



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Wir sind schwanger!“

Das Schwangerschaftserleben von Erst- und Mehrfach-
Vätern – Unterschiede in der Geschlechterrollenwahrneh-
mung und dem Auftreten von Couvade-Symptomatik

verfasst von / submitted by

Astrid Bednarik, BSc

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

Master of Science (MSc)

Wien, 2022 / Vienna, 2022

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

UA 066 840

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

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Ass.-Prof. Mag. Dr. Harald Werneck

Danksagungen

Ich möchte mich in erster Linie bei den Vätern bedanken, die mir Ihre Zeit und Mühe zur Verfügung gestellt und damit diese Erhebung und Arbeit möglich gemacht haben.

Meiner Familie und meinen Freunden möchte ich meinen Dank für Ihre moralische Unterstützung, Ihre Hilfe und Bestärkung während meiner ganzen Studienzeit, aber besonders im letzten Jahr, aussprechen. Besonders meinen Eltern, dass sie mir dieses Studium überhaupt ermöglicht haben.

Auch meiner lieben Bekannten Christina Ruthofer, BSc, welche mir mit der Verbreitung des Fragebogens der vorliegenden Arbeit in ihrer Hebammenordination eine große Hilfe war, steht ein herzlicher Dank zu.

Bei meinem Betreuer Ass.-Prof. Mag. Dr. Harald Werneck möchte ich mich besonders bedanken. Danke für Ihre Geduld, Ihre fachliche Unterstützung sowie Ihr immer hilfreiches Feedback. Ich habe Ihre Betreuung sehr wertgeschätzt.

Wien, Dezember 2022

*Mütter, seid Väter! Möchte man zurufen, und:
Väter, seid Mütter!*

- Jean Paul

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	7
2. Theoretischer Hintergrund	7
2.1. Couvade.....	8
2.1.1. Rituelle Couvade.....	9
2.1.2. Moderne Couvade	10
2.2. Einflussgrößen für das Auftreten.....	14
2.3. Couvade-Syndrom bei Erst- und Mehrfachvätern	15
2.4. Geschlechterrollenwahrnehmung.....	16
2.5. Rolle des Vaters.....	17
2.6. Couvade-Syndrom und Geschlechterrollenwahrnehmung	21
3. Fragestellungen und Hypothesen.....	24
3.1. Fragestellung 1	24
3.1.1. Hypothese 1.....	24
3.2. Fragestellung 2	24
3.2.1. Hypothese 2.....	24
3.3. Fragestellung 3	24
3.3.1. Hypothese 3.....	24
3.4. Fragestellung 4	24
3.4.1. Hypothese 4.....	24
4. Methodik.....	25
4.1. Erhebungsinstrumente	25
4.1.1. Geschlechterrollenwahrnehmung	25
4.1.2. Couvade-Symptomatik.....	26
4.1.3. Weitere Variablen.....	27
4.2. Untersuchungsdurchführung.....	27
4.3. Stichprobe.....	28
4.3.1. Soziodemografie	28
4.3.2. Schwangerschaft.....	29
4.4. Studiendesign.....	30
5. Ergebnisdarstellung.....	32
5.1. Hypothese 1.....	33
5.2. Hypothese 2.....	34

5.3.	Hypothese 3.....	35
5.4.	Hypothese 4.....	36
6.	Diskussion	36
6.1.	Hypothese 1.....	37
6.2.	Hypothese 2.....	38
6.3.	Hypothese 3.....	40
6.4.	Hypothese 4.....	41
6.5.	Praktische Relevanz.....	42
6.6.	Limitationen.....	44
7.	Conclusio.....	49
8.	Literaturverzeichnis.....	51
9.	Abbildungsverzeichnis.....	56
10.	Tabellenverzeichnis.....	56
11.	Anhang.....	57
11.1.	Anhang A: Zusammenfassung und Abstract	57
11.1.1.	Zusammenfassung	57
11.1.2.	Abstract	58
11.2.	Anhang B: Anfrage zur Verbreitung des Fragebogens.....	59
11.3.	Anhang C: Request for use of the Men’s Health During Partners’ Pregnancy Questionnaire (MHDPPQ).....	60
11.4.	Anhang D: Instrumente.....	61
11.4.1.	Social Roles Questionnaire (SRQ).....	61
11.4.2.	Men’s Health During Partners’ Pregnancy Questionnaire (MHDPPQ)	62
11.5.	Anhang E: SoSciSurvey Fragebogen	65

In der vorliegenden Arbeit wird bei der Verwendung der Begriffe Paar oder Eltern eine Konstellation aus Mann und Frau gemeint. Dies hat den Hintergrund, dass existierende Literatur zu dem Thema des Couvade-Syndroms sich fast ausschließlich mit dieser Personengruppe befasst. Der Autorin ist bewusst, dass diese traditionelle Sichtweise keinen allgemein geltenden Standard der Zusammensetzung von Elternpaaren abbildet. Der einfacheren Lesbarkeit und Gültigkeit der Forschungsergebnisse wegen, wurde sich aber für diese Formulierung entschieden.

1. Einleitung

„Wir sind schwanger!“ hört man oft von Paaren, die ihrem Kinderwunsch einen Schritt nähergekommen sind. Biologisch schwanger ist dabei selbstverständlich nur die Frau. Und trotzdem steckt etwas Wahres in der gängigen Aussage. Denn eine Schwangerschaft geht auch am Mann oft nicht spurlos vorüber (Kowlessar et al., 2015).

Für viele Männer ist eine Schwangerschaft eine herausfordernde, oft auch transformative Zeit. Werdende Väter berichten etwa von Sorgen um ihre Partnerin, erlebter emotionaler Belastung aber auch einer Abwägung ihrer vertretenen Werte und Neugestaltung ihrer Rolle (Kowlessar et al., 2015). Bei Veränderungen auf somatischer Ebene ist die Verbindung zur Schwangerschaft der Partnerin oft nicht so naheliegend. Aber auch körperliche Veränderungen auf väterlicher Seite können in Zusammenhang mit einer Schwangerschaft auftreten. Gemeint ist damit das sogenannte *Couvade-Syndrom*. Dieses beschreibt das Auftreten von psychosomatischen Symptomen bei Männern während der Schwangerschaft ihrer Partnerin, welche nicht durch eine Erkrankung oder Verletzung zu erklären sind. Betroffene Männer berichten beispielsweise von Übelkeit, Zahnschmerzen, Appetitverlust, Rückenschmerzen, Gewichtsveränderungen und weiteren typischen Schwangerschaftssymptomen (Devi & Chanu, 2015). Teilweise können sogar Veränderungen auf hormoneller Ebene nachgewiesen werden, wie ein Anstieg der Prolaktin und Cortisol-Produktion kurz vor der Geburt (Storey et al., 2000). Trotz eines Verschwindens der Beschwerden mit der Geburt des Kindes oder in kurzer Folge darauf, ist der Zusammenhang den Betroffenen meist nicht bewusst (Trethowan & Conlon, 1965). Für manche Männer sind die Symptome auch Jahre danach noch ein Mysterium (Brennan, Marshall-Lucette et al., 2007).

2. Theoretischer Hintergrund

Die (psychologische) Forschung rund um die Schwangerschaft beschäftigt sich überwiegend mit der Perspektive der Frau. Dennoch ist eine umfassendere familiäre Betrachtung dieses einschneidenden Erlebnis eine wichtige, welcher im vergangenen Jahrzehnt im akademischen Kontext auch zunehmend mehr Aufmerksamkeit geschenkt wurde (Plantin et al., 2011). Neben der Rolle des Vaters für die Entwicklung des Kindes, steht auch der Prozess des Vater-Werdens und die damit einhergehenden Veränderungen im Mittelpunkt. Das Couvade-Syndrom kann solch eine temporäre Veränderung sein (Werneck, 1998). Das Wissen über seine Existenz verdeutlicht umso mehr die Notwendigkeit auch das väterliche Erleben

zu berücksichtigen. Dieser erlebt in der Regel am engsten die Veränderungen, welche mit einer Schwangerschaft einhergehen, mit und stellt somit eine wichtige Anknüpfungstelle dar.

2.1.Couvade

Der Begriff *Couvade* leitet sich aus dem französischen Wort *couver*, übersetzt ausbrühten oder -schlüpfen, ab. Im Zusammenhang der Schwangerschaft wurde es zum ersten Mal von dem Anthropologen Edward Burnett Tylor im Jahr 1865 verwendet. Er versuchte in seiner Forschung Verhaltensweisen, die er in verschiedenen Gemeinschaften im Rahmen der Kindererwartung beobachtete, zu beschreiben. Seine Beobachtungen beschreiben Männer, welche die Wehen ihrer Frau nachahmten und sich während der Schwangerschaft von den Verpflichtungen, denen sie innerhalb ihrer Stämme nachgingen, zurückzogen (Tylor, 1865). Das von Tylor beschriebene Erscheinungsbild ist heute unter der rituellen *Couvade* bekannt. Das Phänomen, mit dem sich die vorliegende Arbeit auseinandersetzt, fällt in die Definition der modernen *Couvade* und zeichnet sich durch das Auftreten in industriellen Gesellschaften aus. Es umfasst das Erleben von psychosomatischen Symptomen bei werdenden Vätern in Verbindung mit der Schwangerschaft ihrer Partnerin (Mason & Elwood, 1995; Trethowan & Conlon, 1965). Die Angaben zu der Prävalenz reichen in verschiedenen Ländern von 11 bis zu 97 %. Die große Spannweite lässt sich durch uneinheitliche Erhebungsinstrumente und unklare Diagnosekriterien erklären. Außerdem wird der Fortschritt der Schwangerschaft in Studien mit variierender Häufigkeit der Symptome in Verbindung gebracht und ist somit auch eine mögliche Begründung für die Streuung (Brennan, Marshall-Lucette et al., 2007). Ab wann jemand am Syndrom leidet, ist nicht klar definiert, Trethowan und Conlon (1965) sehen das Erleben von mindestens zwei Symptomen als Schwelle an. Trotz seiner vielfältigen Dokumentation ist das *Couvade*-Syndrom nicht in der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD-10* (World Health Organization, 2019) oder dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5* (Falkai et al., 2018) zu finden. Das ist damit zu begründen, dass die Symptome nur temporär auftreten und ohne ersichtliche Ursache sind. Außerdem ist die Abgrenzung zu tatsächlich krankhaften Symptomen nur schwer möglich (Brennan, Marshall-Lucette et al., 2007). Das Syndrom weist geografisch keine Einschränkungen auf, seine globale Inzidenz reflektiert sich in Dokumentationen aus unterschiedlichsten Regionen. Zahlen der Prävalenz gibt es beispielweise aus den USA, England, Frankreich, China, Thailand, Südafrika, Russland und vereinzelt auch aus Australien (Brennan, Marshall-Lucette et al., 2007). Allerdings ist anzumerken, dass Zahlen aus

Ländern, in denen patriarchalische Gesellschaftsstrukturen vorherrschen, oft nicht repräsentativ sind. Sich in entsprechenden Ländern über Symptome, die jenen der schwangeren Partnerin ähneln, zu beschweren, ist gesellschaftlich wenig akzeptiert. Diese Tatsache kann zu fehlenden Zahlen der Prävalenz oder starken Effekten der Selektion führen (Mrayan et al., 2019). Das Vorherrschen einer sogenannten „Macho-Kultur“ in der Gesellschaft bewirkt ebenso eine Einschränkung des Diskurses. Demnach ist das Erleben von den beschriebenen Symptomen nicht mit dem Konzept von Männlichkeit vereinbar, sondern wird als Schwäche interpretiert. Die Verbreitung dieser Ansicht kann dazu führen, dass betroffene Männer ihre Erfahrung aus Scham nicht dem gesellschaftlichen Bild eines Mannes zu entsprechen für sich behalten. Dieser Einfluss ist bei der Interpretation der Zahlen zu berücksichtigen (Brennan, Ayers et al., 2007). Dass von dem Syndrom in Australien vergleichsweise wenig berichtet wird, begründet Condon (1987) etwa mit dem Vorherrschen dieses Gesellschaftsbildes (Condon, 1987, zitiert nach Brennan, Ayers et al., 2007).

2.1.1. Rituelle Couvade

Wie bereits erwähnt, wird zwischen der rituellen und der modernen Couvade unterschieden. Die rituelle Couvade beschreibt das bewusste Imitieren der Verhaltensweisen der schwangeren Frau und wurde von Tylor (1865) in präindustriellen Gemeinschaften dokumentiert. Der Mann ahmt dabei die schwangere Partnerin nach, indem er sich von körperlich anstrengenden Arbeiten distanziert. Liegt die Frau in den Wehen, legt auch er sich nieder, als ob er ein Kind gebären würde. Als Folge der Imitation wird der Fokus auf den werdenden Vater gelegt, während die Rolle der Mutter herabgetan wird, und dadurch als weniger wichtig als die des Vaters erscheint (Dawson, 1929, zitiert nach Brähler, 2001) – teilweise in solchem Ausmaß, dass die Frau den ruhenden Mann versorgt und ihren üblichen Verpflichtung der Hausarbeit weiter nachgeht, während er sich schont (Tylor, 1865). Dokumentationen über das Verhalten der Schamanen der Mohare Indianer berichten im Rahmen des Rituals über das Kleiden jener in Frauenkleider und das gegenseitige „Heiraten“ unter den Stammesmitgliedern. Auch das Hinzufügen von Verletzungen zur Nachahmung der Periode der Frau sowie die Beerdigung des Kots des Mannes als symbolische Totgeburt werden dabei praktiziert (Money & Ehrhardt, 1972, zitiert nach Brähler, 2001). Das Einhalten von speziellen Diäten und das Vermeiden bestimmter Lebensmittel, um mögliche negative Einflüsse auf das ungeborene Kind vorzubeugen ist in manchen Stämmen ebenfalls verbreitet. Der Hintergrund dieser Inszenierung der Geburt und Schwangerschaft ist einerseits die Beschützung

der neuen Familie gegen böse Mächte, aber auch der Aufbau einer Bindung zwischen dem Vater und dem ungeborenen Kind (Tylor, 1865). Tylor (1865) sieht darin eine Art Adoptionszeremonie, mit dem Ziel die Abstammung des Kindes auch auf den Vater zu übertragen. Weniger rationale Glauben, wie dass Hexen und Hebammen in der Lage waren die Wehenschmerzen der Frau auf den Partner zu übertragen, wurden im Zusammenhang mit dem Phänomen ebenfalls dokumentiert (Murray, 1921). Es zeichnet sich ab, dass es sich bei der Couvade um ein Verhalten handelt, welches die Menschheit schon lange ausübt und dessen Ursprung sie ebenso lange beschäftigt. Rückblickend und aus wissenschaftlicher Sicht wirken manche Erklärungsansätze teils absurd, repräsentieren aber oft den vorhandenen Wissensstand oder kulturellen Glauben (Trethowan & Conlon, 1965).

2.1.2. Moderne Couvade

Die moderne Couvade ist jene, die unter dem Term Couvade-Syndrom bekannt ist, im Englischen ist auch der Begriff der *Sympathetic pregnancy* verbreitet (Devi & Chanu, 2015). Trethowan und Conlon (1965) definierten sie in Abgrenzung zur rituellen. Unter ihr versteht man das Auftreten von körperlichen Symptomen, welche durch psychische Zustände ausgelöst werden und in Zusammenhang mit der Schwangerschaft der Partnerin stehen. Die Abgrenzung zur rituellen Couvade ist allerdings nicht immer eine eindeutige. Bestimmte Merkmale sind Teil der Definition beider Erscheinungsformen. Der zugrundeliegende Ursprung etwa ist vermutlich in beiden Fällen ein unbewusster affektiver Antrieb (Trethowan & Conlon, 1965). Im Bereich der Bewusstheit kann aber eine Unterscheidung gemacht werden. Während in der rituellen Couvade das Geburtsritual aktiv ausgeführt und nachgeahmt wird, fehlt das Verständnis des Zusammenhangs zwischen den Symptomen und der Schwangerschaft in der modernen Couvade oft (Trethowan & Conlon, 1965). Vereinzelt gibt es aber trotzdem Männer, die einen Zusammenhang mit dem Erleben der Partnerin vermuten und Parallelen ziehen. In einer qualitativen Erhebung von Brennan, Marshall-Lucette et al. (2007) berichten werdende Väter beispielsweise von Bauchkrämpfen: „My stomach pains were much like a build up of a woman’s contractions as she’s giving birth, they start mild and then get stronger and stronger and stronger“ (Brennan, Marshall-Lucette et al., 2007, p .22) und morgendlicher Übelkeit: “I was throwing up and retching a lot and couldn’t keep anything down both Beverly and me...” und vergleichen sie mit den Beschwerden ihrer Partnerin (Brennan, Marshall-Lucette et al., 2007, p .22). Dennoch erleben die Männer die Symptome

als unprovokiert und sehen sie nicht als bewusst herbeigeführt oder Teil eines Rituals, wie es in der rituellen Couvade der Fall ist (Trethowan & Conlon, 1965).

Eine einzelne Erklärung für den Ursprung der Symptome gibt es bislang nicht. Es wurden im Rahmen der Forschung aber eine Reihe von Erklärungsansätzen formuliert. Diese beinhalten psychoanalytische und psychosoziale Erklärungen, sehen aber auch den Bindungsaufbau zum Kind oder hormonelle Korrelate als mögliche Einflüsse. Trethowan und Conlon (1965) vermuten als treibende Kraft Angstzustände rund um dem Geburtsvorgang, die sich als körperliche Symptome manifestieren. Klein klassifizierte 1991 (zitiert nach Mason & Elwood, 1995) ebenso verschiedene Erklärungsansätze für das Syndrom. Diese beinhalten die Identifikation mit der schwangeren Partnerin, wobei auch hier die Symptome als ein Ausdruck der zugrundeliegenden Angst verstanden werden können. Ambivalente Gefühle gegenüber der Vaterschaft, welche sich gleichweg somatisch manifestieren, werden ebenso als ein möglicher Katalysator angesehen, wie auch die theoretische Überlegung, dass seitens des Mannes mit dem Fötus um die Aufmerksamkeit der werdenden Mutter rivalisiert wird. Der werdende Vater will dabei bewirken, die durch die Schwangerschaft aufgetretene Distanz zu seiner Partnerin wieder zu schmälern. Väterlicher Gebärneid, welche die Eifersucht des Mannes auf die Fähigkeit der Frau zu gebären meint, wird ebenso als mögliche Quelle der Symptomatik diskutiert (Klein, 1991, zitiert nach Mason & Elwood, 1995). Es ist allerdings festzuhalten, dass die dargelegten Theorien oft keine wissenschaftliche Basis vorweisen können, und vermehrt von Einzelfällen abgeleitet wurden. Folglich ist deren tatsächliche Erklärungskraft und Generalisierbarkeit eingeschränkt (Brennan, Ayers et al., 2007). Weitere, weniger psychoanalytischen Versuche der Erklärung sehen in den Symptomen eine Reaktion auf den erlebten Stress während einer Schwangerschaft oder aber eine Art Vorbereitung auf die Vaterrolle (Mason & Elwood, 1995). Den Fokus auf die schwangere Frau gelegt, ist auch die Ansicht, dass das Syndrom als eine Art Schutzmechanismus fungiert, um die Partnerin vor möglichen aggressiven Handlungen des Mannes ihr gegenüber zu bewahren, verbreitet (Klein, 1991, zitiert nach Mason & Elwood, 1995).

