



Masterarbeit

**Die Mutter-Kind-Interaktion bei Frühgeborenen im
Vergleich zur Mutter-Kind-Interaktion bei Termin-
geborenen**

Barbara Bachmann

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Fachliche Beratung: Dr. phil. Agnes von Wyl

Zürich, November 2010

Diese Arbeit wurde im Rahmen des konsekutiven Masterstudienganges in Angewandter Psychologie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich

Vorwort

Selber bin ich in einem Alter, in welchem die meisten Frauen vor 50 Jahren bereits Kinder geboren hätten. Die Möglichkeiten der Ausbildung für Frauen haben mir aber ermöglicht, andere Rollen als nur die der Mutter zu leben. Diese Möglichkeiten stellen mich vor andere Herausforderungen und die Frage, ob ich Kinder oder Karriere will oder ob ich beides miteinander kombinieren kann.

Ich habe mich bis zum heutigen Zeitpunkt für den Aus- und Weiterbildungsweg entschieden und den Familienwunsch „auf später“ verschoben. Durch meinen ersten Beruf als Pflegefachfrau auf der Neonatologie bin ich jedoch vielen Müttern und ihren Säuglingen begegnet. Viele Babys waren Frühgeborene. Die individuellen Anamnesen und Familienhintergründe sowie die ethischen Fragen, die mit der Frühgeburtlichkeit einhergehen, haben mich stets sehr interessiert - sowohl aus beruflicher wie auch aus persönlicher Sicht. Mir ist durchaus bewusst, dass das Risiko, selber einmal ein frühgeborenes Kind auf die Welt zu bringen, zunimmt, je länger ich meinen Kinderwunsch verschiebe.

Während meines Psychologiestudiums habe ich gemerkt, dass mich mein medizinischer Hintergrund trotz grossem psychologischem Wissensdurst nachhaltig geprägt hat. Folgedessen ist mir immer viel daran gelegen, die Fachgebiete der Medizin und der Psychologie „unter einem Hut“ vereinen zu können.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich insbesondere mit der Frühgeburt und ihren Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Interaktion. Es freut mich, auf diese Weise die medizinischen Aspekte und diejenigen der Psychologie zusammenzuführen und dabei meine persönlichen Lebensumstände zu reflektieren. In einer Zeit, in der die Geburt eines Kindes schon fast zum Grossereignis geworden ist und das Alter der Erstgebärenden immer höher wird, scheint die Frühgeburt mit ihren Folgen für Mutter und Kind ein umso brisanteres Phänomen zu werden.

Für die Möglichkeit der Mitarbeit an der Studie, die damit verbundenen Einsichten und für die umfangreiche Unterstützung bei der Umsetzung des Teilprojektes bedanke ich mich ganz herzlich bei der Studienleiterin, Dr. Agnes von Wyl.

Einen weiteren Dank spreche ich Dr. Sven Wellmann aus, der für die Rekrutierung der an der Studie teilnehmenden Familien zuständig war und dies über anderthalb Jahre lang mit grossem Einsatz tat.

Ein ganz besonderer Dank geht an alle Eltern, die sich an der Studie beteiligt haben. Sie sind uns alle mit grosser Offenheit und Freundlichkeit begegnet und haben mit ihrer Teilnahme zum vertieften Verständnis der Eltern-Kind-Interaktion beigetragen.

Des Weiteren bedanke ich mich bei meiner Kommilitonin, Andrea Studer, für die angenehme und freundschaftliche Zusammenarbeit.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
1.1	AUSGANGSLAGE.....	1
1.2	STAND DER FORSCHUNG BEZÜGLICH FRÜHGEBURT UND MUTTER–KIND– INTERAKTION	2
1.3	ZIEL DER VORLIEGENDEN UNTERSUCHUNG	3
1.4	AUFBAU DER ARBEIT	5
2	THEORETISCHER HINTERGRUND	6
2.1	FRÜHGEBURT	6
2.1.1	<i>Definition Frühgeburt und Mortalität</i>	6
2.1.2	<i>Häufigkeit</i>	7
2.1.3	<i>Ursachen</i>	7
2.1.4	<i>Bedeutung und wichtige Aspekte einer Frühgeburt</i>	7
2.1.5	<i>Risikofaktor Frühgeburt: Auswirkungen auf die Entwicklung</i>	8
2.2	MÖGLICHE FOLGEN EINER FRÜHGEBURT FÜR DIE MUTTER-KIND-INTERAKTION	13
2.2.1	<i>Mutter-Kind-Interaktion</i>	13
2.2.2	<i>Bindungstheorie: Bedeutung einer guten Bindung</i>	14
2.2.3	<i>Bedeutung der Sensitivität für die Entwicklung einer guten Bindung</i>	16
2.2.4	<i>Risikofaktor Frühgeburt für eine gute Mutter-Kind-Interaktion</i>	18
2.2.5	<i>Auf Seiten des Kindes</i>	20
2.2.6	<i>Auf Seiten der Mutter</i>	22
2.3	MÖGLICHE PRÄVENTION FÜR DIE ENTWICKLUNG EINER POSITIVEN MUTTER- KIND-BEZIEHUNG NACH EINER FRÜHGEBURT	27
2.3.1	<i>Präventive Massnahmen auf der Neonatologie</i>	28
2.3.2	<i>Interventionsprogramme für Mütter</i>	29
2.3.3	<i>Präventive Massnahmen auf der Seite des Kindes</i>	31
3	EMPIRISCHER TEIL	33
3.1	FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN	33
3.2	METHODIK.....	33
3.2.1	<i>Studiendesign</i>	33
3.2.2	<i>Variablen und Erhebungsinstrumente</i>	35
3.2.3	<i>Datenanalyse</i>	38

3.3	ERGEBNISTEIL	40
3.3.1	<i>Soziodemographische Charakteristika der Studien- und Vergleichsgruppe</i>	40
3.3.2	<i>Beschreibung der Umstände bezüglich Geburt, Hospitalisation und Schwangerschaft</i>	43
3.3.3	<i>Angaben zum Besuchsverhalten der Eltern</i>	46
3.3.4	<i>Angaben zum Stillverhalten</i>	46
3.3.5	<i>Beantwortung der Hypothesen</i>	47
3.3.6	<i>Korrelationen der Fragebögen</i>	48
4	DISKUSSION	51
4.1	BEANTWORTUNG DER HYPOTHESEN	51
4.2	HAUPTERKENNTNISSE DER STUDIE UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE ...	52
4.2.1	<i>Qualität der Mutter-Kind-Interaktion gemessen mit dem CARE-Index</i>	52
4.2.2	<i>Stresserleben im Zusammenhang mit der Frühgeburt</i>	55
4.2.3	<i>Psychisches Wohlbefinden / depressive Symptomatik nach einer Frühgeburt</i>	58
4.2.4	<i>Partnerschaftszufriedenheit nach einer Frühgeburt</i>	59
4.3	WEITERE ERGEBNISSE	59
4.3.1	<i>Explorative Studienergebnisse</i>	59
4.3.2	<i>Weitere Ergebnisse bezüglich der Studien- und Vergleichsgruppe</i> ...	60
4.3.3	<i>Angaben zum Besuchsverhalten der Eltern der Frühgeborenen</i>	62
4.4	KRITISCHE STELLUNGNAHME / LIMITATIONEN DER STUDIE	63
4.4.1	<i>Weitere kritische Überlegungen betreffend der Selektion der Stichprobe</i>	63
4.5	KLINISCHE IMPLIKATION UND AUSBLICK	64
5	ABSTRACT	67
6	LITERATURVERZEICHNIS	68
7	TABELLENVERZEICHNIS	79

1 Einleitung

Die vorliegende Studie geht der Fragestellung nach, ob und wie sich das Interaktionsverhalten von Müttern mit ihren frühgeborenen Säuglingen von Müttern mit ihren termingeborenen Säuglingen unterscheidet. Ebenso interessieren Unterschiede in den beiden Gruppen bezüglich Stressempfinden im Zusammenhang mit der Geburt, bezüglich des psychischen Wohlbefindens und der Partnerschaftszufriedenheit.

1.1 Ausgangslage

Bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts war die Säuglingssterblichkeit noch sehr hoch. Bei Überlebenden kam es oft zu schweren körperlichen und geistigen Behinderungen. Vor allem frühgeborenen Kindern konnte gar bis Mitte des vergangenen Jahrhunderts kaum geholfen werden, da erste Anfänge einer neonatologischen Intensivbehandlung erst in den 60er Jahren, eine zunehmende Verbreitung der Frühgeborenen-Beatmung erst in den 70er Jahren statt fand. Seit den späteren 80er Jahren wurde die Surfactant-Behandlung¹ des Atemnotsyndroms flächendeckend eingeführt und in den 90er Jahren die Regionalisierung von Risikogruppen in Perinatalzentren konsequent vorangetrieben (Singer, 2006).

Die neonatologische Intensivmedizin hat seither immense Fortschritte gemacht. Das hat zu wesentlich verbesserten Überlebens- und Entwicklungschancen sehr unreif geborener Kinder geführt. Dies wiederum führte zu vermehrtem Interesse bezüglich deren Entwicklung und Lebensqualität. Befasste man sich anfangs in Nachuntersuchungen mehr damit, ob und welche bleibenden Organschädigungen eine Frühgeburt mit sich bringt, richtete sich in den letzten Jahrzehnten die Aufmerksamkeit auch auf die kognitive und emotionale Entwicklung. Inzwischen schätzt man diese Risikofaktoren mindestens so hoch ein wie die medizinisch biologischen. So haben beispielsweise Bhutta, Cleves, Casey, Craddock und Anand (2002) in einer Metaanalyse deutliche kognitive und behaviorale Folgen einer Frühgeburt bei Schulkindern beschrieben. Man erkannte aber, dass eine stabile Beziehung zu den Eltern die extremen Belastungen, denen die Kinder ausgesetzt sind, ausgleichen kann (Affleck, Tennen & Rowe, 1991). Andererseits wurde deutlich, dass die elterliche Intuition durch die Umstände der Frühgeburt – Trennung vom Kind, medizinische Interventionen und Komplikationen auf Seiten des Kindes und oft auch der Mutter, Angst um das Überleben des Babys, Gefühle der Enttäuschung, des Verlustes, empfinden von Trauer, Hilflosigkeit und Verunsicherung und schliesslich Schuldgefühle - gestört wird und ein Beziehungsaufbau fehlschlagen kann.

Dadurch kann die kindliche Entwicklung nachhaltig behindert werden (Forcade-Guex, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger & Mueller-Nix, 2006). Die Säuglingsforschung liefert eine Fülle von Hinweisen, wie intensiv das Baby von der Geburt an seine Mutter-Umwelt wahrnimmt, sie als Erkenntnisquelle nutzt und sein präverbales, subjektives Erleben (Stern, 2007) mit ihr teilen möchte. Stern geht davon aus, dass es ein Selbst gibt, das noch lange vor einem Selbstbewusstsein und vor der Sprache existiert. Moderne neonatologische Intensivstationen haben auf diese neuen Erkenntnisse reagiert und beziehen Eltern immer mehr in die Betreuung ihrer Kinder mit ein.

1.2 Stand der Forschung bezüglich Frühgeburt und Mutter-Kind-Interaktion

Die Forschung ist sich schon lange einig, dass die Mutter-Kind-Interaktion für die Entwicklung des Kindes von grosser Bedeutung ist. Die Harvard-Gruppe (Caplan, 1960) hat die Frühgeburt als Auslöser einer emotionalen Krise bei den Eltern betont. Klaus und Kennell (1983) haben die Trennung von Mutter und Kind während einer „sensiblen Phase“² als Auslöser späterer Beziehungsstörungen beschrieben. Erste bahnbrechende Untersuchungen zum psychosozialen Geschehen bei Eltern Frühgeborener stammen von ihnen. Ihre Arbeiten führten zu immensen Verbesserungen in den Entbindungskliniken für Eltern reif- und frühgeborener Kinder, so beispielsweise zur Anwesenheit des Vaters bei der Geburt, zum Zusammenbleiben der Eltern mit dem Neugeborenen im Kreissaal und zum Rooming-In³. Neuere Arbeiten wie beispielsweise das transaktionale Stressmodell nach Lazarus (1981) oder das Familienstressmodell nach Schneewind (1991) beziehen sich zunehmend auf Konzepte der Stressforschung. Demnach stellt eine Frühgeburt einen Katastrophen-Stressor dar, der mit starken Gefühlen des Kontrollverlustes und der Hilflosigkeit einher geht und die psychische und physische Gesundheit des Kindes und teilweise der Eltern gefährdet. Laut Filipp (2010) gehören Krankheiten und operative Eingriffe für jeden Menschen per Definition zu den kritischen Lebensereignissen und Reck (2001) weist darauf hin, dass Mütter nach einer Frühgeburt ein erhöhtes Risiko haben, an einer unipolaren Depression zu erkranken.

¹ **surface active agent** – verhindert bei Frühgeborenen Atemnotsyndrom, das wegen Unreife des eigenen Surfactantsystems entstehen kann

² bestimmter Zeitraum, in welchem das Kind für den Erwerb bestimmter Verhaltensweisen besonders empfänglich ist

³ erlaubt Müttern und Vätern, mit einem kranken Kind im Krankenhaus oder auf der Säuglingsstation zu leben und dort auch zu übernachten

Eine Frühgeburt wird in der Literatur als potentielles Krisenereignis beschrieben. Langzeitstudien lassen erkennen, dass sich die Folgen weit über das Säuglingsalter hinaus erstrecken und ein Risiko für die körperliche, psychische, kognitive und behaviorale Entwicklung darstellen kann (Bhutta et al., 2002; Chapieski & Evankovich, 1997; Singer, 2006). Aus diesem Grund beschäftigen sich involvierte Berufsgruppen damit, welche Faktoren eine gute Entwicklung für Frühgeborene erlauben und ob und wie man diese Prognosen präventiv beeinflussen kann. Ein diesbezüglich häufig diskutierter Faktor ist die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung, die den Einfluss der Frühgeburtlichkeit (perinatale Risiken) auf die kindliche psychische und kognitive Entwicklung abschwächen oder aber potenzieren kann (Brisch, Gontard, Pohlandt, Kächele, Lehmkuhl & Roth, 1997; Pierrehumbert, Nicole, Muller-Nix, Forcada-Guex & Ansermet, 2003; Forcada-Guex et al., 2006). Die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion ist durch die Frühgeburtlichkeit und der damit einhergehenden Unreife des kindlichen Organismus, besonders aber durch das mütterliche Stresserleben der Geburt (Mueller-Nix, Forcada-Guex, Pierrehumbert, Jaunin, Borghini & Ansermet, 2004) besonderen Risiken ausgesetzt. Die Lausanner Studien von Pierrehumbert et al. (2003), Mueller-Nix et al. (2004) und Forcada-Guex et al. (2006) haben sich mit dem traumatischen Geburtserleben der Mutter, den Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Interaktion und die Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes beschäftigt.

1.3 Ziel der vorliegenden Untersuchung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Interaktion von Müttern und ihren frühgeborenen Kindern. Diese spezifische Untersuchung ist eingebaut in ein Gesamtprojekt, das zusätzlich zur Mutter-Kind-Interaktion die Vater-Kind-Interaktion bei Frühgeborenen untersucht. Jotzo und Schmitz (2002) zeigten, dass die Erfahrung der Frühgeburt eines Kindes auch bei Vätern traumatisierend wirkt, allerdings nicht im selben Ausmass. Nach Brisch (2010) können Väter oft einen besseren Zugang zum frühgeborenen Säugling herstellen, möglicherweise, weil sie die Geburt als weniger traumatisch erleben. Im Unterschied zu Vätern von Termingeborenen haben Väter von Frühgeborenen nach der Geburt die selben Voraussetzungen für einen Beziehungsaufbau wie die Mütter, zumal die Säuglinge ihre ersten Lebenswochen auf der neonatologischen Intensivstation verbringen müssen und nicht von der Mutter gestillt werden können. Allerdings wurde dies bisher noch nicht systematisch untersucht. Brisch (2010) vermuten weiter, dass die Väter die Mütter aktiv in der Bewältigung des Geburtstraumas unterstützen und eine vermittelnde Rolle zwischen Mutter und Kind einnehmen, womit sie die Mutter-Kind-Interaktion positiv beeinflussen. In einer Parallelarbeit werden diese Fragen rund um die Rolle des Vaters untersucht und ausgewertet.

Die im Zusammenhang mit dem Gesamtprojekt eruierten Daten der Väter werden in der vorliegenden Arbeit nur am Rande in die Analysen beziehungsweise Ergebnisse mit einfließen.

Die vorliegende Studie beschäftigt sich innerhalb des beschriebenen Projektes mit der Mutter-Kind-Interaktion im Zusammenhang mit einer Frühgeburt. Dazu werden in einer Versuchsgruppe, bestehend aus 31 frühgeborenen Kindern, Daten erhoben zum Geburtserleben der Mütter und ihrem psychischen Befinden während und nach der Geburt. Auch werden allfällig vorhandene depressive Symptome sowie die Zufriedenheit in der Partnerschaft eruiert. Anhand von Videos wird zudem das Interaktionsverhalten der Mütter mit ihren frühgeborenen Kindern analysiert. Die Ergebnisse werden mit dem Geburtserleben, dem psychischen Wohlbefinden, der Zufriedenheit in der Partnerschaft und dem Interaktionsverhalten von Müttern mit termingeborenen Kindern verglichen. Die Daten dieser Kontrollgruppe, bestehend aus 30 termingeborenen Kindern, wurden bereits in einem früheren Projekt in Zusammenarbeit mit den Universitätsspitalern beider Basel rekrutiert. In diesem Teilprojekt ging es darum, die Vater-Kind- und die Mutter-Kind-Interaktion bei 30 Termingeborenen zu vergleichen.

Die konkreten Fragestellungen der vorliegenden Arbeit lauten:

Wie unterscheidet sich die Interaktion von Müttern mit ihren frühgeborenen Kindern von der Interaktion mit Müttern mit ihren termingeborenen Kindern? Unterscheidet sich das Geburtserleben und das psychische Befinden während und nach der Geburt sowie die Zufriedenheit in der Partnerschaft bei Müttern nach einer Termingeburt von Müttern nach einer Frühgeburt?

Daraus leiten sich folgende Hypothesen ab:

Hypothese 1: Die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion bei Frühgeborenen ist schlechter als die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion bei Termingeborenen.

Hypothese 2: Das mütterliche Stresserleben anlässlich einer Termingeburt ist niedriger als dasjenige von Müttern anlässlich einer Frühgeburt.

Hypothese 3: Die Intensität des mütterlichen Stresserlebens im Zusammenhang mit der Geburt sagt signifikant die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion voraus.

Hypothese 4: Mütter nach einer Termingeburt weisen weniger depressive Symptome auf als Mütter nach einer Frühgeburt.

Hypothese 5: Die Partnerschaftszufriedenheit von Müttern nach einer Termingeburt ist grösser als die Partnerschaftszufriedenheit von Müttern nach einer Frühgeburt.

1.4 Aufbau der Arbeit

Nach der Einleitung beschäftigt sich der zweite Teil der vorliegenden Arbeit mit der Theorie der Frühgeburt und den Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Interaktion. Das erste Kapitel widmet sich der Frühgeburt als Phänomen und den Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. Es wird Bezug genommen auf Definition, Häufigkeit, Ursachen und die wesentlichen Aspekte, die nach einer Frühgeburt bedeutend sind. Auch werden die Probleme der kindlichen Entwicklung, die durch eine Frühgeburt für das Kind entstehen können, beschrieben. Dabei werden neben den Umständen der Geburt die physischen und psychischen Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung beleuchtet.

Im zweiten Kapitel werden die möglichen Folgen einer Frühgeburt für die Mutter-Kind-Interaktion erarbeitet. Dabei werden die Mutter-Kind-Interaktion im Allgemeinen und die Grundsätze der Bindungstheorie kurz dargestellt. Zudem wird der Begriff der mütterlichen Sensitivität eingeführt. Schliesslich wird auf Risikofaktoren einer Frühgeburt für die Interaktion und mögliche präventive Massnahmen eingegangen. Spezielle Aufmerksamkeit wird dabei dem Krankheitsbild der postnatalen Depression gewidmet.

Der dritte Teil der Arbeit beinhaltet die Beschreibung des Forschungsprojektes. In einem ersten Schritt werden Fragestellung und die dazu gehörigen Hypothesen vorgestellt. Anschliessend wird das Vorgehen der Forschungsarbeit erläutert. Die angewandten Instrumente werden erklärt und das Datenauswertungsverfahren beschrieben. Im anschliessenden Ergebnisteil werden die beiden Studiengruppen detailliert dargestellt und die Resultate der Untersuchungen erläutert.

Schliesslich werden im vierten und letzten Teil die Ergebnisse interpretiert und anhand der Fragestellungen und Hypothesen diskutiert. Eine kritische Reflexion des Studiendesigns und ein Ausblick bezüglich Praxisrelevanz der diskutierten Ergebnisse und Hinweise für zukünftige Forschungsprojekte runden die Arbeit ab.

Vorliegende Arbeit beschäftigt sich ausschliesslich mit der Mutter-Kind-Interaktion bei Frühgeborenen. Es ist selbstverständlich, dass heute nicht mehr die Mütter alleine für die Entwicklung und Erziehung der Kinder verantwortlich gemacht werden können, sondern dass Kinder mit verschiedenen Bezugspersonen aufwachsen und in Beziehung treten. Es gibt jedoch eine zweite Arbeit, die sich mit der Vater-Kind-Interaktion auseinandersetzt. Aus diesem Grund wird im Folgenden die Rolle des Vaters und anderer Bezugspersonen nicht berücksichtigt und vorwiegend von der Mutter gesprochen.

2 Theoretischer Hintergrund

Der theoretische Teil der vorliegenden Arbeit leitet durch die Themen der Frühgeburt und deren Gefahren für die Entwicklung des Kindes und für die Mutter-Kind-Interaktion.

2.1 Frühgeburt

Frühgeburlichkeit kann verschiedene Ursachen haben. Im Folgenden wird die Frühgeburt definiert und ein Überblick über Häufigkeit und Ursachen gegeben. Wesentliche Aspekte, die im Zusammenhang mit einer Frühgeburt bedeutend sind und mögliche Konsequenzen für die psychische und physische Entwicklung des Kindes werden erläutert.

2.1.1 Definition Frühgeburt und Mortalität

Die Geburt eines Kindes tritt normalerweise zwischen der 37. und der 40. Schwangerschaftswoche (SSW) ein. Am Ende der Schwangerschaft wiegt der Säugling ca. 3300g und misst durchschnittlich 50cm (Menche, 2008). Kinder, die vor der 37. SSW zur Welt kommen und weniger als 2500g wiegen, gelten als Frühgeborene oder Low-Birth-Weights (LBW). Frühgeborene unter der 32. SSW und einem Geburtsgewicht von 1500g bezeichnet man als sehr unreif geborene Babys oder Very-Low-Birth-Weights (VLBW), Kinder mit einem Gestationsalter von unter 28 SSW und einem Geburtsgewicht von unter 1000g extrem unreif geborene Babys oder Extremely-Low-Birth-Weights (ELBW) (Teising, 2000).

Ab einem Gestationsalter von mindestens 23 SSW und einem Geburtsgewicht von mindestens 500g werden Kinder heute als lebensfähig betrachtet, während Babys mit einem Geburtsgewicht von 1500g – 2500g mit einer Wahrscheinlichkeit von 97% überleben. Unter einem Geburtsgewicht von 1000g haben heute immer noch über die Hälfte der Kinder gute Überlebenschancen. Bucher, Ochsner, Fauchere & the Swiss Neonatal Network (2003) konstatieren, dass beide Einflussgrößen, Geburtsgewicht und Gestationsalter, wichtige Parameter für die Langzeitprognose sind. Die Kombination von beiden Größen ergebe das verlässlichste Vorhersageergebnis für die kindliche Entwicklung. Grundsätzlich gilt, je früher und unreifer ein Frühgeborenes zur Welt kommt, desto komplexer ist die Betreuung danach auf der Intensivstation der Neonatologie und desto schwieriger die Prognose für seine Entwicklung.

2.1.2 Häufigkeit

Die Häufigkeit einer Frühgeburt ist in den industrialisierten Ländern mit 5 – 10% über die vergangenen Jahre relativ stabil geblieben. Etwa 1% bis 1,5% aller Neugeborenen sind sehr kleine Frühgeborene. Dank den grossen Fortschritten in der neonatologischen Intensivmedizin hat ihr Anteil markant zugenommen, weil heute im Gegensatz zu früher auch sehr kleine Frühgeborene gute Überlebenschancen haben (Hänsenberger-Aebi, 2007). Schätzungen zufolge liegt die Zahl der Frühgeburten in Entwicklungsländern mit ca. 25% etwas höher (Steer, 2005), wobei vor allem schwarze Frauen ein erhöhtes Risiko aufweisen.

2.1.3 Ursachen

Mögliche Auslöser für eine Frühgeburt können auf Seiten der Mutter genetische Faktoren (Varner & Esplin, 2005), Allgemeinerkrankungen wie Infektionen, Schwangerschaftsstörungen, Anämie, Diabetes, Herzkrankheiten oder Anomalien und Erkrankungen der Gebärgane, medizinische Komplikationen oder Mehrlingsschwangerschaften oder zu viel Fruchtwasser sein. Auch Alter, Grösse und Gewicht der Mutter sowie Suchterkrankungen, Medikamente, physische Aktivität sowie frühere Unfruchtbarkeit, vorherige Schwangerschaften und Geburten sind anamnestisch wichtig. Neben den physischen Faktoren können auch psychische Belastungen wie beruflicher oder privater Stress, Beziehungsprobleme, ungünstige soziale Lage und psychosoziale Faktoren wie schlechte Arbeitsbedingungen, schlechte Ernährung und Umweltnoxen eine Frühgeburt begünstigen. Auf Seiten des Kindes können Infektionen oder Fehlbildungen ein Risiko darstellen. Zudem sind Knaben häufiger betroffen als Mädchen. Zur Verhinderung einer Frühgeburt kommen demnach medizinische und psychosoziale Aspekte in Frage. Eine gute ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft sowie der Einbezug der gesamten Lebensbedingungen sind unabdingbar (Friese, Plath & Briese, 2000; vgl. auch Steer, 2005).

2.1.4 Bedeutung und wichtige Aspekte einer Frühgeburt

Wird die Schwangerschaft durch eine Frühgeburt beendet, ist das sowohl für die Mutter als auch für das Kind ein nicht normatives Ereignis mit Konsequenzen für die psychische und physische Gesundheit und für die Mutter-Kind-Interaktion.

Frühgeborenen Kindern fehlen zahlreiche intrauterine Entwicklungswochen (Bittmann, 2010). Viele, vor allem sehr kleine Frühgeborene, haben denn in den ersten Monaten nach ihrer Geburt auch grosse Schwierigkeiten, sich der extrauterinen Umwelt anzupassen. Neben physischer Unreife und medizinischen Komplikationen nach der Geburt sind diese Kinder gefährdet, was ihre physische und psychische Entwicklung angeht.

Aber auch für die Mutter ist eine Frühgeburt eine grosse psychische und physische Belastung (Thiel-Bonney & Cierpka, 2004). Neben hormonellen Umstellungen und unter Umständen schmerzhaften Folgen der Geburt (insbesondere nach einer Sectio caesarea⁴) hat sie mit einem schlechten Gewissen dem Kind gegenüber und mit der Angst, letzteres zu verlieren, zu kämpfen (Bürgin, 2006). Der Beziehungsaufbau, der in der Literatur (Bowlby, 2008) als wichtiger Schutzfaktor für die weitere Entwicklung des Frühgeborenen referiert wird, beginnt unter ungünstigen erschwerten Bedingungen und die gelungene Mutter-Kind-Interaktion kann ihrerseits gefährdet sein (Mueller-Nix et al., 2004; Forcada-Guex et al., 2006).

Zahlreiche Studien haben Gefahren und Risiken im Zusammenhang mit Frühgeburtlichkeit aufgezeigt. In den folgenden Kapiteln möchte ich auf die verschiedenen Aspekte der Frühgeburtlichkeit und ihren Folgen, insbesondere für die Mutter-Kind-Beziehung, näher eingehen.

2.1.5 Risikofaktor Frühgeburt: Auswirkungen auf die Entwicklung

Geburtserfahrung der Mutter

Bereits der Geburtserfahrung der Mutter wird ein hoher Einfluss auf die Entwicklung der Persönlichkeit des Kindes zugemessen. Über das Erleben der Geburt eines Kindes ist wenig bekannt (Bürgin, 2006). Umso mehr haben sich neuere Forschungsprojekte auf die Geburtserfahrungen der Mutter konzentriert um herauszufinden, ob und inwiefern eine von der Mutter als traumatisch erlebte Geburt Einfluss haben kann auf die psychische Entwicklung des Kindes.

Frühgeborene werden oft via Sectio caesarea zur Welt geholt, um Sauerstoffmangel und Verletzungen des Gehirns vorzubeugen (Menche, 2008). Latva, Korja, Salmelin, Lehtonen und Tamminen (2008) konnten in ihren Untersuchungen bestätigen, dass sich erlebte, teilweise traumatische Geburtserlebnisse der Mutter auf das Verhalten und die emotionale Entwicklung des Kindes auswirken können. Thiel-Bonney und Cierpka (2004) haben gefunden, dass Kinder, die in den ersten drei Lebensjahren wegen Regulationsstörungen in der Sprechstunde vorgestellt werden, oft schwierige Startbedingungen ins Leben gehabt haben im Sinne einer komplizierten / belastenden Geburt. Dazu gehört neben medizinischen Komplikationen, subjektiver mütterlicher Belastung, langer Dauer der Geburt, mütterlicher Hilflosigkeit und Verletzung der Schamgefühle, starken Schmerzen, Kontrollverlust, Angst und die Wahrnehmung der Umwelt als unbeteiligt auch die Erfahrung einer ungeplanten instrumentellen Geburt (Notsectio oder instrumentelle vaginale Geburt).

⁴ Kaiserschnitt

Das psychisches Wohlbefinden der Mutter wird durch das Geburtserlebnis entscheidend beeinflusst und bestimmt höchstwahrscheinlich wiederum das Wohlbefinden des Frühgeborenen beziehungsweise dessen Entwicklung (vgl. auch Pierrehumbert et al., 2003). Sowohl Poehlmann und Friese (2001) als auch Latva et al. (2008) und Bugental, Beaulieu und Schwartz (2008) stellen in ihren Untersuchungen im Vergleich zu Termingeborenen eine spezielle Vulnerabilität bei Frühgeborenen hinsichtlich des psychischen Befindens der Mutter fest. Die subjektive perinatale Belastungserfahrung der Mutter kann zur Entwicklung einer mütterlichen posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder zu postnatalen psychischen Störungen und zu dysfunktionalen Mutter-Kind-Interaktion beitragen (Thiel-Bonney & Cierpka, 2004; Pierrehumbert et al., 2003). Das Verhaltensmuster des Kindes in der späteren Mutter-Kind-Interaktion scheint mit der Stärke des traumatischen Stresserlebens der Mutter zu korrelieren (Muller-Nix et al., 2004).

