

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik

Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort

MÜTTERLICHE DEPRESSIVITÄT, KOMORBIDITÄT UND SENSITIVITÄT IM POSTPARTUM

DISSERTATION

Zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin der Medizinischen Fakultät der
Universität Hamburg

Vorgelegt von:

Nicola Onur, geb. Obermeyer
aus Emmerich

Hamburg 2014

Angenommen von
Medizinische Fakultät der Universität Hamburg am:
26. Juni 2014

Veröffentlicht mit der Genehmigung der
Medizinische Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende:
Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in:
Prof. Dr. med. Bernd Hüneke

für unsere Tochter Ella

I. Theoretischer Teil	7
1 Einleitung.....	7
1.1 Psychische Erkrankungen von Frauen im reproduktiven Alter.....	7
1.1.1 Psychische Erkrankungen von Frauen im Postpartum	8
1.1.2 Affektive Störungen im Postpartum	9
1.1.2.1 Baby Blues	10
1.1.2.2 Die Major Depression	10
1.1.3 Nicht affektive psychische Erkrankungen im Postpartum	13
1.1.3.1 Angst- und Panikstörungen	13
1.1.3.2 Zwangsstörungen.....	14
1.1.3.3 Die Posttraumatische Belastungsstörung	14
1.1.3.4 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung	15
1.2 Komorbidität psychiatrischer Störungen.....	17
1.2.1 Definition	17
1.2.2 Major Depression und Komorbiditäten	18
1.3 Der Einfluss der psychiatrischen Erkrankungen auf die Mutter-Kind-Dyade.....	19
1.3.1 Der Einfluss der postpartalen Depression auf die Mutter-Kind-Beziehung.....	20
1.3.2 Der Einfluss der mütterlichen Borderline-Persönlichkeitsstörung auf die Mutter-Kind-Beziehung.....	23
1.4 Mütterliche Sensitivität	24
1.4.1 Definition der mütterlichen Sensitivität.....	24
1.4.2 Ausdruck mütterlicher Sensitivität in Interaktion	26
1.4.3 Die mütterliche Sensitivität in der Interaktion mit depressiv erkrankten Müttern.....	28
1.4.4 Der Einfluss des sozioökonomischen Status auf mütterliche Depression und das sensitive Fürsorgeverhalten	30
1.5 Ableitung der Fragestellung und Hypothesen.....	31
1.5.1 Ableitung der Fragestellung	31
1.5.2 Ableitung der Hypothesen	31
1.5.3 Hypothesen zum Zusammenhang zwischen der psychischen Erkrankung der Mutter und ihrer mütterlichen Sensitivität.....	32
1.5.3.1 Nullhypothese.....	32
1.5.3.2 Alternativhypothesen	32

II. Empirischer Teil	33
2 Methodik	33
2.1 Ort und Zeitpunkt der Studie	33
2.1.1 Erhebung der Experimentalgruppe.....	33
2.2 Der Untersuchungsablauf	33
2.3 Beschreibung der Stichprobengruppe	34
2.3.1 Die Klinische Stichprobe.....	34
2.3.2 Nicht-klinische Stichprobe.....	35
2.4 Methoden der Datenerhebung und Datenbeurteilung	35
2.4.1 SKID-I und -II	35
2.4.2 Beck-Depressions-Inventar (BDI)	37
2.4.3 Kurzversion des Maternal-Behavior-Q-Sort (Mini-MBQS)	37
2.4.4 Soziodemographische Daten.....	40
2.5 Statistische Verfahren zur Analyse und Auswertung der Daten	41
2.5.1 Hinweise zur Datenanalyse	41
2.5.1.1 Einfaktorielle Univariate Varianzanalyse (ANOVA)	41
2.5.1.2 Jonkheere-Terpstra-Test.....	42
2.5.1.3 Kovarianzanalyse (ANCOVA)	42
3 Ergebnisse	43
3.1 Interraterreliabilität (ICC)	43
3.2 Beschreibung der Stichprobe	44
3.2.1 Diagnosen, Komorbidität und Einteilung der Gesamtstichprobe	44
3.2.2 Einteilung der Gesamtstichprobe in 3 Diagnosegruppen und einer Kontrollgruppe.....	45
3.2.3 Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen und soziodemographischer Variablen (Alter der Mutter, Alter des Kindes, International-Standard Classification of Education (ISCED)), sowie des Beck-Depressions-Inventar (BDI).....	46
3.2.4 Verteilung der Sensitivität	47
3.3 Prüfung der Hypothesen: Mütterliche Sensitivität hinsichtlich der mütterlichen Psychopathologie	50

3.3.1	Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen der mütterlichen Sensitivität und dem Vorliegen einer Major Depression unter Berücksichtigung der psychischen Komorbidität.....	50
3.3.2	Zum Sensitivitätsunterschied zwischen den depressiven Müttern mit und ohne Borderline-Persönlichkeitsstörung	52
3.3.3	Ergebnisse der gerichteten Hypothese zum Zusammenhang zwischen einer Major Depression der Mutter und ihrer mütterlichen Sensitivität unter Berücksichtigung der Komorbidität.....	52
3.3.4	Vergleich der Unterschiede der Diagnosegruppen bezüglich mütterlicher Sensitivität in Abhängigkeit von soziodemographischen Daten.....	53
4	Diskussion	56
4.1	Methodische Diskussion (Limitationen).....	58
4.2	Implikationen	59
4.3	Ausblick.....	60
5	Zusammenfassung.....	62
6	Verzeichnisse	63
6.1	Abkürzungsverzeichnis	63
6.2	Tabellenverzeichnis	65
6.3	Abbildungsverzeichnis	66
7	Literaturverzeichnis	67
8	Danksagung.....	84
9	Anhang.....	85
10	Eidesstattliche Versicherung.....	88

I. Theoretischer Teil

1 Einleitung

Der Übergang zur Elternschaft markiert eine wichtige Periode im menschlichen Leben (Milgrom et al. 2011). Sowohl biologische und psychologische Faktoren als auch soziale Rollenerwartungen tragen zum erhöhten Risiko bei, in dieser Zeit psychisch zu erkranken (Murray und Cooper 1997). Wissenschaftler und Kliniker weisen auf eine ansteigende Rate depressiv erkrankter Frauen hin, mit einer Prävalenz von 19,2 Prozent im Reproduktionsalter (Andersson et al. 2006).

Die postpartale Depression kann sich negativ auf das mütterliche Fürsorgeverhalten auswirken (Ijzendoorn van et al. 1995). Mütterliches Fürsorgeverhalten wird anhand der Sensitivität in der Interaktion mit dem Kind gemessen (Ainsworth 1969).

Empirische Studien belegen einen negativen Zusammenhang zwischen postpartaler Depression (Major Depression) und mütterlicher Sensitivität. Insbesondere erweisen sich die Chronizität und Schwere der Erkrankung als potentiell moderierende Variable (Lyons-Ruth et al. 2002, Mills-Koonce et al. 2008). Bei Müttern mit klinisch manifesten Depressionen zeigt sich ein besonders ausgeprägter Effekt der Depression auf ihr sensitives Verhalten in der Interaktion mit dem Kind.

Die Heterogenität klinischer Stichproben mit einer deutlich höheren Rate an Komorbiditäten lässt vermuten, dass der Umstand von Mehrfachdiagnosen eine moderierende Variable zwischen mütterlicher Sensitivität und postpartaler Depression darstellt.

Das Ziel dieser Studie ist die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen depressiven Erkrankungen im Postpartum, unter Berücksichtigung der psychiatrischen Komorbidität und der mütterlichen Sensitivität in Interaktion mit dem Säugling an einer Stichprobe psychisch erkrankter Frauen.

1.1 Psychische Erkrankungen von Frauen im reproduktiven Alter

Studien in denen die Bedeutung der psychischen Komorbiditäten untersucht werden weisen auf die erhöhte Vulnerabilität der Frauen hin, sowohl depressiv zu werden als auch an Angstsyndromen, Somatisierungssyndromen, Ess-Störungen und der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu erkranken (Meyer et al. 2000, Weissman et al. 1993, Wittchen et al. 1992). Dieses Phänomen ist besonders gut dokumentiert für die sogenannten „reproduktiven“ Jahre. Für den perimenopausalen Lebensabschnitt besteht diesbezüglich kein eindeutiger Konsens (Banger 2001).

Obwohl die Ursache für die Häufigkeitsunterschiede als multifaktoriell begründet anzusehen ist, in einem Zusammenspiel aus biologischen Faktoren, wie Genetik, Anatomie und Geschlechtshormone auf der einen Seite und sozialen Faktoren auf der anderen Seite (Riecher-Rössler und Bitzer 2005), legen diese Beobachtungen den Einfluss weiblicher Sexualhormone in der Genese der depressiven Erkrankung

nahe (Halbreich und Kahn 2001).

Seit langem ist bekannt, dass die unterschiedlichen Phasen des weiblichen Reproduktionszyklus sowohl den Krankheitsverlauf als auch das Ansprechen auf Therapie maßgeblich beeinflussen. Neben dem monatlichen Zyklus erfährt die Frau in der Pubertät, Schwangerschaft, im Wochenbett und mit Eintritt in die Menopause weitere starke Schwankungen der Hormonspiegel. So verschiebt sich das Geschlechtsverhältnis von Depressionen mit Beginn der Pubertät erstmals zu Gunsten des weiblichen Geschlechts. Das bleibt bis in das hohe Alter bestehen (Arnold 2003).

Exkurs: Biologisches Erklärungsmodell

Ein Erklärungsmodell für die Entstehung depressiver Erkrankungen besagt, dass die Dysbalance verschiedener Neurotransmittersysteme durch eine Veränderung von Anzahl und Empfindlichkeit ihrer Rezeptoren Depressionen begünstigen. Frauen sind in Phasen der hormonellen Umstellung einem erhöhten Risiko für die Erstmanifestation oder Exazerbation einer psychiatrischen Erkrankung ausgesetzt (Soares und Zitek 2008). Payne et al. (2009) bezeichnet in ihrer Übersichtsarbeit diese Subgruppe depressiv erkrankter Frauen als den „Reproductive-Subtype“, da diese Untergruppe nach einer Östrogensubstitution einen erfassbaren antidepressiven Effekt aufwies. Es gibt zahlreiche direkte Einflüsse der weiblichen Hormone auf das Zentrale Nervensystem. Östrogene fördern die Neurogenese, die Myelogenese sowie die Synapsenbildung und -plastizität. Sie stimulieren die neuronale Vernetzung, verbessern die Durchblutung des Gehirns und regulieren den Glucosestoffwechsel. Sie wirken dabei als Antioxidantien und verhindern den Zelltod (Riecher-Rössler 2009). Ferner wirken Östrogene auf verschiedene Neurotransmitter im Gehirn, die für das psychische Wohlbefinden relevant sind. Als Serotonin-Agonist fördern sie die postsynaptische Aktivität, Rezeptordichte und Synthese von Serotonin. Östrogene hemmen das Serotonin und Dopamin abbauende Enzym Mono-Amino-Oxidase (MAO). Die Auswirkung der Östrogene ist somit vergleichbar mit der Wirkung der Antidepressiva. Progesterone wirken nicht nur im Reproduktionszyklus, sondern auch im Zentralen Nervensystem (ZNS) als Gegenspieler der Östrogene und begünstigen dementsprechend dysphorische Zustände (Halbreich und Kahn 2001).

1.1.1 Psychische Erkrankungen von Frauen im Postpartum

Die Zeit des Postpartums stellt sowohl bezüglich psychischer als auch sozialer und biologischer Aspekte eine Periode der Reorganisation dar, die hoch sensibel ist für Störungen und Risikoformierungen- mit weitreichenden Konsequenzen für die Mutter-Kind-Beziehung und Kindesentwicklung (Ijzendoorn van et al. 1995, Lyons-Ruth et al. 2002, Pawlby et al. 2009).

Nach der Geburt des Kindes wird ein hohes Maß an Adaptation der Frau gefordert.

Die Mütter werden mit körperlichen Veränderungen konfrontiert, unter Berücksichtigung des Stillens, Diät und körperlicher Bewegung. Unabhängig von medizinischen Komplikationen kann der massive Schlafentzug in dieser Zeit Frauen an die Grenze ihrer Belastbarkeit führen. Der Säugling ist auf die primäre Bezugsperson angewiesen, die ihre Aufmerksamkeit auf die Bedürfnisse des Säuglings ausrichtet. Diese Umstände fordern einen hohen psychischen und physiologischen Einsatz der Mütter und können nicht selten zu massiven Überforderungen führen.

Das zunehmende wissenschaftliche Interesse der Entwicklungspsychologen und Psychiater richtet sich auf die Psychopathologie der primären Bezugsperson, welche die notwendige Anpassung erschweren oder unmöglich machen kann und für die kindliche Entwicklung zu einem Risikofaktor werden kann (Rutter 1997).

Das Spektrum der psychischen Erkrankungen im Postpartum reicht vom „Baby Blues“ bis zur einer manifesten Depression, die sich innerhalb der ersten zwölf Monate postpartal entwickeln und über mehrere Wochen und Monate dauern kann (Brockington 2004). Brockington (2001) merkt an, dass Wissenschaftler bis heute unter dem Begriff der postpartalen Erkrankung lediglich den Baby Blues, die postpartale Depression und die postpartale Psychose subsumieren. Grigoriadis und Romans (2006) stellen fest, dass bis heute im DSM-IV wichtige psychische Erkrankungen des Postpartums keine Berücksichtigung finden und benennen Angst-, Panik-, Zwangsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen als bedeutsam.

Grundsätzlich wird darüber diskutiert, ob postpartale Erkrankungen eine eigene Entität besitzen, wenngleich sich ihre Prävalenz nicht von anderen psychischen Erkrankungen unterscheiden, die zu anderen Zeitpunkten im Leben einer Frau auftreten (Brockington 2009, Riecher-Rössler und Hofecker-Fallahpour 2003). Trotz kritischer Stimmen besteht Konsens darüber, dass die Depression als die häufigste postpartale psychische Erkrankung behandlungsbedürftig ist (Gavin et al. 2005).

1.1.2 Affektive Störungen im Postpartum

Als affektive Störungen wird eine Gruppe von Erkrankungen bezeichnet, bei der die Störung der Gestimmtheit (Affektivität) gemeinsam mit Störungen des Antriebs und der Psychomotorik als charakteristisch angesehen wird. Grundsätzlich lassen sich im Verlauf von affektiven Störungen zwei Syndrome unterscheiden, die als einander entgegengesetzte Pole aufgefasst werden: das depressive Syndrom und das manische Syndrom. Eine psychotische Realitätsverzerrung kann bei schwerer Krankheitsausprägung vorkommen.

Aktuell werden zwei international führende Klassifikationssysteme für affektive Störungen angewandt, das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSM-IV (APA 1996) sowie die 10. Version der Classification of Mental and Behavioral Disorders ICD-10. Die Einteilung erfolgt anhand klinischer Kriterien Schweregrad und Verlauf. In dieser Studie wurde die DSM-IV-Klassifikation angewandt.

Die Bedeutsamkeit der affektiven Störungen liegt einerseits begründet in ihrer hohen Prävalenz, andererseits in den damit einhergehenden psychosozialen Beeinträchtigungen sowie erhöhter psychiatrischer und somatischer Komorbidität. In der holländischen NEMESIS-Studie korrespondierten die Lebenszeitprävalenz, 19,4 Prozent für affektive Störungen und 15,4 Prozent für die Major Depression (Bijl et al. 1998). Wittchen et al. (2000) ermittelten für Deutschland Einjahresprävalenzen nach DSM-IV-Kriterien von 11,5 Prozent für alle affektiven Störungen bzw. 8,3 Prozent für die Major Depression. Es besteht international ein Konsens über die Häufigkeit der affektiven Störungen, insbesondere der Major Depression. Da im Rahmen dieser Studie die postpartale Psychose unter die Ausschlusskriterien fiel, wird diese in der folgenden Darstellung nicht weiter erläutert. Im Folgenden werden somit nur die wichtigsten psychiatrischen Erkrankungen des Postpartum dargestellt.

1.1.2.1 Baby Blues

Der „Baby Blues“ entspricht einer milden, vorübergehenden emotionalen Imbalance, mit milden Stimmungsschwankungen, milder Depression, Ängstlichkeit, übermäßiger Sorge um die eigene Gesundheit und die des Kindes so wie körperlichen Symptomen im Sinne von Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit und Weinattacken (Brockington 2004). In der Regel beginnen Symptome innerhalb der ersten postpartalen Wochen, halten Stunden bis zu zwei Wochen an und verschwinden ohne Intervention. 26-85 Prozent der Mütter sind betroffen. Es gilt zu bedenken, dass 25 Prozent dieser Frauen im weiteren Verlauf postpartal depressiv werden (Grigoriadis und Romans 2006).

1.1.2.2 Die Major Depression

Die postpartale Depression wurde als eigenständige Diagnose in den DSM-IV aufgenommen und als eine Major Depression (MD) mit einem Erkrankungsbeginn in den ersten vier Wochen postpartal definiert. Die Prävalenz depressiver Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung beträgt im zeitlichen Querschnitt 8,3 Prozent, davon betreffen etwa 3-5 Prozent schwere depressive Episoden (Wittchen et al. 2000).

Die Depression ist damit nicht nur die häufigste affektive Erkrankung, sondern gleichzeitig die häufigste psychische Erkrankung überhaupt und wird nach Schätzungen der WHO 2020 nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen an zweiter Stelle der Krankheiten mit den höchsten allgemeinen Belastungen (vorzeitige

Mortalität und Behinderung) stehen.

Nach den Kriterien des DSM-IV sind die Hauptmerkmale einer Major Depression (MD) eine mindestens zweiwöchige Periode mit entweder a) depressiver Verstimmung oder b) Verlust von Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten. Neben diesen beiden Hauptmerkmalen oder Leitsymptomen der MD werden sieben Nebenmerkmale angenommen, die eine Veränderung der vorher bestehenden Leistungsfähigkeit mit sich bringen und ebenfalls über einen Zeitraum von zwei Wochen die überwiegende Zeit des Tages vorhanden sein müssen. Von diesen insgesamt neun Symptomen müssen mindestens fünf während derselben Zwei-Wochen-Periode bestehen, wobei mindestens eines der beiden Hauptsymptome vorhanden sein muss. Die Häufigkeit und Anzahl der Symptome bestimmen die Einschätzung des Schweregrades.

Die Definition der Major Depression (MD) ist im ICD-10 fast gleichlautend mit der Ausnahme, dass im DSM-IV nur eines der beiden Hauptsymptome vorhanden sein muss, während das ICD-10 das gleichzeitige Auftreten beider Hauptsymptome als Diagnosekriterium fordert.

Der Beginn und die Dauer depressiver Episoden sind variabel. Die Symptome entwickeln sich gewöhnlich über Tage und Wochen, treten in einigen Fällen jedoch auch plötzlich auf. Neben der depressiven Symptomkonstellation wie gedrückte depressive Stimmung, Interessenlosigkeit, Freudlosigkeit, Antriebsmangel und erhöhte Ermüdbarkeit finden sich Zusatzsymptome wie Verminderung der Konzentration, der Aufmerksamkeit, des Selbstwertgefühls, des Selbstvertrauens, des Appetits, Gefühle der Schuld und Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken und -handlungen, Schlafstörungen, Versagensängste als Mutter, Stillprobleme und ein als symptomatisch zu verstehendes häufiges Erwachen des Kindes. Charakteristisch sind besonders ausgeprägte Stimmungsschwankungen. Viele Frauen leiden außerdem unter dem Gefühl der „Gefühlslosigkeit“ gegenüber dem Kind, daraus resultieren Schuldgefühle und zwanghaftes Grübeln als Mutter zu versagen oder dem Kind schaden zu können (O`Hara 2009). Hornstein et al. (2009) weisen darauf hin, dass das Risiko der Kindswohlgefährdung bei depressiv erkrankten Müttern unterschätzt wird.

Die MD zeigt in den meisten Fällen einen rezidivierenden Verlauf. Die einzelne depressive Episode hat eine gute Prognose. In 20 bis 30 Prozent kommt es zu keiner vollständigen Remission. Die metaanalytische Auswertung von Piccinelli und Wilkinson (1994) ergab Rezidivraten von ca. 26 Prozent innerhalb eines Jahres. Bezogen auf die gesamte Lebensspanne erkranken 70 bis 80 Prozent aller depressiver Patienten an mindestens einer weiteren depressiven Episode. Die Dauer der depressiven Episoden bis zur Remission wird mit besseren therapeutischen

Möglichkeiten kürzer, beträgt jedoch im Durchschnitt aktuell immer noch drei Monate (Spijker et al. 2002). Das Rückfallrisiko ohne eine adäquate Rückfallprophylaxe wird nach einer der ersten depressiven Episoden je nach Schwere mit 50 bis 75 Prozent beziffert. Im Durchschnitt treten im Leben eines Patienten sechs Episoden auf, die meist mittelgradig bis schwer sind (Wittchen und Jacobi 2006).

Die Ergebnisse der NEMESIS Studie belegen eine hohe Rate chronischer Verläufe der Depression mit 20 Prozent in der Allgemeinbevölkerung, definiert durch die Krankheitsdauer von mindestens 24 Monaten (Bijl et al. 1998). Allein das Vorliegen einer komorbiden psychischen Störung verlängert die Krankheitsdauer einer Major Depression von durchschnittlich drei Monaten auf 13,7 Monate (Furukawa et al. 2000). Als weiterer Risikofaktor für einen chronischen Verlauf gilt die Anzahl vorausgegangener Episoden; das Rückfallrisiko nach der ersten Episode liegt bei ca. 50 Prozent, nach der zweiten Episode bei 75 Prozent und nach der dritten bei über 90 Prozent. Die Mortalität depressiver Erkrankungen ist hoch. Lebensmüde Gedanken, Suizidabsichten, Suizidversuche bis hin zum vollendeten Suizid sind häufig. Drei bis vier Prozent aller depressiven Patienten sterben am Suizid (Wolfersdorf 2008).

Forman et al. (2007) fanden in ihrer Studie heraus, dass postpartal depressive Frauen vier psychische Risikofaktoren für die Entwicklung einer postpartalen Depression aufweisen: eine vorgeburtliche psychiatrische Erkrankung, Mehrlingsschwangerschaften, vorgeburtlicher Stress oder soziale Isolation. In der Metaanalyse von Beck zeigten sich als signifikante Prädiktoren mit mindestens mittlerer Effektgröße für eine postpartale Depression: eine präpartale depressive Erkrankung, mangelndes Selbstwertgefühl, Belastung durch Säuglingspflege, präpartale Ängstlichkeit, belastende Lebensereignisse, mangelnde soziale und partnerschaftliche Unterstützung oder aber das nicht passende Temperament zwischen Mutter und Kind (Beck 2001).

Nach wie vor wird die postpartale Depression (PPD) häufig verkannt, da es für Kliniker schwierig ist, zwischen normaler emotionaler Adaptation und psychiatrischer Erkrankung zu unterscheiden (Grigoriadis und Romans 2006). Wird die PPD behandelt so ist die Prognose gut, wobei aktuelle Daten dafür sprechen, dass eine frühzeitige Behandlung die Diagnose verbessert. Bleibt sie unbehandelt, kann sie einen ungünstigen Verlauf bis hin zum erweiterten Suizid annehmen (Brockington 2004).

1.1.3 Nicht affektive psychische Erkrankungen im Postpartum

1.1.3.1 Angst- und Panikstörungen

Angststörungen sind eine weitere relevante Gruppe von Störungsbildern, die nach der Geburt eines Kindes auftreten und an Schweregrad zunehmen können. Das Postpartum weist eine erhöhte Vulnerabilität für Angststörungen auf. Die Lebenszeitprävalenz eine Angststörung zu entwickeln liegt bei 14 Prozent (Angst 1999). Wenzel et al. (2005) fanden, dass unter Verwendung der DSM-IV-Klassifikation acht Wochen postpartal, 8,2 Prozent der untersuchten Mütter die Diagnose einer generalisierten Angsterkrankung erfüllen. Der Großteil der Betroffenen bleibt unbehandelt (Angst 1999). Angsterkrankungen verlaufen in der Regel rezidivierend und chronisch. Es besteht eine hohe Korrelation zwischen Angsterkrankungen und affektiven Störungen. Studien zufolge erfüllen mehr als die Hälfte aller depressiven Patienten gleichzeitig die Diagnosekriterien einer Angststörung (Zimmerman et al. 2000). Dabei scheinen die soziale Phobie und die generalisierte Angststörung einer depressiven Episode häufig voranzugehen, während die Panikstörung und die Agoraphobie häufig mit der Entwicklung einer depressiven Erkrankung zunehmen. Zwangsstörungen und spezifische Phobien entwickeln sich oftmals als Folge einer Depression (Weissman et al. 2006). Matthey et al. (2003) argumentieren, dass die Diagnostik der postpartalen Störungen häufig auf die Erfassung einer depressiven Erkrankung ausgerichtet ist, obwohl Angsterkrankungen bei Müttern im Postpartum gut dokumentiert sind. Dies führt dazu, dass die Zahlen für das Vorliegen einer Angsterkrankung zu niedrig eingeschätzt werden. In seiner Studie an 408 Erstgebärenden sechs Wochen nach der Geburt fanden die Autoren 5,6 Prozent depressive Erkrankungen, 16,2 Prozent Angststörungen, 25,9 Prozent Depressionen und Angsterkrankung und eine Komorbidität von 4,2 Prozent. In 82 Prozent der Fälle lag eine Phobie als eine Erstmanifestation vor.

Unter dem Begriff der Angststörungen fallen Erkrankungen, bei denen grundlose oder übersteigerte Angstreaktionen zu deutlichen körperlichen, seelischen und sozialen Beeinträchtigungen des Individuums führen. Bei der Panikstörung treten in unvorhersehbaren Situationen und Zeitabständen wiederholt Angstattacken auf. Meist prägen somatische Beschwerden wie plötzliches Herzrasen, Brustschmerz, Erstickungsgefühle und Schwindel das Bild. Auch Entfremdungsgefühle, Angst vor Kontrollverlust und Angst zu sterben treten häufig auf.

Gegenstand der mütterlichen Ängste sind unter anderem die große Verantwortung der Elternrolle (Cohen et al. 1996), der plötzliche Kindstod (Weightman et al. 1998) und eine ständige Sorge um die Sicherheit und die Gesundheit des Kindes (Moll 1920).

Der Einfluss den eine Schwangerschaft auf Angststörungen ausübt ist unklar.

Hertzberg und Wahlbeck (1999) fanden, dass 41 Prozent der finnischen Patientinnen nach der Geburt eine Verbesserung der Symptome und 44 Prozent eine dramatische Zunahme der Symptome (Phobien, Panikattacken, Angststörungen) zeigten. Bei Patientinnen mit Panikstörungen konnten deutliche Symptomverbesserungen beobachtet werden mit der Chance eines sukzessiven Absetzens der zuvor notwendigen Medikation (Cowley und Roy-Byrne 1989). Prädiktoren für eine Verlaufsprognose existieren nicht.