Die beschriebenen Konflikte verdeutlichen, wie belastend eine Schwangerschaft auch für den Vater sein kann. Das Fehlen einer körperlichen Veränderung kann die Anpassung an die neue Familiensituation zusätzlich erschweren. Da sich der Beginn der Elternschaft für den Vater nicht sichtbar manifestiert, ist das Begreifen der neuen Realität des Elternwerdens eine Herausforderung. Dieser Konflikt könnte seinen Ausdruck womöglich auch im Couvade-

Syndrom finden, indem die Symptome als eine Repräsentation der Veränderung fungieren (Klein, 1991, zitiert nach Brennan, Ayers et al., 2007). Biologische Marker, welche allerdings als Anhaltspunkte für den Übergang zur Vaterschaft herangezogen werden können, sind hormonelle Veränderungen. Der Ansatz des hormonellen Einflusses, wird von Storey et al. (2000), welche bestimmte Couvade-Symptome mit einer erhöhten Konzentration von Prolaktin und Kortisol im Zeitraum kurz vor der Geburt sowie einer verminderten Konzentration von Testosteron und Cortisol nach der Entbindung in Verbindung bringen, unterstützt. Die für die Messung benötigten Blutproben wurden innerhalb der letzten drei Wochen vor der Entbindung (später pränataler Zeitraum) und während der ersten drei Wochen nach der Geburt gesammelt (früher postnataler Zeitraum). Die Proben, dem frühen pränatalen Zeitraum zugehörig, wurden zwischen der 16. und 35. Schwangerschaftswoche abgenommen und die des späten postnatalen Zeitraums, als die Neugeborenen zwischen 4 und 7 Wochen alt waren. In Abbildung 1 sind entsprechende Konzentrationen der Hormone zu den unterschiedlichen Zeitpunkten während und nach der Schwangerschaft abgebildet (Storey et al., 2000). Allerdings wurde dieser Zusammenhang nicht ausreichend untersucht, um als konkrete Begründung für das Auftreten von Symptomen verstanden zu werden (Storey et al., 2000). Zusätzlich liegen die Befunde weit zurück. Die Suche nach aktuellen Daten unterstreicht einen Forschungsbedarf.

Abbildung 1

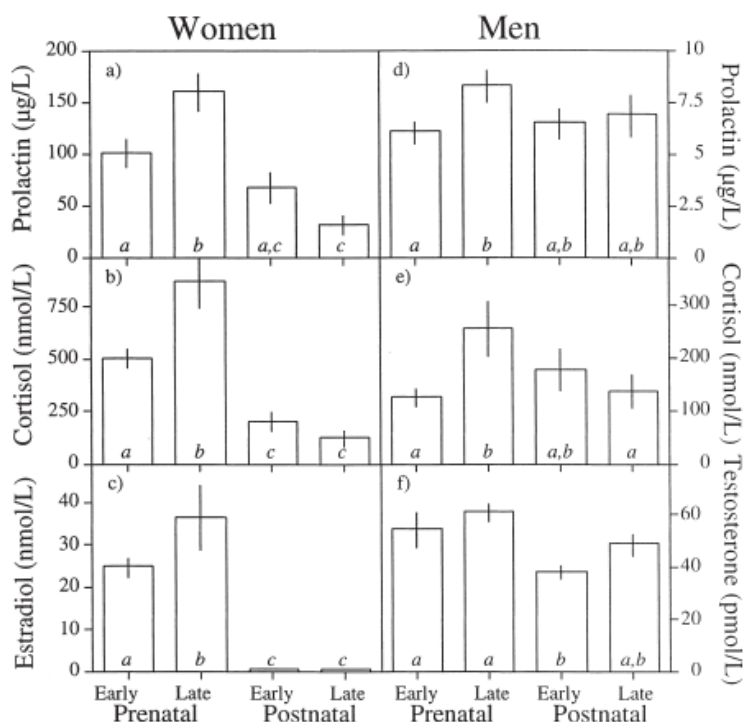


Abbildung 1. Konzentration der Hormone Prolaktin, Cortisol und Östrogen (Estradiol) bei Frauen und Konzentration von Prolaktin, Cortisol und Testosteron bei Männern während des frühen prä- und postnatalen Zeitraums, sowie des späten prä- und postnatalen Zeitraums (Storey et al., 2000, S.86).

Exkurs Hormone

Zum besseren Verständnis der Bedeutung der hormonellen Veränderungen folgt ein kurzer Abriss der Aufgaben dieser. Östrogen (Estradiol) ist ein weibliches Sexualhormon. Es fördert die Ausbildung weiblicher Geschlechtsorgane und begünstigt die Befruchtung. Bei Testosteron handelt es sich hingegen um ein männliches Sexualhormon, welches die Bildung männlicher Geschlechtsorgane stimuliert. Es hält sich die Behauptung, es würde aggressives und antisoziales Verhalten fördern. Unterstützende Ergebnisse basieren allerdings auf Tierstudien, beim Menschen gibt es dafür zu wenig eindeutige Belege. Prolaktin ist vor allem in der Stillzeit aktiv. Es regt die Milchproduktion an. Cortisol ist ein Stresshormon, welches auch entzündungshemmend wirkt (Bear et al., 2016).

Es kristallisiert sich heraus, dass die Erklärungsansätze vielfältig sind und die Rolle vieler noch nicht ausreichend erforscht ist. Die Forderung nach einer einzelnen umfassenden Erklärung sollte nicht den primären Fokus einnehmen. Der weiteren Exploration diskutierter

Einflüsse oder möglicher Zusammenspiele multipler Faktoren, die im individuellen Fall unterschiedliche Relevanz haben können, ist eher Aufmerksamkeit zu schenken.

2.2. Einflussgrößen für das Auftreten

Neben der Suche nach treibenden Entstehungsfaktoren stellt die Identifikation von Charakteristika, die vulnerable Personengruppen ausmachen einen weiteren Forschungsschwerpunkt dar. Es wurde versucht verschiedene Einflussgrößen mit dem Auftreten, der Intensität und Häufigkeit der Symptome in Verbindung zu bringen, oft aber mit widersprüchlichen Resultaten. Die Zugehörigkeit zu verschiedenen Gesellschaftsschichten ist ebensolch eine uneindeutige Größe. Neben Erkenntnissen, die darauf deuten, dass Männer aus niedrigen sozialen Schichten ein erhöhtes Risiko für das Auftreten mitbringen (Brown, 1988), postulieren andere, dass gebildete Väter aus höheren sozialen Schichten eher betroffen sind (Bogren, 1989, zitiert nach Brennan, Marshall-Lucette et al., 2007). Womöglich spielt aber auch das Vorhandensein eines sozialen Unterstützungsnetzwerkes eine bedeutendere Rolle als die Klassenzugehörigkeit an sich. Munroe und Monroe (1971) fanden, dass das Fehlen eines Unterstützungsnetzwerkes mit einer höheren Inzidenz einhergeht. Die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit wird außerdem als ein Risikofaktor verstanden. Die dokumentierte höhere Inzidenz unter schwarzen Männern im Vergleich zu weißen unterstützt diese Annahme (Munroe & Munroe, 1971).

Der Fortschritt der Schwangerschaft, sowie ob der Mann zum ersten Mal ein Kind erwartet oder bereits Mehrfachvater ist beziehungsweise im Rahmen der vorliegenden Schwangerschaft wird, sind weitere Einflussgrößen, die auch im Rahmen der vorliegenden Erhebung erfasst wurden. Oft wird in Zusammenhang mit der Dauer der Schwangerschaft von einer U-Kurve der Symptome geredet. Diese ist wie folgt abzubilden: Erste Symptome beginnen in der Regel im ersten Trimester der Schwangerschaft, können im zweiten nicht mehr nachgewiesen werden und kehren im dritten finalen Trimester mit größerer Intensität wieder zurück. Obwohl die beschriebene Entwicklung vermehrt nachgewiesen wurde, ist ein Auftreten zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft aber nicht auszuschließen. Es gibt auch Nachweise die gegen einen U-förmigen Verlauf sprechen und sogar Fälle, in denen auch nach der Geburt noch Symptome erlebt werden (Brennan, Ayers et al., 2007). Ebenso relevant für das Ausmaß ist, ob es sich um eine geplante Schwangerschaft handelt oder nicht. Wobei es Daten gibt, in denen Männer, die nicht mit der Schwangerschaft gerechnet haben,

von mehr Symptomen berichten, als jene, die darauf vorbereitet waren (Strickland, 1987, zitiert nach Brennan, Ayers et al., 2007). Gerade Väter im Teenageralter stellen in diesem Fall eine besonders vulnerable Personengruppe dar. Neben der oft ungeplanten Schwangerschaft addieren sich bei ihnen weitere Risikofaktoren wie ein noch niedriges Bildungsniveau und in Folge davon niedriges oder nicht vorhandenes Einkommen, fehlende Reife und erhöhter psychischer Druck (Kiselica & Scheckel, 1995). Paradoxerweise gibt es aber auch Belege, die zeigen, dass Väter, welche auf die Geburt vorbereitet waren, anfälliger sind, wobei die erlebten Symptome dabei die Bindung des Vaters zum Kind und ihre Beteiligung an der Schwangerschaft reflektieren (Clinton, 1985, zitiert nach Brennan, Ayers et al., 2007). In Bezug auf das Alter an sich gibt es ebenso keine eindeutige Befundlage. Höhere Inzidenzen wurden sowohl bei jüngeren Männern (Brown, 1988) wie auch bei jenen über 30 Jahren (Bogren, 1989 zitiert nach Brennan, Marshall-Lucette et al., 2007) dokumentiert.

2.3. Couvade-Syndrom bei Erst- und Mehrfachvätern

Die Untersuchung des Couvade-Syndroms in Abhängigkeit von der Anzahl der Kinder zeigte bisher gleichermaßen inkonsistente Ergebnisse. Clinton (1986, zitiert nach Brennan, Ayers et al., 2007) wies etwa positive Korrelationen zwischen der Anzahl bereits vorhandener Kinder und dem Auftreten von Symptomen nach und unterstützt damit die Annahme, dass die Symptombelastung mit der Anzahl der Kinder steigt. Sizaret et al. (1991, zitiert nach Brennan, Ayers et al., 2007) fanden im Gegensatz dazu, dass erstmalige Väter, abhängig vom Schwangerschaftsfortschritt stärker betroffen sind. Der relevante Zeitraum des stärkeren Auftretens war dabei das erste Trimester. In der Erhebung von Trethowan und Conlon (1965) zeigten sich hingegen keine Unterschiede zwischen Erst- und Mehrfachvätern, woraus das Forscherteam schließt, dass erstmalige Väter keine höhere Vulnerabilität für das Syndrom mitbringen. Was aber dennoch die Annahme, dass erstmalige Väter anfälliger sind, unterstützt, ist, dass die Geburt und die damit einhergehende Transition zur Vaterschaft eine komplett neue emotional belastende Situation für sie darstellt (Ganapathy, 2014; Kowlessar et al., 2015). Männer, welche diese Erfahrung bereits gemacht haben, nehmen die Schwangerschaft und Geburt womöglich allgemein weniger intensiv und belastend wahr, und sind folglich weniger vulnerabel für das Couvade-Syndrom. Für erstmalige Väter stellt eine Schwangerschaft hingegen vielleicht eine größere Herausforderung dar, nachdem sie für ihre Bewältigung keine Vorerfahrung mitbringen. Um dieser Vermutung nachzugehen und einen Teil zur Aufklärung des Einflussfaktors der Anzahl der Kinder beizutragen, stellt sich die Auto-

rin im Rahmen dieser Erhebung die Frage, ob sich erstmalige Väter von Mehrfach-Vätern in ihrer Couvade-Symptomatik unterscheiden. Und zwar unter der Annahme, dass erstmalige Väter stärker vom Couvade-Syndrom betroffen sind als Mehrfach-Väter.

2.4. Geschlechterrollenwahrnehmung

Ein Aspekt, der mit der Anzahl der Kinder in Zusammenhang steht, das allgemeine Familienklima und damit auch die Zeit der Schwangerschaft beeinflusst, ist die vorherrschende Geschlechterrollenwahrnehmung innerhalb der Familie. Im Falle dieser Erhebung wird der Fokus auf jene des Vaters gelegt. Die Geschlechterrollenwahrnehmung ist sowohl auf privater wie auch auf gesellschaftlicher Ebene relevant. Sie kann als ein Kontinuum, welches sich von traditionell bis zu egalitär streckt, verstanden werden. Traditionelle Ansichten legen den Fokus auf die unterschiedlichen Rollen von Mann und Frau, wobei häufig ein Machtgefälle zugunsten des Mannes beobachtbar ist, da dieser meistens die finanzielle Versorgung als sogenannter „Ernährer“ oder zu Englisch „Breadwinner“ übernimmt, während die Frau in der Mutter- und Hausfrauenrolle ist. Die beschriebene Aufgabenverteilung resultiert in einer finanziellen Abhängigkeit der Frau von dem Mann. Egalitäre Einstellungen fokussieren hingegen auf ausgeglichene Powerhierarchien und weniger geschlechtsspezifische Rollenzuteilungen, mit dem Ziel der Beteiligung beider Partner sowohl im Bereich der Kindererziehung wie auch in finanziell wirtschaftlicher Hinsicht (Rogers & Amato, 2000). Der Trend zu egalitäreren Ansichten ist zwar seit geraumer Zeit beobachtbar, folgte aber nicht durchgehend einer linearen Entwicklung. Bereits vor 1990 war eine Wende zunehmender Gleichberechtigung zu beobachten, die aber in den 90er Jahren zu stocken begann. Die Erholung von diesem Einbruch dauerte ca. bis ins Jahr 2010, in dem erstmalig wieder das vorherige Niveau übertroffen wurde (Shu & Meagher, 2018). Den damaligen Umschwung in geschlechtsspezifischen Einstellungen erklären Shu und Meagher (2018) mit dem Anstieg arbeitsüberlasteter Männer in diesem Zeitraum. Neben diesem Aspekt sind aber auch die vorherrschenden Arbeitsmarktbedingungen, das Wirtschaftsklima, die Geschlechtergleichstellung in der erwerbstätigen Bevölkerung sowie individuelle Merkmale mitverantwortlich für den Einsturz. Trotz der beschriebenen rückläufigen Entwicklung des Jahrzehnts der 90er ging danach der Trend zu egalitären Einstellungen aber wieder bergauf und hält bisher an (Shu & Meagher, 2018).

2.5. Rolle des Vaters

Mit dem Wandel der Geschlechterrollenansichten hat sich selbstverständlich auch die Rolle des Vaters in der Familie verändert. Die gesellschaftlichen Erwartungen sind nicht mehr die des alleinigen Erwerbstätigen, sondern eines involvierten Elternteils, der einen maßgeblichen Teil der Fürsorgearbeit übernimmt und aktiv an der Erziehung der Kinder teil hat, nicht zuletzt auch aufgrund des immer größer werdenden Anteils an Frauen in der Erwerbsarbeit (Kratschmar, 2021). In der Literatur ist ein Wandel der gesellschaftlichen Rolle des Vaters hin zu einer Hauptbezugsperson für seine Kinder ebenso sichtbar. Dies äußert sich auch in einem Anstieg der Forschung, die den Fokus auf die väterliche Erfahrung legt (Genesoni & Tallandini, 2009). Der österreichische Familienbericht dokumentiert im Einklang damit den Anstieg sogenannter engagierter Väter (Kratschmar, 2021). Außerdem geben auch immer mehr junge Männer an, der Gleichstellung in der Partnerschaft gegenüber positiv gestimmt zu sein (Gephart, 2011). Auf politischer Ebene wird der Weg zur einer neuen Vaterrolle ebenso begünstigt. Seit 01.09.2019 besteht in Österreich für alle „unselbständig erwerbstätigen Väter in der Privatwirtschaft ein gesetzlicher Rechtsanspruch auf Freistellung von der Arbeitsleistung gegen Entfall des Entgelts aus Anlass der Geburt ihres Kindes“, also die Möglichkeit zu einem „Papamonat“ (Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft, 2022). Die Möglichkeit ist rechtlich im Väter-Karenzgesetz und Landarbeitsgesetz verankert und beinhaltet einen Kündigungs- und Entlassungsschutz (Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft, 2022). Es kann zudem zwischen dem Papamonat und der Väter Karenz unterschieden werden. Der Papamonat findet in den ersten vier Wochen nach der Geburt zeitgleich zum Mutterschutz statt, während die Väterkarenz erst nach Ablauf dieser möglich ist (Redaktion Gesundheitsportal, 2022). Finanziell werden die Väter in beiden Fällen entlastet. Männer, welche den Papamonat in Anspruch nehmen, wird der sogenannte *Familienzeitbonus* (FZB) zugesprochen, der als Tagessatz ausgezahlt wird. Familien, welche die Leistung beziehen, sehen sich selbst als moderner und weniger traditionell an als Nicht-Bezieher es tun. Und auch das *Karenzgeld* heißt bereits seit 2002 nicht mehr so, sondern wird nun unter dem Begriff des *Kinderbetreuungsgelds* (KBG) als Leistung für die ganze Familie verstanden, sodass auch der Vater damit abgegolten werden kann (Rille-Pfeiffer & Kapella, 2022). Nach Ablauf des Mutterschutzes ist es ihm möglich in Karenz zu gehen. Dabei besteht für die Eltern die Möglichkeit sich abzuwechseln, wobei dies nur zwei Mal möglich ist und jeder verbrachte Karenzanteil zumindest zwei Monate andauern muss (Redaktion Gesundheitsportal,

2022). Die Reformen haben vor allem das Ziel die Betreuungszeit, die der Vater übernimmt, zu erhöhen, dies aber mit wenig Erfolg in der Praxis. Nach einer anfänglichen rasanten Steigerung wurde bald darauf wieder ein starker Rückgang des Bezugs des FZB, zu erklären mit der Verhängung des COVID-19 Lockdowns in Österreich, verzeichnet. In einer Befragung von 2019 gaben nur 16,9% an, die Gelder zu beziehen. Dies war allerdings nicht ausschließlich mit etwaigen Gründen der Verhinderung zu erklären, sondern schlichtweg auch mit Nichtwissen über die Leistung (Rille-Pfeiffer & Kapella, 2022).

In Deutschland ist es Vätern ebenso möglich nach der Geburt des Kindes eine Auszeit zur Betreuung und Erziehung dessen zu nehmen. Mutter und Vater haben einen Rechtsanspruch auf bis zu drei Jahre Elternzeit pro Kind. Bei Inanspruchnahme ist ein Kündigungsschutz aktiv. Finanziell gibt es ebenso unterstützende Maßnahmen. Vom Staat können beide Elternteile das sogenannte Elterngeld beziehen, welches sich am durchschnittlichen Netto-Monatseinkommen des Vorjahres der Person orientiert und den Wegfall des Einkommens ausgleichen soll (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 2020).

Trotz des öffentlichen, teils politischen Diskurses, der eine egalitäreren Arbeitsaufteilung fordert und versucht zu ebnet, sieht es privat dennoch oft gegenteilig aus. In vielen Familien finden sich nach wie vor geschlechtsspezifische Aufgabenzuteilungen. Zusätzlich unterliegen Geschlechterrollen gerade nach einer Schwangerschaft oft einem Wandel (Gephart, 2011; Katz-Wise et al., 2010). Interessanterweise zeigt sich nach der Geburt des Kindes vermehrt eine Re-Traditionalisierung der Werte (Gephart, 2011). Dies schlägt sich in den Bereichen der Erwerbstätigkeit, der Kinderbetreuung und der Aufgabenzuteilung im Haushalt nieder. Während Frauen ihre Berufstätigkeit nach der Geburt eines Kindes unterbrechen und auch in der darauffolgenden Zeit stark reduzieren, ist der Trend bei Männern eher ein Gegenteiliger, einhergehend mit einer Erhöhung der mit Erwerbsarbeit durchschnittlich verbrachten Stunden (Gephart, 2011). Die Kindererziehung betreffend hat die Zeit, die Väter mit ihren Kindern verbringen, zwar zugenommen jedoch gestaltet sich diese hauptsächlich durch spielerische Tätigkeiten oder Freizeitaktivitäten während die Mutter die Last der organisatorischen Aufgaben und der Pflege zu tragen hat. Auch schließt der Anstieg der Zeit, die Väter mit ihren Kindern verbringen, die Anwesenheit der Mutter nicht aus, sodass die Väter selten tatsächlich die alleinige Verantwortung tragen, sondern im Falle stattfindender Kinderbetreuung auf die Unterstützung ihrer Frau zählen können (Gephart, 2011; Grunow, 2007; Meuser, 2009) . Obwohl besonders in der gebildeten Mittelschicht Egalität ein Wert

von hoher Wichtigkeit ist, ist auch diese Personengruppe von der Befundlage nicht ausgenommen. Gerade der hohe Stellenwert der Gleichberechtigung kann nämlich bewirken, dass existente geschlechtsbedingte Ungleichheiten im Alltag strategisch missachtet und geleugnet werden, um die Partnerschaft aufrecht zu erhalten. Denn ein Bekennen der vorhandenen Ungleichheit würde das geformte Idealbild stören und die Beziehung folglich gefährden. Somit werden die geschlechtsstereotypischen Einstellungen und daraus folgende Arbeitszuweisungen zum Zweck der Harmonie beibehalten und nicht diskutiert oder versucht zu relativieren. Etwa werden die Hausarbeiten in Kategorien wie „fein“ und „grob“ unter- und zugeteilt oder die Zuständigkeit mit individuellen Bedürfnissen nach Sauberkeit und Ordnung begründet und eine Illusion der gerechten Aufteilung geschaffen, die so nicht existiert (Koppetsch & Burkart, 1997).

Einen Einfluss auf die Aufgabenteilung hat auch die Existenz und Anzahl der Kinder in der Familie. Nach einem Familienzuwachs verändert sich die Führung des Haushalts häufig von einer eher gerechten Verteilung bei kinderlosen Paaren hin zu einer Übernahme mehrerer Verantwortungsbereiche durch die gewordene Mutter. Beim Hinzukommen eines zweiten Kindes ist diese Entwicklung der geschlechtsspezifischen Rollenzuteilungen im Haushalt noch wahrscheinlicher zu beobachten (Gephart, 2011). Dieser Trend zeigt sich auch im Bezug des FZB, für welchen sich Väter eher beim ersten Kind entscheiden, als wenn bereits mehrere Kinder in die Familie geboren wurden. Allerdings hat diese Entscheidung oft auch finanzielle Hintergründe, da der Familie in den meisten Fällen mehr Geld zur Verfügung steht, welches gerade mit zwei Kindern gebraucht wird, wenn der Mann seine Erwerbstätigkeit nicht zugunsten des FZB unterbricht (Rille-Pfeiffer & Kapella, 2022). Katz-Wise et al. (2010) konnten passend dazu in ihrer Studie zeigen, dass die Diskrepanz der Einstellungen von erstmaligen Eltern vor und nach der Geburt zwar am stärksten ist, sich diese aber im Gegensatz zu Familien mit mehreren Kinder auch wieder von der Traditionalisierung ein Stück weit erholten. Bei zwei oder mehr Kinder blieben die traditionellen Ansichten eher bestehen (Katz-Wise et al., 2010). Zur weiteren Exploration der Variable der Anzahl der Kinder und des Versuchs der Replikation der Ergebnisse widmet sich eine Hypothese der vorliegenden Erhebung der Frage, ob sich Erst- und Mehrfach-Väter in ihrer Geschlechterrollenwahrnehmung unterscheiden, unter der Annahme, dass erstmalige eine egalitäre Wahrnehmung zeigen als Mehrfach-Väter. Da vermutet wird, dass sowohl die Anzahl der Kinder wie auch die Ge-

schlechterrollenwahrnehmung das Auftreten des Couvade-Syndroms beeinflussen, ist die Exploration der Verbindung dieser beiden Konstrukte eine wichtige Ergänzung.

Ungleichheiten zeigen sich im Laufe der Familiengründung allerdings nicht nur im privaten Umfeld zwischen Mann und Frau, sondern auch im klinischen Kontext. Im Rahmen dessen, zumindest im Zusammenhang mit der Schwangerschaft, ist es allerdings meist der Mann, der zu kurz kommt. werdende Väter fühlen sich bei vorgeburtlichen Untersuchungen oft nicht ausreichend involviert. Bei der Kommunikation mit dem Krankenhauspersonal wird die Mutter als die primäre Ansprechperson angesehen, während Väter von Gefühlen, nicht wahrgenommen zu werden, berichten (Hollywood & Hollywood, 2011). Erschwert wird die Teilnahme aber nicht nur durch das Krankenhauspersonal, sondern auch durch berufliche Verpflichtungen väterlicher Seite, welche für die finanzielle Absicherung der neuen Familie unumgebar sind, allerdings in seiner Abwesenheit resultieren (Pohlman, 2005). Ein werdender Vater beschreibt seine Erfahrungen während der vorgeburtlichen Untersuchungen wie folgt: "I don't know from a male perspective it is like you always feel it's got nothing to do with you at all. You feel left out. ... It was pretty much like I didn't exist." (Fenwick et al., 2012, p. 6). Und auch nach der Geburt ist die Situation oft unverändert, wie ein Vater auf der neonatalen Intensivstation (NICU) berichtet: „As a man, there is really little you can do. You can be just very supportive to your wife and stay out of the way as much as possible“ (Hollywood & Hollywood, 2011, p. 37). Dass am Couvade-Syndrom leidende Männer also überhaupt identifiziert werden, gestaltet sich vor dieser Befundlage schwierig, da ihnen, wie es scheint, während einer Schwangerschaft und Geburt allgemein kaum Aufmerksamkeit geschenkt wird. Ironischerweise könnte aber genau in der nicht gegebenen Aufmerksamkeit auch eine treibende Kraft für die Entstehung des Syndroms stecken. Mittels des Zeigens von Symptomen könnte der Mann bewirken, dass die Aufmerksamkeit weg von der Frau und dem Kind auf sein Erleben gelenkt wird. Diese Überlegung lässt sich in die Rivalität um Aufmerksamkeit mit dem Fötus einordnen. Allerdings impliziert dieser Ansatz eine gewisse Bewusstheit und Taktik, welche sich nicht mit der Definition des Syndroms vereinen lässt. Als unbewusster Mechanismus könnte diese Überlegung aber als Erklärung dienen (Brennan, Ayers et al., 2007).

In Bezug auf das Couvade-Syndrome verhindert die Benachteiligung von Vätern in der Zeit der Schwangerschaft die Identifikation Leidender Und auch Und auch für die Entwicklung des Kindes und den Bindungsaufbau, welcher bereits vor der Geburt beginnt, ist die

Präsenz und Integration beider Elternteile wichtig. Eine Nicht-Integration des Vaters im Rahmen der Schwangerschaft ist somit in mehrfacher Hinsicht kritikwürdig (Fenwick et al., 2012).

2.6.Couvade-Syndrom und Geschlechterrollenwahrnehmung

Vielleicht gerade, weil den werdenden Vätern in der Zeit der Schwangerschaft nur eine Nebenrolle zugestanden wird, ist das Couvade-Syndrom nicht nur wenig bekannt, sondern sein Effekt auch umstritten. Ob sein Auftreten positive oder negative Folgen für die Familie hat, lässt sich nicht eindeutig sagen. Einerseits kann es dazu führen, dass der werdende Vater, der entsprechende Symptome erlebt, nur eine zusätzliche Belastung für die Familie, insbesondere die Mutter darstellt, gerade wenn er mehr mit seinen eigenen Beschwerden beschäftigt ist als dem Ausleben seiner unterstützenden Rolle (Murphy, 1992). Andererseits kann es als Ausdruck eines unbewussten Versuchs des Mannes seine Beteiligung an der Schwangerschaft und Identifikation mit der Frau auszudrücken verstanden werden (Murphy, 1992). Wahrheit steckt wohl in beiden Ansichten. Dennoch sind viele Fragen rund um das Syndrom noch nicht ausreichend beantwortet. Was unterscheidet etwa Männer, die das Syndrom zeigen, von jenen, die es nicht tun? In der Forschung wurde versucht das Syndrom mit verschiedenen Persönlichkeitseigenschaften und Verhaltensweisen in Verbindung zu bringen. In der Untersuchung von Männern, zugehörig zu der zentralamerikanischen Volksgruppe der Garifuna, konnte beispielsweise festgestellt werden, dass Männer, die von den Symptomen betroffen waren, bei der Bearbeitung verschiedener psychometrischer Tests eher Verhaltensreaktionen weiblicher Natur zeigten. Dies äußerte sich in der Bevorzugung der Mutterrolle in fiktiven Szenarien oder dem Erreichen von ähnlichen Scores wie Frauen in einem Test zum weiblichen Sprachgebrauch. Paradoxe Weise neigten jene Männer allerdings auch zu hypermaskulinem Verhalten, wie dem Schlagen von Frauen oder Alkoholkonsum (Munroe & Munroe, 1971). Das Forscherteam Munroe und Munroe (1971) sieht diese Reaktionen als einen Mechanismus zum Umgang mit ihrer feminin gezeichneten Geschlechtsidentität und somit keinen Widerspruch im gemeinsamen Auftreten der Verhaltensweisen. Munroe (2010) regt in diesem Zusammenhang zur Überlegung einer Verbindung zwischen den beschriebenen weiblichen Verhaltensweisen und der physiologischen Ebene der Manifestation an. Eine Studie von Storey et al. (2000) mit dem Fokus auf physiologische Befunde, postuliert, wie bereits berichtet, dass vom Couvade-Syndrom betroffene Männern im Vergleich zu nicht Betroffenen eine höhere Prolaktin-Konzentration im Körper haben,

welche kurz vor der Entbindung ihren Höhepunkt erreicht (Storey et al., 2000). Dieses Erkenntnis spricht für die weitere Untersuchung physiologischer Korrelate mit unterschiedlichen Variablen, wie eben einer femininen Geschlechtsidentität beziehungsweise vorherrschenden Geschlechterrollen. Gerade die präsenten Geschlechterrollen, in der der Mann sich und seine Frau sieht, könnten auch alleinstehend das Auftreten des Couvade-Syndroms beeinflussen. Die höhere Inzidenz des Syndroms bei Männern, welche feminine Verhaltensweisen zeigen, wirft die Frage auf, ob sich betroffene Männer auch durch eine egalitäre Geschlechterrollenwahrnehmung auszeichnen. Diese Hypothese ist von der Annahme, dass Männer, welche feminines Verhalten zeigen, sich und ihre Partnerin womöglich als gleichwertiger ansehen und daher eher in Beziehungen egalitärer Natur leben, geleitet, und zwar mit der Begründung, dass sie in ihren eigenen femininen Verhaltenszügen bereits Belege für die Ähnlichkeit sehen. Passend dazu sieht Murphy (1992) das Erleben von Symptomen als eine Art Identifikation mit der Partnerin im Prozess der Schwangerschaft, woraus ein engeres Verhältnis des Elternpaares resultieren kann (Murphy, 1992). Die Geschlechterrollenwahrnehmung könnte allgemein das Erleben der Schwangerschaft beeinflussen. Männer, die sich und ihre Partnerin als egalitär wahrnehmen, nehmen die Schwangerschaft eventuell eher als einen gemeinsamen Prozess wahr. Die Einstellung könnte daher mitverantwortlich für eine höhere Involviertheit während der Schwangerschaft und eine damit einhergehende Übertragung von Symptomen von der Frau auf den Mann sein. Passend dazu fanden Singh und Ram (2009), dass eine egalitäre Einstellung bei Männern ein guter Prädiktor für deren Maß an Unterstützung während der Schwangerschaft ihrer Partnerin, ist. Das Mindset von traditionell eingestellten Männern behindert eine Involviertheit hingegen eher. Ihre Ansichten beinhalten eine Trennung der Rollen im Alltag und Familienleben, wobei die Frau verantwortlich für das Austragen der Kinder und deren anschließende Versorgung ist und der Mann in der Ernährer-Rolle für die finanzielle Absicherung der Familie zuständig. Eine Überschneidung der Verantwortungsbereiche hat dabei wenig Platz (Rogers & Amato, 2000). Die dadurch induzierte Distanz könnte wiederum die Auftretenswahrscheinlichkeit von Symptomen minimieren.

Aufbauend auf diesen Überlegungen nimmt die Autorin an, dass Männer, welche eine egalitäre Geschlechterrollenwahrnehmung vorweisen, sich in ihrer Couvade-Symptomatik von jenen mit einer traditionellen Geschlechterrollenwahrnehmung unterscheiden, und zwar in jene Richtung, dass Männer mit einer egalitären Geschlechterrollenwahrnehmung

stärker vom Couvade-Syndrom betroffen sind als Männer mit einer traditionellen Geschlechterrollenwahrnehmung. Die Einflussgröße der Anzahl der Kinder mit der Geschlechterrollenwahrnehmung vereinernd, wird außerdem hypothetisiert, dass die Geschlechterrollenwahrnehmung den Effekt der Anzahl der Kinder auf das Couvade-Syndrom moderiert, sodass eine traditionelle Geschlechterrollenwahrnehmung den Effekt der Anzahl der Kinder auf die Couvade-Symptomatik vermindert, während eine egalitäre den Effekt verstärkt.

3. Fragestellungen und Hypothesen

Aufbauend auf der dargelegten Theorie und den daraus herausgearbeiteten Forschungslücken und zu replizierenden Ergebnissen ergeben sich folgende Fragestellungen und Hypothesen:

3.1. Fragestellung 1

Unterscheiden sich erstmalige Väter in ihrer Geschlechterrollenerwartung von mehrfachen Vätern?

3.1.1. Hypothese 1

Mehrfach-Väter zeigen traditionellere Geschlechterrollenwahrnehmung als erstmalige Väter.

3.2. Fragestellung 2

Unterscheiden sich Männer mit einer egalitären Geschlechterrollenwahrnehmung von Männern mit einer traditionellen Geschlechterrollenwahrnehmung in ihrer Couvade-Symptomatik?

3.2.1. Hypothese 2

Männer mit einer traditionellen Geschlechterrollenwahrnehmung zeigen schwächere Couvade-Symptomatik als Männer mit einer egalitären Geschlechterrollenwahrnehmung.

3.3. Fragestellung 3

Unterscheiden sich erstmalige Väter in ihrer Couvade-Symptomatik von mehrfach Vätern?

3.3.1. Hypothese 3

Erstmalige Väter zeigen stärkere Couvade-Symptomatik als Mehrfach-Väter.

3.4. Fragestellung 4

Moderiert die Geschlechterrollenwahrnehmung den Zusammenhang der Anzahl der Kinder mit der Couvade-Symptomatik?

3.4.1. Hypothese 4

Eine traditionelle Geschlechterrollenwahrnehmung vermindert den Effekt der Anzahl der Kinder auf die Couvade-Symptomatik.

4. Methodik

4.1. Erhebungsinstrumente

Zur Erhebung und Beantwortung der Fragestellungen wurden der *Social Roles Questionnaire* (Baber & Tucker, 2006) und der *Men's Health During Partners' Pregnancy Questionnaire* (Brennan, 2004) herangezogen.

4.1.1. Geschlechterrollenwahrnehmung

Der *Social Roles Questionnaire* (SRQ) (Baber & Tucker, 2006) ist ein Instrument zur Erfassung von Einstellungen zu Geschlechterrollen, welche über die binären Kategorien der Gegenüberstellung von Mann und Frau hinausgeht. Es eignet sich zur Verwendung bei Erwachsenen und älteren Jugendlichen. Der Fragenbogen besteht aus zwei Subskalen der *gender-transcendent* und der *gender-linked* Skala. Beide Skalen beinhalten Aussagen über soziale Rollen von Mann und Frau, denen auf einer Prozentskala von 0 bis 100% in 10er Schritten zugestimmt werden kann. Dies hat zum Ziel, die Möglichkeit zu detaillierteren Abstufungen zu geben, als es bei einer Likert-Skala möglich wäre. Hohe Prozentwerte stehen dabei für eine hohe Zustimmung. Die Behauptungen im Rahmen *gender-transcendent* deuten an, dass soziale Rollen unabhängig vom Geschlecht einer Person auftreten können und repräsentieren bei hoher Zustimmung somit eine egalitäre Einstellung in Bezug auf die Geschlechterrollen. Die Aussagen der *gender-linked* Skala beschreiben die Verbindung von bestimmten Rollen (beispielsweise die Kindererziehung oder die finanzielle Versorgung der Familie) mit einem Geschlecht und bieten folglich eine Möglichkeit die Befürwortung von traditionellen Einstellungen zu erfassen. Die *gender-transcendent* Subskala besteht aus 5 Items und die *gender-linked* Subskala aus 8. Insgesamt wurden den Teilnehmern also 13 Behauptungen vorgelegt. In der vorliegenden Arbeit wurden folgende Reliabilitäten beobachtet: die *gender-transcendent* Skala wies ein Cronbachs Alpha von $\alpha = .50$ und die *gender-linked* Skala von $\alpha = .77$ Aufgrund der sehr niedrigen Reliabilitäten der *gender-transcendent* Skala mussten in der vorliegenden Erhebung allerdings 2 Items entfernt werden, sodass nur mehr 3 Behauptungen zur Erfassung der egalitären Einstellung in der Analyse verwendet werden konnten. Nach dieser Reduktion beträgt Cronbachs Alpha für die *gender-transcendent* Skala $\alpha = .56$. Ein Beispielsitem der *gender-transcendent* Subskala, welches in der Analyse berücksichtigt wurde ist: „Die Freiheit, die Kindern gewährt wird sollte sich nach ihrem Alter und ihrem Reifegrad richten und nicht nach ihrem Geschlecht.“ Und ein Beispielsitem der *gender-linked*

Subskala: „Mütter sollten die meisten Entscheidungen darüber treffen, wie Kinder erzogen werden“ (Baber & Tucker, 2006). Für die Auswertung wurden beide Subskalen zu einer Skala zusammengenommen, indem die *gender-transcendent* Items, wie im Paper zum Instrument empfohlen, revers codiert wurden. Eine hohe Ausprägung stand demnach für eine traditionelle Einstellung zu Geschlechterrollen, während niedrige Werte eine egalitärere repräsentierten. Die Gesamtskala wies ein Cronbachs Alpha von $\alpha = .78$ auf.

Die konvergente Validität des *Social Roles Questionnaires* (Baber & Tucker, 2006) wurde mit der *Modern Sexism Scale* (Swim & Cohen, 1997) getestet. Diese zeigte moderate Korrelationen von $r = .37, p < .01$ mit der *Gender-transcendent* Skala und $r = .36, p < .01$ mit der *General Skala* (Baber & Tucker, 2006). Die *General Skala* stellt die ursprüngliche Skala dar, welche der *Gender-transcendent* Skala gegenüberstand. Baber und Tucker (2006) faktorisierten aus ihr die *Gender-linked* Skala. Moderate Korrelationen konnten auch zwischen dem *Social Roles Questionnaire* und der *Attitude Toward Women Scale* (Spence et al., 1973) sowie der *Attitude Toward Marital and Child rearing Roles Scale* (Hoffman & Kloska, 1995) festgestellt werden. Eine hohe Retest-Reliabilität für die *General scale*, $r = .92, p < .001$, und die *Gender-transcendent Scale*, $r = .81, p < .001$ konnte ebenso gezeigt werden. Es kann bei der Verwendung des Instruments folglich von einer guten Konstruktvalidität und angemessenen psychometrischen Eigenschaften ausgegangen werden (Baber & Tucker, 2006).

4.1.2. Couvade-Symptomatik

Der Men's Health During Partners' Pregnancy Questionnaire (MHDPPQ) (Brennan, 2004) wurde der Autorin der vorliegenden Arbeit vom Autor Dr. Arthur Brennan nach einer Kontaktaufnahme mit der Bitte um Verwendung zur Verfügung gestellt. Dr. Brennan gab der Autorin auch die Dokumentation der Reliabilität und Validität des Fragebogens bei Anwendung in einer Pilot Studie weiter (Brennan, o. J.). Das Instrument wurde zur Erhebung von Couvade-Symptomen bei Männern mit aktuell schwangerer Partnerin entwickelt (Brennan, o. J.).

Der Fragebogen umfasst eine Reihe von physischen und psychischen Couvade-Symptomen und fragt nach dem Auftreten, der Intensität, Belastung und Häufigkeit dieser. Es wurde ein adaptiertes reduziertes Design gewählt, in welchem nach der erlebten Belastung und dem Auftreten der Symptome, aber nicht nach der Häufigkeit und Intensität gefragt wurde. Dies hatte ökonomische Hintergründe, da der vollständige Fragebogen einen

hohen zeitlichen Aufwand erfordert und den Rahmen der vorliegenden Arbeit gesprengt hätte. Auf einer Skala, deren Abstufung von 1 bis 9 reichte, konnten die Teilnehmer ihre erlebte Belastung angeben. Dabei war 9 mit *extrem belastend* und 1 mit *gar nicht belastend* verankert. Außerdem wurde mit einer Ausweichoption die Möglichkeit zur Angabe, dass das Symptom nicht wahrgenommen wurde, gegeben (Brennan, 2004). Durch diese Ausweichoption konnte jeweils die Anzahl der Symptome pro Person identifiziert werden. Einzelne Symptome, welche in der Pilot Studie von Teilnehmern zu wenig berichtet wurden, um eine statistische Analyse durchzuführen, wurden im Fragebogen nicht berücksichtigt (Brennan, o. J.). Das resultierte in insgesamt 34 Symptomen, davon 21 physisch und 13 psychischer Natur, welche den Teilnehmern vorgelegt wurden. In einer Pilotstudie von Brennan erreichten all diese einen Cronbachs Alpha Koeffizienten von über .70 sowie eine gute Retest-Reliabilität. In der vorliegenden Untersuchung betrug Cronbachs Alpha der psychischen Skala $\alpha = .92$ und der physischen $\alpha = .90$ (Brennan, o. J.). Beispiele für physische Items sind eine Gewichtszunahme, Übeln oder Atemlosigkeit. Frühes morgendliches Erwachen oder sich unruhig fühlen sind beispielhafte psychische Symptome (Brennan, 2004).

4.1.3. Weitere Variablen

Neben den Items der vorgestellten Instrumente wurden soziodemografische Variablen erhoben, dazu zählten das Alter, der Wohnort, die Nationalität, der Erwerbsstatus, der höchste Bildungsabschluss sowie der Beziehungsstatus. Außerdem wurden den Teilnehmern Fragen zur Schwangerschaft ihrer Partnerin gestellt, nämlich in welcher Schwangerschaftswoche sich jene gerade befindet, das wievielte Kind erwartet wird und ob das Geschlecht des Kindes bekannt ist, außerdem, ob das Kind geplant war und ob der Vater beabsichtigt in Väterkarenz zu gehen.

4.2. Untersuchungsdurchführung

Der Fragebogen wurde mit *SoSci Survey* (Leiner, 2019) erstellt und in sozialen Medien (Instagram, Twitter, Facebook, Reddit, WhatsApp) wie auch dem Bekanntenkreis der Autorin, nach dem Schneeballsystem, verteilt. Es wurden außerdem Hebammen kontaktiert, welche den Fragebogen an werdende Väter weitergaben. Ein Versuch, werdende Väter über die Plattform *SurveyCircle* (SurveyCircle, 2022) zu erreichen, wurde ebenso gestartet, resultierte aber in keinen weiteren Teilnehmern. Die meisten Personen wurden über die Plattformen Twitter und Reddit rekrutiert. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von 24. März bis 27.

April 2022 und dauerte damit 35 Tage. Die Dauer der Bearbeitungszeit entsprach durchschnittlich 12 Minuten. In die Erhebung eingeschlossen wurden deutschsprachige Männer ab 18 Jahren, deren Partnerin zum Zeitpunkt der Erhebung schwanger war. Fragebögen, welche unvollständig ausgefüllt oder abgebrochene wurden, wurden in die Auswertung nicht mitaufgenommen. Ebenso wurden Männer ohne aktuell schwangere Partnerin herausgefiltert. Bei Fällen von nicht seriösen Antworten oder offensichtlich falsch verstandenen Instruktionen (beispielsweise die Annahme, dass es um die Symptome der Frau ging) wurden die Datensätze ebenfalls nicht berücksichtigt. Die Reihenfolge, in der die Instrumente des Fragebogens präsentiert wurden, war wie folgt: Soziodemografie – Fragen zur Schwangerschaft – Social Roles Questionnaire – Men’s Health During Partners’ Pregnancy Questionnaire. Die Teilnehmer wurden vor Beginn der Befragung darüber aufgeklärt, dass die von ihnen bereitgestellten Daten vertraulich und anonym behandelt werden und über das grobe Forschungsinteresse („Schwangerschaftserleben von Vätern“) informiert. Der Begriff der Couvade wurde absichtlich nicht erwähnt, um Verzerrungen bei Wissen über das Syndrom zu vermeiden. Die Probanden bestätigten freiwillig teilzunehmen und es wurde darüber aufgeklärt, dass die Studie zu jedem Zeitpunkt ohne die Angabe von Gründen abgebrochen werden kann. Die Teilnehmer gaben ihre informierte Einwilligung. Sie wurden nicht vergütet.

4.3. Stichprobe

Es folgt die Beschreibung der Stichprobenszusammensetzung in Bezug auf die Variablen der Schwangerschaft und Soziodemografie.

4.3.1. Soziodemografie

Ursprünglich konnten 208 Fragebögen gesammelt werden. Die Entfernung von Dropouts und Personen, welche nicht die Voraussetzungen zur Inklusion in die Stichprobe erfüllten, sowie offensichtlich nicht seriös ausgefüllte Fragebögen, resultierte in 156 verwendbaren Datensätzen. Die finale Stichprobe setzt sich somit aus 156 Männern zusammen. Das durchschnittliche Alter dieser beträgt 34 Jahre. Der jüngste Teilnehmer ist 19, der älteste 53 Jahre alt. Der Großteil, nämlich 131 (84%) der Väter lebt in Deutschland, 20 (12,8%) in Österreich, 2 (1,3%) in der Schweiz und jeweils einer (0,6%) lebt in den Niederlanden und Schweden. In einem Fall (0,6%) konnte kein Wohnort und keine Nationalität identifiziert werden. In 131 Fällen (85,9%) ist die Nationalität der Männer Deutsch, in 16 Fällen (10,3%) Österreichisch, in 2 (1,3%) Schweizerisch und in jeweils einem Fall (0,6%) Deutsch-Britisch, Chinesisch und Französisch. Bezogen auf die Erwerbstätigkeit setzt sich die Stichprobe wie folgt

zusammen: 7 Studenten (4,5%), 1 Auszubildender (0,6%), 127 Angestellte (81,4%), 11 Selbstständige (7,1%), 9 Beamte (5,8%) und 1 Erwerbsloser (0,6%) nahmen an dem Fragebogen teil. Das Bildungsniveau verteilt sich auf 15 Personen (9,6%), deren höchster Bildungsabschluss die Matura/das Abitur ist, 22 (14,1%) mit einer Berufsausbildung, 40 (25,6%) haben einen Bachelor-, 66 Personen (42,3%) einen Masterabschluss und 13 (8,3%) ein Doktorat. Die Verteilung des Bildungsgrades ist in Abbildung 2 grafisch festgehalten. Der Familienstatus der werdenden Väter ist in 25 Fällen (16%) alleinstehend, in 27 (17,3%) liiert, 103 (66%) sind verheiratet und einer (0,6%) geschieden.

Abbildung 2

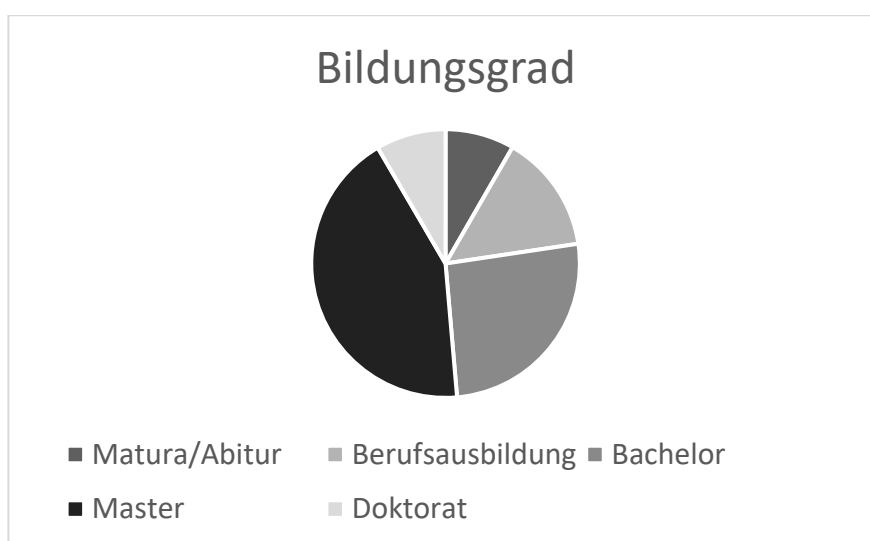


Abbildung 2. Verteilung des Bildungsgrads der am Fragebogen teilgenommenen Väter

4.3.2. Schwangerschaft

Die schwangere Partnerin befand sich zum Zeitpunkt der Erhebung im Durchschnitt in der 24. Schwangerschaftswoche. Der am weitesten angegeben Fortschritt der Schwangerschaft war die 41. Woche und der früheste Zeitpunkt die 6. Woche. Die Paare erwarteten das erste (65,4%), zweite (24,4%), dritte (8,3%) oder vierte (0,6%) Kind – in zwei Datensätzen (1,3%) konnte die Antwort nicht verwertet werden. In 142 Fällen (91%) war das Kind geplant, in 14 ungeplant (9%). 38 Väter (24,4%) erwarten einen Jungen, 50 (32,1%) ein Mädchen, 40 (25,6%) wissen es noch nicht und 28 (17,9%) wollen das biologische Geschlecht nicht wissen. In Väterkarenz zu gehen planen 116 (74,4%) der Männer, 25 (16%) nicht und 15 (9,6%) gaben an es noch nicht zu wissen.

4.4. Studiendesign

Die zur Überprüfung der Hypothesen notwendigen Analysen wurden mit *IBM SPSS Statistics Version 28.0.* (IBM Corp., 2021) durchgeführt. Es wurde ein α -Fehler-Niveau von 5%, für alle Berechnungen gewählt. Nach Cohen (1992) wurden p-Werte zwischen .05 und .15 als Trend interpretiert. Es wurden die Effektgröße Cohens d , r (Pearsons Korrelationskoeffizient) und R^2 berichtet. Der Tabelle 1 ist die Kategorisierung dieser zu entnehmen (Cohen, 1992).

Tabelle 1

Klassifikation der Effektgrößen

Index	Effektgröße		
	klein	mittel	groß
Cohens d	.20	.50	.80
r	.10	.30	.50
R^2	.02	.13	.26

Anmerkung. Nach Cohen (1992).

Inwiefern sich Erst- und Mehrfach-Väter in ihrer Geschlechterrollenwahrnehmung unterscheiden, wurde mit einem zweiseitigen t-Test für unabhängige Stichproben berechnet. Die abhängige Variable stellte die Geschlechterrollenwahrnehmung dar und die unabhängige die Tatsache, ob es sich um einen erstmaligen oder mehrfachen Vater handelt. Die Gruppen wurden mit 1 für erstmalige Väter und 2 für mehrfache Väter codiert. Für den Wert der Geschlechterrollenwahrnehmung wurden die Subskalen *gender-linked* und *gender-transcendent* zu einer Skala zusammengeführt, sodass ein Pol traditionelle Werte repräsentiert und der andere egalitäre. Dies wurde durch ein revers Codieren der Items der *gender-transcendent* Items erreicht, sodass eine hohe Ausprägung demnach für eine traditionellere Einstellung zu Geschlechterrollen stand und niedrige Werte für eine egalitärere. Für Fragestellung 2 war allerdings das erneute Teilen in konträre Gruppen notwendig. Da die Einstellungen der befragten Männer aber stark egalitär geprägt waren (siehe Tabelle 2), und damit eine Unterscheidung in konkret traditionell und egalitär nicht möglich war, wurde mittels eines Mediansplit die Gruppe in Männer mit stärker egalitären Einstellungen und niedrigeren, beziehungsweise weniger stark egalitären Einstellungen geteilt. Die stärker egalitär ge-

prägte Gruppe wurde mit 0 codiert und jene mit schwächer egalitäreren Einstellungen mit 1. Die zwei Gruppen wurden im Rahmen der Analyse zur Beantwortung der zweiten Hypothese mit einem zweiseitigen t-Test für unabhängige Stichproben verglichen. Die abhängige Variable war dabei die Couvade-Symptomatik und die unabhängige die Geschlechterrollenwahrnehmung. Zur tieferen Exploration wurden bei den Fragestellungen 1,2 und 3 zusätzlich eine Regressionsanalyse und bivariate Korrelation durchgeführt. Dies hatte den Hintergrund mögliche Zusammenhänge abseits der Gruppenvergleiche zu explorieren. Die Variablenzuteilung blieb dabei unverändert. Außerdem wurde bei allen Hypothesen betreffend das Couvade-Syndrom, also Hypothese 2,3 und 4 sowohl eine Berechnung für die Anzahl der Symptome wie auch eine für die erlebte Belastung durch diese gerechnet. Die Anzahl ergab sich simpel aus der Angabe der erlebten Symptome. Für die Operationalisierung der Belastung wurde der Mittelwert der angegebenen Werte berechnet. Bei der Angabe, dass jenes Symptom nicht erlebt wurde, wurde es mit der Ausprägung 0 verrechnet. Ob es einen Unterschied zwischen Erst- und Mehrfach-Vätern in ihrer Couvade-Symptomatik gibt, wurde wiederum mit einem zweiseitigen t-Test für unabhängige Stichproben ausgelesen, und zwar mit der abhängigen Variable Couvade-Symptome und der unabhängigen Variabel Erst- oder Mehrfach-Vater. Der Vorhersagewert der Geschlechterrollenwahrnehmung auf den Einfluss der Anzahl der Kinder auf die Couvade-Symptomatik wurde mit Hilfe einer multiplen Regressionsanalyse ermittelt. Die unabhängigen Variablen waren dabei die Anzahl der Kinder, die Geschlechterrollenwahrnehmung und die Interaktion dieser beiden, die abhängige Variable war die Couvade-Symptomatik. Die Geschlechterrollenwahrnehmung stellt den Mediator in der Analyse dar. Die deskriptiven Statistiken der relevanten Variablen wurden ebenso berechnet, wie auch die bereits berichteten Reliabilitäten. Tests auf Normalverteilung der Skalen wurden durchgeführt.

5. Ergebnisdarstellung

In den folgenden Auswertungen wird nicht zwischen mentalen und körperlichen Couvade-Symptomen unterschieden. Und auch die Items der traditionellen und egalitären Einstellungen wurden wie berichtet zu einer Skala kombiniert. Um trotzdem ein Gefühl zur Zusammensetzung der Stichprobe zu zeichnen, finden sich in Tabelle 2 die deskriptiven Statistiken der relevanten Variablen.

Tabelle 2

Deskriptive Statistiken

		Minimum	Maximum	Mittelwert	Std.-Abweichung
Belastung	Couvade-Symptome	0,00	5,21	1,97	1,10
Körperliche	Couvade-Symptome Belastung	0,00	4,24	1,57	1,02
Mentale	Couvade-Symptome Belastung	0,00	7,31	2,61	1,57
Anzahl erlebter	Couvade-Symptome	1,00	34,00	25,60	10,55
Geschlechterrollen-	wahrnehmung	0,00	67,69	14,95	11,40
Gender-linked	(traditionell)	0,00	72,50	17,44	14,82
Gender-transcendent	(egalitär)	0,00	100,00	85,58	15,58

Anmerkung. Wertebereiche: Belastung: Skala 0-9, Anzahl: Skala 0-34, Geschlechterrollenwahrnehmung (gender-linked/gender-transcendent): Skala 0-100%.

Mindestens ein Symptom erlebten alle Väter. Der Mittelwert der erlebten Symptome verrät, dass über alle Väter hinweg durchschnittlich 26 der möglichen 34 Symptome erlebt wurden. Das belastendste psychische (mentale) Couvade-Symptom ist „*sich gestresst fühlen*“ mit einem Mittelwert von 3,61. „*Mehr geschlafen als sonst*“ ist mit einem Mittelwert von 1,42 das am wenigsten belastende psychische Symptom. Betreffend die physische (körperliche) Belastung können „*Rückenschmerzen*“ mit einem Mittelwert von 2,41 als am belas-

tendsten identifiziert werden, während „Mundgeschwüre“ mit einem Mittelwert von 0,84 den niedrigsten Wert erreichen. Die erlebte Belastung durch psychische Symptome ist etwas höher als die durch physische. Allgemein ist sie aber in beiden Kategorien von geringem Ausmaß (siehe Tabelle 2). Wie die Belastung der einzelnen Symptome im Durchschnitt verteilt war, ist Abbildung 3 zu entnehmen.

Abbildung 3

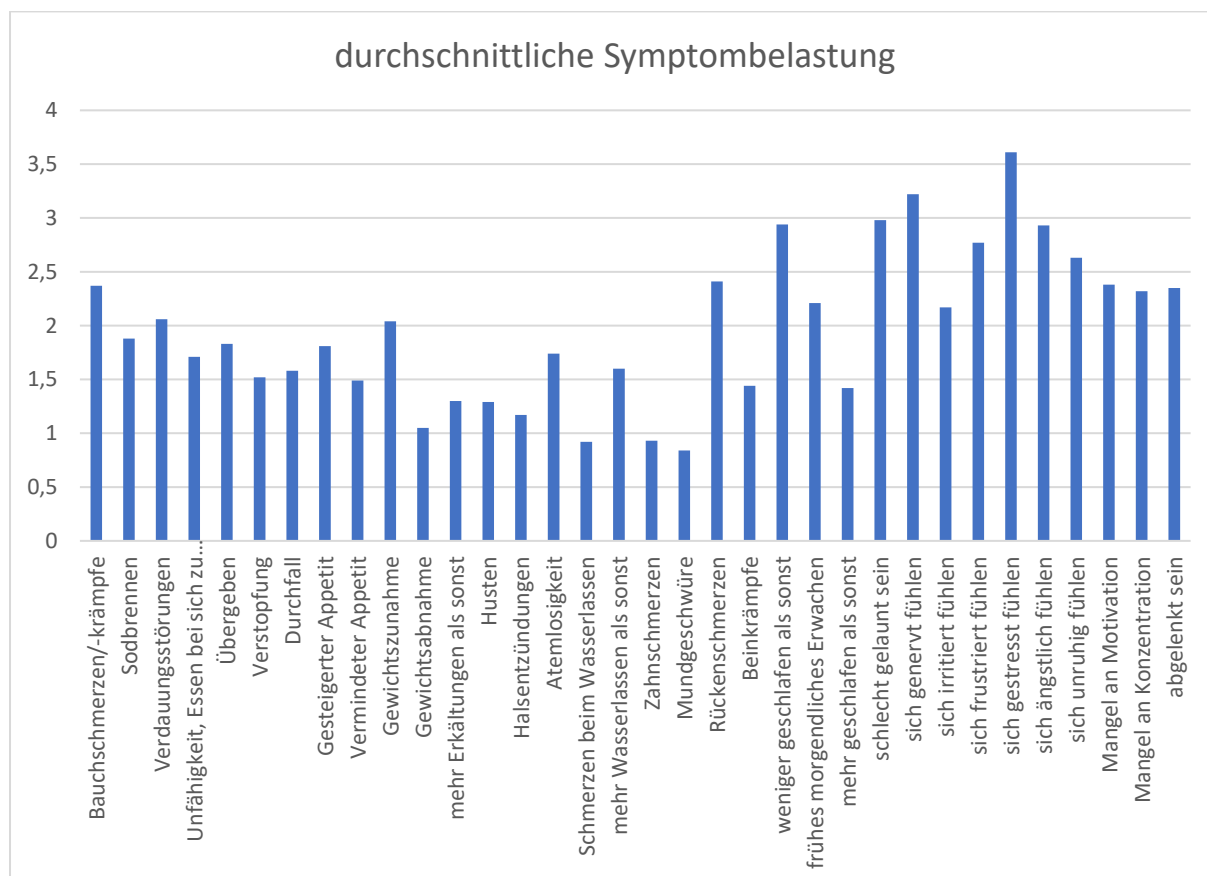


Abbildung 3. Durchschnittliche Belastung der erlebten Symptome (Skala 0-9)

In weiterer Folge werden die Ergebnisse der zur Exploration der Hypothesen durchgeführten Analysen berichtet. Die dabei involvierten Skalen waren durchwegs nicht normalverteilt.

5.1. Hypothese 1

Die Hypothese 1 widmet sich der Fragestellung, ob erstmalige Väter eine egalitäre Geschlechterrollenwahrnehmung als Mehrfach-Väter zeigen. Die Gruppe der erstmaligen Väter umfasste 102 Männer und jene der mehrfachen Väter 52. Die Ergebnisse des t-Tests ergaben, dass sich erstmalige Väter ($MW = 16,21$; $SD = 11,98$) in ihrer Geschlechterrollen-

wahrnehmung nicht von mehrfach Vätern ($MW = 17,45$; $SD = 14,82$) unterscheiden, $t(152) = -0,56$, $p = .58$ (zweiseitiger p-Wert), $d = -0,09$. Im Rahmen der durchgeführten Regressionsanalyse kam der Anzahl der Kinder keine signifikante Erklärungskraft zu: $p = .66$, $T = 0,44$, $R^2 = 0,1\%$. Die Korrelation der beiden Variablen ergab ebenso keinen signifikanten Zusammenhang: $p = .66$ (zweiseitiger p-Wert), $r = .04$.

5.2.Hypothese 2

Hypothese 2 geht der Frage, ob Männer mit einer egalitären Geschlechterrollenwahrnehmung stärkere Couvade-Symptomatik als Männer mit einer traditionellen Geschlechterrollenwahrnehmung zeigen, auf den Grund. Die durch einen Mediansplit gebildeten Gruppen bestanden aus jeweils 78 Personen. Die Ergebnisse des t-Test ergaben bezogen auf die Symptombelastung keinen signifikanten Unterschied zwischen der Gruppe Männer mit einer höher ausgeprägten egalitären ($MW = 1,88$; $SD = 1,01$) und jener mit einer niedriger ausgeprägten egalitären (beziehungsweise traditionellen) Einstellung ($MW = 2,06$; $SD = 1,19$), $t(154) = -1,04$, $p = .30$ (zweiseitiger p-Wert), $d = -0,17$. Betreffend die Symptomanzahl wurde ebenso kein signifikanter Unterschied zwischen erstmaligen ($MW = 25,45$; $SD = 10,46$) und mehrfach Vätern ($MW = 25,77$; $SD = 10,71$) festgestellt, $t(154) = -.19$, $p = .85$ (zweiseitiger p-Wert), $d = -0,03$. Die Regressionsanalyse identifizierte die Geschlechterrollenwahrnehmung bezogen auf die Symptombelastung als einen signifikant positiven Prädiktor mit einem Regressionskoeffizienten von $.016$. ($.23 - .009$), $p = .02$, $T = 2,30$, $R^2 = 3,3\%$. Das bedeutet, dass ein Zuwachs auf der Skala der Geschlechterrollenwahrnehmung um einen Punkt (in Richtung traditionell, weniger egalitär) die erlebte Belastung der Couvade-Symptome um $.016$ ansteigen lässt und dass die Ausprägung der Geschlechterrollenwahrnehmung $3,3\%$ der Varianz der Symptombelastung erklärt. Nach Cohen (1992) handelt es sich dabei um eine kleine Effektstärke. Bezogen auf die Anzahl der Symptome hatte die Geschlechterrollenwahrnehmung keine signifikante Erklärungskraft: $p = .39$, $T = 0,86$, $R^2 = 0,5\%$. Im Rahmen der durchgeführten Korrelation korrelierte die Geschlechterrollenwahrnehmung signifikant mit der Belastung der Symptome im Ausmaß von, $p = .02$ (zweiseitiger p-Wert), $r = .18$. Eine hohe traditionelle (weniger egalitäre) Geschlechterrollenwahrnehmung geht demnach mit einer höheren Symptombelastung einher. Dies kann nach Cohen (1992) als ein kleiner Effekt klassifiziert werden. Zwischen der Anzahl der Symptome und der Geschlechterrollenwahrnehmung konnte keine signifikante Korrelation gefunden werden: $p = .39$ (zweiseitiger p-Wert), $r = .07$. Die Korrelationen zwischen der Geschlechterrollenwahrnehmung und der Belastung

und Anzahl der Symptome sind in Tabelle 3 vollständig angeführt. Die Belastung und Anzahl der Symptome korrelierten signifikant: $p < .001$ (zweiseitiger p-Wert), $r = .52$ und im Ausmaß einer großen Effektstärke nach Cohen (1992).

Tabelle 3

Korrelationen

			Belastung Couvade- Symptome	Anzahl Cou- vade- Symptome	Geschlech- terrollen- wahrneh- mung
Belastung Symptome	Pearson- Korrelation		1	,52**	,18*
	Sig. (2-seitig)			<,001	,02
	N		156	156	156
Anzahl Couvade- Symptome	Pearson- Korrelation		,52**	1	,07
	Sig. (2-seitig)		<,001		,39
	N		156	156	156
Geschlechterrollen- wahrnehmung	Pearson- Korrelation		,18*	,07	1
	Sig. (2-seitig)		,02	,39	
	N		156	156	156

Anmerkung.

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

5.3.Hypothese 3

Ob erstmalige Väter stärkere Couvade-Symptomatik als Mehrfach-Väter zeigen, wurde in Hypothese 3 exploriert. Die Gruppe der erstmaligen Väter war 102 Personen groß und die der mehrfachen setzte sich aus 52 Vätern zusammen. Der t-Test, welcher sich auf die Symptombelastung bezieht, konnte keinen signifikanten Unterschied zwischen erstmaligen ($MW = 1,93$; $SD = 1,03$) und mehrfachen Vätern ($MW = 2,10$; $SD = 1,2$) feststellen, $t(152) = -$

.85, $p = .40$ (zweiseitiger p -Wert), $d = -0.15$. Die Ergebnisse der Berechnung, in welcher die Symptomanzahl die abhängige Variable darstellt, ergaben ebenso keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen der erstmaligen ($MW = 26,49$; $SD = 9,42$) und mehrfachen Väter ($MW = 24,63$; $SD = 12,05$), $t(152) = 0.97$, $p = .33$ (zweiseitiger p -Wert), $d = 0.18$. In beiden t -Tests war keine Varianzhomogenität gegeben. Im Rahmen der Regressionsanalyse stellte die Anzahl der Kinder sowohl im Fall der Belastung: $p = .69$, $T = -0.40$, $R^2 = 0.1\%$ wie auch der Anzahl der Symptome: $p = .08$, $T = -1,74$, $R^2 = 2\%$, keinen signifikanten Prädiktor dar. Auch die Korrelation der Variablen zeigte keinen signifikanten Zusammenhang der Anzahl der Kinder mit der Symptombelastung: $p = .69$ (zweiseitiger p -Wert), $r = -.03$ oder der Symptomanzahl: $p = .08$ (zweiseitiger p -Wert), $r = -.14$.

5.4. Hypothese 4

Innerhalb von Hypothese 4 wurde der Annahme, dass eine traditionelle Geschlechterrollenwahrnehmung den Effekt der Anzahl der Kinder auf die Couvade-Symptomatik vermindert, während eine egalitäre den Effekt verstärkt, nachgegangen. Das Gesamtmodell der multiplen Regression war nicht signifikant und es konnte kein moderierender Effekt der Geschlechterrollenwahrnehmung auf die Anzahl der Kinder gefunden werden. Die Prädiktoren Anzahl der Kinder, Geschlechterrollenwahrnehmung sowie deren Interaktion sagten die Symptombelastung nicht signifikant vorher: $p = .31$, $F(3, 150) = 2.17$, $R^2 = 4,2\%$. In Bezug auf die Anzahl der wahrgenommenen Symptome konnte ebenso keine signifikante Erklärungskraft der Prädiktoren festgestellt werden: $p = .93$, $F(3, 150) = 1.29$, $R^2 = 2,5\%$.

6. Diskussion

Es kann festgehalten werden, dass werdende Väter im deutschsprachigen Raum das Couvade-Syndrom erleben. Die durchschnittliche Belastung war zwar von geringem Ausmaß, die Anzahl der Symptome, von durchschnittlich 26 der 34 Symptome, spricht aber dennoch für einen Leidensdruck. Die Ergebnisse der Analysen deuten darauf hin, dass sich die Gruppe der Erst- und Mehrfach-Väter nicht signifikant in ihrer Couvade-Symptomatik oder ihrer Geschlechterrollenwahrnehmung unterscheiden. Die Geschlechterrollenwahrnehmung moderiert zudem nicht den Einfluss der Anzahl der Kinder auf die Couvade-Symptomatik. Die Gruppe der Männer mit einer stärker egalitären Geschlechterrollenwahrnehmung unterscheidet sich im direkten Vergleich ihrer Couvade-Symptomatik nicht von der Gruppe der Männern mit einer schwächer egalitären Einstellung. Allerdings konnte eine schwache posi-

tive Korrelation zwischen einer weniger egalitären (traditionellen) Geschlechterrollenwahrnehmung und der erlebten Belastung durch die Couvade-Symptomatik festgestellt werden. Diese Tendenz ist ebenso in der für diese Fragestellung durchgeführten Regressionsanalyse zu beobachten. Im Rahmen dieser konnte eine weniger egalitäre (traditionelle) Geschlechterrollenwahrnehmung als Einflussfaktor auf die erlebte Belastung identifiziert werden, dies im Ausmaß einer kleinen Effektstärke. Dass die Ergebnisse die Hypothesen zum größten Teil nicht unterstützen, ist einerseits mit der Nichterfüllung statistischer Anforderungen zu begründen. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass die Datenverteilung nicht optimal ist. Die Normalverteilung wurde von keiner der Skalen erfüllt. Diese Tatsache kann in konservativeren Ergebnissen resultieren. Außerdem konnten vereinzelt nur niedrige Reliabilitäten der Skalen nachgewiesen werden. Obwohl dieses Artefakt durch ein Entfernen einzelner Items sowie ein Zusammenlegen von Skalen zu einer Dimension reduziert wurde, muss es in der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden, besonders im Fall der *gender-transcendet* Skala, welche lediglich eine Reliabilität von $\alpha = .56$ aufweist.

6.1.Hypothese 1

Dass zwischen der Anzahl der Kinder und der Geschlechterrolle kein Zusammenhang gefunden werden konnte, ist basierend auf der Literatur über den Trend zur Re-Traditionalisierung von Geschlechterrollen in einer Familie nach der Geburt eines Kindes, überraschend. Das Ergebnis könnte einerseits mit dem geringen Unterschied in der Ausprägung der Einstellungen zu den Geschlechterrollen zu erklären sein. Katz-Wise et al. (2010) halten außerdem fest, dass sich die Geschlechterrolleneinstellungen von erstmaligen Eltern nach einer anfänglichen Re-Traditionalisierung auch wieder auf ein egalitäres Level einpendeln. Da die zweitgrößte Gruppe in Bezug auf die Anzahl der Kinder jene waren, die das zweite Kind erwarten, kann vermutet werden, dass sich diese zum Zeitpunkt der Erhebung bereits wieder von der möglichen Re-Traditionalisierung durch das erste Kind erholt hatten. Familien, die bereits ihr drittes, viertes, usw. Kind erwarten, waren womöglich in der Erhebung zu wenig vertreten, um den Effekt einer anhaltenden Traditionalisierung, wie Katz-Wise et al (2010) ihn bei Familien mit mehreren Kindern dokumentierten, zu reproduzieren (Katz-Wise et al., 2010). Da die Fertilitätsrate in Österreich im Jahr 2021 bei 1.48 Kinder lag, gestaltet sich die Rekrutierung solch großer Familien schwierig (Mohr, 2022). Zusätzlich ist möglich, dass sehr wohl eine Verschiebung in Richtung eines traditionelleren Rollenbildes zu beobachten ist, der Trend aber nur familienintern bemerkbar wird und sich nicht in den von

den Vätern angegebenen Zustimmungen oder Ablehnungen zu bestimmten Behauptungen im Rahmen des SRQ (Baber & Tucker, 2006) widerspiegelt. Der SRQ (Baber & Tucker, 2006) kann in seiner Kürze nur begrenzt die tatsächlich vorherrschenden Rollenerwartungen erfassen, besonders im Falle der Komplexität und des Umfangs des Lebens in einer Familie. Außerdem hält er nur eine Momentaufnahme fest.

6.2.Hypothese 2

Die Hypothese, für die teilweise unterstützende Ergebnisse gefunden werden konnten, ist jene, die den Zusammenhang zwischen der Geschlechterrollenwahrnehmung und der erlebten Belastung von Couvade-Symptomatik exploriert hat. Jedoch nur im Fall der Berechnung mittels einer Korrelation und Regressionsanalyse und nicht im Rahmen des Vergleiches mittels t-Tests. Dies spricht dafür, dass sich die beiden Gruppen mit schwächer und stärker egalitärer Einstellung zwar nicht in Bezug auf das Couvade-Syndrom unterscheiden, es aber dennoch einen Zusammenhang zwischen den Variablen abseits des Gruppenvergleichs gibt. Zur Interpretation dieses Ergebnis sind die Eigenschaften der Stichprobe von Relevanz. Die prominentesten Charakteristika dieser sind die stark ausgeprägten egalitären Einstellungen und das hohe Bildungsniveau. Die hohen egalitären Einstellungen können einerseits mit dem Effekt der sozialen Erwünschtheit erklärt werden, aufgrund dessen womöglich verstärkt egalitäre Einstellungen angegeben wurden, als sie tatsächlich vorhanden waren. Zusätzlich trägt ein hohes Bildungsniveau, wie es in der Stichprobe zu beobachten ist, zu dem Vorherrschen egalitärer Einstellungen bei. Es kann zudem sein, dass die Augenscheinvalidität des Instruments zur Erhebung der Geschlechterrollen (zu) hoch war, was zwar dafür spricht, dass das richtige Konstrukt erfasst wurde, aber bewirken kann, dass die Teilnehmer die Absicht der Fragen durchschauten. Auch ist anzumerken, dass der SRQ die Einstellung zur Geschlechterrollenwahrnehmung, und nicht das entsprechende Verhalten erhebt. Ein Schluss darauf, wie die befragten Personen im Alltag handeln, ist damit nur sehr bedingt zulässig und die Aussagekraft dementsprechend eingeschränkt. Lediglich die Zustimmung oder die Ablehnung der Teilnehmer zu bestimmten Behauptungen wurde erfasst. Die gefundene Korrelation zwischen einer traditionellen (weniger egalitären) Einstellung und dem Auftreten von Couvade-Symptomatik ist vor diesem Hintergrund allerdings überraschend. Die Beobachtung, dass egalitäre Männer in der Umsetzung von Gleichberechtigung teils hinter Traditionelle fallen, könnte in diesem Fall mitverantwortlich für das Ergebnis sein. Koppetsch und Burkart (1997) formulieren in Bezug auf dieses Phänomen das Auftreten von kognitiver Dissonanz seitens

egalitärer Männer, sodass diese ihr Verhalten mit ihren Werten weiter vereinen können, auch wenn es die Gleichstellung eigentlich gefährdet, sprich, wenn Männer mit egalitären Ansichten merken, dass sie sich selbst und die eigene Partnerin in manchen Punkten nicht als gleichwertig anzusehen, ignorieren sie diese Tatsache. Ein Zugeben davon, dass sie selbst der Gleichberechtigung im Weg stehen, würde nämlich nicht in ihr generiertes egalitäres Wertesystem passen. Traditioneller eingestellte Männer könnten sich hingegen ihrer Rollenansichten bewusster sein und sie daher aktiv herausfordern (Koppetsch & Burkart, 1997). Konkret auf die Schwangerschaft angewandt, könnte dieser Mechanismus bewirken, dass egalitäre Männer gegen ihre internalisierte Vorstellung, dass das Kinderaustragen reine Frauensache ist, nicht ankämpfen und sich dadurch unbewusst von der Frau und Schwangerschaft distanzieren, während traditionellere (weniger egalitäre) Männer eher über ihren Schatten springen und der Partnerin in der Zeit der Schwangerschaft mehr Nähe schenken. Auf diese Weise wäre der Zusammenhang zwischen einer niedrig egalitären Einstellung und der Belastung durch Couvade-Symptome nachvollziehbarer. Auch ist denkbar, dass die bei traditioneller eingestellten Männern präsentere Rolle des Ernährers und Beschützers der Familie während der Schwangerschaft bewirkt, dass die werdenden Väter involvierter in den Prozess sind als egalitäre, die dieses Rollenbild nicht teilen und daher eine Symptomübertragung erleichtert wird. Um diesem Verdacht weiter nachzugehen, wäre eine Exploration, wie sich solch internalisierte Rollenvorstellungen in unterschiedlichen Situationen äußern, sinnvoll.

Die erläuterten Begründungen deuten darauf hin, dass der SRQ (Baber & Tucker, 2006) nicht das optimale Instrument zur Klärung des Zusammenhangs zwischen den beiden Konstrukten war. Dafür spricht auch die sehr niedrige Reliabilität der *gender-transcendent* Skala, welche die Items zur Erfassung einer egalitären Einstellung beinhaltet. In zukünftigen Erhebungen zur Geschlechterrollenwahrnehmung wäre die Verwendung eines anderen Instruments folglich empfehlenswert. Fragebögen, welche etwa mehr auf das Verhalten im Alltag fokussieren oder Methoden der Fremdeinschätzung stellen zu explorierende Methoden dar. Mittels Fremdeinschätzung würde auch dem Effekt der sozialen Erwünschtheit entgegengewirkt werden. In Bezug auf die erlebten Symptome ist eine Bewertung durch eine andere Person allerdings nicht sehr reliabel. An dieser Stelle ist zudem erneut die Stichprobensammensetzung anzumerken. Der Unterschied zwischen den Gruppen mit hohen und niedrigen egalitären Einstellungen war relativ gering, da sich die Stichprobe allgemein durch

ihre hohe Egalität auszeichnete. Um einen klareren Vergleich zwischen egalitär und traditionell eingestellten Männer durchführen zu können, wäre eine weniger einseitige Zusammensetzung notwendig.

6.3.Hypothese 3

Dass für den Einfluss der Anzahl der Kinder, beziehungsweise ob es sich um einen erstmaligen oder mehrfachen Vater handelt, in Bezug auf die Couvade-Symptomatik kein Effekt gefunden werden konnte, spricht zwar gegen die formulierte Hypothese, steht aber nicht im kompletten Widerspruch mit der Forschung. Trethowan und Conlon (1965) etwa fanden in ihrer Erhebung ebenso keinen Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen. Somit unterstützt dieses Ergebnis die schon von Trethowan und Conlon geschlussfolgerte Behauptung, dass erstmalige Väter nicht vulnerabler für eine Betroffenheit sind. Trotzdem ist anzumerken, dass die Gruppe der erstmaligen Väter in der vorliegenden Erhebung leicht überrepräsentiert waren (65,4%). Im Falle einer weiteren Exploration der Einflussgröße wäre eine Aufteilung näher an 50:50 wünschenswert. Eine Überlegung zur Begründung könnte außerdem sein, dass Schwangerschaften oft sehr lange auseinanderliegen und Väter in dieser Zeit vielleicht wieder einen gewissen Abstand zum Erlebten gewinnen, bevor sie erneut eine Schwangerschaft begleiten. Auch die geringe Bekanntheit des Syndroms und das nicht vorhandene Wissen darüber macht es möglich, dass Erst- und mehrfache Väter sich in ihrem Erleben nicht unterscheiden. Denn selbst das Leiden am Couvade-Syndrom hat oft keine Aufklärung oder Diagnose zur Folge, was bewirken kann, dass trotz einer bereits stattgefundenen Schwangerschaft der Partnerin beide Vätergruppen dieselbe Bewusstheit für das Erleben innehaben. Mit einem gesteigerten Austausch und einer höheren Bekanntheit des Syndroms würden sich die Gruppe der Erst- und Mehrfach-Väter womöglich eher unterscheiden. Es ist anzunehmen, dass Mehrfach-Väter in solch einem Fall weniger stark betroffen wären, da das Durchlebte besprochen und aufgearbeitet werden könnte, sodass die Männer bei einer erneuten Schwangerschaft bereits darauf vorbereitet sind und entsprechende Coping Mechanismen anwenden könnten. Aktuell ist dieser Vorteil Vätern mehrerer Kinder aber noch nicht gegeben. Die Vermutung, dass eine Schwangerschaft und Geburt für erstmalige Väter allgemein belastender sind, da es sich um eine neue, noch nie dagewesene Erfahrung handelt, wird durch die Ergebnisse ebenso nicht unterstützt. Womöglich erleben mehrfache Väter aufgrund der zusätzlichen Belastung der Versorgung der bereits geborenen Kinder ein ähnliches Ausmaß an psychischem Druck, der sich in einer Vulnerabilität für das

Syndrom manifestiert. Dass kein Unterschied gefunden wurde, kann also einerseits dafür sprechen, dass eine Schwangerschaft unabhängig von den Umständen eine belastende Erfahrung ist oder dass Erst- und Mehrfach-Väter schlichtweg durch unterschiedliche Einflüsse gefordert werden, welche sie dennoch in gleichem Ausmaß vulnerabel für eine Betroffenheit machen.

6.4. Hypothese 4

Im Rahmen von Hypothese 4 wurde versucht festzustellen, ob die Geschlechterrollenwahrnehmung den Einfluss der Anzahl der Kinder auf die Couvade-Symptomatik beeinflusst. Dies war nicht der Fall. Es wurde kein signifikanter Interaktionseffekt der beiden Variablen gefunden. Daraus kann geschlossen werden, dass die Geschlechterrollenwahrnehmung keinen moderierenden Effekt auf die Anzahl der Kinder hat. Da die Variable der Anzahl der Kinder in Hypothese 3 alleinstehend keinen Einfluss auf die Symptomlast hatte und auch kein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Kinder und der Geschlechterrollenwahrnehmung im Rahmen von Hypothese 1 gefunden werden konnte, war dieses Ergebnis eine logische Schlussfolgerung.

Neben den bereits in der Theorie und Diskussion festgehaltenen Erklärungen für das Auftreten des Syndroms, stehen aber noch viele weitere psychometrische, soziodemografische und verhaltensbezogene Variablen als Einflussgrößen im Diskussionsraum. Beispielsweise der Grad der Involviertheit des Vaters in der Schwangerschaft oder bestimmte Persönlichkeitseigenschaften. Die Nicht-Signifikanz der Berechnungen sollte zur Untersuchung dieser anregen. Eventuell sind manche Einflüsse auch offensichtlicher als sie scheinen. Die Veränderungen des Schlaf- und Essverhaltens des Paares, ist womöglich einfach nur auf die durch die Schwangerschaft veränderten Lebensumstände zurückzuführen. Die schwangere Frau schont sich in den neun Monaten intensiver und wird weniger häufig außerordentlichen sportlichen Aktivitäten nachgehen. Ein Umgestalten der Freizeit im Sinne der Reduktion sozialer Kontakte und Verpflichtungen könnte in mehr Ruhezeit für beide Elternteile resultieren. Gerade seit den letzten 2 Jahren der COVID-19 Pandemie fand dies verstärkt statt, zumal schwangere Personen auch als Risikogruppe gelten. Ein unbewusstes Anpassen der Freizeitgestaltung auf Seiten des Mannes an seine schwangere Partnerin könnte eine mögliche Folge sein, die etwa in einer Gewichtszunahme resultiert. Hier eine Unterscheidung zwischen einer Übertragung der Symptome und den Resultaten der gemeinsam veränderten Lebens-

umstände und der daraus folgenden Umgestaltung des Alltags zu ziehen, ist schwierig beziehungsweise auch oft nicht so eindeutig zu ziehen. Ein weiteres Symptom, das sich auf diese Weise erklären lassen könnte, ist die Veränderung des Schlafverhaltens. Schläft die Partnerin aufgrund ihrer Schwangerschaft unruhiger oder in veränderter Länge, kann das auch die Ruhezeit des Mannes stören und beeinflussen, gerade wenn die Nacht im selben Bett verbracht wird. Beschwerden wie Gliederschmerzen oder Übelkeit sind hingegen weniger offensichtlich durch den veränderten Alltag zu begründen. Um eindeutiger Trigger zu identifizieren, welche allen Symptomen zugrunde liegen, ist eine intensivere Untersuchung des Syndroms notwendig. Eventuell haben verschiedene Symptome auch verschiedene Ursachen, sodass eine spezifische Exploration sinnhaft wäre. Allerdings ist die Realisation solch einer Untersuchung vor allem eine Frage von Ressourcen und Zeit. Zusätzliche Wechselwirkungen zwischen den bereits genannten Variablen, aber auch bisher noch nicht aufgegriffenen stellen ebenso einen noch unausgeschöpften Forschungsansatz dar.

6.5. Praktische Relevanz

Im Forschungsfeld der Schwangerschaft den Fokus auf das väterliche Erleben zu setzen, ist zu Recht ein umstrittenes Vorgehen. Gerade aus feministischer Sicht und im Hinblick auf die Mutter im Mittelpunkt des Geschehens, stellt sich die Frage des Mehrwerts. Dass und wie die Exploration der männlichen Perspektive aber auch einen Vorteil für die werdende Mutter haben kann, wird im Folgenden Teil erläutert. In der Forschung zur Schwangerschaft sind Väter oftmals eine vergessene Gruppe. Mit dieser Erhebung konnte gezeigt werden, dass eine Bereitschaft zur Teilnahme an Studien zum besseren Verständnis der männlichen Perspektive und des Erlebens einer Schwangerschaft vorhanden ist. Wenn auch keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Erst- und Mehrfach-Vätern gefunden werden konnten, konnte dennoch gezeigt werden, dass Männer typische Couvade-Symptome erleben. Was festgestellt werden konnte, ist, dass eine traditionelle, beziehungsweise weniger egalitäre Geschlechterrollenorientierung eher mit Symptomen in Verbindung steht als eine stärker egalitäre es tut, allerdings (in beiden Punkten) in relativ geringem Ausmaß. Diese Erkenntnis spricht gegen die für diese Einflussgröße formulierte Hypothese.

Der Enthusiasmus der Teilnehmer, welche vermehrt bei der Autorin nach den genaueren Forschungsinteressen fragten, bestätigt das Bedürfnis der Mitsprache und des Austausches zu der Thematik und unterstreicht damit die Notwendigkeit der Untersuchung dieser Stich-

probe. Dem väterlichen Erleben einer Schwangerschaft sollte ein Raum gegeben werden, in dem ein vorurteilsfreier Austausch möglich ist. Väter schämen sich womöglich für ihre Erfahrung oder denken, sie sind der Einzige, der sie erlebt (Murphy, 1992). In vielen Situationen rund um die Schwangerschaft geraten ihre Bedürfnisse in den Hintergrund. Die so entstehenden ungelösten Belastungen können negative Auswirkungen auf die ganze Familie haben und die väterlichen Ressourcen einschränken. Gerade in einer Zeit, in der alltägliche Aufgaben für die werdende Mutter vermehrt eine Herausforderung werden, ist ein unterstützender Partner zur gemeinsamen Bewältigung dieser wertvoll. Die Entwicklung und Schaffung von Väterberatungsstellen sowie die Optimierung von Geburtsvorbereitungskursen stellen Möglichkeiten zur Verbesserung der aktuellen Situation dar. Letztere könnten inklusiver gestaltet werden, sodass die Schwangerschaft für die ganze Familie eine angenehmere Erfahrung wird. Der Zeitpunkt der Kurse sollte zudem nicht ausschließlich in den Wochen vor der Geburt sein, da erste Couvade-Symptome bereits viel früher auftreten können. Die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Väter und die Aufklärung über das Couvade-Symptom stellen eine wichtige Basis für die Entwicklung von Strategien zur Reduktion der Belastung dar. Neben dem reduzierten Leidensdruck der Väter könnte damit auch ein besseres Ausleben ihrer unterstützenden Rolle bewirkt werden, sodass die Männer statt einer zusätzlichen Belastung im Rahmen der Schwangerschaft eine Hilfe für die Familie sind. So profitiert auch die schwangere Partnerin von der Thematisierung der väterlichen Perspektive. Dennoch handelt es sich dabei um eine Gratwanderung, denn die Bedürfnisse der schwangeren Frau haben zum Wohle des Kindes Priorität. Die Behandlung der väterlichen Anliegen sollte eher als eine Ergänzung verstanden werden und nicht in einer Benachteiligung der Frau resultieren.

Nicht nur im pränatalen und familiären Kontext können Erkenntnisse über das Couvade-Syndrom Mehrwert haben, auch in klinischen Settings verspricht das Aufgreifen der Thematik positive Folgen und eine Reduktion des Leidensdrucks Betroffener. Im Fall des Auftretens unerklärlicher Schmerzen oder Symptomen bei Männern mit schwangerer Partnerin stellt das Couvade-Syndrom einen möglichen Erklärungsansatz, dem bislang nur wenig Relevanz zugesprochen wurde, dar. Mit einer größeren Bekanntheit des Syndroms und damit einhergehender größerer Vertrautheit von medizinischen Fachkräften damit, wächst die Chance risikobehaftete Väter zu identifizieren und ihnen abgestimmte Hilfe und Interventionen anzubieten. Mit aufgeklärtem medizinischen Personal könnte auch verhindert werden, dass unnötigerweise Medikamente verschrieben werden oder langwierige Diagnoseprozesse

eingeleitet werden (Brähler, 2001). Auf diesem Weg würden medizinische Ressourcen ziel-führender eingesetzt werden können. Die Dunkelziffer betroffener Männer würde als Folge davon ebenfalls kleiner werden und eine Entstigmatisierung bewirken. Ergebnisse der Erforschung der Prävalenz können als wichtiges Argument zur Einführung solcher Praktiken dienen und stellen somit einen ersten Schritt zur weiteren Öffnung des Forschungsfeldes dar, wozu die gesammelten Daten der vorliegenden Arbeit beitragen.

Die Teilnahme des Vaters im Rahmen der Geburt und Zeit der Schwangerschaft so angenehm wie möglich zu gestalten, ist vor allem auch vor dem Wissen über die Wichtigkeit seiner Präsenz für die Entwicklung des Kindes relevant. Sowohl in den ersten Lebensmonaten wie auch Jahre später beeinflusst eine väterliche Beteiligung die soziale und gesundheitliche Entwicklung des Kindes positiv (Plantin et al., 2011). Eine Anteilnahme während der Schwangerschaft ist außerdem ein guter Prädiktor für das Verhalten von Vätern nach der Geburt und daher umso mehr zu fördern (Bartozzyk & Nickel, 1986). Ein größeres Bewusstsein für das Syndrom sowie mögliche Hilfestellungen zu schaffen, ist somit auch vor dem Hintergrund zu argumentieren, den Beziehungsaufbau von Vater und Kind nicht zu gefährden.

6.6. Limitationen

Eine Reihe von Limitationen betreffend die verwendeten Instrumente, der Untersuchungsdurchführung und der Stichprobenszusammensetzung und -rekrutierung sind zu diskutieren. Im Rahmen der Diskussion der Hypothesen wurde bereits festgehalten, warum der SRQ (Baber & Tucker, 2006) nicht das optimale Instrument zur Erfassung der Geschlechterrollen war, aber auch der *Men's Health During Partners' Pregnancy Questionnaire* (Brennan, 2004) hat seine Nachteile. Der *MHDPPQ* (Brennan, 2004) sowie existierende Literatur über das Couvade-Syndrom geht bei der Zusammensetzung der Elternpaare von heterosexuellen „Cis“-Personen aus. Diese Konstellation bildet die vielfältig mögliche Zusammensetzung von Elternpaaren nicht akkurat ab. Dieser Kritikpunkt wurde der Autorin auch bei der Rekrutierung rückgemeldet, da queere Paare Interesse an der Teilnahme zeigten, aber nicht in die angestrebte Stichprobe passten. In zukünftiger Forschung sollte die Möglichkeit exploriert werden, nicht „traditionelle“ Elternkonstellationen im Hinblick auf das Couvade-Syndrom zu untersuchen. Gerade gleichgeschlechtliche weibliche Paare könnten eine wertvolle Informationsquelle darstellen. Womöglich erleben nicht schwangere Partnerinnen das Couvade-

Syndrom intensiver als männliche aufgrund der gemeinsamen biologischen Komponente. In der konkret vorliegenden Forschungsfrage war die rein männliche Stichprobe allerdings von größerem Informationsgewinn, da zu vermuten ist, dass in queeren Paaren traditionelle Werte noch weniger vertreten sind, als sie ohnehin in der verwendeten Stichprobe waren. Die rein männliche Stichprobe hat womöglich diversere Sichtweisen im Hinblick auf die Geschlechterrollen geliefert. Der Fokus auf Väter in der vorliegenden Arbeit ging außerdem auf die Definition des Couvade-Syndroms zurück, welches sich explizit durch das Auftreten bei Männern definiert. Der in der Theorie beinhaltete Gebärneid im Rahmen der Couvade-Symptomatik lässt sich ebenso nicht in gleicher Form auf Partnerinnen übertragen, da in lesbischen Partnerschaften theoretisch beiden Elternteilen das Tragen des Kindes möglich ist. Konträr zu diesem Argument konnte in Studien allerdings auch bei lesbischen Paaren Eifersucht auf die schwangere Partnerin nachgewiesen werden. Vor allem in Bezug auf die Mutter-Kind-Bindung und im Falle von Unfruchtbarkeit (Pelka, 2009). In Berichten von Trethowan und Conlon (1956) wird außerdem über das Vorkommen von Couvade-Symptomen bei Kindern, anderen männlichen Verwandten neben dem Partner sowie einer Hebamme erzählt (Trethowan & Conlon, 1965). Und Budur et al. (2005) halten das Auftreten von vergleichbaren Symptomen bei der Zwillingschwester einer schwangeren Frau fest (Budur et al., 2005). Erkenntnisse dieser Art sprechen für die Untersuchung von queeren Paaren sowie weiteren Familienmitgliedern im Zusammenhang mit dem Couvade-Syndrom sowie der Berechtigung der rückgemeldeten Kritik. Aktuell stellen Studien, welche sich diesen Aspekten widmen, noch eine Forschungslücke dar, könnten aber einen wichtigen Beitrag zur Ausweitung der Definition der betroffenen Personengruppe beitragen. Dass sich trotzdem für die explizite Untersuchung von Vätern entschieden wurde, hatte einerseits den Hintergrund der leichteren Vergleichbarkeit mit existierender Literatur, andererseits kann es mit der Validierung des *MHDPPQ* (Brennan, 2004) in ebendieser Gesellschaftsgruppe begründet werden.

Ein zusätzlicher Kritikpunkt betreffend die Stichprobe, welcher der Autorin im Rahmen der Erhebung rückgemeldet wurde, war die Eingrenzung dieser auf Männer mit aktuell schwangerer Partnerin. Geleitet von der Definition des Couvade-Syndroms, welche sich auf Symptome, welche während der Schwangerschaft auftreten, bezieht, wurden Männer gesucht, die dieser Gruppe zugehörig sind. Väter, deren Kind bereits geboren wurde, zeigten Interesse und Bereitschaft an der Teilnahme, konnten aber folglich nicht in der Erhebung

berücksichtigt werden. Dies ist auch sichtbar in der großen Datenreduktion durch die Entfernung nicht geeigneter Teilnehmer. Aufgrund der größtenteils nicht signifikanten Ergebnisse dieser Erhebung sowie der Schwierigkeit der ausreichenden Teilnehmerrekrutierung sollte allerdings die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, auch retrospektive Daten in zukünftiger Forschung miteinzubeziehen. Die dadurch mögliche vergrößerte Stichprobe könnte trotz der Gefahr des Auftretens retrospektiver Verzerrungen einen relevanten Informationsgewinn erbringen.

Eine weitere Limitation der Studie betrifft die Zusammensetzung der Stichprobe. Diese ist nicht repräsentativ für werdende Väter. Es wurde eine Überrepräsentation von erstmaligen Vätern, sowie jenen mit egalitären Einstellungen und einem hohen Bildungsniveau (76,2% Akademiker) festgestellt. Letzteres Stichprobenmerkmal ist vor allem vor dem Wissen, dass in Studien Personen mit einem niedrigen Einkommen und sozialen Status in Studien häufiger von Couvade-Symptomen berichten, relevant (Brown, 1988). Die Bevölkerungsschicht, in der sich die Stichprobe einordnen lässt, ermöglicht für die Beantwortung der Fragestellungen folglich eine geringe Aussagekraft. Diese Tatsache spiegelt sich auch in der berichteten Belastung durch die Symptome wider, welche durchwegs niedrig ist. Der Effekt der Selektion ist allgemein nicht zu vernachlässigen. Väter, welche sich von dem Aufruf zur Teilnahme angesprochen fühlten, stellen bereits eine eingegrenzte Personengruppe dar. Der Fragebogen wurde auf Twitter von verschiedenen Familien- und Vaterbloggern geteilt und auf Reddit in entsprechende Foren gepostet. Es ist anzunehmen, dass Väter, welche solchen Kanälen folgen und sich auf ihnen austauschen, allgemein ein größeres Interesse für das Forschungsfeld mitbringen und eher der Gruppe der engagierten Väter angehören. Die Ergebnisse werden in Folge davon entsprechend verzerrt, da die Einstellungen von Personen, welche nicht auf diesen Plattformen aktiv sind, ungehört bleiben. Auch die Rekrutierung über Hebammenorganisation erreichte nur Paare, welche genügend finanzielle Mittel haben, um sich solch eine private Gesundheitsversorgung zu leisten. Um diesen Selektionseffekten entgegenzuwirken, sollten in weiterführender Forschung vielfältigere Rekrutierungsmethoden angedacht werden, beispielsweise in Form von Flyern, Kontaktaufnahme über Geburtsvorbereitungskurse, Kinderärzt*innen oder postalisch. Die untersuchten Männer waren außerdem zum Großteil in einer intakten Beziehung. Nur 16,6% der Teilnehmer gaben an geschieden oder alleinstehend zu sein. Zur Untersuchung der Relevanz von emotionaler und geografischer Distanz von Paaren in Zusammenhang mit dem Couvade-Syndrom wäre eine Unter-

suchung von einer größeren Anzahl an getrennten Männern sinnvoll. So könnten die Gruppen der alleinstehenden Väter und jener in einer Beziehung verglichen werden. Dies wäre vor allem vor der Erkenntnis, dass verheiratete Paare teils weniger egalitäre Ansichten halten als geschiedene es tun, interessant (Moore & Vanneman, 2003). In der vorliegenden Erhebung war die Gruppe der alleinstehenden Väter dafür allerdings zu klein. Eine diverse Stichprobe im Hinblick auf die Geschlechterrollenwahrnehmung, die Anzahl der Kinder, den Beziehungsstatus und soziodemografische Variablen, insbesondere das Bildungsniveau wäre in zukünftiger Forschung zu der Thematik wünschenswert, sodass auch Aussagen für eine weniger eingegrenzte Population getroffen werden können.

Eine Adaption des Forschungsdesigns bietet sich neben der Optimierung der Stichprobenrekrutierung und -zusammensetzung ebenfalls an. Die Studie arbeitete mit einem querschnittlichen Design und konnte somit nur eine Momentaufnahme der Situation festhalten. In weiterführender Forschung würde eine längsschnittliche Erhebung über die gesamte Schwangerschaft eine gute Möglichkeit zur Erfassung von Einflüssen des zeitlichen Fortschritts darstellen. Dies ist vor allem relevant, da im Rahmen der Forschung abhängig von der Schwangerschaftswoche unterschiedliche Ausmaße an Symptomen festgestellt wurden (Brennan, Ayers et al., 2007). Auf diese Weise könnte auch die Dauer des Auftretens einzelner Symptome erfasst werden und exploriert, ob bestimmte Beschwerden gehäuft zu bestimmten Zeitpunkten auftreten. Die Beobachtung auch im postnatalen Zeitraum weiter fortzusetzen, sollte bei der Umsetzung einer längsschnittlichen Untersuchung ebenso nicht versäumt werden. So könnte festgestellt werden, wie bald die Symptome verschwinden oder unter welchen Umständen sie womöglich auch nach der Geburt noch zeitweise anhalten.

An dieser Stelle ist auch der Mehrwert, den eine qualitative Erhebung hätte, anzuführen. Mit einem qualitativen Ansatz könnte der Fokus unvoreingenommen auf die Sicht der Väter gelenkt werden, ohne sie in ihrer Informationspreisgabe einzuschränken. Es eröffnet die Möglichkeit erlebte Gefühle und psychologische Vorgänge, die nicht mit Fragebögen erfasst werden können, zu dokumentieren. Außerdem könnte die Erfahrung in Kontexte eingebettet und somit entsprechend interpretiert und verglichen werden. Daraus resultierenden Übereinstimmungen oder Differenzen mit bisherigen Befunden und existierender Literatur würde das Forschungsfeld bereichern. Vor dem Hintergrund der aufgetretenen Schwierigkeit der Rekrutierung passender Teilnehmer wäre eine qualitative Exploration ebenfalls

von Vorteil, da in jenem Fall nur ein Bruchteil an Probanden gebraucht wird. Individuelle Erfahrungsräume zu erfassen, war mit der verwendeten Erhebungsmethode nicht möglich und lässt somit Potential unausgeschöpft. Allerdings war der Vorteil der quantitativen Erhebung ein höheres Gefühl an Anonymität. Das Angeben bestimmter Symptome kann für Probanden unangenehm sein. Das simple Ankreuzen, statt darüber berichten zu müssen, erbringt dem Erheben mittels Fragebogen somit einen Vorteil ein.

Eine weitere Verbesserungsmöglichkeit betreffend das Studiendesign wäre neben den Symptomen des Mannes auch jene der Frau zu erheben. So wäre ein Symptomabgleich möglich und feststellbar, welche konkret von der werdenden Mutter übernommen wurden und welche spontan oder aus anderen Gründen auftraten. Diese Abgrenzung war aufgrund der einseitigen Erhebung der väterlichen Perspektive in dieser Arbeit nicht möglich. Trotz eines Hinweises im Rahmen des Fragebogens, dass keine Symptome angegeben werden sollen, welche auf eine Erkrankung (beispielsweise COVID-19) oder Stress zurückzuführen sind, ist es doch nicht auszuschließen, dass die angegebenen Symptomatiken einen anderen Ursprung als die Schwangerschaft der Partnerin hatten. Oftmals ist die Quelle von Unwohlsein nicht eindeutig zuordenbar oder geht auf mehrere Ursachen zurück. Auch diese Differenzierung konnte in dieser Erhebung nur bedingt gemacht werden, da nicht explizit nach den Umständen des Auftretens der Symptome gefragt wurde. Zusätzlich ist seit Beginn der COVID-19 Pandemie auch ein gesteigertes Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung zu beobachten, welches eine höhere Sensibilität gegenüber erlebten Symptomen bewirken kann. Entsprechende Befragungen über das Gesundheitsbewusstsein, die diese Annahme unterstützen, führten die Allianz in Österreich und die GSK in Europa durch (Allianz, 2020; GSK Consumer Healthcare, 2020). Obwohl die angeführten Symptome auch eine große Bandbreite an Beschwerden abdecken, ist trotzdem davon auszugehen, dass nicht alle möglichen Symptome in der Auflistung des Fragebogens vertreten waren. Vereinzelt Rückmeldungen von Teilnehmern merkten etwa an, dass ihnen „Schnarchen“ und „Blähungen“ fehlten. Neben der Erhebung der weiblichen Perspektive stellt das Hinzufügen einer Kontrollgruppe von Männern ohne schwangere Partnerin ebenfalls eine Chance zur Präzision des Untersuchungsdesigns dar. Auf die Weise könnte die Unterscheidung gemacht werden, welche Symptome tatsächlich in Verbindung mit der Schwangerschaft aufgetreten sind und welche ohnehin in der Population von Männern dieses Alters zu beobachten sind. In Erhebung mit einem solchen Design konnten bereits Unterschiede zwischen werdenden Vätern und

einer Kontrollgruppe, welche aus Männern mit Partnerinnen im gebärfähigen Alter, bei denen aber keine Schwangerschaft vorlag, festgestellt werden (Trethowan & Conlon, 1965). Ein weiterer suboptimaler Aspekt der Erhebung war, dass nicht spezifiziert wurde, wie sich die erlebte Belastung äußert. Die Teilnehmer konnten angeben, wie sehr sie sich durch das jeweilige Symptom belastend fühlen aber nicht, inwiefern sie dadurch in ihrem täglichen Leben eingeschränkt sind. Zwei Männer können ein Symptom zwar als gleich belastend erleben, dies muss aber nicht heißen, dass sie auch gleich gut damit umgehen können oder es sich zu ähnlichem Maß anmerken lassen. Um die spezifischen Folgen der Belastung erheben zu können, wäre etwa ein offenes Antwortfeld eine Möglichkeit, die bei der Verwendung der *Men's Health During Partners' Pregnancy Scale* (Brennan, 2004) als Ergänzung anzudenken ist.

In Bezug auf die verwendete Literatur ist auffällig, dass viele Studien Jahre beziehungsweise teilweise sogar Jahrzehnte zurück liegen und demnach Kohorten vergangener Zeiten untersuchen. Im Rahmen der Theorie und in Zusammenhang mit der Diskussion und Einbettung der Forschungsergebnisse ist diese Tatsache zu bedenken. Vergleiche mit solch weit zurückliegenden Ergebnissen sind mit Vorsicht zu interpretieren und bei daraus gezogenen Schlüssen zu berücksichtigen. Der Mangel an zeitlich aktuellen Untersuchungen spricht für das weitere Aufgreifen des Phänomens der Couvade und unterstreicht seine geringe Bekanntheit auch im akademischen Feld. Ebenso verdeutlicht es die Realität des Feldes der Väterforschung, welches trotz des Anstiegs an Literatur in jüngerer Zeit an vielen Punkten noch unerforscht ist.

7. Conclusio

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es noch viel Potential zur Erforschung des Couvade-Syndroms und seiner Zusammenhänge mit unterschiedlichen soziodemografischen, aber auch psychometrischen Variablen gibt. Vermutungen, dass das Erscheinungsbild nicht ausschließlich bei Männern zu finden ist, stellt eine spannende These dar, deren Exploration einen Informationsgewinn verspricht. Die Forschungsfragen betreffend konnten die durchgeführten Analysen die Hypothesen zum Großteil nicht unterstützen. Es wurde angenommen, dass Mehrfach-Väter eine traditionellere Geschlechterrollenwahrnehmung als erstmalige Väter zeigen, sowie, dass erstmalige Väter stärkere Couvade-Symptomatik als mehrfache Väter zeigen. Die Anzahl der Kinder stellt aber sowohl in Bezug

auf das Couvade-Syndrom wie auch auf die Geschlechterrollenwahrnehmung keine signifikante Einflussgröße dar. Die Hypothese, dass Männer mit einer traditionellen Geschlechterrollenwahrnehmung schwächere Couvade-Symptomatik als Männer mit einer egalitären Geschlechterrollenwahrnehmung zeigen, konnte im direkten Vergleich der Gruppen mit starker und schwacher egalitärer Einstellung nicht nachgewiesen werden. Im Rahmen einer Regressionsanalyse konnte eine weniger egalitäre (traditionelle) Geschlechterrollenwahrnehmung aber als Prädiktor für die Symptombelastung identifiziert werden, nicht jedoch für die Symptomanzahl. Die beiden Konstrukte Symptombelastung und weniger egalitäre (traditionelle) Einstellung korrelieren außerdem schwach positiv miteinander. Für die Hypothese, dass die Geschlechterrollenwahrnehmung den Einfluss der Anzahl der Kinder auf die Couvade-Symptomatik moderiert, konnten keine unterstützenden Ergebnisse gefunden werden. Die festgehaltenen Nachteile der für die Exploration der Hypothesen verwendeten Instrumente sind bei der Auswahl von Fragebögen zukünftiger Erhebung zu berücksichtigen.

Es kann festgehalten werden, dass das Syndrom bei werdenden Vätern im deutschsprachigen Raum zu finden ist und folglich im medizinischen Bereich, insbesondere in der pränatalen Zeit berücksichtigt werden sollte, mit dem Ziel, betroffene Väter rechtzeitig zu identifizieren sowie das Auftreten des Syndroms an sich zu verhindern, aber auch, um über seine Existenz aufzuklären und damit Bewusstheit zu schaffen, sowohl in der Gesellschaft wie auch in der Wissenschaft und dem medizinischen Bereich, um der Phrase „Wir sind schwanger.“ eine neue Bedeutung zu geben. Bislang ist das Aufgreifen der väterlichen Perspektive in der Schwangerschaft nach wie vor nicht ausreichend. Mit dem Wissen über den Mehrwert für Kind, Frau und Mann ist das Weiterverfolgen der Forschung rund um das Syndrom leicht zu rechtfertigen. Denn jeder Stressor weniger während einer Schwangerschaft bedeutet einen Gewinn an Ressourcen für die ganze Familie. Weiterführende Forschung sollte sich der Identifizierung und Reduzierung dieser Stressoren widmen und den Vätern jene Rolle in der Familie zusprechen, die ihnen zusteht.

8. Literaturverzeichnis

- Allianz. (Hrsg.). (2022). *Österreichs Lebensstil in der Corona-Krise: Jede/r Zweite lebt zurzeit bewusst gesund*.
https://www.allianz.at/de_AT/presse/presseaussendungen/jahr_2020/oesterreichs-lebensstil-in-der-krise.html
- Baber, K. M. & Tucker, C. J. (2006). The social roles questionnaire: a new approach to measuring attitudes toward gender. *Sex Roles*, 54(7-8), 459–467.
<https://doi.org/10.1007/s11199-006-9018-y>
- Bartozyk, J. & Nickel, H. (1986). Teilnahme von Vätern an Säuglingspflegekursen und ihr Betreuungsverhalten in den ersten Lebenswochen des Kindes. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* (35), Artikel 7, 254–260.
- Bear, M. F., Connors, B. W. & Paradiso, M. A. (2016). *Neuroscience: Exploring the brain* (4. ed.). Wolters Kluwer.
- Brähler, E. (Hrsg.). (2001). *Reihe "Forschung psychosozial". Schwangerschaft, Geburt und Übergang zur Elternschaft: Empirische Studien* (1996. Aufl.). Psychosozial-Verl.
- Brennan, A. (2004). *Men's health during partners' pregnancy questionnaire*.
- Brennan, A. (o. J.) *Reliability & validity of study instrument*.
- Brennan, A., Ayers, S., Ahmed, H. & Marshall-Lucette, S. (2007). A critical review of the Couvade syndrome: the pregnant male. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25(3), 173–189. <https://doi.org/10.1080/02646830701467207>
- Brennan, A., Marshall-Lucette, S., Ayers, S. & Ahmed, H. (2007). A qualitative exploration of the Couvade syndrome in expectant fathers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25(1), 18–39. <https://doi.org/10.1080/02646830601117142>
- Brown, M. A. (1988). A comparison of health responses in expectant mothers and fathers. *Western journal of nursing research*, 10(5), 527–549.
<https://doi.org/10.1177/019394598801000502>
- Budur, K., Mathews, M [Maju] & Mathews, M [Manu] (2005). Couvade syndrome equivalent? *Psychosomatics*, 46(1), 71–72. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.46.1.71>
- Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft. (2022, 6. April). *Papamonat – Freistellung für Väter aus Anlass der Geburt des Kindes*.
https://www.oesterreich.gv.at/themen/arbeit_und_pension/elternkarenz_und_elternteil-

zeit/papamonat_%E2%80%93freistellung_f%C3%BCr_vaeter_aus_anlass_der_gebur
t_ihres_kind.html

- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Devi, A. M. & Chanu, M. P. (2015). Couvade syndrome. *International Journal of Nursing Education and Research*, 3(3), 330. <https://doi.org/10.5958/2454-2660.2015.00017.4>
- Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., Saß, H. & Zaudig, M. (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®*. Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02803-000>
- Fenwick, J., Bayes, S. & Johansson, M. (2012). A qualitative investigation into the pregnancy experiences and childbirth expectations of Australian fathers-to-be. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 3(1), 3–9. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2011.11.001>
- Ganapathy, T. (2014). Couvade syndrome among 1 st time expectant fathers. *Muller Journal of Medical Sciences and Research*, 5(1), 43. <https://doi.org/10.4103/0975-9727.128944>
- Genesoni, L. & Tallandini, M. A. (2009). Men's psychological transition to fatherhood: an analysis of the literature, 1989-2008. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 36(4), 305–318. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.2009.00358.x>
- Gephart, H. (2011). Familiengründung: die entscheidende Nahtstelle für Geschlechtergerechtigkeit bei Paaren. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 42(2), 163–172. <https://doi.org/10.1007/s11612-011-0146-7>
- Grunow, D. (2007). Wandel der Geschlechterrollen und Väterhandeln im Alltag. In T. Mühling (Hrsg.), *Väter im Blickpunkt: Perspektiven der Familienforschung (S. 49-76)*. Budrich.
- GSK Consumer Healthcare. (2020, 21. Juni). *Umfrage: So fördert die Corona-Pandemie das Gesundheitsbewusstsein der Deutschen*. <https://de.gsk.com/de-de/presse/pressemitteilungen/umfrage-so-foerdert-die-corona-pandemie-das-gesundheitsbewusstsein-der-deutschen/>
- Hoffman, L. W. & Kloska, D. D. (1995). Parents' gender-based attitudes toward marital roles and child rearing: development and validation of new measures. *Sex Roles*, 32(5-6), 273–295. <https://doi.org/10.1007/bf01544598>

- Hollywood, M. & Hollywood, E. (2011). The lived experiences of fathers of a premature baby on a neonatal intensive care unit. *Journal of Neonatal Nursing*, 17(1), 32–40. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2010.07.015>
- IBM Corp. (2021). *IBM SPSS Statistics for Windows* (Version 28.0.) [Computer software]. IBM Corp. Armonk, NY.
- Katz-Wise, S. L., Priess, H. A. & Hyde, J. S. (2010). Gender-role attitudes and behavior across the transition to parenthood. *Developmental psychology*, 46(1), 18–28. <https://doi.org/10.1037/a0017820>
- Kiselica, M. S., & Scheckel, S. (1995). The couvade syndrome (sympathetic pregnancy) and teenage fathers: a brief primer for school counselors. *The School Counselor*, 43(1), 42–51. <http://www.jstor.org/stable/23901427>
- Koppetsch, C., & Burkart, G. (1997). Die Illusion der Emanzipation: zur häuslichen Arbeitsteilung in Partnerschaften. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Differenz und Integration: die Zukunft moderner Gesellschaften; Verhandlungen des 28. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie im Oktober 1996 in Dresden; Band 2: Sektionen, Arbeitsgruppen, Foren, Fedor-Stepun-Tagung* (S. 415-418). Opladen: Westdt. Verl.
- Kowlessar, O., Fox, J. R. & Wittkowski, A. (2015). The pregnant male: a metasynthesis of first-time fathers' experiences of pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(2), 106–127. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.970153>
- Kratschmar, A. (Hrsg.). (2021). *6. Österreichischer Familienbericht 2009-2019 - auf einen Blick*. Bundeskanzleramt/Frauen, Familie, Jugend und Integration (BKA/FFJI).
- Leiner, D. J. (2019). *SoSci Survey* (Version (Version 3.1.06) [Computer software]. <https://www.soscisurvey.de>
- Mason, C. & Elwood, R. (1995). Is there a physiological basis for the couvade and onset of paternal care? *International Journal of Nursing Studies*, 32(2), 137–148. [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(94\)00038-L](https://doi.org/10.1016/0020-7489(94)00038-L)
- Meuser, M. (2009). Keine Zeit für die Familie? Ambivalenzen involvierter Vaterschaft. In M. Heitkötter (Hrsg.), *Zeit für Beziehungen? Zeit und Zeitpolitik für Familien*. Verlag Barbara Budrich.
- Mohr, M. (2022, 15. Juni). *Fertilitätsrate in Österreich von 2011 bis 2021: (Geborene Kinder je Frau)*. Statista GmbH.

- <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/217432/umfrage/fertilitaetsrate-in-oesterreich/>
- Moore, L. M. & Vanneman, R. (2003). Context matters: effects of the proportion of fundamentalists on gender attitudes. *Social Forces*, 82(1), 115–139. <https://doi.org/10.1353/sof.2003.0099>
- Mrayan, L., Abujilban, S., Abuidhail, J., Bani Yassein, M. & Al-Modallal, H. (2019). Couvade syndrome among Jordanian expectant fathers. *American journal of men's health*, 13(1), 1557988318810243. <https://doi.org/10.1177/1557988318810243>
- Munroe, R. L. (2010). Following the whittings: the study of male pregnancy symptoms. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 41(4), 592–604. <https://doi.org/10.1177/0022022110362722>
- Munroe, R. L. & Munroe R. H. (1971). Male pregnancy symptoms and cross-sex identity in three societies. *The Journal of Social Psychology*, 84(1), Artikel 11, 11–25. <https://doi.org/10.1080/00224545.1973.9922579>
- Murphy, R. L. (1992). Couvade: the pregnant male. *The Journal of Perinatal Education* (1), Artikel 2, 13–18. <https://doi.org/10.1080/00224545.1973.9922579>
- Murray, M. A. (1921). *The god of the witches*. Oxford University Press.
- Pelka, S. (2009). Sharing motherhood: maternal jealousy among lesbian co-mothers. *Journal of homosexuality*, 56(2), 195–217. <https://doi.org/10.1080/00918360802623164>
- Plantin, L., Olukoya, A. A. & Ny, P. (2011). Positive health outcomes of fathers' involvement in pregnancy and childbirth paternal support: a scope study literature review. *Fathering: A Journal of Theory, Research, and Practice about Men as Fathers*, 9(1), 87–102. <https://doi.org/10.3149/fth.0901.87>
- Pohlman, S. (2005). The primacy of work and fathering preterm infants: findings from an interpretive phenomenological study. *Advances in neonatal care: official journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 5(4), 204–216. <https://doi.org/10.1016/j.adnc.2005.03.002>
- Presse- und Informationsamt der Bundesregierung. (2020, 31. August). *Alles Wichtige zu Mutterschutz, Elterngeld und Elternzeit*. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/faq-arbeit-und-familie-1779598>
- Redaktion Gesundheitsportal. (2022, 27. August). *Väterkarenz & Papamonat*. <https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/nach-der-geburt/vaeter-karenz.html>

- Rille-Pfeiffer, C. & Kapella, O. (2022). *Evaluierung des neuen Kinderbetreuungsgeldkontos und der Familienzeit. Meta-Analyse*. <https://doi.org/10.25365/phaidra.329>
- Rogers, S. J. & Amato, P. R. (2000). Have changes in gender relations affected marital quality? *Social Forces*, 79(2), 731–753. <https://doi.org/10.1093/sf/79.2.731>
- Shu, X. & Meagher, K. D. (2018). Beyond the stalled gender revolution: historical and cohort dynamics in gender attitudes from 1977 to 2016. *Social Forces*, 96(3), 1243–1274. <https://doi.org/10.1093/sf/sox090>
- Singh, A. & Ram, F. (2009). Men's Involvement during pregnancy and childbirth: Evidence from Rural Ahmadnagar, India. *Population Review*, 48(1). <https://doi.org/10.1353/prv.0.0016>
- Spence, J. T., Helmreich, R. & Stapp, J. (1973). A short version of the attitudes toward women scale (AWS). *Bulletin of the Psychonomic Society*, 2(4), 219–220. <https://doi.org/10.3758/BF03329252>
- Storey, A. E., Walsh, C. J., Quinton, R. L., Wynne-Edwards, K. E. (2000). Hormonal correlates of paternal responsiveness in new and expectant fathers. *Evolution and Human Behavior*, 21(2), 79–95. [https://doi.org/10.1016/S1090-5138\(99\)00042-2](https://doi.org/10.1016/S1090-5138(99)00042-2)
- SurveyCircle. (2022). *SurveyCircle [Computer software]*. Mannheim. <https://www.surveycircle.com>
- Swim, J. K., & Cohen, L. L. (1997). Overt, covert, and subtle sexism: a comparison between the attitudes toward women and modern sexism scales. *Psychology of Women Quarterly* (21), 103–118. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00103.x>
- Trethowan, W. H. & Conlon, M. F. (1965). The Couvade syndrome. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 111, 57–66. <https://doi.org/10.1192/bjp.111.470.57>
- Tylor, E. B. (1865). *Researches into the early history of mankind and the development of civilization*. Beltz.
- Werneck, H. (1998). *Übergang zur Vaterschaft: Auf der Suche nach den "Neuen Vätern"*. Springer Psychologie. Springer.
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision: ICD-10 version:2019*. <https://icd.who.int/browse10/2019/en>

9. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Konzentration der Hormone Prolaktin, Cortisol und Östrogen (Estradiol) bei Frauen und Konzentration von Prolaktin, Cortisol und Testosteron bei Männern während des frühen prä- und postnatalen Zeitraums, sowie des späten prä- und postnatalen Zeitraums.....	13
Abbildung 2: Verteilung des Bildungsgrads der am Fragebogen teilgenommenen Väter.....	29
Abbildung 3: Durchschnittliche Belastung der erlebten Symptome (Skala 0-9)	33

10. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Klassifikation der Effektgrößen.....	30
Tabelle 2: Deskriptive Statistiken.....	32
Tabelle 3: Korrelationen.....	35

11. Anhang

11.1. Anhang A: Zusammenfassung und Abstract

11.1.1. Zusammenfassung

Das Couvade-Syndrom beschreibt das Auftreten von psychosomatischen Symptomen bei werdenden Vätern, die nicht auf Verletzungen oder Erkrankungen zurückzuführen sind. Die Symptome umfassen typische Schwangerschaftsbeschwerden wie Übelkeit, Rücken- oder Zahnschmerzen, Gewichtsveränderung oder Schlafprobleme. Verschiedene Verhaltensweisen, Persönlichkeitseigenschaften und familiäre Umstände wurden mit dem Auftreten in Verbindung gebracht, etwa feminine Verhaltenszüge und ob es sich um die Geburt des ersten Kindes handelt oder nicht. Da in der Forschung ein Trend zu Re-Traditionalisierung von Werten und Geschlechterrollen nach der Geburt eines Kindes auffällt, liegt ein Zusammenhang der drei Konstrukte Geschlechterrollenwahrnehmung, Anzahl der Kinder und dem Couvade Syndrom nahe. Aufbauend darauf wurden die Hypothesen aufgestellt, dass erstmalige Väter sowie jene mit einer egalitäreren Geschlechterrollenwahrnehmung eher Couvade-Symptome erleben als Mehrfach-Väter und jene mit einer traditionellen Geschlechterrollenwahrnehmung. Außerdem wurde die Hypothese, dass die Anzahl der Kinder prinzipiell einen Einfluss auf die Geschlechterrollenwahrnehmung hat, überprüft, sowie, ob der Geschlechterrollenwahrnehmung in Bezug auf den Einfluss der Anzahl der Kinder auf das Couvade Syndrom ein moderierender Effekt zuzuschreiben ist. Zur Untersuchung der Hypothesen wurde ein Onlinefragebogen mit Items des *Men's Health During Partners' Pregnancy Questionnaire* und des *Social Roles Questionnaire* herangezogen. Die Stichprobe zeichnete sich durch ihren hohen Akademikeranteil mit größtenteils egalitären Einstellungen aus. Entgegen der Erwartung konnte eine positive Korrelation zwischen niedrig ausgeprägten egalitären Einstellungen und dem Couvade Syndrom festgestellt werden. Die weiteren Analysen resultierten in keinen signifikanten Ergebnissen.

Schlüsselbegriffe: Couvade-Syndrom, werdende Väter, erstmalige Väter, Geschlechterrollenwahrnehmung, Schwangerschaftserleben

11.1.2. Abstract

The Couvade syndrome describes the occurrence of psychosomatic symptoms in fathers-to-be, which are not a result of injury or sickness. The symptoms include typical pregnancy symptoms like nausea, backpain, toothache, changes in weight or problems sleeping. Various behaviors, personality traits and family circumstances have been found to be associated with the occurrence, such as feminine behavioral traits and whether the couple is expecting their first child or not. Since research shows a trend towards re-traditionalization of values and gender roles after the birth of a child, a connection of the three constructs gender role perception, number of children in the family and the couvade syndrome is supposed. Building on this it was hypothesized that first-time fathers, as well as those with more egalitarian gender role perceptions, would be more likely to experience couvade symptoms than multiple-time fathers and those with traditional gender role perceptions. In addition, the hypothesis that the number of children in principle has an influence on gender role perception was tested, as well as whether gender role perception can be attributed a moderating effect regarding the influence the number of children has on the occurrence of couvade symptoms. An online questionnaire with items from the *Men's Health During Partners' Pregnancy Questionnaire* and the *Social Roles Questionnaire* was used to examine the hypotheses. The sample was characterized by its high proportion of men with an academic education and mostly egalitarian attitudes. Contrary to expectations, a positive correlation between low egalitarian attitudes and couvade symptoms was found. The further analyses did not produce any significant results.

Keywords: Couvade Syndrome, first time fathers, fathers to-be, gender role perception, pregnancy experience

11.2. Anhang B: Anfrage zur Verbreitung des Fragebogens

Hallo!

Ich bin eine Psychologiestudentin aus Wien und schreibe gerade meine Masterarbeit über das Schwangerschaftserleben von Vätern. Für meine Studie suche ich also Männer, deren Partnerin aktuell schwanger ist. Da sich diese Stichprobe recht schwer zu rekrutieren ist wollte ich nachfragen, ob Sie sich vorstellen, könnten meinen Fragebogen zu teilen? Ich denke unter Ihren Followern könnten einige passende Personen sein.

Es würde um das Ausfüllen eines 15-minütigen Fragebogens gehen, um so einen Teil zum besseren Verständnis der väterlichen Perspektive einer Schwangerschaft beizutragen. Dieser Link führt zum Fragebogen: <https://sosci.univie.ac.at/Bednarik/>

Ich habe natürlich Verständnis dafür, wenn Sie sich das nicht vorstellen können.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben meinen Text zu lesen. Ich freue mich auf eine Antwort.

Alles Liebe,

Astrid Bednarik, BSc

11.3. Anhang C: Request for use of the Men's Health During Partners' Pregnancy Questionnaire (MHDPPQ)

Dear Dr. Arthur Brennan,

my name is Astrid Bednarik and I am a psychology master's student from Vienna. I am currently in the process of developing the concept for my master's thesis, which I plan to write about the Couvade Syndrome and its links to traditional/egalitarian gender roles. During my research, I came across a study that refers to your "Men's Health during Partners' Pregnancy Questionnaire"¹. Given the lack of scales to assess the phenomenon and of course your expertise, I am reaching out to you.

I would like to ask you if I can use your scale as part of the survey of my master's thesis. I would, of course, provide you with my results. However, I understand if you are not interested in providing me with the scale.

Yours sincerely,

Astrid Bednarik

¹Mrayan, L., Abujilban, S., Abuidhail, J., Bani Yassein, M., & Al-Modallal, H. (2018). Couvade Syndrome Among Jordanian Expectant Fathers. *American Journal of Men's Health*, 13(1), 155798831881024. <https://doi.org/10.1177/1557988318810243>

11.4. Anhang D: Instrumente

11.4.1. Social Roles Questionnaire (SRQ)

1. People can be both aggressive and nurturing regardless of sex.
2. People should be treated the same regardless of their sex.
3. The freedom that children are given should be determined by their age and maturity level and not by their sex.
4. Tasks around the house should not be assigned by sex.
5. We should stop thinking about whether people are male or female and focus on other characteristics.
6. A father's major responsibility is to provide financially for his children.
7. Men are more sexual than women.
8. Some types of work are just not appropriate for women.
9. Mothers should make most decisions about how children are brought up.
10. Mothers should work only if necessary.
11. Girls should be protected and watched over more than boys.
12. Only some types of work are appropriate for both men and women.
13. For many important jobs, it is better to choose men instead of women.

→ 1-5: *gender-transcendent*

→ 6-13: *gender-linked*

11.5. Anhang E: SoSciSurvey Fragebogen

0% ausgefüllt

Sehr geehrter Teilnehmer!

Ich freue mich sehr über Ihr Interesse an dieser Studie.

Mein Name ist Astrid Bednarik und ich studiere Psychologie an der Universität Wien. In meiner Masterarbeit befasse ich mich mit dem **Schwangerschaftserleben von Vätern** - worum es auch in der folgenden Befragung gehen wird. Ich bitte Sie daher nur teilzunehmen, wenn Sie *männlich und volljährig* sind und Ihre *Partnerin aktuell schwanger* ist.

Ich bitte Sie alle Fragen sorgfältig durchzulesen und spontan und vollständig zu antworten. Falsche Antworten gibt es nicht. Ihr persönliches Urteil ist von Interesse. Die Teilnahme erfolgt freiwillig. Sie sind nicht verpflichtet die Studie durchzuführen oder zu vollenden. Der Fragebogen kann jederzeit ohne Angaben von Gründen abgebrochen werden. Die erhobenen Daten werden anonym und vertraulich behandelt und ausschließlich zu Forschungszwecken verwendet. Es besteht keine Möglichkeit Sie zu identifizieren. Nachdem die Erhebung beendet ist, ist es folglich nicht mehr möglich Ihren Datensatz gezielt zu löschen, da eine Zuordnung nicht durchgeführt werden kann.

Die Beantwortung des Fragebogens wird circa **15 Minuten** in Anspruch nehmen. Sollten Sie auf einem Smartphone teilnehmen, würde ich Sie zum Zweck der besseren Lesbarkeit bitten, den Fragebogen im Querformat auszufüllen. Falls Sie noch Fragen zur Untersuchung haben, können Sie über folgenden E-Mail Adresse mit mir in Kontakt treten: a01622947@unet.univie.ac.at

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.

Astrid Bednarik, B.Sc.

Durch Klicken auf "Weiter" erkläre ich, dass ich über Ziele und Ablauf der Studie informiert wurde und diese verstanden habe.

Weiter

1. Welches Geschlecht haben Sie?

- Männlich
- Weiblich
- nicht-binär
- divers
- keine Angabe

2. Wie alt sind Sie?

Bitte in vollen Jahren angeben.

3. In welchem Land wohnen Sie?**4. Was ist Ihr aktueller Erwerbsstatus?**

- Schüler
- Student
- Auszubildender
- Angestellter
- Selbstständig
- Beamter
- Rentner/Pensionist
- Erwerbslos

5. Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

- kein Abschluss
- Pflichtschulabschluss
- Matura/Abitur
- Berufsausbildung
- Bachelor
- Master
- Doktorat

6. Was ist Ihr Familienstatus?

- ledig
- liiert
- eingetragene Partnerschaft
- verheiratet
- geschieden

7. Welche Staatszugehörigkeit haben Sie?[Weiter](#)

8. Ist Ihre Partnerin aktuell schwanger?

- Ja
- Nein

[Weiter](#)**9. In welcher Schwangerschaftswoche befindet sich Ihre Partnerin?**

Bitte in vollen Zahlen angeben.

10. Das wievielte Kind erwarten Sie?

Bitte in Zahlen angeben.

11. Handelt es sich um ein geplantes Kind?

- das Kind war geplant
- das Kind war ungeplant

12. Planen Sie in Väterkarenz zu gehen?

- Ja
- Nein
- Weiß ich noch nicht

13. Welches Geschlecht wird Ihr Kind haben?

- Männlich
- Weiblich
- Wir wissen es noch nicht
- Wir wollen es nicht wissen

[Weiter](#)

Im folgenden Teil bitte ich Sie Ihre Zustimmung zu verschiedenen Behauptungen auf einer Prozentskala anzugeben. Hohe Werte stehen dabei für eine hohe Zustimmung. Es gibt dabei keine falschen oder richtigen Angaben, von Interesse ist Ihre Meinung.

	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Menschen können unabhängig vom Geschlecht sowohl aggressiv als auch fürsorglich sein.											
Menschen sollten unabhängig von ihrem Geschlecht gleichbehandelt werden.											
Die Freiheit, die Kindern gewährt wird sollte sich nach ihrem Alter und ihrem Reifegrad richten und nicht nach ihrem Geschlecht.											
Die Aufgaben im Haushalt sollten nicht nach Geschlecht zugewiesen werden.											
Wir sollten aufhören, darüber nachzudenken, ob Menschen männlich oder weiblich sind und uns auf andere Merkmale konzentrieren.											
Die Hauptaufgabe eines Vaters ist es finanziell für seine Kinder zu sorgen.											
Männer sind sexuell aktiver als Frauen.											
Einige Arten von Arbeit sind für Frauen einfach nicht geeignet.											
Mütter sollten die meisten Entscheidungen darüber treffen wie Kinder erzogen werden.											
Mütter sollten nur arbeiten, wenn es notwendig ist.											
Mädchen sollten mehr geschützt und beaufsichtigt werden als Jungen.											
Nur ein paar Arten von Arbeit sind sowohl für Männer als auch für Frauen geeignet.											
Für viele wichtige Aufgaben ist es besser Männer, statt Frauen zu wählen.											

Weiter

Im folgende Teil interessiere ich mich dafür wie Sie als Mann, die Schwangerschaft Ihrer Partnerin erlebt haben. Es geht **NICHT** um die Erfahrung und Symptome Ihrer schwangeren Partnerin. Von Interesse sind die Symptome die **Sie selbst** erlebt haben. Wichtig dabei ist, dass Ihre Partnerin zum Zeitpunkt des Auftretens der Symptome schwanger war und die Symptome nicht aufgrund einer Erkrankung wie etwa eine Infektion mit COVID-19 auftraten.

Weiter

Als wie belastend haben SIE als Mann folgende physische Symptome während der Schwangerschaft Ihrer Partnerin erlebt?

	gar nicht belastend	2	3	4	5	6	7	8	extrem belastend	nicht wahrgenommen
Bauchschmerzen/-krämpfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sodbrennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verdauungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unfähigkeit, Essen bei sich zu behalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übergeben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verstopfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesteigerter Appetit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verminderter Appetit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gewichtszunahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gewichtsabnahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mehr Erkältungen als sonst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halsentzündungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemlosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mehr Wasserlassen als sonst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahnschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mundgeschwüre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rückenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beinkrämpfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weiter

Als wie belastend haben SIE als Mann folgende psychische Symptome während der Schwangerschaft Ihrer Partnerin erlebt?

	gar nicht belastend	2	3	4	5	6	7	8	extrem belastend	nicht wahrgenommen
weniger geschlafen als sonst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
frühes morgendliches Erwachen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mehr geschlafen als sonst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
schlecht gelaunt sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sich genervt fühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sich irritiert fühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sich frustriert fühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sich gestresst fühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sich ängstlich fühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sich unruhig fühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangel an Motivation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangel an Konzentration	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abgelenkt sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weiter

Vielen Dank!

Sie haben nun das Ende des Fragebogens erreicht. Ich bedanke mich für die Teilnahme!

Sie haben einen wichtigen Beitrag zum besseren Verständnis der väterlichen Perspektive auf die Schwangerschaft geleistet. Ich wünsche Ihnen und Ihrer Partnerin weiterhin alles Gute.

Für Nutzer von SurveyCircle (www.surveycircle.com): Der Survey Code lautet: 37SS-4BC3-78SA-19F7

Astrid Bednarik, B.Sc.

Weiter