Mögliche Auswirkungen der Frühgeburtlichkeit auf die Entwicklung des Kindes: Körperliche Entwicklung

Je nach Gestationsalter, Geburtsgewicht und medizinischem Status ist das physiologische System noch sehr instabil und das beobachtbare Verhalten eines Frühgeborenen desorganisiert. Neben der Unreife der Organe, die teilweise noch nicht ausreichend funktionieren, unterscheidet sich ein frühgeborener Säugling auch optisch von einem reifgeborenen Baby. Frühgeborene sind kleiner und leichter, die Fettpölsterchen fehlen, die Haut ist durchsichtig und leicht gerötet, Finger- und Zehennägel haben die Kuppen noch nicht erreicht, manchmal fehlen die Augenbrauen und der Körper kann mit feinem, wolligem Haar bedeckt sein (Lanugobehaarung⁵).

Atemprobleme, Schwierigkeiten bei der Regulation des Wärmehaushaltes und der Aufnahme und Verdauung der Nahrung, Hypoglykämie⁶, Herzinsuffizienz, persistierender Ductus arteriosus⁷ aber auch Blutmangel infolge von ungenügender Blutproduktion oder häufiger Blutentnahmen sind häufig. Bekannt sind auch sensorische, vor allem visuelle, Beeinträchtigungen.

⁵ Schützt Haut vor dem Aufweichen durch das Fruchtwasser

⁶ Zu niedriger Blutzuckerspiegel (Unterzuckerung)

⁷ Gefäßproblem bei Herzen: Blut gelangt aus dem arteriellen Körperkreislauf direkt wieder in den Lungenkreislauf, was zu Zeichen der Herzinsuffizienz und einer vermehrten Infektanfälligkeit führen kann. Schliesst sich normalerweise nach Geburt von selbst

Gefürchtete Komplikationen nach einer Frühgeburt sind die nekrotisierende Enterokolitis⁸, die Nierenfunktionsstörung, Hirnblutungen und schwere Infektionen, welche einen häufigen Grund für Rehospitalisierungen darstellen (Bittmann, 2010).

Neben der allgemeinen Unreife kommen weitere Umstellungsprobleme in der Anpassung an die neue Umwelt dazu. Dem Kind fehlt plötzlich die Begrenzung durch die Gebärmutter und das Fruchtwasser als Umgebung, es erfährt eine andere Art der Berührung, erlebt die Schwerkrafteinwirkung, kann keine selbständige Veränderung der Körperhaltung mehr vornehmen und ist getrennt von seiner Mutter, bevor es von seiner Entwicklung her bereit dazu ist (Lazar, Röpke & Ermann, 2001).

Bezüglich ihrer Entwicklungstendenzen werden vier Hauptgruppen von Frühgeborenen unterschieden: (1) gute, spontane Entwicklung (50%), (2) aufholbare Entwicklungsrückstände, wobei es sich dabei vor allem um die motorische Entwicklung handelt (25%), (3) kleinere neurologische Abweichungen und / oder leichte Lernbehinderungen (minor handicap, 20%) und (4) schwere zentralnervöse Störungen im Sinne von Behinderungen mit einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der Lebensführung (major handicap, 5%) (Friese, Plath & Briese, 2000). Im Verlauf ist eine individuelle Förderung (Kinderarzt, heilpädagogische Frühförderung, Spieltherapie, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Musiktherapie, Psychomotoriktherapie) angezeigt.

Durch die medizinischen Untersuchungen und Behandlungen muss der Säugling immer wieder Schmerzen erfahren. Die maschinelle Beatmung, die Fototherapie⁹, venöse und arterielle Zugänge für Medikamentenverabreichungen, Ernährung und Blutentnahmen und die Magensonde sind nur einige Beispiele für die invasiven Therapien, der sich fast alle Frühgeborenen unterziehen müssen. Früher nahm man an, dass das Nervensystem von Säuglingen noch nicht richtig ausgereift ist und sie deshalb weniger schmerzempfindlich sind. Heute weiss man, dass das Gegenteil der Fall ist. Frühgeborene haben weniger Endorphine¹⁰ und können sich deshalb weniger gegen Schmerzen schützen (Friese, Plath & Briese, 2000). In verschiedenen Studien werden die Bedingungen auf neonatologischen Intensivstationen kritisch reflektiert. Bürgin (2006) oder Israel (2006) beschreiben anhand von klinischen Erfahrungen potenziell traumatogene Faktoren, die ein Frühgeborenes auf der Intensivstation prägen können.

⁸ Durch Schädigung der Darmwand kommt es zu einem Gewebeuntergang

⁹ Ikterustherapie (Gelbsucht): durch Lichtenergie wird in der Haut des Neugeborenen eingelagertes wasserunlösliches (indirektes) Bilirubin in ein wasserlösliches Isomer umgewandelt, das vom Körper ausgeschieden werden kann

¹⁰ Endogenes Morphin, vom Körper selbst produziertes Opioid

Auch Gaensbauer (2006) zählt medizinische Massnahmen zu potentiell traumatisierenden Erfahrungen von Neugeborenen und beschreibt mögliche Auswirkungen auf deren Entwicklung. In einer Untersuchung von Alvarado, Romero, Rivas-Ruiz, Milla, Lopez, Ruiz & Aldean (2008) plädieren die Autoren für eine Veränderung der Umwelt in der neonatologischen Intensivstation zur Verhinderung von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) bei Frühgeborenen.

Mögliche Auswirkungen der Frühgeburt auf die Entwicklung des Kindes: die psychische Entwicklung

Viele Studien beschreiben Frühgeborene als Risikokinder, wobei auch immer wieder darauf hingewiesen wird, dass sich neben den Überlebenschancen auch die Entwicklungschancen von Frühgeborenen in den letzten Jahren stark verbessert haben (Vohr, Wright, Poole & McDonald, 2005).

Neben den im vorangehenden Kapitel beschriebenen körperlichen Auswirkungen einer Frühgeburt auf das Kind, haben sich in den letzten Jahren immer mehr Studien mit der kognitiven und emotionalen Entwicklung befasst. Inzwischen werden diese Risikofaktoren mindestens so wichtig eingeschätzt wie die medizinisch biologischen.

Emotionale und behaviorale Probleme variieren laut Horwood, Mogridge & Darlow (1998) mit dem Geburtsgewicht. Laut Bongers, Koot, van der Ende & Verhulst (2003) spielen zudem das Alter zum Untersuchungszeitpunkt und das Geschlecht eine wichtige Rolle. Bhutta et al. (2002) haben in ihrer Metaanalyse kognitive und behaviorale Folgen einer Frühgeburt bei fünfjährigen Kindern analysiert. Dazu haben sie kognitive Daten aus 15 Studien und behaviorale Daten aus 16 Studien beigezogen, die zwischen 1980 und 2001 durchgeführt wurden. Die Autoren konstatieren einen signifikanten Unterschied bei den kognitiven Ergebnissen, wobei sich letztere direkt proportional zu Gestationsalter und Geburtsgewicht verhalten. Frühgeborene Kinder zeigten in diesen Untersuchungen zudem erhöhte externalisierende (störende, feindselige) und internalisierende (depressive Stimmung, sozialer Rückzug) Verhaltensweisen und ein erhöhtes Risiko für ADHS. Trotz diesen eindeutigen Ergebnissen hat es unter den untersuchten Studien auch welche gegeben, die keine Unterschiede zwischen Termin- und Frühgeborenen finden konnten (Drillien, Thomson & Burgoyne, 1980).

Andere Studien weisen ebenfalls auf neuropsychiatrische, kognitive und behaviorale Defizite hin, so zum Beispiel Elgen, Sommerfelt & Markestad (2002). Laut klinischen Beobachtungen von Bürgin (2006; vgl. auch Pierrehumbert et al., 2003) entwickeln Frühgeborene häufig Fütter- und Essstörungen wie Nahrungsverweigerung, Erbrechen oder ungewöhnliche Essgewohnheiten.

Die Cleveland-Studie von Hack, Flannery, Schluchter, Cartar, Borawski und Klien (2002) stellen eine höhere Rate an Störungen des Nervensystems und der Sinnesorgane, aber auch einen reduzierten Intelligenzquotienten sowie ein geringeres Bildungsniveau bei ehemaligen VLBWs im Alter von 20 Jahren fest. Zugleich wird den Betroffenen ein geringeres „risk-taking-behavior“ (gemessen an den Merkmalen Kriminalität, Alkohol- und Drogenkonsum sowie ungeplante Schwangerschaften) attestiert, was auf ihr „behüteteres“ Aufwachsen zurückgeführt wird. Reijneveld, de Kleine, van Baar, Kollee, Verhaak, Verhulst & Verloove-Vanhorick (2006) haben eine Kohorte von 431 ehemaligen VLBWs im Alter von 5 Jahren mit der „Child Behavior Checklist“ bezüglich behavioralen und emotionalen Problemen untersucht und gefunden, dass ehemalige VLBWs neben allgemein erhöhter Problempunktzahl (ausser bezüglich sexuellen Problemen und Ängstlichkeit / Depression) vor allem ein erhöhtes Risiko für soziale und Aufmerksamkeitsdefizite aufweisen. Zudem waren Kinder mit pädiatrisch diagnostizierten Entwicklungsstörungen und Kinder mit ehemals schweren perinatalen Problemen besonders gefährdet. Weitere Studien haben sich mit den Folgen für die schulische und berufliche Zukunft von Frühgeborenen auseinandergesetzt. So zum Beispiel Reichmann (2005), der konstatiert, dass sich Entwicklungsverzögerungen und Behinderungen negativ auf die schulische Karriere auswirken können. Zudem argumentiert er, dass sich Antriebsdefizite, visuelle und auditive Einschränkungen und kognitive und behaviorale Probleme im Verlauf der Schulzeit durch die soziale Unzulänglichkeit und kognitive Einschränkungen eher verstärken. Schliesslich weist Cooke (2004) auf eine subjektiv empfundene tiefere Lebensqualität und ein tieferes Selbstwertgefühl von ehemals frühgeborenen Kindern hin. Singer (2006) fügt hinzu, dass viele ehemalige Früh- oder Mangelgeborene vermutlich für ihr ganzes Leben mehr oder weniger offensichtlich durch ihre Vorgeschichte geprägt werden. Die längerfristige Prognose von Frühgeborenen im Vor- und Grundschulalter sowohl was die psychomotorische als auch die körperliche Entwicklung anbelangt, ergebe sich jedoch nicht alleine aus der Schwangerschafts- und Geburtsanamnese, sondern werde wesentlich vom jeweiligen familiären Hintergrund beeinflusst. Die geistige Entwicklung hänge also wesentlich vom sozioökonomischen Status der betroffenen Familien ab und von der Förderung, die die Frühgeborenen im Rahmen ihrer Herkunftsfamilien erfahren.

In verschiedenen Studien (Affleck et al., 1991; Brischet al., 1997; Pierrehumbert et al., 2003; Forcada-Guex et al., 2006) konnte die Eltern-Kind-Beziehung als positiver Einfluss der Frühgeburtlichkeit auf die kindliche Entwicklung aufgezeigt werden.

2.2 Mögliche Folgen einer Frühgeburt für die Mutter-Kind-Interaktion

Nachfolgend wird auf die Mutter-Kind-Interaktion Bezug genommen. Dabei wird ein kurzer Einblick in die Bindungstheorie gewährt und der Begriff der mütterlichen Sensitivität eingeführt. Schliesslich wird auf Risikofaktoren einer Frühgeburt für die Interaktion und mögliche präventive Massnahmen eingegangen.

2.2.1 Mutter-Kind-Interaktion

Winnocott bringt mit seinem berühmten Ausspruch „there is no such thing as a baby“ zum Ausdruck, dass ein Baby nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern als Teil einer Beziehung anzusehen ist. Damit hebt er die Abhängigkeit des Säuglings und dessen Entwicklung von seiner Umgebung hervor (Winnicott, 1958, zit. n. Pedrina, 2006).

Neben Winnicott haben sich auch Bowlby und Ainsworth mit der Thematik der Mutter-Kind-Interaktion und der Bindung sowie deren entscheidendem Einfluss auf die gesunde Entwicklung des Säuglings auseinandergesetzt. Neugeborene und Säuglinge sind nach Bowlby (2008) beziehungsfähig, auch wenn ihre Wahrnehmung und ihre Ausdrucksmöglichkeiten noch sehr begrenzt sind. Laut Dornes (2004) ist der Säugling trotz seiner allgemeinen Hilflosigkeit von Anfang an auf eine soziale Welt hin präadaptiert. Er verfügt über soziale Interaktionskompetenzen, die den Aufbau einer Beziehung zu erwachsenen Personen sehr erleichtern. Ein Baby ist in der Lage, seinerseits Kontakt mit der Bezugsperson aufzunehmen, auf sie zu reagieren und seine Bedürfnisse anzubringen. Dornes verwendet den Begriff des „kompetenten Säuglings“ (2004) und argumentiert, dass die seit dem Beginn des Lebens nachweisbaren Fähigkeiten zur amodalen und physiognomischen Wahrnehmung sowie die Vitalitätseffekte beim Säugling ein auftauchendes Selbstempfinden begründen. Stern (2007) beschreibt in diesem Zusammenhang die affektive Einstimmung „affect attunement“, mit welcher die Mutter ein Verhalten ihres Kindes in seinem emotionalen Gehalt aufnimmt und weiterführt, ohne das Verhalten direkt zu imitieren. Sie signalisiert dem Kind damit, dass sie seine innere Regung erkannt hat. Damit beginnen die intersubjektiven Erfahrungen und das subjektive Selbstempfinden. Mit diesem Konzept der Selbstentwicklung postuliert Stern, dass von Anfang an eine Trennung von Selbst und Objekt, das heisst zwischen Mutter und Kind, besteht.

Im Folgenden möchte ich noch etwas näher auf das Konzept der Bindung eingehen und dann besonders die Bedeutung der Sensitivität der Mutter erläutern.

2.2.2 Bindungstheorie: Bedeutung einer guten Bindung

Der Säugling hat nicht nur biologische Bedürfnisse, sondern auch das Bedürfnis nach Bindung (Bolwby, 1969 und Ainsworth, 1978), nach Exploration, Selbstwirksamkeit, nach ungestörter Integration seiner Erfahrung und nach Kommunikation (Papousek, 1994) mit seiner vertrauten Bezugsperson. Eine sichere Bindungsqualität ist die wichtigste Voraussetzung für die dialogische und regulatorische Abstimmung zwischen Eltern und Kind und unterstützt die emotionale, motorische und kognitive Entwicklung des Kindes (Thiel-Bonney & Cierpka, 2004).

1946 fand Spitz, dass Kinder in Institutionen, die keine mütterliche Pflege bekamen, an schweren Entwicklungsstörungen leiden. Seine Beobachtungen legten den Grundstein der Bindungsforschung. Mehr als 20 Jahre später schrieb Bowlby in „attachment and loss“ (1969) über ein angeborenes Bindungsverhalten, das ein Kleinkind anwendet, um der Bezugsperson, meist der Mutter, nahe zu sein. Bowlby definiert Bindung als instinktives Suchen und Aufrechterhalten von Nähe zu einer bestimmten Person, die nicht ohne weiteres auswechselbar ist. Dieses Verhalten wird bei Angst, Trauer, Müdigkeit, Erkrankung und Zuwendungs- oder Versorgungsbedürfnissen am deutlichsten (Bowlby, 2008) und soll Schutz und Überleben dienen. Entgegen der damaligen Meinung, dass Neugeborene hilflos und unvollkommen sind, nahm er an, dass Kinder von Anfang an ihr (Über-)Leben mitgestalten können. Bindung ist demnach ein interaktiver Wechselwirkungsprozess zwischen Kind und meist der Mutter, wobei beide ihre Fähigkeiten einbringen. Laut Bowlby muss die Hauptbezugsperson nicht die Mutter sein, zumal die Entwicklung der Bindungsbeziehung nicht durch genetische Verwandtschaft zustande kommt, sondern durch feinfühlig Interaktionserfahrung mit der Pflegeperson. Ursprünglich galt die Annahme, dass Bindung monotrop, also nur zu einer Person, sei. Diese Annahme wurde aber durch die Annahme der Hierarchie von Bindungspersonen abgelöst. Bei der Auswahl der primären Bindungsperson spielen Faktoren wie verfügbare Zeit, Qualität der Zuwendung, emotionales Engagement und Regelmässigkeit / Verlässlichkeit eine wichtige Rolle. Werden die Bedürfnisse nach Schutz und Versorgung befriedigt, kann das System „Exploration“ aktiviert werden und der Säugling kann seine Umwelt erforschen. Ohne „sichere Basis“ ist keine Exploration, keine Neugier und kein Lernen möglich. Bowlby (1969) und Ainsworth (1978) konnten aufzeigen, dass die frühe Mutter-Kind-Interaktion massgebend ist für die positive Entwicklung einer Mutter-Kind-Bindung. Bowlby sieht Bindung als Kontinuum, das sich durch emotionale Entwicklung in neuen Beziehungen über die gesamte Lebensspanne immer wieder verändern kann. Während das Kind innerhalb der ersten 6 Lebensmonate den Trost jeder verfügbaren Person zulässt, differenziert es ab 6 Monaten viel deutlicher und akzeptiert Trost nur von den bekannten Bindungspersonen. Mit 12 bis 18 Monaten hat es eine exklusive Bindung zu einer Hauptbindungsperson und wenigen Nebenbindungspersonen aufgebaut.

Bis zum 3. Lebensjahr differenziert sich das Bindungsverhalten weiter aus und das Kind lernt immer besser, Nähe und Distanz zu regulieren und auch Bedürfnisse der Bezugspersonen zu erkennen und zu respektieren. Die Bindungstheorie postuliert, dass die realen Beziehungserfahrungen vom Kind internalisiert und in „inneren Arbeitsmodellen“ niedergelegt werden. Diese umfassen die Vorstellungen und Erwartungen des Kindes bezüglich seiner Bezugspersonen, der Beziehung und von sich selbst. Die Arbeitsmodelle werden zunehmend stabiler und verdichten sich in der sogenannten Bindungsrepräsentation (Brisch, 2001).

Mary Ainsworth hat in den 70er Jahren viel zur Weiterentwicklung des Bindungskonzeptes beigetragen. So hat sie das Konzept der mütterlichen Feinfühligkeit und eine standardisierte Testsituation zur Untersuchung des Bindungs- und Trennungsverhaltens („fremde Situation“) von Kindern entwickelt. Sie beschreibt drei Bindungsqualitäten: (B) sichergebundene Kinder, (A) unsicher-vermeidend gebundene Kinder und (C) unsicher-ambivalent gebundene Kinder. Später ergänzten Mary Main und Salomon (1986) diese Kategorisierung mit der Gruppe der (D) unsicher-desorganisiert / desorientiert gebundenen Kinder. Ainsworth (1978) konstatiert, dass die mütterliche Feinfühligkeit unabdingbar für eine positive Mutter-Kind-Interaktion und damit für die Entwicklung einer sicheren Bindung ist. Die weitere empirische Fundierung der Bindungstheorie erfolgte durch verschiedene Längsschnittstudien im Bereich der Entwicklungspsychologie durch Ainsworth's Schüler und Schülerinnen: K. und K. Grossmann, I. Bretherton, E. Waters, A. Sroufe und M. Main. In diesem Zusammenhang wurde auch das Adult Attachment Interview (AAI) für Erwachsene entwickelt, mit welchem frühere Bindungserfahrungen abgefragt werden können und das Aufschlüsse über ihre Einstellung zur Bindung erlaubt. Die Forschungsgruppe um Fonagy (2002) beleuchtet das Bindungskonzept neu. Sie verbindet die kognitive Entwicklungspsychologie und die Bindungsforschung mit der Psychoanalyse im Konzept der Mentalisierung (siehe weiter unten, Kapitel 2.1.2.).

In den vergangenen Jahren hat es zunehmend Untersuchungen bezüglich der Bindung im Zusammenhang mit Frühgeburtlichkeit gegeben. Buchheim, Brisch & Kächele (1999) konstatieren in ihrer Übersichtsarbeit jedoch, dass in der Literatur widersprüchliche Ergebnisse zur Bindungsqualität von Frühgeborenen beschrieben werden. So verweisen die Autoren auf Studien, welche Unterschiede in der Bindungsqualität zwischen Früh- und Reifgeborenen gefunden haben und andere, die keine Unterschiede gefunden haben. Problematisch sehen die Autoren unter anderem, dass zu wenig genau zwischen den unterschiedlichen Gewichtsklassen der Frühgeborenen differenziert wird und auch die medizinischen Risiken zu wenig beachtet werden. Ebenso kritisieren sie, dass die Bindungsrepräsentationen der Eltern bei keiner Studie erfasst wurden und weisen darauf hin, dass die Erfahrungen und die Umstände der Eltern inklusive dem sozialen Status eine wichtige Rolle spielen bei der Gestaltung der Bindungsqualität zwischen Eltern und Kind.

Grundsätzlich sei das Desorganisations-Muster in klinischen Studien bei Risikokindern bedeutend. Die Autoren vermuten deshalb, dass vor allem Kinder mit VLBW zu einer unsicheren Bindungsqualität neigen, zumal sich bei ihnen die Komplikationen summieren. In einer neueren Studie von Borghini et al. (2006) haben die Autoren in der Gruppe der Frühgeborenen weniger sichere Bindungsrepräsentationen gefunden im Vergleich zu einer Kontrollgruppe termingeborener Kinder. Die Mütter der Frühgeborenen zeigten zudem weniger Kohärenzgefühl, weniger differenziertes Wahrnehmungsvermögen, weniger Offenheit gegenüber Veränderungen, weniger Involviertheit, weniger Akzeptanz und mehr Angst bezüglich der Sicherheit des Kindes. Korja, Savonlahti, Haataja, Lapinleimu Manninen, Piha & Lehtonen (2009) hingegen empfehlen anzunehmen, dass Mütter von Frühgeborenen genau wie Mütter von Termingeborenen in der Lage sind, sichere Bindungen zu ihren Kindern aufzubauen. Sie haben Bindungsrepräsentationen von Müttern von Frühgeborenen (<1500g oder <32 SSW) und Reifgeborenen untersucht, als die Kinder 12 Monate alt waren (korrigiert)¹¹ und gefunden, dass zwischen ihren Versuchsgruppen keine signifikanten Unterschiede bezüglich der drei Bindungsrepräsentationen (sicher, unsicher, desorganisiert) bestehen. Qualitative Unterschiede haben sich in dieser Studie jedoch bezüglich Kohärenzgefühl, Akzeptanz und Angst bezüglich der Sicherheit des Kindes gezeigt. In der Gruppe der Frühgeborenen konnten keine Zusammenhänge gefunden werden zwischen den Bindungsrepräsentationen und dem Geburtsgewicht, dem Gestationsalter des Kindes, der Länge der Beatmung, der Dauer der Hospitalisation oder dem mentalen Entwicklungsindex des Kindes.

2.2.3 Bedeutung der Sensitivität für die Entwicklung einer guten Bindung

Neben der elterlichen Akzeptanz, der Kooperation und der Verfügbarkeit der Eltern betont Ainsworth (1974) die Feinfühligkeit als wichtigstes Merkmal des elterlichen Fürsorgeverhaltens. Laut Kirkilionis (2008) ist Sensitivität ein Synonym für Feinfühligkeit und meint, das aktuelle Befinden des Säuglings frühzeitig wahrzunehmen, ihn adäquat zu stimulieren, seine Signale richtig zu interpretieren und prompt und angemessen darauf zu reagieren, sodass das Baby einen Zusammenhang zwischen seinen Aktionen und der Reaktion der Eltern herstellen kann. Sensitivität beschreibt eine konstante, empathische, affektive, akzeptierende und authentische Haltung dem Kind gegenüber und hat ihren Ursprung in der Persönlichkeit der Mutter. Sensitive Mütter sind in angenehmer Interaktion mit ihrem Kind (Kind ist zufrieden und aktiv), beziehen Tempo und Entwicklungsstand mit ein und reagieren auch auf das Kind, wenn sie anderweitig beschäftigt sind.

¹¹ Anzahl Wochen, die ein Kind zu früh zur Welt gekommen ist, werden vom tatsächlichen Alter abgezogen

Verschiedene Studien haben gezeigt, wie wichtig die frühe kindliche Erfahrung bezüglich der mütterlichen Sensitivität für die spätere Entwicklung des Kindes ist (Matas, Arend & Sroufe, 1978; Papousek & Papousek, 1990; Field, 1994).

Die Fähigkeit der Eltern, schon kleinste Säuglinge als denkende und fühlende Wesen zu betrachten und sie in ihrer markierten und kongruenten Affektspiegelung zu unterstützen, wirkt sich erheblich (positiv) auf die weitere Entwicklung des Kindes aus (Fonagy et al., 2002). Das Baby erreicht ein Selbsterleben über den teilnehmenden Anderen. Frühgeborene suchen mit all ihren Sinnen in der Begegnung nicht nur einen Gegenpol, der ihr Befinden widerspiegelt, sondern auch den Anderen, der ihre Botschaft emotional beantwortet. Diese Fähigkeit bringt zwar jedes Kind mit auf die Welt, aber es bedarf der Begegnung mit einem Menschen, damit sie sich entwickeln kann und so zum Tragen kommt.

Bereits 1973 konnte Clarke-Stewart aufzeigen, dass Mütter mit Kindern, die eine sichere Bindung aufweisen, signifikant höhere Resultate zeigen bezüglich Ausdruck von positiven Gefühlen, verbaler Stimulation, Ansprechbarkeit auf soziales Verhalten, genereller Ansprechbarkeit, Augenkontakt und Angemessenheit ihrer Reaktionen und ihrer Haltung gegenüber dem Kind. 1990 haben Pederson, Moran, Sitko, Campbell, Ghesquire und Acton sensitive Mütter als besonders angemessen in der Interaktion mit ihrem Kind beschrieben. Die mütterliche Sensitivität korrelierte in dieser Studie signifikant mit dem Bildungsniveau der Mutter und der Bindungssicherheit des Kindes, nicht aber mit dem Alter oder dem Einkommen der Mutter. Lohaus, Keller, Ball, Voelker & Elben (2004) fanden, dass mütterliche Sensitivität mit den Variablen, die auf mütterliche Wärme dem positiven Verhalten des Kindes gegenüber hindeuten, korreliert. Sensitivität sei dabei jedoch nicht stabil über die Zeit, sondern variere im Verlauf der Jahre. Die Autoren konnten jedoch keinen Zusammenhang finden zwischen der frühen mütterlichen Sensitivität und dem späteren Verhalten des Kindes mit 12 Monaten. Ein Zusammenhang wurde hingegen gemessen zwischen der Sensitivität mit 12 Monaten und dem kindlichen Verhalten mit 12 Monaten. Entgegen diesen Ergebnissen konstatieren De Wolff und van Ijzendoorn in ihrer Meta-Analyse (1997) nur einen kleinen bis mittleren Effekt der mütterlichen Sensitivität auf die Bindungssicherheit. Dies aber auch nur dann, wenn diese Sensitivität über die Zeit stabil ist, was einen stabilen Kontext (gute Partnerschaft, hinreichend günstige wirtschaftliche Lage etc.) voraussetze. Neben der Feinfühligkeit der Mutter und dem Temperament des Kindes scheinen auch die Bindungsrepräsentationen der Eltern bei der Entwicklung von Bindungsmustern eine Rolle zu spielen (van Ijzendoorn, 1995). Auch laut Fonagy (2003) gibt es keine ausreichenden empirischen Nachweise, die beweisen, dass die mütterliche Feinfühligkeit eine primäre Determinante ist für die Bindungssicherheit. Er postuliert, dass beispielsweise soziale Faktoren oder eine mütterliche Depression für die Bindungssicherheit viel mehr von Bedeutung sind.

Was macht nun überhaupt eine sensitive Persönlichkeit der Mutter aus? Mertesacker, Bader, Haverkock & Pauli-Pott (2004) argumentieren, dass ein schlechtes Selbstwertgefühl, wenig Vertrauen in die eigenen Erziehungskompetenzen, depressive Gefühle, Ängstlichkeit, Enttäuschung bezüglich den Erwartungen gegenüber dem Kind, hohe negative und wenig positive Gefühle dem Kind gegenüber, fehlende soziale und emotionale Unterstützung und eine ungewollte Schwangerschaft ein Hindernis für die Reagibilität und Empfindlichkeit und somit ein sensibles Verhalten der Mutter sind. Die Anwesenheit eines einzigen Risikofaktors korrelierte in ihren Untersuchungen nicht mit der mütterlichen Reagibilität und Empfindlichkeit, wohl aber die Kombination von mehreren Risikofaktoren. War die psychosoziale Situation der Mutter zudem intakt, konnte sie mit einem schwierigen Kind besser umgehen und die kindlichen Bedürfnisse wurden unverändert oder gar mit mehr Sensitivität erfüllt.

2.2.4 Risikofaktor Frühgeburt für eine gute Mutter-Kind-Interaktion

Besonders für die Mutter bedeutet die Geburt eines Kindes einen starken Einbruch in die Alltagsroutine. Die Versorgung des Säuglings und die Befriedigung seiner Bedürfnisse ist eine 24-Stunden Aufgabe, bei der die Abläufe und Pausen durch das Kind bestimmt werden. Oft gehen diese Veränderungen mit einem Rückgang der subjektiven Zufriedenheit der Ehe, Schwierigkeiten mit der Anpassung an einen vom Kind diktierten Zeitrhythmus, Einschränkungen persönlicher Freiheitsräume durch das Kind oder auch materiellen Belastungen einher (Vonderlin, 1999) und können für die Mutter sehr erschöpfend sein und sie beim Erkennen und Erfüllen der Bedürfnisse des Kindes behindern. Bei einer Erstgebärenden kommt die Auseinandersetzung mit und der Übergang zu einer neuen Entwicklungsphase hinzu. Stern beschreibt diese besonders sensible Übergangsphase der Mutter als Mütterlichkeitskonstellation (1998) mit einer spezifischen Weise zu denken, fühlen und handeln. In dieser Dynamik liegt die Gefahr einer besonderen Verletzlichkeit, andererseits aber auch die Chance für eine Weiterentwicklung innerer Verarbeitungsmöglichkeiten für das eigene Erleben und sozialer Beziehungen (Sarimski, 2000).

Eine Frühgeburt stellt zusätzlich zu der normativen Entwicklungsaufgabe ein nicht normatives, unerwartetes Ereignis dar, welches für die Mutter oftmals mit grossen Ängsten einhergeht (Bürgin, 2006) und mit medizinische Komplikationen und Interventionen verbunden ist. Mütter leiden unter einem Gefühl des Versagens und des Verlustes, weil sie nicht in der Lage waren, ihrem Baby die angemessene Zeit im Mutterleib zu geben. Zeit fürs Wochenbett, das normalerweise etwa vier bis sechs Wochen dauert, haben Mütter von Frühgeborenen nicht, obwohl ihr Körper diese Zeit für die hormonell bedingten Veränderungen bräuchte (Friese, Plath & Brise, 2000).

