

gesetzt aus Learning Society Culture Personality) oder den „Pons-Test“ (profiles of nonverbal sensibility), womit nichts anderes als die Ausdruckskunde gemeint ist und ihre fragwürdige Transponierung in ein Psychogramm.

Der Leser möge selbst entscheiden, ob solche Verbalinnovationen etwas Neues einbringen und ob es nicht besser wäre, die bewährten Erkenntnisse der wissenschaftlichen Psychologie gründlicher auszunützen für die Lösung der zeitgenössischen Probleme. Gerade die letzten Nummern von *Psychologie heute* gaben mir die Hoffnung auf eine Wendung in der Psychologie¹⁾.

Vordergründiges und Hintergründiges zum Thema des Begabens und Lernens berührt also nicht nur die problemhistorische Situation des Nativismus und Empirismus, sondern auch die Konzeptionspolarität im Marxismus (d. h. die Sozialisierungsfähigkeit des Menschen und die dadurch zustande kommende „Selbstentfremdung“) sowie die Einstellung der Menschen zu den grundsätzlichen Lebenskonzeptionen, also die Fragen der Weltanschauung, des Meinens und Glaubens.

Einer Psychologie, die die Dinge realistisch sieht, kann nicht ein zweites Mal innerhalb einer Dekade ein Versagen als Hilfswissenschaft vorgeworfen werden, sofern die Psychologen sich nicht wieder in ihrer Mehrzahl einer falschen Theorie auf Gedeih und Verderb verschreiben.

¹⁾ (Eingegangen am 8. Oktober 1975)

Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. W. Arnold, Institut für Psychol., Lehrstuhl I, Domerschulstr. 13, 8700 Würzburg

H. Lukesch und G. Rottmann

Die Bedeutung sozio-familiärer Faktoren für die Einstellung von Müttern zur Schwangerschaft

1. Einleitung

Die nicht nur im Volksglauben (Ferreira, 1965), sondern auch durch zahlreiche empirische Einzeluntersuchungen (Ferreira, 1969; Joffe, 1969; Montagu, 1962) begründete Ansicht, daß für die fötale Entwicklung die Einstellung der Mutter zur Schwangerschaft von entscheidender Bedeutung sei, soll als Ausgangspunkt und Rechtfertigung für die genauere Untersuchung dieses Bereiches gelten. Schwierigkeiten bei der Untersuchung solcher Einstellungen sind allerdings schon in dem Einstellungsbegriff selbst begründet: diesen begrifflichen Vagheiten folgen als Konsequenz methodische Unstimmigkeiten nach, welche wiederum wegen methodischer Unvergleichbarkeit die zusammenfassende Würdigung der bisherigen Untersuchungen aus diesem Themenbereich erschweren (Copans, 1974).

Wenn man im Anschluß an Rosenberg & Hovland (1960) unter Einstellung die um ein – zumindest soziales – Objekt zentrierten Meinungen, Gefühle und Hand-

lungstendenzen versteht – und dies sind die wohl am häufigsten wiederholten Komponenten des Einstellungsbegriffs (Krech et al., 1962, p. 146; Roth, 1967, p. 85; Süllwold, 1969, p. 475; Triandis, 1971, p. 2), welche „die Grundlage für gewisse Regeln und Gesetzmäßigkeiten im individuellen Verhalten und Erleben“ (Süllwold, a. a. O.) darstellen –, so ist für das anstehende Thema zu überlegen, welche „Objekte“ aus dem Bereich Schwangerschaftseinstellungen auszugliedern wären. Wollte man nun dem angegebenen Einstellungsbegriff weiter gerecht werden, so wären dann in einem zweiten Schritt das mit diesen Gegenständen verbundene Wissen sowie die auftretenden Affekte und Handlungstendenzen meßbar zu machen. Den in diesem Einstellungsbegriff liegenden Forderungen wird bei der Untersuchung von mütterlichen Schwangerschaftseinstellungen kaum Rechnung getragen; betrachtet man nämlich die Methoden zur Erfassung von solchen Einstellungen, so werden aus diesem System hypothetisch aufeinander bezogener Komponenten nur vereinzelte Aspekte herausgegriffen, indem (a) beispielsweise mittels projektiver Verfahren die zumeist emotionale Seite dieses Einstellungsbereiches zu erfassen versucht wird (Davids & de Vault, 1960; Davids & de Vault, 1962; Davids et al., 1961; McDonald, 1965; Zemlick & Watson, 1953), (b) indem aus berichteten Traumgehalten auf die mütterlichen Einstellungen zurückgeschlossen wird (Winget & Kapp, 1972) oder (c) indem direkt oder wieder vermittelt durch ein Rating-Verfahren aus einzelnen Interviewfragen diese Einstellungen rekonstruiert werden (Blau et al., 1963; Brown et al., 1972; Brown & Shereshefsky, 1972; Dickens & Trethowan, 1971; Flapan & Schoenfeld, 1972; Frommer & O'Shea, 1973; Hatcher, 1973; Kaij et al., 1967; Kenny, 1973; Morris, 1968; Nilsson & Almgren, 1970); (d) in relativ wenigen Fällen wird aber versucht, über die Anwendung von Fragebogenverfahren Skalen zur Erfassung dieses Einstellungsbereiches zu konstruieren (Davids & Holden, 1970; Ferreira, 1960), oder aber die verwendeten Verfahren sind nur schwer zugänglich, da sie nur in Dissertationen verwendet wurden (Barclay, 1973; Hedemann, 1970; Oliver, 1972; Venezia, 1972; Zemlick, 1952). Daß trotz dieser methodischen Unzulänglichkeiten von den auf diese Weise erfaßten Aspekten der mütterlichen Einstellung zur Schwangerschaft Vorhersagen über Schwangerschafts- und Geburtsverlauf sowie über Merkmale des Neugeborenen möglich waren (Kruse, 1974), weist nochmals auf die mögliche praktische Bedeutung der Erfassung dieser Einstellungsbereiche im Hinblick auf Präventivmaßnahmen hin.

Betrachtet man nun inhaltlich die Versuche der Erfassung dieses Einstellungsbereiches, so wurde vor allem versucht, (a) die Annahme oder Ablehnung der Schwangerschaft überhaupt (Ferreira, 1960; Nilsson et al., o. J.) zu erfassen, (b) die Angst der Mutter vor der Geburt (Nilsson & Almgren, 1970; Pajntar, o. J.), (c) die Angst, das Kind im Mutterleib oder auch später zu verletzen (Ferreira, 1960; Kaij et al., 1967; Nilsson & Almgren, 1970; Schaefer & Bell, 1958), (d) die Annahme oder Ablehnung des Bruststillens (Newton & Newton, 1973) und schließlich noch (e) mütterliche Erziehungseinstellungen überhaupt (Davids & Holden, 1970). Gemäß der Voraussetzung, daß es sich bei Einstellungen um „Systembedingungen“ handelt (Roth, 1967, p. 43), kann zugleich angenommen werden, daß diese fünf Bereiche voneinander nicht unabhängig sind, sondern daß zumindest Interdependenzen (Süllwold, 1969, p. 475) zwischen diesen einzelnen Einstel-

lungsobjekten bestehen, wenn nicht sogar eine hierarchische Ordnung (Eyferth & Kreppner, 1972, p. 1342).

Bestätigungen dafür liegen insofern vor, als Nilsson & Almgren (1970, p. 35) herausfanden, daß Mütter, die negativ zu ihrer Schwangerschaft eingestellt waren, sowohl eine höhere Geburtsangst als auch mehr Angst, das Kind zu verletzen, besaßen; ferner zeigten solche Frauen auch mehr Symptome während der Schwangerschaft (a. a. O., p. 92), ein Ergebnis, das allerdings von Pajntar (o. J.) nicht bestätigt werden konnte. Die Entstehung solcher Einstellungen selbst steht wieder in Zusammenhang mit sozialen, familiären und anderen biographischen Ereignissen (Helper et al., 1968); so konnten Frommer & O'Shea (1973, p. 159) nachweisen, daß eine erhöhte Ängstlichkeit dem Kind gegenüber bei Müttern festzustellen war, welche während längerer Zeit oder auf Dauer von ihren Eltern getrennt wurden, oder Kaij et al. (1967, p. 325) fanden, daß die Angst, das Kind zu verletzen, öfter bei Erstgebärenden als bei Mehrfachgebärenden auftritt; eine signifikant häufiger auftretende negative Einstellung zur Schwangerschaft ist schließlich bei Frauen zu finden, welche selbst nur eine geringe Ähnlichkeit zu ihrer eigenen Mutter wahrnehmen, eine Tendenz, die sich bei einer größeren wahrgenommenen Ähnlichkeit zum eigenen Vater noch verstärkt (Nilsson et al., o. J., p. 79).

Diese Ergebnisse können aber aus den bereits angedeuteten methodischen Schwierigkeiten kritisiert werden: da bisher nur erste Ansätze zu objektiven und standardisierten Verfahren zur Erfassung dieser Einstellungsbereiche vorliegen, stellt sich als erstes Problem die Entwicklung von hinlänglich reliablen und objektiven Methoden, mit welchen dann zweitens der Frage nach der Bedingtheit dieser Einstellungen durch sozio-familiäre Faktoren nachgegangen werden kann.

2. Methodik

2.1. Fragebogen- und Interviewverfahren

Die im Rahmen einer weiterreichenden Untersuchung (Rottmann, 1974) erhobenen Daten bestanden (a) in einem Einstellungsfragebogen zur Erhebung von mütterlichen Einstellungen, mit welchen die bisher in der Literatur vorfindbaren relevanten Bereiche abgedeckt werden sollten (die Entwicklung des Fragebogens wird weiter unten beschrieben); (b) in Angaben zu Kriterien der sozio-ökonomischen Schichtung (eigene Schulbildung und weitere demographische Merkmale: Schulbildung des Partners, eigener Beruf, Beruf des Partners, Berufstätigkeit bis zur Schwangerschaft, Berufstätigkeit während der Schwangerschaft, Haushaltseinkommen, Haushaltsgröße, Wohnungsgröße, Wohnkomfort und – daraus abgeleitet – ein modifizierter Index der sozialen Schicht nach Scheuch, 1961); Alter, Kinderzahl und Zivilstand; (c) schließlich wurden noch die Beziehung zum Partner und Angaben zur sexuellen Entwicklung sowie sexuellen Praktiken in einem Interview erhoben.

2.2. Untersuchungsverlauf und Stichprobe

Die Untersuchung, welche von Rottmann an der II. Wiener Universitätsklinik für Frauen durchgeführt wurde, fand in zwei Schritten statt: zuerst wurden im Rahmen der ambulanten Schwangerenbetreuung neben anderen Verfahren der Einstellungsfragebogen vorgegeben sowie die soziodemographischen Merkmale erfragt; die Angaben über Partnerbeziehung und Sexualität wurden, nachdem die Frauen geboren hatten, im Wochenbett erhoben; es wurden nur deutschsprachige Frauen in die Untersuchung einbezogen. Von den 141 untersuchten Frauen füllten allerdings 20 auch den Fragebogen erst nach der Geburt im Wochenbett aus, da bei diesen wäh-

rend des Ambulanzbesuches für die Fragebogenbeantwortung zu wenig Zeit vorhanden war. Die Zusammensetzung der Stichprobe nach den Merkmalen Alter, Kinderzahl, Zivilstand und sozio-ökonomischer Status (Scheuch, 1961) kann aus Tabelle 1 entnommen werden.

Tabelle 1: Beschreibung der Stichprobe

Alter	N	%	Kinderzahl	N	%
bis 19	25	17,9	kein Kind	55	40,7
20–24	45	32,1	ein Kind	37	27,4
25–29	31	22,1	zwei Kinder	17	12,6
30–34	24	17,1	drei und mehr	25	19,3
35 und älter	15	10,7	keine Angabe	6	
keine Angabe	1				
Zivilstand	N	%	Sozio-ökon. Status	N	%
ledig	14	10,4	Untere Unterschicht	12	9,0
verheiratet	115	85,8	Obere Unterschicht	38	28,6
geschieden	5	3,7	Untere Mittelschicht	32	24,1
keine Angabe	7		Mittlere Mittelschicht	27	20,3
			Obere Mittelschicht	10	7,5
			Oberschicht	14	10,5
			keine Angabe	8	

Vergleicht man die Verteilungen nach den demographischen Merkmalen mit den im Statistischen Jahrbuch der Stadt Wien (1971) angegebenen, so kann man feststellen, daß in der Stichprobe etwas mehr Frauen unter 19 und dafür weniger in dem Altersbereich zwischen 25 und 29 Jahren vertreten sind; Erstgebärende sind in der Stichprobe um ca. 10% weniger als in der Wiener Grundgesamtheit enthalten, dafür mehr Frauen mit 3 und mehr Kindern; der Anteil der unverheirateten Frauen ist ebenfalls etwas höher.

3. Konstruktion des Einstellungsfragebogens zur Schwangerschaft¹⁾

Um eine erste Zusammenstellung von möglicherweise brauchbaren Items für die oben angegebenen fünf Bereiche zu bekommen, wurde z. T. auf bereits vorliegende Itemsammlungen zurückgegriffen: für die zu konstruierende Skala „offene Ablehnung der Schwangerschaft“ wurden die von Ferreira (1960) konzipierten Fragen verwendet; für die Skala „Angst, das Kind zu verletzen“ wurde auf die Items aus der gleichnamigen Skala von Schaefer & Bell (1958) rekurriert, die auch bei der genannten Untersuchung von Ferreira (a. a. O.) Verwendung gefunden hatten; für die Skalen „Geburtsangst“ und „Einstellung zum Bruststillen“ wurden sämtliche Fragen selbst entworfen; bei der letzten Skala, mit welcher „autoritäre Erziehungseinstellungen“ erfaßt werden sollten, wurde auf eine Arbeit von Loevinger (1962) zurückgegriffen. Auch bei den Skalen, für welche bereits Vorarbeiten vorlagen, wurden noch eigene Einstellungsfragen konzipiert, so daß sich für die erste Voruntersuchung, die an 57 Schwangeren vorgenommen wurde (Rottmann, 1974, p. 310 f.), insgesamt 106 Fragen ergaben. Der Großteil der Items war negativ formuliert, um sog. Zustimmungstendenzen möglichst zu umgehen. Zu jeder Frage konnte mittels eines vierstufigen Antwortschemas Stellung genommen werden. Aufgrund der Ergebnisse der Voruntersuchung wurden mittels des Selektionskennwertes (Lienert, 1967, p. 142) etliche Items eliminiert, so daß sich der in der Hauptuntersuchung verwendete Fragebogen auf 68 Feststellungen verkürzte (vgl. Anhang).

¹⁾ Eine nochmals revidierte Form des diagnostischen Instruments ist unter dem Titel „S-S-G. Ein Fragebogen zur Messung von Einstellungen zu Schwangerschaft, Sexualität und Geburt“ im Erscheinen begriffen (Lukesch & Lukesch, 1976).

Die an der oben beschriebenen Stichprobe erhaltenen Daten wurden einer neuerlichen Überprüfung unterzogen, wobei sich herausstellte, daß 6 Items leicht negative Trennschärfekoeffizienten aufwiesen. Die sich nach Ausschluß dieser Fragen neuerlich berechneten Itemkennwerte sind aus Tabelle 2 zu ersehen.

Tabelle 2: Trennschärfekoeffizienten des Einstellungstests*

offene Ablehnung der Schwangerschaft (1)		Angst, das Kind zu verletzen (2)		Geburtsangst (3)		Ablehnung des Stillens (4)		autoritäre Erziehungseinstellung (5)	
Item	r _{it}	Item	r _{it}	Item	r _{it}	Item	r _{it}	Item	r _{it}
1	.60	3	.34	12	.44	2	.48	4	.48
5	.47	7	.26	16	.46	6	.57	6	.32
9	.63	15	.46	20	.66	10	.45	14	.55
13	.34	19	.46	24	.16	16	.48	22	.50
17	.57	23	.38	32	.16	26	.63	30	.24
21	.53	27	.39	36	.58	34	.46	36	.34
25	.66	31	.46	40	.31	42	.26	46	.51
29	.76	35	.54	44	.36	50	.51	54	.57
33	.49	39	.57	47	.30	56	.49	61	.39
37	.54	43	.59	56	.40	64	.40	67	.56
45	.62	48	.37						
53	.61	55	.46						
57	.52	59	.54						
60	.63	62	.56						
63	.58	65	.50						
66	.62	68	.34						

* Diese Berechnungen wurden am Rechenzentrum der Universität Konstanz mittels des Programms LA5-BC, das Herr Dr. B. Cloetta (Zentrum I für Bildungsforschung der Universität Konstanz) freundlicherweise zur Verfügung stellte, vorgenommen. Für die weiteren Auswertungen wurden Programme benützt, welche Herr Dr. W. Nagl (Zentrum I) erstellt hatte.

Wie sich dabei zeigt, fallen die Trennschärfekoeffizienten (part-whole korrigiert) mit zwei Ausnahmen sehr zufriedenstellend aus, nur in der dritten Skala zur Erfassung der Geburtsangst finden sich zwei Items (24, 32), welche nicht auf dem 1%-Niveau mit dem Skalengesamtwert korrelieren, die aber wegen ihres Frageinhalts dennoch weiter beibehalten wurden. Auch die weiteren Skalenkennwerte (vgl. Tab. 3) zeigen, daß mit den fünf Skalen die angezielten Bereiche gut erfaßt werden; vor allem bei den Skalen „Offene Ablehnung der Schwangerschaft“ und „Angst, das Kind zu verletzen“ konnte das Ziel, möglichst homogene Skalen zu konstruieren,

Tabelle 3: Skalenwerte des Einstellungstests

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Homogenität (Cronbach-alpha)	.90	.84	.73	.80	.78
Mittlere Trennschärfekoeffizienten	.57	.45	.36	.47	.45
Mittelwerte	36,6	56,8	28,7	19,3	33,8
Streuungen	14,1	11,3	7,4	7,4	8,1
Anzahl der Items	16	16	10	10	10

optimal realisiert werden. Allerdings sind die Skalen voneinander nicht unabhängig. Wie aus der Interkorrelationsmatrix der fünf Einstellungsskalen hervorgeht (vgl. Tab. 4), bestehen zwischen allen Bereichen substantielle Korrelationen, welche das Faktum widerspiegeln, daß Einstellungen, die um Objekte aus einem Bereich gruppiert sind, voneinander nicht unabhängig sind.

Tabelle 4: Interkorrelationen zwischen den Einstellungsskalen

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1)	—	.41**	.56**	.65**	.46**
(2)	.41**	—	.41**	.46**	.52**
(3)	.56**	.41**	—	.45**	.26**
(4)	.65**	.46**	.45**	—	.20*
(5)	.46**	.52**	.26**	.20*	—

* Signifikant auf dem 5%-Niveau ** 1%-Niveau

4. Schwangerschaftseinstellungen und sozio-familiäre Einflüsse

4.1. Auswirkungen von Schichtkriterien

Versucht man mittels der erhobenen Kriterien der sozialen Schichtung die Werte in den fünf verschiedenen Einstellungsskalen vorherzusagen (vgl. Tab. 5), so ist dies bei den Skalen „Offene Ablehnung der Schwangerschaft“ und „Autoritäre Erziehungseinstellungen“ in statistisch signifikanter Weise möglich. Aus den

Tabelle 5: Vorhersage der Einstellungen aus den soziographischen Merkmalen

Abhängige Variable	Unabhängige Variablen (beta-Koeffizienten)											R	p
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)		
Skala 1	-.07	-.26	-.10	.15	.20	-.05	.03	.07	-.02	-.02	-.16	.425	0,01
Skala 2	-.10	-.21	-.16	-.10	.33	-.09	-.05	.10	.10	-.08	.33	.359	n. s.
Skala 3	-.18	-.16	.06	-.02	.25	-.14	-.10	-.03	.16	.05	.02	.341	n. s.
Skala 4	.03	-.30	-.06	.28	-.02	-.01	-.04	-.01	-.10	-.01	.08	.310	n. s.
Skala 5	.08	-.23	-.17	-.15	.15	.12	.03	.01	.07	-.04	-.06	.456	0,01

Merkmalen (1) eigene Schulbildung, (2) Schulbildung des Partners, (3) eigener Beruf, (4) Beruf des Partners, (5) Berufstätigkeit bis zur Schwangerschaft, (6) Berufstätigkeit während der Schwangerschaft, (7) Haushaltseinkommen, (8) Haushaltsgröße, (9) Wohnungsgröße, (10) Wohnkomfort und (11) dem daraus gebildeten Schichtindex nach Scheuch können von der Varianz der ersten Einstellungsskala 18, von der letzten 21% aufgeklärt werden. Aus den beta-Koeffizienten geht weiter hervor, daß innerhalb des Systems der Prädiktorvariablen die Merkmale (2) und (11) mit negativem Gewicht und (5) mit positivem Gewicht an dem Zustandekommen der signifikanten Beziehung zur Skala „Offene Ablehnung der Schwangerschaft“ beteiligt sind, auch aus den – hier nicht wiedergegebenen – einfachen Korrelationskoeffizienten mit dieser Skala geht hervor, daß Merkmale

höherer sozialer Schicht mit einem niedrigeren Wert auf dieser Skala einhergehen. Für die Beziehung zur letzten Skala sind in dem Gesamtsystem der Prädiktoren vor allem die Merkmale (2), (3) und (4) mit negativem sowie (5) und (6) mit positivem Gewicht erwähnenswert. Auch aus den einfachen Korrelationskoeffizienten geht hervor, daß Merkmale einer sozial niedrigeren Schicht mit hohen Werten auf der Skala „Autoritäre Erziehungseinstellungen“ parallel gehen.

Zu demselben Schluß führt auch eine varianzanalytische Auswertung (vgl. Tab. 6); teilt man nämlich die untersuchten Mütter nach dem Schichtindex von Scheuch in drei Gruppen ein (wobei immer zwei von Scheuch unterschiedene Schichten zusammengelegt werden) und unterzieht die Werte in den Einstellungstests einer einfaktoriellen Varianzanalyse, so zeigt sich ebenfalls, daß eine inverse Rangreihe der Mittelwerte in der ersten und in der letzten Skala zu der Höhe der Schichteinteilung festzustellen ist. Prüft man ferner noch die einzelnen Itembeantwortungen mittels Chi-Quadrat Test auf unterschiedliche Verteilung nach dieser Schichteinteilung, so zeigt sich außerdem, daß diese Differenzen bei der ersten Skala durch unterschiedliche Beantwortung der Items 9, 17 (1%), 5, 19, 53 und 63 (5%), bei der letzten Skala bei den Items 6, 22, 67 (1%) und 54 (5%) zurückzuführen sind; zusätzlich ist noch bei der zweiten Skala bei einem Item (59) eine auf dem 1%-Niveau signifikante – durch Schichtzugehörigkeit bedingte – unterschiedliche Itembeantwortung festzustellen.

Tabelle 6: Zusammenfassung der einfaktoriellen varianzanalytischen Auswertungen. (Die in der Tabelle eingetragenen Zahlen geben den durch die jeweils unabhängige Variable aufgeklärten Anteil der Varianz an.)

Unabhängige Variable	Abhängige Variable				
	Skala (1)	Skala (2)	Skala (3)	Skala (4)	Skala (5)
(1) Sozio-ökonomische Schicht	9,4**	—	—	—	10,2**
(2) Alter	—	—	—	—	—
(3) Kinderzahl	—	—	—	—	—
(4) Zivilstand	—	—	—	8,1**	—
(5) Sohn- oder Tochterwunsch	—	—	—	—	—
(6) Heirat wegen Schwangerschaft	—	—	—	—	—
(7) Verhältnis zum Partner	—	—	—	—	—
(8) Reaktion des Partners	4,6**	—	4,6**	—	—
(9) Verhütungsmethoden	—	—	—	—	—
(10) Mensesgesamtindex	—	—	—	—	—
(11) Coitusstop vor der Geburt	—	—	—	—	—
(12) Sexualität in der Schwangerschaft	5,3*	—	—	7,0**	5,3*

* Signifikant auf dem 5%-Niveau ** 1%-Niveau

Für dieses Ergebnis, daß Schichtungskriterien in einer inversen Beziehung zu autoritär-feindseligen Einstellungen dem Kind gegenüber und auch der Schwangerschaft überhaupt stehen, finden sich auch in der Erziehungsstilforschung eine

Anzahl konvergierender Belege (Lukesch, 1975). Man könnte nun vermuten, daß diese Zusammenhänge auf unterschiedliche Lebensbedingungen, z. B. Erfahrungen am Arbeitsplatz, zurückzuführen sind. Zusätzlich scheint es naheliegend zu sein, daß eine Schwangerschaft eine größere Belastung für Angehörige einer sozial niedrigeren Schicht darstellt, da diese eben um weniger materielle Möglichkeiten verfügen, die Frau eher zu einer bis kurz vor die Geburt reichende Berufstätigkeit gezwungen ist usw.

4.2. Die Bedeutung weiterer demographischer Faktoren

Überprüft man ebenfalls mit einem varianzanalytischen Auswertungsplan den Einfluß des Alters der Mutter auf die fünf Bereiche, so zeigen sich bei keiner Skala signifikante Unterschiede. Bei der Überprüfung auf Itemebene sind ebenfalls nur bei einem Item (44) der Skala „Geburtsangst“ Verteilungsunterschiede festzustellen: mit ansteigendem Alter wird öfter der Behauptung zugestimmt, daß die Geburt ein völlig normaler biologischer Vorgang sei.

Die Einteilung nach dem Zivilstand in ledige, verheiratete und geschiedene Mütter erbringt bei der Skala „Ablehnung des Stillens“ ein signifikantes Ergebnis; dies kommt dadurch zustande, daß ledige Mütter bei dieser Skala den niedrigsten Mittelwert aufweisen, gefolgt von den verheirateten Müttern, beide Gruppen sind aber deutlich von der Gruppe der geschiedenen Mütter abgesetzt, welche auf dieser Skala den höchsten Mittelwert erreicht. Die sich in der Scheidung dokumentierende Ablehnung des Partners überträgt sich also auf die Ablehnung einer intimen Beschäftigung mit dem Kind, nämlich auf das Bruststillen. Der Tendenz nach bestehen auch ähnliche Unterschiede auf den anderen Skalen, wobei ledige und verheiratete Mütter sich relativ gering unterscheiden, die Gruppe der geschiedenen Mütter aber in allen Fällen höhere Mittelwerte aufweist. Die auf Itemebene nachweisbaren Verteilungsdifferenzen sind allerdings eher gering anzusetzen, die Unterschiede bei den Fragen 16, 23, 24 und 58 (5%) kommen dadurch zustande, daß verheiratete und ledige Mütter im Vergleich zu den geschiedenen Müttern jeweils in Richtung geringerer Ablehnung oder negativer Einstellung antworteten.

Auch die Varianzaufklärung bei den fünf Einstellungsskalen durch den Faktor Kinderzahl ist gering, während die varianzanalytische Auswertung insgesamt nicht auf signifikante Unterschiede schließen läßt, zeigen sich bei den Items 4, 46 und 53 (5%) Verteilungsdifferenzen, d. h. Mütter mit mehr Kindern sind eher der Meinung, Kinder müßten alles aufessen, was auf den Tisch kommt, sie sind eher von der Schwangerschaft enttäuscht, sind aber weniger auf eine strenge Reinlichkeitserziehung ihrer Kinder bedacht.

Schließlich erwies sich auch, daß durch den Wunsch nach einem Sohn oder einer Tochter kein Beitrag zur Erklärung der Stellung auf den fünf Einstellungsskalen geleistet werden kann. Auch war durch diese Frage nur bei dem Item 64 (5%) ein Verteilungsunterschied zu konstatieren, welcher anzeigt, daß Mütter, welche sich eine Tochter wünschen, nicht so oft der Meinung sind, möglichst lange zu stillen.

4.3. Die Bedeutung der Partnerbeziehung und der sexuellen Entwicklung

Die im Wochenbett in Form eines standardisierten Interviews gestellten Fragen bezogen sich darauf, (a) ob die Heirat wegen der Schwangerschaft erfolgte (ja/nein/Heirat erst geplant/Heirat nicht geplant), (b) ob sich das Verhältnis zum Partner durch die Schwangerschaft verändert habe (verbessert/unverändert/verschlechtert), (c) welche Verhütungsmethoden beim Geschlechtsverkehr verwendet wurden (keine/Coitus interruptus/Knaus Ogino/Temperaturmessung/Präservativ/Pessar/Kombinationen), (d) ab wann mit dem Geschlechtsverkehr vor der Geburt aufgehört wurde, (e) ob sich das sexuelle Verlangen in der Schwangerschaft geändert habe (gleich/größer/kleiner/Ekel, Abneigung/selten Verkehr) und (f) auf Mensesschwierigkeiten (Schmerzen, Blutungen und Regelmäßigkeit).

Teilt man die Mütter nach ihrer Antwort auf die Frage ein, ob die Heirat wegen der Schwangerschaft erfolgte, und betrachtet dann die Mittelwertsunterschiede bei den Einstellungsskalen, so ergibt sich in keinem der fünf Fälle eine vom Zufall abweichende Differenz. Dies wiederholte sich ebenso auf Itemebene, denn auch hier waren keine Verteilungsunterschiede festzustellen.

Als nächstes wurde untersucht, ob durch die Beantwortung der Frage, ob sich durch die Schwangerschaft das Verhältnis zwischen den Partnern geändert habe, unterschiedliche Skalenwerte erklärbar seien. Obwohl Unterschiede bei den Summenwerten nicht mit der Beantwortung dieser Frage in Zusammenhang standen, ergaben sich bei einigen Items der Skalen „Angst, das Kind zu verletzen“ (50%: 19, 39; 10%: 62), „Geburtsangst“ (50%: 16, 40) und „Ablehnung des Stillens“ (50%: 8, 26; 10%: 34) Verteilungsunterschiede. In allen Fällen sind die Differenzen darauf zurückzuführen, daß die Mütter, welche sagen, die Beziehung zum Partner habe sich durch die Schwangerschaft verschlechtert, in Richtung auf erhöhte Ängstlichkeit dem Kind gegenüber, auf größere Geburtsangst und Ablehnung des Bruststillens antworten.

Zwischen der Beantwortung der Frage, ob der Partner auf die Schwangerschaft freudig zugestimmt, ob er ihr gleichgültig oder ablehnend gegenübergestanden habe, und den Skalen „Offene Ablehnung der Schwangerschaft“ und „Geburtsangst“ stellten sich statistisch gesicherte Zusammenhänge heraus: der höchste Mittelwert bei der ersten Skala findet sich bei gleichgültigen Partnerreaktionen, gefolgt von den Müttern, welche sagten, daß der Partner ablehnend der Schwangerschaft gegenübergestanden während sich die niedrigsten Werte bei den Müttern fanden, deren Partner ihrer Auskunft nach positiv auf die Schwangerschaft reagiert hätten. Dieselben Mittelwertsunterschiede waren auch für das signifikante Ergebnis bei der Skala „Geburtsangst“ verantwortlich. Auf Itemebene konnten solche Unterschiede zwischen diesen drei Gruppen bei den Fragen 7, 26, 58 (50%) und 53 (10%) festgestellt werden. Bei der Frage 7 lagen die Unterschiede allerdings anders, nämlich die Mütter mit positiver Partnerreaktion die höchste Verletzungsangst, die mit gleichgültigen Partnern die niedrigste.

Teilt man die Mütter nach der Belastung durch die Menses ein, wobei ein hoher Mensesindex durch Angabe starker Schmerzen, starker Blutungen und großer Unregelmäßigkeit zustande kam, so kann man zwischen den beiden auf die Art gebildeten Müttergruppen keine unterschiedliche Fragebogenbeantwortungen fest-

stellen. Ebenso erwiesen sich der Gebrauch von einzelnen Verhütungsmethoden und der Zeitpunkt des Coitusstops vor der erwarteten Geburt nicht als Kriterien für eine unterschiedliche Beantwortung. Hingegen ergab sich durch die Frage nach Zu- oder Abnahme des sexuellen Verlangens in der Schwangerschaft eine Differenzierung bei drei der fünf Einstellungsskalen: Mittelwertsunterschiede traten bei den Skalen „Offene Ablehnung der Schwangerschaft“, „Ablehnung des Stillens“ und „Autoritäre Erziehungseinstellungen“ auf. Immer der höchste Wert in Richtung auf eine negative Einstellung zeigte sich bei den Müttern, welche angaben, sie hätten Schwierigkeiten und sie empfänden Ekel und Abneigung vor dem Geschlechtsverkehr; dann kommen die Mütter, welche aussagen, daß die Intensität ihres sexuellen Verlangens gleich geblieben sei; an dritter Stelle stehen die Mütter, welche eine Abnahme ihres sexuellen Verlangens angeben, gefolgt von den Müttern, welche nach eigener Aussage überhaupt (durch äußere Umstände bedingt) seltener sexuellen Verkehr haben; von allen diesen sind aber die Mütter abgesetzt, welche angeben, ihr sexuelles Verlangen sei in der Schwangerschaft größer geworden, bei diesen zeigt sich die positivste Einstellung zur Schwangerschaft überhaupt, ebenso eine positive Einstellung zum Bruststillen und eine Ablehnung autoritär-repressiver Erziehungseinstellungen. Es überrascht dabei, daß die Rangreihe der Müttergruppen bei allen drei Skalen, bei welchen überhaupt ein signifikantes Ergebnis festzustellen war, dieselbe war und dies, obwohl der Zeitpunkt von Fragebogen- und Interviewerhebung nicht derselbe war.

Zusammenfassung

Ausgehend von der nachgewiesenermaßen großen Bedeutung mütterlicher Einstellungen für Schwangerschafts- und Geburtsverlauf wurde zuerst über die Entwicklung eines Meßinstrumentes zur Erfassung von fünf für relevant erachteten Einstellungsbereichen berichtet. Und zwar wurden Skalen konstruiert zur Erfassung der „offenen Ablehnung der Schwangerschaft“, der „Angst, das Kind zu verletzen“, der „Geburtsangst“, der „Ablehnung des Stillens“ und von „autoritärer Erziehungseinstellung“. Anschließend wurde der Frage nachgegangen, ob sich bei einer Stichprobe von 141 werdenden Müttern Zusammenhänge zwischen der Beantwortung dieses Fragebogens (auf Item- und Gesamtskalenebene) und sozio-familiären Bedingungen nachweisen lassen. Es stellte sich dabei heraus, daß (1) Mütter aus einer sozial niederen Schicht eher die Schwangerschaft ablehnen und auch ausgeprägtere autoritär-repressive Erziehungseinstellungen besitzen, daß (2) geschiedene Mütter das Bruststillen häufiger ablehnen als ledige und verheiratete Mütter, daß (3) eine ablehnende Reaktion des Partners auf die Schwangerschaft sowohl die offene Ablehnung der Schwangerschaft als auch die Geburtsangst der Frau erhöht, und (4) von besonderer Bedeutung erwies sich die Auskunft von Müttern über die Zu- oder Abnahme ihres sexuellen Verlangens durch die Schwangerschaft: Mütter, welche angeben, ihr Verlangen hätte zugenommen, zeigten die geringste Ablehnung der Schwangerschaft gegenüber, die positivste Einstellung zum Bruststillen und die am wenigsten ausgeprägten autoritär-repres-

siven Erziehungseinstellungen. Läßt man die genaue Diskussion der Zusammenhänge auf Itemebene außer acht – es zeigte sich durchwegs, daß signifikante Abweichungen immer für den Zusammenhang von Streßbedingungen und negativen Einstellungen sprechen –, so konnte kein Einfluß der Faktoren Alter der Mutter, Kinderzahl, Sohn- oder Tochterwunsch, Heirat wegen der Schwangerschaft, Verhältnis zum Partner, Verhütungsmethoden, Menseschwierigkeiten, Coitusstop vor der Geburt auf die fünf Einstellungsskalen nachgewiesen werden; ebenso konnte durch sämtliche erfaßten Bedingungen kein Beitrag zur Varianzaufklärung der Skala zur Erfassung der Verletzungsangst gegenüber dem Kind geleistet werden.

LITERATUR

- BARCLAY, R. L., Modification of pregnancy anxieties: Some comparisons between pregnant and non-pregnant women, *Dissertation Abstracts International*, 1973, 33, 5505.
- BLAU, A., SLAFF, B., EASTON, D., WELKOWITZ, J., & COHEN, J., The psychogenic aetiology of premature births: a preliminary report, *Psychosomatic Medicine*, 1953, 25, 201–211.
- BROWN, W. A., MANNING, T., GRODIN, J., The relationship of antenatal and perinatal psychological variables to the use of drugs in labour, *Psychosomatic Medicine*, 1972, 34, 119–127.
- BROWN, W. A., & SHERESHEFSKY, P., Seven women: A prospective study of postpartum psychiatric disorders, *Psychiatry*, 1972, 35, 134–154.
- DAVIDS, A., & DE VAULT, S., Use of TAT and Human Figure Drawings in research on personality, pregnancy, and perception, *Journal of Projective Techniques*, 1960, 24, 362–365.
- DAVIDS, A., & DE VAULT, S., Maternal anxiety during pregnancy and childbirth abnormalities, *Psychosomatic Medicine*, 1962, 24, 464–470.
- DAVIDS, A., DE VAULT, S., TALMADGE, M., Psychological study of emotional factors in pregnancy: a preliminary report, *Psychosomatic Medicine*, 1961, 23, 93–103.
- DAVIDS, A., & HOLDEN, R. H., Consistency of maternal attitudes and personality from pregnancy to eight month following childbirth, *Developmental Psychology*, 1970, 2, 364–366.
- DICKENS, G., & TRETOWAN, W. H., Cravings and aversions among pregnancy, *Journal of Psychosomatic Research*, 1971, 14, 259–268.
- EYFERTH, K., & KREPPNER, K., Entstehung, Konstanz und Wandel von Einstellungen, in: C. F. GRAUMANN (Ed.), *Sozialpsychologie* (Handb. Psychol. Bd. 7, 2. Halbl.), Göttingen, Hogrefe, 1972, p. 1342–1370.
- FERREIRA, A. J., The pregnant woman's emotional attitude and its reflection upon the newborn, *American Journal of Orthopsychiatry*, 1960, 30, 553–561.
- FERREIRA, A. J., Emotional factors in prenatal environment, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1965, 141, 108–118.
- FERREIRA, A. J., *Prenatal environment*, Springfield, Ill., Thomas, 1969.
- FLAPAN, M., & SCHOENFELD, H., Procedures for exploring women's childbearing motivations, alleviating childbearing conflicts and enhancing maternal role development, *American Journal of Orthopsychiatry*, 1972, 42, 389–397.
- FROMMER, E. A., & O'SHEA, G., The importance of childhood experience in relation to problems of marriage and family-building, *British Journal of Psychiatry*, 1973, 123, 157–160.
- HATCHER, S. C., The adolescent experience of pregnancy and abortion: a developmental analysis, *Journal of Youth and Adolescence*, 1973, 2, 53–102.
- HEDEMANN, N. O., The relationship of prenatal and first year postnatal variables to personality factors in children and in mid childhood, *Dissertation Abstracts International*, 1970, 30, 4360 to 4361.
- HELPER, M. M., COHEN, R. L., BEITEMANN, E. T., & EATON, L. F., Life events and acceptance of pregnancy, *Journal of Psychosomatic Research*, 1968, 12, 183–188.

- JOFFEE, J., *Prenatal determinants of behavior*, New York, Pergamon Press, 1969.
- KAIJ, L., JACOBSON, L., & NILSSON, A., Post-partum disorder in an unselected sample. The influence of parity, *Journal of Psychosomatic Research*, 1967, 10, 317–325.
- KENNY, J. A., Sexuality of pregnant and breastfeeding women, *Archives of Sexual Behavior*, 1973, 2, 215–229.
- KRECH, D., CRUTCHFIELD, R. S., & BALLACHEY, E. L., *Individual in society*, New York, McGraw Hill, 1962.
- KRUSE, F., Frühkindliche Schäden bei ungewollter Schwangerschaft, Vortrag bei „Pro Familia“, deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung, Frankfurt, 1974.
- LIENERT, G. A., *Testaufbau und Testanalyse*, Weinheim, Beltz, 1967.
- LOEVINGER, J., Measuring personality patterns of women, *Genetic Psychological Monographs*, 1962, 65, 53–136.
- LUKESCH, H., Kriterien sozialer Schichtung und ihre Beziehung zu Merkmalen des Erziehungsstils, *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 1975, 22, 55–78.
- LUKESCH, H., & LUKESCH, M., S-S-G. Ein Fragebogen zur Messung von Einstellungen zu Schwangerschaft, Sexualität und Geburt, Göttingen, Hogrefe, 1976 (im Druck).
- MCDONALD, R. L., Fantasy and the outcome of pregnancy, *Archives of General Psychiatry*, 1965, 12, 602–606.
- MONTAGU, A., *Prenatal influences*, Springfield, Ill., Thomas, 1962.
- MORRIS, M., Attitude survey in pregnancy, *Journal of Psychosomatic Research*, 1968, 2, 83.
- NEWTON, N., & NEWTON, M., Relationship of ability to breast feed and maternal attitudes toward breast feeding, in: C. D. MORTENSON & K. R. SERENO (Ed.), *Advances in communication research*, New York, Harper & Row, 1973, p. 32–38.
- NILSSON, A., & ALMGREN, P.-E., Para-natal emotional adjustment. A prospective investigation of 165 women. II. The influence of background factors, psychiatric history, parental relations, and personality characteristics, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1970, Suppl. 220.
- NILSSON, A., UDDENBERG, N., & ALMGREN, P.-E., Parental relations and identification in women with special regard to para-natal emotional adjustment, Sonderdruck des Departement of Psychiatry, Lund, o. J.
- OLIVER, W. A., Childbirth expectancies and experiences as a function of locus control and lamaze training, *Dissertation Abstracts International*, 1972, 33, 1802–1803.
- PAJNTAR, M., Obstetrical complications – personality and emotional tensions during the pregnancy, unpublished Paper, o. J.
- ROSENBERG, M. L., & HOVLAND, C. I., Cognitive, affective and behavioral components of attitudes, in: C. I. HOVLAND & M. J. ROSENBERG, *Attitude organization and change*, New Haven, Yale Univ. Press, 1960, p. 1–14.
- ROTH, E., *Einstellung als Determination individuellen Verhaltens*, Göttingen, Hogrefe, 1967.
- ROTTMANN, G., *Die vorgeburtliche Mutter-Kind-Beziehung*, Diss., Salzburg, 1974.
- SCHAEFER, E. S., & BELL, R. Q., Development of a parental attitude research instrument, *Child Development*, 1958, 29, 339–361.
- SCHEUCH, E. K., Sozialprestige und soziale Schichtung, *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 1961, Beih. 5, 65–103.
- STATISTISCHES ZENTRALAMT, *Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien*, Wien, 1971.
- SÜLLWOLD, D. F., Theorie und Methodik der Einstellungsmessung, in: C. F. GRAUMANN (Ed.), *Sozialpsychologie* (Handb. Psychol. Bd. 7, 1. Halbb.), Göttingen, Hogrefe, 1969, p. 475–514.
- TRIANDIS, C., *Attitude and attitude change*, New York, Wiley, 1971.
- VENEZIA, D. J., Correlates of body attitude change in pregnancy, *Dissertation Abstracts International*, 1972, 33, 1300.
- WINGET, C., & KAPP, F. T., The relationship of the manifest content of dreams to duration of childbirth in primiparae, *Psychosomatic Medicine*, 1972, 34, 313–320.
- ZEMLICK, M. J., Maternal attitudes of acceptance and rejection during and after pregnancy, Diss., Washington Univ., 1952.
- ZEMLICK, M. J., & WATSON, R. I., Maternal attitudes of acceptance and rejection during and after pregnancy, *American Journal of Orthopsychiatry*, 1953, 23, 570–584.

ANHANG

Instruktion und Items des Einstellungsfragebogens

Anleitung

Sie finden auf den folgenden Seiten eine Reihe von Äußerungen, wie man sie unter Frauen gelegentlich hören kann. Wir bitten Sie, hierzu Ihre persönliche Stellungnahme abzugeben. Um Ihnen dies zu erleichtern, haben wir folgendes Antwortschema mit zwei Stufen der Zustimmung und zwei Stufen der Ablehnung vorgesehen:

–2	–1	+1	+2
Ich finde das sehr falsch	Ich finde das eher falsch als richtig	Ich finde das eher richtig als falsch	Ich finde das sehr richtig

Bitte ringeln Sie jeweils die Zahl ein, die Ihre Meinung am ehesten wiedergibt. Hier ein Beispiel: „Mit größeren Kindern kommt man viel besser aus, als mit ganz kleinen Babys.“ Angenommen, Sie finden das sehr richtig, dann ringeln Sie die +2, rechts außen, ein. Angenommen, Sie finden diese Behauptung eher falsch als richtig, dann ringeln Sie die –1 ein. Sie sehen, Sie haben immer mehrere Möglichkeiten, Ihre Meinung zu äußern, Sie können stark oder nur schwach zustimmen, stark oder nur schwach ablehnen.

- Bitte beantworten Sie ausnahmslos alle Fragen, auch wenn Ihnen die Antwort manchmal schwer fällt.
- Es gibt keine richtigen und falschen Antworten, da Sie ja das Recht auf eigene Anschauungen haben.
- Ihre Anonymität wird strengstens gewahrt, d. h. niemand erfährt, welche Antworten Sie gegeben haben.
- Denken Sie nicht lange nach, sondern geben Sie die Antwort, die Ihnen als erste einfällt.

Wir danken für Ihre Mitarbeit!

Items*

1. Es gibt für eine Frau nichts Unangenehmeres, als schwanger zu sein (ABLE).
2. Eine junge Mutter fühlt sich durch das Stillen normalerweise in ihrer Bewegungsfreiheit stark eingeengt (ABST).
3. Eine Mutter sorgt sich in der Schwangerschaft oft, sie könnte das Kind in ihrem Leib durch einen Sturz verletzen (VEAN).
4. Eltern sollten ihre Kinder dazu erziehen, daß diese alles aufessen, was sie auf ihrem Teller vorgesetzt bekommen (AUTO).
5. Man sollte von keiner Frau erwarten, daß sie mehr als eins, schlimmstenfalls zwei Kinder bekommt (ABLE).
6. Kindern sollte es erlaubt sein, ihre Eltern zu kritisieren (AUTO-).
7. Alle jungen Mütter fürchten ihre Ungeschicklichkeit und Unwissenheit bei der Wartung des Kindes (VEAN).
8. Wo es heute bereits so hochwertige Babynahrung gibt, ist es sicher besser, den Säugling mit der Flasche als mit der Brust großzuziehen (ABST).
9. Aus ganz natürlichen Gründen widerstrebt es vielen Frauen, ein Kind zu haben (ABLE).
10. Es wäre schade, wenn eine Mutter wegen einer Erkrankung z. B. verhindert wäre, ihr Kind zu stillen (ABST-).
- (11.) Eine gute Mutter achtet in der Schwangerschaft peinlich genau darauf, daß sie dem Kind nicht durch falsche Ernährung oder falsche Lebensweise einen Schaden zufügt (VEAN).
12. Die Wehen sind nicht so schlimm, wie die Frauen oft sagen (GEAN).

* Die Itemnummern, die eingeklammert sind, bezeichnen Fragen, welche im Zuge der Skalenkonstruktion selegiert wurden. In den Klammern nach jeder Frage steht die Skala, zu welcher das jeweilige Item gehört; ein Minuszeichen bedeutet, daß das Item für die Auswertung umgepolt werden muß.

13. Das Kinderkriegen ist für den Fortbestand der Menschheit ein notwendiges Übel (ABLE).
 14. Ein Kind mit 8 Jahren muß seine Eltern genau darüber informieren, wofür es sein Taschengeld ausgibt (AUTO).
 15. Eine Frau hat oft Angst, das Ungeborene könnte durch den Geschlechtsverkehr während der Schwangerschaft geschädigt werden (VEAN).
 16. Oft überkommt es einen, daß man bei der Geburt sterben könnte (GEAN).
 17. Eine kluge und intelligente Frau vermeidet es, schwanger zu werden (ABLE).
 18. Das Säugen behindert die Mutter bei der Ausführung vieler notwendiger Arbeiten (ABST).
 19. Eine Schwangere fürchtet nichts mehr, als daß durch den Geschlechtsverkehr das Kind weggehen könnte (VEAN).
 20. Ich fürchte mich bereits sehr vor den Schmerzen bei der Geburt (GEAN).
 21. Die Schwangerschaft ist häufig nicht nur für die berufstätige Frau eine Belastung (ABLE).
 22. Wenn die Eltern den Kindern rechtzeitig Gehorsam beibrächten, würden die Kinder später niemals mit dem Gesetz in Konflikt kommen (AUTO).
 23. Mütter fürchten sich, daß sie ihr Baby beim Anfassen verletzen könnten (VEAN).
 24. Es ist ganz normal, wenn sich eine Frau die größten Sorgen macht, ob ihre Geburt auch ohne größere Komplikationen ablaufen wird (GEAN).
 25. Die Schwangerschaft ist ein belastender Zustand, der schnell hinter sich gebracht werden sollte (ABLE).
 26. Eine moderne Mutter wird gut daran tun, das Stillen zu unterlassen, da dies der Formschönheit ihrer Brüste schaden dürfte (ABST).
 27. Es gibt keine Entschuldigung für eine Mutter, wenn sich ihr Kind verletzt (VEAN).
 - (28.) Schwangerschaftsgymnastik erleichtert die Geburt und verhindert unnötige Schmerzen (GEAN).
 29. Wie sehr sich eine Frau auch ein Baby wünschen mag, eine Schwangerschaft ist immer ein unangenehmes Erlebnis (ABLE).
 30. Wenn man ein Kind jedesmal aufnimmt, wenn es schreit, wird man es mit Sicherheit verwöhnen (AUTO).
 31. Die meisten Mütter sorgen sich, daß ihr Kind schwer erkranken könnte (VEAN).
 32. Es zahlt sich aus, während der Geburt Schmerzen zu erleiden und dafür völlig bewußt zu erleben, wie das Kind auf die Welt kommt (GEAN-).
 33. Eine schwangere Frau ist eine unglückliche Frau (ABLE).
 34. Das Säugen des Kindes ist für die Mutter eigentlich unangenehm (ABST).
 35. Eine Mutter hat größte Angst, ihrem Kind könnte in einem unbewachten Augenblick durch ihre Ungeschicklichkeit etwas passieren (VEAN).
 36. Alle Frauen haben große Angst vor der Geburt (GEAN).
 37. Eine Frau zweifelt oft an der Sinnhaftigkeit der Schwangerschaft (ABLE).
 38. Ein 8jähriges ist an Geschlechtsunterschieden mehr interessiert, als ein 4jähriges (AUTO).
 39. Mütter sorgen sich häufig, daß Personen, die mit ihrem Kind spielen, zu grob sein könnten (VEAN).
 40. Es ist völlig sinnlos, wenn man bei der Geburt auch nur geringe Schmerzen erleidet, wo es doch bereits so viele Medikamente und medizinische Hilfsmittel (Narkose) gibt, die einem eine ganz und gar schmerzfreie Geburt ermöglichen (GEAN).
 - (41.) Die meisten Frauen empfinden die Schwangerschaft als eine besonders angenehme Zeit (ABLE-).
 42. Ein Kind, das gestillt wird, ist gegen Infektionskrankheiten viel widerstandsfähiger als ein Flaschenkind (ABST-).
 43. Viele Frauen fürchten, daß sie eine Fehlgeburt haben könnten (VEAN).
 44. Die Geburt ist ein normaler biologischer Vorgang, der einen kaum stört (GEAN-).
 45. Eine Frau, die früher im Beruf stand, hat ein Recht darauf, die Schwangerschaft als überaus lästig zu empfinden (ABLE).
- Eltern sollten sehr darauf achten, daß ihre Kinder schon bald sauber werden (AUTO).
- Ich glaube, daß ich auf jeden Fall eine leichte und unkomplizierte Geburt haben werde (GEAN-).

ist besorgt, sie könnte vielleicht ein schwachsinniges Kind zur Welt bringen

- (49.) Die Schwangerschaft ist eine Zeit, in der die meisten Frauen besonders blühend aussehen (ABLE-).
50. Das Stillen war nur zu einer Zeit angebracht, als es noch keine künstliche Babynahrung gab (ABST).
- (51.) Die meisten Frauen glauben unerschütterlich, daß sie ein völlig gesundes Kind zur Welt bringen werden (VEAN-).
- (52.) Es ist ganz und gar unnatürlich, daß die Geburt ein schmerzhaftes Erlebnis sein soll (GEAN-).
53. Die Schwangerschaft ist für mich eine Enttäuschung (ABLE).
54. Wenn ein 6 bis 7-jähriger Bub lügt, sollte er streng bestraft werden (AUTO).
55. Ich habe häufig Angst vor Blutungen, die meine und des Kindes Gesundheit zerstören könnten (VEAN).
56. Komplizierte Geburten sind häufiger als man denkt (GEAN).
57. Eine Frau, die ein Kind erwartet, verzichtet nur ungern auf die vielen Annehmlichkeiten, die sie früher gewohnt war (ABLE).
58. Ich werde mein Kind auf jeden Fall stillen (ABST-).
59. Eine Mutter, die in der Schwangerschaft gestürzt ist, macht sich ständig die größten Vorwürfe, daß das Kind einen Schaden davongetragen haben könnte (VEAN).
60. Eine Frau empfindet das noch ungeborene Kind häufig als störenden Eindringling (ABLE).
61. Man sollte bei der Fütterung eines Säuglings einen genauen Zeitplan einhalten, auch dann, wenn das Kind zwischendurch vor Hunger schreien sollte (AUTO).
62. Oft hat eine Mutter die Befürchtung, sie könnte ein totes oder mißgestaltetes Kind zur Welt bringen (VEAN).
63. Manchmal habe ich das Gefühl, das Kind in mir raubt mir alle Kraft (ABLE).
64. Obwohl das Stillen zeitraubend ist, sollte es die Mutter so lange als nur irgend möglich durchführen (ABST-).
65. Mütter machen sich immerwährend Vorwürfe, wenn ihre Kinder durch Unfälle verletzt werden (VEAN).
66. Wie nett Umstandskleider auch geschneidert sein mögen, eine schwangere Frau sieht immer plump und unattraktiv aus (ABLE).
67. Ein Kind, das seine Mutter schlägt, muß hart bestraft werden (AUTO).
68. Man muß ein Baby beim Baden immer genau festhalten, weil es einem sonst in einem unbeachteten Augenblick entgleiten könnte (VEAN).

(Eingegangen am 3. Dezember 1974)

Anschriften der Verfasser: Dr. H. Lukesch, Fachbereich Erziehungswissenschaft, Universität Konstanz, Postfach 7733, 7750 Konstanz; Dr. G. Rottmann, Nonntaler Hauptstr. 42, A-5020 Salzburg

F. Eich, J. Klug und H. Wetzel

Sequentielle Entscheidungsstrategie zur psychologischen Diagnose von fokalen Hirnschäden

1. Problemstellung

Der relativ hohe Anteil frühkindlicher Hirnschäden in der „Normalbevölkerung“ — Schätzungen schwanken zwischen 2—17% (Heiss, 1964; Schenk & Weber, 1970) — und die jährliche Zunahme an traumatischen Hirnschäden durch Verkehrs- und Arbeitsunfälle um mindestens 30 000—40 000 pro Jahr (Wagner & Wagner,

1968) rücken die Encephalopathien immer stärker in den Mittelpunkt medizinischer bzw. psychologischer Forschung und klinischer Praxis.

Voraussetzung für eine effektive Therapie und Rehabilitation dieses großen Patientenkreises ist eine Diagnostik, die es ermöglicht, hirorganische Störungen von nichtorganisch bedingten Verhaltensstörungen zu differenzieren, und Grundlagen für medizinische und psychologische Interventionen zu schaffen.

Vor allem für die klinische Praxis besteht das große Problem, daß zur Zeit weder von neurologischer noch von psychologischer Seite ein diagnostischer Ansatz angeboten wird, der bei einer gegebenen Encephalopathie sowohl die Topik der Störung, die Noxenspezifität als auch die zugehörigen psychischen Korrelate valide zu erfassen vermag. Obwohl die gebräuchlichen medizinisch-diagnostischen Verfahren durch Einsatz neuartiger Technologien (z. B. neuroradiologischer Untersuchungsmethoden) verfeinert und damit in ihrer Effektivität erhöht wurden, liefern sie noch keine ausreichend reliable und valide Information zur Bestimmung von Ursache, Lage und Ausmaß der Schädigung.

Parallel zu diesem Fortschritt ist es nicht gelungen, ein Modell zu entwickeln, das eine funktionale Zuordnung zwischen Lokalisation einer Störung und den psychischen Auswirkungen erlaubt. Damit hat diese Form der Diagnostik keine direkten Konsequenzen für kompensatorische Trainingsprogramme und rehabilitative Maßnahmen. Zieht man ferner in Betracht, daß ein Teil der medizinischen Untersuchungsmethoden nur begrenzte Validität bezüglich verschiedener Arten von Schädel-Hirnverletzungen besitzt (Vogel, 1972), so kann heute die Bedeutung einer psychologischen Diagnostik nicht mehr bestritten werden. Der traditionelle testpsychologische Ansatz zur Erfassung komplexer Verhaltensmuster, die Konstruktion einer Testbatterie bzw. eines speziellen Tests zur Erfassung hirorganischer Schäden, brachte jedoch nicht die gewünschten Informationen. Es existiert bis heute kein psychometrisches Verfahren, das in Verbindung mit einer medizinischen Diagnostik Topik, Noxenspezifität und psychische Ausfälle im Hinblick auf eine optimale Behandlung des Patienten indiziert.

Ein mögliches heuristisches Vorgehen, die Güte des diagnostischen Vorgehens zu verbessern, liegt in der Anwendung einer in der Eignungsdiagnostik bewährten Strategie des entscheidungstheoretischen Modells von Cronbach & Gleser (1965). Der diagnostische Prozeß kann nach dieser Theorie als eine sequentielle Entscheidungsstrategie aufgefaßt werden, an deren Ende erst die endgültige Entscheidung in Form einer Zuordnung von Diagnose und Therapie steht. Im wesentlichen handelt es sich dabei um die Abfolge diagnostischer Schritte, bei denen der ($n + 1$ te) Schritt vom Resultat des n ten Schrittes abhängig ist. Innerhalb dieser Sequenz erfolgt eine zunehmende Eingrenzung der diagnostischen Spezifizierung. Den Beginn dieser Entscheidungsstrategie bildet gewöhnlich ein Breitbandverfahren, welches das ganze Spektrum relevanter Verhaltensmuster erfassen soll; am Ende stehen spezielle experimentelle Verfahren zur Erfassung elementarer Verhaltensweisen.

Dieses formale Modell von Cronbach & Gleser kann auf verschiedene Objektbereiche angewendet werden. Notwendige Bedingung ist allerdings ein Begriffssystem, anhand dessen dieses entscheidungstheoretische Modell inhaltlich gefüllt werden kann. Für den Aufbau einer sequentiellen Untersuchungsstrategie zur