Brockington (2004) weist darauf hin, dass ein Hinweis für das Vorliegen von Angststörungen die nächtliche Schlaflosigkeit der Mütter ist. Die hierzu befragten Mütter räumten ein, kontinuierlich damit beschäftigt zu sein, die Atmung des Kindes zu überprüfen und ob es noch lebt.

1.1.3.2 Zwangsstörungen

Zwangsstörungen stellen eine Gruppe von psychischen Störungen dar, die aufgrund ihrer sozialen Unerwünschtheit besonderen Leidensdruck verursachen. Sowohl eine Schwangerschaft als auch die Wochenbettsituation bedeuten für Frauen mit Zwangsstörungen in der Regel ein hohes Rezidiv- bzw. Exazerbationsrisiko, häufig mit einer Verschlimmerung der Symptome (Stuart et al. 1998). Zwangssyndrome kommen gehäuft mit Depressionen und Angststörungen vor, wodurch depressive Symptome leicht übersehen werden können (Angst und Sellaro 2001). Jennings et al. (1999) interviewten 100 depressive Mütter um begleitende Zwangsstörungen zu erfassen und fanden heraus, dass 21 Prozent dieser Mütter wiederholt Gedanken hatten, ihrem Kind etwas anzutun: 24 Prozent hatten aus diesem Grunde Angst, mit ihrem Kind alleine zu sein und reagierten mit Vermeidung des Kontaktes zum Kind. Mütter, die unter einer Zwangserkrankung leiden berichten nicht selten von unerträglichen Impulsen, ihr Kind zu töten. Gleichzeitig fühlen sie sich von quälenden Gedanken verfolgt, welche Auswirkungen eine solche Tat auf die gesamte Familie hätte (Brockington 2004, Jennings et al. 1999).

1.1.3.3 Die Posttraumatische Belastungsstörung

Die Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) infolge traumatischer Geburtsverläufe konnte in der schwedischen Querschnittstudie mit einer Rate von 1,7 Prozent angegeben werden (Wijma et al. 1997). Die allgemeine Lebenszeitprävalenz wird nach den Erhebungen von Wittchen und Jacobi (2006) in Deutschland mit 2,2 Prozent angegeben.

Nach einer als traumatisch erlebten Geburt kann sich auch ohne das Vorhandensein „objektiv“ traumatisierender Ereignisse die Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) entwickeln. Hierdurch ergibt sich eine diagnostische Schwierigkeit, da nach DSM-IV der Störung „die Konfrontation mit Ereignissen, die

tatsächlich oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalten“ voraus geht (APA 1996). Die Definition, dass eine PTBS dann vorliegt, wenn die Person mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert worden ist, auf das sie mit intensiver Flucht, Hilflosigkeit oder Entsetzen reagierte, erscheint für das Geburtsgeschehen daher hilfreicher. Eine schwedische Studie konnte belegen, dass die Wehentätigkeit an sich ein in allen Gesellschaften und Kulturen für die Mehrheit der Frauen allen Erwartungen übertreffendes, schmerzhaftes Ereignis darstellte, 50 Prozent der Frauen vermieden aus diesem Grunde eine weitere Schwangerschaft (Gottvall und Waldenström 2002).

Als Risikofaktoren für die Entstehung einer PTBS im Rahmen einer Geburt fanden Forscher eine negative Betreuung, eine langandauernde Geburt, negative Erinnerungen an die erste Entbindung und eine psychiatrische Vorgeschichte (Wijma et al. 1997). Weitere Ursachen negativer Geburtserfahrung stellen laut Menage (1993) die Angst vor Kontrollverlust oder vor dem Tod dar, wobei negative Erfahrungen mit Schmerzen unter der Geburt diese Angst beider Grenzerfahrungen ausschlaggebend beeinflussen. Die Symptome der PTBS werden in drei Gruppen zusammengefasst: „Wiedererleben“, „Emotionale Taubheit“ und „Hyperarousal“, wobei aus jeder Gruppe eines der Symptome vorliegen muss. Die Symptome müssen länger als einen Monat anhalten und beeinträchtigen in klinisch relevanter Weise den sozialen und den beruflichen Bereich der Betroffenen. Bei Chronifizierung der Symptomatik wird von komplexer PTBS gesprochen, bei der es häufig zu (APA 1996) langfristig veränderten Affekten, wie Rache-, Wut-, Ärger- oder Schuldgefühlen kommen kann.

Pantlen und Rohde (2001) fanden in ihrer Stichprobe von 424 Frauen signifikante Zusammenhänge zwischen traumatischer Entbindung, postpartalen Symptomen der Depression, Angst und Panik sowie Zwangsgedanken. Sie fanden Hinweise darauf, dass die individuelle Vorgeschichte (vorherige Traumata, sexueller Missbrauch, vorbestehende psychische Erkrankungen) und bestimmte Persönlichkeitsfaktoren (erhöhtes Kontrollbedürfnis, ausgeprägtes Schamempfinden) einen Einfluss auf die Verarbeitung des Geburtserlebens haben (Pantlen und Rohde 2001).

1.1.3.4 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist in der Allgemeinbevölkerung mit einer Häufigkeit von 0,4 bis 1,8 Prozent eher selten (Korzekwa et al. 2008). 76 Prozent der Patienten, welche die Kriterien der BPS erfüllen sind Frauen (Widinger und Weissman 1991). Das steigende Interesse an diesem Störungsbild ist damit zu erklären, dass die BPS im stationären Bereich mit 40 bis 68 Prozent weltweit als die häufigste Persönlichkeitsstörung gilt (Becker et al. 2000, Loranger et al. 1994,

Marinangeli et al. 2000). Im ambulanten Setting werden Prävalenzraten von 17 bis 18 Prozent angegeben (Korzekwa et al. 2008, Zanarini et al. 2000).

„Persönlichkeitsstörungen zeichnen sich durch Abweichungen von sozial anerkannten Eigenschaften sowie von der, in einer bestimmten Gesellschaft anerkannten Norm und sozialen Verhaltens, aus“ (Fiedler 2001). Es wird erst dann von einer Störungen der Persönlichkeit gesprochen, wenn die durchgängigen und dauerhaften Denk-, Verhaltens- und Wahrnehmungsmuster wie auch die Gefühle eines Menschen unflexibel und fehlangepasst sind (Wittchen 1998). Nach den Kriterien des DSM-IV besteht bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild, in den Affekten und in der Affektverarbeitung, wie zum Beispiel in Form von deutlicher Impulsivität (APA 1996). Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in den verschiedenen Lebensbereichen.

Borderline-Patienten zeigen vor dem Hintergrund starker, im zwischenmenschlichen Kontext generierter Affekte, vorwiegend impulsives Verhalten (Herpertz und Saß 1997). Sie versuchen durch Suizidversuche, Wutanfälle, gewalttätige Auseinandersetzungen, Substanzmissbrauch oder manipulative Tendenzen ein Verlassenwerden durch eine wichtige Bezugsperson oder ein Alleinsein zu vermeiden. Die Betroffenen haben dabei oftmals das Gefühl ihre Affekte nicht unter Kontrolle zu haben. Sie schwanken entsprechend ihrer Gefühlswelt von zurückgezogenen, unauffälligen Verhaltens- und Gefühlsäußerungen bis hin zu überzogenen, nicht angemessenen. Die Beziehungsgestaltung imponiert dabei als intensiv, instabil mit raschem Wechsel zwischen Idealisierung und Entwertung (Bronisch 2000). Forscher gehen davon aus, dass diese Verhaltensweisen auch in der Interaktion mit ihren Säuglingen zum Tragen kommen (Crandell et al. 2003). Die BPS weist hohe Raten an Komorbidität mit anderen Persönlichkeitsstörungen und mit Achse-I-Störungen, vor allem Depressionen, Angststörungen, Essstörungen und Substanzabhängigkeiten (Zanarini et al. 1998). Die BPS stellt sich als Muster komplexer Komorbiditäten dar mit multiplen externalisierenden als auch internalisierenden Störungen (Zanarini et al. 2000).

Die Ätiologie für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung sind sexueller Missbrauch in der Kindheit, körperliche Misshandlung, Erfahrung körperlicher Gewalt in der eigenen Familie und frühe Trennung und Verlust (Zanarini et al. 1989).

Der Verlauf der Störung zeichnet sich durch eine Chronifizierung aus. Linehan et al. (1994) fanden, dass 15 Jahre nach Diagnosestellung 44 Prozent der Betroffenen die diagnostischen Kriterien erfüllten. Zu prognostischen Faktoren liegen nur wenige Studien vor, die sich ausschließlich auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung beziehen. Als günstige Prognosekriterien gelten hohe Intelligenz, Attraktivität, künstlerische Talente und begleitende anankastische Züge. Ungünstige Kriterien

sind eine Vorgeschichte mit elterlicher Gewalt und Inzest, Depressivität, begleitende schizotypische und antisoziale Züge, ausgeprägte Impulsivität, schlechtes prämorbidem Funktionsniveau und vorausgegangene Suizide (Woolcott 1985). 76 Prozent der Patienten mit BPS unternehmen mindestens einen Suizidversuch, 2 bis 38 Prozent der Personen mit vollendetem Suizid erfüllen die Kriterien einer Borderline-Störung (Linehan et al. 1994).

Die bisher pessimistische Prognose der Behandlung der BPS ist nicht länger gerechtfertigt (Gabbard 2007). Clarkin (2006) betont, dass negative Behandlungsverläufe von Achse-I-Störungen durch eine komorbide Störung mit einer BPS zu erklären sind. Der Faktor Komorbidität erscheint wesentlich das Störungsbild und den Verlauf mit zu bestimmen.

1.2 Komorbidität psychiatrischer Störungen

1.2.1 Definition

Epidemiologische Studien belegen die Bedeutung psychischer Komorbidität in der Allgemeinbevölkerung, die einerseits in der hohen Prävalenz, andererseits in einem ungünstigeren Verlauf und höheren Schweregrad der Störung begründet ist (Morey et al. 2010, Rosenbluth et al. 2012). Liegen zu einem definierten Zeitraum bei einer Person mehr als eine psychische Störung vor, so wird von psychischer Komorbidität gesprochen. Komorbiditäten können, müssen aber nicht mit der Grunderkrankung (Indexerkrankung) zusammenhängen. Eine besondere Schwierigkeit bei der Bestimmung von Komorbiditäten besteht in der Frage, welche zusätzlichen Befunde als Symptome gewertet werden und welcher Erkrankung beziehungsweise welchen Krankheiten diese gegebenenfalls zugeordnet werden müssen.

Die Ergebnisse der NEMESIS-Studie, mit der Stichprobe der holländischen Allgemeinbevölkerung, bestätigen die Relevanz psychischer Komorbiditätsraten. Sie konnten feststellen, dass bei Achse-I-Störungen psychische Komorbiditäten mit einer Lebensprävalenz von 45 Prozent vorkommen (Bijl et al. 1998). Am häufigsten fanden sich dabei zwei weitere Störungen mit 22,6 Prozent, 10,9 Prozent zeigten drei und 11,4 Prozent vier weitere Diagnosen. Studien, die ausschließlich Frauen berücksichtigen zeigen eine Lebensprävalenz psychischer Komorbidität von 55 Prozent (Bijl et al. 1998). Es ist davon auszugehen, dass die Anzahl komorbider Störungen im Postpartum einen Einfluss auf den Verlauf und die Prognose der depressiven Erkrankung hat.

In Bezug auf affektive Erkrankungen konnten Forscher hohe Raten psychischer Komorbidität wiederholt bestätigen (Goodman et al. 2010, Morey et al. 2010). Dabei scheint die Komorbidität bei Patienten im stationären Setting mit durchschnittlich 20,5

Prozent höher zu liegen als im ambulanten Setting mit durchschnittlich 13 Prozent (Fava et al. 1996).

Die Komorbidität bei Dysthymie und bipolarer Störung kann nur geschätzt werden und differiert je nach Autor zwischen 20 bis 24 Prozent (Sanderson et al. 1990). Die psychische Komorbidität von affektiven Erkrankungen mit Ess-Störungen liegt bei 75 Prozent, bei Substanzmissbrauch und Alkohol 15 Prozent und ist bei Cannabis, Kokain und andere Amphetamin mit 15 bis 20 Prozent angegeben. Die psychische Komorbidität affektiver Störungen mit Persönlichkeitsstörungen liegt bei 50 Prozent (Goodman et al. 2010).

Die Komorbiditäten der Major Depression werden in den folgenden Abschnitten dargestellt, da die Anzahl komorbider Störungen die mütterliche Sensitivität im Postpartum beeinflussen kann.

1.2.2 Major Depression und Komorbiditäten

Prospektive epidemiologische Untersuchungen zu Prädiktoren des Verlaufs depressiver Störungen zeigen, dass die Dauer depressiver Episoden wenig von soziodemografischen Faktoren wie Alter, Geschlecht, Bildung und Leben in der Partnerschaft der Mutter beeinflusst wird, sondern von der psychischen Komorbidität und der Schwere der Depression (Spijker et al. 2002). Die Major Depression (MD) ist mit hoher psychiatrischer Komorbidität assoziiert (Navarro et al. 2008). Je nach diagnostischem Vorgehen liegen Komorbiditäten mit Angststörungen zu 30 bis 50 Prozent (Angst 1999), mit Persönlichkeitsstörungen mit 50 bis 65 Prozent (Farabaugh et al. 2005, Ilardi und Craighead 1995, Morey et al. 2010, Mulder et al. 2003) und mit Zwangsstörungen bis zu 10 Prozent (Riecher-Rössler und Steiner 2005) der Fälle vor.

Das Vorliegen einer komorbiden Störung zeigt Auswirkungen auf die Prognose und den Verlauf einer psychischen Erkrankung. Depressiv Erkrankte, die zusätzlich unter einer Angststörung litten, wiesen eine höhere Symptomschwere der Major Depression auf, mit längerer Episodendauer, einer stärkeren Beeinträchtigung, einer höheren Suizidalität und einer höheren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, unabhängig davon, welche Störung zuerst vorlag (Wittchen und Jacobi 2006). Depressive Patienten mit komorbider Persönlichkeitsstörung zeichnen sich durch einen früheren Erkrankungsbeginn, größerer psychosozialer Belastung und einem schlechteren Ansprechen auf die Therapie aus (Kronmüller und Mundt 2000).

Morey et al. (2010) untersuchten über 400 Patienten mit einer Major Depression mit und ohne Persönlichkeitsstörung (Borderline-, Zwanghafter-, Schizotypischer- oder Vermeidender-Persönlichkeitsstörung). Die Autoren fanden die Prognose der Patienten mit Major Depression und Persönlichkeitsstörung vergleichbar zu der mit

alleiniger Persönlichkeitsstörung, jedoch deutlich schlechter als die einer reinen Major Depression. Dabei erfüllen 8 Prozent der Patienten mit singulärer Major Depression nach sechs Jahren weiterhin die klinischen Kriterien einer MD, die depressiven Patienten mit einer komorbiden Persönlichkeitsstörung zu 29 Prozent. Vor diesem Hintergrund betont Morey et al. (2010) die Notwendigkeit Patienten mit einer Major Depression und Therapieresistenz konsequent einem Screening auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung zuzuführen.

1.3 Der Einfluss der psychiatrischen Erkrankungen auf die Mutter-Kind-Dyade

Die psychiatrische Erkrankung beeinträchtigt nicht ausschließlich die Mutter, sondern auch die Mutter-Kind-Dyade und damit das Wohlbefinden des Kindes sowie das kindliche Wachstum und Entwicklung (Goodman und Gotlib 2002, Grigoriadis und Romans 2006, Radke-Yarrow und Klimes-Dougan 2002). Liegt eine Störung der Interaktion vor, so kann dies auf eine vorübergehende oder anhaltende Störung der Mutter-Kind-Beziehung hinweisen und eine Gefährdung der kindlichen Entwicklung bewirken (Grossmann und Grossmann 2012). Die Mutter-Kind-Interaktion weist dabei nicht so sehr spezifische Auswirkungen der jeweiligen Krankheitsbilder auf. Hierbei handelt es sich vielmehr um Störungsmuster des mütterlichen Beitrags zur Interaktion, die maladaptive Anpassungsstrategien des Kindes hervorrufen (Deneke und Lüders 2003).

Brockington (2001) teilt die Auswirkungen der Störung der Mutter-Kind-Interaktion, die bei allen psychischen Erkrankungen der Mütter auftreten können, in zwei Hauptdimensionen ein: Die erste Dimension als Mangel an emotionaler Reaktion, in leichter Ausprägung mit Entfremdung „das ist nicht mein Baby“, in schwerer Ausprägung mit Hass und Ablehnung. Die zweite Dimension umfasst Ärger, Schreien, Fluchen und im äußersten Fall Kindesmisshandlung. Er warnt davor, dass alle psychischen Erkrankungen im Postpartum mit Zwangsgedanken einhergehen können, ein Kind schädigen zu wollen. Das zentrale Symptom dieser Störung sei der Impuls das Kind anzugreifen, wobei sich dieser Zustand deutlich von der pathologischen Wut dem Kind gegenüber im Falle einer Kindesmisshandlung unterscheidet. Die erkrankten Mütter sind trotz der Impulse sanftmütig und fürsorglich dem Kind gegenüber, litten jedoch neben der eigentlichen psychischen Erkrankung unter quälenden Vorstellungen über die möglichen Auswirkungen ihrer aggressiven Impulse (Brockington 2004). Bei einer Prävalenz von 10 bis 25 Prozent plädiert Brockington (1996) dafür, den gravierenden Folgen der gestörten Mutter-Kind-Interaktion mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Frühe Anzeichen, die für eine Ablehnung des Kindes sprechen, sind das Bedauern der Schwangerschaft, Feindseligkeit dem Kind gegenüber, ein besseres Befinden der Mutter in Abwesenheit des Babys, Versuche, die Verantwortung für das Kind abzugeben, andere Personen zu bitten, sich um das Kind zu kümmern und der Wunsch

(versteckt oder offen) nach Diebstahl des Kindes oder plötzlichem Kindstod (Brockington 2001). Extreme Formen einer gestörten Mutter-Kind-Beziehung sind Kindesmisshandlung und Hassgefühle gegenüber dem Kind mit einer Prävalenz von bis zu 25 Prozent (Brockington 1996).

Die ungünstigen Konsequenzen unerkannter oder inadäquat behandelter postpartaler psychischer Erkrankungen für die weitere psychosoziale Adaptation der Mutter, die seelische Entwicklung des Kindes so wie für Partnerschaft und Familie sind in empirischen Studien mehrfach belegt worden (Field 2010, Murray und Cooper 1997).

Treten schwere Formen der Depression, psychotische Entwicklungen oder Suizidalität auf, ist eine stationäre Aufnahme meist unumgänglich. Die Trennung vom Kind wird von der Mutter allerdings oft nur schwer verkraftet, verstärkt bereits bestehende Schuldgefühle und erschwert noch zusätzlich den Aufbau einer guten Mutter-Kind-Beziehung (Lanczik und Brockington 1997).

Vieles spricht dafür, dass nicht die psychiatrische Erkrankung an sich einen ungünstigen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes hatte, sondern dass die Übertragung von der Mutter auf das Kind durch den mütterlichen Interaktionsstil erfolgt, der wiederum prädiktiv für die spätere Bindungsqualität und die kognitiven Fähigkeiten der Kinder mit einem Jahr ist (Alink et al. 2009, Juffer et al. 2005). Zeigten depressive Mütter einen unbeeinträchtigten Interaktionsstil, so konnten keine kognitiven oder emotionalen Defizite nachgewiesen werden (Cooper et al. 2003, Murray und Cooper 1997). Hipwell et al. (2000) wiesen auf die Gefahr der Chronifizierung des beeinträchtigten Interaktionsstils hin, da trotz Genesung der Mutter die Veränderung anhalten könne. Im Folgenden soll ein Überblick über den möglichen Einfluss sowohl einer Major Depression und als auch komorbid einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auf die Mutter-Kind-Interaktion gegeben werden.

1.3.1 Der Einfluss der postpartalen Depression auf die Mutter-Kind-Beziehung

Trotz vollständiger Remission einer postpartalen Depression nach sechs Monaten, kann sich deren Einfluss auf die sozioemotionale Anpassung des Kindes über Jahre hinweg zeigen (Hipwell et al. 2000, Moehler et al. 2007). Eine hohe Chronifizierungsrate von 20 bis 30 Prozent, in der die depressive Episode länger als 24 Monate andauert, wirkt sich zusätzlich negativ auf die mütterliche Fürsorge aus.

Im Zusammenhang mit der depressiven Symptomatik beschreiben viele Autoren Defizite der Mütter, die es ihnen erschweren, ihrer Elternrolle gerecht zu werden. Dazu gehören Schwierigkeiten, auf die Bedürfnisse des Kindes zu reagieren (Mc Lennan et al. 2001, Trapolini et al. 2008), verminderte emotionale Erreichbarkeit,

weniger Emotionalität und innige wechselseitige Gefühlsbindung bei vermehrter Übergriffigkeit und Rigorosität (Goodman und Gotlib 1999, Lok 2006).

Lyons-Ruth et al. (2002) fanden, dass depressive Mütter ihre Kinder weniger häufig in den Arm nahmen, ihnen weniger häufig vorlasen, oder Musik vorspielten, weniger dazu im Stande waren, eine Tagesstruktur aufrecht zu erhalten, sich durch ihre Kinder gestresster fühlten und sowohl körperlich als auch verbal aggressiv gegen die Kinder vorgingen. Sie sind abwertender im Kontakt, provozierten mehr Schuldgefühle, seien kritischer, weniger unterstützend und intrusiver gegenüber ihren Kindern und zeigten damit vermehrt negative Affekte (Cummings und Davies 1999, Cummings et al. 2005). Depressive Mütter erleben ihre Kinder als „schwierig“ und sie belegen sie im größeren Ausmaß mit negativen Eigenschaften. Bosquet und Egeland (2001) belegen, dass chronisch depressiv erkrankte Mütter ein weniger unterstützendes, feindlicheres Erziehungsverhalten und eine negativere Mutter-Kind-Beziehung haben, als nicht depressive Mütter. Dabei muss berücksichtigt werden, dass depressiv erkrankte Mütter sich hinsichtlich ihrer Selbstwirksamkeit in der elterlichen Rolle deutlich negativer einschätzen und darstellen als nichtdepressive Mütter (Teti et al. 1995).

Aufgrund der Symptomatik der Depression liegt eine Einschränkung des Affektausdruckes vor. Befunde bezüglich einer verminderten positiven Emotionalität oder einer affektiven Verflachung sind jedoch nicht eindeutig. De Mulder und Radke-Yarrow (1991) konnten zeigen, dass in der Gruppe der Mütter mit einer Major Depression diese im hohen Masse mehr als einen negativen Affekt (Ärger, Traurigkeit, Angst) und gleichzeitig ein niedrigeres Niveau an Zuneigung zeigten. Das Ausmaß des negativen Affektes ließ sich mit der Schwere der Erkrankung erklären, während die Häufigkeit der depressiven Episoden keinen Einfluss hatte. Die Schwere einer depressiven Episode definiert sich über das Vorliegen mehrerer quälender depressiver Symptome, gleichzeitig besteht ein Verlust des Selbstwertgefühls und Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld. Suizidgedanken und -handlungen sind häufig und meist liegen einige somatische Symptome vor (APA 1996). Field (1998) konnte zeigen, dass sich dann eine anhaltende negative Auswirkung auf die Kinder zeigte, wenn die Depression länger als sechs Monate anhielt und damit einen chronischen Verlauf annahm. Depressive Symptome legen eine Einschränkung der mütterlichen Fähigkeit zur interaktiven Regulation des Affektaustausches nah (Tronick et al. 1978).

Tronick und Cohn (1989) charakterisieren die ungestörte Mutter-Kind-Interaktion als einen flexiblen Prozess, in dem ein kontinuierlicher Wechsel zwischen koordinierten „matching“ und unkoordinierten „mismatching“ interaktioneller Verhaltensweisen zwischen Mutter und Kind stattfindet. Erkennt die Mutter ein „mismatching“ anhand der Reaktion des Kindes so kann sie den unkoordinierten in einen koordinierten Zustand überführen, dieser Vorgang wird von Tronick und Cohn (1989) als

„interactive repair“ bezeichnet. Depressiven Müttern gelingt dies seltener, da sie „emotional unerreichbar“ oder „überstimulierend“ sind.

Die emotionale Unerreichbarkeit depressiver Mütter ist geprägt von der mangelnden Fähigkeit kindliche Signale nicht oder nur verzögert wahrzunehmen, darauf nicht oder nur verzögert zu reagieren, so dass der Säugling dies nicht mehr als Antwort auf die eigene Aktion erleben kann (Papousek und Papousek 1987). Der Säugling reagiert auf die Unterbrechung einer Interaktion indem er sich verstärkt um die Aufmerksamkeit der Mutter bemüht. Misslingt dies, so reagiert er irritiert und weinerlich. Bleibt die Mutter unerreichbar, so dreht er den Kopf weg und vermeidet weiteren Blickkontakt (Weinberg und Tronick 1998). Bei Überstimulation wird das Kind unabhängig von seinem eigenen Befinden übermäßig stark oder anhaltend angeregt und damit dauernd zu Reaktionen herausgefordert. Säuglinge beantworten eine Überstimulation mit Abwenden oder Passivität, später mit Protest, und körperlicher Abwehr, wie zum Beispiel Erstarren (Deneke und Lüders 2003).

Tronick und Gianino (1986) nehmen an, dass das Interaktionsverhalten des Säuglings depressiver Mütter eine selbstregulatorische Funktion darstellt, wobei der Säugling versucht sich vor dem negativen Affekt durch die emotionale Unerreichbarkeit der Mutter oder deren überstimulierendes Verhalten zu schützen. Kinder depressiv erkrankter Mütter tragen ein erhöhtes Risiko, externalisierende oder internalisierende Verhaltensauffälligkeiten, kognitive Defizite und eine geringere soziale Kompetenz zu entwickeln als Kinder nicht depressiver Mütter (Campbell et al. 2007, Field 2010, O`Hara 2009, Ramchandani et al. 2005, Shin et al. 2008, Trapolini et al. 2008). Kurzfristig zeigen die Kinder Schlaf- und Stillprobleme, Vermeidungsverhalten mit Abwendung des Blickes und Körpers, eine verringerte Affektregulation sowie Fütter- und Gedeihstörungen (Field 2010). Langfristig bis in die Pubertät hinein zeigen sie verminderte kognitive, emotionale, verbale und soziale Fähigkeiten (Brand und Brennan 2009).