Die Trennung vom Baby, die Notwendigkeit, seine Pflege und lebenserhaltende Versorgung dem pflegerischen und ärztlichen Fachpersonal anvertrauen zu müssen, die Gefahr, die Schwestern als Konkurrenz in der Beziehung zum Säugling zu erleben und die Erfahrung von Hilflosigkeit und dem Versuch, Nähe und Schutz für das Baby zu bieten, stellen somit die Rolle als Mutter in ihrem emotionalen Kern in Frage (Bürgin, 2006). Ängste, Hoffnungen, Trauer, Hilflosigkeit, Verunsicherungen und Enttäuschungen führen zu einer emotionalen Berg- und Talfahrt. Mütter von Frühgeborenen haben ein höheres Stressempfinden und sind emotional belasteter als Eltern von reifgeborenen Babys. Zudem beschäftigen die Mutter Sorgen bezüglich dem Überleben ihres Kindes (Davis, Mohay & Wollin, 2003).

Die Mutter eines Frühgeborenen hat zu wenig Zeit gehabt, sich mit der neuen Rolle als Mutter und mit der Vorstellung ihres Kindes auseinander zu setzen. Eine Frühgeburt bringt somit nicht nur ein frühgeborenes Kind mit sich, sondern auch eine frühgeborene Mutter (Bruschweiler Stern, 1999). Die Entwicklung der mütterlichen Identität ist verzögert (vgl. auch Reid, 2000), weil die besonders wichtige Phase der Konkretisierung (Gloger-Tippelt, 1988) der zukünftigen Mutterschaft unter Umständen enorm verkürzt ist. Beim komplikationslosen Schwangerschaftsverlauf zeichnet sich diese Phase durch freudige Gefühle aus, erste Kindsbewegungen sind spürbar (SSW 17-20), Ängste haben das geringste Niveau erreicht, das Wachstum des Kindes und Prozesse der sozialen Wahrnehmung und Interaktion verstärken das Selbstvertrauen der werdenden Mutter. Weiterhin schreitet in dieser Phase die Differenzierung des Kindes vom Selbst der Mutter fort. Das Kind wird langsam als selbständiges Wesen wahrgenommen und ein Beziehungsaufbau wird begonnen. Diese Phase ist entscheidend für die Entwicklung der mütterlichen Vorstellungen bezüglich ihres Kindes (Cohen & Slade, 2000). Die mentalen Bilder und Fantasien der Frau von ihrem zukünftigen Kind haben einen grossen Einfluss auf die Qualität der späteren Mutter-Kind-Interaktion. Durch die Frühgeburt kommt es zu einem abrupten Unterbruch dieses Prozesses, was zusammen mit einem traumatischen Geburtserlebnis, der frühen Trennung und der Angst um das Kind den mütterlichen Bindungsprozess erschweren, das Risiko für eine mütterliche Depression und Ängstlichkeit erhöhen (Davis et al., 2003) und schliesslich die Mutter-Kind-Beziehung negativ beeinflussen kann (Korja, Savonlahti, Ahlqvist-Bjorkroth, Stol, Haataja & Lapinleimu, 2008). Eine Verzichts- und Trauerarbeit über den Verlust des fantasierten Kindes ist unumgänglich (Bürgin, 2006). Parallel dazu gilt es, eine neue Beziehung zum Neugeborenen aufzubauen.

Risikofaktoren für die gelungene Mutter-Kind-Interaktion können aber auch von Seiten des Säuglings aus gehen. Das folgende Kapitel soll dies aufzeigen.

2.2.5 Auf Seiten des Kindes

Die Temperamentforschung hat gefunden, dass bestimmte kindliche Charakteristika einen negativen Effekt auf das Verhalten der Betreuungsperson haben können (Rothbart & Ahadi, 1994). Negative Emotionalität ist dabei das Herz des sogenannten schwierigen Temperaments, welches im Falle einer Frühgeburt in der Literatur beschrieben wird. Temperament bezieht sich auf die individuellen Unterschiede des kindlichen Ausdrucks bezüglich Erregung und Affekt (Larroque, N'Guyen The Tich, Guedeney, Marchand & Burguet, 2005) und beschreibt Selbstregulierung, Reaktionsvermögen und Anpassung (Goldsmith, Buss, Plomin et al. Roundtable, 1987). Ein schwieriges Temperament ist charakterisiert durch einen negativen Affekt (Weinen und erhöhte Aufregung), biologische Regulationsstörungen, eine Tendenz zum Rückzug anlässlich neuer Situationen und Reize, verzögerte Anpassungsfähigkeit bei Veränderungen und einer Tendenz, sich expressiv auszudrücken (Larroque et al., 2005). Temperament wurde in verschiedenen Studien als Index für Verhaltenszüge bei Frühgeborenen verwendet, wobei die Untersuchung gerade bei Säuglingen vorwiegend über die Befragung der Eltern beziehungsweise Fragebögen gemacht werden können.

Verschiedene Studien haben das Temperament zwischen Reif- und Frühgeborenen verglichen und sind zu widersprüchlichen Ergebnissen gekommen. Einige Studien haben keine signifikanten Unterschiede zwischen Früh- und Reifgeborenen bezüglich Temperament gefunden, so zum Beispiel Oberklaid et al. (1986). Die Autoren weisen jedoch darauf hin, dass die meisten Neugeborenen dieser Studie nicht viel zu früh geboren oder ernsthaft krank gewesen sind. In anderen Studien haben sich Unterschiede bezüglich Temperamenteigenschaften von Frühgeborenen im Vergleich zu Reifgeborenen gezeigt. So werden Frühgeborene als weniger anpassungsfähig, rhythmisch, aktiv, aufmerksam und ausdauernd beschrieben als Reifgeborene (Chapieski und Evankovich, 1997; Langkamp, Kim & Pascoe, 1998). Sajaniemi, Salokorpi & von Wendt (1998) legten ihren Fokus auf Frühgeborene, die zwischen der 23. und der 24. SSW geboren wurden und stellten fest, dass diese Kinder mit 24 Monaten weniger aktiv, mehr angepasst und weniger agitiert waren als Reifgeborene. Die Kinder dieser Studie verfügten über einen positiveren Gemütszustand, jedoch über eine tiefere Reizschwelle. Spungen und Farran (1986) haben bei 44 high-risk Kindern (durchschnittliches Geburtsgewicht 1244g) negativere Gemütszustände, weniger Anpassungsfähigkeit, weniger Ausdauer und leichtere Ablenkbarkeit mit 6 Monaten gefunden als bei Termingeborenen. Sie haben jedoch keine Unterschiede gefunden bei 24 low-risk Kindern (gesunde Frühgeborene, durchschnittliches Geburtsgewicht 2050g) im Vergleich zu Termingeborenen. Auch Larroque et al. (2005) konstatieren, dass es bei Frühgeborenen - geboren vor der 29. SSW und gemessen im Alter von 9 Monaten - keine signifikanten Unterschiede im Temperament im Vergleich zu Termingeborenen gibt bezüglich Schwierigkeit, Anpassungsunfähigkeit und Unvorhersehbarkeit.

Trotzdem werden auch in dieser Forschungsarbeit die sehr kleinen Frühgeborenen und damit generell gefährdeteren Kinder als auffälliger beschrieben als die fast Termingeborenen. Grundsätzlich scheinen die Mütter ihre frühgeborenen Kinder jedoch als schwieriger wahr zu nehmen, insbesondere Hochrisikokinder.

Zahr (1991) betont, dass das mütterliche Selbstvertrauen einen wesentlichen Einfluss hat auf die Wahrnehmung des Temperaments ihres Kindes. Frauen, die sich kompetent fühlen in ihrer Mutterrolle, schätzen ihr Kind als weniger schwierig ein. Vonderlin (1999) stellt ebenfalls fest, dass Mütter von Frühgeborenen ihre Kinder häufig als schwieriger, verletzlicher, unruhiger, weniger anpassungsfähig, reizbarer, weniger lebhaft im Vergleich zu termingeborenen Babys wahrnehmen. Auch in einer Studie von Stern, M. et al. (2006) haben Mütter Kinder, die mit dem Label „frühgeboren“ gekennzeichnet waren, negativer eingeschätzt. Zudem haben Mütter als frühgeboren gekennzeichnete Babys negativer behandelt als Babys, die ihnen als termingeboren vorgestellt wurden. Die Autoren nennen dieses Verhalten „prematurity stereotyping“. Die Ergebnisse sind insofern relevant, als dass die mütterliche Wahrnehmung und Erwartung sowohl mütterliches Fürsorgeverhalten als auch kindliche Entwicklung im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung beeinflussen können.

Auch in den Untersuchungen von Müller-Nix et al. (2004) und Forcada-Guex et al. (2006) unterschieden sich Frühgeborene in ihrem Interaktionsverhalten mit 18 Monaten gegenüber den Termingeborenen. Es wurde festgestellt, dass Frühgeborene ihre Eltern weniger anschauen, anlächeln und weniger vokalisieren als Termingeborene. Zustände hoher Erregung werden lange beibehalten, sie sind nur schwierig wieder zu beruhigen. Frühgeborene verfügen über weniger Reaktionsbereitschaft, Wachheit und Orientierungsreaktionen und über geringe Regulationsmöglichkeiten von Erregungszuständen. Laut Deater-Deckard & Bulkley (2000) sind sie nicht mit den üblichen Zeichen sozialer Kompetenzen ausgestattet, die Voraussetzung optimaler Interaktion zwischen Säugling und Bezugsperson sind.

Spangler, Grossmanns & Fremmer-Bombik (2000) präsentieren Ergebnisse ihrer drei Längsschnittstudien mit termingeborenen Kindern, die sich mit der Frage nach individuellen und sozialen Grundlagen der Bindungsdeorganisation befassen. Sie beschreiben Faktoren, die die Bindungsdeorganisation vorhersagen können und konstatieren, dass die kindliche Disposition einen Einfluss auf die Bindungsdeorganisation habe. Sie fanden spezifische Zusammenhänge zwischen der Verhaltensorganisation im Neugeborenenalter und der mütterlichen Feinfühligkeit im ersten Lebensjahr. Kinder, bei denen am Ende des ersten Lebensjahres ein desorganisiertes Bindungsverhalten festgestellt wurde, wiesen schon im Neugeborenenalter eine verminderte Orientierungsfähigkeit beziehungsweise eine reduzierte emotionale Regulationsfähigkeit auf.

Defizite in der Verhaltensorganisation waren bereits unmittelbar nach der Geburt feststellbar und wiesen sich im Verlauf des ersten Lebensjahres als individuelle Ausprägung emotionaler und motorischer Regulationskompetenzen des Kindes aus, das heisst auf eine eingeschränkte Fähigkeit zur emotionalen Regulation und auf eine Verzögerung in der Entwicklung autonomer Regulation. Larroque et al. (2005) argumentieren, dass die beobachteten Temperamentsunterschiede bei Frühgeborenen das Resultat von medizinischen Komplikationen sein könnten und weniger das der Frühgeburtlichkeit selber. Wie bereits Buchheim et al. kritisieren die Autoren die Undifferenziertheit der Studien bezüglich Gestationsalter, Geburtsgewicht und perinatalen Komplikationen.

Die geringeren Kompetenzen Frühgeborener stellen an die Mütter höhere Anforderungen in der Interaktionsgestaltung. Die spezifischen kindlichen Verhaltensmerkmale erschweren den Aufbau mütterlicher Selbstkompetenz und lösen ein Gefühl von Hilflosigkeit aus (Bürgin, 2006).

2.2.6 Auf Seiten der Mutter

Müttern, die voller Angst um ihr Baby sind, fällt die Beziehungsaufnahme oft schwer. Um sich zu schützen, kommt es vor, dass sie in einer „Abwartephase“ verharren, wo sie sich nicht auf ihr Kind einlassen, aus Angst, es zu verlieren (Bürgin, 2006).

Latva et al. (2008) haben das Besuchsverhalten von Müttern untersucht und gefunden, dass negative Erfahrungen mit dem Erstkontakt des frühgeborenen Kindes nach der Geburt – Mütter von Frühgeborenen beschreiben grundsätzlich weniger positive Erinnerungen an den ersten Kontakt mit ihrem Kind als Mütter von Reifgeborenen - mit weniger häufigen Besuchen auf der neonatologischen Intensivstation verbunden sind. Die Autoren deuten dieses Ergebnis als Zeichen von Unsicherheit, Enttäuschung und Angst auf Seiten der Mutter. Die Autoren argumentieren, die negativen Erfahrungen während und nach der Geburt könnten den Bindungsprozess erschweren und langanhaltende Folgen für die Mutter-Kind-Beziehung und daraus folgend für die Entwicklung des Kindes haben. Fegran, Helseth & Fagermoen (2008) weisen auf den empfundenen Surrealismus und die Ohnmachtsgefühle der Mutter nach einer erlebten Frühgeburt hin.

Wie bereits weiter vorne beschrieben, ist das mütterliche psychologische Wohlbefinden entscheidend für die gesunde Entwicklung des Babys sowie für die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung und auch für die spätere soziale und kognitive Entwicklung. Mütter von frühgeborenen Kindern zeigen ein erhöhtes Risiko für depressive Symptome (Singer, Salvator, Guo, Collin, Lilien & Baley, 1999; Davis et al., 2003).

Zahlreiche weitere Studien haben sich ebenfalls mit der emotionalen Reaktion von Müttern nach einer Frühgeburt auseinandergesetzt und vermehrt Gefühle von Angst, Depression und Distress (Singer et al., 1999; Doering et al., 2000; Padovani, Carvalho, Duarte, Martinez & Linhares, 2009) während der perinatalen Periode gefunden. Laut Poehlmann, Miller Schwichtenberg, Bolt & Dilworth-Bart (2009) korrelieren kindliches Gesundheitsrisiko und mütterliche depressive Symptome positiv, genauso wie letztere und soziodemographische Faktoren, wobei diese Korrelation sich sogar als höher erwies. Mehr Risikofaktoren (familiärer-, kindlicher- und mütterlicherseits) gingen mit ausgeprägteren depressiven Symptomen einher, welche in den Monaten nach der Geburt auch weniger schnell wieder rückläufig waren. Dieser Effekt scheint mehr gesteuert durch mütterliche und familiäre Risikofaktoren (vor allem soziale Unterstützung) als weniger durch kindliche Risikofaktoren (geringes Geburtsgewicht, Hospitalisationsdauer, Beatmungsnotwendigkeit). Dies zeigten auch Untersuchungen von Mertesacker et al. (2004). Das Interaktionsverhalten der Frühgeborenen korrelierte in dieser Studie mit mütterlichem traumatischem Stresserleben, nicht aber mit den perinatalen Risikofaktoren des Kindes (vgl. auch Mueller-Nix et al., 2004). In diesem Zusammenhang lassen sich jedoch widersprüchliche Studienergebnisse finden. Auch zur Dauer der depressiven Symptome sind in der Literatur unterschiedliche Daten zu finden. So weisen zum Beispiel Padovani et al. (2009) darauf hin, dass die gefundenen Symptome nach Spitalentlassung rasch an Intensität abnahmen, während Affleck et al. (1991) betonen, dass zwar die meisten Mütter mit Hilfe von fachlicher Beratung und Unterstützung die Anpassung relativ gut meistern, anderen die Anpassung jedoch nicht gelingt und sie unter lang anhaltenden Ängsten und Erinnerungen leiden, die die frühe und auch die spätere Interaktion mit ihrem frühgeborenen Kind beeinflussen können. Auch in neueren Studien wird immer wieder darauf hingewiesen, dass gewisse Eltern mehr Support benötigen als andere und dass dafür spezielle Abklärungen und individuelle Unterstützung wichtig sind (zum Beispiel Libera, Darmochwal-Kolarz & Oleszczuk, 2007).

Mütter Frühgeborener geben weniger Bewusstsein über eigene Emotionen sowie mehr Eigenschaftsangst und Neurotizismus an als Mütter Reifgeborener (Pedrina, 2006). Nach einer Frühgeburt zeigen sich in ihren Reaktionen neben depressiven Symptomen oft auch die diagnostischen Hauptkriterien der akuten Belastungsstörung (Holditch-Davis, Bartlett, Blickman & Miles, 2003): nach dem anfänglichen Zustand von Betäubung werden Depression, Angst, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität und Rückzug beobachtet. Bei der akuten Belastungsstörung klingen die Symptome jedoch rasch (innerhalb weniger bis 48 Stunden) ab. Im Verlauf finden sich bei manchen Müttern die diagnostischen Hauptkriterien der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), die innerhalb von 6 Monaten nach dem traumatisierenden Ereignis auftritt.

Symptome sind Flashbacks, emotionaler Rückzug, Gefühlsabstumpfung, Vermeidung von Reizen, die eine Wiedererinnerung an das Trauma hervorrufen könnten, Zustand vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit, Angst und Depression. Laut Kersting et al. (2004), welche die beschriebenen Symptome bei Müttern von Frühgeborenen untersucht haben, stellt eine Frühgeburt eine komplexe, emotional traumatisierende Erfahrung dar, welche fachliche Unterstützung erfordert und auch nach der Perinatalzeit bis 14 Monate postpartum anhalten kann.

Libera et al. (2007) haben sich für die Copingstrategien von Frauen nach einer Frühgeburt interessiert und gefunden, dass letztere vermehrt emotionale Strategien (Konzentration auf sich selber und auf eigene Gefühle unter Anwendung von Wunschdenken und Fantasiebildern) anwandten als funktionsorientierte (Suchen um Lösung des Problems) und Vermeidungsstrategien. Emotionale Strategien reduzieren wohl die emotionale Belastung, die mit dem traumatischen Ereignis verbunden ist, vermögen aber das Problem nicht zu lösen und können als Folge zu mehr Stress und negativen Gefühlen führen. Die Autoren konstatieren, dass ein hoher Sense of coherence (SOC) (Antonovsky, 1997) hilft, schwierige Situationen als Herausforderungen zu sehen und nicht als Bedrohung, die Intensität von Emotionen und Belastungen mindert und die Notwendigkeit reduziert, emotionale Copingstrategien anzuwenden. So argumentieren sie, dass nicht jede Frühgeburt zwangsläufig eine Krise auslösen muss. Eine Krise entsteht nur, wenn das Ereignis nicht adäquat bewältigt wird, eine Mutter also über unzureichende Bewältigungsmöglichkeiten verfügt. Entscheidend ist, ob sie die Frühgeburt als Herausforderung oder als Belastung definiert, welche Konsequenzen antizipiert werden, welche Ressourcen zur Verfügung stehen und ob die Bewältigungsart funktional ist.

Die beschriebenen Belastungen und die daraus resultierenden Emotionen zeigen sich im Interaktionsverhalten der Mutter mit ihrem Kind. Sie reagieren weniger auf ihr frühgeborenes Kind, sprechen und lächeln es weniger oft an, streicheln es weniger und verhalten sich oft ängstlich und distanziert im Umgang mit ihm (Forcada-Guex et al., 2006; Muller-Nix et al., 2004). Erst in den folgenden Monaten verändert sich dies in Richtung größerer Aktivität. Vergleichende Studien im ersten Lebensjahr haben herausgefunden, dass Mütter frühgeborener Kinder häufig besonders aktiv sind, initiiierend und stimulierend im Umgang mit ihrem Kind (Chapiesky et al., 1997; Deater-Deckard & Bulkley, 2000). Diese Stimulation ist dicht, bedrängend und weniger gut auf die Signale des Babys abgestimmt. Mütter bleiben länger Initiatoren der Interaktion, überladen das Kind mit Reizen und missachten die Bedürfnisse nach Pausen. Die Interaktionsmuster sind mehr kontrollierend und weniger emotional involviert als die der vergleichenden Gruppen mit termingeborenen Babys, wobei bei der Frühgeborenenengruppe mit kontrollierendem Interaktionsmuster die Kinder mit 18 Monaten mehr Verhaltensauffälligkeiten zeigten als die Vergleichsgruppen (Forcada-Guex et al., 2006; vgl. auch Muller-Nix, 2004).

Aus frühen Schwierigkeiten, eine gut aufeinander abgestimmte Interaktion mit dem Baby zu entwickeln und aus den besonderen Belastungen, die die Mütter zu bewältigen haben, kann eine Verfestigung der Einschätzung des Kindes als „schwierig“ und „empfindlich“ resultieren. Diese Einschätzung kann bestehen bleiben, auch wenn sich das Kind selbst gut entwickelt. Ein kompensatorischer Erziehungsstil (Überbehütung) ist eine mögliche Folge (Wightman, Schluchter, Drotar, Andreias, Taylor, Klein et al., 2007).

Die postnatale Depression ist eine häufige Erscheinung nach einer Frühgeburt (Hofecker Fallahpour, 2005). Aus diesem Grund möchte ich im folgenden Abschnitt kurz darauf eingehen und die Folgen dieser Komplikation für die Mutter-Kind-Interaktion erläutern.

Postnatalen Depression (PND) und ihre Folgen für die Mutter-Kind-Interaktion

Die postnatale Depression beginnt schleichend innerhalb der ersten 4 Wochen bis zu einem Jahr nach Geburt und tritt mit einer Häufigkeit von ca. 10% in den ersten beiden Monaten nach der Entbindung auf. Besonders gehäuft kommt sie nach komplizierten oder problematischen Geburten wie beispielsweise einer Frühgeburt vor (Hofecker Fallahpour, 2005). Sie ist gekennzeichnet durch niedergeschlagene Stimmung, Antriebsmangel, Energielosigkeit, motorische Verlangsamung, Freudlosigkeit, Interessensverlust, innere Leere, Müdigkeit, Schlaf- und Appetitstörungen, somatische Beschwerden, sozialen Rückzug, Denk- und Konzentrationsstörungen, Ängste, Sorgen, Schuldgefühle und Suizidgedanken, starke Reizbarkeit, Ungeduld, negative, ambivalente oder fehlende Gefühle dem Kind gegenüber, grosse Ängste bezüglich der Gesundheit des Kindes und Angst, den Aufgaben als Mutter nicht gewachsen zu sein. Das Auftreten von Zwangsgedanken und Zwangsimpulsen mit dem Inhalt, dem Kind etwas anzutun, führt zu ausgeprägten Scham- und Schuldgefühlen. Die PND ist nicht hinreichend durch hormonelle Veränderungen nach der Entbindung zu erklären. Vielmehr handelt es sich um ein multifaktorielles Geschehen; einige Risikofaktoren wie Gefühle der Unzulänglichkeit, mangelndes Selbstwertgefühl, ambivalente Gefühle zur Mutterschaft oder traumatische Geburtserlebnisse treffen insbesondere auf die Mütter von extrem unreifen Frühgeborenen zu (Hofecker Fallahpour, 2005). Von biologischen, entwicklungspsychologischen, psychodynamischen über lerntheoretische, psychosoziale, soziologische, existenzialphilosophische und kulturell bedingte Faktoren und Betrachtungsweisen existiert eine Vielzahl von Erklärungsansätzen. Die Dauer einer PND erstreckt sich über Wochen, Monate und kann bis zu einem Jahr dauern. In den meisten Fällen kommt es zu einer Vollremission. Die Dauer der Krankheitsperioden erscheint kürzer und die Rückfallquote geringer zu sein als bei depressiven Erkrankungen, die unabhängig von einer Geburt auftreten. Von Stimmungsstörungen geheilte Mütter erleben nicht selten in den ersten Jahren der Mutterschaft ein oder mehrere Rezidive ihrer Erkrankung. Vor allem bei einer weiteren Geburt haben betroffene Frauen ein erhöhtes Risiko, eine postnatale Depression zu entwickeln.

Lediglich eine kleine Subgruppe von Frauen scheint psychische Störungen ausschliesslich in der Postnatalzeit zu erfahren (Hofecker Fallahpour, 2005). Wood, Hargreaves & Marks (2004) konstatieren schliesslich, dass Mütter mit einer postnatalen Depression über weniger sichere Bindungsrepräsentationen verfügen als nicht depressive Mütter. In vorhergehenden Kapiteln wurde aufgezeigt, dass die Bindungsrepräsentationen einen wesentlichen Einfluss auf die Bindungsentwicklung zwischen Mutter und Kind haben können.

Im dialogischen System der Mutter-Kind-Beziehung lassen sich schon in den ersten Lebensmonaten Reaktionen des Babys auf distanzierte oder dysfunktionale elterliche Beziehungsformen beobachten. Depressive Mütter lassen im Kontakt mit ihren Kindern weniger Interesse und emotionale Beteiligung erkennen, erweisen sich als weniger einfühlsam, äussern den Kindern gegenüber vermehrt negative Gefühle und Feindseligkeiten und zeigen ein eingegengtes kommunikatives Repertoire (Murray, Fiori-Cowley, Hooper, Cooper, 1996). Broth, Goodman, Hall & Raynor (2004) fanden, dass depressive Mütter weniger akkurat sind im Interpretieren der kindlichen Bedürfnisse. Papousek (2004) beschreibt einen Teufelskreis: depressive Mütter verstärken durch ihr Verhalten die kindliche Regulationsstörung. Die Ängstlichkeit, die Resignation und die Ungeduld irritieren das Kind und beunruhigen es, was wiederum zu einem Insuffizienzgefühl bei der Mutter führt und die Depression verstärkt.

Kinder depressiver Mütter sind ebenfalls passiver, weniger aufmerksam, vermeiden häufiger Blickkontakt, vokalisieren weniger, sind unruhiger und empfindlicher und zeigen mehr Verhaltensweisen der Selbstberuhigung als Kinder gesunder Mütter. Sie versuchen, die mangelnde Verfügbarkeit der Mutter durch Protest und emotionale Dysregulation zu beeinflussen. Andererseits ziehen sie sich bei anhaltendem Nichterfolg zurück und scheinen die Reize aus der Umwelt kaum mehr wahrzunehmen. In systematischen Analysen lässt sich dabei eine Form von „Mikrodepression“ feststellen. Dieses Verhalten kann als Versuch des Kindes interpretiert werden, sich vor der Leere oder der emotionalen Inkongruenz der mütterlichen Mimik zu schützen. Wenn die Babys in ihrem Versuch, die Mütter in einen emotionalen Kontakt mit ihnen zu engagieren, scheitern, lassen sie selbst in ihrer mimischen Ausdruckskraft und Aktivität nach, als ob sie durch Imitation und Identifikation eine Art Gemeinsamkeit mit den Müttern herstellen wollten. Das Baby erlebt Momente der Verlassenheit und Momente, in denen die Reaktion des Gegenübers nicht vorhersehbar ist. Es fehlt an Resonanz und Abstimmung aufeinander. Diese Reaktion nehmen Mütter oft persönlich und werten es als Ablehnung, was wiederum einen überregulierten, invasiven Interaktionsstil auslösen und die Entwicklung stabiler sozialer Beziehungsmuster beeinträchtigen kann. Wichtig scheint aber die kindliche Fähigkeit zu sein, mit verschiedenen Bezugspersonen differenziert umzugehen. Vätern können demnach protektive Funktionen zugeschrieben werden. Trotzdem können sich die Reaktionen generalisieren und auf den Kontakt mit anderen Erwachsenen ausweiten.

In der Folge können sich Kompensationsmuster ausbilden, was sich negativ auf spätere Beziehungsmuster auswirken kann (Field, 1994; Sarimski, 2000; Brisch, 2007).

In der aktuellen Literatur ist die PND im Zusammenhang mit einer Frühgeburt ein grosses Thema. So zeigen die Untersuchungen von Mueller-Nix et al. (2004) mit Frühgeborenen <34 SSW im Alter von 6 und 18 Monaten negative Affekte auf die Mutter-Kind-Beziehung nach postnatalem psychologischem Stress anlässlich einer Frühgeburt auf. Korja et al. (2008) haben zwar weniger depressive Symptome bei Müttern von Frühgeborenen gefunden als dies in anderen Studien der Fall gewesen ist, jedoch korrelierten diese signifikant negativ mit dem Interaktionsverhalten der Mutter. Ihre Untersuchungen wurden mit Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von <1500g oder einem Gestationsalter von <32 SSW im korrigierten Alter von 6 und 12 Monaten durchgeführt. Schmücker, Brisch, Köhntop, Betzler, Österle, Pohlandt, Pokorny, Laucht, Kächele & Buchheim (2005) haben gefunden, dass in der Mutter-Kind-Interaktion mit den Familien mit VLBWs zwar mehr verbaler Austausch stattfand, aber die Interaktion weniger mimische Stimmigkeit zeigte. Mütterliche Ängstlichkeit war zudem mit tieferem mimischem Austausch auf Seiten des Kindes assoziiert. Poehlmann und Friese (2001) stellen fest, dass mütterliche depressive Symptome mit unsicheren Mutter-Kind-Bindungsbeziehungen assoziiert sind, dies aber nur bei ehemaligen Frühgeborenen und nicht bei termingeborenen Kindern.

Diese spezielle Vulnerabilität haben neben Latva et al. (2008) auch Bugental et al. (2009) beschrieben. Letztere sprechen von einer „sensitivity to the emotional climate in their home environment“ (vgl. Kapitel 1.5.1.). Verschiedene Autoren fordern deshalb klar eine fundierte Abklärung des psychischen Befindens der Mutter bereits auf der neonatologischen Intensivstation, um frühzeitig individuelle Unterstützung anbieten und die Mutter-Kind-Interaktion fördern zu können (zum Beispiel Gontard et al., 1999; Mueller-Nix et al., 2004; Holdich-Davis et al., 2003; Korja et al., 2008).

2.3 Mögliche Prävention für die Entwicklung einer positiven Mutter-Kind-Beziehung nach einer Frühgeburt

Die Risikofaktoren einer Frühgeburt und das damit verbundene potentielle Krisenereignis sind in den vorhergehenden Kapiteln erläutert worden. Ebenso sind die Gefahren für die positive Entwicklung eines frühgeborenen Kindes deutlich geworden. In mehreren Studien wird darauf hingewiesen, wie wichtig die Präventionsarbeit – wenn möglich bereits auf der neonatologischen Intensivstation – für ein gutes Gelingen nicht nur der physischen und psychischen Entwicklung des Kindes, sondern auch der Mutter-Kind-Interaktion und dem Bindungsprozess ist.

Dabei ist man sich einig, dass die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion durch die Frühgeburtlichkeit und der damit einhergehenden Unreife des kindlichen Organismus, besonders aber auch durch das mütterliche Stresserleben der Geburt besonderen Risiken ausgesetzt ist. Das Augenmerk der Präventionsarbeit sollte daher besonders auf die Unterstützung der Mutter gelegt werden.

Im Folgenden werden mögliche Präventionsmassnahmen auf der Ebene Neonatologie, auf der Ebene der Mutter und des Kindes beschrieben.

