychisch belastend wirken. Allerdings dürfte das jugendliche Alter der Mütter auf die Fähigkeiten, diese Belastungen zu meistern, keinen Einfluß haben. Ausschlaggebend sind Faktoren wie persönliche Reife, die Verfügbarkeit von Copingstrategien, aber auch ökonomische und soziale Faktoren. Höhere berufliche Qualifikationen sind nur unter günstigen Bedingungen – soziale Netzwerke – zu erreichen. Dazu gehören effektive Mithilfe bei Kindererziehung und -betreuung, ausgeprägte Bildungsaspiration, Engagement und Verzichtbereitschaft der Mutter und schließlich günstige örtliche und finanzielle Bedingungen.

4. Sexualerziehung an Österreichs Schulen

Auszüge aus der Studie „Effizienz und Effektivität der Sexualerziehung an Österreichs Schulen einschließlich der Durchführungsmöglichkeiten und Akzeptanz von Maßnahmen im Bereich der HIV/AIDS-Prävention“ (Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitspsychologie der Frau, im Auftrag des Bundesministeriums für Unterricht und Kunst, 1992/93).

Auszüge aus den Ergebnissen (Zusammenfassung) der Untersuchung:

Aus den Angaben der Schulleiter/innen läßt sich folgendes ablesen:

- Ein eher untergeordneter Stellenwert der Sexualerziehung in österreichischen Schulen läßt sich an Hand folgender Ergebnisse ableiten:
 - An zwei Dritteln der befragten Schulen ist Sexualerziehung, Unterrichtsgestaltung sowie Verwendung der Unterrichtsmaterialien sowie die Frage der Fortbildung kein Thema der Lehrerkommunikation. Eine spezielle Lehrerfortbildung zu dieser Thematik wird entsprechend in eher geringem Ausmaß frequentiert. 17 % der befragten Schulen geben an, daß an ihren Schulen Fortbildung zu dieser Problematik nicht stattfindet. (...) Die Beurteilung der Fortbildung ist bei der Hälfte der Befragten indifferent. Nur ein Viertel äußert sich positiv.
- „Die Verwendung der beiden Unterrichtsmaterialien ...“ (Medien- vulgo „Sexkoffer“ I und II) „... wird eher vorsichtig eingestuft: Ein Drittel der Befragten schätzt, daß einer von zehn Lehrern die Materialien verwendet, deutlich mehr (3 von 10 Lehrern) im Sonderschulbereich sowie im Polytechnikum.“
- „Überwiegend wird Sexualerziehung im Biologieunterricht thematisiert (gefolgt vom Religions- bzw. Deutschunterricht). Ein fächerübergreifendes Unterrichtsprinzip läßt sich mit hoher Übereinstimmung nicht bestätigen.“
- „Am häufigsten kommt Teil 1 die Videokassette: ‚Wunder des Lebens‘ zur Anwendung (zwei Drittel aller Angaben). Ebenso arbeitet jede zweite Schule mit den Overhead-Folien aus Teil 1. Ein Drittel der Befragten verwendet aus dem Teil 2 den Verhütungskoffer.“
- „Die Hälfte aller Befragten wünscht sich allerdings Ergänzungen aus dem Themenbereich: ‚Gewalt in der Familie, AIDS und sexueller Mißbrauch‘.“
- „Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Eltern erfolgt zur Hälfte der Angaben bei den Elternabenden. 18 % der befragten Schulen haben jedoch keine Kommunikation mit den Eltern.“
- „Die Einstellung zur Kondomverteilung ...“ (an den Schulen) „... zum Zwecke der AIDS-Prävention ist bei der Hälfte der Befragten explizit negativ zu bezeichnen. Ein Drittel der Befragten gibt dazu keine Angaben, lediglich 2 % stünden diesen Initiativen positiv gegenüber.“

- „Deutlich favorisiert werden übereinstimmend allerdings AIDS-Informationsveranstaltungen durch Zusammenarbeit mit Experten.“

Auszüge aus den Ergebnissen der Interviews mit Lehrern, Schülern und Eltern:

Kondomverteilung an Schulen:

Lehrer/innen: „66 % der befragten Lehrer/innen lehnen eine Kondomverteilung an den Schulen ab, jeder zehnte Lehrer steht der Kondomverteilung an Schulen positiv, 21 % neutral gegenüber.“

Schüler/innen: „45 % der Jugendlichen befürworten die Kondomverteilung an den Schulen, 40 % sprechen sich dagegen aus.“

Eltern: „Im Zusammenhang mit der AIDS-Prävention gab es eine öffentliche Diskussion, ob Kondome an den Schulen verteilt werden sollen. Zu diesem Thema zeigt sich eine eindeutige Ablehnung (55 %) von seiten der Eltern.“

Einstellung zum Geschlechtsverkehr unter 18 Jahren:

Lehrer/innen: „61 % der befragten Lehrer/innen stehen dem Geschlechtsverkehr unter 18J. neutral gegenüber, 10 % lehnen ihn ab und nur 17 % sind positiv dazu eingestellt.“

Schüler/innen: „60 % der befragten Jugendlichen stehen dem Geschlechtsverkehr unter 18J. positiv gegenüber, rund ein Viertel nimmt eine ambivalente Haltung ein und 10 % lehnen ihn ab.“

Eltern: „Die Hälfte der befragten Eltern stehen dem Geschlechtsverkehr unter 18 J. positiv gegenüber, 22 % lehnen ihn ab und 26 % nehmen eine neutrale Haltung ein. 16 % der Eltern lehnen generell den Geschlechtsverkehr unter 18 J. ab, wobei 22 % davon das Fehlen der Reife und eine psychische Überforderung betonen.“

5. Zusammenfassung

Wenn eine Jugendliche schwanger wird, kommen viele Probleme auf sie zu. Sowohl psychisch als auch physisch. Bei einer Teenagerschwangerschaft kommt es viel häufiger zu Komplikationen, es sind oft Risikoschwangerschaften. Die Frau, die zum 1. Mal schwanger wird, muß in der Zeit der Schwangerschaft ihre Identität als Mutter finden. Dabei muß sie nun endgültig ihre Beziehung zur eigenen Mutter lösen. Für das adoleszente Mädchen besteht nun das Hauptproblem darin, daß dieser mühsame Prozesse eben erst begonnen hat.

Eine Schwangerschaft in diesem jungen Alter bringt noch weitere Probleme mit sich. Meistens müssen die Mädchen ihre Ausbildung unterbrechen. Sie benötigen viel Unterstützung, aber oft können oder wollen die Eltern ihr Kind nicht unterstützen.

Insgesamt kann gesagt werden, daß eine Schwangerschaft in der Adoleszenz eine schwierige Aufgabe für die Mutter ist. Sie steht vor viel mehr negativen Konsequenzen als eine schwangere Frau nach der Adoleszenz, mit fertiger Ausbildung, abgeschlossener Identitätsfindung und ausgereiftem Körper. Trotzdem kann es eine jugendliche Mutter schaffen, wenn die nötige Unterstützung vorhanden ist. Das zeigt auch die Pilotstudie.

6. Stellungnahme

In Österreich ist die Zahl der Teenagerschwangerschaften verschwinden gering. Dennoch gibt es viele Mädchen die schwanger werden, die aber abtreiben. Deshalb glaube ich, daß es ein Problem ist, wenn auch nicht so massiv wie in den USA.

Ich denke, daß in Österreich die Sexualaufklärung noch immer eher ein Tabuthema ist. Wenn man die Ergebnisse der Studie über die Sexualerziehung liest, wird dieser Eindruck bestätigt. Meiner Meinung nach liegt hier die Ursache für die relativ hohe Zahl an Mädchen, die

schwanger werden, aber diese Schwangerschaft abbrechen. Wie weiter oben angeführt, ist das Kontrazeptionsverhalten der Jugendlichen sehr schlecht. Die Sexualerziehung ist, wenn sie überhaupt geschieht, sehr technisch. Es wird einem erklärt, wie man ein Kondom verwendet. Aber über die Störung der erotischen Situation wird nicht geredet. Überhaupt wird über Gefühle nicht geredet oder nur selten.

Ich weiß, daß es sowohl für den Lehrer als auch für den Teenager peinlich ist, über Sex und Verhütung zu reden. Deshalb wäre es auch besser, aufzuklären, wenn die Kinder noch nicht in der Pubertät sind. Es ist verständlich, daß Eltern und Erwachsene meistens dagegen sind. Sie denken, daß man die Kinder dadurch erst auf die Idee bringt, sehr früh Sex zu haben.

Aber man darf nicht vergessen, daß man nicht erst dann Sex hat, wenn man aufgeklärt ist. Und es ist Tatsache, daß 20 % der Teenagerschwangerschaften während des 1. Monats sexueller Aktivität entstehen. Deshalb kann sexuelle Aufklärung nie zu früh sein.

7. Literaturverzeichnis

Janig, H. (1994). Familiäre Unterstützung, Schulbildung und Berufstätigkeit bei jugendlichen Müttern. In H. Janig (Hrsg.), *Psychologische Forschung in Österreich* (S. 85-89). Klagenfurt: Universitätsverlag Carinthia.

Nöstlinger, C. (1988). *Schwangerschaft in der Adoleszenz: eine Vergleichsstudie über Interruptio und Geburt*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wien.

URL: http://www.agi-usa.org/pubs/tb_teen_sex.html

URL: http://www.thieme.de/gebfra/10_99/fsn5.html

URL: <http://paedpsych.jk.uni-linz.ac.at:4711/LEHRTEXTE/Sexualerziehung.html>

URL: <http://www-ang.kfunigraz.ac.at/~scheer/doc/pubertaet.html>

URL: <http://www.dsw-online.de/NLtexte297.html#AGIstudie>

16) Alleinerziehende (Bettina Manfrini)

1. Einleitung

Ein-Elternfamilien stellen keine homogene Gruppe dar. Ledige Mütter, geschiedene, getrennt lebende und verwitwete Mütter und Väter, deren finanzielle und auch psychosoziale Probleme vielfach unterschiedlich sind, werden unter diesem Begriff subsumiert. In den meisten westlichen Industriegesellschaften nimmt die Zahl der Familien mit einem Elternteil zu.

Das Zusammenleben eines Elternteils mit einem oder mehreren Kindern wird als Ein-Elternfamilie bezeichnet. Oft wird als Alternativausdruck auch „unvollständige Familie“, „Teilfamilie“ oder „Restfamilie“ verwendet, alles Begriffe, die eine Defizitperspektive gegenüber der Norm der Kernfamilie zum Ausdruck bringen (vgl. Beham, 1995).

Generell ist das Alleinerziehen eine Lebensform, „in der ein Elternteil die Erziehungsverantwortung oder das Sorgerecht für das Kind bzw. die Kinder besitzt, mit dem es in einer Haushaltsgemeinschaft zusammenwohnt“ (Krüger, 1998; Nave-Herz, 1992, zitiert nach Schneider, Rosenkranz & Limmer, 1998). Alleinerziehen im Sinne einer bewußten Alternative zu anderen Lebensentwürfen hat sich erst in den letzten Jahren entwickelt.

Als nichtkonventionell bezeichnet man Alleinerziehende dann, wenn diese Lebensform bewußt gewählt wurde und auf relativ lange Dauer angelegt ist (Schneider et al., 1998, S. 113).

2. Historische Situation der Alleinerziehenden

Ein-Elternschaft ist kein historisch neues Phänomen und Alleinerziehende bildeten nie eine homogene Gruppe. Es gab historisch gesehen jedoch im Grunde immer nur zwei Entstehungszusammenhänge für die Ein-Elternschaft: Verwitwung oder ungewollte ledige Mutterschaft.

Die Alleinerziehenden waren mit dem Ideal der institutionell gesicherten (bürgerlichen) Normalfamilie konfrontiert. In der feudalen und bäuerlichen Gesellschaft des 18. Jahrhunderts bildeten die großen Familienverbände im Rahmen von Produktionsgemeinschaften die hauptsächlichste Organisationsform des Zusammenlebens, die auch normative Kraft hatten. Allein die Familie bot angesichts der ökonomischen Situation bis zur Einführung institutionalisierter Sicherungssysteme (Lebensversicherungen etc.) materielle Sicherheit.

Durch die fortschreitende Industrialisierung im 19. Jhd. kam es zunehmend zur räumlichen Trennung von Produktions- und Reproduktionsarbeit und zur Ausbildung der „bürgerlichen Kleinfamilie“ mit geschlechtsspezifischen Rollenbildern. Der Frau wurde die Rolle der „guten Ehefrau und Mutter“ zugeordnet.

Nach den vom Bürgertum und den Kirchen geschaffenen Moralvorstellungen galt Treue als eheliche Pflicht und außerehelicher Geschlechtsverkehr als Sünde.

Im Gegensatz zu Männern drohte Frauen bei einem außer- und vorehelichen Seitensprung Schande und Not. Es folgte die Stigmatisierung als „gestrauchelte“ und „gefallene“ Frauen. Das Schicksal für ledige Mütter war fast ausweglos und hart und konnte lediglich durch eine möglichst schnelle Heirat oder durch die Freigabe der Kinder zur Adoption, in Findelhäuser usw. verhindert werden. Ein-Elternschaft blieb daher bis mindestens Ende des 19., zum Teil sogar bis Mitte des 20. Jhdts., in der Regel eine Übergangsphase zu anderen akzeptierten Lebensformen (vgl. Schneider et al., 1998, S. 114).

2.1 Einelternschaft durch nichteheliche Geburt

Während der Industrialisierung im 19. Jhd. und der Arbeitsmigration in die Städte kam es zu einem Verlust der sozialen Kontrolle. Es erfolgte im Rahmen der industriellen Revolution (Mitterauer, 1983, zitiert nach Schneider et al., 1998) auch zu einem Umbruch im Sexualverhalten, bei dem sich auch das generative Verhalten, bisher an die Ehe als Legitimation der Zeugung gebunden, wandelte. Voreheliche Sexualkontakte waren aber auch damals vom Gedanken an eine spätere Eheschließung dominiert, regellose sexuelle Beziehungen waren nicht der Normalfall. Überwiegend aufgrund der geringeren sozialen Kontrolle in den Städten stieg Mitte des 18. Jhd. in ganz Europa der Anteil der illegitimen Fertilität an. Nichteheliche Kinder waren keine Seltenheit, galten aber grundsätzlich nicht als ehrenrührig. Bei Arbeiterinnen z. B. waren nichteheliche Kinder in der Regel Folge einer stabilen Partnerschaft, die zu einem späteren Zeitpunkt durch eine Eheschließung legitimiert wurde. Die Zahl der Alleinerziehenden wurde vermindert durch die spätere Eheschließung der Mutter und die eheliche Legitimation des Kindes. Nicht jede ledige Mutter lebte (also) tatsächlich als Alleinerziehende. Oft wurden die Kinder von der Mutter getrennt und Vormunden oder der eigenen Herkunftsfamilie zur Pflege übergeben (vgl. Schneider et al., 1998, S. 115).

2.2. Einelternschaft durch Verwitwung

Verwitwete stellten anders als heute die größte Gruppe der Alleinerziehenden dar. Sie bildeten Restfamilien nach dem Tod eines Ehepartners. Männer waren in höherem Maße als Frauen betroffen durch die höhere Mortalität von Frauen bei der Geburt. (Männer besaßen dabei von vornherein rechtlich das Sorgerecht, Frauen erst über den Witwenstatus!). Alleinerziehen stellte in der Regel für verwitwete Väter und Mütter ein Übergangsstadium zu anderen Lebensformen dar. So erfolgte im 19. Jhd. zum einen über die Herkunftsfamilie eine Entlastung der Alleinerziehenden und eine stärkere Einbindung der Verwitweten in verwandtschaftliche Mehrpersonenhaushalte. Zum andern erfolgte durch die Wiederverheiratung die neuerliche Einbindung in den klassischen Familienhaushalt. Wiederverheiratung erfolgte v. a. aus ökonomischen und praktischen Gründen. Vor allem bei Männern war dies sehr häufig. Ein relativer Zwang zur Wiederheirat bestand überall dort, wo der Haushalt zugleich Produktionseinheit war (Bauern, Handwerker). Mit der Gründung einer neuen Familie ergaben sich aber die typischen Probleme der Stieffamilien: Halbgeschwister, Altersunterschiede usw. Wiederheirat wurde aber auch aus gesellschaftlichen Gründen angestrebt: Der Status als Ehefrau oder -mann wurde angestrebt, weil er sozial akzeptiert war und auch ein gebilligtes Sexualleben ermöglichte (vgl. Schneider et al., 1998, S. 116-117).

2.3. Einelternschaft durch Scheidung oder Trennung

Bis Mitte des 19. Jhdts. bestand kaum die Möglichkeit, eine Ehescheidung einzureichen. Durch Ablösung des kirchlichen Scheidungsrechts durch eine säkularisierte Gesetzgebung führte zwischen 1890 und 1940 eine Ehescheidung in 50 bis 60 % der Fälle zur Einelternschaft.

Insgesamt aber war Verwitwung im historischen Rahmen die häufigste Ursache für Einelternschaft (Schneider et al., 1998, S. 118). Geschiedene oder getrennt lebende Elternteile machten bis Ende des 2. Weltkrieges nur einen geringen Anteil aus.

Aktuell hat sich diese Struktur geändert, wie im folgenden gezeigt wird.

3. Aktuelle Verbreitung von Alleinerziehenden

Alleinerziehen ist eine Lebensform, die in den vergangenen Jahren in den westlichen Ländern wachsende Verbreitung erfahren hat. Die klassische Ursache Verwitwung ist von der Scheidung und den vorehelichen Familienformen abgelöst worden.

Einige statistische Details aus dem Familienbericht von 1990 und dem ÖSTAT 1995 sollen einen groben Überblick über die Situation von Alleinerziehenden in Österreich geben:

In Österreich leben insgesamt 1,459.700 Familien mit 2,498.400 Kindern. Davon sind 291.000 Familien Alleinerziehende (beinahe jede 5. Familie) mit 401.000 Kindern. 173.300 Alleinerziehende leben mit wirtschaftlich abhängigen Kindern (bis zum 27. Lebensjahr). 89 % der Alleinerziehenden sind Frauen, 11 % sind Männer. Von den alleinerziehenden Frauen sind ca. 30 % geschieden, 31 % ledig, 32 % verwitwet und 7 % getrennt lebend (Familienbericht 1990). Sowohl bei Mutter-Kind-Familien als auch bei Vater-Kind-Familien handelt es sich bei 75 % um Familien mit einem Kind (Beham, 1995).

Differenziert nach den Entstehungszusammenhängen und der subjektiv intendierten Bestanddauer können Alleinerziehende nach Schneider et al. (1998, S. 128) verallgemeinernd in drei Gruppen eingeteilt werden:

- 1) Alleinerziehung als Durchgangsstadium, als unfreiwillig entstandene Lebensform, die möglichst rasch in eine andere, meist partnerschaftlich orientierte Lebensform überführt werden soll. Meist handelt es sich um eine Lebensform ohne feste Partnerschaft.
- 2) Alleinerziehung als Arrangement, als überwiegend unfreiwillig entstandene Lebensform, die sich unter anderem als Folge nicht erreichbarer besserer Alternativen als dauerhafte Lebensform entwickelt, ohne daß dies zunächst intendiert war.
- 3) Alleinerziehung als Lebensstil, als bewußt gewählte und auf Dauer konzipierte Lebensform, zu der subjektiv keine besseren Alternativen bestehen. Das sind jene Alternativen, die Schneider et al. (1998) als nichtkonventionell bezeichnen.

3.1. Veränderungen in der Familienform Alleinerziehende

Krüger (1998) stellt fest, daß es in den letzten 5-10 Jahren in Deutschland zu einer auffälligen Steigerung der alleinerziehenden Väter kam. Der Anteil der Mütter in Westdeutschland im Zeitraum von 1980-1994 blieb nahezu konstant, während bei Vätern eine Zunahme zu verzeichnen ist. Zahlen für Deutschland: 1990 betrug die Zahl der alleinerziehenden Väter 163.000, 1995 bereits 244.000. Forschungsergebnisse über die Ursachen dieser Zunahme und die Motive der Väter sind aber noch nicht vorhanden. Trotz dieser Veränderungen bleibt diese Familienform nach wie vor eine weiblich geprägte (vgl. Krüger, 1998).

3.2. Der Übergang zur Einelterner-Situation

Die subjektive Bedeutung der Lebensform „alleinerziehend“ ist unterschiedlich, sie variiert mit der Lebensform, die der Alleinerzieherschaft vorausgegangen ist. In einer Untersuchung von 1992 (Krüger, 1998) wurde erfaßt, wie ledige und geschiedene Mütter sowie ledige Väter ihre Situation als Alleinerziehende wahrnehmen. Bei ledigen Müttern bezieht sich der Wandel der Lebensform vor allem auf die Zeit unmittelbar nach der Geburt des Kindes. Sie heben besonders die Mobilitätseinschränkung durch das Kind hervor und die Notwendigkeit eines festen Tagesplanes nach der Geburt. Neben physischen und psychischen Belastungen werden aber auch positive Veränderungsfaktoren erwähnt, wie z. B. die Tatsache, daß sich das gesellschaftliche Ansehen lediger Mütter erhöht hat, oder daß sie nun der Generation der Eltern nähergerückt sind und ihnen dadurch mehr Verantwortung und Reife zugesprochen werden.

Die Gruppe der geschiedenen Mütter erfährt die Veränderungen durch die Eineltersituation sehr zwiespältig: Viele erleben die Alleinverantwortung für sich und das Kind als Belastung, die in der Regel mit der Einschränkung des Lebensstandards verbunden ist. Als positive Aspekte betonen geschiedene Frauen ihre eigene Persönlichkeitsentwicklung und ihre aktivere Lebensgestaltung, während sie früher eine eher abwartende und passive Haltung einnahmen. Für die Väter hat Alleinerziehen eine andere Bedeutung. Sie sehen die Eineltersituation seltener als eine gravierende Veränderung an und betonen lediglich die Umstrukturierung des Tagesablaufs. Als positive Veränderungsfaktoren nennen sie vor allem die Selbstbestimmung und Alleinverantwortung der Alltagsgestaltung und die gesellschaftliche Anerkennung. Negative Erwähnung findet die Einschränkung der persönlichen Freiräume, weil die entlastende Partnerin fehlt.

Während alle Mütter darin übereinstimmen, daß sich die Lebenssituation – seitdem sie alleinerziehend sind – stark verändert hat, vertreten Väter die Auffassung, daß die Veränderungen eher marginal waren. Dieses Ergebnis ist vor dem Hintergrund zu sehen, daß die Väter sich generell meist in einer besseren ökonomischen Situation befinden und bei der Betreuung der Kinder oft mehr Unterstützung durch die Familie erhalten.

Die meisten Studien über Einelfamilien zeigen die eingeschränkte ökonomische Situation der Einelfamilienhaushalte auf, indem z. B. der Sozialhilfebezug erfaßt wird. Zunehmend wird der Blick weiter gefaßt und auf die gesamte sozioökonomische Situation gerichtet. Berücksichtigt werden immer mehr die Gefahr der Isolation, die geringen Gestaltungsspielräume, die Überlastung durch mehrfache Rollenübernahme, die oft erheblichen Verzichtleistungen aus finanzieller Bedrängnis, die Verschuldung sowie die Begrenzungen der sozialen Kontaktmöglichkeiten für die Betroffenen.

Es wird heute nicht mehr allein aufgrund der bloßen Abwesenheit von Mutter oder Vater von vornherein eine problematische Erziehungssituation angenommen. Weniger die Familienstruktur als solche, sondern sozioökonomische und sozioökologische Faktoren finden immer mehr Berücksichtigung. So hat man unter anderem festgestellt, daß manche als langfristige Auswirkungen der elterlichen Scheidung angesehene Merkmale der Kinder (Delinquenzverhalten, geringeres Ausbildungsniveau, niedriges Heiratsalter) eher auf die finanzielle Deprivation zurückzuführen sind als auf die Alleinerzieherschaft als solche.

Eine Langzeitstudie in den USA konnte belegen, daß delinquente Scheidungskinder und -jugendliche auch schon vor der Scheidung ihrer Eltern Verhaltensauffälligkeiten zeigten, und nicht die Lebenssituation als Kinder in Einelfamilien vorrangiger und auslösender Faktor für das abweichende Verhalten waren. Einige Studien belegen, daß Kinder von Alleinerziehenden gegenüber Kindern in Elternfamilien mehr Verantwortung im familialen Bereich übernehmen und größere soziale Kompetenzen aufweisen. In Einelfamilien besteht meist ein partnerschaftlicherer Umgang des Elternteils zu den Kindern als in Elternfamilien.

Armut und ökonomische Unsicherheit sind jedoch nicht die einzigen Sorgen in Einelfamilien. Immer mehr Kinder erleben die Scheidung ihrer Eltern bzw. das Ende einer Partnerschaft. Viele Kinder werden in Einelfamilien groß oder sie wechseln von einer Familie auf Zeit zur nächsten. Außerdem werden Ehen immer früher geschieden. Das bedeutet einerseits, daß einige Ehen kinderlos bleiben und andererseits, daß die Kinder in einem früheren Alter die Trennung ihrer Eltern miterleben (vgl. Krüger, 1998).

4. Der ökonomische Status von Alleinerziehenden

Neubauer (1994, zitiert nach Schneider et al., 1998, S. 124) kommt anhand einer Analyse der Lebenslage Alleinerziehender in 12 EU-Staaten zum Schluß, daß Alleinerziehen oft mit einem Absinken des Lebensstandards verbunden ist und nach wie vor die Gefahr der gesellschaftlichen Ausgrenzung in sich birgt.

Der Weg von der Ehefrau und Mutter zur Alleinerziehenden ist mit einem deutlichen materiellen und sozialen Abstieg verbunden. So heterogen die Gruppe der Alleinerziehenden auch ist – in ökonomischer Hinsicht sind vor allem alleinerziehende Frauen deutlich schlechter gestellt als vollständige Familien und der Großteil kinderloser Paare.

Insgesamt sind alleinerziehende Frauen häufiger berufstätig als verheiratete Mütter. Der Anteil der Erwerbstätigen steigt zudem mit dem Alter des (jüngsten) Kindes. Alleinerziehende Frauen arbeiten in der Bundesrepublik jedoch häufig teilzeit. Alleinerziehende Männer sind zu 90 % voll erwerbstätig. Damit ist ihre Einkommenssituation im Schnitt deutlich besser als die alleinerziehender Frauen. Alleinerziehende mit mehreren Kindern verfügen insgesamt über die niedrigsten Nettoeinkommen. Aufgrund der Schwierigkeiten und Kosten der Kinderbetreuung sind sie deutlich seltener erwerbstätig und stärker auf staatliche und private Transferleistungen angewiesen.

5. Alleinerziehende Mütter

Alleinerzieherinnen haben es nicht leicht. Deutsche Untersuchungen zeigen, daß Mutterschaft ohne Partnerschaft nach wie vor meist die Folge einer gescheiterten Partnerbeziehung ist.

Junge Mütter, deren Partnerschaft während der Schwangerschaft oder kurz danach endete, haben die Probleme, die das Alleinerziehen mit sich bringt, in verschärfter Form.

Für alleinstehende Mütter mit einem Neugeborenen ist es meist sehr schwierig, das Einkommen zu sichern, sowie Beruf und Kinderbetreuung in Einklang zu bringen. Der materielle Ausgleich durch das Karenzgeld bietet kaum die nötige Existenzsicherung. Wieviele Frauen alleine den Übergang zur Mutterschaft bewältigen müssen, ist in Österreich nicht bekannt (vgl. Beham, 1995).

Die Anzahl der Familien mit alleinerziehenden Müttern ist in verschiedenen Ländern unterschiedlich. Allgemein läßt sich sagen, daß es in Nordeuropa mehr alleinerziehende Mütter als in Südeuropa gibt.

Der bedeutendste Unterschied zwischen Familien mit alleinerziehenden Müttern und Zwei-Elternfamilien betrifft die zur Verfügung stehenden Geldmittel. Es gibt mehrere Gründe, warum Familien mit alleinerziehenden Müttern weniger Geld zur Verfügung haben als Zwei-Elternfamilien:

- Frauen verdienen im allgemeinen um rund 20 % weniger als Männer.
- Die Anzahl alleinerziehender Mütter am Arbeitsmarkt ist in Europa sehr unterschiedlich. Während in Deutschland oder Großbritannien ca. 40 % der alleinerziehenden Mütter arbeiten (teilzeit oder vollzeit), sind es in Spanien, Frankreich, Schweden oder Dänemark rund 70 %.
- Viele alleinerziehende Mütter sind daher von staatlicher Unterstützung abhängig bzw. von den Unterhaltszahlungen des Vaters.
- Die Kosten für die Kinderbetreuung liegen bei Alleinerziehenden meist höher als bei Zwei-Elternfamilien, da die Unterstützung des Partners fehlt (vgl. Krüger, 1998).

Aus dem Familienbericht von 1990 geht bezüglich der Problematik von Berufstätigkeit alleinerziehender Mütter und Kinderbetreuung hervor, daß 82 % der alleinerziehenden Mütter im Vergleich zu 64 % der verheirateten mit abhängigen Kindern unter 27 Jahren berufstätig sind. 21 % der alleinerziehenden Mütter lebten 1989 unter der Armutsgrenze.

70-90 % der Kinder, die bei Tagesmüttern untergebracht sind, sind Kinder von Alleinerziehenden.

73 % der Alleinerziehenden machen die Erfahrung, daß ihre Arbeitgeber keine Rücksicht auf ihre speziellen Bedürfnisse nehmen. Häufig wird nicht akzeptiert, daß sie der Kinder wegen die Arbeit pünktlich beenden müssen. Jede sechste alleinerziehende Mutter leistet regelmäßige Überstunden (aber nur jede 10. verheiratete Mutter).

Die Versorgung mit Kinderbetreuungseinrichtungen ist regional sehr verschieden. 74.3 % aller Kinderkrippen und 62.2 % aller Horte sind in Wien. In Wien sind 93.5 % aller Kindergärten über Mittag geöffnet, in Tirol hingegen nur 7.9 % und in Vorarlberg 5.7 %. Insgesamt haben lediglich 55.1 % der österreichischen Kindergärten über Mittag geöffnet. Besonders schwierig ist die Kinderbetreuung in den Ferien, denn es stehen fünf Wochen Urlaub mehr als 12 Wochen Schulferien gegenüber.

6. Alleinerziehende Väter

Die Zahl der alleinerziehenden Väter hat in den letzten 20-30 Jahren deutlich zugenommen. In Deutschland handelte es sich im Jahre 1995 bei 83 % aller Alleinerziehenden um Frauen, bei 17 % der Fälle um Männer (Schneider et al. 1998, S. 120). Die Gründe, die den Vater zur alleinigen Elternschaft veranlassen, sind in der Regel der Tod der Ehefrau, eine Adoption und als häufigster Grund eine Trennung, bzw. Scheidung (vgl. Schneider et al., 1998, S. 121).

Der Übergang zur alleinigen Elternschaft erfordert vom Vater folgende zwei Anpassungsleistungen: Er muß damit fertig werden, ohne Partnerin zu leben und zusätzlich, ein alleinerziehender Elternteil zu sein. Mangels kulturell verankerter Normen muß der Vater seine Rolle erst selbst konzipieren, was mit einer großen Unsicherheit verbunden sein kann.

Auch die Ursache, die zur Alleinerzieherschaft geführt hat, trägt oft maßgeblich zum Gelingen dieser neuen Anpassung bei (vgl. Fthenakis, 1985).

Die gesellschaftlichen Bedingungen tragen der Alleinerziehung des Vaters nicht wirklich Rechnung, da Hilfsangebote in Erziehungsfragen und im sozialpolitischen Bereich vor allem auf die Mütter abgestimmt sind (vgl. Fthenakis, 1985, S. 92). Wie schon erwähnt, erhalten andererseits aber gerade alleinerziehende Väter mehr als die Mütter Unterstützung durch Verwandte, Nachbarn, die Schule usw.

Die Vereinbarung der beruflichen und familiären Rolle bereitet häufig besonders große Schwierigkeiten. In vielen Fällen bedeutet die Alleinerziehung nämlich ein Umdenken hinsichtlich der eigenen Wertvorstellungen zugunsten der Familie und zuungunsten der beruflichen Laufbahn, was sicherlich Selbstbewußtsein und Eigenständigkeit erfordert. Die aufgrund einer solchen Veränderung eintretenden Folgen können bei den Vätern zu Identifikationsproblemen führen. Eine gesicherte ökonomische Situation ist daher ein entscheidender Faktor, diese Anforderungen zu bestehen (O'Brian, 1980, zitiert nach Fthenakis, 1985, S. 93). Auch alleinerziehende Väter leiden unter finanziellen Problemen, jedoch nicht in dem Maße wie alleinerziehende Mütter (Schneider et al., 1998, S. 124).

Viele Väter fühlen sich zu Beginn der Einzelternschaft hinsichtlich der eigenen elterlichen Kompetenzen sehr unsicher. Die Organisation der Haushaltsführung in der ersten Zeit und die soziale Isolation stellen Probleme für alleinerziehende Väter dar, wobei die Väter häufiger als alleinerziehende Mütter unter Einsamkeit und Mangel an engen vertrauensvollen Beziehungen leiden (Hipgrave, 1981, zitiert nach Fthenakis, 1985, S. 94).

Aus Untersuchungen geht hervor, daß eine Alleinerzieherschaft von Müttern wie Vätern per se keine negativen Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes haben muß und eher andere Faktoren dafür verantwortlich sind (Ferri, 1976, zitiert nach Fthenakis, 1985, S. 103).

7. Alleinerziehung als Lebensstil

Alleinerziehung als Lebensstil wird bisher nur mit Müttern in Verbindung gebracht. Frauen, die auf ein Kind nicht verzichten wollen, auf ein Leben mit dessen Vater hingegen durchaus, werden in den Medien als starke, emanzipierte Frauen vorgestellt, die fern von traditionellen Leitbildern ihr Leben individuell gestalten.

Im bewußten Verzicht auf das traditionelle Modell der vollständigen Familie leben diese Frauen in verschiedenen Phasen des Lebensverlaufs eine historisch relativ neue Form des Alleinerziehens. Alleinerziehung wird stärker zu einer bewußten Alternative zu anderen Formen der privaten Lebensführung (vgl. Schneider et al., 1998, S. 129).

Bewußt ledige Mütter können durch folgende Faktoren charakterisiert werden (vgl. Klein, 1997, zitiert nach Schneider et al., 1998, S. 128):

- Sie verfügen in der Regel über eine günstige ökonomische Situation, die eine Mutterschaft auch ohne finanzielle und soziale Benachteiligung des Kindesvaters oder anderer Partner ermöglicht.
- Aus Sozialisationserfahrungen resultieren eher negative Einstellungen gegenüber Männern, sodaß Mutterschaft unabhängig von einer gelebten Partnerschaft mit Männern angestrebt wird.
- Aufgrund konkurrierender Lebensorientierungen haben Frauen ihren Kinderwunsch zunächst aufgeschoben. Läßt die generative Phase für die Verwirklichung des Kinderwunsches nicht mehr viel Zeit, wird dies unabhängig von einer aktuellen Partnerschaft angestrebt (clock-watchers).
- Eine stärkere Berufs- und Karriereorientierung steht zunächst im Widerspruch zu Partnerschaft und Mutterschaft und führt zu anderen Lebensprioritäten. Mutterschaft wird dann entsprechend berufsbiographisch und unabhängig von der aktuellen Verfügbarkeit einer Partnerschaft geplant.

Trotzdem ist davon auszugehen, daß diese Lebensform auch heute für den überwiegenden Teil der Alleinerziehenden eine biographische Phase darstellt, die temporär begrenzt ist und in andere, partnerschaftliche Lebensformen übergeht oder zumindest übergehen soll. Alleinerziehung als Lebensstil stellt immer noch eine Ausnahme dar.

8. Zusammenfassung

Alleinerziehung ist kein historisch neues Phänomen, jedoch haben sich die Ursachen für die Entstehung von Einelternfamilien mit der Zeit verändert und die frühere Hauptursache Verwitwung ist von Scheidung und Trennung abgelöst worden als häufigste Ursachen für das Zustandekommen der Alleinerziehersituation. Alleinerziehende stellen eine große Gruppe von Einelternfamilien dar.

Die meisten Alleinerziehenden sind Frauen, wobei der Anteil alleinerziehender Väter im Steigen ist.

Jede Alleinerziehersituation bringt ihre spezifischen Probleme mit sich, deren Ausmaß von der Unterstützung durch Verwandte, Flexibilität am Arbeitsplatz, der finanziellen Situation und der persönlichen Einstellung des alleinerziehenden Elternteils zur Situation abhängt.

Alleinerziehung wird vor allem von den Müttern oft als Belastung erlebt und eine Partnerschaft mit Familiengründung als wünschenswert angesehen. Väter erleben im allgemeinen die Alleinerzieherschaft nicht so belastend, leiden aber stärker unter der Einschränkung der sozialen Kontakte.

Alleinerziehung als Lebensstil wird zwar immer öfter gewählt, stellt aber nach wie vor noch eine Ausnahme dar.

9. Persönliche Stellungnahme

Das von mir bearbeitete Thema besitzt große Aktualität und steht in engem Zusammenhang zu verschiedenen Themen, die von meinen Kolleginnen präsentiert wurden, wie zum Beispiel über jugendliche Mütter, mütterliche Belastungen oder den Wiedereinstieg von Müttern ins Berufsleben. Dieser fließende Übergang hat mir sehr gut gefallen.

Die Auseinandersetzung mit dem Thema „Alleinerziehung“ ist mir nicht allzu schwer gefallen, da es sich nicht um einen mir völlig neuen Bereich handelte, den ich bearbeitete, sondern ich mein Thema im Sommersemester als Fortsetzung und Vertiefung eines Aspekts aus meinem Seminarthema im Wintersemester auffaßte (nichtkonventionelle Lebensformen).

Positiv empfand ich das Vorhandensein statistischer Kennzahlen, die es mir erlaubten, über die rein theoretischen Erkenntnisse hinaus auch eine Vorstellung der konkreten Bedeutung und Verbreitung dieser Familienform – und den damit einhergehenden Problemen – zu bekommen.

Meiner Ansicht nach ist die Unterstützung alleinerziehender Eltern durch Zusammenwirken verschiedener Bereiche und Institutionen sehr wichtig.

10. Literaturverzeichnis

Beham, M. (1995). Einelternfamilien. In Bundesministerium für Jugend und Familie (Hrsg.), *Viele Formen – Ein Ziel – Familie. Familienbericht 1990*. Wien: Autor.

Fthenakis, W. E. (1985). *Väter. Zur Vater-Kind-Beziehung in verschiedenen Familienstrukturen* (Band 2). München: Urban & Schwarzenberg.

Krüger, D. (1998). Lebenssituationen von Alleinerziehenden – Ein Einblick in die Pluralität der Lebensform mit Kindern. In L. A. Vaskovics & H. Schattovits (Hrsg.), *Lebens- und Familienformen – Tatsachen und Normen* (Materialiensammlung, Heft 4). Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung.

Schneider, N., Rosenkranz, D., Limmer, R. (1998). *Nicht konventionelle Lebensformen – Entstehung – Entwicklung – Konsequenzen*. Opladen: Leske und Budrich.

17) Tierexperimentelle Untersuchungen zur Elternschaft **(Jasmin Klimacek)**

1. Einleitung

Gründe für eine stärkere Berücksichtigung der Primatenforschung auch auf dem Feld der Vaterforschung und für die Beobachtung von nichthumanen Primaten: Ältere Arbeiten haben gezeigt, daß auch nichthumane Primaten eine beträchtliche Vielfalt in der Art und Weise, wie Eltern für ihre Jungen sorgen, zeigen. Man erwartete sich einen klärenden Beitrag dazu, ob und wie stark elterliches Verhalten biologisch festgelegt ist.

Zur selben Zeit wuchs das Interesse an der Vaterforschung auch in den Humanwissenschaften.

2. Schwierigkeiten bei der Erforschung väterlichen Verhaltens:

Während man beim Menschen in der Regel voraussetzen kann, daß sicher ist, wer der Vater eines Kindes ist, ist dies bei der Tierforschung keine selbstverständliche Ausgangsbasis. Selbst bei extensiver Beobachtung ist keine vollständige Gewißheit zu erlangen, weil sich die Tiere z. T. von ihrer Lebensweise her einer durchgängigen Beobachtung entziehen oder weil es der Lebensraum der Tiere unmöglich macht, ihr Verhalten unter naturalistischen Bedingungen vollständig zu protokollieren. Es stellt sich die Frage, *was* aus der Vielzahl der beobachtbaren Verhaltensweisen als väterliches Verhalten im engeren Sinn gelten soll.

- allgemeine Verhaltensklassen (Lynn, 1974):
 - schützen;
 - zurückholen / wiedereinfangen;
 - putzen und pflegen;
 - versorgen mit Nahrung und Spielen.
- Snowdon und Suomi (1982):
 - *substitutives Verhalten* (väterliches, das anstelle des mütterlichen Verhaltens auftritt)
 - *komplementäres Verhalten* (Der Vater zeigt zusätzliche Verhaltensweisen)

Es gab einige Systematisierungsversuche, um Ordnung in die Vielfalt der Formen väterlichen Verhaltens zu bringen. Zum Beispiel klassifiziert Howells (1969) *11 Arten elterlicher Sorge / Nichtsorge* bei verschiedenen Lebewesen:

- 1) Fehlen jeglicher Sorge (versch. Schmetterlinge, Fische, Schildkröten);
- 2) Sorge zu gleichen Anteilen durch beide Eltern, wobei die Aufgaben gleich verteilt oder strikt arbeitsteilig geregelt sind (viele Vogelarten, Fuchs);
- 3) Rollenübernahme, insbesondere bei Wegfall eines Elternteils (Turmfalke, Rebhuhn);
- 4) Haupt- oder alleinige Sorge durch das Weibchen (Schaf, Skorpion);
- 5) Sorge durch mehrere Weibchen (Löwe, Elefant);
- 6) Sorge durch eine ganze Gruppe (Hamster, Maus);
- 7) Sorge durch Pflegeeltern bzw. „Tanten“ (Kuckuck, Elefant);
- 8) Sorge durch Hilfskräfte (Honigbiene, Ameise);
- 9) Sorge durch Geschwister (Mottenmilben);
- 10) Sorge durch einen Kindergarten (Kaiser-Pinguine);
- 11) Haupt- oder alleinige Sorge durch das Männchen (versch. Fischarten wie Stichling, Wels; auch Pinguin- und Straußarten; versch. Affenarten).

3. Empirische Befunde zum Vaterverhalten

Die Befunde beruhen teils auf Verhaltensbeobachtungen in freier Natur oder im Labor, teils auf Tierexperimenten. Im folgenden Abschnitt werden Befunde zu Nichtprimaten und zu subhumanen Primaten vorgestellt, wobei die Erkenntnisse über die subhumanen Primaten am ehesten Hinweise und Erklärungen für die Deutung der Verhältnisse beim Menschen liefern können.

3.1 Vaterverhalten bei Nichtprimaten

- Bei Insekten gibt es in der Regel keinerlei Sorge für die Nachkommen. Es gibt Ausnahmen, bei denen der Vater Bewachungs- und Schutzfunktionen übernimmt.
- Eine reine Vater-Familie findet man bei manchen Fischarten oder anderen niederen Wirbeltieren.
 - z. B. *Stichling*: Der Vater besorgt nicht nur den Nestbau, sondern ventiliert auch die abgelegten Eier mit frischem Wasser, bewacht die geschlüpfte Brut, verteidigt sie gegenüber Eindringlingen und hält den Schwarm der Jungfische zusammen.
 - z. B. *südamerikanische Welsarten*: Bei den sog. „Maulbrütern“ transportieren die Väter die Brut im Maul, bis sie schlüpft. Während dieser Phase stellen sie das Fressen ein. Auch nach dem Schlüpfen ist das Maul des Vaters noch Zufluchtsort.
 - z. B. *Seepferdchen*: Die Weibchen legen die Eier in eine Körpertasche des Männchens ab, das von da an für die Eier und die ausschlüpfende Brut zu sorgen hat.
- Die phylogenetisch weiterentwickelten Reptilien zeigen im allgemeinen überhaupt keine elterliche Sorge. Das ist erst bei Vögeln der Fall, die als Warmblütler besonderen Bedingungen gerecht werden müssen und sehr verschiedenartige Formen des Vaterverhaltens ausgebildet. Bei 95 % der Vogelarten ist ein väterliches Verhalten zu erkennen.
 - z. B. Bei *Silbermöwen*, *Tauben* und den meisten *Straußarten* brütet tagsüber fast ausschließlich das Männchen.
 - z. B. *Kaiser-Pinguine*: Die Jungen leben nach dem Schlüpfen in der Bauchtasche des Vaters und werden überwiegend von ihm versorgt, während das Weibchen das Fischen besorgt.
- Während bei den Vögeln ca. 8000 monogam und nur wenige polyandrisch lebende Arten gezählt werden, ist Monogamie für Säugetiere keine kennzeichnende Lebensform.
- Bei den Arten, die eine relativ beständige Beziehung eingehen (Paar, Harem) sind die Voraussetzungen günstig, daß sich auch Vaterverhalten bei den Männchen beobachten lassen wird.
- Weiters ist zu beachten, daß Neugeborene von Säugetieren auf die Mutter in besonderer Weise angewiesen sind und die Mutter für deren Versorgung physiologisch optimal ausgestattet ist, was eine reine Vater-Familienorganisation bei Säugetieren ausschließt und dementsprechend bei der großen Mehrzahl von Säugetieren kaum eine hohe Vaterbeteiligung erkennen läßt. Es gibt aber auch Fälle, in denen Männchen unterschiedliche Arten von Sorgeverhalten für ihre Jungen entwickeln, das sich deren Bedürfnissen anpaßt.
 - z. B. *Wolf*: Das Männchen versorgt das Weibchen und die Jungen, indem er Futter vorverdaut und für die Jungen wieder erbricht.
 - z. B. *kalifornische Maus*: Bei dieser Art hat man festgestellt, daß die Anwesenheit und die Mithilfe des Vaters die Überlebenschancen der Nachkommen erhöht, wenn die Mutter nur eingeschränkt verfügbar ist oder die Jungen früh entwöhnt worden sind.

3.2 Vaterverhalten bei subhumanen Primaten

Man kennt heute über 200 Arten nichthumaner Primaten, bei denen sich eine große Variabilität in den elterlichen Verhaltensweisen beobachten läßt. Auch bei ihnen reicht die Spannweite für das Vaterverhalten von Gleichgültigkeit, Feindseligkeit bis hin zur regelmäßigen und langfristigen Pflege, manchmal ausschließlich durch den Vater allein.

Bei Primaten lassen sich monogame Beziehungen relativ häufig beobachten. Trotz der Langfristigkeit und Monogamie, die beide im allg. zu den Voraussetzungen zählen, die günstig dafür angesehen werden, daß sich ein Vaterverhalten ausbildet, gilt für Primatenmännchen generell, daß sie nicht so häufig an der Aufzucht und Pflege der Kinder beteiligt sind. Dies trifft nicht für alle Arten gleichermaßen zu.

3.2.1 Affen der Neuen Welt (Mittel- und Südamerika)

Von diesen Affen ist bekannt, daß sich bei ihnen die Männchen in ausgeprägter Weise für die Kinder interessieren und aktiv an der Kinderaufzucht mitwirken.

z. B. *Titi-Affen*: Die Männchen holen die Jungen nach dem Säugen bei der Mutter weg und tragen sie die übrige Zeit herum und versorgen sie mit Futter.

z. B. *andere Krallenaffen*: Die Weibchen sind viel aggressiver als die Männchen, diese tragen die Hauptverantwortung für die Nachkommen. Sie helfen bei der Geburt, nehmen die Kinder entgegen, waschen und pflegen sie, bis sie selbständig leben können.

3.2.2 Affen der Alten Welt (in erster Linie Asien)

Bei diesen Affen ist das Bild weit uneinheitlicher. In einer Reihe von Arbeiten haben Mitchell et al. Elternverhalten bei männlichen und weiblichen Rhesusaffen im Labor studiert und mit dem Verhalten verglichen, das von Rhesusaffen in freier Wildbahn bekannt ist.

- *in der Natur*: Die männlichen Rhesusaffen beachten die Neugeborenen und Jungtiere kaum, attackieren sie sogar häufig und töten sie auch bei beengten Verhältnissen.
- *im Labor*: Die Männchen entwickeln elterliche Verhaltensweisen, wenn sie dazu Gelegenheit haben. Sie übernehmen nicht nur mütterliche Verhaltensweisen, sondern unterscheiden sich auf mind. vier Arten von weiblichen Rhesusaffen:
 - 1) Bauch-zu-Bauchkontakt ist seltener.
 - 2) Die Vater-Kind-Beziehung verstärkt sich mit dem Alter der Jungtiere.
 - 3) Das Männchen schützt das Jungtier, indem es auf die Gefahrenquelle losgeht.
 - 4) Die Männchen spielen weit häufiger und intensiver mit den Jungen.

Ganz anders verhalten sich *japanische Makaken*: Während der Geburt übernehmen die ranghohen Männchen Schutzaufgaben gegenüber ein- und auch noch zweijährigen Jungtieren, die in der übrigen Zeit die Mutter wahrnimmt, und entlasten sie auf diese Weise zugunsten der Neugeborenen. Die Männchen zeigen dann ein Pflegeverhalten wie die Mutter und spielen mit den Jungen gelegentlich über Stunden hinweg.

Pavianarten: Für sie ist kennzeichnend, daß sie unterschiedlichen Paarungssystemen zugeordnet werden können, und auch differenzierte, alters- und geschlechtsabhängige Eltern-Kind-Beziehungen entwickeln. Dementsprechend lassen sich sehr unterschiedliche Verhaltensweisen beobachten: z. B. *Anubis-Paviane*: Bei den Arten, die in einer Herde leben, verhält sich das Männchen gegenüber den noch kleinen Jungen in einer Weise, die sich von jener der Weibchen nicht unterscheidet. Mit zunehmendem Alter kommt es zu einer Verlagerung der Bindung an die Mutter auf erwachsene männliche Tiere.

Menschenaffen: Über sie ist allgemein wenig bekannt; man glaubt, daß alle Männchen mehr oder weniger den Jungen gegenüber eine Schutzhaltung einnehmen, sie verteidigen und weglaufende Junge wieder einfangen, jedoch keine regelmäßigen Pflegeaufgaben wahrnehmen.

Die kleinste Menschenaffenart bilden die *Hidae-Gibbons* und *Siamangs*. Sie leben monogam, und der Beitrag der männlichen Tiere zur Aufzucht der Kinder ist groß. In der Wildnis hat man erwachsene Gibbon-Männchen beobachtet, die Neugeborene untersuchten und putzten. Erreichen die jungen Gibbons die sexuelle Reife, werden sie von den Eltern solange bedroht, bis sie sich aus der Herkunftsfamilie entfernen und eine eigene Familie bilden.

Mit diesen Informationen kann man sagen, daß das im einzelnen gezeigte Verhalten sich nicht hinreichend dadurch erklären läßt, daß man ausschließlich auf ein genetisch verankerte Programm, welches noch dazu Weibchen für die Kinderaufzucht prädestiniert, zurückgreifen kann. Das Verhalten ergibt sich vielmehr aus dem Zusammenspiel sehr unterschiedlicher Faktoren.

4. Einfluß der sozialen Organisation einer Art

4.1 Einfluß des Paarungssystems

4.1.1 monogame Beziehung

typische Kennzeichen:

- Männchen und Weibchen unterscheiden sich relativ wenig in ihrer Gestalt.
- Der Paarung geht selten ein Paarungszeremoniell voraus.
- Solange die Jungtiere noch bei den Eltern leben, dürfen sie selbst keinen Nachwuchs zeugen.
- Heranwachsende Tiere beteiligen sich an der Sorge für die jüngeren Tiere.
- Beteiligung der Männchen an der Kinderaufzucht bis hin zu gelegentlichem „Rollen-tausch“ zwischen Männchen und Weibchen.

Im Sinne der *Investmenttheorie* ist Pflegeverhalten bei erwachsenen Männchen mit monogamer Lebensweise eher zu erwarten, da nur ein Weibchen Junge gebären kann und deshalb die Zahl der Nachkommen relativ klein ist und aus der Sicht der „*Gewißheitsthese*“ die Sicherheit über die eigene Elternschaft ziemlich hoch sein kann.

4.1.2 Haremsbeziehung

- Ein dominantes Männchen lebt mit mehreren geschlechtsreifen Weibchen und Jungtieren beiderlei Geschlechts in einer Gruppe.
- Es besteht ein Unterschied zwischen Männchen und Weibchen in Größe und Gestalt.
- Elterliches Verhalten kommt von solchen, die gegenüber dem Haremsführer eine untergeordnete Position besitzen.
- Das Elternverhalten ist meist substitutiver Art.

4.1.3 Lebensweise ohne feste Paarbeziehung

Die väterliche Sorge beschränkt sich generell auf komplementäre Aktivitäten (Verteidigung des Territoriums bzw. der Jungen), im einzelnen bestehen doch Unterschiede, z. B. läßt sich bei männlichen *Rhesusmakaken* keine väterliche Sorge beobachten, bei *Berberaffen* und bei *japanischen Makaken* hingegen schon.

4.2 Bedeutung der sozialen Erfahrung

z. B. *Krallenaffen*, denen Erfahrungen im Umgang mit Jungen fehlten, versagten bei der Aufzucht. Die Fähigkeit zur Elternschaft muß bei diesen Primaten in vollem Umfang von beiden Eltern gelernt werden.

5. Kindermord durch erwachsen männliche Tiere der gleichen Art

- extreme Art von Vater-Kind-„Interaktion“
- Dies ist bei Hyänen, Löwen und Primaten (Schimpansen, Berg-Gorillas) beobachtbar.
- 2 Standpunkte:“
 - 1) Der Kindermord wird als „reproduktive Strategie gesehen, da die Chance der Fortpflanzung sich für eigene Nachkommen erhöht, weil nach dem Tod der Jungen die Weibchen wieder empfängnisbereit würden.
 - 2) Dieses Verhalten sei abnorm und möglicherweise eine fehlangepaßte Reaktion auf ungünstige ökologische Bedingungen wie eine hohe Populationsdichte.

6. Einfluß der ökologischen Rahmenbedingungen

Folgenden ökologischen Faktoren wird ein zentraler Stellenwert bei der Erklärung unterschiedlicher Formen der väterlichen Beteiligung eingeräumt (die soziale Organisation einer Art wird als abhängig von der jeweiligen Ökologie gesehen):

- Ausgestaltung des Lebensraumes (freie Wildbahn, Haustier, Labor ...);
- die damit verbundenen Versorgungsmöglichkeiten für die erwachsenen Tiere und die Nachkommen;
- Vorhandensein natürlicher Feinde.

Das Verhalten bei derselben Art kann sich deutlich verändern, wenn sich die ökologischen Rahmenbedingungen ändern.

Die Ergebnisse widerlegen eine Auffassung, wonach gezeigtes Vaterverhalten ausschließlich genetisch festgelegt ist und weibliche Tiere „von Natur aus“ für Aufgaben prädestiniert sind, die sich aus der Aufzucht des Nachwuchses ergeben.

Das Vater- bzw. allgemein das Elternverhalten ist als das Resultat des Zusammenspiels einer Reihe von Faktoren zu sehen, unter denen die genetische Information eine mehr oder minder große Rolle spielt. Je entwickelter eine Spezies ist, umso offener scheint sie dabei für Umwelteinflüsse zu sein.

7. Literaturverzeichnis:

- Fthenakis, W. E. (1988). *Väter. Zur Psychologie der Vater-Kind-Beziehung* (Bd.1). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Michelsen, H. (Hrsg.). (1995). *Über Väter. Skizzen einer wichtigen Beziehung*. Mainz: Matthias-Grünewald-Verlag.