Die Frage lautet daher nicht länger, ob eine depressive Erkrankung Einfluss auf die Entwicklung des Kindes hat, sondern welche Mechanismen und Faktoren auf Seiten der Eltern und des Kindes zusammenwirken und zu Fehlanpassung und Fehlentwicklung in der Eltern-Kind-Beziehung und beim Kind führen können (Ramsauer et al. 2013). Dabei stellt die Beeinträchtigung interaktioneller Abläufe einen zentralen Wirkfaktor dar (O`Hara et al. 2000). Der bereits erlernte Interaktionsstil der Dyade wird dabei trotz Genesung der Mutter beibehalten (Hipwell et al. 2000). Es gibt nicht ein spezifisches Verhalten depressiver Mütter, sondern verschiedene Verhaltensprofile, die einen entsprechenden Einfluss auf die kindliche Entwicklung ausüben können.

1.3.2 Der Einfluss der mütterlichen Borderline-Persönlichkeitsstörung auf die Mutter-Kind-Beziehung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist eine klinisch relevante Problematik und Forschungsergebnisse sowie theoretische Erwägungen weisen auf die Risikosituation für die Kinder erkrankter Mütter hin (Crandell et al. 2003, Hobson et al. 2009, Newman und Stevenson 2008). Bislang existieren wenige Arbeiten, die sich spezifisch der Situation von Müttern mit BPS und ihren Babys widmen (Newman und Stevenson 2008).

Die psychologischen Anforderungen an Elternschaft, die notwendige Toleranz gegenüber der Abhängigkeit des Kindes, die körperliche Beziehung zum Kind, Konflikte und die Erziehung des Kindes an sich können Mütter mit BPS überfordern. Die Überforderung zeigt sich häufig in Angst, Stress oder Ablehnung des Kindes (Hobson et al. 2009, Rahn 2001). Interpersonelle Stressoren lösen reale oder vermeintliche Zurückweisung und starke affektive Grundreaktionen aus.

Die Befunde der betroffenen Mütter offenbart eine beunruhigende aber für die Störung sehr charakteristische Art und Weise: So versuchen sie bei unterschwelliger Feindseligkeit vor allem mit idealisierenden oder verunglimpfenden Verhaltensweisen mit ihren Säuglingen in Beziehung zu treten (Hobson et al. 2009).

Hinzu kommt, dass es ihnen schwer fällt, aufgrund ihres erhöhten Erregungsniveaus auf ihre gefühlsmäßige Ausgangslage zurückzukehren. Sie zeigen infolgedessen Reaktionen, die von Außenstehenden (Säugling) kaum einzuordnen und zu verstehen sind (Kernberg et al. 2000, Rahn 2001). Erschwerend kommt hinzu, dass Patientinnen mit einer BPS mit großer Wahrscheinlichkeit in ihrer eigenen Kindheit überfordernde, missbräuchliche oder vernachlässigende Eltern erfahren haben mit negativsten Auswirkungen auf ihre eigene emotionale und psychologische Entwicklung (Perry und Herman 1993, Zanarini et al. 2000). Sie unterliegen einem hohen Risiko, ihre traumatischen frühen Beziehungen in der Interaktion mit dem Kind zu reinszenieren, ihre Kinder traumatischen Erfahrungen auszusetzen und deren soziale und emotionale Entwicklung zusätzlich zu gefährden (Barone et al. 2011, Hesse und Main 2006, Main und Hesse 1990, Newman und Stevenson 2008). Die Untersuchung von Müttern mit BPS zeigten, dass sie sich bereits ihren zwei Monate alten Säuglingen gegenüber weniger sensibler und dabei intrusiver als Mütter der gesunden Kontrollgruppe verhielten (Crandell et al. 2003).

Die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung gilt als große Herausforderung. In der Behandlung erschweren häufigere, länger anhaltende Krankenhausaufenthalte und häufige Therapieabbrüche die hohe Inanspruchnahme verschiedener Hilfesysteme und die Therapieresistenz bezüglich Medikation zu Gefühlen von Hilflosigkeit und Ohnmacht - sowohl auf Seiten der Behandler, als auch der Patientinnen (Bronisch 1996, Lieb et al. 2004, Morey et al. 2010).

1.4 Mütterliche Sensitivität

Soziale Interaktionen stellen einen Prozess dar, worin die Interaktionspartner ständige verbale und nonverbale Botschaften entschlüsseln. Nach der Geburt sind Säuglinge dazu fähig in Interaktion zu treten und diese durch Blickkontakt zu initiieren, aufrechtzuerhalten oder zu beenden. Die frühe Interaktion stellt daher einen Prozess der gegenseitigen Einflussnahme dar (Keller und Otto 2009). Die Effekte mütterlicher Krankheitsvariablen werden im Zusammenhang mit dem mütterlichen Fürsorgestil, der Mutter-Kind-Interaktion und kindlicher Fehlentwicklung häufig indirekt, durch sogenannte Mediatoren, mitbestimmt (Ramsauer et al. 2013). Die mütterliche Sensitivität gehört zu den „klassischen“ Einflussfaktoren auf die Entwicklung der Bindungsqualität, die schon von Bowlby und Ainsworth postuliert wurden, und Bestandteil der Bindungstheorie sind (Ainsworth et al. 1978, Bowlby 1969). In dieser Studie soll untersucht werden, inwieweit die mütterliche Psychopathologie die mütterliche Sensitivität und damit die täglichen Anforderungen der mütterlichen Fürsorge für den Säugling beeinflusst. Die mütterliche Sensitivität wird zunächst definiert, um im Folgenden deren Einfluss auf die Mutter-Kind-Interaktion klinisch gesunder und depressiv erkrankter Mütter zu beleuchten.

1.4.1 Definition der mütterlichen Sensitivität

Die mütterliche Sensitivität wird als Fähigkeit definiert, Signale und Bedürfnisse des Kindes wahrzunehmen, zu interpretieren und angemessen und prompt darauf zu reagieren (Ainsworth et al. 1978). Eine sensitive Mutter liest während der Interaktion die Signale des Kindes. Wenn es sich beispielsweise abwendet oder beginnt Anzeichen von Stress zu zeigen, reduziert sie die Stimulation, um eine Überstimulation zu vermeiden. Wenn das Kind einen Moment braucht, um sich selbst zu regulieren bevor es mit der Interaktion fortfahren kann, wird die sensitive Mutter abwarten und ihm die Zeit geben, ohne den Rückzug als persönliche Ablehnung zu empfinden.

Vor dem Hintergrund unterschiedlicher theoretischer Überlegungen, ist die Verwendung des Konstruktes der Sensitivität in der Forschung bisher uneinheitlich (Crowell et al. 1996). Shin et al. (2008) sahen sich hierdurch veranlasst eine Konzeptanalyse des Begriffes vorzunehmen, um eine Definition der Wichtigkeit und der Bedeutung des Begriffes zu finden. Sie fanden vier Attribute, die mütterliche Sensitivität definieren: Mütterliche Sensitivität ist ein dynamischer Prozess, zweitens ein wechselseitiger Prozess zwischen Mutter und Kind, sie beinhaltet drittens die Vorhersagbarkeit des mütterlichen Verhaltens und viertens die Qualität der mütterlichen Interaktion.

Die Ergebnisse der Baltimore-Studie identifizierten die mütterliche Sensitivität als klassischen Hauptprädiktor für kindliche Bindungssicherheit am Ende des ersten

Lebensjahres (Ainsworth et al. 1974). Ainsworth und Mitarbeiter konnten nachweisen, welchen Einfluss das mütterlich sensitive Verhalten auf das Befinden und das Verhalten des Säuglings hat. Entgegen der damals vorherrschenden Meinung, dass ein Säugling je mehr weint, desto mehr man auf ihn eingeht, konnten sie belegen, dass wenn eine Mutter prompt und einfühlsam auf das Weinen einging, das Kind im ersten Lebensjahr weniger weinte und stattdessen, mehr differenzierte Laute von sich gab (Bell und Ainsworth 1972). Die kindliche Entwicklung bedingt jedoch, entsprechend der sich verändernden kindlichen Bedürfnisse, eine fortwährende Adaptation der mütterlichen Sensitivität. Der konkrete Ausdruck sensitiven mütterlichen Verhaltens ist dabei von verschiedenen Faktoren abhängig. Das Alter des Kindes und auch dessen Entwicklungsstand spielt eine entscheidende Rolle. Beim Neugeborenen stellt die Anpassung der mütterlichen Handlungen an den emotionalen Erregungszustand ein Kennzeichen von Sensitivität dar. Das sensitive Verhalten beim sechs Monate alten Kind drückt sich im reziproken Spiel und im Schulalter dadurch aus, dass die Mutter für ihr Kind ansprechbar ist (Feldman et al. 2004). Die prompte Antwort der Mutter muss beim Säugling sehr viel schneller erfolgen als beim einjährigen Kind (Lohaus et al. 2004). Der Ausdruck sensitiven Verhaltens ist ebenso vom sozialen und kulturellen Kontext, sowie vom psychischen Gesundheitsstatus der Mutter abhängig.

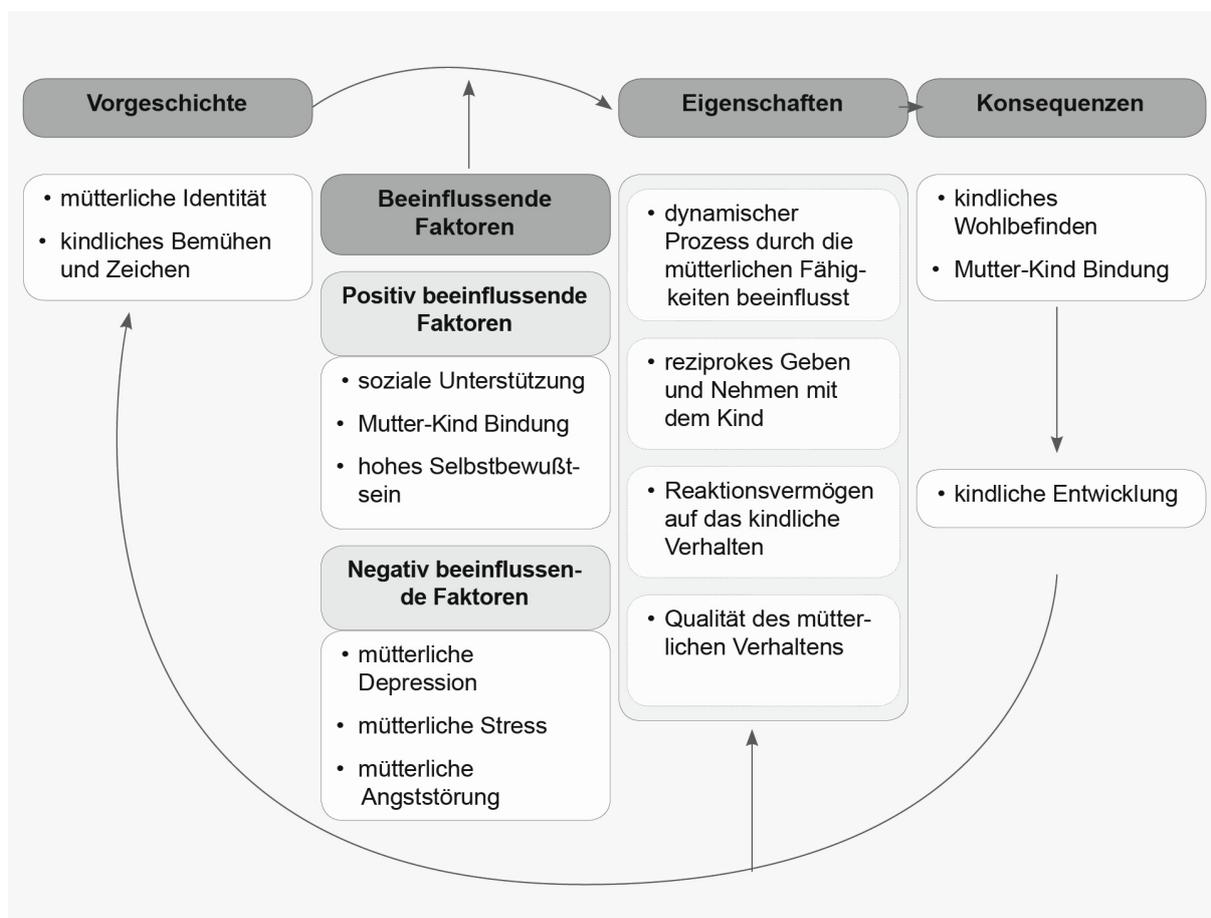


Abbildung 1: Konstrukt der mütterlichen Sensitivität nach Shin et al. (2008)

1.4.2 Ausdruck mütterlicher Sensitivität in Interaktion

Die Dyade mit „ungestörter“ Interaktion zeigt Engagement und liebevollen Affekt. Die Interaktionspartner sind aufeinander bezogen - im Blick, im vokalem Ausdruck und in der Haltung. Sie geben sich genügend Zeit und Raum zur Gestaltung und Variation der Interaktion (Deneke und Lüders 2003).

Für den Säugling ergibt sich aus der Erfahrung mit einer sensitiven Mutter die Gewissheit, dass die Mutter auch in Zukunft antworten wird und Quelle für Stimulation sein wird. Das daraus resultierende Gefühl der eigenen Effektivität entsteht aus der Erfahrung, dass das eigene Handeln einen Effekt hat und eine Reaktion des Gegenübers nach sich zieht (Sroufe 1997). Der Säugling erfährt zwei wichtige Komponenten der sensitiven Interaktion, nämlich die der Beruhigung und die der Selbstwirksamkeit.

Die förderliche Wirkung der mütterlichen Sensitivität auf die kindliche Entwicklung bestätigen viele vorliegende Berichte (De Wolff und van IJzendoorn 1997, van den Boom 1994). Einerseits entwickelt sich das Kind durch die Interaktion mit seiner Mutter und erlangt neue Fertigkeiten und andererseits wird die Interaktion durch die Entwicklung des Kindes weiterentwickelt. Die Mutter gibt dem Kind die Regulationshilfen, die es braucht, um sich so gut wie möglich auf das Spiel einstellen zu können. Sie kann die Eigeninitiative des Kindes zulassen und sich dem kindlichen Spiel anschließen, aber auch selbst die Interaktion beginnen und das Kind miteinbeziehen (Deneke und Lüders 2003). Kinder sensitiver Mütter zeigen mehr Explorationsverhalten, mehr fröhliche Vokalisation, einen besseren Umgang mit kurzzeitigen Deprivationen und in Konfliktsituationen eine höhere Kooperationsbereitschaft (Grossmann und Grossmann 2012, Grossmann und Grossmann 1991).

Beebe und Stern (1977) fanden, dass sowohl im positiven als auch im negativen Affektaustausch das Verhalten eines Interaktionspartners das Verhalten des anderen Interaktionspartners vorhersagbar macht. Diese gemeinsame Verhaltensregulation findet unbewusst statt, wird von der Mutter und dem Säugling internalisiert und stellt die Grundlage für das Gedächtnis dieser Beziehung dar. Downing et al. (2008) beschreiben den Prozess der affektiven Abstimmung zwischen Mutter und Kind idealtypisch als einen „interaktiven Tanz“. Dabei ist es optimal, wenn die Mutter den Rhythmus des Kindes aufgreifen kann, ihn leicht variiert ohne dabei das Kind aus dem eigenen Rhythmus zu bringen. Stern-Bruschweiler und Stern (1989) betonen in diesem Zusammenhang den gegenseitigen Einfluss des sensitiven Verhaltens auf die kognitive Entwicklung des Kindes und auf das Verhalten der Mutter. Leckman et al. (2004) bestätigen die Wechselwirkung zwischen einer sensitiven Mutter und ihrem Kind und sie konnten zeigen, dass eine sensitive Mutter mehr Körperkontakt mit ihrem Baby hat, dass dieser Körperkontakt bei ihr und ihrem Kind zu einer vermehrten Ausschüttung des Hormons Oxytozin führt, welches wiederum das

mütterliche Fürsorgeverhalten aktiviert (Leckman et al. 2004).

Nach Papousek und Papousek (1987) entspringt diese Kompetenz einer intuitiven Bereitschaft der Eltern, das Kind mit seinen Absichten, Emotionen und Bedürfnissen aus seinem Verhalten heraus zu erkennen und aus seiner Perspektive zu erfassen, was jedoch nicht immer gelingt. Tronick und Gianino (1986) charakterisieren die ungestörte Mutter-Kind-Interaktion als einen flexiblen Prozess, in dem ein kontinuierlicher Wechsel zwischen koordinierten und unkoordinierten interaktionellen Verhaltensweisen stattfindet. Tronick und Weinberg (1997) fanden in gesunden Dyaden große Anteile von nicht aufeinander bezogene Interaktionen. Diese würden in der Regel im beiderseitigen Bemühen repariert werden können: Das Kind müsse Signale von Unmut oder Langeweile zeigen, worauf die Mutter prompt und adäquat reagieren müsse (Ainsworth et al. 1978, Deneke und Lüders 2003).

Grossmann und Grossmann (2012) konnten im Verlauf der Jahre weitere Differenzierungen zwischen mütterlicher Sensitivität und Begriffen der Überbehütung oder Verwöhnung vornehmen. Sie postulierten, dass die Sensitivität der Mutter sich darin zeige, dass sie erst dann reagiere, wenn das Kind Bedürfnisse äußere, durch Zärtlichkeit die kindliche Selbständigkeit nicht begrenze und das Kind durch Ermutigung unterstütze Herausforderungen selbständig zu meistern. Laucht et al. (1994) konnten zeigen, dass diese positiven Effekte der Erfahrung mit einer sensitiven Mutter im ersten Lebensjahr bis ins Alter von acht Jahren anhielten. In der Fortsetzung ihrer Studie berichteten sie, dass Kinder von sensitiv interagierenden Müttern sowohl weniger internalisierende als auch weniger externalisierende Auffälligkeiten zeigten (Laucht et al. 2000).

Mangelnde Sensitivität seitens der Mutter konnte in mehreren Studien als Risikofaktor kindlicher Störungen belegt werden (Aviezer et al. 2003). Es wird davon ausgegangen, dass sich die kindliche Vulnerabilität aufgrund der Erfahrung mit mangelnder oder inkonstanter Sensitivität entwickelt und sich unter anderem in einem eingeschränkten Explorationsverhalten zeigt (Ainsworth et al. 1978, Egeland und Farber 1984, Main 1996, Main et al. 1985). Diese Faktoren können sich rückwirkend wechselseitig bedingen, was zur Aufrechterhaltung der verminderten Sensitivität, der Mütter beiträgt (Ramsauer et al. 2013). Aufgrund der mangelnden Sensitivität der Mutter muss der Säugling auf die Vermittlung von Rhythmus, Synchronizität, Ordnung, Routine und Vorhersagbarkeit verzichten. Aspekte, die das symbolische Denken fördern sowie die Fähigkeit zu mentalisieren, also eigene und mentale Zustände des anderen zu begreifen (Ramsauer et al. 2013). Im Folgenden soll die spezifische Auswirkung der mütterlichen Depressivität auf die Mutter-Kind-Interaktion beleuchtet werden.

1.4.3 Die mütterliche Sensitivität in der Interaktion mit depressiv erkrankten Müttern

Mit einer mütterlichen psychiatrischen Erkrankung sind eine Reihe von Risikofaktoren verknüpft, die nachhaltig mit der mütterlichen Fähigkeit auf das Kind zu reagieren interferieren und einen spezifischen Einfluss auf die kindliche Entwicklung besitzen (Ramsauer et al. 2013). Die mütterliche Sensitivität gilt in diesem Zusammenhang als Mediator, der indirekt die Effekte der psychiatrischen Erkrankung der Mutter auf die frühe kindliche Entwicklung vermittelt.

Obwohl es eine Vielfalt von Studien gibt, die den Zusammenhang zwischen mütterlicher Sensitivität und mütterlichem Fürsorgeverhalten bei depressiv erkrankten Müttern untersuchten bleibt unklar, wie mütterliche Sensitivität durch die Psychopathologie der Mutter beeinflusst wird. Studien, wie die National Institute of Child Health and Human Development, die in nicht-klinischen Stichproben (Allgemeinbevölkerung) depressiv erkrankte Mütter untersuchten (NICHD 1997) konnten keinen Zusammenhang zur kindlichen Entwicklung herstellen. Klinische Studien mit chronisch depressiven Müttern hingegen stellen einen deutlichen Zusammenhang zur kindlichen Entwicklung her (NICHD 1999).

Anhand der Untersuchung klinischer Stichproben konnte gezeigt werden, dass sowohl die Schwere als auch die Chronizität der mütterlichen Depression einen direkten Effekt auf die kindliche Entwicklung aufweist (Lyons-Ruth et al. 1999, McMahon et al. 2006, Teti et al. 1995, Trapolini et al. 2008). Lyons-Ruth et al. (2002) stellten fest, dass die Größe des Effektes im direkten Zusammenhang mit einer reduzierten mütterlichen Sensitivität steht. Campbell et al. (2007) bestätigten bisherige Ergebnisse und konnten einen Zusammenhang zwischen niedrigen Raten depressiver Symptome und höherer mütterlicher Sensitivität aufzeigen. Die entscheidende Rolle der mütterlichen Sensitivität im Verstehen der Transmission des Risikos der mütterlichen Psychopathologie gilt als bestätigt, dennoch bleibt unklar, welche Krankheitsfaktoren einer Depression zu einer Reduktion der mütterlichen Sensitivität führen (Mills-Koonce et al. 2007).

Als Faktoren, welche die mütterliche Sensitivität beeinflussen, gelten soziale Unterstützung (Aber et al. 1999), Stabilität der elterlichen Beziehung (Mulcahy et al. 2010), finanzieller, beruflicher Stress (Yeung et al. 2002) und die psychische Gesundheit der Eltern (Shin et al. 2008). Die Entwicklung eines Kindes fordert eine ständige Adaptation der mütterlichen Sensitivität und ist auch bei gesunden und emotional zugewandten Müttern nicht überdauernd in vollem Maße vorhanden, wie auch deren Kinder nicht immer uneingeschränkt kooperativ sind. Der Prozess der Adaptation erfordert sowohl Anstrengung von Seiten des Kindes, wie das Signalisieren von Befremden, Unmut und Langeweile, als auch die flexible Anpassung der Mutter in dem Bemühen, die kindliche Reaktion zu verstehen und die eigenen Äußerungen anzupassen. Das Gelingen einer Adaptation vermittelt

Vertrauen in die eigenen Kompetenzen sowohl der Mutter als auch des Kindes; ein nicht Gelingen aufgrund einer chronischen und schweren depressiven Erkrankung führt zu einer negativen Verstärkung (Tronick und Weinberg 1997). Eine gestörte Mutter-Kind-Beziehung kann zur Aufrechterhaltung der mütterlichen postpartalen Depression führen und damit die Mutter in ihrem sensitiven Umgang mit dem Kind weiter einschränken (Ramsauer et al. 2013).

Mills-Koonce et al. (2008) konnten die Adaptation der mütterlichen Sensitivität bei ungestörter Mutter-Kind-Interaktion und die Einschränkung dieser Möglichkeit aufgrund einer mütterlichen Psychopathologie darstellen. Sie stellten fest, dass depressive Mütter im zeitlichen Verlauf von 36 Monaten Unterschiede in der mütterlichen Sensitivität aufwiesen. Mütter mit ungestörter Mutter-Kind-Interaktion und depressiver Erkrankung zeigten im Verlauf der 36 Monate einen Anstieg der Sensitivität, Mütter mit gestörter Mutter-Kind-Interaktion zeigten im Verlauf der 36 Monate hingegen gleichbleibende Sensitivitätswerte. In der Subgruppe der Mütter mit schwer gestörten Interaktionsmustern zeigte sich sogar eine Reduktion der Sensitivität (Campbell et al. 2007, Teti et al. 1995).

Es bleibt unklar, wie die mütterliche Sensitivität und mütterliche Emotionalität zusammenhängen - vor allem bei negativer Emotionalität wie Trauer, Wut und Angst, die Ausdruck einer depressiven Erkrankung sind. Coyne et al. (2006) postulieren, dass Mütter, die versuchten ihre negativen Emotionen zu drosseln, Gefahr laufen ihre Fähigkeit, sich sensitiv den Bedürfnissen des Kindes zu widmen. Lernten die erkrankten Mütter hingegen ihre negativen Gefühle realer einzuordnen, erhöhte sich deren Kapazität für eine sensitive Interaktion. Dix et al. (2004) fanden heraus, dass depressive Mütter ihren Fokus auf die eigene Emotionalität legten anstatt auf die des Kindes. Lyons-Ruth et al. (1999) konnten zeigen, dass Mütter mit schweren depressiven Symptomen beim Scheitern ihrer mütterlichen Fürsorge mit unverarbeiteten Ängsten konfrontiert wurden, die im Kontakt mit dem Kind beängstigend sein können und dazu führen, dass Kinder Kontakt vermeiden und eine Anpassung der mütterlichen Sensitivität wechselseitig nicht gelingen kann.

Es gibt kein einheitliches Modell, das hinreichend erklärt, wie postpartale Depressionen zu negativen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung führen können (Trapolini et al. 2008). Das sensitive Verhalten der Mutter ist in der Transmission des Risikos bei mütterlicher Psychopathologie als bedeutsamer Faktor anzusehen. Hierbei erscheint der Faktor Komorbidität, sowie die Kovarianz verschiedener Störungsbilder, von entscheidender Relevanz bei der Ausbildung mütterlich sensitiven Verhaltens in der Interaktion mit dem Kind.

1.4.4 Der Einfluss des sozioökonomischen Status auf mütterliche Depression und das sensitive Fürsorgeverhalten

Die Erfassung des sozioökonomischen Status zielt nicht nur auf die Ermittlung und Beschreibung von sozioökonomischen Unterschieden im Krankheitsgeschehen der Depression ab, sondern stellt zusätzlich eine Einflussvariable dar. Die Bedeutung einer negativen Bilanz von Belastungen und sozialen Ressourcen bei Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung schlägt sich in weiteren psychischen Beeinträchtigungen nieder, sobald die persönlichen Ressourcen nicht ausreichen, um mit den belastenden Ereignissen und Situationen fertig zu werden.

Die Bedeutung des sozioökonomischen Status als Einflussvariable auf die Kindererziehung und damit auf die Kindesentwicklung ist mehrfach belegt. Er kann einerseits die Kindesentwicklung direkt beeinflussen oder sich auf unmittelbare Faktoren, auswirken, wie die Einstellung zur Erziehung und das Verhalten in der mütterlichen Fürsorge (Lerner et al. 2005). Dabei zeigt sich, dass Mütter mit höherem sozioökonomischen Status sowohl eine höhere Variationsbreite an täglicher Stimulation als auch an Förderung der verbalen Kommunikation ihrer Säuglinge aufzeigen. Die Kinder dieser Mütter sind emotional und verbal ansprechbarer, die Mütter bedienen sich seltener autoritärer Erziehungsstile (Papousek und Papousek 1987).

In der modernen Bindungsforschung finden die Kriterien Familienstatus, Bildung/Beruf der Mutter, Alter der Mutter und Alter des Kindes immer mehr Berücksichtigung. Anhand dieser Kriterien können Dauerbelastungen, soziale Ressourcen und Netzwerkbeziehungen, die erkrankte Mütter unterstützen spezifiziert werden. Um einen internationalen Vergleich des Kriteriums Bildung und Beruf der Mutter zu ermöglichen wurde das „International Standard Classification of Education (ISCED) ausgewählt. Damit liegt ein Klassifikationssystem vor, das sowohl die qualitativen Unterschiede in der schulischen und beruflichen Ausbildung berücksichtigt als auch einen internationalen Standard darstellt. Das ISCED ermöglicht es auch, Personen zuzuordnen, die sich noch in Ausbildung befinden. Dabei werden sieben hierarchisch angeordnete Stufen unterschieden - die Skala reicht von 0 (Vorschule) bis 6 (Promotion).

Ziel der Berücksichtigung der soziodemographischen Variablen dieser Studie ist es, zu überprüfen, inwieweit die mütterliche Diagnose unabhängig von sozioökonomischen Variablen einen Einfluss auf die mütterliche Sensitivität zeigt.

1.5 Ableitung der Fragestellung und Hypothesen

Vor dem Hintergrund der bisherigen Erörterung werden in diesem Kapitel die zentralen Fragestellungen und die zu überprüfenden Hypothesen abgeleitet. Schwerpunkt dieser Studie bildet der Einfluss der Komorbidität auf die mütterliche Sensitivität bei der Diagnose einer postpartalen Depression.

1.5.1 Ableitung der Fragestellung

Bis heute ist unklar, welche Auswirkung die mütterliche Psychopathologie auf die Fähigkeit der Mutter hat, sensitiv auf ihr Kind zu reagieren. Eine Vielzahl von Studien belegt, dass die Diagnose der Depression nicht in jedem Fall mit einer Reduktion der mütterlichen Sensitivität einhergehen muss.

Zum einen fehlten bisher statistische, zeit- und kosteneffektive Mess-Instrumente, die valide und reliabel, unter den heutigen Bedingungen der klinischen Forschung die Ergebnisse der Baltimore-Studie bezüglich der mütterlichen Sensitivität hätten bestätigen oder erweitern können (Pederson und Moran 1995). Die Entwicklung neuer Mess-Instrumente wurde aus wissenschaftlicher Sicht dringlich, um die über Jahre gemachten Erfahrungen in der Interaktionsbeobachtung im natürlichen Umfeld des Kindes, spezifische Laborbedingungen und spezifische Aspekte der mütterlichen Ansprechbarkeit gegenüber kindlicher Signalen zu integrieren (Pederson und Moran 1995, Smith und Pederson 1988). Pederson und Moran (1995) gelang es, in der Entwicklung des Mini-Maternal-Behavior-Q-Sort (MBQS) diesen Anforderungen gerecht zu werden.

Ergebnisse aktueller Studien legen nahe, dass angesichts der hohen Komorbidität der Major Depression eine standardisierte Diagnostik gemäß DSM-IV notwendig ist. Dies entspricht der differenzierten Diagnostik der mütterlichen Symptomatologie einschließlich komorbider Störungsbilder. Trotz der aktuellen Studien über den Zusammenhang zwischen mütterlicher Depression und mütterlicher Sensitivität wurde die mütterliche Sensitivität postpartal depressiver Mütter bisher weder in klinischen Stichproben untersucht noch bezüglich der Komorbiditäten der Depression differenziert.

1.5.2 Ableitung der Hypothesen

Die berichteten psychischen Komorbiditäten der Major Depression sollten Einfluss auf die mütterliche Sensitivität haben.

1.5.3 Hypothesen zum Zusammenhang zwischen der psychischen Erkrankung der Mutter und ihrer mütterlichen Sensitivität

Die Heterogenität klinischer Stichproben mit einer deutlich höheren Rate an Komorbiditäten lässt die Hypothese zu, dass die Anzahl und Art der Komorbiditäten einen Einfluss auf die mütterliche Sensitivität hat. In der vorliegenden Studie wurde die Heterogenität klinischer Stichproben berücksichtigt, indem sowohl Komorbiditäten der Achse-I und Achse-II-Störungen und ihre Anzahl Berücksichtigung fand. Die Schwere der mütterlichen Psychopathologie wird anhand der Anzahl komorbider Erkrankungen definiert und ihr Einfluss auf die mütterliche Sensitivität untersucht. Es werden folgende Hypothesen abgeleitet:

1.5.3.1 Nullhypothese

H0: Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer Major Depression und psychiatrischer Komorbidität (Achse-I- und Achse-II-Störungen) und mütterlicher Sensitivität.

1.5.3.2 Alternativhypothesen

H1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer Major Depression und psychiatrischer Komorbidität (Achse-I- und Achse-II-Störungen) und der mütterlichen Sensitivität.

H1.1: Der Zusammenhang zwischen einer Major Depression und der mütterlichen Sensitivität ist vom Ausmaß der Komorbidität (Anzahl und Qualität) abhängig.

H1.2: Bei Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Achse-II-Störung) besteht eine deutlich reduzierte mütterliche Sensitivität gegenüber allen anderen Müttern mit einer Major Depression und komorbiden Achse-I-Störungen.

II. Empirischer Teil

2 Methodik

In diesem Kapitel werden die praktischen und statistischen Vorgehensweisen dieser Untersuchung erläutert. Zunächst wird das Untersuchungsdesign und die Umsetzung erläutert, um dann die Stichprobenkonstruktion sowie eine kurze Beschreibung der Stichprobe anzuschließen.

2.1 Ort und Zeitpunkt der Studie

Die Studie wurde in der Kinder - und Jugendpsychiatrie, - psychotherapie und - psychosomatik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt. Dort wurden die Patientinnen rekrutiert, die Datenerhebung durchgeführt und das Datenmaterial ausgewertet.

2.1.1 Erhebung der Experimentalgruppe

Diese Untersuchung ist Teil der Hamburger Evaluationsstudie „Kreis der Sicherheit“ an der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Ramsauer et al. 2011).

Studienteilnehmer sind Mütter und ihre Babys, die über die Spezialambulanz für psychisch erkrankte Mütter mit Säuglingen rekrutiert wurden. Alle Mütter, welche die Teilnahmekriterien erfüllten und ihr Einverständnis zur Teilnahme gaben, wurden in die Studie eingeschlossen. Einschlusskriterien waren ein Alter des Kindes von 4 bis 9 Monaten zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses und das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung der Mutter (DSM-IV-Diagnose). Ausschlusskriterien seitens der Mutter sind eine akute psychiatrische Krise (Suizidalität), psychotische Erkrankungen, primärer Substanzmissbrauch und Intelligenzminderung (IQ<80). Kindliche Ausschlusskriterien sind schwere Entwicklungsstörungen des Kindes, z.B. Autismus.

Nachdem alle Mütter die Fragebögen ausgefüllt und zurückgegeben hatten, wurden nach eingehender Prüfung 68 der Datensätze verwendet.

2.2 Der Untersuchungsablauf

Im Rahmen der Untersuchung erfolgt die Videoaufnahme der Mutter-Kind-Interaktionen innerhalb derer die Mütter anhand aufgefordert wurden fünf Minuten mit ihren Kinder frei zu spielen und im Anschluss daran das Kind zu wickeln. Die Videodokumentation wurde anhand des Mini-MBQS bezüglich der mütterlichen Sensitivität geratet.

2.3 Beschreibung der Stichprobengruppe

2.3.1 Die Klinische Stichprobe

Die klinische Stichprobe setzte sich zusammen aus 53 Patientinnen, die sich im Rahmen unserer klinischen Studie an die Mutter-Kind-Einheit des UKE wandten. Alle Frauen hatten die Diagnose einer Major Depression gemäß DSM-IV (APA 1996). Diese Untersuchung ist Teil der Hamburger Evaluationsstudie „Kreis der Sicherheit“ an der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Ramsauer et al. 2011).

Alter der Studienteilnehmerinnen. Das mittlere Alter der Mütter der klinischen Stichprobe (n=53) lag bei 31,5 Jahren. Die jüngste Teilnehmerin war zum Zeitpunkt der Erhebung 21, die älteste 42 Jahre alt. Die Kinder der Mütter (n=53) hatten zu Beginn der Untersuchung ein Alter mit einem Mittelwert von sechs Monaten erreicht. Das jüngste Kind war vier und das älteste Kind zehn Monate alt.

Geschlecht des Kindes: Bei 44,5 Prozent der Kinder handelte es sich um weibliche Säuglinge.

Staatsangehörigkeit: Lediglich drei der Kinder hatten nicht die deutsche Staatsbürgerschaft. Die große Mehrheit der teilnehmenden Familien bestand aus deutschen Staatsangehörigen mit 94,3 Prozent. Eine der Mütter hatte die griechische, eine die serbische und eine die Staatsangehörigkeit Togos.

Beziehungsstatus und Wohnsituation: Alle Kinder lebten zum Zeitpunkt der Untersuchung mit ihren Müttern zusammen. 38,8 Prozent der Mütter waren zum Erhebungszeitpunkt verheiratet, 57,4 Prozent ledig und 3,8 Prozent geschieden.

Ausbildungsstatus der Eltern: Knapp die Hälfte der Mütter 49 Prozent hatten die Schule mit dem Abitur abgeschlossen, 15 Prozent hatten einen universitären Abschluss, 23 Prozent einen Realschulabschluss, 9 Prozent einen Hauptschulabschluss und 4 Prozent gar keinen Schulabschluss.

ISCED: Mit der „International-Standard Classification of Education (ISCED) liegt ein Klassifikationssystem vor, das qualitative Unterschiede in der schulischen und beruflichen Ausbildung berücksichtigt. ISCED wurde Anfang der 70er Jahre von der UNESCO als internationaler Standard entwickelt und zuletzt im Jahr 1997 überarbeitet. Die Mütter gehörten der Ebene 1 bis 5 der ISCED Klassifikation an, mit einem durchschnittlichen Wert von 3,4.

BDI: Der durchschnittliche Beck Depressionsinventar Score lag bei 24,1.

2.3.2 Nicht-klinische Stichprobe

Die Kontrollgruppe der nicht-klinischen Mütter wurde anhand des Beck-Depressions-Inventar geratet (Beck et al. 1988). Alle 15 Mütter erzielten Werte unterhalb von fünf und konnten somit als gesund definiert werden (Hautzinger et al. 1994).

Alter der Studienteilnehmerinnen. Das mittlere Alter der Mütter der klinischen Stichprobe (n=15) lag bei 36 Jahren. Die jüngste Teilnehmerin war zum Zeitpunkt der Erhebung 27 Jahre alt, die älteste 41 Jahre alt. Die Kinder der Mütter (n=15) hatten zu Beginn der Untersuchung ein Alter mit einem Mittelwert von 7,5 Monaten erreicht. Das jüngste Kind war vier und das älteste Kind zehn Monate alt.

Geschlecht des Kindes: Bei 53 Prozent der Kinder handelte es sich um weibliche Säuglinge.

Staatsangehörigkeit: Alle Kinder hatten die deutsche Staatsbürgerschaft. Jede teilnehmende Familie bestand aus deutschen Staatsbürgern.

Beziehungsstatus und Wohnsituation: 90 Prozent der Mütter waren zum Erhebungszeitpunkt verheiratet, 10 Prozent der Mütter waren ledig.

Ausbildungsstatus der Mütter: 80 Prozent der Mütter hatten die Schule mit dem Abitur abgeschlossen, 20 Prozent hatten einen Fachschulabschluss.

ISCED: Die Mütter gehörten der Ebene 4 und 5 der ISCED Klassifikation an, mit einem durchschnittlichen Wert von 4,5.

BDI: Der durchschnittliche Beck-Depressions-Inventar Score lag bei 3,7.

2.4 Methoden der Datenerhebung und Datenbeurteilung

2.4.1 SKID-I und -II

Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID) ist ein strukturiertes klinisches Interview, um Symptome, Syndrome und Diagnosen ausgewählter DSM-IV Achse-I- und Achse-II- (Persönlichkeitsstörungen) Diagnosen zu erfassen entsprechend der diagnostischen Kriterien des „Diagnostic and Statistical Manuals of Mental Disorders“ in seiner vierten Version (APA 1996, Fydrich et al. 1997, Wittchen et al. 1997). Das DSM besteht aus fünf Achsen, bei denen auf Achse-I klinische Störungen und Syndrome, auf Achse-II Persönlichkeitsstörungen gleichzeitig und unabhängig voneinander kodiert werden können.

Das SKID-I dient der Erfassung und Diagnostik ausgewählter klinischer Syndrome und Störungen wie affektiver Störungen, psychotischer Störungen, Störungen durch

psychotrope Substanzen, Angststörungen, somatoformer Störungen, Ess-Störungen und Anpassungsstörungen. Die Erhebung der Persönlichkeitsstörungen erfolgte durch das SKID-II. Diese multiaxiale Struktur ermöglicht sowohl eine differenzierte als auch eine komplexe Beschreibung der einzelnen Krankheitsbilder. Im Bereich der Persönlichkeitsstörungen auf Achse-II ist es (im Gegensatz zu einer ausschließenden Syndromdiagnose auf Achse-I) möglich, mehrere Persönlichkeitsstörungen gleichzeitig zu kodieren.

Durch den dreispaltigen Aufbau des Testheftes des SKID wurden die diagnostischen Algorithmen in die Struktur des Interviews integriert. Die erste Spalte besteht aus Einstiegsfragen, die entsprechend der DSM-IV-Diagnosen angeordnet sind. Parallel dazu befinden sich in der mittleren Spalte die entsprechenden Diagnosekriterien. Die Kodierung der diagnostischen Beurteilung erfolgt in der dritten Spalte.

Das SKID-II basiert auf zwei Prozeduren: Zuerst wird den Patienten ein Screening-Fragebogen für Persönlichkeitsstörungen vorgegeben (Antwortskalierung: Ja/Nein). In einem zweiten Schritt werden jeweils nur die Persönlichkeitsstörungen im strukturierten Interview nachexploriert, bei denen der Cut-off Wert im Fragebogen überschritten wurde. Beide Verfahren können sowohl bei ambulanten als auch bei stationären Patienten eingesetzt werden. Die Durchführungszeit betrug 60-90 Minuten.

Im Gegensatz zum DSM werden Persönlichkeitsstörungen im ICD gemeinsam mit Syndrombereichen anderer psychischer Störungen im Kapitel V (F) unter der Bezeichnung Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F6) klassifiziert (Rahn und Mahnkopf 2000). Gemeinsam ist beiden Diagnosesystemen, dass das Prinzip der Komorbidität gilt, d.h. das so viele Diagnosen vergeben werden können, die zur Beschreibung des Krankheitsbildes notwendig erscheinen.

Ursprünglich wurde das SKID entwickelt, um den Bedürfnissen von Forschern wie auch Klinikern in gleicher Weise gerecht zu werden. In der vorliegenden Studie wurde die SKID Forschungsversion eingesetzt, um eine Patientenpopulation für die spezifische Studie auszuwählen, und zu überprüfen, ob alle ausgewählten Patientinnen die wesentlichen Einschlusskriterien der Studie erfüllen, sowie die diagnostischen Ausschlusskriterien für die Studie zu ermitteln, wie Substanzmissbrauch, psychotische Erkrankungen und Intelligenzminderung.

In Feldstudien und klinischen Kollektiven wurde eine befriedigende diagnostische Reliabilität des SKID bestätigt (Wittchen 1998). Maffei et al. (1997) fanden beim SKID-II für DSM-IV Interrater-Reliabilitäten zwischen Kappa von 0,48 und 0,98 für die kategoriale Auswertung der Diagnosen und der Intraklassenkorrelations-Koeffizienten von 0,90 bis 0,98 für die dimensionale Auswertung. Die Übereinstimmung des Interviews mit dem Urteil eines erfahrenen Klinikers hingegen waren gering (Hyler et al. 1992).

2.4.2 Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Die Kontrollgruppe der klinisch nicht depressiven Mütter wurde anhand des Beck-Depressions-Inventar (BDI) geratet (Hautzinger et al. 1995). Das BDI ist ein weltweit verbreitetes Instrument zur Erfassung des Schweregrades einer klinisch manifesten Depression sowie ein Screeninginstrument, das in der Normalbevölkerung eingesetzt werden kann.

Das aus insgesamt 21 Items bestehende BDI lässt die Probanden das Auftreten und die Ausprägung depressiver Symptome in den letzten Wochen einschätzen (Hautzinger et al. 1995). Bei den meisten Items ist die Aussage vierfach abgestuft (kodiert durch Punkte von 0-3). Je höher der Schweregrad der beschriebenen Symptomausprägung, desto höher ist die Punktzahl. Ein Gesamtwert von 18 und größer wird als klinisch relevant angesehen, da er mehr als zwei Standardabweichungen über dem Mittelwert einer gesunden Kontrollgruppe, eine Standardabweichung unter dem Mittelwert einer psychosomatischen Patientengruppe und minus eine halbe Standardabweichung einer depressiven Patientengruppe liegt. Werte unterhalb von 5 werden als klinisch gesund definiert (Hautzinger et al. 1995).

Die psychometrischen Kennwerte dürfen insgesamt als zufriedenstellend bis gut bewertet werden, eine entsprechende Übersicht findet sich bei Beck, Aaron T., Steer und Garbin (1988). Es wurden bisher gute interne Konsistenzwerte, stabile Retest-Reliabilitäten, gute Konstruktvalidität, Differenzvalidität beim Vergleich klinischer und nicht-klinischer Stichproben und Änderungssensitivität bei Therapie beschrieben (Hautzinger et al. 1995). Die inhaltliche Validität darf trotz bestehender Kritik als hoch beurteilt werden (Sayer et al. 1993).

2.4.3 Kurzversion des Maternal-Behavior-Q-Sort (Mini-MBQS)

Das Maternal-Behavior-Questionnaire Sort (kurz: MBQS, (Pederson und Moran 1995)) wurde als ein Verfahren zur Erfassung der mütterlichen Sensitivität nach Beobachtung ihres Verhaltens im natürlichen Kontext entwickelt. Es stellt eine kosten- und zeiteffiziente Alternative zu den Sensitivitätsskalen von Ainsworth dar.

Das MBQS ist ein Verfahren, welches auf der Q-Sort-Methode basiert (Block 1978, Waters und Deane 1985). Die erste Version bestand aus 150, die inzwischen mehrfach überarbeitete Form enthält 90 Items. Die Kurzversion des MBQS (Mini-MBQS), das mit 25 Kriterien für eine zehnminütige Kodierung einer Videoaufnahme der Mutter-Kind-Interaktion entwickelt wurde, ist Grundlage der Erhebung der mütterlichen Sensitivität in dieser Studie. Die Nachteile der Langversion des MBQS sind, dass es nach wie vor einen technischen und hohen Zeitaufwand fordert. Die Erhebung bedeutet zunächst einen zweistündigen Hausbesuch, die Sortierung der

90 Items des MBQS 45 min., welches für jede Untersuchung zwei bis fünf Stunden Arbeit fordert (Pederson et al. 1998, Tarabulsky et al. 2008).

Es wird ein breites Spektrum von mütterlicher Verhaltensbeobachtung erfasst, entsprechend der Definition der Sensitivität nach Ainsworth (Pederson und Moran 1995). Die Merkmale beschreiben das mütterliche Verhalten, ihren interaktiven Stil, ihre Sensitivität gegenüber ihrem Kind, Interaktionen in der Fütterung und die Anordnung des Raumes (der Position der Mutter, Umgang der Mutter) entsprechend den Bedürfnissen des Säuglings. Die 25 Kriterien der Kurzversion Mini-MBQS wurden entsprechend eines Ratings identifiziert, das höhere und niedrigere Level von prototypisch sensitiven Müttern aufzeigte, die signifikant assoziiert waren mit der Erhebung der Bindungssicherheit anhand der Fremden Situation, dies ergab 16 Kriterien. Neun weitere Kriterien wurden identifiziert anhand von Ergebnissen von Bailey et al. (2007), die herausfinden konnten, dass bestimmte Kriterien des MBQS die Sensitivitäts-Bindungs-Assoziation beschrieben, die in der natürlichen Umgebung beobachtbar ist.

Die Durchführung des Mini-MBQS

25 Items werden auf Kärtchen gedruckt und den Ratern vorgelegt. Ihre Aufgabe ist es, die jeweiligen Verhaltensweisen hinsichtlich ihrer Relevanz für das Verhalten der beobachteten Mütter einzuschätzen. Dabei werden einzelne Kriterien nach dem Grad ihres Zutreffens in Kategorien eingeordnet, entsprechend einer vorgegebenen Verteilungsform mit festgelegten Häufigkeiten. Hierzu erfolgt die Sortierung der Karten in insgesamt fünf Stapel von „sehr passende Beschreibung der Mutter“ über „nicht beobachtbar oder mal zu beobachten, mal nicht zu beobachten“ bis zu „sehr unpassende Beschreibung der Mutter“. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass nach der endgültigen Sortierung jedem Stapel nur fünf Items zugeordnet werden dürfen.

Die Legetechnik besteht aus drei Phasen. Nach zehnminütiger Verhaltensbeobachtung der Dyade beim freien Spielen werden die Karten in drei Stapel verteilt, die Karten „sehr passende Beschreibung der Mutter“ in den rechten Stapel, in den mittleren Stapel kommen Karten, deren Items nicht beobachtet wurde, die Mutter nur mäßig beschreibt oder mal die Mutter passend beschreiben, mal unpassend. Die Karten zu „unpassende Beschreibung der Mutter“ kommen in den linken Stapel. Dann wird der Stapel links nochmals sortiert, um die fünf zu Karten zu finden, die „die Mutter am wenigsten passend beschreiben“, die restlichen Karten aus diesem Stapel werden einem neuen Stapel der „die Mutter weniger passend beschreibend“ zugeteilt. Nun wird der Stapel der „die Mutter am eindeutigsten passend beschreibt“ erneut sortiert, bis fünf Karten übrig bleiben, die „die Mutter am eindeutigsten passend beschreibt“. Die übrigen Karten werden in einen neuen Stapel sortiert, der

diejenigen Karten enthält, die „die Mutter etwas weniger passend beschreiben“. Es liegen nun fünf Stapel vor. Der mittlere Stapel wird sortiert, um die fünf Karten zu finden deren Items nicht beobachtet wurden oder nur „mäßig die Mutter beschreiben“. Alle 25 Karten müssen mit jeweils fünf Karten in den entsprechenden Stapeln verteilt sein.

Jedes Item erhält bei dieser Vorgehensweise einen Skalenwert von eins bis fünf, abhängig von der Nummer des Stapels, dem es zugeordnet wurde. Zur Auswertung wird das Itemprofil jeder Mutter mit dem Kriteriumsprofil einer „idealtypisch sensitiven Mutter“ korreliert. Der erhobene Sensitivitätsscore des Mini-MBQS entspricht daher der Korrelation zwischen dem Q-Sort der untersuchten Mutter und dem Expertenscore der prototypisch sensitiven Mutter. Das Ergebnis im Mini-MBQS zeigt für jede Mutter eine Korrelation, welche die Ähnlichkeit mit dem oben beschriebenen Expertenprofil angibt. Je höher also das Itemprofil einer individuellen Mutter mit dem Kriteriumsprofil korreliert, desto sensitiver ist die untersuchte Mutter. Dieser Sensitivitätsscore wird interpretiert als ein Wert auf einem linearen Kontinuum von „-1= maximal insensitiv“ bis „+ 1= maximal sensitiv“.

Die in dieser Studie eingesetzte Kurzversion des MBQS mit einer Auflistung der Items, versehen mit Erläuterungen zu ihrem Verständnis, sowie das Expertenprofil finden sich im Anhang.

Aus wissenschaftlicher Sicht, ist dieses Ratingsystem aus verschiedenen Gründen beeindruckend. Es basiert auf die Erkenntnisse aus der Forschung von Ainsworth et al. (1978), auf die über Jahre gemachte Erfahrung der Testentwickler in der Interaktionsbeobachtung im natürlichen Umfeld des Kindes und integriert die Ergebnisse von spezifischen Laboruntersuchungen der mütterlichen Ansprechbarkeit gegenüber den kindlichen Signalen (Pederson und Moran 1995, Smith und Pederson 1988). Die Auswahl der Kriterien entspricht hiermit dem Ergebnis jahrelanger Forschung und genauer Untersuchung der Mutter-Kind-Interaktion aus vielen Blickwinkeln betrachtet.

Die Q-Sort Methode weist im Vergleich zu Ratingskalen oder Verhaltenskodierungen methodische und konzeptionelle Vorteile auf. Sie zwingt den Beobachter sich sowohl das kindliche als auch das mütterliche Verhalten detailliert anzusehen. Es hat den Vorteil der deskriptiven Vorteile der Verhaltenskodierungen. Es ermöglicht, dass jedem Verhalten eine unterschiedliche Gewichtung zugeteilt werden kann, bezogen auf die psychische Signifikanz des Verhaltens (Pederson und Moran 1995). Pederson und Moran (1995) führten als weiteren Vorteil dieses Verfahrens an, dass zur Bearbeitung des Mini-MBQS für die Mutter-Kind-Dyade eine nicht belastende, ausführliche Verhaltensbeobachtungen auch anhand von Videosequenzen genügen, so dass das Mini-MBQS wiederholt durchgeführt und somit zur Erforschung von Veränderungen in der mütterlichen Sensitivität eingesetzt werden kann.

Reliabilität und Validität

Tarabulsky et al. (2008) untersuchten die Reliabilität der Kurzversion des MBQS (Mini-MBQS) anhand von zehn Dyaden und fand mit $r = 0.94$, $p < 0.0001$ eine hohe Signifikanz, die kurze Version des MBQS (Mini-MBQS) im Vergleich zur langen Version signifikant ($p < 0.5$). Sie ist stabil über eine Zeitspanne von vier bis acht Monaten und reliabel unter verschiedenen Ratern ($r > 0.80$) (Atkinson et al. 1999, Bailey et al. 2007, Tarabulsky et al. 2005). Die Untersuchung des mütterlichen Verhaltens anhand des MBQS zeigt im Vergleich zu anderen Instrumenten wie den Ainsworth Skalen eine gute Konvergenzvalidität (Moran et al. 1992). Aufgrund seiner guten Konstruktvalidität, zeigt die Forschung die das MBQS benutzt, dieses als valides und reliables Mess-Instrument. Diese Ergebnisse zeigen auf, dass auch die Kurzversion des MBQS reliabel und valide die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion in einem zehnminütigen Video abbildet (Tarabulsky et al. 2008).

Zusammenfassend ermöglicht das Mini-MBQS Bindungsforschern eine differenzierte Beobachtung der Qualität der Mutter-Kind-Interaktionsbeobachtung (Tarabulsky et al. 2008). Die Kurzversion des MBQS (Mini-MBQS) stellt ein zeit- und kosteneffizientes Mess-Instrument dar, welches es möglich macht, eine valide Messung des mütterlichen Interaktionsverhaltens vorzunehmen.

2.4.4 Soziodemographische Daten

Die Erfassung des sozioökonomischen Status ist vor allem geeignet, um Lebensbedingungen und daraus resultierende Gesundheitschancen der Bevölkerung zu beschreiben. Konzeptionell ist er an den berufsnahen Dimensionen (Schulbildung, Beruf, Beschäftigung) sozialer Ungleichheit ausgerichtet (Lambert und Kurth 2007). Mit der „International-Standard Classification of Education (ISCED) liegt ein Klassifikationssystem vor, das qualitative Unterschiede in der schulischen und beruflichen Ausbildung berücksichtigt. ISCED wurde Anfang der 70er Jahre von der UNESCO als internationaler Standard entwickelt und zuletzt im Jahr 1997 überarbeitet.

Der Fragebogen zur Basisdokumentation (BADO) der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik der Universitätsklinik Eppendorf erfasst soziodemographische Daten der Mutter und des betreffenden Kindes. Im allgemeinen Teil werden Geburtsdaten, das Geschlecht des Kindes und die Staatsangehörigkeit erfasst. Weitere Fragen thematisieren die Lebens- und Wohnsituation der Mutter (Beziehungsstatus oder Anzahl der Personen im Haushalt). Der sozioökonomische Status der Mutter wird anhand des Ausbildungsstaus und der beruflichen Tätigkeit erfasst.

Für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit sind insbesondere das Alter des Kindes, das Alter der Mutter, deren Schulbildung, die berufliche Situation und der Schweregrad der Depressivität gemessen am BDI (Beck-Depressions-Inventar) von Interesse.

2.5 Statistische Verfahren zur Analyse und Auswertung der Daten

Die Aufarbeitung und Auswertung der Untersuchungsdaten wurde mit SPSS 14.0 für Windows durchgeführt. Bei der Erstellung der Diagramme kam Microsoft Excel zum Einsatz. Die Auswertungsverfahren, die in der vorliegenden Arbeit verwendet wurden, sind statistische Standardverfahren. Sie sind in den einschlägigen Statistiklehrbüchern für Psychologinnen und Psychologen (Bortz 2005, Bühner und Ziegler 2009, Sedlmeier und Renkewitz 2008) enthalten und können dort bei Bedarf nachgelesen werden.

Die Intraklassen-Korrelation (ICC) ist ein parametrisches statistisches Verfahren zur Quantifizierung der Interrater-Reliabilität zwischen mehreren Beurteilern, in Bezug auf mehrere Beobachtungsobjekte. Die Intraklassen-Korrelation (Intra-Class-Correlation, ICC) setzt intervallskalierte Daten voraus (Wirtz und Caspar 2002). Sie ist ein Maß für die Varianzaufklärung. Somit ist der Wertebereich definitionsgemäß auf den Bereich zwischen 0 und 1 beschränkt. Die Intraklassen-Korrelation ist ein Maß für die Varianzaufklärung. Somit ist der Wertebereich definitionsgemäß auf den Bereich zwischen 0 und 1 beschränkt. Sie gibt den Anteil der Varianz der wahren Merkmalsausprägungen an, der durch den Mittelwert verschiedener Rater aufgeklärt werden kann. Sie kann negativ werden, aber dann ist dies als Hinweis zu deuten, dass der Anteil der aufgeklärten Varianz null ist.

2.5.1 Hinweise zur Datenanalyse

2.5.1.1 Einfaktorielle Univariante Varianzanalyse (ANOVA)

Bei Gruppenvergleichen hinsichtlich einer einzelnen Variable kam eine einfaktorielle univariante Varianzanalyse (ANOVA) zum Einsatz. Dabei stellt die Gruppenvariable den Faktor dar. Die Varianzanalyse stellt ein parametrisches Verfahren dar, das die Unterschiede zwischen mehr als zwei Mittelwerten untersucht. Ein signifikantes Ergebnis der Varianzanalyse besagt demnach, dass sich mindestens zwei Mittelwerte signifikant unterscheiden. Zeigte sich bei einer ANOVA ein signifikanter Haupteffekt, so wurden Post-hoc-Tests angeschlossen um aufzuklären, zwischen welcher der Gruppen signifikante Unterschiede bezüglich der durchschnittlichen Sensitivität bestanden. Als Post-hoc-Test wurde der Bonferroni-Test gewählt. Um einen spezifischen Gruppenvergleich durchführen zu können, wurde im Rahmen der

Varianzanalyse zusätzlich ein Kontrast auf Signifikanz getestet.

Die Anwendung jeder Form der Varianzanalyse ist an die Voraussetzung „der Normalverteilung der abhängigen Variable in der Grundgesamtheit pro Gruppe“ und an die „Fehlervarianzhomogenität“ gebunden. Die Prüfung auf Normalverteilung erfolgte sowohl graphisch als auch durch statistische Methoden. Die statistische Prüfung auf univariante Normalverteilung erfolgte durch den Shapiro-Wilk-Test, da dieser für kleine Stichproben empfohlen wird (Yazici und Yolacan, 2007).

Wenn die Annahme der Normalverteilung verletzt ist, kann damit auf drei verschiedene Arten umgegangen werden. Zum einen können dennoch klassische Varianzanalysen gerechnet und auf deren Robustheit vertraut werden, zweitens kann auf ein Verfahren mit weniger restriktiven Annahmen zurückgegriffen werden (nichtparametrische Varianzanalysen) und drittens können die Daten durch geeignete Transformationsmechanismen einer Normalverteilung angenähert werden. Da die Voraussetzung der Normalverteilung in dieser Untersuchung verletzt war, wurden Varianzanalysen und nicht-parametrische Testverfahren zur Bestätigung der Robustheit der Varianzanalysen durchgeführt.

2.5.1.2 Jonkheere-Terpstra-Test

Als nicht-parametrisches Verfahren wurde der Jonkheere-Terpstra-Test gewählt. Dieser ist ein Trendtest, der bei ordinalskalierten Daten angewendet werden kann. Der Jonkheere-Terpstra-Test ist ein parameterfreier statistischer Test, mit dem ähnlich wie beim Kruskal-Wallis-Test verglichen wird, ob sich verschiedene unabhängige Stichproben (Gruppen) hinsichtlich einer mindestens ordinalskalierten Variablen unterscheiden. Der Unterschied zum Kruskal-Wallis-Test ist, dass hier auf das Vorliegen eines Trends zwischen den Gruppen getestet wird.

Das Signifikanzniveau wurde bei allen Berechnungen auf 5 Prozent festgelegt. Mussten im Rahmen der globalen Hypothese mehrere Einzeltests durchgeführt werden, wurde das Signifikanzniveau mithilfe der Bonferroni-Korrektur adjustiert. Dadurch konnte die Kumulation des alpha Fehlers vermieden werden. Bei den post-hoc eingesetzten Bonferroni-Test ist eine Bonferroni-Korrektur nicht notwendig, da diese die Korrektur des Alpha-Niveaus bereits berücksichtigt (Bortz, 1999).

2.5.1.3 Kovarianzanalyse (ANCOVA)

Die Kovarianzanalyse (ANCOVA) verbindet die Varianzanalyse (ANOVA) mit der linearen Regressionsanalyse. Ziel ist es die Auswirkung nicht relevanter unabhängiger Faktoren auf die abhängige Variable auszuschließen. Die Voraussetzung zur Berechnung einer Kovarianzanalyse entsprechen denen der ANOVA (siehe 2.5.1.1). Daneben wird analog zur linearen Regression eine

lineare Abhängigkeit der abhängigen von den unabhängigen Variablen vorausgesetzt.

3 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden zunächst die Ergebnisse zur Interraterreliabilität (ICC) dargestellt. Anschließend wird die Stichprobe hinsichtlich der Diagnosen, der Verteilung der Komorbiditäten und der Kategorisierung der depressiven Mütter beschrieben. Die abhängige Variable der mütterlichen Sensitivität wird auf Normalverteilung geprüft und eine geeignete Transformation der Daten vorgenommen. Die Verteilung der Sensitivität in der Gesamtstichprobe sowie in den einzelnen Gruppen wurde anhand einer graphischen Darstellung und deskriptiver Statistiken näher untersucht, um im Anschluss die Ergebnisse zu den Hypothesen im Zusammenhang mit den nicht transformierten mütterlichen Sensitivitätswerten darzustellen. Abschließend wird mithilfe der Kovarianzanalyse der Einfluss sozioökonomischer Daten auf den Zusammenhang zwischen psychopathologischem Befund der Mutter (Gruppenzugehörigkeit) und mütterlicher Sensitivität überprüft.

3.1 Interraterreliabilität (ICC)

Die Studienteilnehmerinnen, je eine Mutter mit ihrem Kind wurden für eine 10 minütige Videoaufnahme der Mutter-Kind-Interaktion beim freien Spielen und Wickeln untersucht. Die Kodierung des kindlichen und mütterlichen Verhaltens wurde anhand des miniMBQS (Kurzversion des MBQS), Version 3.1 (Pederson, Moran und Bento, 1999) vorgenommen. Die Raterinnen waren blind für alle anderen diagnostischen Untersuchungen der Dyade. Die Interraterreliabilität der beiden Untersucherinnen wurde an 23 Dyaden ermittelt. Sie wurde berechnet als Intraklassen-Korrelation (ICC) bei der dimensionalen Auswertung des Interviews. Die Übereinstimmung zwischen zwei Raterinnen hinsichtlich der Sensitivitäts-Scores von 23 Videos lag bei einem Kappa von 0,90 bis 0,98.

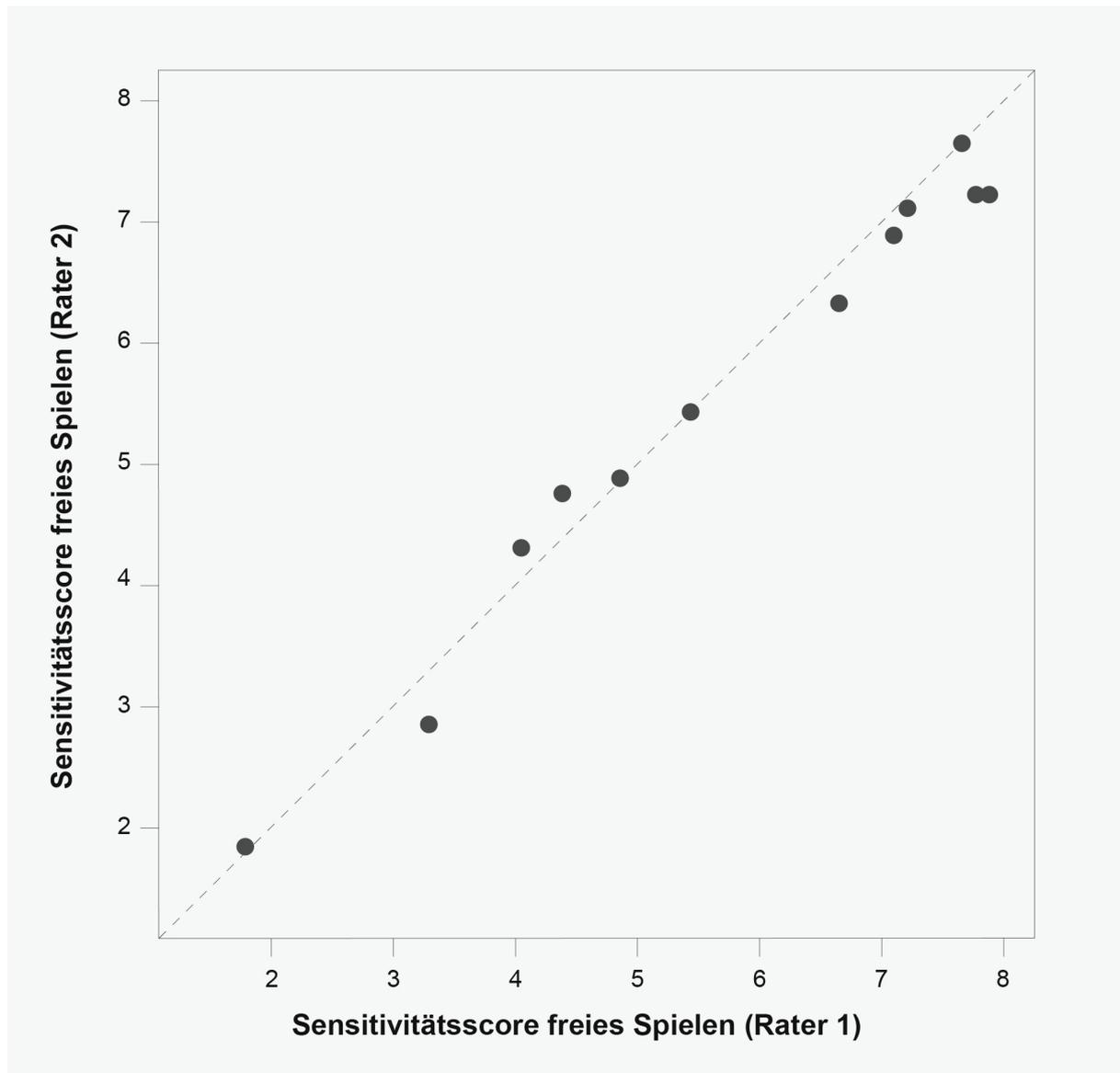


Abbildung 2: Regressionsgerade der Sensitivitätsscores Rater 1 (X-Achse) zu Rater 2 (Y-Achse) beim freien Spielen

3.2 Beschreibung der Stichprobe

3.2.1 Diagnosen, Komorbidität und Einteilung der Gesamtstichprobe

Bei allen Patientinnen wurden die Diagnosen mithilfe des SKID-I und -II (DSM-IV-Diagnosen) erfasst. Alle 53 Mütter der klinischen Stichprobe erfüllten die Kriterien einer Major Depression; komorbide Störungen der Achse-I und -II sind in Tabelle 1 aufgelistet. Im Folgenden werden die Komorbiditäten aller depressiven Mütter sowie die Komorbiditäten der drei Gruppen depressiver Mütter näher beschrieben.

Die klinische Stichprobe wies eine erhebliche Komorbidität auf. Tabelle 1 zeigt die prozentualen Häufigkeiten der Syndrome: 83 Prozent der Patientinnen wiesen Komorbiditäten auf, 64 Prozent erfüllten die Kriterien einer Angststörung, davon 22,6

Prozent Panikstörungen und 17 Prozent sozialen Phobien, 34 Prozent die Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, 33,9 Prozent Ess-Störungen, wobei 9,4 Prozent Anorexia nervosa und 24,5 Prozent Bulimia nervosa, 17 Prozent der Posttraumatischen Belastungsstörung, sekundärer Suchtmittelmissbrauch mit 32,1 Prozent, wovon 13,2 Prozent Cannabis, 3,8 Prozent Opiate, 1,9 Prozent Amphetamine und 13,2 Prozent Alkoholmissbrauch, 9,4 Prozent Zwangsstörungen, 3,8 Prozent Somatisierungsstörungen und 3,8 Prozent Dissoziative Störungen.

Tabelle 1: Komorbide Störungen nach DSM IV der MD dieser Stichprobe

ICD-10	Störung	Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3		Gesamt	
		N=16	30.1%	N=19	35.9%	N=18	34.0%	N=53	100%
		n	%	n	%	n	%	n	%
F40.1	Soziale Phobie	2	12.5	3	15.8	4	22.0	9	17.0
F41.9	Angststörung	1	6.3	9	47.4	3	16.7	13	24.5
F41.0	Panikstörung	0	0.0	7	37.0	5	27.8	12	22.6
F42.9	Zwangsstörung	0	0.0	3	15.8	2	11.0	5	9.4
F43.1	PTBS	0	0.0	3	15.8	6	33.0	9	17.0
F44.9	Dissoziative Störung	0	0.0	1	5.3	1	5.6	2	3.8
F45.0	Somatisierungsstörung	0	0.0	0	0.0	2	11.0	2	3.8
F50.0	Anorexia nervosa	0	0.0	2	10.5	3	16.7	5	9.4
F50.2	Bulimia nervosa	1	6.3	7	37.0	5	27.8	13	24.5
F10.1	Alkoholmissbrauch	1	6.3	1	5.3	5	27.8	7	13.2
F11.2	Opiatmissbrauch	0	0.0	0	0.0	2	11.0	2	3.8
F12.1	Cannabismissbrauch	0	0.0	1	5.3	6	33.0	7	13.2
F15.1	Amphetaminmissbrauch	0	0.0	1	5.3	0	0.0	1	1.9
F60.3	Borderline-Persönlichkeitsstörung	0	0.0	0	0.0	18	100	18	34.0

MD= Major Depression, Stichprobengröße der klinischen Mütter (n=53), PTBS=Posttraumatische Belastungsstörung,

3.2.2 Einteilung der Gesamtstichprobe in 3 Diagnosegruppen und einer Kontrollgruppe

Die Inhomogenität der klinischen Stichprobe macht die Berücksichtigung der psychischen Beeinträchtigung der depressiv erkrankten Mütter notwendig. Zunächst wurde eine Gruppeneinteilung nach Anzahl der vorliegenden psychischen Komorbiditäten der Achse-I-Störungen vorgenommen. Dabei wurde aufgrund der

klinischen Einschätzung der Mütter die Unterscheidung zwischen weniger und mehr als zwei psychischen Komorbiditäten der Achse-I-Störungen vorgenommen. Die hohe Rate der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Komorbidität der Achse-II-Störung) veranlasste eine weitere Unterteilung der Mütter mit mehr als zwei psychischen Komorbiditäten der Achse-I-Störung, in eine Gruppe mit und eine ohne zusätzlicher BPS. Die Überlegungen führten zu folgender Einteilung:

Gruppe 1: Patientinnen mit einer MD und höchstens einer komorbiden Störung der Achse-I, Gruppe 2: Patientinnen mit einer MD und mindestens 2 komorbiden Störungen der Achse-I, Gruppe 3: Patientinnen mit MD mindestens 2 komorbiden Störungen der Achse-I und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, einer Störung der Achse-II. Gruppe 0 entspricht der Kontrollgruppe, der nicht-klinischen Mütter. Alle Mütter der Kontrollgruppe erzielten einen BDI Score unter 5 Punkten, entsprechend der Definition einer klinischen Gesundheit (Hautzinger et al. 1995).

Tabelle 2: Numerische Darstellung der Subgruppeneinteilung (Gruppe 0 bis 3)

		Wertelabel	N
Major Depression	0.00	Gruppe 0 (Kontrollgruppe)	15
	1.00	Gruppe 1 (< 2 Komorbiditäten Achse I)	16
	2.00	Gruppe 2 (≥ 2 Komorbiditäten Achse I)	19
	3.00	Gruppe 3 (≥ 2 Komorbiditäten Achse I & BPS Achse II)	18

Anmerkung: N= Anzahl , BPS=Borderline-Persönlichkeitsstörung, Stichprobengröße(n=68)

3.2.3 Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen und soziodemographischer Variablen (Alter der Mutter, Alter des Kindes, International-Standard Classification of Education (ISCED)), sowie des Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Alter der Mutter Die Gruppen unterscheiden sich signifikant im Alter der Mutter ($p < .05$). Der lineare Trend von Gruppe 0 bis 3 ist ebenfalls signifikant ($p < .05$), er untersucht ob mit steigender Quantität und Qualität der psychischen Komorbiditäten der MD, das Alter der Mutter signifikant abnimmt.

Alter des Kindes Die Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant bezüglich des Alters des Kindes ($p = .098$). Mit steigender Quantität und Qualität der Komorbiditäten sind die Kinder jedoch signifikant jünger ($p < .05$).

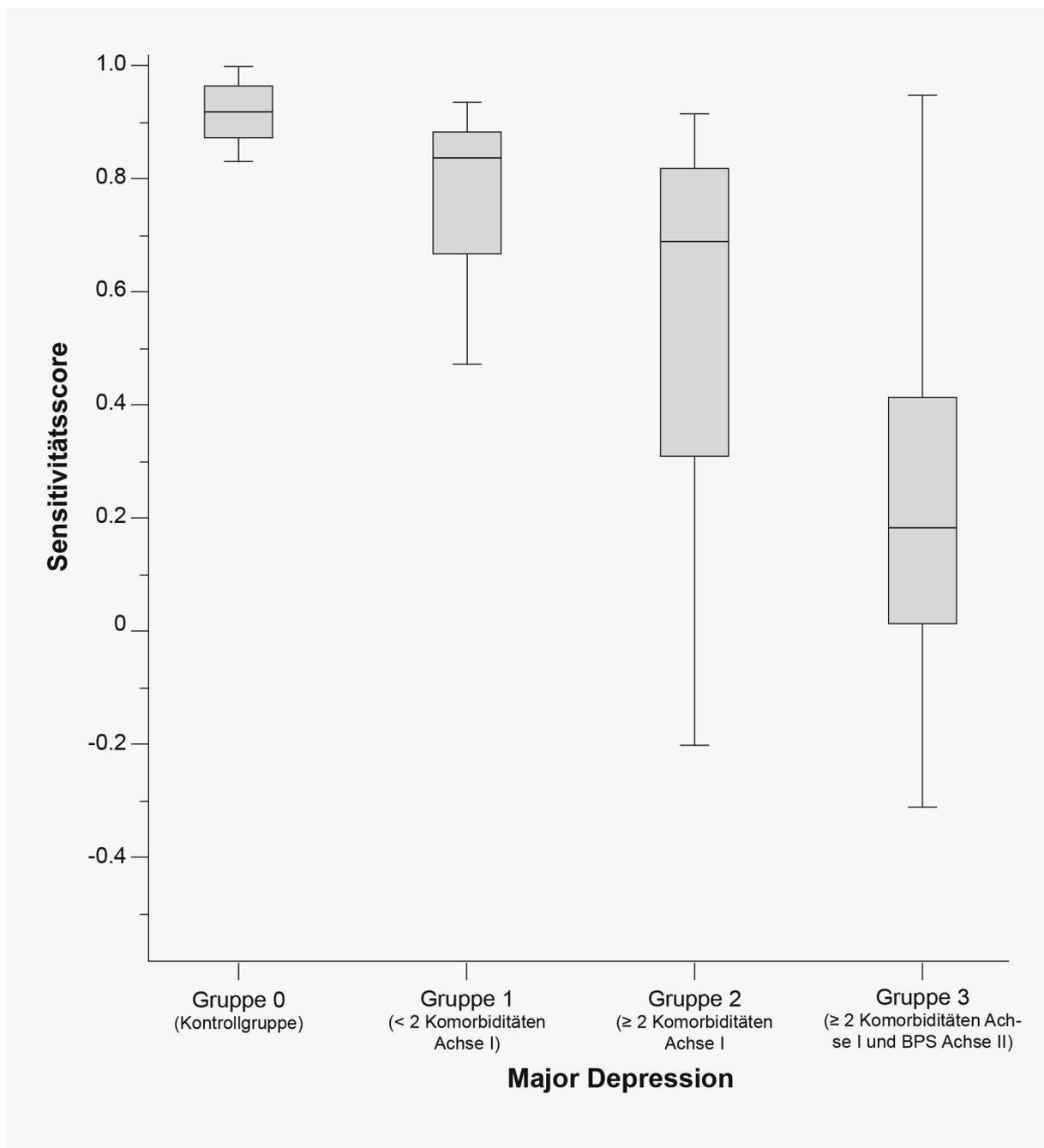
ISCED Die Gruppen unterscheiden sich signifikant im ISCED der Mutter ($p < .01$), der lineare Trend stellt den signifikanten Zusammenhang zwischen steigender Quantität und Qualität der psychischen Komorbiditäten der MD und niedrigerem ISCED dar ($p < .001$).

BDI Alle Gruppen unterscheiden sich signifikant bezüglich des BDI ($p < .001$). Der lineare Trend ist hochsignifikant ($p < .001$), das heißt mit steigender Quantität und Qualität der Komorbiditäten steigt der BDI.

Bevor die Ergebnisse zu den Hypothesen dargestellt werden, wird zunächst die Verteilung der mütterlichen Sensitivität innerhalb der Gruppen und in der Gesamtstichprobe näher untersucht.

3.2.4 Verteilung der Sensitivität

Die Verteilung der Sensitivität innerhalb der Gruppen ist in der Abbildung 4 dargestellt. Die Kontrollgruppe liegt im höheren Bereich der Sensitivität und weist eine deutlich geringere Streuung der Sensitivität auf. Hier zeigt sich ein Ausreißer im unteren Bereich der Skala. Die depressiven Mütter mit einer komorbiden Störung der Achse-I weisen geringere Unterschiede in der Sensitivität auf als die Gruppe der depressiven Mütter mit zwei oder mehr komorbiden Störungen oder die depressiven Mütter die zwei komorbiden Störungen der Achse-I und eine komorbide Störung der Achse-II. Wie zu erwarten zeigen die depressiven Mütter mit zwei komorbiden Störungen der Achse-I und einer komorbiden Störung der Achse-II überwiegend geringere Sensitivitätswerte.



Anmerkung: BPS= Borderline-Persönlichkeitsstörung, Stichprobengröße(n=68)

Abbildung 3: Boxplot-Diagramm zur Darstellung der Mittelwertunterschiede der mütterlichen Sensitivität (abgetragen auf der Y-Achse; Wert -0,40 bis 1,00) von Mütter der Subgruppen (Gruppe 0 bis 3; X-Achse)

Wie der Tabelle 3 zu entnehmen ist, weist die Verteilung der Sensitivitäts-Scores in der Gesamtstichprobe und in allen Gruppen eine negative Schiefe auf, mit Ausnahme der Gruppe der depressiven Mütter mit mindestens 2 komorbiden Störungen der Achse-I und einer Störung der Achse-II einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Eine negative Schiefe ist ein Hinweis auf eine rechtssteile Verteilung. Eine stärkere Schiefe ergibt sich in der Kontrollgruppe, d.h. die nicht-klinischen Mütter zeigen, wie erwartet, überwiegend eine höhere Sensitivität. Nach

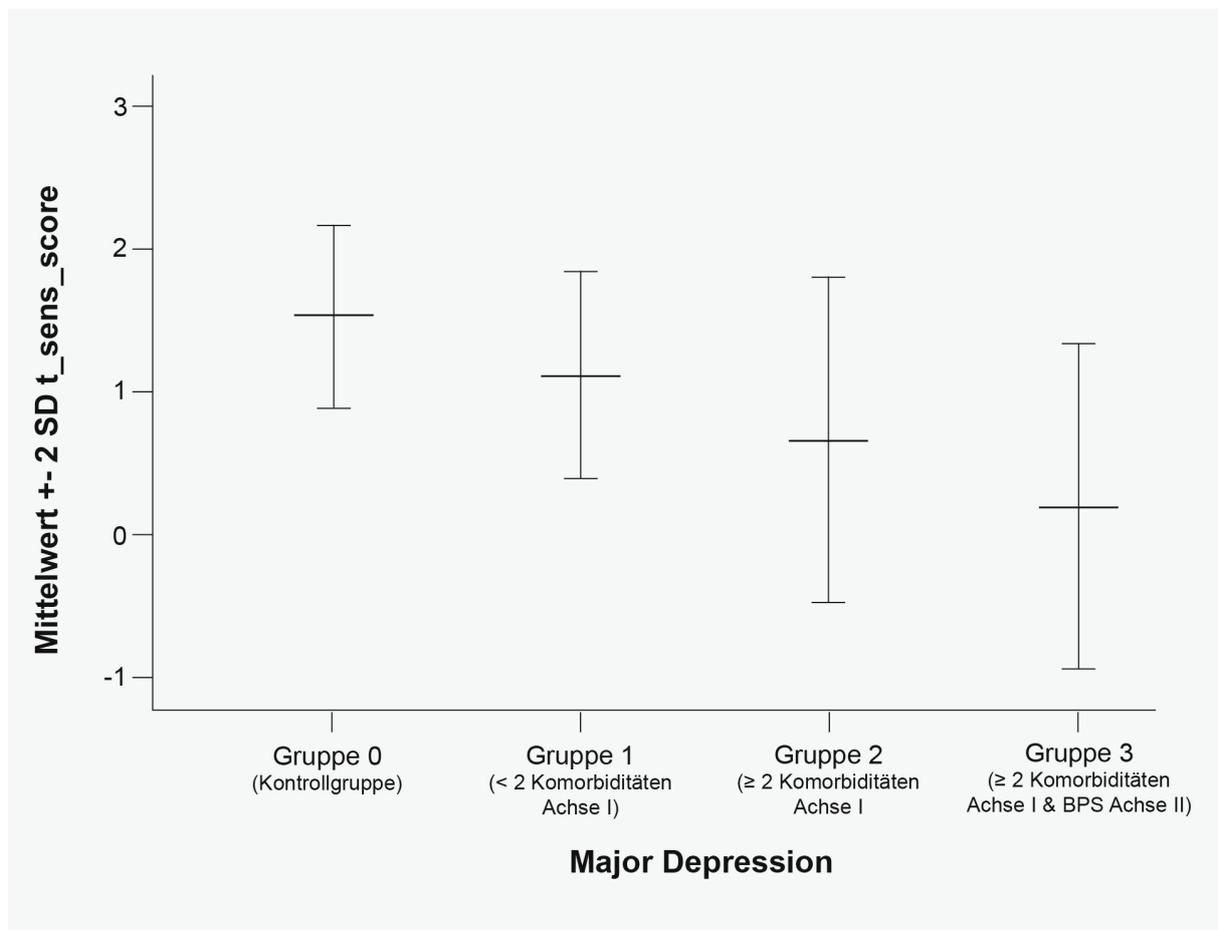
dem Shapiro-Wilk-Test ist der Sensitivitäts-Score in der Gesamtstichprobe nicht normalverteilt. Die Normalverteilung der Sensitivität in den einzelnen Gruppen wird aufgrund der geringen Stichprobengröße nicht geprüft.

Tabelle 3: Subgruppen der Major Depression sowie die Ergebnisse der Shapiro-Wilk-Tests

	N	Min.	Max.	Schiefe	Kurtosis	Shapiro-Wilk
Gesamtstichprobe	68	-.45	.86	-.90	-.39	< .001
Gruppe 0 (Kontrollgruppe)	15	.57	.86	-1.18	1.57	
Gruppe 1 (< 2 Komorbiditäten Achse I)	16	.34	.80	-.90	.13	
Gruppe 2 (≥ 2 Komorbiditäten Achse I)	19	-.34	.78	-.79	-.51	
Gruppe 3 (≥ 2 Komorbiditäten Achse I & BPS Achse II)	18	-.45	.81	.47	-.26	

Anmerkung: BPS= Borderline-Persönlichkeitsstörung, $p < 0,001$ (hochsignifikant)

Da die Annahme der Normalverteilung zur Berechnung einer ANOVA verletzt ist, wurden die Daten durch die monomolecular model-Transformation $\ln 1/(1 - \text{sens_scoreS})$ einer Normalverteilung angenähert. Die Anwendung einer Transformation des mütterlichen Sensitivitätsscores (tmSens.) macht jedoch die weitere Interpretation der transformierten Daten nicht möglich, sodass weitere Berechnungen ohne den transformierten Wert erfolgten.



Anmerkung: BPS= Borderline-Persönlichkeitsstörung, t_sens_score= transformierter Sensitivitätsscore, SD= Standardabweichung

Abbildung 4: Boxplot-Diagramm zur Darstellung der Mittelwertunterschiede der transformierten mütterlichen Sensitivitätsscores (abgetragen auf der Y-Achse; Mittelwert +/- zwei Standardabweichungen, Wert 1,00 bis 3,00) von Mütter der Subgruppen (Gruppe 0 bis 3; X-Achse)

3.3 Prüfung der Hypothesen: Mütterliche Sensitivität hinsichtlich der mütterlichen Psychopathologie

Zunächst werden die Ergebnisse der Hypothesen überprüft, indem die Unterschiede der psychopathologisch definierten Gruppen bezüglich der mütterlichen Sensitivität dargestellt werden. Anschließend erfolgt die erneute Überprüfung der Hypothesen anhand des transformierten mütterlichen Sensitivitätsscore unter Berücksichtigung möglicher Kovariablen.

3.3.1 Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen der mütterlichen Sensitivität und dem Vorliegen einer Major Depression unter Berücksichtigung der psychischen Komorbidität

Die Kontrollgruppe der gesunden Mütter zeigte den höchsten mittleren Sensitivitätsscore von (M= .72 ,SD= .0,46 N= 15). Der Mittelwert der Sensitivität der Gruppe 1 (MD < 2 Komo. Achse-I-Störungen) fällt geringer aus (M= .59, SD= .44; n=

16). Der Mittelwert der Gruppe 2 (MD > gleich 2 Komo. Achse-I-Störungen) fiel mit $M=.42$, $SD=.41$; $n=19$ noch geringer aus. Die geringste durchschnittliche Sensitivität wies die Gruppe 3 (MD > gleich 2 Komo. und BPS, Achse-II-Störung) auf ($M=.23$, $SD=.42$; $n=18$). Diese Mittelwertunterschiede sind nach der einfaktoriellen Varianzanalyse hoch signifikant ($p < .001$). Um genauer abzuklären, welche Mittelwerte sich signifikant unterscheiden, wurde der post-hoc-Test nach Bonferroni durchgeführt. Dabei zeigten sich alle paarweisen Unterschiede zwischen den jeweiligen Mittelwerten signifikant, mit Ausnahme der Sensitivitätsmittelwerte der Kontrollgruppe und der MD < 2 Komo. Achse-I-Störungen.

Tabelle 4: Paarweise Vergleiche der Subgruppen (Gruppe 0 bis 3) bezüglich der mütterlichen Sensitivitätsscores

(I) Major Depression		Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Sig.	95%-Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
Gruppe 0 (Kontrollgruppe)	Gruppe 1 (< 2 Komorbiditäten Achse I)	.123	.064	.058	-.004	.251
	Gruppe 2 (≥ 2 Komorbiditäten Achse I)	.297	.061	.000***	.174	.419
	Gruppe 3 (≥ 2 Komorbiditäten Achse I & BPS Achse II)	.483	.062	.000***	.359	.607
Gruppe 1 (< 2 Komorbiditäten Achse I)	Gruppe 0 (Kontrollgruppe)	-.123	.064	.058	-.251	.004
	Gruppe 2 (≥ 2 Komorbiditäten Achse I)	.173	.060	.005**	.053	.294
	Gruppe 3 (≥ 2 Komorbiditäten Achse I & BPS Achse II)	.360	.061	.000***	.238	.482
Gruppe 2 (≥ 2 Komorbiditäten Achse I)	Gruppe 0 (Kontrollgruppe)	-.297	.061	.000***	-.419	-.174
	Gruppe 1 (< 2 Komorbiditäten Achse I)	-.173	.060	.005**	-.294	-.053
	Gruppe 3 (≥ 2 Komorbiditäten Achse I & BPS Achse II)	.187	.058	.002**	.070	.303
Gruppe 3 (≥ 2 Komorbiditäten Achse I & BPS Achse II)	Gruppe 0 (Kontrollgruppe)	-.483	.062	.000***	-.607	-.359
	Gruppe 1 (< 2 Komorbiditäten Achse I)	-.360	.061	.000***	-.482	-.238
	Gruppe 2 (≥ 2 Komorbiditäten Achse I)	-.187	.058	.002**	-.303	-.070

Anmerkung: BPS = Borderline-Persönlichkeitsstörung, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Hierbei ist zu beachten, dass die Fehlervarianzhomogenität nach dem Levene-Test nicht gegeben ist ($p < .001$). Die Kontrollgruppe und die Gruppe 1 (MD < 2 Komo. Achse-I-Störungen) zeigen eine geringere Varianz bezüglich der Sensitivität als die Gruppen 2 (MD > gleich 2 Komo. Achse-I-Störungen) und Gruppe 3 (MD > gleich 2 Komo. und BPS Achse-II-Störung).

3.3.2 Zum Sensitivitätsunterschied zwischen den depressiven Müttern mit und ohne Borderline-Persönlichkeitsstörung

Es wird angenommen, dass die depressiven Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) eine geringere durchschnittliche Sensitivität aufweisen als die depressiven Mütter ohne BPS. Zur Überprüfung dieser Hypothese wird im Rahmen der Varianzanalyse der entsprechende Kontrast getestet. Dieser zeigt sich hochsignifikant ($p < .001$). Das heißt, dass depressive Mütter mit BPS eine durchschnittlich geringere Sensitivität aufweisen als die depressiven Mütter ohne Borderline-Persönlichkeitsstörung.

3.3.3 Ergebnisse der gerichteten Hypothese zum Zusammenhang zwischen einer Major Depression der Mutter und ihrer mütterlichen Sensitivität unter Berücksichtigung der Komorbidität

Um zu überprüfen, ob die mütterliche Sensitivität mit steigendem Ausmaß der psychischen Komorbidität abnimmt, wird der Jonckheere-Terpstra-Test durchgeführt. Bei dem Vergleich der Sensitivitätsunterschiede zwischen allen Gruppen ergibt sich in den Jonckheere-Terpstra-Testungen ein hoch signifikantes Ergebnis ($p < .001$).

Tabelle 5: Jonckheere-Terpstra-Testung der abhängigen Variablen der mütterlichen Sensitivität bei Zunahme der qualitativen und quantitativen Komorbiditäten (von Gruppe 0 bis 3)

	Sensitivitätsscore
Anzahl der Stufen in Major Depression	4
N	68
Beobachtete J-T-Statistik	282.500
Mittelwert der J-T-Statistik	864.500
Standardabweichung der J-T-Statistik	91.191
Standardisierte J-T-Statistik	-6.382
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	.000***

Anmerkung: J-T-Statistik = Jonckhere-Terpstra-Testung, *** $p < 0,001$

Das heißt, dass mit Anzahl und Qualität (Achse-I-, Achse-II-Störungen) der psychischen Komorbiditäten bei bestehender Major Depression die mütterliche Sensitivität signifikant abnimmt.

Zusätzlich werden drei paarweise Gruppenvergleiche durchgeführt, dabei wurde eine alpha-Adjustierung von Bonferroni vorgenommen. Hierbei wurden alle drei Gruppenvergleiche signifikant. Es wurden untersucht: Kontrollgruppe gegen Mütter mit Major Depression und höchstens einer komorbiden Störung der Achse-I ($p < .05$), gegen Mütter mit mehr als 2 komorbiden Störungen der Achse-I ($p < .001$) und gegen Mütter mit mehr als 2 komorbiden Störungen der Achse-I und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung der Achse-II ($p < .001$).

Mütter mit Major Depression und höchstens einer komorbiden Störung der Achse-I gegen Mütter mit mehr als 2 komorbiden Störungen der Achse-I ($p < .05$) und gegen Mütter mit mehr als 2 komorbiden Störungen der Achse-I und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung der Achse-II ($p < .001$).

Mütter mit mehr als 2 komorbiden Störungen der Achse-I gegen Mütter mit mehr als 2 komorbiden Störungen der Achse-I und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung der Achse-II ($p < .05$).

Mütter mit mehr als 2 komorbiden Störungen der Achse-I und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung der Achse-II gegen Mütter mit Major Depression und höchstens einer komorbiden Störung der Achse-I ($p < .001$) Mütter mit mehr als 2 komorbiden Störungen der Achse-I ($p < .05$) (siehe Tabelle 5).

3.3.4 Vergleich der Unterschiede der Diagnosegruppen bezüglich mütterlicher Sensitivität in Abhängigkeit von soziodemographischen Daten

Im Rahmen der Kovarianzanalyse wurden als unabhängige Variablen die MD der klinischen Gruppen (1-3), das Alter der Mutter, das Alter des Kindes, der Beck-Depressions-Inventar Score (BDI) und der „International-Standard Classification of Education“ (ISCED) berücksichtigt. Im Anschluss wurden paarweise Gruppenvergleiche durchgeführt, dabei wurde eine alpha-Adjustierung von Bonferroni vorgenommen. Die Berechnung der Kovarianzanalyse erfolgte mithilfe der transformierten mütterlichen Sensitivitätsscores (tmSens.).

Das Alter der Mutter hängt signifikant mit der abhängigen Variable der mütterlichen Sensitivität zusammen ($p < .05$), dabei zeigen ältere Mütter eine höhere mütterliche Sensitivität. Das Alter des Kindes zeigt ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang ($p < .05$) in positiver Richtung. Der BDI zeigt einen sehr signifikanten Zusammenhang mit ($p < .01$) in negativer Richtung.

Ziel der ANCOVA war es, die Auswirkung nicht relevanter unabhängiger Faktoren auf die abhängige Variable auszuschließen. Der Einfluss der Kovariablen Alter der Mutter, Alter des Kindes, BDI und ISCED wurde überprüft. Alter der Mutter, ISCED und BDI zeigten dabei eine relevante Auswirkung auf die abhängige Variable der mütterlichen Sensitivität. Die durchschnittlichen Mittelwerte wurden korrigierend in

die erneute Überprüfung des Zusammenhanges zwischen der abhängigen Variablen der mütterlichen Sensitivität und der Gruppenzugehörigkeit MD miteinbezogen (siehe Anhang Tabelle 10).

Die Kontrollgruppe der gesunden Mütter zeigte den höchsten mittleren Sensitivitätsscore von $M = .72$ ($SD = .0,46$ $N = 15$). Der Mittelwert der Sensitivität der Gruppe 1 (MD < 2 Komo. Achse-I-Störungen) fällt geringer aus ($M = .59$, $SD = .44$; $n = 16$). Der Mittelwert der Gruppe 2 fiel mit $M = .42$, $SD = .41$; $n = 19$ noch geringer aus. Die geringste durchschnittliche Sensitivität wies die Gruppe 3 (MD > gleich 2 Komo. und BPS, Achse-II-Störung) auf ($M = .23$, $SD = .42$; $n = 18$). Diese Mittelwertunterschiede sind nach der einfaktoriellen Varianzanalyse hoch signifikant ($p < .001$). Um genauer abzuklären, welche Mittelwerte sich signifikant unterscheiden, wurde der post-hoc-Test nach Bonferroni durchgeführt. Dabei zeigten sich alle paarweisen Unterschiede zwischen den jeweiligen Mittelwerten signifikant mit Ausnahme der Sensitivitätsmittelwerte der Kontrollgruppe mit der Gruppe 1 mit MD < 2 Komo. Achse-I-Störungen und der Gruppe 2 (MD > gleich 2 Komo. Achse-I-Störungen) und der Gruppe 2 (MD > gleich 2 Komo. Achse-I-Störungen) mit Gruppe 3 (MD > gleich 2 Komo. und BPS, Achse-II-Störung). Die genauen Angaben sind der unten folgenden Tabelle 6 zu entnehmen.

Tabelle 6: Paarweise Vergleiche der Subgruppen nach Berücksichtigung der Variablen im Regressionsmodell zur Vorhersage der Kriteriumsvariablen mütterliche Sensitivität

(I) Major Depression		Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Sig. ^b	95%-Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
Gruppe 0 (Kontrollgruppe)	Gruppe 1 (< 2 Komorbiditäten Achse I)	-.166	.216	.445	-.599	.267
	Gruppe 2 (≥ 2 Komorbiditäten Achse I)	.309	.226	.0177*	-.144	.761
	Gruppe 3 (≥ 2 Komorbiditäten Achse I & BPS Achse II)	.539	.252	.037*	.035	1.043
Gruppe 1 (< 2 Komorbiditäten Achse I)	Gruppe 0 (Kontrollgruppe)	.166	.216	.445	-.267	.599
	Gruppe 2 (≥ 2 Komorbiditäten Achse I)	.475	.154	.003**	.167	.783
	Gruppe 3 (≥ 2 Komorbiditäten Achse I & BPS Achse II)	.705	.161	.000***	.383	1.027
Gruppe 2 (≥ 2 Komorbiditäten Achse I)	Gruppe 0 (Kontrollgruppe)	-.309	.226	.0177*	-.761	.144
	Gruppe 1 (< 2 Komorbiditäten Achse I)	-.475	.154	.003**	-.783	-.167
	Gruppe 3 (≥ 2 Komorbiditäten Achse I & BPS Achse II)	.230	.158	.151	-.087	.547
Gruppe 3 (≥ 2 Komorbiditäten Achse I & BPS Achse II)	Gruppe 0 (Kontrollgruppe)	-.539	.252	.037*	-1.043	-.035
	Gruppe 1 (< 2 Komorbiditäten Achse I)	-.705	.161	.000***	-1.027	-.383
	Gruppe 2 (≥ 2 Komorbiditäten Achse I)	-.230	.158	.151	-.547	.087

Anmerkung: BPS= Borderline-Persönlichkeitsstörung, * $p < 0,001$, ** $p < 0,005$, *** $p < 0,01$, b Anpassung an multiple Kontraste entsprechend niedrigste signifikante Unterschied.

4 Diskussion

Es besteht Konsens darüber, dass nicht die Depression im Postpartum an sich einen ungünstigen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes hat, sondern dass krankheitsimmanente Faktoren wie Chronizität und Symptombelastung die Qualität des mütterlichen Interaktionsstils entscheidend beeinflussen (Alink et al. 2009, Juffer et al. 2005).

Ziel dieser Studie ist es, die im klinischen Kontext zu beobachtende Heterogenität der Gruppe der postpartal depressiven Mütter anhand ihrer Komorbiditäten zu untersuchen und auf dieser Grundlage Subgruppen zu klassifizieren. Im weiteren wurde gemessen an der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion untersucht, ob sich anhand der Subgruppen-Klassifizierung Unterschiede in der mütterlichen Sensitivität zeigen.

Die vorliegenden Ergebnisse konnten die Bedeutung der psychischen Komorbiditäten bei Vorliegen einer MD bestätigen und bezüglich der Aufschlüsselung der Komorbiditäten nach Anzahl und Qualität bisherige Untersuchungsergebnisse erweitern. Die Einteilung der Subgruppen erfolgte anhand der Symptombelastung: Gruppe 1: Patientinnen mit einer MD und höchstens einer komorbiden Störung der Achse-I, Gruppe 2: Patientinnen mit einer MD und mindestens 2 komorbiden Störungen der Achse-I, Gruppe 3: Patientinnen mit MD mindestens 2 komorbiden Störungen der Achse-I und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, einer Störung der Achse-II. Gruppe 0 entspricht der Kontrollgruppe, der nicht-klinischen Mütter (BDI-Wert von kleiner gleich fünf).

Die Datenlage bestätigt die Hypothesen dieser Studie bezüglich des Zusammenhanges zwischen MD im Postpartum und mütterlicher Sensitivität. Anhand der Gruppeneinteilung konnten signifikante Unterschiede in der mütterlichen Sensitivität abgebildet werden. Der Vergleich zwischen den mittleren Sensitivitätsscores depressiv erkrankter Mütter aus Gruppe 1 (Patientinnen mit einer MD und höchstens einer komorbiden Störung der Achse-I), Gruppe 2 (mehr als eine Komorbidität der Achse-I-Störungen) und Gruppe 3 (mehr als eine Komorbidität der Achse-I-Störungen und einer BPS, Achse-II-Störung) ist in dieser Studie deutlich ausgefallen. Es ergab sich der Zusammenhang, dass je schwerer die psychische Beeinträchtigung der Mütter war, definiert durch die Anzahl und Qualität (Achse-I-, Achse-II-Störungen) der psychischen Komorbiditäten, desto niedriger war der mittlere Sensitivitätsscore. Kein Unterschied zeigte sich zwischen der Gruppe 1 (höchstens eine Komorbidität der Achse-I-Störungen) und den nicht-klinischen Müttern. Die Aufschlüsselung der Komorbiditäten in Ergänzung zur Major Depression zeigt, dass nicht die MD per se im Zusammenhang mit einer reduzierten mütterlichen Sensitivität steht, sondern dass bei mehr als einer Komorbidität der Achse-I-Störungen mit einer deutlichen Abnahme der mütterlichen Sensitivität zu rechnen ist.

Zusammenfassend belegt die Ergebnislage die Annahme, dass mit zunehmender Komorbidität der Achse-I-Störungen und damit einhergehender Zunahme der Symptombelastung der MD, die mütterliche Sensitivität abnimmt. Liegt zusätzlich eine komorbide BPS vor, so reduziert sich die mütterliche Sensitivität weiter. Die Ergebnisse bestätigen damit vorangegangene Studien, die einen Zusammenhang zwischen mütterlicher Sensitivität und psychischer Komorbidität hergestellt haben und ergänzen diese durch die differenzierte Aufschlüsselung der Komorbiditäten unter Berücksichtigung von Achse-I- und Achse-II-Störungen (Carter et al. 2001). Gleichzeitig zeigten die Ergebnisse, dass bei niedriger Symptombelastung der depressiven Mütter (Gruppe 1, MD und eine Achse-I Komorbidität) die Sensitivität vergleichbar zu der nicht-klinischer Mütter ist.

Der Zusammenhang zwischen psychischer Komorbidität der MD und mütterlicher Sensitivität ist deshalb bedeutsam, weil in klinischen Stichproben von Frauen Komorbiditätsraten von 74 bis 82 Prozent vorliegen. Bei einer MD bestehen in 50 Prozent der Fälle zusätzlich Angststörungen, in 35 bis 65 Prozent der Fälle Persönlichkeitsstörungen und in 20 Prozent der Fälle Zwangsstörungen (Angst 1999, Kessler et al. 2003, Morey et al. 2010). Vuriletho et al. (2005) und Wittchen et al. (2010) fanden in 59 bis 68 Prozent der Fälle mehr als zwei Komorbiditäten ergänzend zur MD. Es besteht Konsens darüber, dass die angemessene Berücksichtigung psychischer Komorbiditäten bei MD zu selten erfolgt (Wittchen und Jacobi 2001). Wittchen et al. (2010) konnten zeigen, dass sowohl depressive Störungen als auch komorbid vorliegende Störungen unterdiagnostiziert werden. Die Autoren ermittelten mittels des Strukturierten Klinischen Interviews (SKID-I und II) in 51,6 Prozent komorbide im Vergleich zu 33,6 Prozent durch ärztliche Routinegespräche (Wittchen und Jacobi 2006).

Um die Frage nach möglichen Störvariablen, neben der Symptombelastung mütterlicher Sensitivität zu beantworten, sind in der vorliegenden Studie vier Variablen (ISCED, Alter der Mutter, Alter des Kindes und BDI) auf ihren Zusammenhang mit der abhängigen Variablen der mütterlichen Sensitivität getestet worden. Wiederum zeigen Gruppe 2 und Gruppe 3 deutlich verringerte Sensitivitätswert im Vergleich zu Gruppe 0 und Gruppe 1.

Die klinische Besonderheit der Patientinnen mit BPS (Gruppe 3) besteht darin, dass sie eine Störung mit Beginn in der Spätadoleszenz darstellt und im Zeitraum des gebärfähigen Erwachsenenalters der Frauen zur vollen Entfaltung führt. Mütter mit BPS sind in der Regel sowohl jüngeren Alters und beruflich nicht etabliert. Das Alter der Mütter, Bildungsstatus und Einkommen stellen demzufolge wichtige soziodemographische Faktoren dar, die bei der Untersuchung von Müttern mit BPS Berücksichtigung finden müssen. Dieser Umstand konnte durch die Ergebnisse der vorliegenden Studien bestätigt werden.

Zusammenfassend weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Mütter der Gruppe 0 bis 2 in den Aspekten Alter der Mutter und ISCED deutlich homogener sind, beim

Vorliegen einer BPS (Gruppe 3) müssen Alter und ISCED Berücksichtigung finden.

In dieser Studie konnte ein deutlicher Zusammenhang zwischen mütterlicher Sensitivität in der Mutter-Kind-Interaktion und der Anzahl komorbider Störungen der postpartalen Depression aufgezeigt werden. Die Ergebnisse verdeutlichen die Variabilität der Symptombelastung der Mütter, die postpartal Hilfe in Anspruch nehmen. Eine geringe mütterliche Symptombelastung geht per se nicht mit einer reduzierten mütterlichen Sensitivität einher, bereits das Vorhandensein von zwei und mehr psychischen Komorbiditäten der Achse-I vermindert die mütterliche Sensitivität deutlich.

Die Berücksichtigung des Faktors Komorbidität als Einflussgröße der Qualität des mütterlichen Verhaltens in Interaktion mit dem Kind legt nahe, dass sowohl die Indikationsstellung für als auch die Einschätzung der Wirksamkeit einer Mutter-Kind-Behandlung zur Förderung der mütterlichen Sensitivität unter Berücksichtigung der Symptombelastung der Mutter erfolgen muss.

4.1 Methodische Diskussion (Limitationen)

Eine der Stärken dieser Arbeit ist, dass die mütterliche Sensitivität anhand der Kurzversion des Maternal-Behavior-Q-Sort (Mini-MBQS) erhoben wurde. Ratingskalen wie das Mini-MBQS bieten hierbei die methodischen Voraussetzungen zur Beurteilung des sensitiven mütterlichen Verhaltens in der Mutter-Kind-Interaktion und haben gegenüber anderen Methoden methodische und konzeptuelle Vorteile (Buchheim und Strauss 2002). Es ermöglicht dem Beobachter die mütterliche Interaktion mit ihrem Kind detailliert zu erfassen, die wichtige Hinweise auf die Beschaffenheit der Beziehung gibt. Dabei hat das Mini-MBQS den Vorteil, dass es den einzelnen Items unterschiedliche Gewichtung entsprechend ihrer Bedeutung für die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion gibt. Indem das Mini-MBQS die Qualität der mütterlichen Interaktion abbildet und nicht die Häufigkeit bestimmter Verhaltensweisen, wird der Qualitätsaspekt der mütterlichen Sensitivität bei der Erhebung als Globalscore berücksichtigt (Pederson et al. 2009). Gleichzeitig wird anhand von Interaktionssequenzen zwischen Mutter und Kind auch der reziproke Aspekt der mütterlichen Sensitivität beachtet indem das kindliche Verhalten berücksichtigt wird. Die Validität der Sensitivitätsdaten ist als hoch einzuschätzen. Das Mini-MBQS stellt eine kosten- und zeiteffiziente Alternative zu den Ainsworthskalen dar (Ainsworth 1969, Pederson und Moran 1995, Tarabulsy et al. 2009). Von besonderer klinischer Relevanz ist, dass das Mini-MBQS nach Intervention hinsichtlich der Fragestellung der Verbesserungen der mütterlichen Sensitivität eingesetzt werden kann (Moss et al. 2011). Ratingskalen erfordern ein hohes Maß an Interferenzschlüssen des Beobachters. Während der Beobachtung werden vom Rater Informationen aufgenommen und

verarbeitet. Die Beobachter unterliegen daher dem Prozess der Urteilsbildung, der durch intensive Raterschulungen, Transparenz der Konsensfindung und durch die Ermittlung der Beobachterübereinstimmung (ICC), die zwischen allen drei Ratern dieser Studie sehr hoch war, kontrolliert wurde.

Eine weitere Stärke der Studie liegt darin, dass eine standardisierte Diagnostik (SKID-I und SKID-II) gängigen symptombezogenen Fragebogenverfahren vorgezogen wurde zu Gunsten einer reliablen und validen Diagnosestellung. Die Differentialdiagnose einer BPS, die bei hoher Symptombelastung der Major Depression im klinischen Kontext häufig überdiagnostiziert wird (Zanarini et al. 1990), ist somit als hinreichend reliabel anzusehen. Die Ergebnisse zur Komorbidität dieser Studie weisen erneut auf die Notwendigkeit einer differenzierten und standardisierten, symptomorientierten Diagnostik hin, um Fragen der Indikation, Prognose und des Therapieerfolgs einschätzen zu können.

Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob die im Querschnitt erfasste mütterliche Sensitivität zum Zeitpunkt der Remission der klinischen Symptome eine Veränderung zeigt. Würde unter der Behandlung der psychischen Symptome die mütterliche Sensitivität zunehmen oder stellt sie sich als Korrelat des Alters des Kindes dar? Dies bedarf einer Überprüfung im Längsschnitt, um die Bedeutung der Symptomatik der Mutter und/oder der mütterlichen Sensitivität im Kontext der kindlichen Entwicklung einschätzen zu können.

4.2 Implikationen

Bis heute fehlt ein einheitliches Modell, das hinreichend erklären kann, wie postpartale Depressionen zu negativen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung führen können. Das sensitive Verhalten der Mutter ist in der Transmission des Risikos für eine ungünstige Entwicklung des Kindes bei mütterlicher Psychopathologie ein bedeutsamer Faktor. Bezüglich der mütterlichen Psychopathologie erweist sich der Faktor Komorbidität (d.h. die Kovarianz verschiedener Störungsbilder) als wichtiger krankheitsbezogener Faktor im Zusammenhang mit der mütterlichen Sensitivität.

Die Forschung fokussierte sich auf den Zusammenhang zwischen Schwere und Chronizität mütterlicher Depression und ihrer Sensitivität (Carter et al. 2001, Lyons-Ruth et al. 2002, Mills-Koonce et al. 2008).

Hierbei zeigte sich der Zusammenhang zwischen postpartaler Depression und Reduktion der mütterlichen Sensitivität abhängig von der Zusammensetzung der Stichprobe (klinisch versus nicht-klinisch). In der vorliegenden Studie ist es gelungen, mithilfe gängiger klinischer Diagnose-Instrumente (SKID-I und SKID-II) das Risiko für eine reduzierte mütterliche Sensitivität in einer klinischen Stichprobe differenziert

validieren zu können anhand der Symptombelastung. Bei leichterer Symptombelastung der depressiven Mütter zeigte sich keine Reduktion der mütterlichen Sensitivität, die Existenz einer MD plus komorbider Achse-I-Störungen geht demnach nicht notwendigerweise mit einer reduzierten Sensitivität einher. Ab zwei Komorbiditäten der Achse-I-Störungen zeigt sich eine deutliche Reduktion der mütterlichen Sensitivität, im Zusammenhang mit einer BPS ist diese weiter reduziert. Der Faktor Komorbidität ist damit ein bedeutsames Indikationskriterium für eine sensitivitätsfokussierte Videotherapie mit der Mutter.

4.3 Ausblick

Die Generalisierbarkeit der Befunde ist an weiteren Mutter-Kind-Dyaden zu überprüfen. Von weiterem Interesse ist, inwieweit die Häufigkeit von hoher Symptombelastung der MD mit einer erhöhten Anzahl soziodemographischer Risikofaktoren, die ebenfalls eine Reduktion der mütterlichen Sensitivität bewirken können, einhergeht (Tharner et al. 2011).

Im prospektiven Längsschnittstudien wäre es bedeutungsvoll, der Frage nachzugehen, ob spezifische Kombinationen psychischer Komorbiditäten der MD zu einer reduzierten mütterlichen Sensitivität führen. Linehan et al. (1994) führten aufgrund dieser Überlegungen in der DBT (Dialektisch-Behaviorale-Therapie) eine Hierarchisierung psychischer Komorbiditäten zur BPS durch, die in der Konsequenz behandlungsleitend zu einer entscheidenden Verbesserung der Therapieerfolge führte.

In zukünftigen Studien wäre von Interesse zu untersuchen, inwieweit beim Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ein bestimmtes Ausmaß der Symptombelastung, definiert durch die Anzahl der komorbiden Achse-I-Störungen, die mütterliche Sensitivität variiert. Ein sogenannter Deckeneffekt läge vor, wenn ab einer bestimmten Symptombelastung der Faktor Komorbidität keine Aussagekraft bezüglich der mütterlichen Sensitivität hat. Eine dimensionale Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung würde eine differenziertere Aussage bezüglich Intervention, Prognose und Therapieerfolg ermöglichen. Die mütterliche Sensitivität in Ergänzung zur dimensional Diagnose der BPS könnte Aufklärung in dieses hochkomplexe psychopathologische Phänomen bringen.

Bedeutungsvoll erscheint ein bekanntes Phänomen aus der klinischen Beobachtung von BPS Müttern, die ein hoch insensitives Verhalten, das Kind ängstigendes Verhalten und Dissoziationen in der Mutter-Kind-Interaktion aufweisen. Vieles spricht dafür, dass solche Interaktionsmuster neben der Reduktion der mütterlichen Sensitivität für die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion entscheidend sind. Es könnte daher sinnvoll sein, anhand der Stichprobe eine kombinierte Kodierung der mütterlichen Sensitivität (Mini-MBQS) und dem „Disconnected and extremely

Insensitive Parenting“ (DIP) vorzunehmen (Out et al. 2009).

Die vorliegende Studie stellt den Versuch dar, den Zusammenhang zwischen mütterlicher Depressivität, Komorbidität und mütterlicher Sensitivität im Postpartum herzustellen. Es konnten störungsspezifische Zusammenhänge zur Reduktion der mütterlichen Sensitivität hergestellt werden, die zu einem vertieften Verständnis der Bedeutung der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion und der kindlichen Entwicklung beitragen sollen.

5 Zusammenfassung

Der Übergang zur Elternschaft markiert eine wichtige Periode im menschlichen Leben (Milgrom et al. 1998). Sowohl biologische und psychologische Faktoren, als auch soziale Rollenerwartungen tragen zum erhöhten Risiko bei, in dieser Zeit psychisch zu erkranken (Murray und Cooper 1997). Wissenschaftler und Kliniker weisen auf eine ansteigende Rate depressiv erkrankter Frauen mit einer Prävalenz von 19,2% im Reproduktionsalter hin. Mütterliche Depression kann sich negativ auf ihr Fürsorgeverhalten auswirken, das anhand der mütterlichen Sensitivität in der Interaktion mit dem Kind gemessen wird (Ainsworth 1969). Empirische Studien belegen einen negativen Zusammenhang zwischen Major Depression (MD) und mütterlicher Sensitivität. Insbesondere die Chronizität und Schwere der Erkrankung erweisen sich als potentiell moderierende Variablen (Lyons-Ruth et al. 2002, Mills-Koonce et al. 2008). Vor diesem Hintergrund ist das Ziel dieser Studie, den Zusammenhang zwischen einer MD, der Komorbidität und Sensitivität im Postpartum an einer klinischen Stichprobe zu untersuchen. Es wurde davon ausgegangen, dass sich sowohl die Qualität als auch die Quantität der psychischen Komorbidität auf die mütterliche Sensitivität auswirkt.

Methodisches Vorgehen: Studienteilnehmer sind 53 Mütter, die über die Spezialambulanz für psychisch erkrankte Mütter mit Säuglingen rekrutiert wurden. Die Kontrollgruppe besteht aus 15 nicht-klinischen Müttern. Einschlusskriterien sind ein Alter des Kindes von vier bis neun Monaten, sowie eine MD der Mutter. Ausschlusskriterien seitens der Mutter sind eine akute psychiatrische Krise, psychotische Erkrankungen, primärer Substanzmissbrauch und Intelligenzminderung (IQ<80), seitens des Kindes schwere Entwicklungsstörungen.

Untersuchungsverfahren: Die psychiatrische Diagnosestellung wurde mittels SKID-I und -II durchgeführt. Die mütterliche Sensitivität wurde anhand des Mini-MBQS (Pederson und Moran 1995) der Mutter-Kind-Interaktion beim freien Spiel erhoben.

Statistische Auswertungsstrategie: ANOVA, ANCOVA, nicht-parametrische Verfahren.

Ergebnisse: Die Ergebnisse verdeutlichen die Variabilität der Symptombelastung der Mütter, die postpartal Hilfe in Anspruch nehmen. Mütter mit geringer Symptombelastung müssen per se keine reduziert mütterliche Sensitivität zeigen, bereits das Vorhandensein von mehr als einer psychischen Komorbidität der Achse-I-Störungen kann bereits zu einer Reduktion der mütterlichen Sensitivität führen. Bei Hinzukommen einer komorbiden BPS reduziert sich die mütterliche Sensitivität weiter.

Diskussion: Diese Ergebnisse bestätigen die Hypothesen, dass die Assoziation zwischen mütterlicher Sensitivität und postpartaler Depression nicht vereinheitlicht werden kann. Der Faktor psychische Komorbidität, sowie die Kovarianz verschiedener Störungsbilder, ist von entscheidender Relevanz bei der Ausbildung mütterlich sensitiven Verhaltens.

6 Verzeichnisse

6.1 Abkürzungsverzeichnis

ANCOVA	Kovarianzanalyse
ANOVA	Einfaktorielle Univariate Varianzanalyse
BADO	Basisdokumentation der Psychiatrie
BDI	Beck-Depressions-Inventar
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
DBT	Dialektisch-Behaviorale-Therapie
DIP	Disconnected and extremely Insensitive Parenting
DSM-IV	4th Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
H0	Nullhypothese
H1	erste Hypothese
H1.1 und H1.2	erster und zweiter Unterpunkt der ersten Hypothese
ICC	Intra-Class-Correlation
ICD-10	10. Version der Classification of Mental and Behavioral Disorders
IQ	Intelligenzquotient
ISCED	International Standard Classification of Education
M	Mittelwert
MAO	Mono-Amino-Oxidase
MBQS	Maternal-Behavior-Questionnaire-Sort
MD	Major Depression (postpartale Depression nach DSM-IV)
Mini-MBQS	Kurzversion des MBQS
n	Anzahl

NICHD	National Institute of Child Health and Human Development
PPD	postpartale Depression
PTBS	posttraumatische Belastungsstörung
t_sens_score	transformierter Sensitivitätsscore
SD	Standardabweichung
SKID	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV
UKE	Universitätsklinik Hamburg Eppendorf
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
WHO	World Health Organisation
ZNS	Zentrales Nervensystem

6.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	
Komorbide Störungen nach DSM-IV der MD dieser Stichprobe.....	45
Tabelle 2:	
Numerische Darstellung der Subgruppeneinteilung (Gruppe 0 bis 3)	46
Tabelle 3:	
Subgruppen der Major Depression sowie die Ergebnisse der Shapiro-Wilk-Tests	49
Tabelle 4:	
Paarweise Vergleiche der Subgruppen (Gruppe 0 bis 3) bezüglich der mütterlichen Sensitivitätsscores	51
Tabelle 5:	
Jonckheere-Terpstra-Testung der abhängigen Variablen der mütterlichen Sensitivität bei Zunahme der qualitativen und quantitativen Komorbiditäten (von Gruppe 0 bis 3)	52
Tabelle 6:	
Paarweise Vergleiche der Subgruppen nach Berücksichtigung der Variablen im Regressionsmodell zur Vorhersage der Kriteriumsvariablen mütterliche Sensitivität.....	55
Tabelle 7:	
Varianzbreite der abhängigen Variablen (mütterliche Sensitivität)	86
Tabelle 8:	
Tests der Zwischensubjekteffekte der abhängigen Variablen (mütterliche Sensitivität)	86
Tabelle 9:	
Schätzer, abhängige Variable mütterliche Sensitivität.....	87
Tabelle 10:	
Tests der Zwischensubjekteffekte, abhängige Variable.....	87
Tabelle 11:	
Parameterschätzer, abhängige Variable: mütterliche Sensitivitätsscore	88

6.3 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Shins Konstruktmodell der mütterlichen Sensitivität	25
Abbildung 2: Regressionsgerade der Sensitivitätsscores Rater 1 zu Rater 2 beim freien Spielen.....	44
Abbildung 3: Boxplot-Diagramm zur Darstellung der Mittelwertunterschiede der mütterlichen Sensitivität.....	48
Abbildung 4: Boxplot-Diagramm zur Darstellung der Mittelwertunterschiede der transformierten mütterlichen Sensitivitätsscores.....	50

7 Literaturverzeichnis

Aber, JL, Belsky, J, Slade, A, Crnic, K. *Stability and change in mothers' representations of their relationship with their toddlers. Dev Psychol.* 1999;35(4):1038-47.

Ainsworth, MDS, Bell, SM, Stayton, DJ. *Infant-mother attachment and social development: socialisation as a product of reciprocal responsiveness to signals. In: Richardson, MPM, editor. The integration of a child into a social world. London: Cambridge University Press; 1974. p. 99-135.*

Ainsworth, MDS, Blehar, MC, Waters, E, Wall, S. *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale, New York: Erlbaum; 1978.*

Alink, LRA, Mesman, J, van Zeijl, J, Stolk, MN, Juffer, F, Bakermans-Kranenburg, MJ et al. *Maternal Sensitivity Moderates the Relation between Negative Discipline and Aggression in Early Childhood. Social Development.* 2009;18(1):99-120.

Andersson, L, Sundström-Poromaa, I, Wulff, M, Aström, M, Bixo, M. *Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85:937-44.

Angst, J. *Angst, Phobie, Zwang und Geschlecht. ZNS Journal.* 1999;19:26-33.

Angst, J, Sellaro, R. *Geschlecht und Angsterkrankungen, Phobien und Zwangsstörungen. In: Riecher-Rössler, A, Rohde, A, editors. Psychische Erkrankungen bei Frauen. Freiburg: Karger; 2001. p. 62-72.*

APA. *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Dt. Bearbeitung und Einführung. Saß, H, Wittchen, HU, Zaudig, M, editors. Göttingen: Hogrefe; 1996.*

Arnold, LM. *Gender differences in bipolar disorder. Psychiatr Clin North Am.* 2003;26:595-620.

Atkinson, L, Chisholm, VC, Scott, B, Goldberg, S, Vaughn, BE, Blackwell, J et al. *Maternal sensitivity, child functional level and attachment in Down Syndrome Blackwell Publishing on the behalf of the Society for Research in Child Development; 1999. 45-66 p.*

Aviezer, O, Sagi-Schwartz, A, Koren-Karie, N. *Ecological constraints on the formation of infant-mother attachment relations: When maternal sensitivity becomes ineffective. Infant and Child Development.* 2003;26:285-99.

Bailey, HN, Moran, G, Pederson, DR, Bento, S. *Understanding the transmission of attachment using variable- and relationship-centered approaches. Development and psychopathology.* 2007;19(2):313-43.

Banger, M. *Affektive Störungen im Klimakterium.* In: Riecher-Rössler, A, Rohde, A, editors. *Psychische Erkrankungen bei Frauen.* Freiburg: Karger; 2001. p. 34-46.

Barone, L, Fossati, A, Giuiducci, V. *Attachment mental states and inferred pathways of development in borderline personality disorder: a study using the Adult Attachment Interview.* *Attachment & human development.* 2011;13(5):451-69.

Beck, AT, Steer, RA, Garbin, MG. *Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation.* *Clinical Psychology Review.* 1988;8:77-100.

Becker, DF, Grilo, CM, Edell, WS, McGlashan, TH. *Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in hospitalized adolescents and adults.* *Am J Psychiatry.* 2000;157:2011-6.

Beebe, B, Stern, DN. *Engagement-disengagement and early object experiences.* In: Freedman, N, Grand, S, editors. *Communicative structures and psychic structures.* New York: Plenum Press; 1977. p. 35-56.

Bell, SM, Ainsworth, MDS. *Infant crying and maternal responsiveness.* *Child Development.* 1972;43:1171-90.

Bijl, RV, Ravelli, A, van Zessen, G. *Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS).* *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 1998;37:372-9.

Block, J. *The Q-sort method in personality assessment and psychiatry research (Wiederauflage von 1961).* Block, J, editor. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists; 1978.

Bortz, J. *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler (6).* Heidelberg: Springer Medizin.; 2005.

Bosquet, M, Egeland, B. *Associations among maternal depressive symptomatology, state of mind and parent and child behaviors: implications for attachment-based interventions.* *Attachment & human development.* 2001;3(2):173-99.

Bowlby, J. *Attachment and loss.* New York: Basic Books; 1969.

Brand, SR, Brennan, PA. *Impact of antenatal and postpartal maternal mental illness: how are the children?* *Clin Obstet Gynecol.* 2009;53:441-55.

Brockington, I. *Motherhood and mental health*. Oxford: Oxford University Press; 1996.

Brockington, I. *Psychiatrische Behandlung während der Mutterschaft: Eine komplexe Herausforderung an die psychiatrischen Dienste*. In: Riecher-Rössler, A, Rohde, A, editors. *Psychische Erkrankungen bei Frauen*. Freiburg: Karger; 2001. p. 15-24.

Brockington, IF. *Postpartum psychiatric disorders*. *Lancet*. 2004;363(9405):303-10.

Brockington, IF. *Menstrual psychosis with onset after childbirth*. *Archives of women's mental health*. 2009;12(4):265-6.

Bronisch, T. *Langzeitverläufe von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen*. *Psychotherapie*. 1996;1:27-30.

Bronisch, T. *Persönlichkeitsstörungen*. Förstl, H, editor. Stuttgart: Thieme; 2000.

Buchheim, A, Strauss, B. *Interviewmethoden der klinischen Bindungsforschung*. In: Strauss, B, Buchheim, A, Kächele, H, editors. *Klinische Bindungsforschung*. Stuttgart: Schattauer; 2002. p. 27-54.

Bühner, M, Ziegler, M. *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson Studium; 2009.

Campbell, SB, Matestic, P, von Stauffenberg, C, Mohan, R, Kirchner, T. *Trajectories of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and children`s functioning at school entry*. *Dev Psychology*. 2007;43:1202-15.

Carter, AS, Garrity-Rokous, FE, Chazan-Cohen, R, Little, C, Briggs-Gowan, MJ. *Maternal depression and comorbidity: predicting early parenting, attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001;40(1):18-26.

Clarkin, JF. *Conceptualisation and treatment of personality disorders*. *Psychotherapy Research*. 2006;16:1-11.

Cohen, LS, Sichel, DA, Faraone, SV, Robertson, LM, Dimmock, JA, Rosenbaum, JF. *Course of panic disorder during pregnancy and puerperium: A preliminary study*. *Biological Psychiatry*. 1996;39:950-4.

Cooper, PJ, Murray, L, Wilson, A, Romaniuk, H. *Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. Impact on maternal mood*. *Br J Psychiatry*. 2003;182:412-9.

Cowley, DS, Roy-Byrne, PP. *Panic disorder during pregnancy. J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1989;10:193-210.

Coyne, LW, Low, CM, Miller, AL, Seifer, R, Dickstein, S. *Mothers' Empathic Understanding of their Toddlers: Associations with Maternal Depression and Sensitivity. Journal of Child and Family Studies.* 2006;16(4):483-97.

Crandell, LE, Patrick, MP, Hobson, RP. *Still-face interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-months-old infants. The British Journal of Psychiatry.* 2003;183:239-47.

Crowell, JA, Waters, E, Treboux, D, O'Connor, E, Colon-Downs, C, Feider, O. *Discriminant validity of the Adult Attachment Interview. Child Development.* 1996;67:2584-99.

Cummings, EM, Davies, PT. *Depressed parents and family functioning: Interpersonal effects and children's functioning and development. In: Joiner, T, Coyne, JC, editors. The interactional nature of depression. Washington, DC: American Psychological Association; 1999.*

Cummings, EM, Keller, PS, Davies, PT. *Towards a family process model of maternal and paternal depressive Symptoms: exploring multiple relations with child and family functioning. Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2005;46:479-89.

De Mulder, EK, Radke-Yarrow, M. *Attachment with affectively ill and well mothers: Concurrent behavioral correlates. Development and psychopathology.* 1991:227-42.

De Wolff, M, van IJzendoorn, MH. *Sensitivity and attachment: a meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. Child Development.* 1997;68(4):571-91.

Deneke, C, Lüders, B. *Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie.* 2003;52:172-81.

Dix, T, Gershoff, ET, Meunier, LN, Miller, PC. *The affective structure of supportive parenting: depressive symptoms, immediate, and child-oriented motivation. Dev Psychology.* 2004;40:1212-27.

Downing, G, Burgin, D, Reck, C, Ziegenhain, U. *Interfaces between intersubjectivity and attachment: three perspectives on a mother-infant inpatient case. Infant Mental Health Journal.* 2008;29(3):278-95.

Egeland, B, Farber, EA. *Infant-mother attachment: Factors related to its development and changes over time. Child Dev.* 1984;55:753-71.

- Farabaugh, A, Fava, M, Mischoulon, D, Sklarsky, K, Petersen, T, Alpert, JE. Relationships between major depressive disorder and comorbid anxiety and personality disorders. *Comprehensive psychiatry*. 2005;46:266-71.
- Fava, M, Alpert, JE, Borus, JS, Nierenberg, AA, Pava, JA, Rosenbaum, JF. Patterns of personality disorder comorbidity in early-onset versus late-onset major depression. *Am J Psychiatry*. 1996;153:1308-12.
- Feldman, R, Eidelman, AI, Rotenberg, N. Parenting Stress, Infant Emotion Regulation, Maternal Sensitivity, and the Cognitive Development of Triplets: A Model for Parent and Child Influences in a Unique Ecology. *Child Development*. 2004;75(6):1774-91.
- Fiedler, P. *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz; 2001.
- Field, T. Maternal Depression Effects on Infants and Early Interventions. *Preventive Medicine*. 1998;27(2):200-3.
- Field, TM. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices. *Infant Behav Develop*. 2010;33:1-6.
- Forman, D, O'Hara, MW, Stuart, S, Gorman, L, Larsen, KE, Coy, KC. Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Development and psychopathology*. 2007;19:585-602.
- Furukawa, TA, Kitamura, T, Takahashi, K. Time to recovery of an inception cohort with hitherto untreated unipolar major depressive episodes. *The British Journal of Psychiatry* 2000;177:331-5.
- Fydrich, T, Renneberg, B, Schmitz, B, Wittchen, HU. *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse-II (SKID-II)*. Göttingen: Hogrefe; 1997.
- Gabbard, GO. Do all roads lead to Rome? New findings on borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164:853-5.
- Gavin, NI, Gaynes, BN, Lohr, KN, Meltzer-Brody, S, Gartlehner, G, Swinson, T. Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology*. 2005;106:1071-82.
- Goodman, M, News, AS, Triebwasser, J, Collins, KA, Siever, LJ. Phenotype, endophenotype, and genotype comparisons between borderline personality disorder and major depressive disorder. *Journal of Personality Disorder*. 2010;24:38-59.

Goodman, SH, Gotlib, IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*. 1999;106(3):458-90.

Goodman, SH, Gotlib, IH. *Children of depressed prents: Mechanisms of risk and imlications for treatment*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.

Gottvall, K, Waldenström, U. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *Br J Obstet Gynaecol*. 2002;109:254-60.

Grigoriadis, S, Romans, S. Postpartum psychiatric disorders: What do we know and where do we go? . *Current Psychiatry Reviews*. 2006;2:151-8.

Grossmann, K, Grossmann, KE. *Bindungen das Gefüge psychischer Sicherheit* Stuttgart: Klett-Cotta; 2012.

Grossmann, KE, Grossmann, K. Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective. In: C.M., P, Stevenson-Hinde, J, Marris, P, editors. *Attachment Across the Life Cycle*. London: Routledge; 1991.

Halbreich, U, Kahn, LS. Role of estrogen in the aetiology and treatment of mood disorders. *CNS drugs*. 2001;15:797-817.

Hautzinger, M, Bailer, M, Worrall, H, Keller, F. *Das Beck Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Huber; 1995.

Herpertz, S, Saß, H. Impulisivität und Impulskontrolle. *Nervenarzt*. 1997;68:171-83.

Hertzberg, T, Wahlbeck, K. The impact of pregnancy and puerperium on panic disorders: A review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 1999;20:59-64.

Hesse, E, Main, M. Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: description, discussion, and interpretations. *Development and psychopathology*. 2006;18(2):309-43.

Hipwell, AE, Goossens, FA, Melhuish, EC, Kumar, R. Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Development and psychopathology*. 2000;12(2):157-75.

Hobson, RP, Partrick, M, Hobson, JA, Crandell, LE, Bronfman, E, Lyons-Ruth, K. How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants. *British Journal of Psychiatry*. 2009;195:325-30.

Hornstein, C, Trautmann-Villalba, P, Hohm, E. *Kasuistik zur Kindswohlfährdung bei postpartaler Depression. Forens Psychiatr Psychol Kriminol.* 2009;3:11-5.

Hyer, SE, Skodol, AE, Oldham, JM, Kellmann, HD, Doidge, N. *Validity of the personality diagnostic questionnaire-revised: a replication in an outpatient sample. Comprehensive psychiatry.* 1992;33:73-7.