2.3.1 Präventive Massnahmen auf der Neonatologie

Auf modernen Intensivstationen ist man sich bewusst, dass die Atmosphäre (der Lärm, das Licht, die empfundene Sterilität und das grosse medizinische Behandlungsteam) ein Stressfaktor für kleine und grosse Patienten darstellt. Aus diesem Grund werden immer mehr Konzepte erarbeitet und umgesetzt, um das Wohlbefinden und die Genesung auch von der psychischen Seite her zu unterstützen.

Ein bekanntes Konzept ist das „Minimal Handling“ (Teising, 2000), das auch auf der neonatologischen Intensivstation des Universitätsspitals Zürich umgesetzt wird. Es sorgt dafür, dass Frühgeborene neben den lebenswichtigen medizinischen Versorgungen möglichst viel Ruhe bekommen für ihre Entwicklung. Stress und Hektik sollen ihnen erspart bleiben. So wird zum Beispiel das grelle Neonlicht wenn möglich abgedunkelt. Ein festes Betreuungsteam, das für die Konsistenz und Zusammenarbeit in der Betreuung zuständig ist, eine Strukturierung des 24-Stunden-Tages, Behutsamkeit in der Pflege, Unterstützung in Zeiten des Übergangs, Lagerungshilfen, individuelle Unterstützung beim Füttern, Kangarooing (siehe Kapitel 2.3.3.) und die Gestaltung einer angenehmen Atmosphäre für die Familien tragen wesentlich zum Wohlfühlfaktor und den Entwicklungsmöglichkeiten des Babys bei.

Ein weiterer Fortschritt in der Behandlung von Frühgeborenen ist die Verlegungsphilosophie. Heute versucht man grundsätzlich, wenn immer möglich, die schwangere Frau direkt in ein Spital zu verlegen, in dem eine Neonatologie vorhanden ist. Dies erspart dem Frühgeborenen eine strapaziöse Verlegung und die Mutter hat die Möglichkeit, ihr Kind regelmässig zu besuchen. Das Betreuungsteam der Wöchnerinnenabteilung und der neonatologischen Intensivstation arbeiten dabei eng zusammen.

Schliesslich ist das Einführen der Eltern in die Pflege und Versorgung ihres Kindes zu erwähnen. Neben dem positiven Effekt für das Frühgeborene erlebt auch die Mutter die Möglichkeit zu helfen, für ihr Kind da zu sein, sie erlebt sich als kompetent und ist bezüglich der Situation ihres Babys informiert. Zudem kann sich die Mutter so optimal auf den Austritt vorbereiten (Gallegos Martinez, Monti Fonseca & Silvan Scochi, 2007).

Werden Eltern sorgfältig und liebevoll angeleitet, Stabilitäts- und Instabilitätssignale ihrer Freigeborenen zu lesen (Regelmässigkeit der Atmung, Tonus, Koordination der Bewegungen, Wachheit und Aufmerksamkeit), so lassen sich Reizüberflutungen für den Säugling verhindern und Hilflosigkeits- oder Inkompetenzgefühle von Eltern minimieren (Bürgin, 2006). Müttern kann so der Bindungsaufbau durch Unterstützung taktilen Körperkontaktes erleichtert werden, was Fremdheits- und Deprivationsgefühle entgegenwirkt, das Empfindungen von Hilf- und Nutzlosigkeit verringert und ihnen beim Versuch beisteht, eine kompetente Mutter zu werden.

2.3.2 Interventionsprogramme für Mütter

Gerade Mütter von extrem kleinen Frühgeborenen (ELBW) sind wegen der oft wochenlangen stationären Behandlungszeit ihres Kindes und der neonatologischen Komplikationen psychisch belastet und haben unter Umständen mit intensiven Trennungs- und Verlusterlebnissen zu kämpfen. Bereits 1987 hat Cramer die psychotherapeutische Betreuung dieser Eltern empfohlen. Auch heute ist sich die Forschung einig, dass Eltern durch eine gezielte Begleitung gestärkt werden können und müssen (zum Beispiel Israel, 2006). Durch die Interventionen kann die kognitive, motorische und emotionale Entwicklung der Kinder verbessert und die elterliche Wahrnehmung der kindlichen Bedürfnisse geschult werden. Verschiedene Ansätze, vor allem aus Amerika, werden in der Literatur besprochen und evaluiert. Eine kritische Übersicht hat Brisch et al. (1997) zusammengefasst. Aus dieser Zusammenfassung gehen vier bevorzugte Interventionsmöglichkeiten hervor:

- Kombinierte Interventionen bei Eltern und Kind mit hoher Intensität
- Kind-zentrierte Interventionen
- Kombinierte Interventionen bei Eltern und Kindern mit niedriger Intensität
- Eltern-zentrierte Interventionen

Die veröffentlichten Studien zu Interventionen zur Förderung der Entwicklung des Kindes und der psychologischen Situation der Eltern zeigen unterschiedliche theoretische Hintergründe und Ergebnisse. Nicht alle Mütter scheinen eine fachliche Unterstützung zu benötigen. So hat sich gezeigt, dass sich die elterliche Kompetenz auch vermindern kann, wenn die Mutter sich grundsätzlich als kompetent erlebt, sozial gut eingebettet ist und ein problemloses Baby hat (Sarimski, 2000). Kaaresen, Ronning, Ulvund & Dahl (2006) beschreiben einen deutlichen Erfolg ihres individuell angepassten Mutter-Kind-Interaktions-Programms. Der elterliche Stress - auch der der Väter - konnte dabei deutlich reduziert und schliesslich mit dem Stresslevel von Eltern reifgeborener Kinder verglichen werden.

Auch Brisch, Buchheim, Köhntop, Kunzke, Schmücker, Kächele & Pohlandt (1996) konnten mit ihrem Ulmer Modell der Elternbetreuung, welches zur Verbesserung des elterlichen Copings, des Bindungsprozesses und der Eltern-Kind-Interaktion eingesetzt wurde, positive Ergebnisse verzeichnen. Andererseits brachte die kognitiv-behavioral gestützte Intervention zur Prävention einer postnatalen Depression bei Müttern von sehr kleinen Frühgeborenen von Hagan, Evans & Pope (2004) keine Verbesserung der Prävalenz für die Entwicklung einer PND. Grundsätzlich werden Programme, die bereits im stationären Raum begonnen haben und die Sensibilität der Mütter für Verhaltens- und Temperamentsmerkmale ihrer Kinder schulen als erfolgreich beschrieben (zum Beispiel Forcada-Guex et al., 2006).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Massnahmen der Vorsorge und Vorbeugung sich vorrangig auf die Beseitigung und Minderung der Folgen psychosozial belastender Lebensverhältnisse sowie auf die Gesundheitsförderung und die Stärkung von Schutz- und Abwehrkräften in Familien mit erhöhter Risikobelastung konzentrieren sollten. Wie bereits mehrmals erwähnt, hängen die Entwicklungsparameter von Frühgeborenen mehr mit den sozioökonomischen Lebensumständen der Eltern und dem psychischen Befinden der Mutter zusammen als mit der Schwere der peri- und postnatalen medizinischen Risikofaktoren. Eine Frühgeburt alleine ist kein grundsätzlicher Risikofaktor für die positive Entwicklung der Kinder (vgl. auch Brisch et al., 2003). Da Störungen der kindlichen Entwicklung in erheblichem Masse durch Störungen der frühen Mutter-Kind-Beziehung vermittelt werden, versprechen sowohl Vorsorgeprogramme zur Elternschulung in Hochrisikogruppen als auch die frühzeitige Erkennung gestörter Interaktionen und Interventionen zur Förderung der elterlichen Erziehungskompetenz in dieser frühen Entwicklungsperiode besonderen Erfolg (Brisch, 2003). Pedrina (2006) plädiert zudem für niederschwellige Angebote auch nach dem Spitalaufenthalt in halböffentlichen Räumen, um einer Isolierung der jungen Mütter vorzubeugen. Betont werden sollte dabei die Alltäglichkeit der Krisenhaftigkeit, die alle Mütter betrifft, um so einer Stigmatisierung entgegenzuwirken.

Schliesslich ist eine Frühgeburt eine Belastung für die Partnerschaft (Rhode, 2004). Durch das Hin und Her zwischen zu Hause und Krankenhaus und eigene Gedanken und Ängste werden gemeinsame Stunden oft zur Seite geschoben. Der Partner kann sich im Stich gelassen fühlen oder es kommt zu gegenseitigen Schuldzuweisungen. Ein allfälliger Rückzug, Passivität, Libidoverlust oder Ablehnung dem Partner gegenüber können als Hinweis auf eine Entfremdung in der Beziehung gedeutet werden. Gespräche sind in dieser Zeit sehr wichtig, um das eigene Befinden, Gefühle, Sorgen und Unsicherheiten mit dem Partner austauschen und die Situation gemeinsam meistern und eventuell gar daran wachsen zu können. Krisensituationen verstärken die Erwartungen an den Partner und die Partnerin (Rohde, 2004).

In ihrem Bedürfnis nach Unterstützung, Ermutigung und Bestätigung sowie ihrem Wunsch zu lernen wendet sich die Mutter in erster Linie an ihren Ehemann (Stern, 2002). Kann dieser die gewünschte Unterstützung aus unterschiedlichen Gründen nicht bieten, sind die Frauen enttäuscht und fühlen sich alleine gelassen, auch wenn sie die Unterstützung von anderen Menschen bekommen. Stabilität der Partnerschaft, Lebendigkeit der Beziehung und Dialogfähigkeit der werdenden Eltern erleichtern den Umgang mit der belastenden Situation. Verschiedene Studien zeigen auf, dass eine hohe Zufriedenheit und Unterstützung in der Partnerschaft / Ehe eine wichtige Ressource ist bei der Bewältigung einer Frühgeburt (Reid, 2000; Holditch-Davis et al., 2003; Löhr, von Gontard & Roth, 2000). Offenheit für Veränderung und ein innerer Raum für das Kind in der Vorstellungswelt beider Eltern sind entscheidende Voraussetzungen dafür, dass sich ein Eltern-Kind-Beziehungssystem entwickeln kann (vgl. auch Fivaz-Depeursinge, 2008). Mütter sollten deshalb bei Bedarf auf fachliche Stellen, Eltern- / Selbsthilfegruppen oder online communities hingewiesen werden, damit ihre Bewältigungsprozesse und die Kommunikation in der Partnerschaft nach einer Frühgeburt unterstützt werden können.

2.3.3 Präventive Massnahmen auf der Seite des Kindes

Im Gegensatz zu gesunden, termingeborenen Babys, die im Rooming – In¹² normalerweise 24 Stunden bei der Mutter sind, können die Mütter von Frühgeborenen ihr Kind nur stundenweise besuchen und an der Betreuung und Pflege teilnehmen. Eine besondere Bedeutung hat aus diesem Grund das Kangarooing (Kangaroo Mother Care) als wichtiger und hilfreicher Bestandteil der Therapie von Frühgeborenen bekommen (Browne, 2004). Die Kängurumethode kommt ursprünglich aus Bogota, Kolumbien und wurde zufällig von zwei Kinderärzten entdeckt, als Mütter als Ersatz für fehlende Wärmebettchen eingesetzt wurden. Dabei wurden die nackten Kinder aufrecht auf den nackten Oberkörper der Mutter gelegt. Der Zustand der Kinder verbesserte sich erheblich. Ärzte aus Europa und den USA übernahmen die Methode in den achtziger Jahren in der Erwartung, dadurch die psychosoziale Entwicklung frühgeborener Kinder und deren Eltern-Kind-Beziehung zu fördern. Inzwischen ist die Methode weltweit verbreitet und wird auch auf der neonatologischen Intensivstation des Züricher Universitätsspitals angewandt. Das Kangarooing als einfache und kostengünstige Intervention kann je nach Zustand des Kindes täglich von einer bis zu mehreren Stunden angewendet werden. Die Wahrnehmungen und Körpererfahrungen der Kinder sind ganzheitlich.

¹² Unterbringung von Mutter und Kind im selben Zimmer zur Förderung der Bindung

So können sie ihre Mutter über Berührung, Körperempfinden, Bewegung, Vibration, Temperatur, Geruch, Geschmack, Hören und Sehen erfahren.

Es ist ein Moment der Nähe, Wärme, Geborgenheit und Zärtlichkeit, in welchem die Beziehung zueinander wachsen kann. Zahlreiche Studien haben die Wirksamkeit (oder zumindest keine Gefährdung, Miles, Cowan, Glover, Stevenson & Modi, 2006) der Kägu-rumethode beschrieben. So soll durch diese spezielle Pflege die physiologische Stabilität (vor allem Wachstum, Körpertemperatur und Morbidität), die kindliche Verhaltensorganisation (vor allem Regulation von Erregungszuständen, Schreien), die kognitive Entwicklung und die positiven Bindungsbeziehungen auch kleinster Frühgeborener positiv beeinflusst und unterstützt werden. Die Mütter erleben weniger Stress, haben weniger Stillprobleme, beurteilen ihr Kind positiver, sind zärtlicher und zeigen deutlicheres Bindungsverhalten (Moore, Anderson & Bergman, 2009). Auch Korja et al. (2008) unterstreichen den positiven Einfluss von physischer Nähe für die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion im Falle einer Frühgeburt. Zudem wird das Kompetenzgefühl der Mutter durch Beteiligung an der Betreuung ihres Kindes gestärkt (Browne, 2004; Rao, Udani & Nanavati, 2008). Die Kängurupflege ist – neben dem Stillen - die einzige Kontaktaufnahme, die nur in den Zuständigkeitsbereich der Eltern gehört. Ob die Methode auch einen Einfluss auf die Mortalität oder die Dauer des Krankenhausaufenthaltes hat, konnte lange nicht bewiesen werden (Christ-Steckhan, 2005; Browne, 2004). Eine aktuelle Studie von Lawn, Mwansa-Kambafwile, Horta, Barros & Cousens (2010) konnte jedoch aufzeigen, dass Kangarooing die neonatale Mortalität unter Frühgeborenen (<2000g) reduziert und hoch effektiv ist bei der Verhütung von ernsthaften Krankheiten, im Speziellen Infektionen.

Eine letzte, aber besonders wichtige Intervention ist das Stillen. Sowohl für Mutter wie auch für das Kind ist das Trinken von der mütterlichen Brust optimal. Die Muttermilch ist angepasst an den Energie- und Nährbedarf und den Stoffwechsel des Kindes. Zudem enthält sie Abwehrstoffe gegen Infektionen und verhindert die frühzeitige Allergisierung (Christ - Steckhan, 2005). Die Mutter wird durch das verminderte Freisetzen von Corticotropin-releasing-Hormonen aus der Amygdala besser vor Stresseinflüssen geschützt und kann aktiv etwas für das Wachstum und die Genesung ihres Kindes tun (Friese, Plath & Briese, 2000). Kirkilionis (2008) argumentiert, dass das Stillen für das Baby nicht nur zur Sättigung dient, sondern auch Trost und Kontaktsaugen darstellt. Stillversuche und später das Stillen sind für den Beziehungsaufbau zwischen Mutter und Kind von enormer Bedeutung. Die Milchmenge sowie Still- und Abpumpprobleme sind überdies Indikatoren für das psychische Befinden der Mutter.

Der Unterschied der Mutter-Kind-Interaktion bei Frühgeborenen im Gegensatz zu jener der Termingeborenen wird im Folgenden untersucht.

3 Empirischer Teil

Im folgenden Kapitel werden Fragestellung und Hypothesen der vorliegenden Studie vorgestellt und die Methodik beschrieben. Darunter fallen Studiendesign, Rekrutierung der Stichprobe, Ein- und Ausschlusskriterien, die Datenerhebung inklusive dem Vorstellen der Erhebungsinstrumente und schliesslich die Darstellung des Datenauswertungsverfahrens.

3.1 Fragestellung und Hypothesen

Diese Studie geht der Fragestellung nach, ob und wie sich das Interaktionsverhalten von Müttern mit ihren frühgeborenen Säuglingen und Müttern mit ihren termingeborenen Säuglingen unterscheidet. Ebenso interessieren Unterschiede in den beiden Gruppen bezüglich Stressempfinden im Zusammenhang mit der Geburt, bezüglich des psychischen Wohlbefindens und der Partnerschaftszufriedenheit.

Aus diesen Fragestellungen leiten sich folgende Hypothesen ab:

Hypothese 1: Die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion bei Frühgeborenen ist schlechter als die Mutter-Kind-Interaktion bei termingeborenen Kindern.

Hypothese 2: Das mütterliche Stresserleben anlässlich einer Termingeburt ist niedriger als dasjenige von Müttern anlässlich einer Frühgeburt.

Hypothese 3: Die Intensität des mütterlichen Stresserlebens im Zusammenhang mit der Geburt sagt signifikant die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion voraus.

Hypothese 4: Mütter nach einer Termingeburt weisen weniger depressive Symptome auf als Mütter nach einer Frühgeburt.

Hypothese 5: Die Partnerschaftszufriedenheit von Müttern nach einer Termingeburt ist grösser als die Partnerschaftszufriedenheit von Müttern nach einer Frühgeburt.

3.2 Methodik

Nachfolgend wird das methodische Vorgehen der vorliegenden Arbeit näher beschrieben.

3.2.1 Studiendesign

Die vorliegende Studie ist das Teilprojekt einer Gesamtuntersuchung, welche die Interaktion von Eltern und ihren neugeborenen Kindern untersucht. In dieser Arbeit wird der Schwerpunkt auf die Untersuchung von Müttern von frühgeborenen Kindern gelegt. Daten einer Vergleichsgruppe von Eltern mit Kindern von termingeborenen Kindern standen zur Verfügung.

Es wurde einerseits die Interaktion der Eltern mit ihren Kindern mittels Videoanalyse geratet. Andererseits wurden anhand von Fragebogen Daten zum Geburtserleben, der psychischen Befindlichkeit sowie der Partnerschaft eruiert. Die Daten wurden in Zusammenarbeit mit dem Kinderspital Zürich erhoben. Der Datenerhebung ging die Zustimmung der zuständigen Ethikkommission voraus.

Rekrutierung der Stichprobe

Zwischen Juni 2009 und Juli 2010 wurden durch die Klinik für Neonatologie des Universitätsspitals Zürich Familien mit 31 Frühchen (zwischen der 31. und der 34. Schwangerschaftswoche) rekrutiert.

Der Oberarzt der neonatologischen Intensivstation stellte einen ersten Kontakt zu den Eltern her, informierte sie bezüglich des Studiendesigns und bat um ihre Einwilligung. Nach Vorliegen der schriftlichen Einverständniserklärung konnten die Familien zur Vereinbarung eines Termins für die Videoaufnahme bei ihnen zuhause angefragt werden.

Ein- und Ausschlusskriterien

Folgende Einschlusskriterien wurden formuliert: Die Frühgeborenen mussten zwischen der 31. und der 34. SSW geboren und nach der Geburt auf der neonatologischen Intensivstation des Universitätsspitals Zürich behandelt worden sein. Eine schriftliche Einverständniserklärung musste vorliegen und die Eltern mussten über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, um den Zweck der Studie zu verstehen und die Fragebögen ausfüllen zu können.

Zum Ausschluss aus der Studie führten: Eine Geburt vor der 31. SSW oder nach der 34. SSW und/oder eine kindliche Missbildung, Chromosomenabnormalität oder eine Fetal-krankheit. Getrennt lebende Eltern oder eine psychischen Störung und/oder Drogenabusus der Mutter oder des Vaters waren weitere Ausschlusskriterien.

Datenerhebung

Der zuvor telefonisch vereinbarte Besuchstermin fand 10 Wochen (+/-1) nach der Geburt statt. Um später die Mutter-Kind-Interaktion beziehungsweise die Vater-Kind-Interaktion einschätzen zu können, wurde sowohl mit dem Säugling und der Mutter sowie mit dem Säugling und dem Vater eine ca. 4minütige Videosequenz einer Spielinteraktion gedreht. Die Fragebogen, mit welchen Daten zu klinik-, eltern- und kindbezogene Variablen, zum psychischen Wohlbefinden, der Qualität der Elternbeziehung und der Belastung anlässlich der Geburt eruiert wurden, konnten entweder zu diesem Termin mitgenommen werden oder sie wurden den Eltern im Vorfeld des Besuches zugesandt.

3.2.2 Variablen und Erhebungsinstrumente

Um die oben genannten Hypothesen zu operationalisieren, wurde die Mutter-Kind- und die Vater-Kind-Interaktion anhand ca. vierminütiger Videosequenzen mit jeweils der Mutter und dem Kind und dem Vater und dem Kind analysiert. Dies geschah mit Hilfe des CARE-Index von Pat Crittenden.

Das Stresserleben bezüglich der Geburt, das psychische Wohlbefinden und die Partnerschaftszufriedenheit wurden mit 5 verschiedenen Fragebögen eruiert.

Nachfolgend werden diese Instrumente beschrieben.

CARE-Index von Pat Crittenden

Der CARE-Index dient der Einschätzung der elterlichen Feinfühligkeit sowie des Verhaltens des Kindes in Eltern-Kind-Interaktionen (Crittenden, 2005). Er basiert auf der Beurteilung drei- bis fünfminütiger freier Spielinteraktionen zwischen einem Erwachsenen und einem Kind, wobei in der vorliegenden Studie die Interaktion zwischen Mutter und Kind beziehungsweise zwischen Vater und Kind untersucht wurden. Durch die Kodierung können Informationen bezüglich der Eltern-Kind-Dyade gewonnen werden. Es geht also um beziehungspezifische Charakteristika. Der CARE-Index existiert für Säuglinge bis 15 Monate und für „toddlers“ zwischen 15 und 30 Monaten. Crittenden berücksichtigt in diesen beiden Versionen zwei Altersstufen der Entwicklung von Kindern. Das Instrument schätzt das mütterliche bzw. das väterliche Interaktionsverhalten entsprechend dreier Skalen *Sensitivität, Kontrolle und Unempfindlichkeit* ein. Unter Kontrolle versteht Crittenden responsives, aber eingreifendes und störendes Verhalten. Kontrolle ist eine nicht angemessene Reaktion auf die interpretierten Signale des Kindes, während Unempfindlichkeit als nicht Wahrnehmen oder Fehlinterpretieren der kindlichen Signale verstanden wird. Letzteres bedeutet ein „Zuwenig“ an feinfühligem elterlichem Verhalten. Das kindliche Interaktionsverhalten wird entsprechend vier Skalen *Kooperation, Compliance, Schwierigkeit und Passivität* eingeteilt. Die Compliance könnte man auch mit Anpasstheit übersetzen. Dabei „fälscht“ das Kind sein Verhalten und zeigt beispielsweise einen positiven Affekt, auch wenn es wütend oder traurig ist. Es verhält sich auf eine Art und Weise, wie es von der Bezugsperson erwartet wird, weil es ihr eine Freude machen will oder weil es sich vor der Bezugsperson schützen muss. Ein schwieriges Kind zeigt seinen (meist negativen) Affekt offen, indem es sich gegen die Interaktion wehrt oder protestiert. Ein passives Kind lässt sich hängen, ergreift keine Initiative und wirkt lustlos und abwesend. Sowohl die erwachsenen als auch die kindlichen Verhaltensweisen werden in Bezug auf sieben separate Verhaltensaspekte bezüglich der Feinfühligkeit bewertet.

Dies sind (1) Gesichtsausdruck/Mimik, (2) verbale Äusserungen, (3) Position und Körperkontakt, (4) Stimmung/Affekt, (5) Wechselspiel/Kontingenz der Interaktion, (6) Kontrolle und (7) Wahl der Aktivität.

Die klinische Relevanz des CARE-Index zeigt sich unter anderem in Studien, die zur Bestätigung der Validität des CARE-Index angeführt werden können. So konnte Crittenden in mehreren Studien nachweisen, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Mutter-Skalen im CARE-Index und Misshandlung bzw. Vernachlässigung der Kinder besteht (Crittenden, 1981; Crittenden 1985; Crittenden 1992).

Um die Videosequenzen auswerten zu können, musste die Anwendung und Nutzung des CARE-Index in einem Kurs in Düsseldorf (3 Blöcke à 2,5 Tage) erlernt werden. Dieser diente der Schulung der Analyse von Interaktionsmustern zwischen Mutter und Säugling bis zum 15. Lebensmonat. Die Definition von mütterlichem sensitivem Verhalten, typische Muster der Interaktion, dyadische Entwicklungsaufgaben, sieben Aspekte von beobachtbarem Verhalten sowie unterschiedliche, sich ergänzende Analysemethoden gehörten zu den Kursinhalten. Zahlreiche Übungsvideos während den Kurstagen sowie zwischen den Kursblöcken wurden von den Kursteilnehmern und Kursteilnehmerinnen ausgewertet und anschliessend mit dem Kursleiter besprochen. Ein Reliabilitätstest bildete den Abschluss. Obwohl der Test bestanden wurde, konnte die Coder-Zertifizierung für die vorliegende Arbeit nicht erreicht werden. Das Testergebnis erlaubt lediglich die Unterscheidung von Risiko- und Nichtrisikodyaden. Die Videoratings wurden darum von drei Raterinnen ausgewertet, wobei keine über eine Coder-Reliabilität verfügt und somit die Interraterreabilität für den CARE-Index nicht gewährleistet werden kann.

Fragebögen

Im Folgenden werden die Fragebögen vorgestellt. Der Befindlichkeits- und der Partnerschaftsfragebogen wurden sowohl von der Mutter als auch vom Vater ausgefüllt.

- **Allgemeiner Fragebogen**

Mit diesem Fragebogen wurden *Elternbezogene Variablen* wie Geschlecht, Alter, Nationalität, schulische Ausbildung, Berufstätigkeit, finanzielle Unterstützung und *Kindbezogene Variablen* wie Einling-/Zwillingskind, Geschlecht, Geburtsdatum, Geburtsgewicht, aktuelle Haupt Bezugsperson, Geschwister, Schwangerschaftsverlauf, Geburt, Wochenbett und Stillzeit erhoben.

- **SILGer 27 (Salmon's Item List; German Language version)**
 Der Fragebogen untersucht das Geburtserleben der Mutter anhand von 27 Items. Ursprünglich entwickelt wurde er als SILEngl von Salmon et al. (1990 & 1992). Die deutsche Version wurde von Stadlmayr et al. (2001) mit sieben Items ergänzt, an einem Sample von 251 deutschsprachigen Frauen psychometrisch evaluiert und auf Validität und Reabilität geprüft. Der Fragebogen erfasst 27 kognitive und emotionale antagonistische Erlebnismomente, die auf einer Skala von 0 – 7 eingeschätzt werden können. Stadlmayr et al. ordneten diesen Erlebnismomenten 4 Dimensionen zu: Erfüllung, Enttäuschtheit, gute emotionale Adaption und Schmerz und Erschöpfung.
- **SILGer 23 (Salmon's Item List; German Language version)**
 Der Fragebogen untersucht das Geburtserleben des Vaters anhand von 23 Items. Entwickelt wurde er ebenfalls von Stadlmayr et al. (2001), wurde bisher zwar in Studien eingesetzt, aber noch nicht publiziert.
- **IES-r (Impact-of-Event scale)**
 Dieser Fragebogen ist ein Instrument zur Einschätzung einer akuten Stressreaktion (acute stress reaction, ASR) und erhebt aufdrängende Erinnerungen und Vermeidung von Erinnerungen an ein traumatisches Ereignis und den damit zusammenhängenden Gefühlen. Entwickelt wurde er von Horowitz, Wilner und Alvarez (1979). Weiss/Marmar et al. (1997) haben ihn übersetzt, Stadlmayer et al. (1999) haben ihn adaptiert und psychometrisch evaluiert. Das Scoring haben sie von Maercker und Schützwohl (1998) übernommen. 22 zu beantwortende Fragen können auf einer Skala „überhaupt nicht“, „selten“, „manchmal“ und „nie“ eingeschätzt werden und sind den Subskalen Vermeidung, Intrusion und Hyperarousal zugeordnet.
- **EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) (Befindlichkeitsfragebogen)**
 Die ursprüngliche Version stammt von Cox, Holden und Sagovsky (1987). Die deutsche Version wurde von Bergant, Nguyen, Heim, Ulmer und Dapunt (1998) übersetzt und validiert. Dieses Screening-Instrument ermöglicht die Erkennung von depressiven Symptomen bei Frauen nach der Geburt. Er erfasst keine körperlichen Symptome wie Müdigkeit, Schlafstörungen oder Reizbarkeit, weil diese nach der postnatalen Phase häufig vorkommen und in diesem Zusammenhang nicht unbedingt als depressive Symptome zu bewerten sind. Er kann keine klinische Diagnose stellen und dient nicht als Ersatz für eine psychiatrische Evaluation. Er kann jedoch die Wahrscheinlichkeit einer vorliegenden Depression einschätzen und korreliert gut mit anderen Depressionsinventaren wie beispielsweise der Beck Skala (BDI) und dem Gesundheitsfragebogen (GHQ).

Mütter und Väter werden gebeten, für jede der 10 Fragen von 4 Antwortmöglichkeiten diejenige zu wählen, die möglichst nahe ausdrückt, wie sie sich in den letzten 7 Tagen gefühlt haben. Der Fragebogen wird international verwendet.

- **Partnerschaftsfragebogen**

Mit 7 Fragen (6-Punkt-Skala) wird die Zufriedenheit mit der emotionalen Unterstützung durch den Partner eingeschätzt. Sie sind abgeleitet von einem Instrument (Liefke Course and Health Research Center, 2001), das von Lemola, Stadlmayr und Grob (2007) auf Deutsch übersetzt, modifiziert und gekürzt wurde.

Die Analysevariablen für die Fragebögen wurden entsprechend der jeweiligen Auswertungsvorschriften durch Addition (Summenscore) respektive Addition und Division durch Anzahl der Items (Mittelwertscore) berechnet. Eine Spezialregelung galt für den SILGer. Da von diesem Fragebogen von Stadlmayr et al. (2001) eine Mutter- und eine Vaterversion existiert, gibt es eine unterschiedliche Anzahl Items, die auch anders zusammengesetzt sind. Die Mütter der Kontrollgruppe aus Basel haben fälschlicherweise wie die Väter die Vaterversion mit 23 Items ausgefüllt, während die Mütter der Stichprobe aus Zürich die Mutterversion mit 27 Items ausgefüllt haben. Aus diesem Grund fehlen in den Basler Fragebögen systematisch 6 Items. In beiden Fragebogenversionen sind 16 Items identisch, darum wurden nur diese 16 Items für die Berechnung des Summenscores verwendet. Dessen Berechnung erfolgte nach Stadlmayr et al. (2001) folgendermassen: der Mittelwert wurde mit dem Faktor 20 multipliziert um anschliessend vom Produkt 16 abzuziehen, um einen Minimalscore von 0 zu erreichen (Maximalscore 120).

Klinikbezogene Variablen

Aus den Epikrisen der Frühchen sowie der Mütter wurden folgende Daten herausgeschrieben: Gestationsalter bei Geburt, Hospitalisationsdauer, Beatmungsdauer, Liegezeit im Inkubator, Komplikationen während des Klinikaufenthaltes, im Zusammenhang mit der Frühgeburt aufgetretene Krankheitsbilder, Beteiligung der Eltern (Besuchszeiten, Kangarooing, Pflege) sowie Komplikationen der Mutter während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

3.2.3 Datenanalyse

Die vorliegenden quantitativen Daten wurden mit dem Statistikprogramm SPSS 18.0 Complete, Windows & Mac-Version analysiert. Das Signifikanzniveau wurde auf 5% ($\alpha < 0.05$) festgelegt.

Datenkontrolle

Nachdem die Daten der Fragebögen, der Krankengeschichten und der Videoratings in ein SPSS Datenfile eingefügt worden sind, wurden die Daten zuerst auf deren Richtigkeit überprüft. Um Eingabefehler aufzudecken, wurde für alle Variablen die Häufigkeit der einzelnen Werte, die grössten und kleinsten Variablenwerte geprüft, ob sie dem vorgesehenen Wertebereich entsprechen. Zugleich wurden Variablenwerte anhand des Boxplots auf ihre Plausibilität geprüft, um beispielsweise Geburtsgewichtangaben mit „3500“ zu entdecken und zu korrigieren. Zusätzlich wurden Stichkontrollen der Eingabewerte der Fragebögen durchgeführt.

Angewendete statistische Verfahren

Für die deskriptive Statistik wurden für intervallskalierte Variablen die Stichprobengrösse (n), die fehlenden Werte (n missing), die Masse der zentralen Tendenz (Mittelwert m) und die Dispersionsmasse (Standardabweichung sd) berichtet. Die kategorialen Variablen wurden mit der Stichprobengrösse (n), den fehlenden Werten (n missing) und Prozentangaben beschrieben.

Es wurden die kontinuierlich intervallskalierten Variablen auf Normalverteilung mittels Kolmogorov-Smirnov-Test geprüft ($p=0.01$).

Nach der Überprüfung der Normalverteilung wurden Mittelwertvergleiche anhand des unabhängigen T-Tests vorgenommen, um die Zusammenhangshypothesen 1, 2, 4 und 5 zu überprüfen. Der unabhängige T-Test prüft den Mittelwertunterschied von zwei Gruppen geteilt durch den Standardfehler. Berichtet wurden dabei die Stichprobengrösse (n), der Mittelwert (m), der Testwert (t) und die Signifikanz (p). Zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen wurde der Levene-Test eingesetzt.

Um den Zusammenhang zwischen dem Fragebogen SILGer zum Geburtserleben der Mutter und dem CARE-Index zur Beurteilung der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion zu berechnen und somit Hypothese 3 zu beantworten, wurden die Korrelationen analysiert. Dafür wurde der Korrelationskoeffizient nach Pearson berechnet und die Korrelation (r), die Signifikanz (p) und die Stichprobengrösse (n) berichtet (Buehl, 2006).

3.3 Ergebnisteil

Im ersten Teil dieses Kapitels werden die Stichproben vorgestellt. Anschliessend folgen die Vergleiche der Fragebögen der Studien- und der Kontrollgruppe und schliesslich wird auf Korrelationen der Untersuchungsinstrumente (CARE-Index, Fragebögen SILGer, IES-r, EPDS und Partnerschaftsfragebogen) eingegangen.

3.3.1 Soziodemographische Charakteristika der Studien- und Vergleichsgruppe

Tabelle 1 zeigt die soziodemographischen Charakteristika der Studiengruppe (Frühgeborene) und der Vergleichsgruppe (Termingeborene).

Tabelle 1: Deskriptive Statistiken zu den soziodemographischen Angaben der Studien- und Vergleichsgruppe

	Stichprobe Frühgeborene (n=31)	Stichprobe Termingeborene (n=30)
Geschlecht		
weiblich	10 (32.3%)	18 (60.0%)
männlich	21 (67.7%)	12 (40.0%)
Gewicht in kg		
Mittelwert	1.872	3.575
n missing		2 (6.7%)
Ein-/Mehrlinge		
Einlinge	26 (83.9%)	30 (100.0%)
Zwillinge	2 (6.5%)	
Drillinge	3 (9.7%)	
Anzahl Geschwister		
kein Geschwister	16 (51.6%)	17 (56.7%)
1 Geschwister	9 (29.0%)	9 (30.0%)
2 Geschwister	3 (9.7%)	3 (10.0%)
3 Geschwister	3 (9.7%)	1 (3.3%)

Die anlässlich der vorliegenden Arbeit rekrutierte Stichprobe (n=31) besteht aus 10 Mädchen und 21 Knaben. Das durchschnittliche Geburtsgewicht liegt bei 1.872 kg (sd=0.381), wobei das leichteste Baby 1.140kg und das schwerste Baby 2.760kg wiegt. 83.9% der Kinder sind Einlinge, daneben gibt es ein Zwillingsspaar und einmal gar Drillinge. Das heisst, die Stichprobe der Frühgeborenen besteht zwar aus 31 Kindern, jedoch lediglich aus 28 Elternpaaren. 16 haben zudem noch kein Geschwister, sind also Erstgeborene. 9 weitere Frühgeborene haben je 1 Geschwister, 3 haben je 2 und 3 haben jeweils 3 Geschwister. Die Familien sind alle in der Deutschschweiz wohnhaft. Geboren sind die Babys in der Zeit zwischen Juni 2009 und Juli 2010 im Alter von 31 0/7 SSW bis 33 6/7 SSW.

Die bereits bestehende Kontrollgruppe (n=30) der termingeborenen Kinder und deren Eltern besteht aus 12 Knaben und 18 Mädchen. Ihr Geburtsgewicht liegt zwischen 2.700kg und 4.300kg bei einem Mittelwert von 3.575kg (sd= 0.370). Alle 30 Babys sind Einlinge. 17 davon sind Erstgeborene, 9 haben je 1 Geschwister, 3 haben je 2 und 1 Kind hat 3 Geschwister. Auch diese Familien sind alle in der Deutschschweiz wohnhaft. Die Babys sind zwischen März 2008 und Juli 2008 im Alter von ca. 37 SSW bis ca. 40 SSW zur Welt gekommen.

Zu den auffallenden Unterschieden zwischen den beiden Gruppen gehört einerseits das deutlich niedrigere Geburtsgewicht bei den Frühgeborenen. Ihr Durchschnittsgewicht ist gerade mal knapp höher als die Hälfte des Durchschnittsgewichtes der termingeborenen Babys. Interessant ist auch die Tatsache, dass es bei den Frühgeborenen doppelt so viele Knaben gibt wie Mädchen. Schliesslich fallen ebenfalls in der Frühgeborenenengruppe die Mehrlingsgeburten auf (je einmal Zwillinge beziehungsweise Drillinge).

Tabelle 2: Deskriptive Statistiken zu den soziodemographischen Angaben der Eltern

	Stichprobe Frühgeborene (Väter+Mütter jeweils n=31)	Stichprobe Termingeborene (Mütter n=30 / Väter n=29)
Alter in Jahren*		
Mütter	34.45	34.77
Väter	37.68	36.76
Herkunftsland		
Mütter		
Schweiz	14 (45.2%)	18 (60.0%)
anderes Land	11 (35.5%)	7 (23.3%)
Grosseltern anderes Land	6 (19.4%)	5 (16.7%)
Väter		
Schweiz	19 (61.3%)	15 (50.0%)
anderes Land	7 (22.6%)	8 (26.7%)
Grosseltern anderes Land	5 (16.1%)	6 (20.0%)
n missing		1 (3.3%)
Schulische Ausbildung		
Mütter		
Berufslehre	5 (16.1%)	7 (23.3%)
Matura	2 (6.5%)	5 (16.7%)
Höhere Fach-/Berufsschule	8 (25.8%)	5 (16.7%)
Universität/Hochschule	16 (51.6%)	12 (40.0%)
n missing		1 (3.3%)
Väter		
Berufslehre	8 (25.8%)	8 (26.7%)
Matura		1 (3.3%)
Höhere Fach-/Berufsschule	9 (29.0%)	6 (20.0%)
Universität/Hochschule	14 (45.2%)	14 (46.7%)
n missing		1 (3.3%)

*Mittelwert

Tabelle 2 zeigt Angaben zu den Elternteilen der Studien- und Vergleichsgruppe. Dabei ist ersichtlich, dass das Durchschnittsalter der Mütter der Frühgeborenen bei 34.45 Jahren liegt (sd= 4.09). Die jüngste Mutter ist 26 Jahre alt, die älteste 44 Jahre.

Die Väter der Frühgeborenen sind im Durchschnitt 37.68 Jahre alt ($sd= 5.33$), wobei sich deren Alter zwischen 27 und 48 Jahren bewegt. 45.2% der Mütter sind Schweizerinnen, 35.5% kommen aus einem anderen Land und bei 19.4% sind die Eltern beziehungsweise Grosseltern der Kinder aus einem anderen Land. Bei den Vätern sind 61.3% Schweizer, 22.6% kommen aus einem anderen Land und bei 16.1% sind die Grosseltern Ausländer. Diese Angaben sind für die vorliegende Studie jedoch wenig relevant, weil keine qualitativen Auswertungen gemacht wurden und die genannten Daten nicht in die Auswertungen mit einfließen. Darum werden sie hier auch nicht weiter ausgeführt. Bezüglich der Ausbildung haben 16.1% eine abgeschlossene Berufslehre, 6.5% eine Matura, 25.8% weisen eine Höhere Fach- /Berufsschule aus und 51.6% ein Studium an einer Universität oder einer Fachhochschule. Von den Vätern haben 25.8% eine abgeschlossene Berufslehre, 29% waren an einer Höheren Fach- /Berufsschule und 45.2% haben einen Universitätsabschluss oder einen Fachhochschulabschluss. Auffallend ist, dass von den Vätern niemand eine Matura hat, ohne danach nicht eine höhere Ausbildung gemacht zu haben. Bei den Müttern haben 2 nach der Matura keine weiteren höheren Ausbildungen gemacht.

In der Gruppe der Termingeborenen liegt der Altersdurchschnitt der Mütter bei 34.77 Jahren ($sd=4.11$). Die jüngste Mutter ist 25 Jahre alt, die älteste 42 Jahre. Die Väter sind zwischen 30 und 45 Jahre alt, was einen Durchschnitt von 36.76 Jahre ergibt ($sd= 3.89$). 60% der Mütter sind Schweizerinnen, 23.3% kommen aus einem anderen Land und bei 16.7% kommen die Grosseltern aus einem anderen Land. 50% der Väter sind Schweizer, 26.7% kommen nicht aus der Schweiz und 20.0% der Grosseltern sind Ausländer. Von einem Vater fehlen die Angaben. 23.3% der Mütter haben eine Berufsschule besucht, 16.7% haben die Matura, ebenfalls 16.7% eine Höhere Fach- /Berufsschule und 40% einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss. Von den Vätern weisen 26.7% eine abgeschlossene Berufslehre aus, 3.3% eine Matura, 20% eine Höhere Fach- /Berufsschule und 46.7% einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss. Die Angaben von je einer Mutter und einem Vater fehlen.

Unterschiede in den beiden Gruppen gibt es vor allem bezüglich der Herkunft der Eltern. Die Frühgeborenen der vorliegenden Studie haben mehr ausländische Mütter (35.5%) als die Termingeborenen (23.3%), bei den Vätern ist es gerade umgekehrt: 61.3% der Väter der Frühgeborenen sind Schweizer, bei den Termingeborenen sind es 50%. Bezüglich der schulischen Ausbildung fällt auf, dass zwar weniger Mütter der Frühgeborenen eine abgeschlossene Matura haben als die Mütter der Termingeborenen, dass erstere aber öfters eine Tertiärausbildung aufweisen. Das bedeutet, dass sie nach der Matur eher noch studiert haben als die Mütter der Termingeborenen, die in 5 Fällen ihre schulische Laufbahn nach der Matura nicht weiter verfolgt haben.

3.3.2 Beschreibung der Umstände bezüglich Geburt, Hospitalisation und Schwangerschaft

Table 3: Angaben zu Geburt und Hospitalisation des Kindes

	Stichprobe Frühgeborene (n=31)	Stichprobe Termingeborene (n=30)
Geburtsart		
spontan	8 (25.8%)	21 (70.0%)
mit Unterstützung (Saugglocke, Zange)	1 (3.2%)	3 (10.0%)
per Sectio	22 (71.0%)	6 (20.0%)
Hospitalisationsdauer Neonatologie		
Mittelwert in Tagen	21.19	
Inkubator		
ja	31 (100.0%)	
nein		30 (100.0%)
Beatmung		
ja	13 (41.9%)	
nein	17 (54.8%)	30 (100.0%)
Phototherapie		
ja	28 (90.3%)	
nein	3 (9.7%)	30 (100.0%)
Infusion		
ja	19 (61.3%)	
nein	12 (38.7%)	30 (100.0%)

Von den Frühgeborenen sind 25.8% spontan zur Welt gekommen. 3.2% sind mit Unterstützung (Saugglocke oder Zange) geboren und 71% mussten per Sectio (Kaiserschnitt) geholt werden. Alle Frühgeborenen waren nach der Geburt auf der neonatologischen Intensivstation, mindestens 10, maximal 60 Tage bei einem durchschnittlichen Aufenthalt von 21.19 Tagen (sd= 9.02). Zudem verbrachten alle Kinder einige Tage im Inkubator¹³, 41.9% von ihnen mussten während ihrem Spitalaufenthalt einige Tage beatmet werden, 54.8% benötigten keine Atemunterstützung. Eine Fototherapie wegen Hyperbilirubinämie¹⁴ brauchten 90.3%, lediglich 9.7% schafften den Bilirubinabbau ohne Hilfe. Schliesslich brauchten 61.3% eine Infusion, 38.7% kamen ohne aus.

Bei den Termingeborenen sind 70% spontan geboren, 10% mit Unterstützung und nur 20% per Sectio. Keines der Kinder musste stationär behandelt werden. Folglich war keines der Termingeborenen im Inkubator oder wurde gar beatmet. Angaben zur Fototherapie gibt es in der Kontrollgruppe keine.

¹³ Brutkasten

¹⁴ Ikterustherapie (Gelbsucht): durch Lichtenergie wird in der Haut des Neugeborenen eingelagertes wasserunlösliches (indirektes) Bilirubin in ein wasserlösliches Isomer umgewandelt, das vom Körper ausgeschieden werden kann

Zumindest bei einem leichten Ikterus wäre eine Fototherapie auch auf der Wochenbettstation durchführbar, weshalb nicht angenommen werden kann, dass kein Termingeborenes an einer Hyperbilirubinämie erkrankt ist, nur weil es nicht auf der Neonatologie hospitalisiert war. Für die Infusionstherapie gilt das nicht. Für eine Infusion muss jedes Neugeborene von der Wöchnerinnenstation auf die Neonatologie verlegt werden. Demzufolge kann angenommen werden, dass kein termingeborenes Kind postnatal eine Infusionstherapie gebraucht hat.

Zu den häufigsten Diagnosen, die die Frühgeborenen nach ihrer Geburt aufwiesen, gehört das ANS (Atemnotsyndrom), ein persistierender Ductus Arteriosus¹⁵, die Hyperbilirubinämie, die Hypothermie¹⁶, die Hypoglykämie¹⁷, intraventrikuläre Blutungen¹⁸, Infektionen, Apnoen¹⁹, Bradykardien²⁰ und Trinkschwäche.

Tabelle 4: Angaben zu Schwangerschafts- und Geburtsverlauf und Hospitalisationsdauer der Mütter

	Stichprobe Frühgeborene (n=31)	Stichprobe Termingeborene (n=30)
Hospitalisationsdauer Mutter		
Mittelwert in Tagen	11.0	
Komplikationen bei der Geburt		
Ja	22 (71.0%)	10 (33.3%)
Nein	9 (29.0%)	20 (66.7%)
Komplikationen während der SS		
Ja	29 (93.5%)	
Nein	2 (6.5%)	
Entsprach der Geburtsverlauf den Vorstellungen / Wünschen?		
Ja	10 (32.3%)	22 (73.3%)
Nein	21 (67.7%)	8 (26.7%)

Die durchschnittliche Hospitalisationsdauer der Mütter der Frühgeborenen betrug 11.0 Tage (sd= 7.46). Sie waren mindestens 2 Tage, maximal 42 Tage stationär behandelt. 71.0% Frauen gaben an, Komplikationen bei der Geburt erlebt zu haben, bei 29% hat es keine Komplikationen gegeben. Während der Schwangerschaft kam es bei 93.5% der Mütter zu Komplikationen, lediglich 6.5% erlebten eine problemlose Schwangerschaft.

¹⁵ Gefäßproblem beim Herzen: Blut gelangt aus dem arteriellen Körperkreislauf direkt wieder in den Lungenkreislauf, was zu Zeichen der Herzinsuffizienz und einer vermehrten Infektanfälligkeit führen kann. Schliesst sich normalerweise nach Geburt von selbst

¹⁶ zu niedrige Körpertemperatur

¹⁷ zu tiefer Blutzucker

¹⁸ Hirnblutungen

¹⁹ Atemstillstand

²⁰ Tiefe Herzschlagfrequenz, bei Frühgeborenen unter 80 Schläge pro Minute

Lediglich 32.3% gaben zudem an, der Geburtsverlauf habe ihren Vorstellungen und Wünschen entsprochen, 67.7% hatten sich das Geburtserlebnis anders vorgestellt beziehungsweise gewünscht. Da die Vorstellungen über den Geburtsvorgang nicht im Fokus der Studie stehen, werden sie hier auch nicht näher beschrieben.

Für die Mütter nach einer Termingeburt bestehen keine Angaben bezüglich der Hospitalisationsdauer. Komplikationen während der Geburt gaben 33.3% an, 66.7% erlebten eine problemlose Geburt. Zum Verlauf der Schwangerschaft gibt es wiederum keine Angaben. Der Geburtsverlauf schliesslich entsprach in 73.3% den Vorstellungen, 26.7% hatten sich die Geburt anders vorgestellt beziehungsweise gewünscht.

Hier zeigen sich klare Unterschiede zwischen der Studien- und der Vergleichsgruppe. Obwohl in der vorliegenden Studie keine Angaben bezüglich der Hospitalisationsdauer der Mütter nach einer Termingeburt bestehen, ist doch anzunehmen, dass diese deutlich unter jener der Mütter nach einer Frühgeburt liegt. Dies, zumal bekannt ist, dass Frauen heute immer öfter in Geburtshäusern oder gar ambulant entbinden. Im Falle eines Kaiserschnitts beträgt die durchschnittliche Hospitalisationsdauer 4-7 Tage – immer noch klar unter dem Durchschnitt von 11.0 Tagen. Bei den Geburtskomplikationen gaben 71.0% der Mütter der Frühgeborenen an, unter Komplikationen gelitten zu haben, bei der Vergleichsgruppe waren es ein Drittel der Gebärenden. 93.5% der Frauen der Frühgeborenen gab zudem an, in der Schwangerschaft unter Komplikationen gelitten zu haben. Hierzu gibt es von der Kontrollgruppe der termingeborenen Kinder keine Angaben. Lediglich für einen Drittel (32.3%) der Mütter der Frühgeborenen verlief die Geburt nach ihren Wünschen und Vorstellungen, bei der Vergleichsgruppe gaben 73.3% der Frauen an, dass die Geburt ihren Vorstellungen entsprochen habe.

Die Mütter der Frühgeborenen litten während der Schwangerschaft vor allem an vorzeitigem Wehen oder vorzeitigem Blasensprung, vaginalen Blutungen oder Infektionen. Zudem kam es mehrfach zu Plazentainsuffizienz oder gar Plazentalösung, Präeklampsie²¹ und dem HELLP-Syndrom²². Befragt nach den Problemen anlässlich der Geburt wurde deutlich, dass viele Mütter der frühgeborenen Kinder trotz oftmals problembehafteter Schwangerschaft nicht auf eine Frühgeburt oder einen Kaiserschnitt (mehrmals gar Notfallsectio) vorbereitet waren. Eine Mutter erlebte die Geburt im Privatauto auf der Autobahn (Zwillinge). Bei den Müttern der Termingeburten kam es während der Spontangeburt in 7 Fällen zu einem Dammriss.

²¹ „Schwangerschaftsintoxikation“ (hypertensive Erkrankung in der Schwangerschaft)

²² Gefürchtete Folgeerkrankung der Präeklampsie: hämolytische Anämie (Auflösung der Erythrozyten = rote Blutkörperchen), erhöhte Leberwerte, Verminderung der Thrombozyten (Bluterinnungsplättchen)

3.3.3 Angaben zum Besuchsverhalten der Eltern

Tabelle 5: Angaben zu Besuchstagen der Eltern der Frühgeborenen

	Stichprobe Frühgeborene (n=31)		
	m	min	max
Besuchstage Mutter	18.94	9	50
Besuchstage Vater	14.10	4	27

Tabelle 5 zeigt die Anzahl Besuchstage der Frühgeborenen durch deren Eltern. Die Mütter der frühgeborenen Babys besuchten ihre Kinder durchschnittlich mehr als die Väter, und zwar an mindestens 9 und maximal 50 Tagen, während die Väter an lediglich 4 bis 27 Tagen Besuche abstatteten. Für die Mütter ergibt sich daraus ein Durchschnitt von 18.94 Tagen (sd= 7.76), für die Väter ein Durchschnitt von 14.10 Tagen (sd= 5.74).

Als Hauptbezugsperson wurde immer die Mutter, in vier Fällen zusätzlich der Vater angegeben. Zweimal (bei den Zwillingen) kam das Au-pair Mädchen dazu, in drei Fällen (bei den Drillingen) die Urgrossmutter.

3.3.4 Angaben zum Stillverhalten

Tabelle 6: Angaben zum Stillverhalten

	Stichprobe Frühgeborene (n=31)	Stichprobe Termingeborene (n=30)
Stillen Sie/haben Sie gestillt?		
Ja	23 (74.2%)	29 (96.7%)
Nein	8 (25.8%)	1 (3.3%)
Zufriedenheit mit dem Stillen		
es ging gut und entsprach ziemlich meinen Erwartungen	10 (32.3%)	19 (63.3%)
ich hatte Schwierigkeiten	18 (58.1%)	11 (36.7%)
n missing	3 (9.7%)	

Befragt nach ihrem Stillverhalten, haben 74.2% der Mütter der Frühgeborenen und 96.7% der Mütter der Termingeborenen angegeben, dass sie gestillt haben beziehungsweise immer noch stillen. In der Frühgeborenenengruppe haben 8 Frauen nie gestillt, in der Vergleichsgruppe konnte lediglich 1 Frau nicht stillen. Die Frage, wie zufrieden sie mit dem Stillen sind, haben 32.3% der Mütter der Frühgeborenen und 63.3% der Mütter der Termingeborenen mit „es ging gut und entsprach ziemlich meinen Erwartungen“ geantwortet. 58.1% der Studien- und 36.7% der Vergleichsgruppe haben Schwierigkeiten beim Stillen angegeben. In der Gruppe der Frühgeborenen fehlen die Angaben von 3 Frauen. Es fällt auf, dass das Stillen bei den Frühgeborenen mit deutlich mehr Problemen behaftet ist als bei den Termingeborenen. Qualitativ angeschaut, haben die Mütter der Frühgeborenen in erster Linie die Frühgeburt und die damit fehlende Kraft des Kindes als Problem angegeben.

Auch die Tatsache, dass die Kinder an die Flasche gewohnt waren und die Brust nicht mehr gut annahmen, scheint häufig eine Schwierigkeit zu sein. Weiter haben die Frauen Stress genannt. Schliesslich litten einige auch unter Brustentzündungen, zu viel oder zu wenig Milch oder schmerzenden Brustwarzen. Die Mütter der Termingeborenen haben fast ausschliesslich Probleme mit dem Milcheinschuss, der Milchproduktion, Entzündungen oder schmerzenden Brustwarzen genannt. Zwei Frauen gaben an, dass das Kind nicht richtig an die Brust wollte und sie am Anfang Schwierigkeiten gehabt haben beim Ansetzen.

3.3.5 Beantwortung der Hypothesen

Die folgenden Tabellen zeigen die Vergleiche zwischen den Ergebnissen der eingesetzten Fragebögen und den Werten des CARE-Index.

Tabelle 7: Mittelwertsvergleich der Fragebögen und des CARE-Index

	Frühgeborene		Termingeborene		f	t	p
	n	m	n	m			
CARE-Index	31	7.807	30	7.933	.032	.224	.824
SILGer	31	69.865	30	98.708	19.677	5.425	.000
IES-r	31	94.194	30	99.000	7.303	1.872	.066
EPDS	31	6.936	29	4.345	.000	-2.282	.026
Partnerschaftsfragebogen	31	30.032	29	30.828	.172	.938	.352

CARE-Index (Qualität der Mutter-Kind-Interaktion)

Die Resultate zeigen, dass sich die Gruppe der Frühgeborenen bezüglich der CARE-Index-Werte nicht von der Gruppe der Termingeborenen unterscheidet ($p = .824$). Die Mittelwerte der beiden Gruppen unterscheiden sich kaum ($m = 7.933$ und $m = 7.807$). Das heisst, die Mütter von Termingeborenen weisen keine signifikant bessere Qualität der Mutter-Kind-Interaktion auf.

SILGer (Geburtserleben)

Die Ergebnisse weisen auf einen Unterschied ($p = .000$) der beiden Gruppen hin. Die Mittelwerte differieren deutlich, wobei die Termingeborenen mit einem Wert von ($m = 98.708$) deutlich über den Frühgeborenen liegen ($m = 69.866$). Demzufolge ist das Geburtserlebnis der Termingeborenen signifikant besser als dasjenige der Frühgeborenen.

IES-r (Geburtserleben rückblickend)

Die Mittelwerte der beiden Gruppen unterscheiden sich, allerdings lässt sich nur eine knappe Signifikanz feststellen ($p = .066$). Die Mütter der Termingeborenen weisen mit einem Mittelwert von $m = 99.000$ einen deutlich höheren Wert auf als die Mütter der Frühgeborenen mit $m = 94.194$. Demzufolge lässt sich sagen, dass die Mütter der Termingeborenen tendenziell rückblickend ein besseres Geburtserleben haben als die Mütter der Frühgeborenen.

EPDS (psychisches Wohlbefinden)

Hier zeigt sich wiederum ein signifikantes Ergebnis mit $p = .026$. Die Mütter der Termingeborenen berichten über signifikant weniger depressive Symptome als die Mütter der Frühgeborenen ($m = 4.538$ beziehungsweise $m = 6.936$).

Partnerschaftsfragebogen

Die Werte der Partnerschaftsfragebögen unterscheiden sich nicht. Die Mütter der Termingeborenen erreichen mit einem Mittelwert von $m = 30.828$ zwar einen leicht höheren Wert als die Mütter der Frühgeborenen mit $m = 30.032$. Dieser Unterschied ist aber marginal und kann völlig zufällig entstanden sein. Der Wert von $p = .325$ ist nicht signifikant. Demzufolge weisen die Mütter der Termingeborenen keine höhere Partnerschaftszufriedenheit auf als die Mütter der Frühgeborenen.

3.3.6 Korrelationen der Fragebögen

Tabelle 8a: Korrelationsmatrix für die Fragebögen und den CARE-Index: ALLE MUETTER

	CARE-Index		Partnerschaftsfragebogen		SILGer		EPDS		IES-r	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
CARE-Index			.132	.312	-.020	.880	.148	.260	.001	.993
Partnerschaftsfragebogen					.159	.220	-.378**	.003	.324*	.011
SILGer							-.421*	.001	.530**	.000
EPDS									-.441**	.000

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.

* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 8 zeigt die Korrelationen zwischen dem CARE-Index und den 4 Fragebögen nach Pearson.

Dabei fällt auf, dass bei den Müttern aus beiden Gruppen zusammen (Studien- und Vergleichsgruppe), der Partnerschaftsfragebogen und der EPDS mit $r = -.378$ signifikant

($p = .003$) korrelieren. Das bedeutet, je besser die Partnerschaft, desto weniger depressive Symptome. Auch der Partnerschaftsfragebogen und der IES-r korrelieren ($r = .324$, $p = .011$). Der SILGer weist einen Zusammenhang mit dem EPDS und dem IES-r auf. Ersterer weist eine Korrelation von $r = -.421$ auf, letzterer $r = .530$. Das bedeutet, je schlechter das Geburtserlebnis, desto mehr depressive Symptome und je schlechter das Geburtserlebnis desto schlechter die rückblickende Einschätzung der Geburt. Schliesslich weisen in dieser Zusammensetzung auch der EPDS und der IES-r einen Zusammenhang auf ($r = -.441$, $p = .000$).

Tabelle 8b: Korrelationsmatrix für die Fragebögen. FRUEHGEBORENE

	CARE-Index		Partnerschaftsfragebogen		SILGer		EPDS		IES-r	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
CARE-Index			.241	.191	-.026	.890	.127	.497	.051	.786
Partnerschaftsfragebogen					.067	.720	-.155	.404	.194	.295
SILGer							-.310	.089	.555**	.001
EPDS									-.305	.095

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.

* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

Trennt man die Gruppen und führt den Pearson-Korrelationstest nur mit den Fragebögen der Frühgeborenen aus, kommt es lediglich zu einer einzigen signifikanten Korrelation. Es ist dies der SILGer mit dem IES-r ($r = .555$, $p = .001$).

Tabelle 8c: Korrelationsmatrix für die Fragebögen und den CARE-Index: TERMINGEBORENE

	CARE_Index		Partnerschaftsfragebogen		SILGer		EPDS		IES-r	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
CARE_Index			.064	.736	-.092	.627	.198	.303	-.085	.657
Partnerschaftsfragebogen					.412*	.024	-.545**	.002	.490**	.006
SILGer							-.424*	.022	.363*	.049
EPDS									-.537**	.003

* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.

Werden dieselben Tests nochmals mit der Gruppe der Termingeborenen gemacht, ergeben sich wiederum mehr Signifikanzen. Einerseits korreliert der Partnerschaftsfragebogen in dieser Variante mit dem SILGer signifikant ($r = .412$, $p = .024$), das heisst, je schlechter das Geburtserlebnis desto schlechter die Partnerschaftseinschätzung.

Andererseits korreliert der Partnerschaftsfragebogen mit dem EPDS signifikant ($r = -.545$, $p = .002$) und mit dem IES-r ($r = .490$, $p = .006$). Der SILGer weist einen Zusammenhang mit sowohl dem EPDS ($r = -.424$, $p = .022$) als auch mit dem IES-r ($r = .363$, $p = .049$). Schliesslich korreliert der EPDS mit dem IES-r ($r = -.537$, $p = .003$).

Überraschenderweise ergibt sich in keiner Variante eine signifikante Korrelation mit dem CARE-Index.

4 Diskussion

4.1 Beantwortung der Hypothesen

Die vorliegende Studie untersuchte die Mutter-Kind-Interaktion bei Frühgeborenen. Dabei interessierten des Weiteren sowohl das Stresserlebens im Zusammenhang mit der Geburt, das psychische Wohlbefinden der Mütter und ihre Partnerschaftszufriedenheit.

Ausgangslage der Studie waren zahlreiche Untersuchungen, die neben den medizinisch - biologischen Risiken einer Frühgeburt die kognitiven, emotionalen und behavioralen Risiken der Frühgeburtlichkeit unterstreichen. Dabei wird deutlich, dass die Eltern-Kind-Beziehung den negativen Einfluss der Frühgeburtlichkeit auf die kindliche, psychologische und kognitive Entwicklung abschwächen oder aber potenzieren kann (Affleck et al., 1991; Brisch et al., 1997; Pierrehumbert et al., 2003; Forcada-Guex et al., 2006). Insbesondere die Mutter-Kind-Interaktion bei Frühgeborenen hat in den vergangenen Jahren viel Aufmerksamkeit erfahren. So hat sich herausgestellt, dass die verzögerte Entwicklung der mütterlichen Identität, die subjektive perinatale Belastungserfahrung der Mutter, die frühe Trennung vom Kind und die Angst um das Kind den mütterlichen Bindungsprozess erschweren und Risiken für das psychische Wohlbefinden der Mutter und folglich für die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion bergen können. Die vorliegende Studie hatte zum Ziel, diese Qualität anhand eines Instrumentes zu messen und mit der Qualität der Interaktion von Müttern mit ihren termingeborenen Kindern zu vergleichen.

Beantwortung der Hypothese 1: Die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion bei Frühgeborenen ist schlechter als die Mutter-Kind-Interaktion bei termingeborenen Kindern.

Die erste Hypothese muss verworfen werden: Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied in der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion bei Frühgeborenen im Vergleich zur Kontrollgruppe der termingeborenen Kinder.

Beantwortung der Hypothese 2: Das mütterliche Stresserleben anlässlich einer Termingeburt ist niedriger als das dasjenige von Müttern anlässlich einer Frühgeburt.

Die zweite Hypothese kann beibehalten werden: Mütter von Termingeborenen zeigen ein signifikant tieferes Stresserleben anlässlich der Geburt als Mütter von frühgeborenen Kindern.

Beantwortung der Hypothese 3: Die Intensität des mütterlichen Stresserlebens anlässlich der Geburt sagt signifikant die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion voraus.

Die dritte Hypothese muss verworfen werden: Die Intensität des mütterlichen Stresserlebens im Zusammenhang mit der Geburt sagt nicht die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion voraus.

Beantwortung der Hypothese 4: Müttern nach einer Termingeburt weisen weniger depressive Symptome auf als Müttern nach einer Frühgeburt.

Die vierte Hypothese kann beibehalten werden: Müttern nach einer Frühgeburt weisen signifikant mehr depressive Symptome auf als Mütter nach einer Termingeburt.

Beantwortung der Hypothese 5: Die Partnerschaftszufriedenheit von Müttern nach einer Termingeburt ist grösser als die Partnerschaftszufriedenheit von Müttern nach einer Frühgeburt.

Die fünfte Hypothese muss verworfen werden: Die Partnerschaftszufriedenheit von Müttern nach einer Termingeburt unterscheidet sich nicht signifikant von der Partnerschaftszufriedenheit von Müttern nach einer Frühgeburt.

4.2 Hauptideen der Studie und Interpretation der Ergebnisse

4.2.1 Qualität der Mutter-Kind-Interaktion gemessen mit dem CARE-Index

Bezüglich der Qualität der Interaktion zwischen den Müttern und ihren frühgeborenen Kindern und der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion bei termingeborenen Kindern konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Dieses Ergebnis überrascht insofern, als die Vermutung, die Mutter-Kind-Interaktion könnte durch die zu Beginn dieser Arbeit aufgeführten Umstände der Frühgeburt negativ beeinflusst sein, auf der Hand liegt.

Wie aus den theoretischen Ausführungen im ersten Teil der vorliegenden Arbeit beschrieben, erfolgt die Geburt im Falle eines unreifen Babys zu einem Zeitpunkt, wo die Mutter noch im pränatalen Prozess der Entwicklung ihrer Beziehung zu ihrem Baby steht. Der Prozess der inneren Vorbereitung auf das reale Baby und die Entstehung der Bindung zu ihm wird jäh unterbrochen, indem statt einer Geburt zu einem gut vorbereiteten Zeitpunkt als lang ersehnter Endpunkt einer Wartezeit eine Geburt als krisenhaftes Ereignis stattfindet, verbunden mit Angst und Sorge um den möglichen Verlust des Kindes.

Mütter sind in diesem Falle praktisch und psychologisch unvorbereitet auf ihre Elternrolle. Nach einer oftmals belasteten Schwangerschaft erleben die Mütter ein Gefühl des Versagens und Verlustes, weil sie nicht in der Lage waren, ihrem Baby die angemessene Zeit in ihrem Mutterleib zu geben und werden konfrontiert mit den Bedingungen der Intensivstation, die zur Sicherung des Überlebens des Kindes notwendig sind. Sie fühlen sich ohnmächtig und hilflos und kämpfen mit Gefühlen der Ungläubigkeit, Schuld, Wut, Trauer, Erstarrung und Angst.

Unter diesen Umständen ist es nachvollziehbar, dass Müttern, die voller Angst um ihr Baby sind, die Beziehungsaufnahme oft besonders schwer fällt. So hat sich in empirischen Untersuchungen ebenfalls herauskristallisiert, dass Frauen nach einer Frühgeburt oft in einer „Abwartephase“ verharren, in der sie sich nicht auf ihr Kind einlassen, aus Angst, es zu verlieren. Die geringeren Kompetenzen Frühgeborener stellen an die Frauen zudem hohe Anforderungen in der Interaktionsgestaltung und erschweren die mütterliche Selbstkompetenz. Das Interaktionsverhalten von Müttern und ihren frühgeborenen Kindern unterscheidet sich laut der vorgestellten Literatur deutlich vom Interaktionsverhalten der Mütter mit termingeborenen Kindern. So zeigen erstere weniger Reaktion auf ihr Kind, sprechen und lächeln es weniger oft an, streicheln es weniger und verhalten sich oft ängstlich und distanziert im Umgang mit dem Säugling. Erst in den folgenden Monaten verändert sich dies in Richtung grösserer Aktivität, wobei diese Stimulation dann aber dicht, bedrängend und weniger gut auf die Signale des Babys abgestimmt ist (Chapiesky et al., 1997; Deater-Deckard & Bulkley, 2000). Aber auch das Interaktionsverhalten der frühgeborenen Babys unterscheidet sich vom Interaktionsverhalten der termingeborenen Kinder. Frühgeborene schauen und lächeln ihre Eltern weniger an und vokalisieren weniger. Zustände hoher Erregung werden lange beibehalten und sie sind nur schwierig wieder zu beruhigen. Frühgeborene verfügen über weniger Reaktionsbereitschaft, Wachheit und Orientierungsreaktionen sowie über geringe Regulationsmöglichkeiten von Erregungszuständen (Müller-Nix et al., 2004; Forcada-Guex et al., 2006). Frühgeborene Babys werden grundsätzlich als „schwieriger“ beschrieben und von den Müttern als negativer, verletzlicher, unruhiger, weniger anpassungsfähig, reizbarer und weniger lebhaft wahrgenommen und auch negativer behandelt.

Wenn man diese Ausführungen liest, erstaunt es doch, dass in der vorliegenden Studie keine signifikanten Unterschiede gefunden werden konnten. Allerdings muss dazu gesagt werden, dass mit dem CARE-Index lediglich ein Gesamtscore geratet und mit der Kontrollgruppe verglichen wurde. Es können demzufolge keine Aussagen gemacht werden über qualitative Unterschiede in den verschiedenen Interaktionsmustern.

Bereits frühe Untersuchungen belegen, dass ein Baby nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern als Teil einer Beziehung angesehen werden muss. So verfügt ein Neugeborenes über soziale Interaktionskompetenzen, die den Aufbau einer Beziehung zu erwachsenen Personen erleichtern und ihm ermöglichen, seinerseits Kontakt mit der Bezugsperson aufzunehmen, auf sie zu reagieren und seine Bedürfnisse anzubringen. In der Literatur herrscht Einigkeit darüber, dass eine sichere Bindungsqualität die wichtigste Voraussetzung für die dialogische und regulatorische Abstimmung zwischen Mutter und Kind darstellt und die emotionale, motorische und kognitive Entwicklung des Kindes unterstützt. Ein wesentlicher Faktor, der zum Gelingen einer sicheren Bindung beiträgt, ist die Sensitivität der Mutter.

Die Datenerfassung der vorliegenden Studie erfolgte in enger Zusammenarbeit mit einem Oberarzt der neonatologischen Intensivstation des Universitätsspitals Zürich. Dies ermöglichte einen tieferen Einblick sowohl in den Alltag des medizinischen Personals als auch in die Betreuung der Babys und deren Eltern. Dabei konnte festgestellt werden, dass die Eltern der frühgeborenen Kinder von einer gezielten, schrittweisen und einfühlsamen Einführung in das Handling ihres Kindes profitieren. So werden sämtliche pflegerischen Massnahmen vom Wickeln über das Füttern bis hin zur Babymassage über den Zeitraum des Aufenthaltes auf der Neonatologie gelehrt und begleitet. Das unbeschränkte Besuchsrecht der Eltern erlaubt eine grosse Anteilnahme an der Körperpflege und Betreuung der Kinder. Besondere Aufmerksamkeit wird dabei dem Kangarooing geschenkt, das die Eltern-Kind-Beziehung fördern soll. Die umfassende Betreuung und Information des ärztlichen sowie des pflegerischen Teams könnte sich äusserst positiv auf die Selbstkompetenz und folglich auf die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion auswirken. Tatsächlich haben auch die Gespräche mit den Eltern anlässlich der vorliegenden Studie ergeben, dass die intensivmedizinische Behandlung weniger beängstigend wahrgenommen wurde als ursprünglich vermutet. Eltern fühlen sich in die Behandlung des Kindes miteinbezogen, unterstützt, beraten und informiert. Obwohl die Atmosphäre auf der Station einerseits technisch, steril und bedrohlich empfunden wird, gibt sie den Eltern ein Gefühl der Sicherheit. Zu diesem Ergebnis sind auch Latva et al. (2008) gekommen. Sie konstatieren, dass Eltern mehrheitlich Vertrauen in das Betreuungsteam und wohl ambivalente, jedoch kaum negative Erfahrungen bezüglich der neonatologischen Intensivstation geäussert haben.

Viele termingeborene Kinder kommen heute ambulant zur Welt oder verweilen nur kurze Zeit mit ihren Müttern auf der Wöchnerinnenstation oder im Geburtshaus, wo eine so enge Begleitung der Eltern nicht möglich ist und demzufolge die Unterstützung viel geringer ausfällt als auf einer neonatologischen Intensivstation.

Termingeborene Kinder profitieren zwar eher von der Verfügbarkeit der Mutter und vom frühen Stillen, weil sie von Anfang an kräftig genug dafür sind, ihre Mütter sind aber weniger gut begleitet und allfällige psychische Schwierigkeiten oder generelle Unsicherheiten können in der Folge weniger gut eruiert und aufgefangen werden. Es scheint also in der Tat so, dass die erschwerten Bedingungen, die eine Frühgeburt für die Mutter-Kind-Interaktion mit sich bringt, durch die Unterstützung der neonatologischen Intensivstation ausgeglichen werden können.

In den vergangenen Jahren hat es zunehmend Untersuchungen bezüglich der Bindung im Zusammenhang mit Frühgeburtlichkeit gegeben. Buchheim, Brisch & Kächele (1999) konstatieren in ihrer Übersichtsarbeit jedoch, dass in der Literatur widersprüchliche Ergebnisse zur Bindungsqualität von Frühgeborenen beschrieben werden. In einer Studie von Borghini et al. (2006) haben die Autoren in der Gruppe der Frühgeborenen weniger sichere Bindungsrepräsentationen gefunden im Vergleich zu einer Kontrollgruppe termingeborener Kinder. Die Mütter der Frühgeborenen zeigten zudem weniger Kohärenzgefühl, weniger differenziertes Wahrnehmungsvermögen, weniger Offenheit gegenüber Veränderungen, weniger Involviertheit, weniger Akzeptanz und mehr Angst bezüglich der Sicherheit des Kindes. Korja, Savonlahti, Haataja, Lapinleimu Manninen, Piha & Lehtonen (2009) hingegen empfehlen anzunehmen, dass Mütter von Frühgeborenen genau wie Mütter von Termingeborenen in der Lage sind, sichere Bindungen zu ihren Kindern aufzubauen. Sie haben keine signifikanten Unterschiede bezüglich der drei Bindungsrepräsentationen (sicher, unsicher, desorganisiert) gefunden. Qualitative Unterschiede haben sich in dieser Studie jedoch bezüglich Kohärenzgefühl, Akzeptanz und Angst bezüglich der Sicherheit des Kindes gezeigt.

Die Ergebnisse bezüglich des CARE-Index der vorliegenden Studie tendieren dazu, die Ergebnisse von Korja et al. (2009) zu bestätigen. Zwar wurde in dieser Untersuchung nicht die Bindungsqualität untersucht, jedoch konnten keine Unterschiede in der Qualität der Interaktion gefunden werden, was darauf schliessen lässt, dass die Beziehung zwischen Mutter und Kind im Falle einer Frühgeburt nicht schlechter sein muss als im Falle einer Termingeburt – die Voraussetzungen für eine sichere Bindung sind also auch im Falle einer Frühgeburt gegeben.

4.2.2 Stresserleben im Zusammenhang mit der Frühgeburt

Das subjektiv empfundene Stresserleben im Zusammenhang mit der Geburt wurde von den Müttern der Frühgeborenen signifikant höher eingeschätzt als dasjenige der Mütter von termingeborenen Kindern. Dies unterstützt zahlreiche Studien, die zu ähnlichen Resultaten gekommen sind.

So beispielsweise die Ergebnisse der Lausanner Studien (Pierrehumbert et al., 2003; Mueller-Nix et al., 2004 und Forcada-Guex et al., 2006), die konstatieren, dass die subjektive perinatale Belastungserfahrung der Mutter im Falle einer Frühgeburt signifikant höher ist als die Belastungserfahrung im Falle einer Termingeburt. Mueller-Nix et al., (2004) haben zudem gefunden, dass das Verhaltensmuster des Kindes in der späteren Mutter-Kind-Interaktion mit der Stärke des traumatischen Stresserlebens der Mutter korreliert. Dieser Zusammenhang konnte in der vorliegenden Untersuchung nicht gefunden werden. Die Ergebnisse des Fragebogens SILGer korrelierten nicht mit dem CARE-Index. Es kann also nicht geschlossen werden, dass eine schlechte Geburtserfahrung tiefe Werte im CARE-Index zur Folge hat.

In der vorliegenden Studie konnte ausserdem kein signifikanter Unterschied in der rückblickenden Einschätzung (IES-r) zur Geburt eruiert werden. Beide Gruppen, die Mütter der Frühgeborenen sowie die Mütter der Termingeborenen, haben bei der Einschätzung des emotionalen Befindens rückblickend auf die Geburt hohe Werte erzielt, was äusserst positiv zu werten ist. Wohl waren die Werte der Kontrollgruppe etwas höher ($m = 99.000$ von möglichen 110) als die der Studiengruppe ($m = 94.194$ von möglichen 110), man kann aber weder von einer Signifikanz noch von einem Trend sprechen.

Die Ergebnisse sind folgendermassen zu interpretieren: Die Umstände einer Frühgeburt scheinen im Vergleich zu jenen einer Termingeburt tatsächlich bedeutend erschwert zu sein und im Zusammenhang mit negativen Gefühlen zu stehen. Die Mütter der Frühgeborenen scheinen dieses Erlebnis jedoch relativ schnell und gut zu verarbeiten. Hier stellt sich die Frage, wie sie das schaffen. Diesbezüglich können nur Vermutungen angestellt werden. Einerseits mag der zeitliche Aspekt eine Rolle spielen. Andererseits sind die Mütter vielleicht erleichtert darüber, dass es ihnen und ihrem Kind verhältnismässig gut geht, wenn sie die aktuelle Situation mit den Startbedingungen auf der Intensivstation vergleichen. Die positiven Erfahrungen hinsichtlich der Entwicklung des Kindes mögen die Mütter beruhigen und sie die schlimmen Erfahrungen und Sorgen vergessen lassen. Auch die Unterstützung in der Partnerschaftsbeziehung vermag vielleicht einen Teil des Stresses aufzuheben. Nach der Entbindung fühlt sich eine Mutter vielleicht nicht mehr so sehr alleine verantwortlich für das Wohl des Kindes und kann Unterstützung vom Partner auch besser annehmen beziehungsweise besser davon profitieren. Schliesslich ist auch zu bedenken, dass sich Mütter in dieser schwierigen Situation vielleicht gar nicht erlauben, sich zu sehr fallen zu lassen, weil sie ein Baby haben, das voll und ganz auf sie angewiesen ist. Diese Aufgabe mag ihnen einen Sinn und das Gefühl geben, gebraucht zu werden und nützlich zu sein.

Ein letzter Gedanke widmet sich der Frage, ob Mütter, die sich um das Leben ihres Kindes sorgen mussten, schlichtweg auch eine andere Sicht auf die Dinge haben. Lebensbedrohliche Situationen relativieren Manches, so vielleicht auch die Erfahrung einer schlimmen Geburt. Mütter von Termingeborenen geben tendenziell eine bessere Geburtserfahrung an und machen sich danach weniger Sorgen um das Kind also die Mutter eines frühgeborenen Kindes, die sich nach einer eher belastenden Geburtserfahrung oft um das Leben ihres Kindes oder zumindest um dessen gesunde Entwicklung sorgt. Angesichts dieser Tatsache mag die Geburtserfahrung etwas in den Hintergrund rücken oder an Bedeutung verlieren.

Dass akute Stresssymptome nach der Geburt tendenziell schnell rückläufig sind, haben auch Stadlmayr et al. (2006) beschrieben. In ihren Untersuchungen konnte jedoch festgestellt werden, dass Frauen mit höheren Scores (= mehr Stresssymptome) keine schnellere Rückläufigkeit der Symptome zeigten als Frauen mit tieferen Scores, was bedeutet, dass Frauen mit höheren Scores einer längeren Stressperiode ausgesetzt sind und ein höheres Risiko für Spätfolgen wie posttraumatischen Stress aufweisen. In der Studie von Stadlmayr et al. betrug die Untersuchungszeit jedoch nur 3 Wochen, in der vorliegenden Studie wurden die Frauen 10 Wochen nach der Geburt befragt. In diesem Zusammenhang ist noch eine andere Studie von Stadlmayr et al. (2006) zu erwähnen, die sich der Erinnerung an die Geburt nach 2 Jahren widmet. Frauen, die ein schlechtes Geburtserlebnis hatten, liefen Gefahr, dieses beizubehalten, wenn die Beziehung zu den Pflegenden als schlecht empfunden wurde. Dieses Ergebnis betont wiederum die Wichtigkeit der bereits weiter vorne besprochenen Erfahrung, dass eine gute Begleitung durch das Spitalpersonal enorm wichtig ist für den guten Aufbau der Elternkompetenz und somit für die Mutter-Kind-Interaktion. Dazu passt die Untersuchung von Latva et al. (2008), die das Besuchsverhalten von Müttern untersucht und herausgefunden haben, dass negative Erfahrungen mit dem Erstkontakt des frühgeborenen Kindes nach der Geburt – Mütter von Frühgeborenen beschreiben grundsätzlich weniger positive Erinnerungen an den ersten Kontakt mit ihrem Kind als Mütter von Reifgeborenen – mit weniger häufigen Besuchen auf der neonatologischen Intensivstation verbunden sind. Die Autoren deuten dieses Ergebnis als Zeichen von Unsicherheit, Enttäuschung und Angst auf Seiten der Mutter. Die Autoren argumentieren, die negativen Erfahrungen während und nach der Geburt könnten den Bindungsprozess erschweren und langanhaltende Folgen für die Mutter-Kind-Beziehung und daraus folgend für die Entwicklung des Kindes haben. Diesen Prozess der Aufarbeitung und Annäherung können Pflegende auf einer neonatologischen Intensivstation begleiten und positiv unterstützen.

4.2.3 Psychisches Wohlbefinden / depressive Symptomatik nach einer Frühgeburt

Wie aus der Theorie ersichtlich, ist das mütterliche psychologische Wohlbefinden entscheidend für die gesunde Entwicklung des Babys sowie für die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung und auch für die spätere soziale und kognitive Entwicklung. Mütter von frühgeborenen Kindern zeigen ein erhöhtes Risiko für depressive Symptome, Gefühle von Angst, Depression und Distress während der Perinatalperiode (Singer, Salvator, Guo, Collin, Lilien & Baley, 1999; Davis et al., 2003; Doering et al., 2000; Padovani, Carvalho, Duarte, Martinez & Linhares, 2009). Diese Gefühle können ein Hindernis für die Reagibilität und Empfindlichkeit und somit für ein sensibles Verhalten der Mutter sein und so nicht nur zur Entwicklung einer mütterlichen posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder zu postnatalen psychischen Störungen sondern auch zu dysfunktionalen Mutter-Kind-Interaktionen beitragen (Mueller-Nix et al., 2004 und Forcada-Guex et al., 2006).

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigen die Unterschiede im psychischen Wohlbefinden von Müttern nach einer Frühgeburt im Vergleich zu Müttern nach einer Termingeburt. Die Mütter von Frühgeborenen weisen signifikant mehr depressive Symptome auf als die Mütter von Termingeborenen.

Das psychische Wohlbefinden der Mutter wird durch das Geburtserlebnis entscheidend beeinflusst und bestimmt wiederum das Wohlbefinden des Frühgeborenen beziehungsweise dessen Entwicklung (vgl. auch Pierrehumbert et al., 2003). Sowohl Poehlmann und Friese (2001) als auch Latva et al. (2008) oder Bugental, Beaulieu und Schwartz (2008) stellen in ihren Untersuchungen im Vergleich zu Termingeborenen eine spezielle Vulnerabilität bei Frühgeborenen hinsichtlich des psychischen Befindens der Mutter fest. Poehlmann und Friese (2001) stellen fest, dass mütterliche depressive Symptome mit unsicheren Mutter-Kind-Bindungsbeziehungen assoziiert sind, dies aber nur bei ehemaligen Frühgeborenen und nicht bei termingeborenen Kindern.

In diesem Zusammenhang steht interessanterweise die Aussage von Poehlmann et al. (2009), dass kindliches Gesundheitsrisiko und mütterliche depressive Symptome wohl positiv korrelieren, dass letztere aber eine höhere Korrelation mit soziodemographischen Faktoren aufweisen. Mütterliche Risikofaktoren (vor allem die mangelnde soziale Unterstützung) sind demzufolge laut den Autoren bedeutender für die Entwicklung von mütterlichen depressiven Symptomen als kindliche Risikofaktoren wie etwa geringes Geburtsgewicht, lange Hospitalisationsdauer oder Beatmungsnotwendigkeit. Im Vergleich dazu fanden Untersuchungen von Mertesacker et al. (2004) und Mueller-Nix et al. (2004), dass das Interaktionsverhalten der Frühgeborenen mit mütterlichem traumatischem Stresserleben, nicht aber mit den perinatalen Risikofaktoren des Kindes korreliert.

Es liegt also nahe zu vermuten, dass nicht in erster Linie die Frühgeburt an sich und die Entwicklungsrisiken des Neugeborenen für negativen Einfluss auf Interaktion und psychisches Wohlbefinden haben, sondern vielmehr die soziodemografischen Faktoren der Mutter auf Schwierigkeiten in der psychischen Adaption hinweisen können.

4.2.4 Partnerschaftszufriedenheit nach einer Frühgeburt

Laut Rhode (2004) ist eine Frühgeburt eine Belastung für die Partnerschaft. In ihrem Bedürfnis nach Unterstützung, Ermutigung und Bestätigung sowie ihrem Wunsch zu lernen wendet sich die Mutter in erster Linie an ihren Ehemann (Stern, 2002). Kann dieser die gewünschte Unterstützung aus unterschiedlichen Gründen nicht bieten, sind die Frauen enttäuscht und fühlen sich alleine gelassen, auch wenn sie die Unterstützung von anderen Menschen bekommen. Verschiedene Studien zeigen zudem auf, dass eine hohe Zufriedenheit und Unterstützung in der Partnerschaft / Ehe eine wichtige Ressource ist bei der Bewältigung einer Frühgeburt (Reid, 2000; Holditch-Davis et al., 2003; Löhr, von Gontard & Roth, 2000).

Die vorliegende Studie konnte keine signifikanten Unterschiede ausfindig machen bezüglich der Partnerschaftszufriedenheit der beiden untersuchten Gruppen. In beiden Stichproben wurden relativ hohe Werte erreicht, was auf eine hohe Zufriedenheit in der Partnerschaft schliessen lässt.

Eine mögliche Erklärung für dieses Ergebnis wäre, dass sich nur Ehepaare für die Studie angemeldet haben, die sich in ihrer Beziehung sicher und wohl fühlen. Eine andere, dass die Gruppe der Termingeborenen über die Freude des Neugeborenen die Partnerschaft für einen Moment in den Hintergrund stellen und einfach zufrieden sind mit ihrem Leben, während die Gruppe der Frühgeborenen in dieser schwierigen Zeit aufeinander angewiesen sind und die Beziehung als Ressource nutzen.

4.3 Weitere Ergebnisse

4.3.1 Explorative Studienergebnisse

Anlässlich der Korrelationsberechnung des CARE-Index und des SILGer wurden weitere Korrelationen zwischen den oben aufgeführten Erhebungsinstrumenten geprüft.

In der Stichprobe der Frühgeborenen wurde lediglich eine signifikante Korrelation gefunden. Dabei handelt es sich um die beiden Fragebögen SILGer (zum Geburtserleben) und IES-r (rückblickendes Geburtserleben). Es erstaunt nicht, dass diese beiden Fragebögen einen Zusammenhang aufweisen, befragen sie doch beide dasselbe Erlebnis – einfach von einem andren Zeitpunkt aus gesehen.

In der Stichprobe der Termingeborenen gab es mehr signifikante Zusammenhänge. So korrelierte der Partnerschaftszufriedenheitsfragebogen mit dem SILGer (Geburtserleben), dem EPDS (depressive Symptomatik) und dem IES-r (rückblickendes Geburtserleben), wobei es sich beim EPDS um eine negative Korrelation handelte. Im vorliegenden Fall bedeutet dies, dass die Partnerschaftszufriedenheit höher ist, wenn weniger depressive Symptome vorhanden sind. Die Korrelationen des Partnerschaftszufriedenheitsfragebogens mit dem SILGer und dem IES-r waren positiv: Je höher die Partnerschaftszufriedenheit, desto besser das Geburtserleben zum Zeitpunkt der Geburt und auch rückblickend 10 Wochen nach Geburt. Der SILGer korrelierte signifikant mit dem EPDS – ebenfalls negativ - und dem IES-r: Je besser das Geburtserleben, desto weniger depressive Symptome und desto besser das rückblickende Geburtserleben.

In der Gesamtstichprobe wiesen der Partnerschaftszufriedenheitsbogen und der EPDS eine signifikant negative Korrelation auf, ersterer und der IES-r eine signifikant positive. Auch der SILGer wies einen signifikanten (negativen) Zusammenhang mit dem EPDS und einen positiven Zusammenhang mit dem IES-r auf.

Diese Ergebnisse bestätigen teilweise eine Untersuchung von Lemola et al. (2007). Sie haben neben der Geburtserfahrung anhand des SILGer auch die Partnerschaftszufriedenheit näher untersucht und gefunden, dass letztere einen moderierenden Einfluss auf die depressiven Symptome der Frau hat. Je glücklicher eine Partnerschaft war und desto mehr sich eine Frau nach einer schwierigen Geburtserfahrung durch ihren Partner unterstützt fühlte, desto tiefer waren die depressiven Symptome.

Diese Zusammenhänge lassen erkennen, dass die Partnerschaftszufriedenheit, das Geburtserleben und das psychische Wohlbefinden durchaus miteinander in Korrelation stehen. Interessant wäre es jetzt, die Fragebögen genauer zu untersuchen um zu erfahren, welche Komponenten denn bei den jeweiligen Fragebögen auffallen und welche Variablen schliesslich andere Variablen wie stark beeinflussen.

Dabei taucht natürlich die Frage auf, warum denn keine Korrelation der Fragebögen mit dem CARE-Index gefunden werden konnte. Aus den Ergebnissen muss geschlossen werden, dass der CARE-Index tatsächlich in keinem Zusammenhang mit den Befragungen steht.

4.3.2 Weitere Ergebnisse bezüglich der Studien- und Vergleichsgruppe

Anlässlich der vorliegenden Studie wurden nebst den Daten der Fragebögen und den Videoauswertungen auch allgemeine eltern-, kind- und klinikbezogene Daten der Frühgeborenen und deren Eltern erhoben, die für die Beantwortung der Hypothesen nicht relevant sind. So ist zum Beispiel in den Tabellen im Ergebnisteil ersichtlich, dass die Gruppe der Frühgeborenen deutlich mehr Mädchen enthält als die Gruppe der Termingeborenen.

Weiter gibt es in der Studiengruppe Mehrlingskinder, was in der Vergleichsgruppe nicht der Fall ist. Bekannt ist, dass unter Frühgeburten Mehrlinge gehäuft vorkommen. Einerseits tritt eine Frühgeburt häufiger auf nach einer künstlichen Befruchtung, welche in sich die Möglichkeit oder das Risiko einer Mehrlingsschwangerschaft birgt. Andererseits stellen Mehrlingsschwangerschaften wiederum ein erhöhtes Risiko für eine Frühgeburtlichkeit dar. Die Aufteilung der Geschlechter ist in diesem Rahmen nicht erklärbar und für die vorliegende Studie nicht weiter relevant. Interessant wäre jedoch zu untersuchen, ob sich das Interaktionsverhalten bei Mädchen und Knaben beziehungsweise bei Mehrlingen unterscheidet.

Bezüglich der Eltern der Neugeborenen lässt sich sagen, dass sich die Eltern der Studien- und der Vergleichsgruppe hinsichtlich des Alters kaum unterscheiden. Etwas anders sieht es bei der Herkunft aus. In der Gruppe der Termingeborenen gibt es mehr Schweizer Mütter (60%) als in der Gruppe der Frühgeborenen (45.2%). Bei den Vätern ist es genau umgekehrt (50% vs. 61.3%). Auch bezüglich dieser Daten wurden keine weiteren Analysen durchgeführt und aus diesem Grund nicht weiter auf Herkunft der Eltern eingegangen. In einem weiteren Schritt wäre auch hier interessant zu schauen, ob sich für die Interaktion zwischen Mutter und Kind Unterschiede durch den kulturellen Hintergrund ergeben.

Bezüglich der schulischen Ausbildung der Eltern lässt sich sagen, dass sowohl die Studien- wie auch die Vergleichsgruppe einen relativ hohen Bildungsstand aufweisen. 51.6% der Mütter der Frühgeborenen und 40.0% der Mütter der Termingeborenen haben einen Universitären Abschluss beziehungsweise einen Fachhochschulabschluss. Bei den Vätern sind es bei den Frühgeborenen 45.2% und 46.7% bei den Termingeborenen. Natürlich wäre es möglich, dass sich vor allem Familien für die Studie interessiert und angemeldet haben, die selber eine gute Ausbildung haben und an empirischen Untersuchungen grundsätzlich interessiert sind. Weiter interessant zu sehen ist, dass 5 Frauen der Vergleichsgruppe eine Matura als ihren höchsten schulischen Abschluss angegeben haben. Das könnte darauf hinweisen, dass Frauen heute zwar von den selben Ausbildungsmöglichkeiten profitieren, ihre berufliche Laufbahn aber trotzdem eher für die Familiengründung aufgeben oder zumindest verschieben als die Männer das tun. Die Väter dieser Studie, die eine Matura aufweisen, haben ausser in einem Fall danach auch ein Studium absolviert.

Schliesslich sollen noch die erhobenen Daten bezüglich Schwangerschaft, Geburt und Komplikationen auf Seiten der Mutter sowie des Kindes erwähnt werden. Hier zeigt sich, dass bei den Frühgeburten 71% der Babys per Sectio zur Welt gekommen sind, bei den Termingeborenen waren es lediglich 20%. Das deutet bereits auf ein erhöhtes gesundheitliches Risiko der Mutter und des Kindes hin.

Beachtet man weiter, dass das durchschnittliche Geburtsgewicht der Frühgeborenen bei der Hälfte desjenigen der Termingeborenen liegt, alle Frühgeborenen auf der neonatologischen Intensivstation behandelt worden sind, alle im Inkubator gelegen haben und in 13 Fällen gar beatmet worden sind, wird der schwierige Start ins Leben umso deutlicher.

Schliesslich ist von den Müttern der Frühgeborenen bekannt, dass sie durchschnittlich 11 Tage hospitalisiert waren. Von den Müttern der Vergleichsgruppe gibt es leider keine Angaben diesbezüglich. Vergleicht man jedoch die Aussagen betreffend den Vorstellungen und Wünschen bezüglich der Geburt und betreffend der Komplikationen anlässlich der Geburt wird ersichtlich, dass die Frauen nach einer Frühgeburt in 67.7% Enttäuschung bezüglich des Geburtsverlaufes und in 71% Komplikationen angegeben haben. Für die Frauen nach einer Termingeburt entsprach der Geburtsverlauf in 73.3% ihren Wünschen / Vorstellungen, 66.7% erlebten eine problemlose Geburt ohne Komplikationen. Betreffend des Schwangerschaftsverlaufes gibt es wiederum keine Angaben von der Vergleichsgruppe, die Mütter der frühgeborenen Kinder gaben jedoch in 93.5% an, Probleme während der Schwangerschaft gehabt zu haben. All diese Angaben unterstreichen die Resultate der SILGer-Fragebögen über das Geburtserleben der Mütter, das bei den Müttern der Frühgeborenen signifikant schlechter ausgefallen ist.

Abschliessend sollen noch die Angaben zum Stillverhalten der beiden Stichproben erläutert werden. Gestillt haben von der Studiengruppe 74.2% der Mütter, von der Vergleichsgruppe waren es 96.7%. Befragt nach der Zufriedenheit bezüglich des Stillens sagten 32.3% der Mütter der Frühgeborenen, dass es gut geklappt habe mit dem Stillen und ihre Erwartungen erfüllt worden seien. Schwierigkeiten gaben 58.1% der Frauen an. Bei den Müttern der Termingeborenen hatten 63.3% keine Schwierigkeiten beim Stillen, 36.7% gaben Probleme an. Im ersten Fall handelte es sich vorwiegend um Probleme und Folgend er Frühgeburlichkeit (Kind zu schwach, Mutter schwach oder gestresst) während in der Vergleichsgruppe vorwiegend Brustentzündungen, Milchproduktion und Schmerzen im Vordergrund standen. Auch diese Ergebnisse zeigen einen deutlichen Unterschied in den Voraussetzungen für den problemlosen Aufbau einer guten Mutter-Kind-Beziehung.

4.3.3 Angaben zum Besuchverhalten der Eltern der Frühgeborenen

Eine weitere Erkenntnis, die ebenfalls in der Literatur beschrieben ist, konnte auch in der vorliegenden Studie gefunden werden. Latva et al. (2004) haben eine Untersuchung zum Besuchverhalten von Eltern frühgeborener Kinder gemacht. Daraus geht hervor, dass Mütter ihre Kinder grundsätzlich öfter besuchen als die Väter. Auch in der vorliegenden Untersuchung war dies der Fall. Es konnte festgestellt werden, dass die Väter ihre Babys vor allem in den ersten Tagen oft besuchten, diese Besuche mit der Zeit aber eher abnahmen, dafür die Besuche der Mütter eher zunahmen. Dafür gibt es in der Literatur folgende Erklärung:

Sobald sich die Mütter von den Strapazen der Geburt erholt haben, ziehen sich die Väter wieder etwas zurück. Die vom akuten in einen chronischen Zustand gewandelte Situation erfordert, dass sich die Eltern wieder in den Alltag einfinden. Das heisst für die meisten Väter, dass sie wieder ihrer Arbeit nachgehen müssen. Allenfalls haben sie nochmals einige Ferientage, wenn das Baby aus dem Spital entlassen werden kann.

4.4 Kritische Stellungnahme / Limitationen der Studie

An erster Stelle ist hier die nichtrepräsentative Stichprobengrösse zu nennen. Die zur Festlegung der Stichprobengrösse ausgeführte Poweranalyse ergab, dass Ressourcen für die Erhebung von 40 Elternpaaren von Frühgeborenen und 30 Elternpaaren von Termingeborenen reichen würden, um ein repräsentatives Ergebnis berechnen zu können. Aufgrund des engen zeitlichen Rahmens der Studie konnten nicht genügend Familien rekrutiert werden. Als Konsequenz des daraus folgenden „Underpowerment“ konnten keine repräsentativen Daten gewonnen werden.

Eine weitere Einschränkung als Folge der zu kleinen Stichprobe war die nicht durchführbare Korrektur der Mehrlingskinder. Die Untersuchung enthält Daten von je einer Zwilling- und einer Drillingsmutter. Die Videoratings hätten jedoch mit einzelnen Mutter-Kind-Paaren gemacht werden müssen, um eine Mehrgewichtung beim Interaktionsverhalten der beiden betreffenden Müttern zu verhindern. Auch die Auswertungen der Fragebögen wurden dadurch doppelt beziehungsweise dreifach gewichtet, was zu einer Verzerrung der Ergebnisse führte, welche darum an Aussagekraft verlieren.

In einer weiteren Untersuchung wäre es interessant nicht nur die CARE-Index Gesamtscores zu eruieren, sondern auch die inhaltlichen Unterschiede der Interaktionsmuster detailliert festhalten. Dann könnten die Daten auch mit den Befunden unter anderem der Lausanner Studien verglichen werden, die deutliche Unterschiede in den Interaktionsmustern bei Müttern von Frühgeborenen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit Müttern von Termingeborenen konstatieren. Die Frage, ob die Mütter der Frühgeborenen tatsächlich durch die gute Betreuung der neonatologischen Intensivstation ihre eigenen und die Interaktionsdefizite ihres Kindes ausgleichen konnten, darf vermutet, kann aber nicht bewiesen werden. Weitere Untersuchungen mit anderen Interaktionsanalyseverfahren könnten die vorliegenden Resultate bestätigen oder aber in Frage stellen. Letzteres ist zu befürchten, weil der CARE-Index nicht mit dem SILGer oder dem IES-r korrelierte.

4.4.1 Weitere kritische Überlegungen betreffend der Selektion der Stichprobe

Es darf angenommen werden, dass Eltern, die sich kein gutes Resultat bezüglich ihrem Interaktionsverhalten versprochen oder die psychische oder partnerschaftliche Probleme hatten, vielleicht erst gar nicht an der Studie teilgenommen haben.

Als weiteren Kritikpunkt könnte man anfügen, dass die Frühgeborenen 10 (+/- 1) Wochen nach Geburt untersucht wurden. In vergleichbaren Studien wurde das korrigierte Alter der Kinder berücksichtigt. Dabei wird die Anzahl Wochen, die ein Kind zu früh zur Welt gekommen ist, vom tatsächlichen Alter abgezogen. In der vorliegenden Untersuchung wären die Kinder also nicht 10 Wochen, sondern erst 1 bis 4 Wochen alt. In der vorliegenden Studie hat man sich aber mit Absicht gegen die Untersuchung im korrigierten Alter entschieden, damit die Eltern nicht länger am Beziehungsaufbau arbeiten konnten. Möchte man den Entwicklungsstand von Frühgeborenen besser berücksichtigen, müssten die Säuglinge in einer weiteren Untersuchung idealerweise im erreichten und zusätzlich im korrigierten Alter von 10 Wochen untersucht werden, im vorliegenden Fall also zusätzlich 16 bis 19 Wochen nach Geburt.

Schliesslich ist als wichtige Einschränkung der vorliegenden Studie zu erwähnen, dass keine der Video-Raterinnen über die Coder-Reabilität im CARE-Index verfügt und damit die Reliabilität nicht gewährleistet werden kann. Die Befugnis reicht lediglich für die Unterscheidung von gefährdeten und nicht gefährdeten Kindern, nicht aber für eine detaillierte Analyse der Interaktionsmuster.

4.5 Klinische Implikation und Ausblick

Wie aus der bearbeiteten Literatur hervorgeht, bedeutet Frühgeburtlichkeit ein erhöhtes Risiko für vielfältige Entwicklungsbeeinträchtigungen und Verzögerungen auf Seiten des Kindes und ein erhöhtes Risiko für postnatale psychische Störungen auf Seiten der Mutter. Als Folge besteht die Gefahr der dysfunktionalen Mutter-Kind-Interaktion (vergl. Lausanner Studien).

In der vorliegenden Untersuchung konnte bestätigt werden, dass (1) das mütterliche Stressempfinden anlässlich einer Frühgeburt gegenüber Müttern nach einer Termingeburt deutlich höher ist und dass (2) Frauen nach einer Frühgeburt weisen signifikant mehr depressive Symptome auf als Frauen nach einer Termingeburt. Nicht bestätigt werden konnte, dass (1) das Interaktionsverhalten zwischen Müttern mit ihren termingeborenen Kindern gemessen mit dem CARE-Index besser ist als dasjenige der Mütter mit ihren frühgeborenen Kinder und dass (2) sich die Partnerschaftszufriedenheit in den zwei untersuchten Gruppen signifikant unterscheidet. Schliesslich konnte keine Korrelation zwischen dem Geburtserleben der Mutter (SILGer) und dem Interaktionsverhalten der Mutter mit ihrem Kind (CARE-Index) gefunden werden.

Wie bereits im vorhergehenden Kapitel beschrieben, ist die Stichprobe der vorliegenden Studie relativ klein und die Ergebnisse müssen mit Vorsicht interpretiert werden.

Wünschenswert wäre es, die angewendeten Untersuchungsverfahren auf eine repräsentative Stichprobe anzuwenden – allenfalls unter Berücksichtigung des korrigierten Alters der Frühgeborenen.

Aus den beschriebenen Ergebnissen wird deutlich, wie sehr die Mütter von Frühgeborenen psychisch belastet sind und wie sehr sie auf diverse Unterstützungen angewiesen sind. Eine noch bewusstere und individuellere Betreuung durch das Spitalpersonal, allenfalls eine Beziehung eines Psychologen mit dem Ziel der Erfassung des mütterlichen Befindens, wäre dringend angezeigt, um präventiv die Mutter-Kind-Interaktion zu unterstützen. Auch eine bessere Begleitung nach dem Spitalaustritt wäre wünschenswert, die Mütterberatung kann diese Probleme nicht auffangen, es gibt zu wenig Beratungsangebote, wo sich Eltern hinwenden können. Hier wäre eine Schreispprechstunde und / oder eine Anlaufstelle für Probleme wie Fütterstörungen oder Interaktionsschwierigkeiten hilfreich.

Des weiteren befassen sich Studien mehr und mehr mit der Bedeutung der Co-Elternschaft und der Familie als Gruppe. Der Blick ist somit etwas weg von der dyadischen Beziehung zwischen Mutter und Kind oder auch Vater und Kind hin zur Gesamtdynamik in der Familie gekommen. Das Kind wächst in der Dynamik des Beziehungsnetzes auf. Damit rückt auch die Qualität der Beziehung zwischen den Eltern als Komponente mehr ins Zentrum. Mit dieser Thematik befassten sich zum Beispiel von Klitzing et al. (1999), die nachweisen konnten, dass Säuglinge in einem gut balancierten triadischen Interaktionskontakt mit beiden Eltern stehen und aktiv zu einem solchen Austausch beitragen können und der Vater somit eine protektive Funktion bekommt. Triadische Fähigkeit meint dabei die Fähigkeit von Vätern und Müttern, ihre zukünftigen familialen Beziehungen zu antizipieren und konzeptualisieren – das heisst, das Kind als Drittes bereits auf der Ebene der Vorstellungen in die eigenen Beziehungswelt zu integrieren – ohne sich selbst oder den Partner von der Beziehung zum Kind auszuschliessen.

Auch Fivaz-Depeursinge und Corboz-Warnery (1999) interessieren sich für diese triadische Beziehung und haben ein Untersuchungsverfahren für die Beobachtung und Einschätzung der Vater-Mutter-Säuglings-Interaktionen in einem standardisierten Setting, dem „Lausanner Spiel zu Dritt“ (the Lausanne Triadic Play, LTP) erarbeitet. Die Autorinnen konnten nachweisen, dass Säuglinge bereits sehr früh in der Lage sind, ihre Aufmerksamkeit und ihre Affekte mit beiden Eltern zu teilen.

Das Gesamtprojekt, in welches die vorliegende Studie eingebunden ist, sieht vor, in einer Anschlussstudie erneut die Mutter-Kind-Interaktion und die Vater-Kind-Interaktion zu erheben. Ausserdem sollen verschiedene Parameter der kindlichen Entwicklung eingeschätzt werden.

Erst durch diesen longitudinalen Ansatz können die Fragen beantwortet werden, ob Väter einen vermittelnden Einfluss auf die Mutter-Kind-Interaktion und zusätzlich auf die kindliche Entwicklung haben, wie es unter anderem oben genannte Autoren beschreiben. Weiter darf man gespannt sein auf die Ergebnisse dieser Parallelstudie, die sich mit den Vätern der früh- und termingeborenen Babys auseinandersetzt und untersucht, ob es einen Unterschied in der Qualität des Interaktionsverhaltens zwischen Vätern mit Frühgeborenen und Vätern mit reifgeborenen Säuglingen gibt.

5 Abstract

Aktuelle Studien zeigen, dass eine Frühgeburt Risiken birgt für die biologische, kognitive, emotionale und behaviorale Entwicklung des betroffenen Kindes. Ein entscheidender Faktor, welcher diese Risiken abschwächen oder aber potenzieren kann, ist die Eltern-Kind-Beziehung. Besondere Aufmerksamkeit wird dabei auf die Mutter gelegt. Studien zeigen, dass die mütterliche Identität durch die Erfahrung der oft mit Komplikationen verbundenen Frühgeburt verzögert wird. Die subjektive perinatale Belastungserfahrung, die frühe Trennung vom Kind und die Angst um Letzteres erschweren die Bedingungen für den Bindungsprozess. Das psychische Wohlbefinden der Mutter kann erheblich eingeschränkt werden, wobei im Speziellen das Risiko für depressive Symptome erhöht ist, was wiederum ein Risiko für die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion bedeuten kann.

Die vorliegende Studie untersuchte die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion bei Frühgeborenen anhand von Videoaufnahmen und verglich die Ergebnisse mit der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion bei Termingeborenen. Zusätzlich wurde jeweils das mütterliche Stesserleben anlässlich der Geburt, die depressiven Symptome und die Partnerschaftszufriedenheit anhand von Fragebögen eruiert. Auch diese Daten wurden mit jenen der Mütter nach einer Termingeburt verglichen.

Es konnte festgestellt werden, dass sich die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion bei Frühgeborenen nicht von der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion bei Termingeborenen unterscheidet. Das psychische Wohlbefinden bei den Müttern der Frühgeborenen ist jedoch deutlich schlechter als dasjenige der Mütter von Termingeborenen, erstere weisen signifikant mehr depressive Symptome auf. Das Stressempfinden anlässlich der Geburt ist bei Frauen nach einer Frühgeburt deutlich höher als dasjenige bei Müttern von Termingeborenen, es sagt jedoch nichts über die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion 10 Wochen nach Geburt voraus. Kein Unterschied wurde betreffend der Partnerschaftszufriedenheit gefunden. Jedoch konnte bestätigt werden, dass letztere sehr wohl mit dem psychischen Wohlbefinden und dem Geburtserlebnis im Zusammenhang steht.

Dieses Ergebnis unterstreichen die Wichtigkeit einer sorgfältigen Abklärung des psychischen Befindens der Mutter und deren Betreuung bereits anlässlich der Hospitalisation des Frühgeborenen auf der neonatologischen Intensivstation. Ein Ausbau von ambulanten Anlauf- beziehungsweise Beratungsstellen für betroffene Frauen und ihre Babys wäre wünschenswert. Schliesslich ist der Partnerschaft in dieser belastenden Phase besondere Aufmerksamkeit zu schenken, kann sie doch eine bedeutende Ressource darstellen.

6 Literaturverzeichnis

- Affleck, G., Tennen, H. & Rowe, J. (1991). *Infants in crisis*. How parents cope with newborn intensive care and it's aftermath. Springer: New York.
- Ainsworth, M. (1974). Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber den Mitteilungen des Babys. In: K.E. Grossmann & K. Grossmann. (2003). *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Well, S. (1978). *Patterns of attachment*. Erlbaum, Hillsdale.
- Alvarado, S-R., Sanchez Romero, J., Rivas-Ruiz, F., Milla, E.-P., Medina Lopez, R., Ruiz, L & Alvarez Aldean, J. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern. *Pediatric Annals*, 69 (2): 134 – 140.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dgvt.
- Bergant, A., Nguyen, T., Heim, K., Ulmer H. & Dapunt, O. (1998). German language version and validation of the Edinburgh postnatal depression scale. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 123 (3): 35 – 40.
- Bhutta, A.T., Cleves, M.A., Casey, P.H., Cradock, M.M & Anand, K.J.S. (2002). Cognitive and behavioral outcomes of school – aged children who were born preterm. *JAMA*, 288 (6): 728 – 737.
- Bittmann, S. (2010). *Checklisten Pädiatrie und Neonatologie: Krankheitslehre für Pflege- und medizinische Berufe*. München: Elsevier.
- Bongers, I.L., Koot, H.M., van der Ende, J. & Verhulst, F.C. (2003). The normative development of child and adolescent problem behavior. *J Abnorm Psychol*, 112: 179 – 192.
- Borghini, A., Pierrehumbert, B., Miljkovitch, R., Mueller-Nix, C., Forcada-Guex, M. & Andermet, F. (2006). Mother's attachment representations of their premature infant at 6 and 18 months after birth. *Infant Mental Health Journal*, 27 (5): 494 – 508.
- Bowlby, J. (2008). *Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendungen der Bindungstheorie*. München: Reinhardt.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss. Bd 1: Attachment. New York: Basic Books. Deutsch: *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. München: Kindler, 1975.

- Brisch, K.H. (2010). *Förderkreis für intensivpflegebedürftige Kinder Ulm e. V.* [On-line]. Available: <http://www.intensivkinder-ulm.de/Brisch-Publikation.htm>.
- Brisch, K.H. (2007). *Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung: Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K.H., Bechinger, D., Betzler, S. & Heinemann, H. (2003). Early preventive attachment-oriented psychotherapeutic intervention program with parents of a very low birthweight premature infant: results of attachment and neurological development. *Attachment & Human Development*, 5 (2): 120 – 135.
- Brisch, K.H. (2001). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K.H., Gontard, A., Pohlandt, F., Kächele, H., Lehmkuhl, G. & Roth, B. (1997). Interventionsprogramme für Eltern von Frühgeborenen. Kritische Übersicht. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 145 (5): 457 – 465.
- Brisch, K.H., Buchheim, A., Köhntop, B., Kunzke, D., Schmücker, G., Kächele, H & Pohlandt, F. (1996). Präventives psychotherapeutisches Interventionsprogramm für Eltern nach der Geburt eines sehr kleinen Frühgeborenen – Ulmer Modell. Randomisierte Längsschnittstudie. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 144 (11): 1206 – 1212.
- Broth, M.R., Goodman S.H., Hall, C. & Raynor, L.C. (2004). Depressed and well mothers' emotion interpretation accuracy and the quality of mother-infant interaction. *Infancy*, 6: 37 – 55.
- Browne, J.V. (2004). Early relationship environments: physiology of skin-to-skin contact for parents and their preterm infants. *Clin Perinatol*, 31: 287 – 298.
- Bruschweiler Stern, N. (1999). Motherhood: The emotional awakening. *Journal of Pediatric Health Care*, 13: 8 – 12.
- Bucher, H.U., Ochsner, Y., Fauchere, J.-C. & the Swiss Neonatal Network. (2003). Two year outcome of very pre-term and very low birthweight infants in Switzerland. *Swiss Med Weekly*, 133: 93 – 99.
- Buchheim, A., Brisch, K.H. & Kächele, H. (1999). Die klinische Bedeutung der Bindungsforschung für die Risikogruppe der Frühgeborenen: ein Überblick zum neuesten Forschungsstand. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 27 (2): 125 – 138.
- Buehl, A. (2006). SPSS 14. *Einführung in die moderne Datenanalyse. 10. Überarbeitete und erweiterte Auflage*. München: Pearson.

- Bugental, D.B., Beaulieu, D., Schwartz, A. (2008). Hormonal sensitivity of preterm versus full-term infants to the effect of maternal depression. *Infant behavior and Development*, 31: 51 – 61.
- Bürgin, D. (2006). Potenziell traumatogene Faktoren auf der Intensivmedizin. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*. 3: 29 – 36.
- Caplan, G. (1960). Patterns of parental response to the crisis of premature birth. *Psychiatry*, 23: 365 – 374.
- Chapieski, M.L. & Evankovich, K.D. (1997). Behavioral effects of prematurity. *Semin Perinatol*, 21: 221 – 239.
- Christ-Steckhan, C. (2005). *Elternberatung in der Neonatologie*. München: Reinhardt.
- Clarke-Stewart, K.A. (1973). Interactions between mothers and their young children: characteristics and consequences. *Monographs of the Society for Research in Child Development: 153, Vol. 38*: 6 – 7.
- Cohen, L.J. & Slade, A. (2000). The psychology and psychopathology of pregnancy: Reorganization and transformation. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health*, 20 – 36. New York: The Guilford Press.
- Cooke, R.W.I. (2004). Health, lifestyle, and quality of life for young adults born very preterm. *Arch Dis Child*, 89: 201 – 206.
- Cox, J.L., Holden, J.M. & Sagovski, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150: 782 – 786.
- Cramer, B. (1987). Die Reaktion einer Mutter auf eine Frühgeburt. In: M.H. Klaus & J.H. Kennel (Hrsg.). *Mutter-Kind-Bindung. Über die Folgen einer frühen Trennung*. S. 218 – 232. München: dtv.
- Crittenden, P.M. (2005). Der CARE-Index als Hilfsmittel für Früherkennung, Intervention und Forschung. *Frühförderung Interdisziplinär*, 3: 99 – 106.
- Crittenden, P.M. (1992). Children's strategies for coping with adverse home environments: an interpretation using attachment theory. *Child Abuse & Neglect*, 16: 329 – 343.
- Crittenden, P.M. (1985). Maltreated infants: Vulnerability and resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26: 85 – 96.
- Crittenden, P.M. (1981). Abusing, neglecting, problematic, and adequate dyads: Differentiating by patterns of interaction. *Merill-Plamer Quarterly*, 27: 201 – 218.

- Davis, L., Mohay, H. & Wollin, J. (2003). The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Human Development*, 73: 61 – 70.
- De Wolff, M. & van IJzendoorn, M.H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis of parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68: 571 – 592.
- Deater-Deckard, K. & Bulkley, J. (2000). Parent concerns in long-term follow up. *Semin Neonatol*, 5: 171 – 178.
- Doering, L.V., Moser, D.K. & Dracup, K. (2000). Correlates of anxiety, hostility, depression and psychosocial adjustment parents of NICU infants. *Neonatal Network*, 19 (5): 15 – 23.
- Dornes, M. (2004). *Der kompetente Säugling: die präverbale Entwicklung des Menschen*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Drillien, C.M., Thomson, A.J., Burgoyne, K. (1980). Low birthweight children at early school-age: a longitudinal study. *Dev Med Child Neorol.*, 22: 26 – 47.
- Fegran, L., Helseth, S. & Fagermoen, M.S. (2008). A comparison of mother's and father's experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17: 810 – 816.
- Field, T. (1994). Maternal depression effects on infants and early interventions. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 27: 200 – 203.
- Filipp, S.H. (2010). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen: vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fivaz-Depeursinge, E. & Corboz-Warnery, A. (1999). *The primar triangle*. Boulder: Basic books.
- Fonagy, P. (2003). *Bindungstheorie und Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett – Cotta.
- Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A. & Mueller-Nix, C. (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*, 118 (1), 107 – 114.
- Friese, K.; Plath, C. & Briese, V. (2000). *Frühgeburt und Frühgeborenes: Eine interdisziplinäre Aufgabe*. Berlin: Springer.

- Gaensbauer, T.J. (2006). Repräsentationen infantiler Traumata. Klinische und theoretische Implikationen für das Verständnis früher Erinnerungen. *Analytische Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie*, 34 (4): 473 – 500.
- Gallegos Martinez, J., Monti Fonseca, L.M. & Silvan Scochi, C.G. (2007). The participation of parents in the care of premature children in a neonatal unit: meanings attributed by the health team. *Rev Latino – am Enfermagem*, 15 (2): 239 – 246.
- Gloger-Tippelt, G. (1988). *Schwangerschaft und erste Geburt: Psychologische Veränderungen der Eltern*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Goldsmith, H.H., Buss, A.H., Plomin, R. et al. Roundtable. (1987). What is temperament? Four approaches. *Child Development*, 58: 505 – 529.
- Gontard, A., Schwarte, A., Kubs, A. & Roth, B. (1999). Neonatal intensive care and premature birth – maternal perception and coping. *Arch Womens Ment Health*, 2: 29 – 35.
- Hack, M., Flannery, D.J., Schluchter, M., Cartar, L., Borawski, E. & Klien, N. (2002). Outcomes in young adulthood for very-low-birth-weight infants. *The New England Journal of Medicine*, 346 (3): 149 – 157.
- Haensenberger-Aebi, F. (2007). Sehr kleine Frühgeborene. Annäherung an eine Zielgruppe der Heilpädagogischen Früherziehung. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*. 76 (4): 285 – 293.
- Hagan von, R., Evans, S.F. & Pope, S. (2004). Preventing postnatal depression in mothers of very preterm infants: a randomised controlled trial. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111: 641 – 647.
- Hofecker Fallahpour, M. (2005). *Was Mütter depressiv macht...und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen: ein Therapiehandbuch*. Bern: Huber.
- Holditch-Davis, D., Bartlett, T.R., Blickman, A.L. & Miles, M.S. (2003). Posttraumatic Stress symptoms on mothers of premature infants. *JOGNN*, 32: 161 – 171.
- Horowitz, M.J., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact-of-event-scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med* 41 (3): 209 – 218.
- Horwood, L.J., Mogridge, N. & Darlow, B.A. (1998). Cognitive, educational, and behavioral outcomes at 7 to 8 years in a national very low birth weight cohort. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 79: 12 – 20.
- Israel, A. (2006). Früh in der Welt. Psychoanalytische Beobachtung von Frühgeborenen. *Analytische Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie*, 34 (4): 457 – 472.

- Jotzo, M. & Schmitz, B. (2002). Traumatisierung der Eltern durch die Frühgeburt des Kindes. *Psychotraumatologie*, 38: DOI: 10.1055/s-2002-33383.
- Kaarensen, P.I., Ronning, J.A., Ulvund, S.E. & Dahl, L.B. (2006). A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics*, 118 (1): 9 – 19.
- Kersting, A., Dorsch, M., Wesselmann, U., Ludorff, K., Witthaut, J., Ohrmann, P., Hoering-Franz, T., Klockenbusch, W., Harms, E. & Arolt, V. (2004). Maternal post-traumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant: stress, fibromyalgia and sleep. *Journal of Psychosomatic Research*, 57 (5): 473 – 476.
- Kirkilionis, E. (2008). *Bindung stärkt emotionale Sicherheit für ihr Kind – der beste Start ins Leben*. München: Kösel.
- Klaus, M.H. & Kennell, J.H. (1983). *Mutter-Kind-Bindung: Über die Folgen einer frühen Trennung*. München: Klösel.
- Korja, R., Savonlahti, E., Haataja, L., Lapinleimu, H., Manninen, H., Piha, J. & Lehtonen, L. (2009). Attachment representations in mothers of preterm infants. *Infant Behavior & Development*, 32: 305 – 311.
- Korja, R., Maunu, J., Kirjavainen, J., Savonlahti, E., Haataja, L., Lapinleimu, H. et al. (2008). Mother-infant interaction is influenced by the amount of holding in preterm infants. *Early Human Development*, 84 (4): 257 – 267.
- Korja, R., Savonlahti, E., Ahlqvist-Bjorkroth, S., Stolt, S., Haataja, L., Lapinleimu, H. et al. (2008). Maternal depression is associated with mother-infant interaction in preterm infants. *Acta Paediatrica*, 97 (6): 724 – 730.
- Langkamp, D.L., Kim, Y. & Pascoe, J.M. (1998). Temperament of preterm infants at 4 months of age: maternal ratings and perceptions. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 19: 391 – 396.
- Larroque, B., N’Guyen The Tich, S., Guedeney, A., Marchand, L. & Burguet, A. (2005). Temperament at 9 months of very preterm infants born at less than 29 week’s gestation: The Epipage Study. *Journal of Developmental and Behavioral Paediatrics*, 26: 48 – 55.
- Latva, R., Korja, R., Salmelin, R.K., Lehtonen, L. & Tamminen, T. (2008). How is maternal recollection of the birth experience related to the behavioral and emotional outcome of preterm infants? *Early Human Development*, 84: 587 – 594.
- Latva, R., Lehtonen, L., Salmelin, R.K., Tamminen, T. (2004). Visiting less than every day. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 158: 1153-1157.

- Lawn, J.E., Mwansa-Kambafwile, J., Horta, B.L., Barros, F.C. & Cousens, S. (2010). Kangaroo Mother Care to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. *International Journal of Epidemiology*, 39, i144 – i154.
- Lazar, R.A., Röpke, Ch. & Ermann, G. (2001). Das Leben will gelernt sein. Aus der Beobachtung eines frühgeborenen Babys. *Forum Psychoanalyse*. 17: 158 – 174.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktionen zwischen Personen und Umwelt. In J.R. Nitsch (Hrsg.). *Stress: Theorien, Untersuchungen, Massnahmen* (S. 213 – 259). Bern: Huber.
- Lemola, S., Stadlmayr, W. & Grob, A. (2007). Maternal adjustment five months after birth: the impact of the subjective experience of childbirth and emotional support from the partner. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25 (3): 190 – 202.
- Libera, A., Darmochwal-Kolarz, D. & Oleszczuk, J. (2007). Sense of coherence (SOC) and styles of coping with stress in women after premature delivery. *Med Sci Monit*, 13 (3): 125 – 130.
- Life Course and Health Research Center (2001). *Transitions: A study of stress and well being in young adulthood. Wave II Questionnaire. Drug use trajectories – ethnic / racial comparison*. Retrieved 22 May 2006, from <http://www.fiu.edu/~lchrc/pdfs/w2instrument.pdf>.
- Lohaus, A., Keller, H., Ball, J., Voelker, S. & Elben, C. (2004). Maternal sensitivity in interactions with tree- and 12 month-old infants: stability, structural composition and developmental consequences. *Inf Child Dev*, 13: 235 – 252.
- Löhr, T., von Gontard, A. & Roth, B. (2000). Perception of premature birth by fathers and mothers. *Arch Womens Ment Health*, 3: 41 – 46.
- Maercker, A. & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: die impact-of-event Skala – revidierte Version (IES-r). Assessment of psychological sequelae of stress: the impact-of-event-scale – revised IES-r. *Diagnostica*, 44 (3): 130 – 141.
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for the classification of behavior. In: T. Brazelton & M. Youngman. *Affected development in infancy*. Norwood, NJ: Ablex.
- Matas, L., Arend, R.A. & Sroufe, L.A. (1978). Continuing of adaption in the second year: The relationship between quality of attachment and later competence. *Child Development*, 49: 547 – 56.

- Menche, N. (2008). *Pflege heute: Lehrbuch für Pflegeberufe*. München: Urban & Fischer.
- Mertesacker, B., Bade, U, Haverkock, A. & Pauli-Pott, U. (2004). Predicting maternal reactivity / sensitivity: The role of infant emotionality, maternal depressiveness / anxiety and social support. *Infant Mental Health Journal*, 25 (1): 47 – 61.
- Miles, R., Cowan, F., Glover, V., Stevenson, J. & Modi N. (2006). A controlled trial of skin-to-skin contact in extremely preterm infants. *Early Human Development*, 82: 447 – 455.
- Moore, E.R., Anderson, G.C. & Bergman, N. (2009). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane Library*, 1: 1 – 79.
- Mueller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Jaunin, L., Borghini, A. & Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Human Development*, 79 (2): 145 – 158.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., Cooper, P. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, 67: 2512 – 2526.
- Oberklaid, F., Prior, M., Sanson, A. (1986). Temperament of preterm versus fullterm infants. *J Dev Behav Pediatr*, 7: 159 – 162.
- Padovani, F.H., Carvalho, A.E., Duarte, G., Martinez, F.E. & Linhares, M.B. (2009). Anxiety, dysphoria, and depression symptoms in mothers of preterm infants. *Psychol Rep*, 104 (2): 667 – 679.
- Papousek, M. (2004) *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung*. Bern: Huber.
- Papousek, M. (1994). *Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation*. Bern: Hans Huber.
- Papousek, M. & Papousek, H. (1990). Excessive infant crying and intuitive parental care: Buffering support and its failures in parent-infant interaction. *Early Child Development and Care*, 65: 117 – 126.
- Pederson, D.R., Moran, G., Sitko, C., Campbell, K, Ghesquire, K. & Acton, H. (1990). Maternal sensitivity and the security of infant-mother attachment: A Q-sort study. *Child Development*, 61: 1974 – 1983.
- Pedrina, F. (2006). *Mütter und Babys in psychischen Krisen: Forschungsstudie zu einer therapeutisch geleiteten Mutter-Säugling-Gruppe am Beispiel postpartaler Depression*. Frankfurt am Main: Brandes und Apsel.

- Pierrehumbert, B., Nicole, A., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M. & Ansermet, F. (2003). Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 88: 400 – 404.
- Poehlmann, J., Miller Schwichtenberg, A.J., Bolt, D. & Dilworth-Bart, J. (2009). Predictors of depressive symptoms trajectories in mothers of infants born preterm or low birthweight. *Journal of Fam Psychol*, 23 (5): 690 – 704.
- Poehlmann, J. & Fiese, B.H. (2001). The interaction of maternal and infant vulnerabilities on developing infant-mother attachment relationships. *Development and Psychopathology*, 13: 1 – 11.
- Rao, S., Udani, R. & Nanavati, R. (2008). Kangaroo Mother Care for low birth weight infants: a randomized controlled trial. *Indian Pediatrics*, 45: 17 – 23.
- Reck, C. (2001). *Kritische Lebensereignisse und Depression. Life-Event-Forschung im Überblick*. Lengerich: Pabst Science Publisher.
- Reichmann, N.E. (2005). Low birth weight and school readiness. *Future Child*, 15: 91 – 116.
- Reid, T. (2000). Maternal identity in preterm birth. *Journal of Child Health Care*, 4: 23 – 29.
- Reijneveld, S.A., de Kleine, M.J.K., van Baar, A.L., Kollee, L.A.A., Verhaak, C.M., Verhulst, F.C. & Verloove-Vanhorick, S.P. (2006). Behavioural and emotional problems in very preterm and very low birthweight infants at age 5 years. *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed.*, 91: 423 – 428.
- Rohde, A. (2004). *Rund um die Geburt eines Kindes: Depressionen, Ängste und andere psychische Probleme*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rothbart, M.K. & Ahadi, S.A. (1994). Temperament and the development of personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (1): 55 – 66.
- Sajaniemi, N., Salokorpi, T. & von Wendt, L. (1998). Temperament profiles and their role in neurodevelopmental assessed preterm children at two years of age. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 7: 145 – 152.
- Sarimski, K. (2000). *Frühgeburt als Herausforderung: Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmücker, G., Brisch, K.H., Köhntop, B., Betzler, S., Österle, M., Pohlandt, F., Pokorny, D., Laucht, M., Kächele, H. & Buchheim, A. (2005). The influence of prematurity, maternal anxiety and the infants neurobiological risk on mother-infant interactions. *Infant Mental Health Journal*, 26 (5): 423 – 441.

- Schneewind, K.A. (1991). *Familienpsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Singer, D. (2006). Die Langzeitprognose von Frühgeborenen: Was sich hinter den Statistiken verbirgt. *Zeitschrift Geburtsh Neonatol*, 210, 50 – 59.
- Singer, L.T., Salvator, A., Guo, S.Y., Collin, M., Lilien, L. & Baley, J. (1999). Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low birth weight infant. *JAMA – Journal of the American Medical Association*, 281 (9): 799 – 805.
- Spangler, G., Grossmann K. + K. & Fremmer-Bombik, E. (2000). Individuelle und soziale Grundlagen von Bindungssicherheit und Bindungsdesorganisation. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*. 47 (3): 203 – 220.
- Spitz, R.A. (1946). Hospitalism; a follow-up report on investigation described in volume I, 1945. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 2: 113 – 117.
- Spungen, L.B. & Farran, A.C. (1986). Effect of intensive care unit exposure on temperament in low birth weight preterm infants. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 7: 288 – 292.
- Stadlmayr, W., Bitzer, J., Amsler, F., Simoni, H., Alder, J., Surbek, D. & Bürgin, D. (2006). Acute stress reactions in the first weeks postpartum: a study of 219 parturients. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*: 1 – 8.
- Stadlmayr, W., Schneider, H., Amsler, F., Bürgin, D. & Bitzer, J. (2001). How do obstetric variables influence the dimensions of the birth experience as assessed by Salmon's item list (SIL-Ger)? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 115: 43 – 50.
- Steer, P. (2005). The epidemiology of preterm labour. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 112, (Suppl 1): 1 – 3.
- Stern, D. (2007). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. 9. erw. Auflage. Stuttgart: Clett-Cotta.
- Stern, D. (2002). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. (1998). *Die Mutterschaftskonstellation*. Stuttgart: Klatt-Cotta.
- Stern, M., Karraker, K., McIntosh, B., Moritzen, S. & Olexa, M. (2006). Prematurity stereotyping and mothers' interaction with their premature and full-term infants during the first year. *Journal of Pediatric Psychology*, 31 (6): 597 – 607.
- Teising, D. (2000). *Neonatologische und pädiatrische Intensivpflege. Praxisleitfaden und Lernbuch*. Berlin: Springer.

- Thiel-Bonney, C. & Cierpka, M. (2004). Die Geburt als Belastungserfahrung bei Eltern von Säuglingen mit Regulationsstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 53 (9): 601 – 22.
- Van Ijzendoorn, M.H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117: 387 – 403.
- Varner, M.W. & Esplin, M.S. (2005). Current understanding of genetic factors in preterm birth. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 112, (Suppl 1): 28 – 31.
- Vohr, B.R., Wright, L.L.; Poole, W.K. & McDonald, S.A. (2005). Neurodevelopmental outcomes of extremely low birth weight infants < 32 weeks' gestation between 1993 and 1998. *Pediatrics*, 116 (3): 635 – 643.
- Vonderlin, E.-M. (1999). *Frühgeburt: elterliche Belastung und Bewältigung*. Heidelberg: Winter.
- von Klitzing, K., Simoni, H. & Bürgin, D. (1999). Child development and early triadic relationships. *International Journal of Psychoanalytics*, 80: 71 – 89
- Weiss, D. & Marmar, C. (1997). The impact-of-event-scale – revised. In: J. Wilson & T. Keane (eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York, London: Guilford Press: 399 – 411.
- Wightman, A., Schluchter, M., Drotar, D., Andreias, L., Taylor, H.G., Klein, N. et al. (2007). Parental protection of extremely low birth weight children at age 8 years. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28 (4): 317 – 326.
- Winnicott, D.W. (1958). *Collected papers: through paediatrics to psycho-analysis*. London: Tavistock.
- Wood, B.L., Hargreaves, E. & Marks, M. (2004). Using the working model of the child interview to assess postnatally depressed mothers' internal representations of their infants: A brief report. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22 (1): 41 – 44.
- Zahr, L.K. (1991). The relationship between maternal confidence and mother-infant behaviors in preterm infants. *Res Nurs Health*, 14 (4): 279 – 286.

7 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Deskriptive Statistiken zu den soziodemographischen Angaben der Studien- und Vergleichsgruppe	S. 40
Tabelle 2:	Deskriptive Statistiken zu den soziodemographischen Angaben der Eltern	S. 41
Tabelle 3:	Angaben zu Geburt und Hospitalisation des Kindes	S. 43
Tabelle 4:	Angaben zu Schwangerschafts- und Geburtsverlauf und Hospitalisationsdauer der Mütter	S. 44
Tabelle 5:	Angaben zu Besuchstagen der Eltern der Frühgeborenen	S. 46
Tabelle 6:	Angaben zum Stillverhalten	S. 46
Tabelle 7:	Mittelwertsvergleiche der Fragebögen und des CARE-Index	S. 47
Tabelle 8a:	Korrelationsmatrix für die Fragebögen und den CARE-Index: Alle Mütter	S. 48
Tabelle 8b:	Korrelationsmatrix für die Fragebögen und den CARE-Index: Frühgeborene	S. 49
Tabelle 8c:	Korrelationsmatrix für die Fragebögen und den CARE-Index: Termingeborene	S. 49

Anhang

Anhang A: Ethikantrag

A/1: Elternbrief

A/2: Einverständniserklärung

Anhang B: Fragebögen

B/1: SILGer Mutter

B/2: IES-r

B/3: EPDS

B/4: Fragebogen Kind

B/5: Partnerschaftsfragebogen

Anhang C: CARE-Index dyadische Synchronizitätskala

Agnes von Wyl

Dr. phil.
Leiterin Forschungsschwerpunkt Psychotherapie und psychische Gesundheit
agnes.vonwyl@zhaw.ch

Zürich, im Juni 2009

071
Beustweg 14
Postfach
CH-8032 Zürich
Tel. +41 58 934 84 33
Fax +41 58 935 83 31
Tel. Zentrale +41 58 934 83 33
Fax Zentrale +41 58 935 83 00

www.psychologie.zhaw.ch

Liebe Eltern

Vor wenigen Wochen ist Ihr Kind zur Welt gekommen. Wir gratulieren Ihnen zu diesem freudigen Ereignis und hoffen, dass es Ihnen und Ihrem Kind gut geht. Gerne möchten wir Sie zu der Teilnahme an unserer Studie zur Eltern-Kind Interaktion bei Frühgeborenen einladen.

Frühgeburtlichkeit

Frühgeburtlichkeit ist für das Kind und die Eltern eine besondere Herausforderung. Kinder, die zu früh geboren werden, brauchen anfänglich mehr Unterstützung als termingeborene Kinder. Für die Eltern ist die Sorge wegen der frühen Geburt und um die zukünftige Entwicklung oftmals belastend. Zusätzlich ist die Kontakt- und Beziehungsgestaltung zum kleinen Frühgeborenen z.B. durch die lebensnotwendigen, umgebenden medizinischen Geräte erschwert. Von der kinderärztlichen Seite her wurden schon enorm viele Fortschritte zur Hilfe für Frühgeborenen erarbeitet. Aus kinderpsychologischer Sicht wissen wir heute um die wesentliche Bedeutung der Eltern-Kind-Beziehung für das Gedeihen des Frühgeborenen. Wir interessieren uns daher sehr für die Interaktion zwischen Ihnen und Ihrem Kind und bitten Sie deshalb um die Teilnahme an einem Forschungsprojekt. Die spezifische Situation für Sie und Ihr frühgeborenes Kind steht dabei im Zentrum.

Was möchten wir verstehen?

Uns interessiert, welche Entwicklungsvoraussetzungen Ihr Kind mitbringt und wie sich der Kontakt Mutter-Kind und Vater-Kind im Vergleich zu Termingeborenen gestaltet. Dazu würden wir gerne die Interaktion zwischen Mutter und Kind beziehungsweise zwischen Vater und Kind untersuchen. Dies würde mittels Fragebogen und Videographie im Rahmen eines Forschungsprojektes der Zürcher Fachhochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Psychologie (ZHAW-P) und der Klinik für Neonatologie des Zürcher Universitätsspitals geschehen. Ebenfalls beteiligt an der Studie ist die Abteilung für Neonatologie des Universitätskinderspitals beider Basel (UKBB) und der Frauenklinik des Universitätsspitals Basel (USB).

Wie würde die Erhebung ablaufen?

Etwa zwei Wochen nachdem Sie Ihr Kind nach Hause nehmen konnten, möchten wir zwei 10 bis 15 Minuten dauernde „Spielsituationen“ auf Video aufnehmen, zum einen vom Vater mit dem Kind, zum andern von der Mutter mit dem Kind. Gleichzeitig werden wir Sie bitten, einige Fragen und Fragebogen zu beantworten. Der Zeitaufwand dafür ist etwa anderthalb Stunden.

Ihre Auskünfte und Ihre Beteiligung sind selbstverständlich freiwillig. Bei einer Nichtteilnahme oder vorzeitigem Beenden der Studienteilnahme entstehen keine Nachteile für Sie oder Ihr Kind. Medizinische Betreuung durch die Pflegenden und Ärzte der Neonatologie steht Ihnen bei Bedarf selbstverständlich zur Verfügung, auch wenn Sie nicht an der Studie mitmachen. Auf Ihren Wunsch hin werden auch die Videos vernichtet, sollten Sie sich später gegen eine weitere Verwendung der Daten entscheiden.

Welche Vorteile hat die Untersuchung für Sie?

Diese Studie kann vor allem zukünftigen Eltern von Frühgeborenen helfen, indem z.B. Ideen, die sich aus dieser Studie ergeben, in die Betreuung auf der Neonatologie einfließen. Dennoch hoffen wir, dass auch Sie direkt einen Vorteil haben. Zum Beispiel werden wir Sie über die Ergebnisse der Untersuchung informieren, wenn Sie das wünschen. Sollten Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes auftauchen beraten wir Sie gerne.

Was passiert mit den Daten?

Die erstellten Videos und die im Projekt aufgenommenen Daten unterliegen der ärztlichen Geheimhaltungspflicht und werden ausschliesslich für die erwähnten wissenschaftlichen Auswertungen genutzt. Sie werden 5 Jahre anonymisiert unter Verschluss gehalten, bevor sie vernichtet werden. Aus den Veröffentlichungen der Ergebnisse werden keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Kinder möglich sein.

Möglicherweise kann es sinnvoll sein, Ärzte und Pflorgeteam über unsere Beobachtungen zu informieren, um so die Betreuung von Ihnen und Ihrem Kind zu optimieren. Da bei einem solchen Informationsaustausch mit der Neonatologie Ihre Daten in uncodierter Form (nicht anonymisiert) weitergegeben werden, geschieht dies nur mit Ihrem Einverständnis.

Wir erhoffen, dass uns die Forschungsergebnisse eine grosse Hilfe bei der Verbesserung unserer therapeutischen Möglichkeiten auf der Neonatologie sein werden.

Wenn Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an Frau Bachmann, Tel. 076 399 14 04, Frau Studer, Tel. 079 285 90 37 oder Frau von Wyl, Tel. 058 934 84 33, wenden.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre wertvolle Mithilfe.

Freundliche Grüsse

Barbara Bachmann
BSc Angewandte Psychologie

Andrea Studer
dipl. Psychologin FH

Dr. Agnes von Wyl
Leiterin Forschungsschwerpunkt Psychotherapie
und psychische Gesundheit

Dr. med. Sven Wellmann
Oberarzt Neonatologie ZH

Neonatologieprojekt ZHAW-P



Im Juni 2009

Einverständniserklärung

zur Teilnahme am gemeinsamen Projekt der Neonatologie des Universitätsspitals Zürich und des Departements für Angewandte Psychologie der ZHAW über Unterschiede der Entwicklung von früh- und termingeborenen Säuglingen

- Wir, Frau und Herr haben die Informationen zum Forschungsprojekt gelesen. Wir sind einverstanden, uns mit unserem Kind/ unseren Kindern am Forschungsprojekt zu beteiligen.
 - Wir sind bereit, die Fragebogen auszufüllen.
 - Wir sind bereit, dass von Mutter und Kind sowie Vater und Kind eine 10 bis 15 Minuten lange Videoaufnahme einer Spielinteraktion gemacht wird. Diese dürfen nur von am Projekt beteiligten Mitarbeiter/-innen angeschaut und für Forschungszwecke ausgewertet werden.
 - Wir sind einverstanden, dass die behandelnden Ärzte des Universitätsspitals Zürich über die Ergebnisse der Untersuchungen informiert werden.
-

Datum/Ort:

Unterschrift der Frau/Mutter:

Unterschrift des Mannes/Vaters:.....

Für das Untersuchungsteam:

B/1

Copyright: Werner Stadlmayr, Department of Obstetrics & Gynecology,
University Hospital Inselspital Bern/Switzerland (wstadlmayr@gmx.com)

Kind_ID:

Datum: _____

Fragebogen „SILGer“ zum Geburtserleben der Mutter

Bitte füllen Sie Fragen der folgenden Seiten spontan und ohne ‚nachzutrübeln‘ aus: Wir sind an **Ihrem** Erleben interessiert. Es gibt kein ‚richtig‘ und kein ‚falsch‘!

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

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

	1	2	3	4	5	6	7	
1. enttäuscht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht enttäuscht
2. erfüllt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt
3. begeistert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht begeistert
4. zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht zufrieden
5. voller Freude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ohne Freude
6. deprimiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht deprimiert
7. glücklich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht glücklich
8. voller Aufregung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ohne Aufregung
9. gute Erfahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	schlechte Erfahrung
10. ich kam gut klar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ich kam schlecht klar
11. betrogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht betrogen
12. unter Kontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht unter Kontrolle
13. angenehm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unangenehm
14. entspannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht entspannt
15. ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht ängstlich
16. schmerzhaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht schmerzhaft
17. leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht leicht
18. die Zeit verging schnell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	die Zeit verging langsam
19. erschöpft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht erschöpft
20. voller Vertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ohne Vertrauen
21. nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht nervös
22. hilflos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht hilflos
23. wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unwichtig
24. überwältigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht überwältigt
25. beteiligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unbeteiligt
26. traumatisiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht traumatisiert
27. hoffnungslos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	voller Hoffnung

(Neonatalogieprojekt ZHAW-P)

B/2

IES-R (Weiss/Marmar et al., 1997); german version "birth", translated/adapted by W. Stadlmayr (1999)
 scoring template according to Maercker et al, 1998: German version of the IES-r) and according to IES
 (Horowitz 1979): 0,1,3,5

Kind_ID:

Datum: _____

Mutter: Befindlichkeit IES-r

		IESr_(v1.0)_09x_m&p			
<i>Bitte entscheiden Sie im Folgenden, wie es Ihnen jetzt (in diesem Augenblick) bezüglich der Geburt geht; die Frage nach der Häufigkeit bestimmter Erlebnisse bezieht sich dabei auf die letzten 7 Tage bzw. die letzten Tage seit der Geburt (wenn diese weniger als 7 Tage zurück liegt). Beantworten Sie die Fragen spontan, ohne besonders nachzudenken!</i>					
		überhaupt nicht	selten	manchmal	oft
1	Jeder Gedanke an die Geburt bringt Gefühlsregungen mit sich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2	Ich habe Mühe durchzuschlafen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3	Ich muss bei allen Gelegenheiten an die Geburt denken	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4	Ich fühle mich gereizt und ärgerlich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5	Ich muss meine Aufregung unterdrücken, wenn ich an die Geburt denke oder an sie erinnert werde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6	Ich denke an die Geburt, auch wenn ich nicht daran denken will	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7	Mir kommt es vor, als wäre es nicht wahr, oder als wäre es gar nicht passiert	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8	Ich würde am liebsten allem fernbleiben, was mich an die Geburt erinnert	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9	Bilder von der Geburt drängen sich mir in die Vorstellung, ohne dass ich sie willentlich zur Seite lassen kann	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10	Ich bin wie unter Strom und leicht aus der Fassung zu bringen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11	Ich versuche, nicht an die Geburt zu denken	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12	Mir ist zwar bewusst, dass ich noch gefühlsmässig mit dem Verarbeiten der Geburt zu tun habe, aber ich will mich darum nicht kümmern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13	Meine Gefühle bezüglich der Geburt sind wie betäubt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14	Ich bemerke, dass ich zwischendurch wieder handle oder fühle, wie wenn ich wieder unter der Geburt wäre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15	Ich habe Mühe einzuschlafen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16	Ich habe seit der Geburt starke Gemütsbewegungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
17	Ich versuche, die Geburt aus meiner Erinnerung zu löschen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
18	Ich habe Mühe mich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
19	Wenn mich etwas an die Geburt erinnert, habe ich körperliche Reaktionen, wie z.B. Schwitzen, schnelles Atmen, Übelkeit oder ein beklemmendes Gefühl im Brustkorb	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
20	Ich träume von der Geburt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
21	Ich bin ständig wachsam, wie "auf der Hut" vor etwas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
22	Ich versuche, wenn möglich nicht über die Geburt zu sprechen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

B/3

Cox, J.L., Holden, J.M. & Sagovski, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150: 782 – 786.

Kind_ID:

Mutter

Vater

Datum: _____

Befindlichkeitsfragen

Im Folgenden finden Sie Fragen, die Ihr Befinden **während der ganzen letzten Woche** (und nicht nur heute) beschreiben.

Bitte entscheiden Sie sich bei **jeder Frage** für die am **besten zutreffende Antwort**.

So fühlte ich mich während der letzten Woche:

1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen.

- Genauso oft wie früher
- Nicht ganz so oft wie früher
- Deutlich weniger als früher
- Überhaupt nicht

2. Es gab vieles, auf das ich mich freute.

- So oft wie früher
- Eher weniger als früher
- Viel seltener als früher
- Fast gar nicht

3. Ich habe mich unberechtigterweise schuldig gefühlt, wenn etwas daneben ging.

- Ja, sehr oft
- Ja, manchmal
- Nicht sehr oft
- Nein, nie

4. Ich war ängstlich und machte mir unnötige Sorgen.

- Nein, nie
- Ganz selten
- Ja, manchmal
- Ja, sehr oft

5. Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund.

- Ja, ziemlich oft
- Ja, manchmal
- Nein, fast nie
- Nein, überhaupt nicht

6. Mir ist alles zuviel geworden.

- Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen
- Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht mehr zu helfen
- Nein, ich wusste mir meistens zu helfen
- Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen

7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte.

- Ja, fast immer
- Ja, manchmal
- Nein, nicht sehr oft
- Nein, nie

8. Ich war traurig und fühlte mich elend.

- Ja, sehr oft
- Ja, ziemlich oft
- Nein, nicht sehr oft
- Nein, nie

9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste.

- Ja, sehr oft
- Ja, ziemlich oft
- Nur manchmal
- Nein, nie

10. Gelegentlich kam mir der Gedanken, mir etwas anzutun.

- Ja, oft
- Manchmal
- Selten
- Nie

B/4

Kind-ID:

--	--	--	--

Datum: _____

Mehrfachantworten sind möglich, bitte versuchen Sie, jeweils das am meisten zutreffende auszuwählen.

Fragen zu Ihrem Kind:

- 1) Geburtsdatum ihres Kindes:
- 2) Geschlecht: Knabe Mädchen
- 3) Geburtsgewicht:kg.
- 4) Ist Ihr Kind ein
 Einlingskind Zwillingskind
- 5) Wer ist aktuell für Ihr Kind die Hauptbezugsperson, d.h. wer verbringt die meiste Zeit mit Ihrem Kind?
 Mutter
 Vater
 andere verwandte Person, nämlich.....
 nicht verwandte Person/Institution, nämlich.....
- 6) Wieviele Geschwister hat ihr Kind? Wir haben nur ein Kind
Name.....Geschlecht.....Geburtsdatum.....
Name.....Geschlecht.....Geburtsdatum.....
Name.....Geschlecht.....Geburtsdatum.....
Name.....Geschlecht.....Geburtsdatum.....
Name.....Geschlecht.....Geburtsdatum.....

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit

- 7) Entsprach der Geburtsablauf Ihren Vorstellungen/Wünschen?
 ja
 nein
 folgendes hat mich belastet bzw. gestört:.....
- 8) Stillen Sie, bzw. haben Sie gestillt?
 ja, wie lange?.....(in Wochen)
 nein, weshalb?.....
- 9) Wie geht es mit dem Stillen?
 es ging gut und entsprach ziemlich meinen Erwartungen
 ich hatte Schwierigkeiten, nämlich.....

10) Wurde Ihr Kind nach der Neugeborenenzeit noch einmal im Spital behandelt?

- nein ja, ambulant..... ja, stationär

Fragen an die Mutter:

1) Wann sind Sie geboren?.....(Jahrgang)

2) Aus welchem Herkunftsland kommen Sie?

- Schweiz, meine Eltern sind auch aus der Schweiz
 Schweiz, meine Eltern/Mutter/Vater (bitte zutreffendes unterstreichen) stammen aber aus einem anderen Land, nämlich.....
 anderes Land, nämlich.....

3) Welche schulische Ausbildung haben Sie?

- keine abgeschlossene Schulbildung
 obligatorische Volksschule
 Berufslehre
 Matura
 höhere Fach- oder Berufsschule
 Universität, Hochschule

4) Waren Sie berufstätig, bevor Sie schwanger wurden?

- ja
 nein

5) Beziehen Sie als Familie eine finanzielle Unterstützung?

- ja
 nein

Fragen an den Vater bzw. zum Vater

1) Wann sind Sie/ ist der Vater des Kindes geboren?.....(Jahrgang)

2) Aus welchem Herkunftsland kommt der Vater des Kindes?

- Schweiz, meine/seine Eltern sind auch aus der Schweiz
 Schweiz, meine/seine Eltern/Mutter/Vater (bitte zutreffendes unterstreichen) stammen aber aus einem anderen Land, nämlich.....
 anderes Land, nämlich.....

3) Welche schulische Ausbildung haben Sie/ hat der Vater des Kindes?

- Keine abgeschlossene Schulbildung
 obligatorische Volksschule
 Berufslehre
 Matura
 höhere Fach- oder Berufsschule
 Universität/Hochschule

B/5

Lemola, S., Stadlmayr, W. & Grob, A. (2007). Maternal adjustment five months after birth: the impact of the subjective experience of childbirth and emotional support from the partner. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25 (3): 190 – 202.

Kind_ID: Mutter Vater

Datum: _____

Geben Sie bitte an, wie stark Sie den folgenden Aussagen zustimmen können:

	völlig zutreffend	sehr zutref- fend	eher zutref- fend	eher unzu- treffend	sehr unzu- treffend	völlig unzu- treffend
1. Mein Partner nimmt sich immer Zeit, um mit mir über Probleme zu sprechen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
2. Mein Partner kümmert sich wirklich um mich.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
3. Egal was geschieht, auf meinen Partner kann ich immer zählen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
4. Wenn ich mit meinem Partner zusammen bin, kann ich mich richtig entspannen und mich selber sein.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
5. Mein Partner unterstützt mich, so gut er kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
6. Mein Partner kritisiert mich häufig.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
7. Ich bin von meinem Partner enttäuscht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Dyadische Synchronitäts-Skala

ADÄQUATER BEREICH

Sensitiv (14-11)

14-13 Beiderseitiges Vergnügen, Freude aneinander; ein Tanz.

12-11 Reibungslose, angenehme Interaktion; spielerisch, geteilter positiver Affekt.

Adäquat (10-7)

10-9 Ganz zufrieden stellendes Spiel; keine Probleme, aber kein Tanz.

8-7 Adäquates Spiel, aber merkliche Periode von Dissynchronität (entweder kontrollierend oder nicht-responsiv).

INTERVENTIONS BEREICH

Unbeholfen (5-6)

6-5 Klare, ungelöste Probleme, eingeschränkt spielerisch, aber keine Beweise für Feindseligkeit oder fehlende Empathie (Nicht-Responsivität)

HOCH-RISIKO BEREICH

Gefährdet (0-4)

4-3 Klares Fehlen von Empathie, nichtsdestotrotz einige schwache (unzureichende oder erfolglose) Versuche werden gemacht, um auf das Baby zu antworten; Fehlen spielerischer Qualität.

2-0 Totales Versagen, den Kummer (distress state) des Babys wahrzunehmen oder zu beruhigen zu versuchen; kein Spiel.

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: