

# **UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF**

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

Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort

## **Mind-Mindedness und Depressivität bei psychisch erkrankten Müttern mit Säuglingen**

### **Dissertation**

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Katharina Stiegler

Aus München

Hamburg 2014

**Angenommen von der**

**Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 22.04.2015**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der**

**Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

**Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende:** Prof. Dr. med. Georg Romer

**Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in:** Prof. Dr. med. Kurt Hecher

# **Inhaltsverzeichnis**

<b>1</b>	<b>Arbeitshypothese und Fragestellung</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Einleitung</b>	<b>8</b>
2.1	Mind-Mindedness	8
2.1.1	Das Konstrukt Mind-Mindedness	8
2.1.2	Mentalisierung	10
2.1.3	Bindung	11
2.2	Depressivität und Kognition	14
2.2.1	Klassifikation und Psychopathologie von Depressivität	14
2.2.2	Epidemiologie von Depressivität	17
2.2.3	Ätiopathogenese depressiver Störungen	17
2.2.4	Depressivität, Kognition und Verhalten	19
2.3	Depressivität und Mind-Mindedness	21
2.4	Zusammenfassung des Forschungsstands	23
2.5	Fragestellung und Hypothese	23
<b>3</b>	<b>Material und Methoden</b>	<b>25</b>
3.1	Einschlusskriterien der Patienten	25
3.2	Beschreibung der Stichprobe	25
3.3	Instrumente und Operationalisierung der Variablen	26

3.3.1	Beck-Depression-Inventar	26
3.3.2	Mind-Mindedness	27
3.4	Versuchsordnung	30
3.5	Versuchsdurchführung	30
3.6	Datenauswertung	31
<b>4</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>33</b>
4.1	Deskriptive Statistik: Depressionsschwere	33
4.2	Deskriptive Statistik: Mind-Mindedness	33
4.3	Ergebnisse der Hypothesenprüfung: Zusammenhang zwischen Mind-Mindedness und Depressivität	35
4.4	Nebenergebnisse	38
<b>5</b>	<b>Diskussion</b>	<b>39</b>
5.1	Methodische Limitationen	39
5.1.1	Beck-Depression Inventar	39
5.1.2	Mind-Mindedness	40
5.2	Diskussion der Hypothesen prüfenden Ergebnisse	41
5.3	Diskussion der Nebenergebnisse	43
5.4	Schlussfolgerung	45
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>47</b>
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>49</b>

<b>8</b>	<b>Tabellen- und Abbildungsverzeichnis</b>	<b>56</b>
<b>9</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>57</b>
<b>10</b>	<b>Danksagung</b>	<b>59</b>
<b>11</b>	<b>Lebenslauf</b>	<b>60</b>
<b>12</b>	<b>Eidesstattliche Versicherung</b>	<b>61</b>

# 1 Arbeitshypothese und Fragestellung

Das Bemühen des Menschen sich selbst und andere zu verstehen stellt einen zentralen Aspekt des sozialen Zusammenlebens dar. Ein solcher Vorgang setzt in wesentlichen Teilen auch ein Verständnis für die nicht sichtbaren, weil intra-psychischen, Seelenzustände von Mitmenschen voraus (z.B. Absichten, Gefühle, Gedanken, Wünsche und Überzeugungen). Je mehr wir in der Lage sind diese Seelenzustände in uns selbst oder in anderen zu vergegenwärtigen, umso größer ist die Chance für eine produktive, intime Beziehung (Slade, 2005). In diesem Prozess wird der Mutter-Kind bzw. Vater-Kind Beziehung eine entscheidende Rolle zu Teil. Denn schließlich liefert sie die ersten Grundbausteine für die Entwicklung des Denkens und Fühlens sowie für die Verwirklichung von Beziehungen und sozialen Interaktionen. Die Fähigkeit der Mutter zu begreifen, dass ihr Kind über eigene Emotionen und Seelenzustände verfügt, erlaubt es dem Kind seine eigenen inneren Erfahrungen zu machen (Slade, 2005).

Diese mütterliche Befähigung kann unter anderem mit Hilfe des Konzeptes *Mind-Mindedness* (MM) beurteilt werden. Bezug nehmend auf Meins et al. (2002, S. 1716) wird MM als „Kompetenz von Müttern bezeichnet, ihre Säuglinge als Individuen mit eigenen Wünschen, Bedürfnissen, Intentionen und Gefühlen zu begreifen“.

Dies bedeutet, dass die Mutter über die Fähigkeit verfügt, ihr Kind als vollständige Person wahrzunehmen und sich bemüht die Welt aus den Augen des Kindes zu betrachten. Die Zielsetzung der vorliegenden Studie ist es, MM bei Müttern, die unter einer depressiven Erkrankung leiden, zu untersuchen.

Bei der Depression handelt es sich um eine schwerwiegende Erkrankung in Folge derer es nicht selten zu veränderten Wahrnehmungen bezüglich des Selbst, der sozialen Umwelt sowie der Zukunft kommen kann. Neben Störungen des Antriebs und der vegetativen Funktionen können Hoffnungslosigkeit sowie generalisierte negative Erwartungen die Gedanken der Patienten steuern und zu kognitiven Defiziten führen (Beck, 1999). Nach heutigem Stande ist jedoch unklar, welchen Einfluss eine depressive Störung der Mutter auf MM besitzt. Vergegenwärtigt man sich die Symptomatik einer depressiven Störung, ist anzunehmen, dass die Fähigkeit der Mutter

ihr eigenes Kind angemessen wahrzunehmen und die Welt aus den Augen des Kindes zu sehen, beeinträchtigt ist. Ziel dieser Studie ist es mit Hilfe des in diesem Zusammenhang noch wenig erforschten Konstrukts MM zu ergründen, inwiefern depressive Kognitionen einen Einfluss auf die Mutter-Kind Beziehung nehmen.

## 2 Einleitung

In der ersten Hälfte dieses Kapitels steht das Konstrukt Mind-Mindedness im Zentrum der vorliegenden Arbeit. Es soll geklärt werden was unter MM verstanden wird.

Außerdem werden die zwei Konzepte „Mentalisierung“ und „Bindung“ eingeführt und schließlich ausgesuchte Ergebnisse der Bindungs- und Mentalisierungsforschung im Zusammenhang mit MM dargestellt.

Die zweite Hälfte dieses Kapitels widmet sich eingehend der Klassifikation und Epidemiologie von Depressivität. Neben der Ätiopathogenese werden auch mögliche Veränderungen in Kognition und Verhalten depressiver Menschen erörtert.

Des Weiteren werden anschließend die neusten Forschungsergebnisse im Zusammenhang mit MM diskutiert. Abschließend erfolgt in diesem Kapitel die Formulierung von Fragestellung, Ziel und Hypothese.

### 2.1 Mind-Mindedness

#### 2.1.1 Das Konstrukt Mind-Mindedness

Der Begriff der Mind-Mindedness geht ursprünglich auf die Psychologin und Bindungsforscherin Elizabeth Meins (1997) zurück. Ihr zu Folge bezeichnet MM die „Neigung einer Mutter ihr Kind als Individuum mit eigener Psyche zu behandeln“ (S. 136) und nicht lediglich als ein Wesen dessen Bedürfnisse befriedigt werden müssen (Meins, 1997). Eine Mutter, die *mind-minded* ist, tendiert somit dazu den dem kindlichen Verhalten zugrunde liegenden Seelenzustand aktiv zu hinterfragen, anstatt lediglich auf gezeigtes Verhalten zu reagieren.

Es gibt derzeit zwei verschiedene Messverfahren für MM, die bei verschiedenen Altersgruppen des Kindes zum Einsatz kommen. Bei Säuglingen im Alter von bis zu zwölf Monaten wird MM anhand videogestützter Mutter-Säuglings Interaktionen, *MM-online* genannt, gemessen (Meins und Fernyhough, 2010). Dieses Verfahren kam auch im Zuge der vorliegenden Studie zum Einsatz. Nach dem ersten Lebensjahr wird MM mit Hilfe eines Ein-Frage-Interviews (*MM-offline*) getestet. Hier erfolgt eine inhaltliche



Auswertung von Interviewdaten (Meins und Fernyhough, 2010). In der ursprünglichen Operationalisierungsform von MM im Säuglingsalter wurden fünf Indikatoren untersucht (siehe Meins et al., 2001). Dabei handelte es sich um „Mütterliche Ansprechbarkeit auf Änderung der Blickrichtung des Kindes“ (*Maternal responsiveness to change in infants direction of gaze*); „mütterliche Ansprechbarkeit auf kindliche Objekt-orientierte Handlungen“ (*Maternal responsiveness to infants object-directed action*); „Imitation“ (*Imitation*); „Förderung von Autonomie“ (*Encouragement of autonomy*) und „Angemessene auf die Psyche beziehende Kommentare“ (*Appropriate mind-related comments*).

Angewendet bei 65 Mutter-Säuglingspaaren mit Babys im Alter von sechs Monaten stellte sich heraus, dass nur die Kategorie „angemessene auf die Psyche beziehende Kommentare“ signifikante Ergebnisse im Zusammenhang mit Bindung zwischen Mutter und Kind zeigte (Meins et al., 2001). Folgerichtig wurde das Konstrukt MM nun über die Erfassung mentaler Kommentare operationalisiert (Meins und Fernyhough, 2006).

Während die Messung angemessener mentaler Kommentare in der bisherigen Forschung weitaus mehr Beobachtung fand, wurde die Kategorie der nicht-stimmigen Kommentare (*non-attuned mind-related comments*) weitestgehend außer Acht gelassen. Nicht-stimmige Kommentare sind zwar als mental zu wertende Kommentare, erfüllen jedoch nicht das Kriterium der richtigen Interpretation (Meins und Fernyhough, 2010). Dies würde bedeuten, dass die Mutter ihrem Kind, welches beispielsweise intensiv mit der Exploration einer Rassel beschäftigt ist, einen anderen Wunsch unterstellt („Du möchtest gerne mit dem Auto spielen.“). Die detaillierte Beschreibung der Operationalisierung von MM und die Unterteilung in angemessene und nicht-stimmige mentale Kommentare erfolgt im Kapitel 3.3.2. Meins et al. (2011) ermittelten, dass angemessene und nicht-stimmige Kommentare zwei unterschiedliche Facetten von Verhaltensweisen zeigen und nicht in Verbindung zueinander stehen.

### 2.1.2 Mentalisierung

Zusammengefasst unter dem Oberbegriff Mentalisierungsforschung werden zwei Forschungsgebiete der Entwicklungspsychologie miteinander verbunden: die *Theory-of-Mind*-Forschung und die Bindungsforschung mit der Psychoanalyse (Dornes, 2004). Mentalisierung oder auch Reflexionsfunktion bezeichnet die Fähigkeit, sich mentale Zustände beispielsweise Gefühle, Intentionen und Gedanken im eigenen Selbst und in anderen Menschen vorzustellen (für eine ausführliche Darstellung der Erkenntnisse der Mentalisierungsforschung, siehe Fonagy et al., 2008).

„Mentalisierung entwickelt sich im Austausch zwischen Kind und Bezugsperson und hängt vom Einfühlungsvermögen der Bezugsperson für das Kind ab, von deren Fähigkeit, sich in die Psyche des Kindes einzufühlen“ (Fischer-Kern et al., 2008). Diese Fähigkeit ist ein nicht sichtbarer Prozess. Zwei mögliche Operationalisierungen von Mentalisierung sind unter anderem die Theory of Mind und auch Mind-Mindedness. Dies bedeutet, dass Mentalisierungsfähigkeiten als Grundvoraussetzung für MM angesehen werden kann. Eine Mutter, die *mind-minded* ist wird auch in ihrer Fähigkeit zu Mentalisieren überzeugen. Inwieweit sich diese Fähigkeiten entwickeln ist auch abhängig von Bindungs- und Beziehungserfahrungen.

„Die Theory of Mind (ToM) ist definiert als Konstrukt aus zusammenhängenden Überzeugungen und Wünschen, die man einer Person zuschreibt um sich deren Verhalten zu erklären“ (Fonagy et al., 2008, S. 34). Die ToM wird besonders bei Kindern erforscht und befasst sich in diesem Zusammenhang mit der Frage „wann und wie Säuglinge und kleine Kinder entdecken, dass sie selbst und andere Personen Wesen mit mentalen Zuständen sind“ (Dornes, 2004).

Während MM im Zusammenhang mit Depressivität bisher wenig untersucht wurde, konnten zahlreiche Studien in Bezug auf die ToM beweisen, dass ein hohes Maß an mütterlicher Mind-Mindedness ein Prädiktor für kindliche ToM Fähigkeiten ist (Laranjo et al., 2010; Meins et al., 2013, 2003, 2002).

### 2.1.3 Bindung

Von Bedeutung ist MM bisher vor allem bei der Erforschung von Zusammenhängen der Bindungssicherheit (Meins et al., 2001). „Die Bindungstheorie befasst sich mit der emotionalen Entwicklung des Menschen, mit seinen lebensnotwendigen soziokulturellen Erfahrungen und mit den emotionalen Folgen, die sich aus unangemessenen Bindungserfahrungen ergeben können“ (Grossmann und Grossmann, 2006, S.32). Grossmann und Grossman beschreiben weiterhin, dass starke emotionale Bindung zwischen Bezugsperson und Kind schon sehr früh -während des ersten Lebensjahres- entstehen und ein ganzes Leben bestehen bleiben (2006 S.72,73).

Die Art und Weise wie Bindungen gestaltet werden ist seit vielen Jahren von Interesse empirischer Forschung. Es zeigte sich, dass unterschiedliche Bindungsstrategien bzw. Bindungsqualitäten unterschieden werden können, welche mit Hilfe der *Fremde Situation*, einem von Mary Ainsworth (1978) entwickelten standardisierten Testverfahren untersucht werden können (siehe Grossmann und Grossmann, 2006). Verlässt beispielsweise die Bezugsperson Mutter das Kind, wird das Bindungssystem aktiviert. Es zeigt Bindungsverhalten, indem es weint oder nach der Mutter ruft. Die Klassifikation von Bindungsverhaltensstrategien erfolgte von Ainsworth et al. (1978) in drei Kategorien: die *sichere* (B-Klassifikation), die *unsicher-vermeidende* (A-Klassifikation) und die *unsicher-ambivalente* Bindung (C-Klassifikation). *Sicher* gebundene Kinder suchen die Nähe der Mutter und lassen sich beruhigen, ein *unsicher-vermeidend* gebundenes Kind zeigt keine deutliche Trennungsreaktion und ignoriert die Mutter bei Wiederkehr durch Überbetonung der Erkundung. *Unsicher-ambivalent* gebundene Kinder zeigen ein ängstliches oder ambivalentes Verhalten und lassen sich bei Wiederkehr der Mutter schwer beruhigen.

Erst Mitte der 80-er Jahre führten Main und Solomon (1990) eine weitere Kategorie, das der desorganisierten und desorientierten Bindungsverhalten (D-Klassifikation) für nicht klassifizierbare Kinder, hinzu. Diese Kinder zeigen bei Trennungsstress bizarre, stereotype Bewegungen, Angst und widersprüchliches Verhalten.

In den 70-Jahren entwickelte Mary Ainsworth das Konzept von mütterlicher Feinfühligkeit (*maternal sensitivity*), welches als Moderator der Mutter-Kind Bindung gilt (Atkinson et al., 2005). Ainsworth verknüpfte die sichere Bindung des Kindes mit

mütterlicher Feinfühligkeit. Bezug nehmend auf Ainsworth et al. (1971, S.43) handelt es sich hierbei um die „mütterliche Fähigkeit kindliche Hinweise zu empfangen und auf diese umgehend und angemessen zu reagieren“.

Wie Meins et al. (2001) herausstellen, wurde die mütterliche Feinfühligkeit anfangs als einzige bestimmende Größe in der Bindungsforschung benannt. Mit der Erkenntnis das mütterliche Sensitivität unzureichend operationalisiert wurde, entwickelte Meins (1997) das Konzept Mind-Mindedness. Als einen Kritikpunkt an der bisherigen Bindungsforschung nennt sie, dass mütterliche Feinfühligkeit als vermittelnder Faktor der Bindungssicherheit zu einem konfusen und ungenauen Bild geworden sei. Zum einen sei nicht spezifiziert worden welche mütterlichen Verhaltensweisen als maßgeblich für die Herausbildung von Feinfühligkeit seien, und zum anderen seien keine Regeln bezüglich der Beobachtungszeit der Mutter-Kind Interaktion vorliegend (Meins, 1999). Daraus folgert Meins (1999), dass mütterliche Feinfühligkeit, in seiner derzeitigen Operationalisierung nicht alle relevanten Bindungsaspekte beinhalte, da obwohl ursprünglich anders definiert, vorwiegend Verhaltensmaße und nicht mentale Maße bewertet worden seien. Mittlerweile zählen beide Konstrukte als unabhängige Prädiktoren für Bindungssicherheit (Meins et al., 2001). Außerdem beweisen Meins et al. (2001) in dieser Studie, dass hohe Level an MM mit einer sicheren Bindung einhergehen.

Dieser Zusammenhang wurde durch weitere Studien belegt (Arnott und Meins, 2007; Lundy, 2003).

MM kann somit als ein multidimensionales Konstrukt angesehen werden und stellt nach Meins (2012) eine „Schnittstelle zwischen Verhaltens- und repräsentationalen Operationalisierungen“ (S.394) im Rahmen der Bindungsforschung dar. Eine Mutter, die über hohe MM, verfügt muss sich zuerst ein Bild des mentalen Zustands ihres Kindes machen, um im Anschluss diese Repräsentanz zu nutzen, um ein adäquates Verhalten zu ihrem Kind zu zeigen. MM greift somit Aspekte der mütterlichen Feinfühligkeit auf, geht jedoch auch auf einen weiteren Faktor ein, welcher sich auf eigene Repräsentanzen der Bezugsperson, so genannte internale Arbeitsmodelle (*internal working models*), bezieht (Meins et al., 2012). Dieses Innere Modell wird durch bisherige Erfahrungen von Bindung geformt. Grossman und Grossman (2012, S.447) erläutern, dass „regelmäßig sich wiederholende frühkindliche

Bindungserfahrungen als Erwartungen verinnerlicht werden“. Mütterliche interne Arbeitsmodelle, also die eigenen Bindungserfahrungen der Mutter, beeinflussen auch die Bindung die ihre eigenen Kinder später entwickeln. Internale Arbeitsmodelle beschreiben somit Muster, welche aufgrund früherer Bindungserfahrungen neue Bindungssituationen vorhersehbar machen.

Zu diesem Zweck wurde von George, Kaplan und Main mit dem „Adult Attachment Interview“ (AAI, 1985) ein Interviewverfahren zur Erfassung der internalen Arbeitsmodelle entwickelt (Hesse, 2008). Es werden drei Hauptklassifikationen unterschieden: a) sicher-autonom, b) abwertend in Anlehnung an das unsicher-vermeidende Muster und c) verstrickt, in Anlehnung an das unsicher-ambivalente Muster (Grossmann und Grossmann, 2012). Meins (1999) berichtet über mehrere Studien, die belegen, dass als autonom klassifizierte Mütter eher eine sichere Bindung zu ihrem Kind haben (Für einen Überblick siehe van Ijzendoorns (1995), Fonagy et al., (1991a)).

Eine Untersuchung mit schwangeren Müttern zeigt darüber hinaus, dass bereits die Bindungsqualitäten der Kinder mit einem Jahr anhand der Bindungsrepräsentanzen der Mütter vorausgesagt werden können (Fonagy et al., 1991b). Zusätzliche Studien bestätigten diese Ergebnisse und unterstützen die Theorie, dass eine Weitergabe von Bindungsmustern von Eltern auf Kinder vorhanden ist (siehe Meins, 1999). Ein Phänomen, welches als intergenerationale Transmission bezeichnet wird (Meins, 1999).

Die genannten Entwicklungsprozesse machen jedoch jeweils nur einen Teil der Variation kindlicher Bindungsverhaltensmuster sichtbar, so dass immer noch eine Erklärungslücke bestehen bleibt. So wurde gefolgert, dass es noch weitere Mechanismen geben müsse, die auf diese intergenerationalen Prozesse einwirken. Diese fehlenden Erkenntnisse werden als Transmissionslücke (*Transmission gap*) (Van Ijzendoorn, 1995) bezeichnet und sind Bestandteil zahlreicher Forschungen. Die Transmissionslücke beinhaltet die Frage, was das Verbindungsglied zwischen elterlicher Beziehungsrepräsentanzen und kindlicher Bindungsqualität ist.

Meins (1999) betrachtet MM als einen Übertragungsmechanismus, welcher zwischen Bindungssicherheit, inneren Arbeitsmodellen, mütterlicher Sensitivität und

Mentalisierungsfähigkeiten operiert. Damit ist MM möglicherweise ein wichtiger Baustein bei der Klärung der Frage wie die Transmission von Bindungsmodellen von einer Generation zur Nächsten zustande kommt.

## **2.2 Depressivität und Kognition**

### **2.2.1 Klassifikation und Psychopathologie von Depressivität**

Zur Diagnostik eines depressiven Störungsbildes wird auf eines der beiden international anerkannten Klassifikationssysteme zur Diagnostik von psychischen Störungen zurückgegriffen. Bei diesen handelt es sich (1) um das „International Classification of Mental Disorders (ICD-10) (Dilling und World Health Organization, 2011), welches Teil des von der World Health Organization (WHO) herausgegebenen ICD-10 ist und (2) um das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV“ (DSM-IV-TR) (4th ed., text rev.; American Psychiatric Association, 2000). Die Depression zählt zu den affektiven psychischen Störungen. Diese sind in erster Linie dadurch gekennzeichnet, dass sie mit einer klinisch relevanten Veränderung der Stimmungslage einhergehen. In diesem Punkt besteht weitgehende Einigkeit zwischen den genannten Klassifikationssystemen (ICD-10 und DSM-IV-TR). Allerdings lassen sich in beiden Klassifikationssystemen leichte Unterschiede in Terminologie und Kriterien einer Depression feststellen. Zur theoretischen Einbettung der vorliegenden Arbeit sollen die Unterkategorien nun übersichtsweise skizziert werden (für eine ausführliche Beschreibung der unterschiedlichen Arten von Depressionen, siehe z.B. Dilling et al., 2011).

#### **Diagnostik nach DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000)**

Laut DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) lassen sich depressive Störungen grundsätzlich in (a) *Major Depression*, (b) *Dysthyme Störung* und (c) *Depressive Disorder Not Otherwise Specified* unterteilen. Für die Klassifikation einer sogenannten Major Depression müssen eine oder mehrere Episoden einer Major Depression, sowie die folgenden Kriterien zum Zeitpunkt der Diagnose vorliegen: Mindestens eines der Hauptsymptome (1) depressive Verstimmung, (2) Verlust an

Interesse oder Freude müssen für eine Dauer von zwei oder mehr Wochen gegeben sein. Des Weiteren finden sich mindestens vier Zusatzsymptome wie Appetit- oder Gewichtsveränderungen, Schlafprobleme, Energieverlust, Wertlosigkeits- oder Schuldgefühle, Konzentrationsprobleme und wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid. Ein weiteres wichtiges Merkmal ist, dass diese Symptome ein klinisch bedeutsames Leiden verursachen und zu Beeinträchtigungen in beispielsweise sozialen oder beruflichen Funktionsbereichen des Betroffenen führen. Substanz-induzierte oder aufgrund einer generellen medizinischen Erkrankung induzierte affektive Störungen zählen nicht zu den majoren, depressiven Störungen. Dysthyme Störungen unterscheiden sich in ihren Symptomen grundsätzlich in ihrer Dauer und Chronizität von denen einer Major Depression. Für eine Diagnose muss eine traurige und niedergeschlagene Stimmung über mindestens zwei Jahre hinweg an den meisten Tagen bestehen. Zusätzlich ist das Vorliegen von mindestens zwei der folgenden Zusatzsymptome erforderlich: Verminderter oder gesteigerter Appetit, Schlafstörungen, Müdigkeit oder Energieverlust, niedriges Selbstwertgefühl, Konzentrationsschwierigkeiten oder Gefühl von Hoffnungslosigkeit. In den meisten Fällen ist eine Dysthyme Störung jedoch weniger stark ausgeprägt als eine Major Depression. In die Kategorie Depressive Disorder not Otherwise Specified fallen all diejenigen Störungen, die keinem der oben genannten Störungsbilder zuzuordnen sind, jedoch trotzdem in ihrer Symptomatik depressive Merkmale aufweisen.

### **Diagnostik nach ICD-10** (Dilling und World Health Organization, 2011)

Die Diagnosekriterien für eine depressive Störung nach ICD-10 (Dilling und World Health Organization, 2011) unterscheiden sich von den obig beschriebenen Klassifikationskriterien des DSM-IV. Bei einer rezidivierenden depressiven Störung handelt es sich um eine Störung, welche durch wiederholte depressive Episoden charakterisiert ist. Eine depressive Episode wird folgendermaßen klassifiziert: Von den drei Hauptsymptomen (1) depressive Verstimmung, (2) Interessenverlust und (3) verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit müssen mindestens zwei über eine Dauer von mindestens zwei Wochen vorliegen. In Abhängigkeit von der Anzahl an Haupt- und Nebensymptomen erfolgt eine Schweregradeinteilung in leicht ( $\geq$  vier Symptome, davon 2 Hauptsymptome), mittelgradig ( $\geq$  5-6 Symptome) und schwer ( $\geq$  7

Symptome, davon alle drei Hauptsymptome). Zu den sieben Nebensymptomen zählen Verminderung des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit, vermindertes Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsvermögen, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken oder erfolgte Selbstverletzung, Schlafstörung und verminderter Appetit. Je nach Einteilung der depressiven Episode in leicht mittel und schwer und dem Vorhandensein von zwei dieser Episoden über eine Dauer von jeweils mindestens zwei Wochen, erfolgt die Einteilung in rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichter, mittelgradiger oder schwerer Episode.

### **Klassifikation und Psychopathologie postpartaler Depressivität**

Die diagnostische Einordnung postpartaler Depressionen nach ICD-10 erfolgt nach den gleichen Merkmalen einer depressiven Episode. Lediglich wenn die psychischen Störungen nicht die Kriterien einer klassifizierten Störung erfüllen, kommt die Einordnung in „psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert“ zur Anwendung (Dilling und World Health Organization, 2011). Die Kriterien für die Zusatzkodierung *Mit postpartalem Beginn* nach DSM-IV-TR kann ebenso auf die aktuelle oder letzte depressive Episode angewendet werden und beinhaltet den Beginn der Episode innerhalb von vier Wochen nach der Entbindung (American Psychiatric Association, 2000). Bezugnehmend auf DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) unterscheiden sich die Symptome einer depressiven Episode mit postpartalem Beginn nicht von denen einer affektiven Episode. Folgende Symptome finden sich jedoch gehäuft: Stimmungsumschwünge, Affektlabilität und starkes Eingenommensein von Gedanken über das Wohl des Kindes, das von Überbesorgtheit bis zu eindeutigen Wahnvorstellungen reichen kann. Frauen mit postpartalen depressiven Episoden haben häufig schwere Ängste und zeigen im Umgang mit ihrem Kind oftmals Desinteresse oder Überfürsorglichkeit.



### **2.2.2 Epidemiologie von Depressivität**

Laut einer Übersichtsstudie erkranken jedes Jahr im Mittel 6,9 Prozent der Erwachsenen in Europa an einer schweren depressiven Störung (Wittchen und Jacobi, 2005). In der Bundesrepublik Deutschland liegt die Lebenszeitprävalenz einer affektiven Störung laut einer Münchner Studie bei 12,9 Prozent (Wittchen et al., 1992). Die WHO-Studie „Global Burden of Disease“ (GBD) verweist auf eine signifikante Steigerung psychischer Krankheiten (siehe Murray et al., 1996). So soll 2020 die unipolare und Major Depression die weltweit zweithäufigste Ursache für gesundheitliche Einschränkungen werden (Murray et al., 1996). Bezüglich der Prävalenz depressiver Störungen können starke Geschlechtsunterschiede gefunden werden. Zahlreiche Studien beweisen, dass depressive Störungen unter Frauen fast doppelt so häufig anzutreffen sind wie bei Männern (Murray et al., 1996). Im Vergleich zu Männern (29,3%) machen depressive Störungen unter Frauen (41,9%) fast die Hälfte der neuropsychiatrischen Störungen aus. Das „US National Comorbidity Survey“ (Kessler et al. 1994) beschreibt eine Lebenszeitprävalenz für Frauen von 21,3 % (12-Monatsprävalenz von 12,9%), bei Männern hingegen von 12,7% (12-Monatsprävalenz 7,7%). Bezug nehmend auf die Ergebnisse einer Meta-Analyse (Halbreich und Karkun, 2006) mit 143 Studien aus 40 Ländern, lassen sich für Postpartale Depressionen kulturabhängig sehr unterschiedliche Werte feststellen (0% bis 60%). Die Häufigkeit für Deutschland wird mit 17,1% beziffert (Halbreich und Karkun, 2006).

### **2.2.3 Ätiopathogenese depressiver Störungen**

Für die Entstehung depressiver Erkrankungen wird vielen unterschiedlichen Faktoren ursächliche Bedeutung beigemessen (für eine ausführliche Darstellung, siehe Möller, 2011). Es wird von einem multifaktoriellen Geschehen gesprochen. Hierbei werden neurobiologische Faktoren, wie Genetik oder Störungen der Neurotransmission, genauso wie psychologische Faktoren berücksichtigt. Zu Letzteren werden kritische Lebensereignisse oder traumatische Erfahrungen gezählt, wie beispielsweise der Tod eines Nahestehenden. Das *Vulnerabilitäts-Stress-Modell* integriert die verschiedenen psychosozialen Stressoren, genetische Faktoren und disponierende Persönlichkeitszüge

und lässt diese in einem *common final pathway* münden. Dem gegenüber stehen kognitions- und lerntheoretische sowie psychodynamisch-psychoanalytische Modelle. Die kognitions- und lerntheoretischen Modelle wurden vor allem durch Becks Depressionsmodell und Seligmans Konzept der erlernten Hilflosigkeit geprägt. Im Folgenden soll besonders Becks Depressionsmodell näher erläutert werden.

### **Kognitives Modell der Depression nach Beck (1963)**

Becks Depressionsmodell beschreibt die Symptome der Depression auf kognitiver Ebene. Angesprochen werden hierbei Prozesse der Wahrnehmung, Interpretation und des Gedächtnisses (für ausführliche Darstellungen des Modells, siehe z.B. Beck, 1963, 1964). Es umfasst drei Ebenen: (1) Die kognitive Triade, (2) die Schemata und (3) die kognitiven Fehler. Das Konzept der *kognitiven Triade* beschreibt Muster von depressiven Menschen, nach denen sie sich selbst, ihre Zukunft und ihre Umwelt betrachten. Der erste Faktor besteht aus dem negativen Selbstbild des Betroffenen, welcher sich als fehlerhaft, unzulänglich, krank oder benachteiligt sieht. „Er neigt dazu seine unangenehmen Erfahrungen einem psychischen, moralischen oder physischen Mangel seiner selbst zuzuschreiben und hält sich daher wegen seiner angeblichen Mängel für wertlos und nicht begehrenswert“ (Beck, 1999, S. 41). Der zweite Faktor beinhaltet die Neigung depressiver Menschen „seine Erfahrungen ständig negativ zu interpretieren“ (S.42). Diese Erfahrungen beinhalten auch zwischenmenschliche Aspekte, welchen er ablehnend gegenübersteht. Der dritte Umstand der kognitiven Triade „besteht in negativen Zukunftserwartungen. [...] Er erwartet beständige Mühsal, Frustration und Benachteiligung“ (Beck, 1999, S. 42). Ein zusätzlicher relevanter Bestandteil sind die sogenannten *Schemata*, welche kognitive Verarbeitungsmuster beschreiben. Jeder Mensch reagiert und verarbeitet Situationen unterschiedlich. Trotzdem „neigt ein bestimmter Mensch dazu, auf ähnliche Ereignistypen konsistent zu reagieren“ (Beck, 1999, S. 43). Becks Konzept gibt eine Erklärung „warum ein depressiver Patient trotz objektiver Belege für positive Faktoren in seinem Leben, seine schmerzverursachenden und selbstverletzenden Haltungen beibehält“ (Beck, 1999, S.43). Es wird angenommen, dass der kognitiven Triade stabile Schemata zugrunde

liegen. Die dritte Komponente bezieht sich auf die Informationsverarbeitung, d.h. auf *systematische Denkfehler*. Dazu zählen: Willkürliche Schlussfolgerungen, selektive Verallgemeinerung, Übergeneralisation, Maximierung und Minimierung, Personalisierung und verabsolutiertes, dichotomes Denken. Depressive Menschen halten durch diese Reaktionsmuster ihre negativen Konzepte aufrecht. Becks Depressionsmodell postuliert, dass negative Erfahrungen zur Entstehung von depressiven Schemata führen können (Beck, 1999).

Da in dieser Arbeit depressive Mütter untersucht werden, ist zu erwähnen, dass besonders nach der Geburt ihres Kindes eine Mutter mit hohen Anpassungsleistungen im physischen und psychischen Bereich konfrontiert ist. Bezugnehmend auf Möller (2011, S.1419) können -neben der hormonellen Umstellungen- die Lebensveränderungen, die mit einem Kind einhergehen zu psychischer Instabilität führen. Veränderungen im familiären und sozialen Umfeld und nicht zuletzt hohe eigene Ansprüche an ein besonderes Mutterbild kommen dabei zum Tragen. Als Prädiktoren kommen auch schlechte partnerschaftliche Unterstützung, wenig praktische und emotionale Unterstützung und perfektionistisches Denken der Mutter in Frage (Milgrom et al., 2008).

#### **2.2.4 Depressivität, Kognition und Verhalten**

Diese von Beck genannten Denkmuster haben nicht nur Auswirkungen auf den Betroffenen selbst, sondern auch auf den Umgang depressiver Menschen mit ihrer Umwelt. Negative Denkmuster und das Verarbeiten und Bewerten des Erlebten auf immer ähnliche Art können das soziale Verhalten beeinträchtigen.

Depressivität manifestiert sich neben Veränderungen der Stimmung, des Aktivitätsniveaus und der vegetativen Befindlichkeit auch in kognitiven Bereichen (für eine Übersicht siehe Austin 2001; Hammar & Ardal 2009; Beblo & Herrmann 2000). Untersucht wurden vor allem Beeinträchtigungen im Bereich Gedächtnis und Aufmerksamkeit. Die Autoren Beblo und Herrmann (2000) beschrieben, dass die Prävalenz neuropsychologischer Defizite bei depressiven Patienten sehr heterogen sei (<20% bis >70%). Als Ursache dafür verweisen sie auf unterschiedliche

neuropsychologische Testverfahren und divergente Klassifikationsverfahren zur Diagnose einer depressiven Erkrankung. Hierdurch sei es schwer Studien miteinander zu vergleichen. Dennoch konnte in verschiedenen Studien eine Verminderung aufmerksamkeitsbezogener Aufgaben nachgewiesen werden (für einen Überblick siehe Mialet, 1996).

Die Auswirkungen depressiven Verhaltens auf die Mutter-Kind Beziehung sind von großer Bedeutung, da Feinfühligkeit und Empathie der Bezugspersonen einen positiven Einfluss auf die Entwicklung des Kindes haben (Grossmann und Grossmann, 2012). Grossmann und Grossmann (2006) beschreiben weiterhin, dass sich feinfühlig Reaktionen beruhigend auf die emotionale Erregung des Kindes auswirken. Studien belegen einen Zusammenhang zwischen Depressivität und negativem mütterlichem Verhalten. Dieses ist gekennzeichnet durch negative mütterliche Affekte und feindseliges Verhalten, wie z.B. bedrohliche Gesten, Aufdringlichkeit und wütendes Verhalten (für eine Übersicht siehe Lovejoy et al., 2000). Die Autoren schließen daraus, dass das Verhalten depressiver Mütter zu ihrem Kind negative Aspekte aufweist, die Fähigkeit jedoch kindliche Bedürfnisse, Intentionen und Gefühle zu begreifen nicht mit dem subjektiv erlebten Ausmaß an Depressivität einhergeht. Auch Cohn et al. (1990) untersuchten Unterschiede in der Mutter-Kind Interaktion depressiver und nicht-depressiver Mütter. Die Ergebnisse zeigen einen überwiegend negativen Affektaustausch im Sinne von Verärgerung und Desinteresse depressiver Mütter gegenüber ihrem Säugling. Diese Ergebnisse wurden anhand mütterlicher Mimik, Körpersprache und Äußerungen gemessen. Als negativ wurden z. B. Äußerungen oder Gesichtsausdrücke gewertet, die Verärgerung, Traurigkeit oder Desinteresse zeigten.

Konträr zur Operationalisierung von MM wurde nicht das Interaktionsverhalten von Mutter und Kind beobachtet. Dies bedeutet, dass in Cohn et al. Studie ein positiv gewertetes Verhalten der Mutter (z.B. Lachen) nicht im Zusammenhang mit der Reaktion ihres Kindes stehen musste.

## 2.3 Depressivität und Mind-Mindedness

Bisher gibt es sehr wenige Erkenntnisse darüber, welche Auswirkung mütterliche Depressivität auf die individuelle Fähigkeit zur MM hat. Wie bereits erwähnt, spielt das Konzept MM bisher hauptsächlich in der Erforschung von Bindungssicherheit eine Rolle. In diesem Zusammenhang wurde das Augenmerk auf die Mutter-Kind Beziehung gelegt und die Auswirkungen einer verminderten MM auf die Entwicklung des Kindes betrachtet. Kognitive Einschränkungen der Mutter durch psychische Erkrankungen waren jedoch in den meisten Fällen nicht Bestandteil dieser Untersuchungen. Bei der Analyse der Studien, die sich mit diesem Thema befassen, fallen vor allem die Unterschiede in der Operationalisierung von MM und Depressivität auf. Beispielsweise untersuchten Pawlby et al. (2010) in einer Längsschnittstudie die Auswirkungen schwerer psychischer Erkrankung der Mutter auf die Qualität der Mutter-Kind Beziehung. Neben schizophrenen Störungen, sowie bipolaren Störungen mit hauptsächlich manischen Symptomen, wurden ebenfalls 23 Mutter-Kind Paare mit depressiver Störung (mit oder ohne Psychose) in die Studie aufgenommen. Mittels MM konnte nachgewiesen werden, dass depressiv erkrankte Mütter bei stationärer Aufnahme nur marginal weniger angemessen (*appropriate mind-related comments*) die Gedanken und Gefühle ihres Kindes kommentierten als Mütter in der gesunden Kontrollgruppe. Bei Entlassung war hingegen kein Unterschied zu verzeichnen. Nicht-stimmige mentale Kommentare (*non-attuned mind-related comments*) standen hingegen in keiner Beziehung zu mütterlicher Depressivität. Sie kommen daher zu der Schlussfolgerung, dass schwere psychische Störungen, darunter auch Depressivität, nicht automatisch mit einer verminderten Fähigkeit einhergehen, angemessen zu reagieren. Die Operationalisierung von MM wurde mittels videogestützter Mutter-Kind Interaktion gemessen, die abweichend von dieser Studie mit fünf Minuten sehr kurz gehalten wurde. Es ist zu betonen, dass eine längere Beobachtungszeit möglicherweise zu einer akkurateren Widerspiegelung des mütterlichen Verhaltens geführt hätte. Außerdem wäre eine größere Fallzahl an Müttern mit depressiver Störung aussagekräftiger gewesen.

Unterstützung finden diese Ergebnisse auch durch eine Studie von Meins et al. (2011). Diese konnten bei der Erforschung von Depressivität und MM ebenfalls keinen Zusammenhang nachweisen. Nicht-stimmige (*non-attuned mind-related*) Kommentare korrelierten hingegen positiv mit dem BDI –Wert ( $r = 0.14$ ;  $p < 0.001$ ). Obwohl signifikant, wurde dieser Effekt als zu gering eingestuft. Zu erwähnen ist jedoch, dass die Studienpopulation mit einem BDI Mittelwert von 8.41 ( $SD 7,69$ ), nur in die Kategorie einer leichten depressiven Störung fiel.

Anders als in den beiden oben beschriebenen Studien konnten Lok und McMahon (2006) im Rahmen ihrer Untersuchung zu MM und emotionaler Erreichbarkeit (*emotional availability*; Biringen et al., 2000) einen moderaten negativen Zusammenhang zwischen mütterlichen depressiven Symptomen und MM ( $r = -.29$ ,  $p = .00$ ) beweisen. Mütter mit aktuell depressiver Symptomatik verwendeten demnach signifikant weniger mentale (*mind-related*) Kommentare. Als mögliche Begründung beziehen sich Lok und McMahon auf Goodman und Gotlib (1999), welche beschrieben, dass depressive Mütter häufiger mit dem eigenen emotionalen Zustand beschäftigt seien. Dies führe zu einer verminderten Bereitschaft die Perspektive des Kindes einzunehmen. Hierbei ist zu erwähnen, dass MM mit Müttern, deren Kinder ein Alter von vier bis fünf Jahren hatten, durchgeführt wurde. Deshalb wurde MM nicht mit der in dieser Studie verwendeten Mutter-Kind Interaktion operationalisiert, sondern mit Hilfe des Ein-Frage-Interview. Auch das Ausmaß der Depressivität wurde anhand eines anderen Selbstbeurteilungsbogen, der „Centre for Epidemiological Studies Depression Scale“ (Radloff, 1977) gemessen.

Als ein weiteres Ergebnis ihrer Studie stellte sich heraus, dass diejenigen Mütter, welche mehr *mind-minded* Kommentare benutzten, ein weniger feindseliges Verhalten gegenüber ihrem Kind zeigten (Lok und McMahon, 2006).

Die aktuellen Studien zu MM und Depressivität der Mutter zeigten bisher divergente Ergebnisse. Während Pawlby et al. (2010) und Meins et al. (2011) keinen signifikanten Zusammenhang erschließen konnten, zeigten Lok und McMahon (2006) einen Zusammenhang zwischen MM und aktueller depressiver Symptomatik im Sinne einer signifikant geringeren Benutzung mentaler Kommentare.

## 2.4 Zusammenfassung des Forschungsstands

- Besonders nach der Geburt ihres Kindes ist eine Mutter mit hohen Anpassungsleistungen im physischen und psychischen Bereich konfrontiert. Diese Umstellungen der Lebensveränderungen können eine depressive Symptomatik verstärken oder auslösen.
- Die Depression zählt zu den affektiven psychischen Störungen, die sich dadurch kennzeichnet, dass sie mit klinisch relevanten Veränderungen von Stimmungslage, Affekt und Kognitionen einhergeht.
- Studien belegen einen Zusammenhang zwischen Depressivität und negativem mütterlichem Verhalten. Dieses ist gekennzeichnet durch negative mütterliche Affekte und feindseliges Verhalten, wie z.B. bedrohliche Gesten, Aufdringlichkeit und wütendes Verhalten.
- Mütterliche Mind-Mindedness bedeutet ihr Kind als Individuen mit eigenen Wünschen, Bedürfnissen, Intentionen und Gefühlen zu begreifen. Ein hoher Level davon zählt als Prädiktor für eine sichere Mutter-Kind Bindung.
- Wenige Studien haben bisher die Zusammenhänge zwischen mütterlicher Depressivität und der Fähigkeit zu MM untersucht. Diese kommen überwiegend zu der Schlussfolgerung, dass Depressivität nicht automatisch mit einer verminderten Fähigkeit zu MM einhergeht. Einschränkend wirken sich hierbei Unterschiede im methodischen Vorgehen aus.

## 2.5 Fragestellung und Hypothese

Mit Hilfe von MM ist es gelungen ein Konstrukt zu operationalisieren, welches unter anderem die Fähigkeit der Mutter, in ihrem Kind eigene Gefühle, Wünsche und Intentionen zu erkennen, erfasst. Diese Fähigkeit setzt jedoch auch ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen und kognitiven Fähigkeiten von Seiten der Mutter voraus. Wie bereits im Kapitel 2.2.4 Depressivität, Kognition und Verhalten dargestellt, können

depressive Störungen einen erheblichen Einfluss auf diese Fähigkeiten nehmen. Unser Ziel ist es herauszufinden, ob es in der Depression zu einer Verminderung psychischer Funktionen kommt, welche sich in einer Einschränkung der mütterlichen Fähigkeit zu MM manifestiert.

Hieraus lässt sich die folgende Fragestellung ableiten:

### **Besteht ein Zusammenhang zwischen Depressivität und MM?**

Durch Einteilung mentaler Kommentare in angemessen und nicht-stimmig (Meins und Fernyhough, 2010) erwarten wir, dass hohe BDI-Werte mit einem niedrigen Level an MM korrelieren, im Sinne (1) einer verminderten Anzahl angemessener Kommentare und einem hohen Maß an Fehlinterpretation der Gefühle und Wünsche des Säuglings, in Form einer (2) großen Anzahl nicht-stimmiger Kommentare. Folgerichtig erwarten wir demnach einen negativen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Depressivität und dem prozentualen Anteil angemessener mentaler Kommentare, sowie einen positiven Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Depressivität und dem prozentualen Anteil nicht-stimmiger mentaler Kommentare.

Basierend auf dieser Fragestellung lassen sich folgende Hypothesen formulieren:

**H0: Es besteht kein Zusammenhang zwischen Depressivität und MM der Mütter.**

**H1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen Depressivität und MM der Mütter.**



## **3 Material und Methoden**

### **3.1 Einschlusskriterien der Patienten**

Diese Studie ist Teil der randomisierten, kontrollierten Evaluationsstudie „Kreis der Sicherheit“ Intervention (Ramsauer et al., 2011) (Studienleitung Dr. phil. Dipl.-Psych. Brigitte Ramsauer, Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und psychosomatik des Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf). Zwischen März 2009 und Dezember 2012 wurden konsekutiv alle Mutter-Kind Paare, welche die Spezialambulanz für psychisch erkrankte Eltern mit Babys und Kleinkindern konsultierten und ihr Einverständnis zu Teilnahme erklärten, in die Studie aufgenommen. Die Mütter wurden vor Beginn der Aufnahme einer ambulanten Mutter-Kind-Behandlung zur Teilnahme an der Studie befragt und nach schriftlicher Einverständniserklärung untersucht.

Alle Mütter wiesen eine diagnostizierte, psychische Störung auf. Das Alter der Säuglinge war auf drei bis zehn Monate eingegrenzt. Deutschkenntnisse der Mutter waren Grundlage für die spätere Auswertung der Daten. Ausgeschlossen waren Mütter in akuter psychiatrischer Krise, mit psychotischen Störungen, primärem Substanzabusus oder gravierenden kognitiven Beeinträchtigungen ( $IQ < 80$ ). Des Weiteren führte eine geistige Behinderung und Autismus der Kinder zum Ausschluss aus der Studie. Voraussetzung für die Teilnahme war die schriftliche Einwilligung beider Elternteile. Ein positives Votum der Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg lag vor.

### **3.2 Beschreibung der Stichprobe**

In die vorliegende Studie wurden insgesamt 57 Mütter und ihre Säuglinge aus der Gesamtstichprobe eingeschlossen. Von diesen wurden konsekutiv drei Mutter-Kind Paare ausgeschlossen. Von zwei Müttern waren fehlende Angaben in der Selbsteinschätzung und Symptombelastung (BDI) vorhanden, so dass eine Auswertung des BDIs nicht möglich war. Ein weiterer Ausschluss erfolgte bei einer Mutter, da die

Mutter-Kind Interaktion zu einem Großteil nicht auf Deutsch war. Die endgültige Stichprobe bestand aus 54 Müttern und ihren Säuglingen.

Zum Zeitpunkt der Erfassung mütterlicher Mind-Mindedness besaßen die Säuglinge ein Alter von 3 bis 10 Monaten ( $M = 6.15$ ,  $SD = 1.90$ ). Davon waren 35 (64.81%) männlichen Geschlechts. Das Alter der Mütter betrug im Mittel 31.56 Jahre ( $SD = 5.81$ ,  $Min = 18.42$ ,  $Max = 43.31$ ).

Darüber hinaus wurde der Bildungsstand der Mütter erfragt. 2 (3.70%) der Mütter hatten keinen Schulabschluss, 8 (14.81%) einen Hauptschulabschluss, 11 (20.37%) einen Realschulabschluss, 8 (14.81%) die Fachhochschulreife und 25 (46.30%) gaben das Abitur als höchsten Bildungsabschluss an.

Mit Hilfe des Strukturierten Klinischen Interview (SKID-I, Wittchen, 1997) wurden die Mütter anhand ihrer aktuellen psychischen Symptome auf der Achse I des DSM-IV klassifiziert. Bei 49 (92,5%) Müttern konnte eine affektive Störung (ICD-10: F30-F39) diagnostiziert werden. Zusätzlich zeigten 31 (58,5%) Mütter das Bild einer Angststörung (ICD-10: F41), 17 (32,1%) Mütter eine Essstörung (ICD-10: F50), 14 (26,4%) Mütter eine Störung durch psychotrope Substanzen (ICD-10: F10-F19) und eine (1,9%) Patientin eine somatoforme Störung (ICD-10: F45; Dilling und World Health Organization, 2011).

### **3.3 Instrumente und Operationalisierung der Variablen**

#### **3.3.1 Beck-Depression-Inventar**

Das von Aaron T. Beck (Beck et al., 1961) entwickelte Beck-Depression Inventar (BDI) ist ein aus 21 Fragen bestehender Selbstbeurteilungsbogen zur Erfassung depressiver Symptome.

Wie Hautzinger et al. (1995) erläutern erlaubt das BDI eine Bestimmung des Depressivitätsausmaßes von Personen zwischen 18 und 80 Jahren. Auf einer 4-stufigen Likertskala (0= nicht vorhanden, 1=leichte Ausprägung, 2= mäßige Ausprägung, 3= schwere Ausprägung) werden 21 Items erfragt. Diese umfassen die sowohl psychischen als auch physischen Symptome (a) Traurigkeit, (b) Pessimismus, (c) Versagen, (d)

Unzufriedenheit, (e) Schuldgefühle, (f) Strafbedürfnis, (g) Selbsthass, (h) Selbstanklagen, (i) Selbstmordimpulse, (j) Weinen, (k) Reizbarkeit, (l) Sozialer Rückzug und Isolierung, (m) Entschlussunfähigkeit, (n) negatives Körperbild, (o) Arbeitsunfähigkeit, (p) Schlafstörungen, (q) Ermüdbarkeit, (r) Appetitverlust, (s) Gewichtsverlust, (t) Hypochondrie und (u) Libidoverlust. Für die Auswertung werden die Werte der markierten Aussagen addiert, so dass Summenwerte zwischen 0 und 63 möglich sind. Die Einteilung der Schweregrade richtet sich nach im BDI Manual definierten Cut-off Bereichen: 0-11: unauffällig, 11-17: milde bis mäßige Ausprägung depressiver Symptome und 18-63: klinisch relevante Depression (vgl. Hautzinger et al., 1995).

### **3.3.2 Mind-Mindedness**

Elizabeth Meins und Charles Fernyhough (Meins und Fernyhough, 2010) entwickelten das *Mind-Mindedness Coding Manual, Version 2.0*. Dieses Beobachtungsinventar zur Kodierung von MM erfasst die Fähigkeit oder Bereitschaft der Bezugsperson, kindliches Verhalten, in Bezug auf mentale Zustände, die dieses steuern zu verstehen (Meins und Fernyhough, 2010).

Basierend auf im Manual festgelegten Kriterien fand die Beurteilung einer in etwa fünfzehn bis zwanzigminütigen Spielinteraktion zwischen Mutter und Säugling im ersten Lebensjahr statt. Gemäß Meins und Fernyhoughs Vorgaben wurde der Mutter für die erste Sequenz folgende Instruktion gegeben: „Spielen sie bitte mit ihrem Kind so wie sie es tun würden, wenn sie etwas freie Zeit zu Hause hätten“ (Meins und Fernyhough, 2010). In der zweiten Sequenz wurde sie gebeten, ihr Kind zu wickeln "so wie sie es zu Hause" tun würde. In der dritten Sequenz lautete die Instruktion: "Dem Kind ein Buch zu zeigen, falls es sich dafür bereits interessiert".

Diese Videoabschnitte wurden anschließend wörtlich transkribiert. Dadurch konnte die Durchführungsobjektivität sichergestellt werden. Die Gesamtlänge der Interaktionssequenz sowie der einzelnen Abschnitte wurden sekundengenau erfasst. Als zulässiger Kommentar wurde jeder Begriff gewertet, welcher mindestens ein Wort lang war (z.B. „toll, bravo, ja“). Reines Lautieren der Mutter (z.B. „lalalalala, brrrrrrr, arrrrrhh“) wurde nicht transkribiert. Unverständliche Redeanteile, die durch das

Flüstern der Mutter oder zu laute Nebengeräusche entstanden, wurden als Kommentar gekennzeichnet, um bei der Auswertung der Daten den prozentualen Anteil mentaler Kommentare im Verhältnis zur Gesamtgesprächigkeit der Mutter nicht zu verändern.

Die Auswertung der Interaktionsvideos wurde von zwei unabhängigen, trainierten Ratern durchgeführt. Während des Trainings wurden zunächst drei Trainingsvideos (nicht Teil der Auswertungsstichprobe) gemeinsam kodiert. Anschließend wurden weitere zehn Videos zunächst unabhängig voneinander kodiert und anschließend besprochen (Konsensrating). Als eine ausreichend hohe Übereinstimmung erreicht war, erfolgte die selbstständige Kodierung der Videos der vorliegenden Stichprobe. Die Interraterreliabilität wurde anhand einer Zufallsauswahl von  $n = 10$  (20%) Videos mittels Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson berechnet. Diese war mit  $r = .994$  (.000) in der Kategorie *mentale Kommentare* und  $r = .992$  (.000) in der Kategorie *angemessene Kommentare* als hoch einzuschätzen.

Für die Kodierung mussten die Auswerter zunächst eine erste Einschätzung der Kommentare in mental (*mind-related*) und nicht-mental (*non-mind-related*) vornehmen. In einem zweiten Kodierungsdurchgang mussten diese in angemessene (*appropriate*) und nicht-stimmige (*non-attuned*) Kommentare klassifiziert werden. Der prozentuale Anteil angemessener bzw. nicht-stimmiger Kommentare gemessen an der Gesamtzahl aller von der Mutter gesagten Kommentare ermöglichte den Vergleich innerhalb der Patienten und konnte für die Auswertung und Beurteilung von MM herangezogen werden.

Bei der Analyse mentaler Kommentare galt, nur Kommentare, die entweder (a) einen expliziten mentalen Begriff über das, was der Säugling möglicherweise denkt, fühlt oder erlebt oder (b) Kommentare, bei welchen die Bezugsperson für den Säugling spricht, z.B. „Das ist ein Teddybär, Mama“, durften gewertet werden (Meins und Fernyhough, 2006). Unter die erste Kategorie (a) fielen somit: (1) Kommentare über Wünsche und Vorlieben, z. B. „Du willst das Buch!“; (2) Kommentare zu Kognitionen, z.B. „Du bist fasziniert von diesen Bausteinen!“; (3) Aussagen über Emotionen, z.B. „Hat dich das erschreckt?“ und (4) Kommentare über epistemische Zustände, z.B. „Spielst du mir einen Streich?“.

Nicht mentale Kommentare waren generelle Aussagen über physische Zustände, z.B. hungrig, durstig, müde, welche ohne ein dafür erkennbares Zeichen des Säuglings

erfolgten, beispielsweise in dem das Kind gähnte oder sich die Augen rieb, weil es müde war. Auch allgemeine Kommentare wie „Was ist los?“, „Geht es dir gut?“ oder „Cleveres Kind!“ wurden nicht-mental gewertet (Meins und Fernyhough, 2010). Die Klassifikation mentaler Kommentare in angemessen (*appropriate*) und nicht-stimmig (*non-attuned*) erfolgte mittels erneuter Videoansicht. Hierbei wurden die mütterlichen, mentalen Kommentare auf ihre Angemessenheit überprüft. Ein Kommentar galt dann als angemessen, wenn er mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllte: 1) Der Auswerter stimmte damit überein, dass die Mutter den mentalen Zustand des Kindes richtig interpretiert hat, 2) der Kommentar über das aktuelle Verhalten des Kindes war mit einem ähnlichen Ereignis aus der Vergangenheit oder Zukunft verbunden oder der Kommentar half das weitere Vorgehen nach einer Pause in der Interaktion zu klären. Ein Kommentar wurde als nicht-stimmig gewertet, wenn (1) der Auswerter nicht der Meinung war, dass die Mutter den mentalen Zustand des Kindes richtig interpretiert hat; (2) der Kommentar sich auf ein vergangenes oder zukünftiges Ereignis bezog, welches keinen Zusammenhang zum aktuellen Verhalten des Kindes aufwies; (3) die Mutter das Kind fragte was es tun möchte oder ihm eine neue Aktivität vorschlug, während das Kind bereits lebhaft in ein Spiel vertieft war; (4) die Mutter dem Kind mentale Zustände zusprach, welche nicht durch sein Verhalten impliziert wurden, oder eigene Projektionen der Mutter waren; (5) der Bezug des mütterlichen Kommentares nicht eindeutig war. Diese Unterteilung mentaler Kommentare ermöglichte es die Mutter-Kind Interaktion auf zwei unterschiedliche Dimensionen zu erschließen. Erstere erfasst die Fähigkeit der Mutter den mentalen Zustand ihres Kindes wahrzunehmen und richtig zu interpretieren (*appropriate mind-related comments*), die andere registriert den Mangel an Einfühlungsvermögen und das Aufzwängen eigener Betrachtungsweisen auf das Kind (*non-attuned mind-related comments*) (Meins et al., 2012).

Die Validität der Methode wurde von Meins et. al (2003) kontrolliert. Sie überprüften die konvergente Validität der interaktionsbasierten Messung von MM (*MM-online*) mit der repräsentationsbasierten Erhebung von MM (*MM-offline*) im zeitlichen Verlauf. Zum Zeitpunkt der MM-online Erhebung betrug das Alter der Kinder 6 Monate, bei der MM-offline Erhebung 45-55 Monate. Es zeigte sich, dass MM-offline positiv mit dem prozentualen Anteil angemessener mentaler Kommentare ( $t = 3.60; \beta = 0.42; p = <$

.001) und negativ mit dem prozentualen Anteil nicht-stimmiger mentaler Kommentare ( $t = -4.07$ ;  $\beta = -0.47$ ;  $p = <.001$ ) korrelierte. Eine weitere Analyse zur konvergenten Validität der MM-online Messungen innerhalb der Gruppe 6 Monate alter Säuglinge wies hingegen keine signifikanten Korrelationen auf.

Die diskriminante Validität wurde erhoben, indem die Vorhersagekraft der MM Messungen (*MM-online* und *-offline*) mit dem Konzept von mütterlicher Feinfühligkeit (Ainsworth et al., 1971) verglichen wurde. Diesen Aspekt der Validität konnten Meins et al. nur für MM-online bestätigen. Hier stellte sich heraus, dass die Anzahl angemessener mentaler Kommentare positiv mit dem Ausmaß mütterlicher Feinfühligkeit korrelierte (Meins et al., 2003).

### **3.4 Versuchsanordnung**

Die Studie fand im Videolabor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf statt. In diesem Raum befanden sich Kameras, die Aufnahmen aus vier Richtungen ermöglichten. Außerdem erfasste ein mittig im Raum angebrachtes Mikrofon alle Äußerungen und Laute von Mutter und Kind. Der Videoraum war mit einem am Boden liegenden Teppich ausgestattet, daneben lag in einer Kiste Spielzeug in Form verschiedenfarbiger Bauklötze, ineinander stapelbarer Schachteln, einer Rassel, einem Schlüsselbund und einer Plastikflasche mit Wäscheklammern. Am Boden befanden sich Sitzkissen unterschiedlicher Größe, an der Wand stand ein Tisch mit Stühlen. Für die Mutter gab es keine Richtlinien bezüglich ihres Spiels, so dass sie sich jederzeit frei mit dem Kind im Raum bewegen konnte.

### **3.5 Versuchsdurchführung**

Vor Aufnahme in die Studie wurden die Patientinnen von der Projektleiterin in einem Gespräch über Ziele und Ablauf der Studie aufgeklärt. Ihnen wurde eine schriftliche Patienteninformation übergeben und beide Erziehungsberechtigten unterzeichneten die

schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie (inklusive der Videoaufnahmen).

Für die vorliegende Untersuchung relevant, wurden familiäre und soziodemographische Daten sowie Daten zur bisherigen Erkrankungsgeschichte und Selbsteinschätzungen der derzeitigen Symptombelastung (u.a. Becks-Depressions-Inventar) eingeholt. Bei einem weiteren Termin wurde das Interaktionsverhalten zwischen Mutter und Kind erhoben.

Bei Terminvereinbarung zur Erhebung der Mutter-Kind-Interaktion wurde darauf geachtet, eine Zeit festzulegen, in der das Kind üblicherweise wach und aktiv war. Die Mütter wurden von der Versuchsleiterin aus der Anmeldung abgeholt und in den Videoraum gebracht. Dort erfolgte die Aufklärung über den genauen Ablauf der Videoaufzeichnungen: 1) freies Spiel, 2) Wickeln, 3) Buch anschauen.

Klopfzeichen an der Wand signalisierten der Mutter den Beginn einer neuen Sequenz. Die Versuchsleiterin achtete darauf äußere Störfaktoren, welche sich negativ auf die Mutter-Kind Interaktion auswirken könnten, zu vermeiden. Unterbrechungen von Seiten der Mutter wurden anschließend sekundengenau herausgeschnitten und nicht transkribiert. Zu diesen zählte beispielsweise das Stillen des Kindes.

### **3.6 Datenauswertung**

Die Eingabe der soziodemographischen und BDI-Daten erfolgte im Vorfeld zum Zeitpunkt der Diagnostikphase durch die Projektleiterin. Die Aufbereitung und Auswertung der Daten erfolgte mittels SPSS 21.0 und Microsoft Excel 2010 für Windows.

Zu Beginn kamen Methoden der deskriptiven Statistik zur Anwendung, wobei relative und absolute Häufigkeiten, sowie Mittelwerte und Standardabweichungen bestimmt wurden.

Zur Untersuchung mütterlicher MM wurden die prozentualen Anteile angemessener und nicht-stimmiger Kommentare im Verhältnis zur Gesamtgesprächigkeit der Mutter erhoben. Die Rohwerte der BDI-Daten gaben Aufschluss über das Ausmaß der mütterlichen Depressivität.

Im Zuge einer hierarchischen Regressionsanalyse wurde der Zusammenhang zwischen MM und Depressivität untersucht. Die hierarchische Regression beinhaltete zwei Stufen, bei der die erste Stufe den Zusammenhang zwischen MM und BDI-Werten darstellte. In einem zweiten Schritt wurden weitere Kontrollvariablen in das Modell eingeschlossen. Das Signifikanzniveau wurde für alle verwendeten Untersuchungen auf 5% festgelegt.



## 4 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel sollen zuerst die Ergebnisse deskriptiver Statistik dargestellt werden. Anschließend erfolgt die Darlegung der Ergebnisse der Hypothesenprüfung hinsichtlich des Zusammenhangs von mütterlicher Mind-Mindedness und Depressivität. Als Letztes wird über die Ergebnisse möglicher Moderatorvariablen berichtet.

### 4.1 Deskriptive Statistik: Depressionsschwere

Bei allen 54 teilnehmenden Müttern wurde das Ausmaß an Depressivität mittels BDI erhoben. Der Wert des BDI betrug im Mittel 19.54 Punkte ( $SD = 10.99$ ) mit einem Minimum und Maximum von 1-45 Punkten. Das Ausmaß depressiver Symptomatik zeigte somit eine große Bandbreite. Gruppiert nach Schweregrad konnten 25,93% der insgesamt 54 Mütter der Kategorie unauffällig zugeteilt werden, 22,22% besaßen eine milde bis mäßige Depression. Die mit 51,85% größte Gruppe wurde von Patientinnen mit klinisch relevanter Depression gestellt.

### 4.2 Deskriptive Statistik: Mind-Mindedness

Gemäß des Coding Manuals, Version 2.0 (Meins und Fernyhough, 2010) wurde zuerst der prozentuale Anteil mentaler Kommentare ( $M = 5.43$ ,  $SD = 2.90$ ) bestimmt.

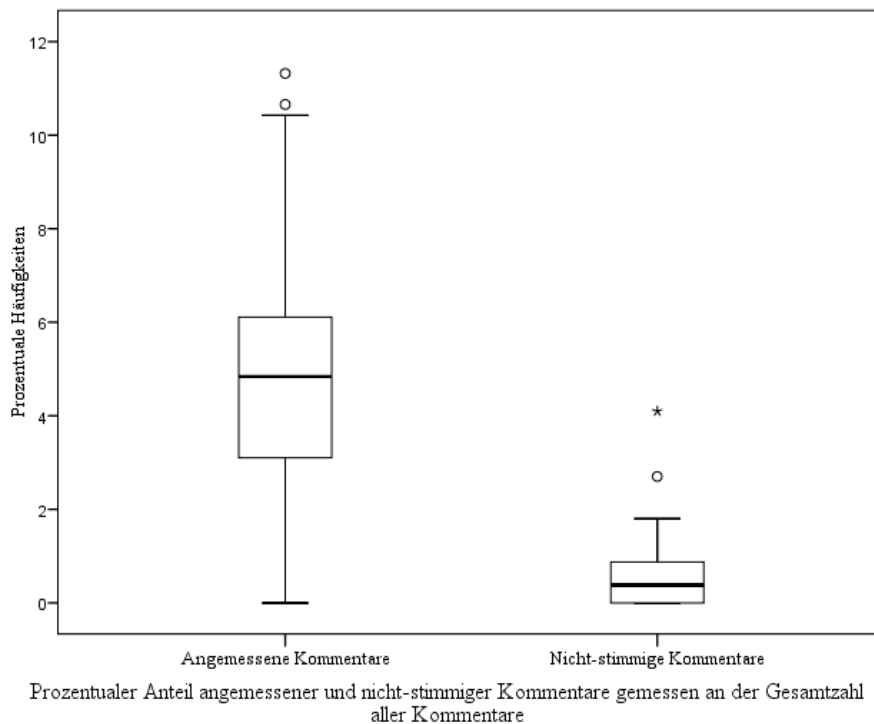
Außerdem erfolgte die weitere Unterteilung in angemessene und nicht-stimmige Kommentare. Die Mütter verwendeten weitaus häufiger angemessene ( $M = 4.87$ ,  $SD = 2.71$ ) als nicht-stimmige ( $M = 0.55$ ,  $SD = 0.79$ ) Kommentare. Während der gesamten Videoaufzeichnung, die durchschnittlich 17.57 Minuten ( $SD = 2.49$ ) dauerte, äußerten die Mütter im Mittel 221.89 ( $SD = 80.48$ ) Kommentare. Tabelle 2 veranschaulicht die Ergebnisse der mütterlichen Mind-Mindedness ( $N = 54$ ).

Tabelle 1 *Mütterliche Mind-Mindedness* (N = 54)

Variablen	Min	Max	M	SD	Md	Mo
<b>Prozentualer Anteil mentaler Kommentare</b>	.00	14.75	5.43	2.90	5.55	.00 <sup>a</sup>
<b>Prozentualer Anteil angemessener Kommentare</b>	.00	11.32	4.87	2.71	4.84	.00 <sup>a</sup>
<b>Prozentualer Anteil nicht-stimmiger Kommentare</b>	.00	4.10	0.55	0.79	0.38	.00

Anmerkungen. <sup>a</sup> Mehrere Modi vorhanden. Der kleinste Wert wird angezeigt.

Die folgende Abbildung soll diese Ergebnisse veranschaulichen.



*Abbildung 1* Boxplot für die prozentualen Anteile angemessener und nicht-stimmiger Kommentare gemessen an der Gesamtzahl aller Kommentare. (Minimum, 25%-Quantil, Median, 75%-Quantil, Maximum. Punkte markieren Ausreißer, die zwischen dem 1,5 bis 3-fachen Interquartilsabstand liegen. Sternchen markieren Extremwerte, die über dem 3-fachen Interquartilsabstand liegen.)

### 4.3 Ergebnisse der Hypothesenprüfung: Zusammenhang zwischen Mind-Mindedness und Depressivität

Aufgrund zu geringer Stichprobengröße von Müttern ohne abgeschlossene Schulbildung ( $N = 2$ ) wurden diese bei der Berechnungen der Hypothesenprüfung ausgeschlossen, so dass eine Studiengröße von ( $N = 52$ ) resultierte.

Um die Annahme eines Zusammenhangs zwischen MM und BDI-Werten zu überprüfen, wurde ein hierarchisches Regressionsmodell aufgestellt. Das Modell bestand aus zwei Schritten. Der Erste stellte den Zusammenhang zwischen MM und BDI-Werten dar. Dabei wurde angenommen, dass es zwischen den BDI-Werten und dem prozentualen Anteil angemessener (*appropriate mind-related*) Kommentare einen negativen Zusammenhang gibt (siehe Tabelle 2). Zwischen BDI-Werten und dem prozentualen Anteil nicht-stimmiger (*non-attuned mind-related*) Kommentare wurde ein positiver Zusammenhang angenommen (siehe Tabelle 3).

Im zweiten Schritt wurden weitere Kontrollvariablen in das Modell mit aufgenommen von denen vermutet wurde, dass sie einen Einfluss auf MM, bzw. auf das Ausmaß an Depressivität, haben könnten. Neben den metrischen Variablen "Alter des Kindes" (in Monaten) und "Alter der Mutter" (in Jahren) wurden die nominalskalierten Variablen "Geschlecht des Kindes" und "Bildung der Mutter" dummy-kodiert. Als Referenzkategorie wurde für die Variable "Geschlecht des Kindes" Mädchen gewählt, für die Variable "Bildung der Mutter" Abiturientinnen.

Die Tabellen 2 und 3 zeigen die Regressionskoeffizienten der Modelle.

Tabelle 2

Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable „Prozentualer Anteil angemessener Kommentare“ ( $N = 52$ )

Variablen	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$	Sig.
<b>1. Schritt</b>				
Konstante	5.59	0.74		<.001
BDI-Werte	-0.03	0.03	-.12	.39
<b>2.Schritt</b>				
Konstante	11.45	2.84		<.001
BDI-Werte	-0.03	0.03	-.11	.34
Alter des Kindes	0.15	0.17	.11	.38
Alter der Mutter	-0.18	0.07	-.38	.01
Geschlecht des Kindes (männlich)	0.56	0.66	.10	.40
Bildung der Mutter (Hauptschulabschluss)	-4.37	1.09	-.61	<.001
Bildung der Mutter (Realschulabschluss)	-1.69	0.82	-.27	.045
Bildung der Mutter (Fachhochschulreife)	-3.26	0.89	-.45	.001

Anmerkungen. Schritt 1:  $R^2 = .02$ ; korrigiertes  $R^2 = .00$ ;  $F(1.50) = 0.76$ ;  $p = .39$

Schritt 2:  $R^2 = .41$ ; korrigiertes  $R^2 = .31$ ;  $F(7.44) = 4.30$ ;  $p = .001$

Tabelle 3

Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable „Prozentualer Anteil nicht-stimmiger Kommentare“ (N = 52)

Variablen	B	SE	$\beta$	Sig.
<b>1. Schritt</b>				
Konstante	0.86	0.22		<.001
BDI-Werte	-0.02	0.01	-.22	.11
<b>2.Schritt</b>				
Konstante	3.10	0.99		.003
BDI-Werte	-0.01	0.01	-.15	.29
Alter des Kindes	-0.15	0.06	-.36	.015
Alter der Mutter	-0.04	0.02	-.27	.11
Geschlecht des Kindes (männlich)	0.07	0.23	.04	.77
Bildung der Mutter (Hauptschulabschluss)	-0.59	0.38	-.27	.13
Bildung der Mutter (Realschulabschluss)	-0.43	0.29	-.22	.14
Bildung der Mutter (Fachhochschulreife)	-0.22	0.31	-.10	.48

Anmerkungen. Schritt 1:  $R^2 = .05$ ; korrigiertes  $R^2 = .03$ ;  $F(1.50) = 2.58$ ;  $p = .11$

Schritt 2:  $R^2 = .22$ ; korrigiertes  $R^2 = .09$ ;  $F(7.44) = 1.72$ ;  $p = .18$

Tabelle 2 legt den Zusammenhang zwischen dem prozentualen Anteil angemessener Kommentare und BDI-Werten dar. Nach den Ergebnissen der Regressionsanalyse zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der abhängigen Variable „Prozentualer Anteil angemessener Kommentare“ und den BDI-Werten ( $\beta = -.12$ ;  $p = .39$ ).

Die Ergebnisse der in Tabelle 3 dargestellten Regressionsanalyse bilden die Zusammenhänge zwischen der abhängigen Variable „Prozentualer Anteil nicht-stimmiger Kommentare“ und den BDI-Werten ab. Auch hier ließ sich kein signifikanter, positiver Zusammenhang erschließen ( $\beta = -.22$ ;  $p = .11$ ).

Aufgrund dieser Datenlage, muss die Annahme eines Zusammenhangs zwischen mütterlicher MM und Depressivität verworfen werden.

#### 4.4 Nebenergebnisse

Der Einfluss der Kontrollvariablen „Alter des Kindes“, „Alter der Mutter“, „Geschlecht des Kindes“ und „Bildung der Mutter“ auf den prozentualen Anteil angemessener/nicht-stimmiger Kommentare wurden überprüft:

Der Einfluss der Kontrollvariablen auf den prozentualen Anteil angemessener Kommentare wird in Tabelle 2 verdeutlicht. Der zweite Schritt der Regressionsanalyse zeigte sich signifikant ( $p = .001$ ) und konnte 41% an Varianz des prozentualen Anteils angemessener Kommentare aufklären. Im multivariaten Ansatz zeigte sich, dass die Variable „Alter der Mutter“ negativ mit dem prozentualen Anteil angemessener Kommentare korrelierte ( $\beta = -.38$ ;  $p = .01$ ). Auch die Variable „Bildung der Mutter“ stand in einem negativen Zusammenhang zum prozentualen Anteil angemessener Kommentare. Dabei zeigte sich sowohl bei Müttern mit Hauptschulabschluss ein signifikanter Zusammenhang ( $\beta = -.61$ ;  $p < .001$ ), als auch bei Müttern mit Fachhochschulreife ( $\beta = -.45$ ;  $p = .001$ ) und Realschulabschluss ( $\beta = -.27$ ;  $p = .045$ ).

Den Einfluss der Kontrollvariablen auf den prozentualen Anteil nicht-stimmiger Kommentare bildet die Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse in Tabelle 3 ab. Im zweiten Schritt ließ sich kein signifikantes Ergebnis ( $p = .18$ ) beweisen.

Es sei erwähnt, dass jedoch sowohl für den ersten, als auch für den zweiten Schritt der hierarchischen Regression zur Vorhersage der Variable „prozentualer Anteil nicht-stimmiger Kommentare“ die Annahmen der Normalverteilung der Residuen, Gleichverteilung der Varianz und die Unkorreliertheit der Residuen verletzt sind. Dadurch werden die Standardfehler verzerrt geschätzt. Signifikanztests für das Regressionsmodell und die Regressionskoeffizienten sind somit nicht vertrauenswürdig. Dies sollte bei einer möglichen Generalisierung der Ergebnisse beachtet werden.

## **5 Diskussion**

Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist eine empirische Untersuchung zum potentiellen Zusammenhang zwischen Mind-Mindedness und der subjektiv erlebten Depressivitätsschwere von psychisch erkrankten Müttern mit Säuglingen. Ein besonderer Fokus lag hierbei auf der Fragestellung, inwiefern die Höhe der Werte des BDI negativ mit dem prozentualen Anteil angemessener mentaler Kommentare und positiv mit dem prozentualen Anteil nicht-stimmiger mentaler Kommentare korrelieren. Entgegen der ursprünglichen Erwartungen ließ sich die Hypothese eines signifikanten Zusammenhangs zwischen mütterlicher MM und Depressivität jedoch nicht bestätigen. Des Weiteren wurde der Einfluss soziodemographischer Variablen auf MM untersucht. Hierbei zeigte sich, dass Alter und Bildungsstand der Mutter signifikante Prädiktoren für den prozentualen Anteil angemessener mentaler Kommentare, jedoch nicht für den prozentualen Anteil nicht-stimmiger Kommentare sind. Im nun folgenden Abschnitt sollen zunächst methodischen Limitationen diskutiert werden. Im Anschluss daran werden die vorliegenden empirischen Ergebnisse vor dem Hintergrund bereits existierender Forschungsergebnisse ebenfalls diskutiert und kritisch beleuchtet.

### **5.1 Methodische Limitationen**

#### **5.1.1 Beck-Depression Inventar**

Beim Beck-Depression-Inventar (BDI, Beck et al., 1961) handelt es sich um ein standardisiertes Screening zur Erfassung des Ausmaßes subjektiv erlebter Depressivität. Das fragebogenbasierte Instrument ermöglicht es innerhalb einer relativ geringen Durchführungszeit und ohne sonstigen Aufwand das Krankheitsbild der Betroffenen zu erfassen. Durch vorgegebene Cut-off Bereiche können die Summenwerte gut miteinander verglichen werden und Veränderungen der Schwere im Verlauf z.B. durch Behandlungsmaßnahmen erfasst werden. Dies macht das BDI zu einem international anerkannten und in der psychologischen Forschung häufig benutzten Instrument, dessen Reliabilität und Validität in einer Vielzahl von empirischen Studien bestätigt werden konnte (Hautzinger et al., 1995).

Da es sich beim BDI um ein Selbstbeurteilungsinstrument handelt, ist die Vollständigkeit des zu erstellenden Patientenprofils in erheblichem Maße von der Kooperationsbereitschaft der teilnehmenden Mutter abhängig. Im Falle der vorliegenden Forschungsarbeit wurden nicht alle Items beantwortet. Auf Grund der Tatsache, dass diese Daten nicht ausgewertet werden konnten, führte dies zu einer weiteren Reduzierung des Stichprobenumfangs. Eine zusätzliche Limitation der Interpretationsmöglichkeiten der Ergebnisse besteht in dem möglichen Bestreben auf Seiten der Mütter die Ergebnisse zu verfälschen. Simulationstendenzen sowie eine beeinträchtigte Selbstwahrnehmung oder Krankheitseinsicht können zu Verfälschungen des Datenmaterials geführt haben. Zukünftige Forschung könnte dementsprechend davon profitieren, ebenfalls eine Fremdbeurteilung einzuholen und zu untersuchen inwieweit sich Selbst- als auch Fremdeinschätzung voneinander unterscheiden.

### **5.1.2 Mind-Mindedness**

Grundlage für die Bewertung der Mütter hinsichtlich der von ihnen gezeigten Mind-Mindedness war das Mind-Mindedness Coding Manual (Meins und Fernyhough, 2010). Dieses beschreibt umfangreich und detailliert die Vorgehensweise bei der Codierung von auf dem Video festgehaltenen Interaktionen zwischen Mutter und Kind. Hierbei wird insbesondere die Erfassung mentaler Kommentare und die Einteilung in angemessen und nicht-stimmig ausgiebig dargelegt.

Defizite des Manuals zeigten sich jedoch im Bereich der verbatim-Transkription. Um eine stringente und nachvollziehbare Transkription zu ermöglichen, wurde deshalb orientierend auf Transkriptionsregeln des Adult Attachment Interviews (George et al., 1985) zurückgegriffen. Des Weiteren erschließt sich aus dem Manual nicht eindeutig, was der Definition eines Kommentares entsprach. Während im Rahmen der vorliegenden Untersuchung reines Lautieren der Mutter (z.B. „Lalala“, „hmmmm“ etc.) (siehe Kapitel 3.3.2) nicht gewertet wurde, wurden Begriffe die mindestens ein Wort lang waren gewertet (z.B. „toll“, „ja“ etc.). Um als mental gewertet zu werden, musste der Kommentar der Mutter einen direkten Adressaten, in diesem Fall ihr Kind voraussetzen (z.B. „Findest du das spannend?“). Der Kommentar „Spannend?“



hingegen wurde als nicht ausreichend auf das Kind gerichtet angesehen, um als mental gewertet zu werden. Dies ist der Fall, da hierbei ein klarer Adressat fehlte. Auch wenn der Verdacht nahe liegt, dass die Mutter mit diesem Kommentar ihr Kind direkt ansprach, konnte dieser Kommentar nicht als mental gewertet werden.

Die Aufzeichnungen der Mutter-Kind Interaktionen fanden im Videolabor des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf statt um externe Störfaktoren zu minimieren. In Bezug auf die Länge der Interaktion raten Meins und Fernyhough zu einem Wert von 20 Minuten. Dies ist jedoch eher als eine Empfehlung und nicht als Richtlinie zu verstehen. Andere Forschungsstudien benutzten stark verkürzte Interaktionszeiten (Laranjo et al., 2008; Pawlby et al., 2010). Beispielsweise verwendeten Pawlby et al. (2010) eine sehr kurze Interaktionszeit von fünf Minuten. Im Kontrast dazu wurde im Verlauf dieser Studie mit durchschnittlich 18 Minuten eine relativ lange Interaktionszeit gewählt. Hier ist anzumerken, dass eine für alle Mutter-Kind Paare einheitliche Videosequenz möglicherweise ein akkurateres Bild mütterlichen Verhaltens zeigen würde.

## **5.2 Diskussion der Hypothesen prüfenden Ergebnisse**

Die Analyse der vorliegenden Daten zeigte keinen signifikanten Zusammenhang zwischen mütterlicher Mind-Mindedness und Depressivität. Dies ist entgegen der ursprünglich geäußerten Hypothesen, dass ein hoher Prozentsatz angemessener mentaler Kommentare mit niedrigen BDI-Werten und ein hoher prozentualer Anteil nicht-stimmiger Kommentare mit hohen BDI-Werten in Beziehung steht. In beiden Fällen ließen sich die Hypothesen nicht bestätigen. Das subjektiv erlebte Ausmaß depressiver Symptomatik (BDI) zeigt keinen Einfluss auf die mütterliche Fähigkeit Wünsche, Bedürfnisse und Gefühle ihres Kindes zu begreifen. Diese Ergebnisse sind in Übereinstimmung mit den Überlegungen von Meins et al. (2011), dass mütterliche MM eine stabile kognitiv-behaviorale Eigenschaft misst, welche nicht in einem ausreichenden Maße vom psychologischen Zustand, wie Veränderung der Stimmungslage, beeinflusst wird.

Empirische Befunde von Pawlby et al. (2010) lassen ebenfalls vermuten, dass zwischen depressiven und nicht depressiven Müttern kein Unterschied in der Anzahl nicht-stimmiger Kommentare, im Sinne eines erhöhten Maß an Fehlinterpretation kindlicher Gedanken besteht. Im Hinblick auf die Kategorie der angemessenen mentalen Kommentare konnten Pawlby und Kollegen nachweisen, dass depressive Mütter bei Krankenhausaufnahme geringfügig weniger angemessen die Gefühle und Gedanken des Säuglings kommentierten als die nicht-depressive Kontrollgruppe. Dieser Effekt war als zu gering einzustufen und zeigte sich bei Entlassung nicht mehr. Pawlby et al. (2010) kamen daher zu der Schlussfolgerung, dass psychische Störungen (z.B. Depression) nicht automatisch mit einer verminderten Fähigkeit einhergehen, angemessen zu kommentieren. Die Autoren bemerken an dieser Stelle, dass das Mind-Mindedness Coding Manual ursprünglich für die Einschätzung der Mutter-Kind Interaktion von gesunden Müttern erstellt wurde. Des Weiteren thematisierten sie die Vermutung, dass unerkannt vom derzeitigen Kodierungsschema, psychisch erkrankte Mütter möglicherweise über einen geringeren Level an MM verfügten. Beispielsweise habe eine Mutter gereizt kommentiert, ihr Kind „sei ganz fasziniert vom Gurt“ des Babysitzes, weil es ihre Bemühungen um Aufmerksamkeit fortwährend ignorierte. Obwohl die Mutter den Fokus des kindlichen Interesses richtig interpretierte (und somit einen angemessenen mentalen Kommentar machte), implizierte ihr gereizter Ton, dass trotz Interpretation des mentalen Zustandes ihres Kindes, die Qualität der Mutter-Kind Interaktion negativ beeinflusst wurde (Pawlby et al., 2010).

Im Gegensatz dazu berichteten Lok und McMahon (2006) über einen moderaten negativen Effekt zwischen MM und depressiver Symptomatik, welcher durch die Verwendung signifikant weniger mentaler Kommentare gekennzeichnet ist. Wie bereits zuvor unter Kapitel 2.3 dargelegt, zeigten sich hierbei jedoch einige Divergenzen in der Methodik. Durch Messung von MM bei Kindern im Vorschulalter wurde statt videogestützter Mutter-Kind Interaktion, das Ein-Frage Interview (*MM-offline*), eine andere Form der Operationalisierung, gewählt. Die Unterteilung in *mental*, *behavioral*, *physisch* und *general* erlaubt damit eine Erhebung von MM auf repräsentationaler Ebene. Hierbei werden Kommentare gewertet, die sich sowohl auf Interessen, Gedanken und Intellekt des Kindes (*mental*), sein Verhalten (*behavioral*) und physische Attribute (z.B. „Er ist blond“) beziehen, als auch auf Attribute die in keine der drei

genannten Kategorien fallen (general; z.B. „Er ist ein süßer kleiner Junge“). Es erscheint dabei durchaus problematisch, dass eine solche Vorgehensweise keine Beurteilung der Angemessenheit mütterlicher Kommentare und somit der richtigen Interpretation, wie es in dieser Studie (*MM-online*) der Fall ist, erlaubt. Lok und McMahon (2006) sprechen letzterer Operationalisierung eine weitaus komplexere und realistischere Herangehensweise zu. Diese Unterschiede könnten ursächlich für die moderaten Unterschiede bei den Ergebnissen sein. Möglicherweise erfassen jedoch auch beide Operationalisierungen von MM unterschiedliche Dimensionen von MM. Zusammenfassend kann auf der Grundlage der Ergebnisse kein endgültiger Schluss bezüglich des Zusammenhangs zwischen mütterlicher Depressivität und MM geschlossen werden. Hierzu bedarf es einer differenzierten Diagnostik der mütterlichen Depressivität (Selbst- und Fremdurteil) sowie prospektive Verlaufsuntersuchung zur Prüfung von MM als kontextunabhängige, konstante mütterliche Fürsorgekompetenz.

### **5.3 Diskussion der Nebenergebnisse**

In dieser Studie wurde der Frage nachgegangen, ob das subjektiv erlebte Ausmaß an Depressivität einen Einfluss auf die mütterliche MM hat und ob ein solcher Zusammenhang unabhängig von Variablen wie Geschlecht und Alter des Kindes, sowie Bildungsstand und Alter der Mutter besteht.

Die mütterliche MM, gemessen am prozentualen Anteil angemessener und nicht-stimmiger mentaler Kommentare, stellte sich als unabhängig von den erhobenen Kontrollvariablen Geschlecht und Alter des Kindes heraus. Allerdings zeigte sich, dass die Variablen „Alter der Mutter“ und „Bildung der Mutter“ negativ mit dem prozentualen Anteil angemessener Kommentare korrelierten. Die Ergebnisse dieser Studie stehen damit im Kontrast zu Licata et al. (2013), welche in einer normativen Stichprobe weder einen Zusammenhang beim Alter noch beim Bildungsstand der Mutter fanden. Licata et al. replizieren damit die Ergebnisse von Meins et al. (2001, 2002) welche ebenfalls den Einfluss des Bildungsstands auf MM untersuchten.

Ähnliche Ergebnisse zeigten sich bei Meins et al. (2011) die den sozioökonomischen Status der Mütter mit ihrer Fähigkeit zu MM untersuchten. Aufgrund geringer Korrelation schlossen sie, dass MM nicht von sozioökonomischen Variablen, wie dem Bildungsstand oder Einkommen, abhängig sei.

Die aktuelle Studienlage weist bei Untersuchungen zum Einfluss weiterer Variablen auf MM sehr unterschiedliche Ergebnisse auf. Während der überwiegende Teil keinen Einfluss bei Alter und Bildungsstand sieht, ergab eine Studie von Demers et al. (2010), dass bei der Untersuchung eines Zusammenhangs von MM bei erwachsenen und jugendlichen Müttern, Erstere einen größeren Anteil angemessener Kommentare gegenüber ihrem Kind benutzen. Die gegenüber den jugendlichen Müttern kleinere Studienanzahl an erwachsenen Müttern wirkte sich hierbei limitierend auf die statistische Aussagekraft aus.

Alle in diesem Kapitel beschriebenen Studien weisen die Gemeinsamkeit auf, dass die Stichprobe aus Müttern bestand, welche keine diagnostizierte psychische Erkrankung besaßen. Der überwiegende Anteil dieser normativen Stichproben wurde über lokale Gesundheitszentren oder Geburtskliniken rekrutiert.

Konträr dazu stehen die Ergebnisse dieser klinischen Studie, welche nahelegen, dass Alter und Bildungsstand in Zusammenhang mit mütterlicher MM stehen. Hierbei könnten die Krankheitsdauer und ein daraus resultierendes erhöhtes elterliches Stresserleben einen Einfluss darauf haben, dass ältere Mütter weniger angemessene mentale Kommentare verwenden als Jüngere. Auch die Dauer einer Medikation und die individuelle Krankheitsgeschichte könnten einen moderierenden Effekt besitzen.

Zukünftige Forschungen sollten mögliche Einflussgrößen untersuchen, welchen MM unterliegt. Hierbei sollte ein Augenmerk darauf gelegt werden in wieweit soziodemographische Variablen vor allem bei psychisch erkrankten Müttern die Fähigkeit zu MM beeinflussen.

## 5.4 Schlussfolgerung

Bei der Depression handelt es sich um eine schwerwiegende Erkrankung, welche Bezugnehmend auf die Diagnosekriterien von DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) und ICD-10 (Dilling und World Health Organization, 2011) neben einer klinisch relevanten Veränderung der Stimmungslage auch vegetative Funktionen beeinflusst. Beck (1999) berichtete über Prozesse der Wahrnehmung und ihrer Interpretation, die eine depressive Symptomatik zur Folge haben können. Im Zentrum dieser Denkprozesse stehen Betroffene, welche ein negatives Selbstbild besitzen und ihre Erfahrungen negativ interpretieren. Durch sich beständig wiederholende kognitive Verarbeitungsmuster reagieren und verarbeiten Betroffene dabei Situationen auf schematische Weise. Dieses führt in der Konsequenz oftmals zu einer Verfestigung depressiver Denkmuster und kann dementsprechend auch Auswirkungen auf das zwischenmenschliche Verhalten depressiver Menschen zu ihrer Umwelt haben. Beck's Depressionsmodell vertritt somit die Theorie, dass dysfunktionales Verhalten und kognitive Verzerrungen zeitstabile Merkmale (*trait*) sind und Vorläufer einer Depression sein können. Diese kognitive Vulnerabilität bleibe auch trotz Schwankungen der depressiven Symptomatik bestehen. Demgegenüber stehen die Überlegungen, dass negative Kognitionen depressiver Menschen vom aktuellen Gemütszustand (*state*) abhängig seien (für einen Überblick siehe Beevers und Miller, 2004). Beevers und Miller schlossen aus ihren Untersuchungen zu negativen Kognitionen bei depressiven Menschen, dass negative Kognitionen sowohl dynamische und stimmungsabhängige Eigenschaften, als auch stabile, charaktereigene Merkmale beinhalten.

Inwiefern auch das Instrument MM einen *state* oder *trait* erfasst untersuchten Meins et al. (2011) indem sie die zeitliche Stabilität angemessener und nicht-stimmiger Kommentare eruierten. So untersuchten sie die mütterliche MM im Alter ihres Kindes von drei und sieben Monaten. Meins et al. Ergebnisse belegen die zeitliche Stabilität von MM zwischen drei und sieben Monaten (prozentualer Anteil angemessener Kommentare  $r(39) = .53$ ;  $p < .001$ ; prozentualer Anteil nicht-stimmiger Kommentare  $r(39) = .37$ ;  $p < .01$ ). Sie folgern daher, dass MM nicht den aktuellen Gemütszustand

der Mutter (*state*) widerspiegelt, sondern eine über die Zeit relativ stabile Fähigkeit bzw. Unvermögen einfühlsam mit ihrem Säugling umzugehen.

Diese Arbeit weist erstmals auf die Bedeutung der mütterlichen MM im Zusammenhang mit mütterlicher Depressivität hin. Nämlich dass MM sich als unabhängig von der selbstberichteten Depressivität (BDI) der Mutter erweist. In weiterführenden Studien ist dies anhand einer größeren Stichprobe und anhand weiterer soziodemografischer und klinischer Populationscharakteristika (u.a. Alter der Mutter, Bildungsstand, Diagnosekategorien, Komorbidität) sowie prospektiv, im Verlauf der mütterlichen postpartalen depressiven Erkrankung, zu klären. Im Weiteren ist zu prüfen, inwieweit MM durch spezifische mentalisierungsfokussierte Interventionsmaßnahmen zu verändern und zu fördern ist. Eine positive Förderung von MM käme einer Stärkung der Achtsamkeit und Empathiefähigkeit der Mutter gleich, die im Gegenzug auch die Stimmung bzw. Depressivität positiv beeinflussen könnte. Diese Studien trügen dazu bei Entwicklungsrisiken frühzeitig zu erkennen und durch gezielte Prävention- und Interventionsmaßnahmen abwenden zu können.

Entgegen der ursprünglichen Erwartungen ließ sich die Hypothese eines signifikanten Zusammenhangs zwischen BDI-Werten und MM nicht bestätigen. Jedoch zeigte sich bei der Untersuchung weiterer Variablen, bei zwei von vier, ein signifikant negativer Zusammenhang zur Variable „Prozentualer Anteil angemessener Kommentare“. Inwieweit auch andere Moderatorvariablen MM bei psychisch erkrankten Müttern beeinflussen gilt es in weiteren Studien zu untersuchen. So sollte die Dauer der Erkrankung, sowie die Medikation und das mütterliche Stresserleben mit erfasst werden. Korrelationen zwischen mütterlichem Stresserleben und dem Alter der Mutter könnten beispielsweise helfen, die Bedeutung von MM für die Mutter-Kind Beziehung und kindliche Entwicklung, unter Berücksichtigung soziodemographischer Variablen, zu klären.

## 6 Zusammenfassung

Das Konstrukt Mind-Mindedness (MM) beschreibt eine Kompetenz von Müttern, ihre Säuglinge als Individuen mit eigenen Wünschen, Bedürfnissen, Intentionen und Gefühlen zu begreifen (Meins et al., 2002). Zielsetzung der vorliegenden klinischen Studie war es, den Zusammenhang zwischen MM und Depressivität von psychisch erkrankten Müttern mit Säuglingen zu ergründen. Zu diesem Zweck wurden 54 Mutter-Kind Paare, welche die Spezialambulanz für psychisch erkrankte Eltern mit Säuglingen besuchten und Teil der randomisierten, kontrollierten Evaluationsstudie „Kreis der Sicherheit“ Intervention (Ramsauer et al., 2011) waren, untersucht. Das durchschnittliche Alter der Säuglinge betrug sechs Monate.

Das subjektiv erlebte Ausmaß an Depressivität wurde mittels Beck-Depression-Inventar (BDI, Beck et al., 1961), mütterliche MM anhand verbatim Transkripte einer im Durchschnitt 18-minütigen, strukturierten Mutter-Kind Interaktion gemessen, welche verbal auftretende Häufigkeiten erfasste (*MM-online*, Meins und Fernyhough, 2010). Mentale (*mind-related*) Kommentare wurden identifiziert und in einem zweiten Schritt auf ihre Angemessenheit (*appropriate*) und Nicht-Stimmigkeit (*non-attuned*) überprüft. Der prozentuale Anteil angemessener und nicht-stimmiger Kommentare gemessen an der Gesamtzahl aller Kommentare ermöglichte den Vergleich innerhalb der Patienten und wurde für die Auswertung und Beurteilung von MM herangezogen. Die statistische Auswertung erfolgte mit Hilfe eines hierarchischen Regressionsmodells.

Die Ergebnisse zeigten weder zwischen dem prozentualen Anteil angemessener Kommentare und den BDI-Werten ( $\beta = -.12$ ;  $p = .39$ ), noch zwischen dem prozentualen Anteil nicht-stimmiger Kommentare und BDI-Werten ( $\beta = -.22$ ;  $p = .11$ ) einen signifikanten Zusammenhang. In einem weiteren Schritt wurde der Einfluss soziodemographischer Variablen auf MM untersucht. Hierbei zeigte sich, dass Alter ( $\beta = -.38$ ;  $p = .01$ ) und Bildungsstand (Hauptschulabschluss ( $\beta = -.61$ ;  $p < .001$ ), Fachhochschulreife ( $\beta = -.45$ ;  $p = .001$ ), Realschulabschluss ( $\beta = -.27$ ;  $p = .045$ )) der Mutter signifikant negativ mit dem prozentualen Anteil angemessener mentaler Kommentare, jedoch nicht mit dem prozentualen Anteil nicht-stimmiger Kommentare korrelierten.

Die Ergebnisse dieser Studie sprechen für die Überlegung, dass das Ausmaß subjektiv erlebter Depressivität keinen Einfluss auf die mütterliche Fähigkeit zu MM besitzt. Allerdings zeigte sich, dass Alter und der Bildungsstand der Mutter als signifikante Prädiktoren für den prozentualen Anteil angemessener mentaler Kommentare angesehen werden können.



## 7 Literaturverzeichnis

Ainsworth, MD; Bell, SM; Stayton, DJ (1971): „Individual differences in strange-situation behaviour of one-year-olds“. H. R. Schaffer (Ed). “The Origins of Human Social Relations.” London: Academic Press.

Ainsworth, MD; Blehar, MC; Waters, E; Wall, S (1978): „Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation“. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

American Psychiatric Association (2000): „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR®“. Fourth Ed. Washington DC: American Psychiatric Association.

Arnott, B; Meins, E (2007): „Links among antenatal attachment representations, postnatal mind-mindedness, and infant attachment security: a preliminary study of mothers and fathers.“. Bulletin of the Menninger Clinic. 71 (2), pp. 132–49.

Atkinson, L; Goldberg, S; Raval, V; Pederson, D; Benoit, D; Moran, G; Poulton, L; Myhal, N; Zwiars, M; Gleason, K; Leung, E (2005): „On the Relation Between Maternal State of Mind and Sensitivity in the Prediction of Infant Attachment Security“. Developmental Psychology. 41 (1), pp. 42–53.

Austin, MP; Mitchell, P; Goodwin, GM (2001): „Cognitive deficits in depression: Possible implications for functional neuropathology“. The British Journal of Psychiatry. 178 (3), pp. 200–206.

Beck, A; Ward, C; Mendelson, M; Mock, J; Erbaugh, J (1961): „An inventory for measuring depression“. Archives of general psychiatry. Am Med Assoc 4 (6), pp. 561–571.

Beck, A (1963): „Thinking and Depression: I. Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions“. Archives of General Psychiatry. 9 (4), pp. 324–333.

Beck, A (1964): „Thinking and Depression: II. Theory and Therapy“. Archives of General Psychiatry. 10 (6), pp. 561–571.

- Beck, A; Hautzinger, M (ed.) (1999): „Kognitive Therapie der Depression“. 3. ed. Beltz.
- Beblo, T; Herrmann, M (2000): „Neuropsychologische Defizite bei depressiven Störungen“. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 68 (1), pp. 1–11.
- Beevers, CG; Miller, IW (2004): „Depression-Related Negative Cognition: Mood-State and Trait Dependent Properties“. *Cognitive Therapy and Research.* 28 (3), pp. 293–307.
- Biringen, Z; Robinson, JL; Emde, RN (2000): „Appendix B: The Emotional Availability Scales (3rd ed .; an abridged Infancy / Early Childhood Version)“. *Attachment & Human Development.* 2 (2), pp. 256–270.
- Cohn, JF; Campbell, SB; Matias, R; Hopkins, J (1990): „Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months.“. *Developmental Psychology.* 26 (1), pp. 15–23.
- Demers, I; Bernier, A; Tarabulsky, G; Provost, M (2010): „Mind-mindedness in adult and adolescent mothers: Relations to maternal sensitivity and infant attachment“. *International Journal of Behavioral Development.* 34 (6), pp. 529–537.
- Dilling, H; World Health Organization; Dilling, H; Mombour, W; Schmidt, M H (eds.) (2011): „Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien“. 8, rev.ed. Hans Huber.
- Dornes, M (2004): „Über Mentalisierung, Affektregulierung und die Entwicklung des Selbst“. *Forum der Psychoanalyse.* 20 (2), pp. 175–199.
- Fischer-Kern, M; Tmej, A; Kapusta, ND; Naderer, A; Leithner-Dziubas, K; Löffler-Stastka, H; Springer-Kremser, M (2008): „Mentalisierungsfähigkeit bei depressiven Patientinnen: Eine Pilotstudie“. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.* 54 (4), pp. 368–380.

Fonagy, P; Steele, H; Steele, M (1991a): „Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age“. *Child development*. 62 (5), pp. 891–905.

Fonagy, P; Steele, M; Steele, H; Moran, GS; Higgitt, AC (1991b): „The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment“. *Infant mental health journal*. 12 (3), pp. 201–218.

Fonagy, P; Gergely, G; Jurist, EL; Target, M (2008): „Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst“. 3. ed. Klett Cotta.

George, C; Kaplan, N; Main, M (1985): „The Berkeley Adult Attachment Interview“. Unpublished protocol, Department of Psychology, University of California. Berkeley: University of California.

Goodman, SH; Gotlib, IH (1999): „Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission“. *Psychological Review*. 106 (3), pp. 458–490.

Grossmann, KE; Grossmann, K (2012): „Bindungen - das Gefüge psychischer Sicherheit“. 5. rev.ed. Klett Cotta.

Halbreich, U; Karkun, S (2006): „Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms“. *Journal of affective disorders*. 91 (2-3), pp. 97–111.

Hammar, A; Ardal, G (2009): „Cognitive functioning in major depression-a summary“. *Frontiers in human neuroscience*. 3 (9), p. 26.

Hautzinger, M; Bailer, M; Worall, H; Keller, F (1995): „Beck-Depression-Inventar (BDI); Testhandbuch“. 2. ed. Bern: Hans Huber.

Hesse, E (2008): „The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies.“. Cassidy, J; Shaver, PR (eds.).

Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications. 2. ed. New York: Guilford Press, pp. 552–598.

Van Ijzendoorn, MH (1995): „Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview“. *Psychological bulletin*. 117 (3), pp. 387–403.

Laranjo, J; Bernier, A; Meins, E (2008): „Associations between maternal mind-mindedness and infant attachment security: investigating the mediating role of maternal sensitivity“. *Infant behavior & development*. 31 (4), pp. 688–95.

Laranjo, J; Bernier, A; Meins, E; Carlson, SM (2010): „Early Manifestations of Children’s Theory of Mind: The Roles of Maternal Mind-Mindedness and Infant Security of Attachment“. *Infancy*. 15 (3), pp. 300–323.

Licata, M; Kristen, S; Thoermer, C; Sodian, B (2013): „Die Bedeutung der frühen mütterlichen Mind-mindedness für die Entwicklung der Empathiefähigkeit von zweijährigen Kindern“. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*. 45 (2), pp. 77–90.

Lok, SM; McMahon, CA (2006): „Mothers’ thoughts about their children: Links between mind-mindedness and emotional availability“. *British Journal of Developmental Psychology*. 24 (3), pp. 477–488.

Lovejoy, MC; Graczyk, PA; O’Hare, E; Neuman, G (2000): „Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review“. *Clinical psychology review*. 20 (5), pp. 561–92.

Lundy, BL (2003): „Father– and mother–infant face-to-face interactions: Differences in mind-related comments and infant attachment?“. *Infant Behavior and Development*. 26 (2), pp. 200–212.

Main, M; Solomon, J (1990): „Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation“. Greenberg, MT; Cicchetti, D; Cummings, EM (eds.): Greenberg, MT; Cicchetti, D; Cummings, EM

(eds.) Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention. Chicago: The University of Chicago Press, pp. 121–160.

Meins, E (1997): „Security of attachment and the social development of cognition“. Psychology Press.

Meins, E (1999): „Sensitivity, security and internal working models: Bridging the transmission gap“. Attachment & human development. 1 (3), pp. 325–342.

Meins, E; Fernyhough, C; Fradley, E; Tuckey, M (2001): „Rethinking maternal sensitivity: mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months“. Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines. 42 (5), pp. 637–48.

Meins, E; Fernyhough, C; Wainwright, R; Das Gupta, M; Fradley, E; Tuckey, M (2002): „Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding“. Child development. 73 (6), pp. 1715–26.

Meins, E; Fernyhough, C; Wainwright, R; Clark-Carter, D; Das Gupta, M; Fradley, E; Tuckey, M (2003): „Pathways to understanding mind: construct validity and predictive validity of maternal mind-mindedness“. Child development. 74 (4), pp. 1194–1211.

Meins, E; Fernyhough, C (2006): „Mind-mindedness coding manual“. Unpublished manuscript. Durham University, Durham, UK., pp. 1–18.

Meins, E; Fernyhough, C (2010): „Mind-mindedness coding manual, Version 2.0“. Unpublished manuscript. Durham University, Durham, UK., pp. 1–22.

Meins, E; Fernyhough, C; Arnott, B; Turner, M; Leekam, SR (2011): „Mother- Versus Infant-Centered Correlates of Maternal Mind-Mindedness in the First Year of Life“. Infancy. 16 (2), pp. 137–165.

Meins, E; Fernyhough, C; De Rosnay, M; Arnott, B; Leekam, SR; Turner, M (2012): „Mind-Mindedness as a Multidimensional Construct: Appropriate and Nonattuned

Mind-Related Comments Independently Predict Infant-Mother Attachment in a Socially Diverse Sample“. *Infancy*. 17 (4), pp. 393–415.

Meins, E; Fernyhough, C; Arnott, B; Leekam, SR; De Rosnay, M (2013): „Mind-Mindedness and Theory of Mind: Mediating Roles of Language and Perspectival Symbolic Play“. *Child development*.

Milgrom, J; Gemmill, AW; Bilszta, JL; Hayes, B; Barnett, B; Brooks, J; Ericksen, J; Ellwood, D; Buist, A (2008): „Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study“. *Journal of affective disorders*. 108 (1-2), pp. 147–57.

Möller, HJ; Laux, G; Kapfhammer, H (2011): „Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie“. 4., erweit. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Murray, CJL; Harvard School of Public Health; World Health Organization; World Bank (1996): „The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 ; summary“. Published by the Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank.

Pawlby, S; Fernyhough, C; Meins, E; Pariante, CM; Seneviratne, G; Bentall, RP (2010): „Mind-mindedness and maternal responsiveness in infant-mother interactions in mothers with severe mental illness“. *Psychological medicine*. 40 (11), pp. 1861–9.

Radloff, LS (1977): „The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population“. *Applied Psychological Measurement*. 1 (3), pp. 385–401.

Ramsauer, B; Gehrke, J; Lotzin, A; Powell, B (2011): „Bindung und Bindungstherapie. Die Hamburger Interventionsstudie „Kreis der Sicherheit““. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 60 , pp. 413–429.

Slade, A (2005): „Parental reflective functioning: an introduction.“. *Attachment & human development*. 7 (3), pp. 269–81.

Wittchen, HU (1997): „SKID-I: strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV, Achse I: Psychische Störungen“. Hogrefe, Verl. für Psychologie.

Wittchen, HU; Essau, CA; Zerssen, D; Krieg, JC; Zaudig, M (1992): „Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich follow-up study“. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 241 (4), pp. 247–258.

Wittchen, HU; Jacobi, F (2005): „Size and burden of mental disorders in Europe- a critical review and appraisal of 27 studies“. European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology. 15 (4), pp. 357–76.

## 8 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

### Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Mütterliche Mind-Mindedness	Seite 34
Tabelle 2	Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable „Prozentualer Anteil angemessener Kommentare“	Seite 36
Tabelle 3	Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable „Prozentualer Anteil nicht-stimmiger Kommentare“	Seite 37

### Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Boxplot für die prozentualen Anteile angemessener und nicht-stimmiger Kommentare gemessen an der Gesamtzahl aller Kommentare	Seite 34
-------------	--	----------



## 9 Abkürzungsverzeichnis

AAI	Adult Attachment Interview
BDI	Beck-Depression-Inventar
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 <sup>th</sup> Edition, Text Revision
GBD	Global Burden of Disease
ICD-10	International Classification of Mental Disorders, 10 <sup>th</sup> Revision
KV	Kontrollvariable
M	Mittelwert
Max	Maximum
Min	Minimum
Md	Median
MM	Mind-Mindedness
Mo	Modalwert
N	Stichprobengröße
p	Signifikanzniveau
r	Korrelationskoeffizient
SD	Standardabweichung
SKID-I	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV
ToM	Theory of Mind

WHO

World Health Organization

## **10 Danksagung**

Mein Dank gilt

Frau Dr. phil. Dipl.-Psych. Brigitte Ramsauer für die Betreuung und Unterstützung meiner Studie.

sowie Herrn Prof. Dr. med. Georg Romer, für die Bereitschaft zur Übernahme der Doktorvaterschaft.

Frau Julia Schiborr für die Unterstützung und Hilfe bei der Durchführung der Datenerhebung.

allen Müttern, die sich bereit erklärt haben, an dieser Studie teilzunehmen und sie so realisierbar gemacht haben.

meinem Freund, meiner Familie und allen Freunden, die mir mit Rat und Hilfe zur Seite standen.

## **11 Lebenslauf**

**Entfällt aus datenschutzrechtlichen Gründen**

## **12 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: .....