Ijzendoorn van, MH, Schuengel, C, Bakersmans-Kranenburg, MJ. *Adult attachment representations, paternal responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. Psychological bulletin.* 1995;117:387-403.

Ilardi, S, Craighead, WE. *Personality pathology and response to somatic treatments for major depression: a critical review. Depression.* 1995;2:200-17.

Jennings, KD, Ross, S, Popper, S, Elmore, M. *Thoughts of harming infants in depressed and non-depressed mothers. Journal of affective disorders.* 1999;54:21-8.

Juffer, F, Bakermans-Kranenburg, MJ, van Ijzendoorn, MH. *The importance of parenting in the development of disorganized attachment: evidence from a preventive intervention study in adoptive families Journal of Child Psychology and Child Psychiatry.* 2005;46(3):263-74.

Keller, H, Otto, H. *The cultural socialization of emotion regulation during infancy. . Journal of Cross-Cultural Psychology.* 2009;40:996-1011.

Kernberg, OG, Dulz, B, Sachsse, U. *Handbuch der Borderline-Störung. Stuttgart: Schattauer; 2000.*

Kessler, RC, Berglund, P, Demler, O, Jin, R, Koretz, D, Merikangas, KR. *The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Journal of the American Medical Association.* 2003;289:3095-105.

Korzekwa, MI, Dell, PF, Links, PS, Thakane, L, Webb, SP. *Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. Comprehensive psychiatry.* 2008;49:380-6.

Kronmüller, KT, Mundt, C. *Depressive Episoden. Berlin: Springer-Verlag; 2000.*

Lambert, T, Kurth, BM. *Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse des Kinder- und Jugendlichensurveys (KiGGS). Deutsches Ärzteblatt.* 2007;104:A-2944.

Lanczik, MH, Brockington, I. Postpartal auftretende psychische Erkrankungen. *Deutsches Ärzteblatt*. 1997;46:2522-6.

Laucht, M, Esser, G, Schmidt, MH. Parental mental disorder and early child development. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1994;3:125-37.

Laucht, M, Esser, G, Schmidt, MH. Externalisierende und internalisierende Störungen in der Kindheit: Untersuchungen zur Entwicklungspsychopathologie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 2000;29(4):284-92.

Leckman, JF, Feldman, R, Swain, JE, Eicher, V, Thompson, N, Mayes, LC. Primary parental preoccupation: Circuits, genes and crucial role of the environment. *Journal of Neural Transmission*. 2004;111:753-71.

Lerner, RM, Almerigi, JB, Theobar, C, Lerner, JV. Positive Youth Development A View of the Issues. *The Journal of Early Adolescence*. 2005:10-6.

Lieb, K, Zanarini, MC, Schmahl, C, Linehan, MM, Bohus, M. Borderline Personality. *Lancet*. 2004;364:453-61.

Linehan, MM, Tutek, DA, Heard, HL, Armstrong, HE. Cognitive-behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients: Interpersonal outcomes. *Am J Psychiatry*. 1994;151:1771-6.

Lohaus, A, Keller, H, Ball, J, Voelker, S, Elben, C. Maternal sensitivity in interactions with three- and 12-month-old infants: stability, structural composition, and developmental consequences. *Infant and Child Development*. 2004;13:235-52.

Lok, SM, McMahon, C. A. Mothers' thoughts about their children: Links between mind-mindedness and emotional availability. *British Journal of Developmental Psychology*. 2006;24(3):477-88.

Loranger, AW, Sartorius, N, Andreoli, A, Berger, P, Buchheim, P, Channabasavanna, SM et al. The international personality disorder examination. *Archives of General Psychiatry*. 1994;51:215-24.

Lyons-Ruth, K, Bronfman, E, Atwood, G. A Relational diathesis of hostile-helpless states of mind: Expressions in mother-infant interaction. In: Solomon, J, George, C, editors. *Attachment disorganization* New York: Guilford; 1999. p. 33-70.

Lyons-Ruth, K, Lyubchick, A, Wolfe, R, Bronfman, E. Parental depression and child attachment: Hostile and helpless profiles of parent and child behavior among families at risk. Goodman, SH, Gotlib, IH, editors. *Washington, DC: American Psychological Association; 2002.*

Maffei, C, Fossati, A, Agostoni, I, Barraco, A, Bagnato, M, Donati, D et al. Interrater Reliability and Internal Consistency of the Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), Version 2.0. *Journal of Personality Disorders*. 1997;11:279-84.

Main, M. Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. Overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996;64:237-43.

Main, M, Hesse, E. Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: Greenberg, M, Cicchetti, D, Cummings, EM, editors. *Attachment in the preschool years: Theory, Research und Intervention*. Chicago: University of Chicago Press; 1990. p. 161-84.

Main, M, Kaplan, N, Cassidy, J. Security in infancy, childhood, und adulthood: A move to the level of representation. In: Bretherton, I, Waters, E, editors. *Growing points in attachment theory and research* 1985. p. 66-104.

Marinangeli, MG, Butti, G, Scinto, A, Di Cicco, L, Petruzzi, C, Daneluzzo, E et al. Patterns of comorbidity among DSM-III-R personality disorders. *Psychopathology*. 2000;33:69-74.

Matthey, S, Barnett, B, Howie, P, Kavanagh, DJ. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *Journal of affective disorders*. 2003;74(2):139-47.

Mc Lennan, JD, Kotelchuck, M, Cho, H. Prevalence, persistence, and correlates of depressive symptoms in a national sample of mothers of toddlers. . *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001;40:1316-23.

McMahon, CA, Barnett, B, Kowalenko, NM, Tennant, CC. Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*. 2006;47(7):660-9.

Menage, J. Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures. *J Reprod Infant Psychol*. 1993;11:221-8.

Meyer, C, Rumpf, HJ, Hapke, U, dilling, H, John, U. Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie. *Nervenarzt*. 2000;71:515-42.

Milgrom, J, Burrows, GD, Snellen, M, Stamboulakis, W, Burrows, K. *Psychiatric illness in women: a review of the function of a specialist mother-baby unit. The Australian and New Zealand journal of psychiatry.* 1998;32(5):680-6.

Milgrom, J, Schembri, C, Ericksen, J, Ross, J, Gemmill, AW. *Towards parenthood: an antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. Journal of affective disorders.* 2011;130:385-94.

Mills-Koonce, WR, Garipey, J-L, Sutton, K, Cox, MJ. *Changes in maternal sensitivity across the first three years: are mothers from different attachment dyads differentially influenced by depressive symptomatology? Attachment and Human Development.* 2008;10(3):299-317.

Mills-Koonce, WR, Garipey, JL, Propper, C, Sutton, K, Calkins, S, Moore, G et al. *Infant and parent factors associated with early maternal sensitivity: a caregiver-attachment systems approach. Infant behavior & development.* 2007;30(1):114-26.

Moehler, E, Kagan, J, Parzer, P, Brunner, R, Reck, C, Wiefel, A. *Childhood behavioral inhibition and maternal symptoms of depression. Psychopathology.* 2007;40:446-52.

Moll, L. *Die Maternitätsneurose. Wien Klinisches Wochenschriften.* 1920;33:160-2.

Moran, G, Pederson, D, Petit, P, Krupka, A. *Maternal sensitivity and infant-mother attachment in a developmentally delayed sample Infant Behavior and Development.* 1992;15:427-42.

Morey, L, Shea, MT, Markowitz, JC, Stout, RL, Hopwood, CJ, Gunderson, JG et al. *State Effects of Major Depression on the Assessment of Personality and Personality Disorder. Am J Psychiatry.* 2010;167:528-35.

Moss, E, Dubois-Comtois, K, Cyr, C, Tarabulsy, GM, St.-Laurent, D, Bernier, A. *Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. . Development and psychopathology.* 2011;23:195-210.

Mulcahy, R, Reay, RE, Wilkinson, RB, Owen, C. *A randomised control trial for the effectiveness of group Interpersonal Psychotherapy for postnatal depression. Archives of women's mental health.* 2010;13(2):125-39.

Mulder, RT, Joyce, PR, Luty, SE. *The relationship of personality disorders in treatment outcome in depressed outpatients. j Clin Psychiatry.* 2003;64:259-64.

Murray, L, Cooper, PJ. *Effects of postnatal depression on infant development. Arch Dis Child.* 1997;77:99-100.

Navarro, P, Garcia-Esteve, L, Ascaso, C, Aguado, J, Gelabert, E, Martin-Santos, R. *Non-psychotic psychiatric disorders after childbirth: prevalence and comorbidity in a community sample. Journal of affective disorders.* 2008;109(1-2):171-6.

Newman, L, Stevenson, C. *Issues in infant--parent psychotherapy for mothers with borderline personality disorder. Clinical Child Psychology & Psychiatry.* 2008;13(4):505-14.

NICHD. *Early Child Care Research Network The effect of infant child care on infant-mother attachment securing: Results of the NICHD Study of Early Child Care. Child Development.* 1997;68:860-79.

NICHD. *Early Child Care Research Network. Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and full child functioning at 36 months. Developmental Psychology.* 1999;35:1297-310.

O`Hara, MW. *Postpartum depression: what we know. J Clin Psychol.* 2009;65:1258-69.

O`Hara, MW, Stuart, S, Gorman, L, Wenzel, A. *Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for postpartum depression. Archives of general psychiatry.* 2000;57:1039-45.

Out, D, Bakermans-Kranenburg, MJ, IJzendoorn van, MH. *The role of disconnected and extremely insensitive parenting in the development of disorganized attachment: validation of a new measure. Attachment & human development.* 2009;11:419-43.

Pantlen, A, Rohde, A. *Posttraumatische Belastungsstörung nach traumatischer Entbindung. In: Riecher-Rössler, A, Rohde, A, editors. Psychische Erkrankungen bei Frauen. Freiburg: Karger; 2001. p. 294-306.*

Papousek, H, Papousek, M. *Intuitive parenting: a dialectic counterpart to the infant's integrative competence. Osofsky, JD, editor. New York: Wiley; 1987.*

Pawlby, S, Hay, DF, Sharp, D, Waters, CS, O`Keane, V. *Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: prospective longitudinal community-based study. Journal of affective disorders.* 2009;113:236-43.

Payne, JL, Palmer, JT, Joffe, H. *A reproductive subtype of depression: conceptualizing models and moving toward etiology. Harvard review of psychiatry.* 2009;17(2):72-86.

Pederson, D, Moran, G. *A categorial description od infant-mother relationships in the home and its relation to q-sort measures of infant-mother interaction: Blackwell Publishing on behalf of the Society for Research in Child; 1995. 111-32 p.*

Pederson, D, Moran, G. Appendix B:maternal behavior q-set: Blackwell Publishing on behalf of the Society for Research in Child; 1995. 247-54 p.

Pederson, D, Moran, G, Bento, S. Assessing Maternal Sensitivity and the Quality of Mother-Infant Interactions Using the Maternal Behavior Q-Sort (MBQS). 2009.

Pederson, D, Gleason, KE, Moran, G, Bento, S. Maternal attachment representations, maternal sensitivity, and the infant-mother attachment relationship. Developmental Psychology. 1998;34(5):925-33.

Perry, JC, Herman, JL. Trauma and defence in the etiology of borderline personality disorder. Paris, J, editor. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.; 1993.

Piccinelli, M, Wilkinson, G. Outcome of depression in psychiatric settings. Special issues: depression. . British Journal of Psychiatry. 1994;164:297-304.

Radke-Yarrow, M, Klimes-Dougan, M. Parental depression and offspring disorders: A developmental perspective. Goodman, SH, Gotlib, IH, editors. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.

Rahn, E. Borderline. Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2001.

Rahn, E, Mahnkopf, A. Lehrbuch Psychiatrie für Beruf und Studium. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2000.

Ramchandani, P, Stein, A, Evans, J, O'Connor, TG. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. The Lancet. 2005;365:2201-5.

Ramsauer, B, Döhmen, S, Romer, G. Postpartale psychische Störungen. Mutter-Kind-Behandlung aus kinderpsychiatrischer Perspektive. Psychotherapeut. 2013;58:165-70.

Ramsauer, B, Gehrke, J, Lotzin, A, Powell, B, Romer, G. Attachment and attachment-based intervention: the Circle of Security intervention project in Hamburg Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 2011;60:417-29.

Riecher-Rössler, A. Psychische Erkrankungen in der Menopause. Depressive Störungen und Psychosen. Gynäkologie. 2009;1:15-9.

Riecher-Rössler, A, Hofecker-Fallahpour, M. Postpartum depression: do we still need this diagnostic term? Acta psychiatrica Scandinavica. 2003;418:51-6.

Riecher-Rössler, A, Steiner, M. *Perinatal stress, mood and anxiety disorders*. Basel: Karger; 2005.

Riecher-Rössler, A, Bitzer. *Epidemiologie psychischer Störungen bei Frauen*. In: Riecher-Rössler, A, Bitzer, J, editors. *Frauengesundheit-Ein Leitfadens für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*. München: Elsevier, Urban & Fischer Verlag 2005.

Rosenbluth, M, MacQueen, G, McIntyre, RS, Beaulieu, S, Schaffer, A. CANMAT. *The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid personality disorders*. *Annals of Clinical Psychiatry*. 2012;24(1):56-68.

Rutter, M. *Maternal Depression and infant development: Cause and consequence; sensitivity and specificity*. In: Murray, L, Cooper, PJ, editors. *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford Press; 1997.

Sanderson, WC, Beck, AT, Beck, JB. *Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: prevalence and temporal relationships*. *Am J Psychiatry*. 1990;147:1025-8.

Sayer, NA, Sackeim, HA, Moeller, JR, Prudic, J, Devonand, DP, Coleman, EA et al. *The relations between observer-rating and self-report of depressive symptomatology*. *Psychological Assessment*. 1993;5:350-60.

Sedlmeier, P, Renkewitz, F. *Forschungsmethoden und Statistik in der Psychologie*. München: Pearson Studium; 2008.

Shin, H, Park, Y-J, Ryu, H, Seomun, G-A. *Maternal sensitivity: a concept analysis*. *Journal of advanced nursing*. 2008;64(3):304-14.

Smith, PB, Pederson, D. *Maternal sensitivity and patterns of infant-mother attachment*. *Child Dev*. 1988;59:1097-101.

Soares, CN, Zitek, B. *Reproductive hormone sensitivity and risk for depression across the female life cycle: a continuum of vulnerability?* *J Psychiatry Neurosci*. 2008;33:331-43.

Spijker, J, de Graaf, R, Bijl, RV, Beekman, AT, Ormel, J, Nolen, WA. *Duration of major depression episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*. *Br J Psychiatry*. 2002;181:208-13.

Sroufe, L. *Psychopathology as an outcome of development*. *Development and psychopathology*. 1997;9:251-68.

Stern-Bruschweiler, N, Stern, DN. A model for conceptualizing the role of the mother's representational world in various mother-infant therapies. *Infant Ment Health*. 1989;10:142-56.

Stuart, S, Couser, G, Schilder, K, O'Hara, MW, Gorman, L. Postpartum anxiety and depression: Onset and comorbidity in a community sample. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186:420-4.

Tarabulsky, GM, Pascuzzo, K, Moss, E, St-Laurent, D, Bernier, A, Cyr, C et al. Attachment-based intervention for maltreating families. *The American journal of orthopsychiatry*. 2008;78(3):322-32.

Tarabulsky, GM, Bernier, A, Provost, MA, Maranda, J, Larose, S, Moss, E et al. Another Look Inside the Gap: Ecological Contributions to the Transmission of Attachment in a Sample of Adolescent Mother-Infant Dyads. *Developmental Psychology*. 2005;41(1):pp.

Tarabulsky, GM, Provost, MA, Bordeleau, S, Trudel-Fitzgerald, C, Moran, G, Pederson, D et al. Validation of a short version of the maternal behavior Q-set applied to a brief video record of mother-infant interaction. *Infant behavior & development*. 2009;32:132-6.

Teti, DM, Gelfand, DM, Messinger, DS, Isabella, R. Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers and their mothers. *Developmental Psychology*. 1995;31:364-76.

Tharner, A, Luijk, MPCM, IJzendoorn van, MH, Bakermans-Kranenburg, MJ, Jaddoe, VVW, Hofman, A et al. Maternal lifetime history of depression and depressive symptoms in the prenatal and early postnatal period do not predict infant-mother attachment quality in a large, population-based Dutch cohort study. *Attachment & human development*. 2011;14(1):63-81.

Trapolini, T, Ungerer, JA, McMahon, CA. Maternal depression: relations with maternal caregiving representations and emotional availability during the preschool years. *Attachment & human development*. 2008;10(1):73-90.

Tronick, E, Gianino, A. Interactive mismatch and repair: Challenges to the coping infant. *Zero to Three*. 1986;6:1-6.

Tronick, E, Cohn, JF. Infant-Mother Face-to-Face Interaction: Age and Gender Differences in Coordination and the Occurance of Miscoordination. *Child Dev*. 1989;60:85-92.

- Tronick, E, Weinberg, MK. *Postpartum depression and child development*. MP. J.urray, L, Cooper, editors. New York: Guilford Press; 1997.
- Tronick, E, Als, H, Adamson, L, Wise, S, Brazelton, TB. *The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1978;17(1):1-13.
- van den Boom, DC. *The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: an experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants* *Child Development*. 1994;65(65):1457-77.
- Vuriletho, M, Melartin, T, Isometsä, E. *Depressive disorders in primary care: recurrent, chronic, and co-morbid*. *Psychological Medicine*. 2005;35:673-82.
- Waters, E, Deane, K. *Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methology and the organization of behavior in infancy and early childhood*. Bretherton, IW, E. , editor1985.
- Weightman, H, Dalal, BM, Brockington, IF. *Pathological fear of cot death*. *Psychopathology*. 1998;31:246-9.
- Weinberg, MK, Tronick, EZ. *Emotional characteristics of infants associated with maternal depression and anxiety*. *Pediatrics*. 1998;102:1298-304.
- Weissman, MM, Bland, R, Joyce, PR, Newman, S, Wells, JE, Wittchen, HU. *Sex differences in rates of depression: Cross normal perspectives*. *Journal of affective disorders*. 1993;29:77-84.
- Weissman, MM, Pilowsky, DJ, Wickramaratne, PJ, Talati, A, Wisniewski, SR, Fava, M. *Remission in maternal depression and child psychopathology*. *Journal of the American Medical Association*. 2006;295:1389-98.
- Wenzel, A, Haugen, EN, Jackson, LC, Brendle, JR. *Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum*. *Journal of anxiety disorders*. 2005;19(3):295-311.
- Widinger, TA, Weissman, MM. *Epidemiology of borderline personality disorder*. *Hospital and Community Psychiatry*. 1991;42:1015-21.
- Wijma, K, Söderquist, J, Wijma, B. *Posttraumatic Stress Disorder after childbirth: A cross sectional study*. *Journal of anxiety disorders*. 1997;11:587-97.
- Wirtz, M, Caspar, F. *Beurteilungsübereinstimmung und Beurteilungsreliabilität*. Göttingen: Hogrefe; 2002.

Wittchen, HU. *Handbuch psychische Störungen. Eine Einführung. 2. neu ausgestattete Auflage.* Weinheim: Psychologie Verlags Union; 1998.

Wittchen, HU, Jacobi, F. *Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998.* Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. 2001;44:993-1000.

Wittchen, HU, Jacobi, F. *Epidemiologie der Depression.* Stoppe, G, Bramesfeld, A, Schwartz, F-W, editors. Berlin: Springer Verlag; 2006.

Wittchen, HU, Wunderlich, U, Gruschitz, S, Zaudig, M. *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID).* Göttingen: Hogrefe; 1997.

Wittchen, HU, Jacobi, F, Klose, M, L., R. *Depressive Erkrankungen.* Berlin: Robert-Koch-Institut; 2010.

Wittchen, HU, Essau, CA, Zerssen, D, Krieg, JC, Zaudig, M. *Life time and six month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up-Study.* Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 1992;241:247-58.

Wittchen, HU, Müller, N, Schmidtkunz, B, Winter, S, Pfister, H. *Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys "Psychische Störungen".* Fortschritte der Medizin. 2000;118:4-10.

Wolfersdorf, M. *Depression und Suizid.* Bundesgesundheitsblatt-gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. 2008;51:443-50.

Woolcott, P. *Prognostic indicators in the psychotherapy of borderline patients.* Am J Psychotherapy. 1985;39:17-29.

Yeung, WJ, Linver, MR, Brooks-Gunn, J. *How money matters for young children`s development: Parental investment and family processes.* Child Dev. 2002;73:1861-79.

Zanarini, MC, Gunderson, JG, Frankenberg, FR. *Axis I phenomenology of borderline personality disorder.* Comprehensive psychiatry. 1989;29:149-56.

Zanarini, MC, Gunderson, JG, Frankenberg, FR, Chauncey, DC. *Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders.* Am J Psychiatry. 1990;147:161-7.

Zanarini, MC, Frankenberg, FR, Dubo, EA, Sickel, AE, Trikha, A, Levin, A et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155:1733-9.

Zanarini, MC, Frankenberg, FR, Reich, DB, Marino, MF, Lewis, RE, Williams, AA et al. Biparental failure in childhood experiences of borderline patients. *Journal of Personality Disorder*. 2000;14:264-73.

Zimmerman, M, McDermut, W, Mattia, JI. Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *Am J Psychiatry*. 2000;157:1337.

8 Danksagung

Es ist mir ein besonderes Anliegen, all jenen Personen und Institutionen zu danken, die zum Gelingen dieser Arbeit beitrugen.

An erster Stelle möchte ich den Müttern und ihren Säuglingen meinen Dank aussprechen für Ihre entgegenkommende Bereitschaft an der Untersuchung teilzunehmen.

Einen besonderen Dank gebührt Herrn Prof. Dr. Michael Schulte-Markwort, der meine Dissertation begleitet und mich in meiner Arbeit unterstützt hat.

Mein ganz besonderer Dank gilt meiner Betreuerin und Freundin Frau Dr. Brigitte Ramsauer. Ihre stets kritische Haltung und methodische Auseinandersetzung mit der Arbeit boten mir wertvolle wissenschaftliche Anregungen. Sie wusste mich immer wieder an entscheidenden Stellen der Arbeit zu motivieren und für die Inhalte des wissenschaftlichen Arbeitens zu begeistern. Sehr hilfreiche Anregungen habe ich auch in der statistischen Beratung des UKE in Gesprächen mit Dr. Hans Pinnschmidt sowie in zahlreichen Workshops, Seminaren und Forschungstreffen im Rahmen meiner Ausbildung erfahren.

Meinen Ehemann Aydin Onur und unserer Tochter Ella danke ich für all das, was ich nur unzureichend auf Papier auszudrücken vermag.

Weiterhin danke ich allen herzlich, die mich im Laufe der vier Jahre in jedweder Hinsicht unterstützt haben: meinen Eltern, meinen Schwiegereltern, Frau Dr. U. Ostendorf und meinen Freunden, im besonderen Frau Marion Lehmann.

Hamburg, im Februar 2014

9 Anhang

Tabelle 7: Varianzbreite der abhängigen Variablen (mütterliche Sensitivität)

	Major Depression	Varianz	N
Gruppe 0 (Kontrollgruppe)		0.007	15
Gruppe 1 (< 2 Komorbiditäten Achse I)		0.016	16
Gruppe 2 (≥ 2 Komorbiditäten Achse I)		0.051	19
Gruppe 3 (≥ 2 Komorbiditäten Achse I & BPS Achse II)		0.045	18
Insgesamt		0.063	68

Anmerkung: N= Anzahl, BPS= Borderline-Persönlichkeitsstörung

Tabelle 8: Tests der Zwischensubjekteffekte der abhängigen Variablen (mütterliche Sensitivität)

Quelle	Quadrat-summe vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nicht-zentralitätsparameter	Beobachtete Schärfe
Korrigiertes Modell	2.208	3	.736	23.361	.000***	.523	70.083	1.000
Konstanter Term	16.190	1	16.190	513.794	.000***	.889	513.794	1.000
MDI	2.208	3	.736	23.361	.000***	.523	70.083	1.000
Fehler	2.017	64	.032					
Gesamt	19.636	68						
Korrigierte Gesamtvariation	4.225	67						

Anmerkung: *** $p < 0,001$

Tabelle 9: Schätzer, abhängige Variable mütterliche Sensitivität

Major Depression	Mittelwert	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Gruppe 0 (Kontrollgruppe)	.716	.046	.624	.807
Gruppe 1 (< 2 Komorbiditäten Achse I)	.593	.044	.504	.681
Gruppe 2 (≥ 2 Komorbiditäten Achse I)	.419	.041	.338	.501
Gruppe 3 (≥ 2 Komorbiditäten Achse I & BPS Achse II)	.233	.042	.149	.316

Anmerkung: BPS = Borderline-Persönlichkeitsstörung

Tabelle 10: Tests der Zwischensubjekteffekte, abhängige Variable

Quelle	Quadrat- summe vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta- Quadrat	Nicht- zentralitäts- parameter	Beob- achtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	17.978 ^a	6	2.996	15.864	.000***	.625	95.183	1.000
Konstanter Term	.033	1	.033	.176	.676	.003	.176	.070
MDI	3.835	3	1.278	6.768	.001**	.263	20.305	.968
Alter der Mutter	1.130	1	1.130	5.982	.018*	.095	5.982	.672
Alter des Kindes	.979	1	.979	5.184	.027**	.083	5.184	.610
t_bdim_tot_t1	1.819	1	1.819	9.632	.003**	.145	9.632	.862
Fehler	10.766	57	.189					
Gesamt	71.698	64						
Korrigierte Gesamtvariation	28.745	63						

Anmerkung: a R zum Quadrat .625 (angepasst R zum Quadrat .05), b Korrektur mit alpha = .05

Tabelle 11: Parameterschätzer, abhängige Variable: mütterliche Sensitivitätsscore

Parameter	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	T	Sig.	95%-Konfidenzintervall		Partielles Eta-Quadrat	Nicht-zentralitätsparameter	Beobachtete Schärfe ^b
					Untergrenze	Obergrenze			
Konstanter Term	-.180	.436	-.412	.682	-1.054	.694	.003	.412	.069
[MDI=0]	.539	.252	2.140	.037**	.035	1.043	.074	2.140	.557
[MDI=1]	.705	.161	4.379	.000***	.383	1.027	.252	4.379	.990
[MDI=2]	.230	.158	1.454	.151	-.087	.547	.036	1.454	.298
[MDI=3]	0 ^a								
Alter der Mutter	.027	.011	2.446	.018*	.005	.050	.095	2.446	.672
Alter des Kindes	.062	.027	2.277	.027*	.007	.116	.083	2.277	.610
t_bdim_tot_t1	-.259	.083	-3.103	.003**	-.426	-.092	.145	3.103	.862

Anmerkung: a Dieser Parameter wird auf Null gesetzt, da er überflüssig ist, b Korrektur mit $\alpha = .05$

10 Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Unterschrift: