



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Veränderungen der Mutter-Kind-Interaktion durch eine stationäre Mutter-Kind-Behandlung – mit Fokus auf Mütter mit Struktureller Beeinträchtigung“

verfasst von / submitted by

Tamara Tatjana Reimund

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2023 / Vienna 2023

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

UA 066 840

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

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Martina Zemp

Danksagung

Ohne die Unterstützung folgender Personen wäre mir das Schreiben meiner Masterarbeit in dieser Form nicht möglich gewesen. Dafür möchte ich mich an dieser Stelle ganz herzlich bedanken.

Zunächst möchte ich Frau Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Zemp für ihre ausgezeichnete Betreuung danken. Ihre professionellen Überlegungen, Anmerkungen und prompten Rückmeldungen waren mir in jeder erdenklichen Weise eine große Hilfe.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Dr. Jakob Müller, der mir als Zweitbetreuer stets das richtige Maß an Kritik und Motivation entgegengebracht hat, um diese Arbeit zu einem erfolgreichen Ende zu führen. Ich bedanke mich, dass ich seinen Datensatz nutzen durfte, für seine hilfreichen Tipps und Anregungen während meines gesamten Schreibprozesses und für seine Geduld.

Inhaltverzeichnis

Abstract (deutsch)	4
Abstract (englisch)	5
Theoretischer Hintergrund.....	6
Mutter-Kind-Interaktion	7
Postpartale psychische Störungen	8
Stationäre Behandlung	10
Mütter mit Struktureller Beeinträchtigung	11
Zielsetzung der Studie.....	13
Fragestellungen und Hypothesen	14
Unterschiedshypothese zur Einschränkung der Reaktivität der Mütter.....	15
Veränderungshypothese zur Mutter-Kind-Interaktion	15
Moderationshypothese zur Strukturellen Beeinträchtigung und Reaktivität der Mütter ...	15
Zusammenhangshypothese zu Verbesserung der Reaktivität der Mütter, Geschlecht des Kindes, höchster Bildungsabschluss und Symptomschwere	15
Methodik.....	15
Stichprobe.....	16
Versuchsplan/Studiendesign	17
Untersuchungsdurchführung	18
Erhebungsinstrumente	20
Mutter-Kind-Interaktion	20
Symptomschwere	21
Strukturelle Beeinträchtigung.....	22
Statistische Auswertung	22
Ergebnisse	23
Deskriptive Statistik	24

Reliabilitätsanalysen	27
Fehlende Daten	27
Inferenzstatistik	28
Zusammenhang Strukturelle Beeinträchtigung und Reaktivität (H1)	28
Veränderung der Mutter-Kind-Interaktion (H2)	28
Moderation der Veränderung durch Strukturelle Beeinträchtigung (H3)	29
Zusammenhang der Veränderung mit weiteren Faktoren (H4)	30
Explorative Analyse.....	30
Diskussion	31
Diskussion der Ergebnisse vor dem Hintergrund der Literatur	31
Limitationen und Stärken	35
Implikationen	36
Ausblick	37
Konklusion.....	37
Literaturverzeichnis	39
Abbildungsverzeichnis	47
Tabellenverzeichnis	47
Abkürzungsverzeichnis.....	48

Abstract (deutsch)

Hintergrund: Stationäre Mutter-Kind-Behandlungen bei postpartalen Depressionen zeigen generelle Wirksamkeit. Mütter mit Persönlichkeitsstörungen profitieren jedoch weniger von einer solchen Behandlung. Sie haben sich in bisherigen Forschungsergebnissen weniger sensitiv und reaktiv dem Kind gegenüber gezeigt. Da die kategoriale Betrachtung von Persönlichkeitsstörungen schwierig ist, wird in dieser Studie die Strukturelle Beeinträchtigung erfasst. Beeinflusst die Strukturelle Beeinträchtigung der Mutter die Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion durch die Behandlung?

Methodik: Die Stichprobe umfasst 50 Mütter mit ihren Kindern zwischen 0 und 24 Monaten, die im Psychiatrischen Zentrum Nordbaden auf der Mutter-Kind-Station in Behandlung waren. Zu Beginn und gegen Ende der Behandlung wurden eine Wickel- und eine Spiel-/Beschäftigungssequenz von Mutter und Kind auf Video aufgezeichnet und mit der Skala Reaktivität des Kategoriensystems zur Mikroanalyse der frühen Mutter-Kind-Interaktion (KSM-MKIS) ausgewertet. Strukturelle Beeinträchtigung wurde mit Hilfe des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16) erhoben.

Ergebnisse: Der Grad der Strukturellen Beeinträchtigung der Mutter hängt nicht mit der Reaktivität der Mutter zusammen, jedoch mit der Reaktivität des Kindes. Die Mutter-Kind-Interaktion verbessert sich im Behandlungsverlauf. Dies steht jedoch nicht im Zusammenhang mit dem Grad der Strukturellen Beeinträchtigung der Mutter. Die weiteren Faktoren Symptomschwere und höchster Schulabschluss der Mutter und das Geschlecht des Kindes hatten keinen Einfluss auf die Veränderung der Reaktivität der Mutter.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse der Studie bestätigen, dass stationäre Mutter-Kind-Behandlungen wirksam sind. Entgegen der Erwartung zeigten sich Kinder von Müttern mit hoher Struktureller Beeinträchtigung reaktiver. Dies könnte ein Hinweis auf eine unsichere Mutter-Kind-Bindung sein. Weitere Forschung wird benötigt, um herauszufinden, wie Mütter mit einer Persönlichkeitsstörung besser von einer stationären Mutter-Kind-Behandlung profitieren.

Abstract (englisch)

Background: Inpatient mother-child treatments for postpartum depression show general effectiveness. However, mothers with personality disorders benefit less from such treatments. They have been shown in previous research to be less sensitive and responsive to the child. Since the categorical view of personality disorders is difficult, the Structural Impairment is explored in this study. Does the mother's Structural Impairment affect the improvement of mother-child interaction through treatment?

Methodology: The sample includes 50 mothers with their children between 0 and 24 months, who were in treatment at the Psychiatric Center North Baden in the mother-child unit. At the beginning and towards the end of treatment, a diapering and a play/activity sequence of mother and child were videotaped and evaluated using the Responsiveness scale of the Category System for Microanalysis of Early Mother-Child Interaction (KSM-MKI-S). Structural impairment was assessed using the Inventory of Personality Organization (IPO-16).

Results: The level of maternal structural impairment was not related to maternal responsiveness but was related to child responsiveness. Mother-child interaction improves over the course of treatment. However, this is not related to the degree of the mother's Structural Impairment. The other factors of symptom severity and the mother's highest level of schooling and the child's gender had no effect on the change in the mother's reactivity.

Conclusion: The results of the study confirm that inpatient mother-child treatments are effective. Contrary to expectations, children of mothers with high structural impairment showed more responsiveness. This could be an indication of insecure mother-infant attachment. Further research is needed to determine how mothers with a personality disorder benefit better from inpatient mother-child treatment.

Veränderungen in der Mutter-Kind-Interaktion durch eine stationäre Mutter-Kind-Behandlung – mit Fokus auf Mütter mit Struktureller Beeinträchtigung

Die vorliegende Masterarbeit soll zur Beantwortung der Frage beitragen, wie sich die Mutter-Kind-Interaktion im Zuge einer stationären Mutter-Kind-Behandlung bei einer postpartalen psychischen Störung verändert. Bisherige Forschungsergebnisse zeigen die generelle Wirksamkeit einer solchen stationären Behandlung, sie zeigen jedoch auch, dass einige Mütter, beispielsweise solche mit Persönlichkeitsstörungen, weniger von einer stationären Mutter-Kind-Behandlung profitieren als andere (Glangeaud-Freudenthal et al., 2011). Deswegen liegt der Fokus der vorliegenden Masterarbeit auf der Frage, wieso Mütter mit Persönlichkeitsstörungen bzw. struktureller Beeinträchtigung weniger von einer stationären Mutter-Kind-Behandlung profitieren als Mütter ohne Persönlichkeitsstörung bzw. struktureller Beeinträchtigung. Da Persönlichkeitsstörungen mittlerweile nicht mehr kategorial, sondern dimensional betrachtet werden (Hauser et al., 2021), befasst sich die geplante Arbeit sowohl mit der klinischen Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 (Dilling et al., 2010) als auch mit der strukturellen Beeinträchtigung, da eine Persönlichkeitsstörung immer mit einer strukturellen Beeinträchtigung einhergeht (Kernberg, 1992). Es wird die Reaktivität/Sensitivität in der Mutter-Kind-Interaktion von Müttern mit einer postpartalen psychischen Störung mit und ohne einer komorbiden Persönlichkeitsstörung bzw. struktureller Beeinträchtigung beleuchtet. Es wird der Frage nachgegangen, ob die Strukturelle Beeinträchtigung der Mutter die Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion durch die Behandlung beeinflusst.

Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden wird auf die Mutter-Kind-Interaktion im Allgemeinen und die Bedeutung für die kindliche Entwicklung eingegangen. Die Bindungstheorie nach Bowlby (Bowlby, 1982) wird kurz umrissen und das Konzept der Feinfühligkeit (Ainsworth, 1964) wird vorgestellt. Die zentrale Rolle der Feinfühligkeit für die Mutter-Kind-Beziehung und die Bindung wird herausgearbeitet. Die Konzepte Sensitivität, Responsivität und Reaktivität liegen sehr nah beieinander und korrelieren hoch miteinander, sodass sie oft nicht getrennt voneinander betrachtet werden können (Lohaus et al., 2001). Auch in dieser Arbeit werden die Begriffe teilweise synonym verwendet, im Methodenteil wird jedoch klar differenziert, welcher

Aspekt genau untersucht wird. Es wird außerdem auf postpartale psychische Störungen eingegangen und wie diese mit einer eingeschränkten Mutter-Kind-Interaktion zusammenhängen. Daraufhin wird die stationäre Behandlung einer postpartalen psychischen Störung beleuchtet, sowie Studienergebnisse zur Wirksamkeit betrachtet. Anschließend wird auf Mütter mit Persönlichkeitsstörungen eingegangen und der Zusammenhang von Persönlichkeitsstörungen und Reaktivität/Sensitivität herausgearbeitet.

Mutter-Kind-Interaktion

Die Mutter-Kind-Interaktion ist elementar für die Bindung und die psychische und kognitive Entwicklung des Kindes. Die Bindungstheorie (Bowlby, 1982) besagt, dass Kinder in der ersten kritischen Phase des Lebens (typischerweise die ersten 12 Lebensmonate) innere Arbeitsmodelle ihrer Beziehung zu primären Bezugspersonen entwickeln. Diese beinhalten Erwartungen für zukünftige Interaktionen mit anderen auf Basis vergangener Interaktionen mit den primären Bezugspersonen (Bowlby, 1969). Das Kind zeigt Bindungsverhalten, indem es Bedürfnisse bei Irritation, Angst und Unbehagen zeigt, damit der Stress reduziert und Sicherheit wiedererlangt wird. Die Bezugsperson antwortet hierauf mit Fürsorgeverhalten, d.h. sie nimmt die Bindungsbedürfnisse wahr und reagiert prompt und adäquat darauf, um Stress zu reduzieren und Sicherheit zu bieten. Ainsworth (1964) hat in den 1960ern den Begriff der Feinfühligkeit geprägt und unterteilt die Feinfühligkeit in vier Komponenten: 1) Erkennen der kindlichen Signale, 2) adäquate Interpretation, 3) Promptheit der Reaktion und 4) Angemessenheit der Reaktion. Das heißt die Feinfühligkeit umfasst sowohl die Sensitivität als auch die Responsivität. Bisherige Forschung hat gezeigt, dass die Bezugsperson innerhalb von 2-3 Sekunden auf kindliche Signale reagieren sollte, da die Kontingenzspanne im Säuglingsalter noch sehr klein ist (Van Egeren et al., 2001). Wenn die Reaktion auf die kindlichen Signale Lautäußerungen oder Berührungen der Mutter waren, werden sie bestenfalls innerhalb von zwei Sekunden gezeigt, bei nonverbalen Reaktionen kann das Zeitfenster ein bisschen größer sein. Das bedeutet nicht, dass die Bezugsperson immer und ausschließlich innerhalb dieses Zeitfensters reagieren muss, um dem Kind nicht zu schaden. Es gibt keine perfekte Mutter, eine *good enough mother* ist völlig ausreichend, damit sich das Kind nie völlig verlassen fühlt und eine gute Mutter-Kind-Interaktion vorhanden ist (Winnicott, 1965).

Die Feinfühligkeit und somit die Mutter-Kind-Interaktion kann jedoch auch beeinträchtigt sein. Risikofaktoren hierfür sind unter anderem ein unsicherer Bindungsstil der

Mutter, ein geringer sozioökonomischer Status, hohes Stresserleben, wenig Zeit, Müdigkeit und geringe soziale Unterstützung (Bodenmann, 2018). Außerdem kann das Geschlecht des Kindes einen Einfluss auf die Reaktivität der Mütter haben. Esser et al. (1993) berichten in ihrer Studie, dass sich Mütter von Kindern im Alter von drei Monaten ihren Söhnen gegenüber reaktiver verhielten als gegenüber ihren Töchtern. Mütterliche Feinfühligkeit ist ein starker Prädiktor für eine sichere Bindung des Kindes (Van IJzendoorn, 1995). Eine eingeschränkte Feinfühligkeit kann somit zu einer unsicheren Bindung führen, was negative Folgen für das Kind haben kann. Unsichere Bindungsmuster stehen häufig im Zusammenhang mit späteren psychischen Störungen (Brisch & Hellbrügge, 2006), häufigeren Suizidgedanken (Armsden et al., 1990), schlechteren Beziehungen zu Gleichaltrigen (Groh et al., 2014), delinquentem Verhalten (Ogilvie et al., 2014), Sexualstraftaten (Baker et al., 2006) und einer schlechteren Mentalisierungsfähigkeit (Slade et al., 2005). Eine postpartale psychische Störung kann Einfluss auf die mütterliche Feinfühligkeit haben und somit auch die Bindung des Kindes beeinflussen.

Postpartale psychische Störungen

Nach DSM-5 entspricht eine Postpartale Depression den Diagnosekriterien einer Depression mit Beginn innerhalb der ersten 4 Wochen nach Geburt (American Psychiatric Association, 2013). Im ICD-10 entspricht sie den Diagnosekriterien einer depressiven Episode mit Beginn innerhalb der ersten 6 Wochen nach der Geburt (Dillinger et al., 2010). Da die Postpartale Depression weder im DSM-5 noch im ICD-10 eine eigenständige Diagnose ist, sondern nach ICD-10 unter F32.- Depressive Episode beziehungsweise F33.- Rezidivierende depressive Störung codiert wird, wird in der Literatur oft eine breitere Auffassung der Postpartalen Depression verwendet. Nach Riecher-Rössler (2006) beispielsweise werden „als postpartale Depression [...] im allgemeinen alle schweren, längerdauernden und behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen bezeichnet, die im ersten Jahr nach der Entbindung auftreten oder bestehen“.

Eine depressive Episode ist nach folgenden ICD-10-Kriterien definiert:

Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert.

Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen. (Dillinger et al., 2010)

Zusätzlich zu den Symptomen einer Depression können bei der Postpartalen Depression Stillprobleme, Zwangsgedanken und -impulse das Kind betreffend, ambivalente Gefühle, Gefühllosigkeit gegenüber dem Kind, Versagensängste, Insuffizienzgefühle als Mutter und häufiges Erwachen vor dem Kind auftreten (Hübner-Liebermann et al., 2012). Die Prävalenz liegt bei 9-19% und sie ist somit die häufigste psychiatrische Störung in der frühen Mutterschaft (Śliwerski et al., 2020).

Mütter mit Depressionen weisen insgesamt eine geringere Sensitivität und Responsivität auf (Barnes & Theule, 2019). Die Wahrscheinlichkeit von Kindern depressiver Mütter eine unsichere Bindung zu haben ist gegenüber Kindern nicht-depressiver Mütter erhöht (Odds Ratio = 1.8) und depressive Symptome der Mutter korrelieren mit einer unsicheren Bindung des Kindes (Barnes & Theule, 2019). Dennoch ist der Zusammenhang zwischen postpartaler Depression und Mutter-Kind-Bindung sehr komplex und dynamisch und viele Studien liefern in diversen Bereichen uneindeutige Ergebnisse (Śliwerski et al., 2020). Im Rahmen der Mannheimer Risikokinderstudie wurden Beeinträchtigungen der kognitiven und psychischen Entwicklung bei Kindern von Müttern mit Postpartaler Depression bis ins Erwachsenenalter gefunden (Hohm et al., 2017). In der Studie konnten 28 Kinder von Müttern mit Postpartaler Depression mit 107 Kindern von Müttern ohne Postpartaler Depression im Alter von 25 Jahren untersucht werden, nachdem die Mutter-Kind-Interaktion im Alter von 3 Monaten und die postpartale Depression bis zwei Jahre nach der Geburt erhoben wurden. Es konnte gezeigt werden, dass die Entwicklung der Kinder von Müttern mit Postpartaler

Depression von Merkmalen des mütterlichen Interaktionsverhaltens abhängig ist. Hohm et al. (2017) zeigen mit ihrer Analyse, dass viereinhalb Jahre alte Kinder einen höheren Gesamt-IQ vorweisen, wenn die Mütter feinfühlicher auf die kindlichen Bedürfnisse eingehen als Mütter, die weniger adäquat reagieren. Dieser Effekt zeigt sich jedoch nur in der Gruppe mit den Müttern mit Postpartaler Depression, nicht in der Gruppe mit den Müttern ohne Postpartale Depression. Eine Möglichkeit für Mütter mit Postpartalen Depressionen ist es, sich in stationäre Behandlung zu begeben, besonders wenn die Symptome schwerwiegend sind.

Stationäre Behandlung

Stationäre Mutter-Kind-Behandlungen gelten heutzutage als bewährte Methode zur Behandlung von postpartalen psychischen Störungen (Connellan et al., 2017). Sie erlauben es den Müttern gemeinsam mit ihren Babys behandelt zu werden, sodass sie nicht separiert werden müssen. Noch in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurden Mütter ohne ihre Kinder stationär aufgenommen, doch ab den 1950ern änderte sich dies langsam. Forschungsergebnisse haben damals gezeigt, dass eine gemeinsame Aufnahme und Behandlung am besten für eine sichere Mutter-Kind-Beziehung ist (Howard, 2000). Auch wenn psychiatrische Mutter-Kind-Stationen mittlerweile gut etabliert sind, gibt es an vielen Orten noch einen Mangel in der Versorgungsstruktur (Glangeaud-Freudenthal, 2013).

Bisherige Forschungsergebnisse konnten zeigen, dass stationäre Mutter-Kind-Behandlungen zu einer Reduktion der Symptome führen und sich die generelle mentale Gesundheit der Mütter verbessert (Connellan et al., 2017). Darüber hinaus führt die stationäre Mutter-Kind-Behandlung zu einer Verbesserung des klinischen Outcomes der Mütter und der emotionalen Reaktion der Mutter auf das Kind und zu einer Verringerung der praktischen Probleme in der Kindererziehung und des Risikos dem Kind zu schaden (Salmon et al., 2003). Mütter mit einer Bindungsbeeinträchtigung, die bei fast 60% der Mütter auf der Station zu Beginn vorlag, fühlen sich am Ende der Behandlung hoch signifikant wirksamer in ihrer Mutterrolle (Hornstein et al., 2009). Diese Studie ist auf derselben Station durchgeführt worden, auf der auch die vorliegende Studie durchgeführt wurde. Die Station und das Behandlungsprogramm wird im Kapitel *Untersuchungsdurchführung* genauer beschrieben. Hornstein et al. (2009) konnten außerdem zeigen, dass die stationäre Behandlung die Mutter-Kind-Beziehung insoweit verbessert, dass am Ende der Behandlung keine Beziehungsstörung im Sinne einer Überschreitung des Skalen-Cut-offs des Postpartum Bonding

Questionnaires (PBQ: Brockington et al., 2006) mehr vorliegt. Des Weiteren hat sich das Interaktionsverhalten in fast allen objektiv beobachteten und beurteilten Bereichen signifikant verbessert (Hornstein et al., 2009). Bisherige Forschung zeigt, dass stationäre Mutter-Kind-Behandlungen wirksam sind, dennoch profitieren manche Patientinnen-Gruppen weniger von den Behandlungen als andere, beispielsweise Mütter mit psychotischen Störungen oder Persönlichkeitsstörungen (Glangaud-Freudenthal et al., 2011).

Mütter mit Struktureller Beeinträchtigung

Laut DSM-5 stellt eine Persönlichkeitsstörung „ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten dar, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht, tiefgreifend und unflexibel ist, seinen Beginn in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter hat, im Zeitverlauf stabil ist und zu Leiden oder Beeinträchtigungen führt“ (American Psychiatric Association, 2013, S. 883). Laut ICD-10 enthält die Liste der Diagnosekriterien einer Persönlichkeitsstörung

„eine Reihe von klinisch wichtigen, meist länger anhaltenden Zustandsbildern und Verhaltensmustern. Sie sind Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zur eigenen Person und zu anderen Menschen. Einige dieser Zustandsbilder und Verhaltensmuster entstehen als Folge konstitutioneller Faktoren und sozialer Erfahrungen schon früh im Verlauf der individuellen Entwicklung, während andere erst später im Leben erworben werden. Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60.-), die kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörungen (F61) und die Persönlichkeitsänderungen (F62.-) sind tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Sie verkörpern gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und der psychologischen Funktionen. Häufig gehen sie mit einem unterschiedlichen Ausmaß persönlichen Leidens und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher. (Dillinger et al., 2010).

Die traditionelle typologische Auffassung von Persönlichkeitsstörung nach DSM-5 und ICD-10 ist als schwierig zu betrachten, da das kategoriale Konzept die Stigmatisierung Betroffener begünstigt (Hauser et al., 2021). Dies trage dazu bei, dass die Diagnose Persönlichkeitsstörung in der klinischen Praxis zu selten vergeben werde und wenn sie gestellt werde, komme es zu einer zu hohen Prävalenz der Persönlichkeitsstörung „nicht näher bezeichnet“ und zu hohen Komorbiditäten zwischen verschiedenen Persönlichkeitsstörungen (Hauser et al., 2021). Dies lasse an der Reliabilität der Persönlichkeitsstörungen zweifeln. Darüber hinaus ist das Kriterium der Zeitstabilität nach ICD-10 nicht mehr haltbar, da Verlaufsstudien gezeigt haben, dass Persönlichkeitsstörungen nicht stabil über die Zeit sein müssen. Aufgrund dieser konzeptuellen Schwierigkeiten wird in der vorliegenden Arbeit anstelle einer kategorialen Einordnung von Persönlichkeitsstörungen, eine dimensionale Einordnung des Schweregrades der Strukturellen Beeinträchtigung verwendet.

Strukturelle Beeinträchtigung im psychodynamischen Sinn meint die Beeinträchtigung von psychischen Funktionen, die die Aufrechterhaltung des inneren Gleichgewichts und der Beziehungsfähigkeit sicherstellen (Rudolf, 2002). Eine der ersten und bis heute einflussreichsten Theorien zur Strukturellen Beeinträchtigung ist das Modell der Persönlichkeitsorganisation nach Kernberg (Kernberg, 1984). Dieses besagt, dass sich bereits in der frühen Kindheit ein relativ stabiles Set an psychischen Funktionen durch Temperament und Beziehungserfahrungen sammelt, welches er als *Persönlichkeitsorganisation* zusammenfasst (Zimmermann et al., 2013). Kernberg unterscheidet verschiedene Niveaus der Persönlichkeitsorganisation: 1) normales Niveau, 2) neurotisches Niveau, 3) Borderline-Niveau und 4) psychotisches Niveau. Diese Abstufungen entsprechen in etwa den Strukturniveaus 1) gut, 2) mäßig, 3) gering und 4) desintegriert nach der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2; Arbeitskreis OPD, 2006). Im Kapitel *Erhebungsinstrumente* wird genauer auf die Erfassung der Strukturellen Beeinträchtigung beziehungsweise der Persönlichkeitsorganisation eingegangen.

Conroy et al. (2010) untersuchten Mütter mit Depressionen mit und ohne einer komorbiden Persönlichkeitsstörung und berichten, dass Mütter mit Depressionen und einer Persönlichkeitsstörung weniger sensitiv und kindzentriert sind als Mütter mit Depressionen ohne eine Persönlichkeitsstörung. Dies könnte daran liegen, dass Mütter mit Depressionen und einer Persönlichkeitsstörung unter einer schwereren oder chronifizierten Depression leiden könnten. Smith-Nielsen et al. (2016) zeigten in ihrer Studie, dass Mütter mit einer

Postpartalen Depression nur dann eine unsichere Bindung zu ihrem Kind hatten, wenn eine komorbide Persönlichkeitsstörung vorlag. Sie erklären sich außerdem die geringere Sensitivität von Müttern mit Persönlichkeitsstörungen dadurch, dass Personen mit einer Persönlichkeitsstörung eine geringere Mentalisierungsfähigkeit und eine schlechtere Affektregulation aufweisen und diese notwendig sind, um eine adäquate Mutter-Kind-Interaktion zu haben.

Auch das Konzept *Container-Contained* (Bion, 1962) hilft zu verstehen, wieso Mütter, die selbst strukturell beeinträchtigt sind, ihre Kinder nicht gut *containen* können. Dies kann sogar dazu führen, dass Mütter wütend auf ihre Kinder werden, da sie die unverdauten Gefühle ihres Kindes nicht aushalten können. Wenn die Mutter unbewusste aggressive Affekte gegenüber ihrem Kind hat, kann sie die archaischen Ängste des Säuglings nicht umwandeln und entgiften. Dies ist oftmals bei Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung der Fall, da sie aufgrund eigener Defizite nicht als haltende Container zur Verfügung stehen können und neidisch auf die kindliche Position sind (Bion, 1962). Die Angst des Säuglings wird nicht umgewandelt und trotzdem in den Säugling reintrojiert. Der Säugling birgt nun eine namenlose Angst und kann auf lange Sicht kein differenziertes Verständnis für das eigene Psychische entwickeln (Crepaldi, 2018).

Eine Borderline Persönlichkeitsstörung bei Müttern ist mit einer Reduktion von positiven Mutter-Kind-Interaktionen assoziiert (Petfield et al., 2015). Hierzu gehören beispielsweise Lächeln, Berührungen und Imitationen. Des Weiteren ist eine Borderline Persönlichkeitsstörung mit einem höheren Level an Insensitivität gegenüber dem Kind verbunden. Ramsauer et al. (2016) unterstreichen in ihrer Arbeit über elterlichen Stress und Postpartalen Depressionen/Angststörungen bei Müttern mit Persönlichkeitsstörungen, dass es für Mütter mit einer Postpartalen Störung und komorbider Persönlichkeitsstörung besonders hilfreich sein kann, die Mutter-Kind-Beziehung von Beginn der Behandlung an miteinzubeziehen, sowie die Förderung der elterlichen Kompetenz und der Freude am Kind. Bindungsorientierte Elterninterventionen sollten möglichst früh durchgeführt werden und nach Möglichkeit die Väter oder Partner miteinbeziehen (Ramsauer et al., 2016).

Zielsetzung der Studie

Ziel der geplanten Studie ist es, die Veränderung der Mutter-Kind-Interaktion durch eine stationäre Behandlung bei Müttern mit einer postpartalen psychischen Störung mit hoher und niedriger Struktureller Beeinträchtigung zu untersuchen. Hierbei soll gezeigt

werden, dass Mütter mit hoher Struktureller Beeinträchtigung eingeschränkter in ihrer Reaktivität/Sensitivität sind und dadurch auch weniger vom stationären Angebot profitieren als Mütter mit niedriger Struktureller Beeinträchtigung. Die Behandlung ist hauptsächlich auf die Förderung und Stabilisierung der Mutter-Kind-Beziehung ausgerichtet und Mütter mit Persönlichkeitsstörungen zeigen in bisherigen Studien weniger Reaktivität/Sensitivität, also haben eine schlechtere Mutter-Kind-Interaktion und -beziehung. Deswegen wird zunächst die Baseline der Reaktivität/Sensitivität zum Beginn der Behandlung von Müttern mit einer postpartalen psychischen Störung in ihrer Ausprägung bewertet und die Ausprägung bei Müttern mit hoher und niedriger Struktureller Beeinträchtigung verglichen. Daraufhin soll gezeigt werden, dass sich die Reaktivität/Sensitivität der Mütter im Laufe der Behandlung verbessert, da bisherige Studien gezeigt haben, dass depressive Symptome negativ mit der Reaktivität/Sensitivität korrelieren und die Symptome sich während einer stationären Mutter-Kind-Behandlung signifikant verbessern. Außerdem zeigten bisherige Forschungsergebnisse, dass sich die Mutter-Kind-Beziehung durch die Behandlung auf der Station verbessern. Es soll gezeigt werden, dass diese Verbesserung der Reaktivität/Sensitivität durch das Strukturniveau der Mütter moderiert wird. Je strukturell beeinträchtigt die Mütter sind, desto weniger verbessert sich die Reaktivität/Sensitivität im Laufe der Behandlung. Abschließend soll gezeigt werden, dass die Verbesserung der Reaktivität/Sensitivität der Mütter durch die Behandlung noch durch andere Faktoren wie das Geschlecht des Kindes, den Bildungsstand und die Symptomschwere beeinflusst werden. Übergeordnetes Ziel der geplanten Studie ist es, praktische Implikationen zur Verbesserung der stationären Mutter-Kind-Behandlung abzuleiten, besonders für Mütter mit Struktureller Beeinträchtigung, die bisher noch nicht so gut vom Angebot profitieren wie Mütter ohne Strukturelle Beeinträchtigung. Hierzu müssen die verschiedenen Faktoren der Behandlung und der Mutter-Kind-Interaktion besser verstanden werden.

Fragestellungen und Hypothesen

Aus der theoretischen Herleitung und der Zielsetzung der Studie ergeben sich nun folgende Fragestellungen und Hypothesen, die mit dieser Studie beantwortet und überprüft werden sollen.

Unterschiedshypothese zur Einschränkung der Reaktivität der Mütter

Fragestellung 1: Sind Mütter mit hoher Struktureller Beeinträchtigung in der Mutter-Kind-Interaktion zu Beginn der Behandlung eingeschränkter als Mütter mit niedriger Struktureller Beeinträchtigung?

H(1): Mütter mit einer hohen Strukturellen Beeinträchtigung sind in ihrer Reaktivität/Sensitivität eingeschränkter als Mütter mit niedriger Struktureller Beeinträchtigung.

Veränderungshypothese zur Mutter-Kind-Interaktion

Fragestellung 2: Verbessert sich die Mutter-Kind-Interaktion im Laufe der Behandlung?

H(2): Die Mutter-Kind-Interaktion verbessert sich von Messzeitpunkt 1 zu Messzeitpunkt 2.

Moderationshypothese zur Strukturellen Beeinträchtigung und Reaktivität der Mütter

Fragestellung 3: Geht eine Strukturelle Beeinträchtigung der Mutter mit einer verringerten Verbesserung der Reaktivität/Sensitivität durch die Behandlung einher?

H(3): Die Verbesserung der Reaktivität/Sensitivität der Mütter durch die Behandlung ist bei Müttern mit einer strukturellen Beeinträchtigung geringer als bei Müttern ohne Strukturelle Beeinträchtigung.

Zusammenhangshypothese zu Verbesserung der Reaktivität der Mütter, Geschlecht des Kindes, höchster Bildungsabschluss und Symptomschwere

Fragestellung 4: Haben das Geschlecht des Kindes, der Bildungsgrad und die Symptomschwere der Mutter einen Einfluss auf die Veränderung der Mutter-Kind-Interaktion?

H(4): Das Geschlecht des Kindes, der höchste Bildungsabschluss und die Symptomschwere der Mutter haben einen Einfluss auf die Veränderung der Reaktivität/Sensitivität der Mütter durch die Behandlung.

Methodik

Im Folgenden werden die Stichprobe, das Studiendesign, die Untersuchungsdurchführung inklusive der Station und der stationären Behandlung, die Erhebungsinstrument und die statistische Auswertung näher beschrieben.

Stichprobe

Es wurden $N = 43$ Proband*innen benötigt, um einen mittelgroßen gerichteten Moderationseffekt von struktureller Beeinträchtigung auf die Veränderung der Reaktivität der Mütter von $f^2 = .15$ mit einer Wahrscheinlichkeit von $1 - \beta = .80$ bei einer Typ I Fehlerwahrscheinlichkeit von $\alpha = .05$ zu entdecken. Da es zu einem Drop-out durch Ausreißer oder fehlenden Werten kommen kann, wurde ein N von 50 angestrebt. Da nur sieben Mütter mit einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörung im Datensatz sind und ein N von mindestens 42 Probandinnen benötigt wird, um einen mittelgroßen gerichteten Effekt eines Gruppenvergleichs von $d = .80$ mit einer Wahrscheinlichkeit von $1 - \beta = .80$ bei einer Typ I Fehlerwahrscheinlichkeit von $\alpha = .05$ zu entdecken, würde hieraus nur ein Trend abzulesen sein, sodass der Hauptaugenmerk der Arbeit auf der Untersuchung der Strukturellen Beeinträchtigung anstelle einer klinischen Diagnose einer Persönlichkeitsstörung liegt. Hierfür wird die Stichprobe in zwei Gruppen unterteilt, 24 Mütter, die eine Strukturelle Beeinträchtigung über dem Cut-off der Skala vorweisen und 22 Mütter, deren Wert unter dem Cut-off liegt.

Die Einschlusskriterien zur Aufnahme in die Studie sind

- a) eine psychische Störung nach ICD-10, b) eine Einweisung in das Psychiatrische Zentrum Nordbaden, c) die Geburt eines Kindes vor nicht länger als 24 Monaten, d) Alter zwischen 18 und 45, e) ausreichend deutsche Sprachkenntnisse und f) eine schriftliche Einwilligung nach Aufklärung inklusive Einverständnis in die Videoaufzeichnung der Mutter-Kind-Interaktion.

Die Ausschlusskriterien sind

- a) das Vorliegen einer organischen Hirnerkrankung oder einer relevanten schweren somatischen Erkrankung mit Auswirkung auf die zerebrale Funktion, b) eine frühere oder aktuelle Indikation für eine primär suchtspezifische Behandlung von Störungen durch Alkohol oder illegalen Drogen, c) die Unfähigkeit, Inhalt und Bedeutung der Studie zu verstehen und eine informierte Einwilligung schriftlich zu geben, d) massiv gesteigerte Aggressivität oder aktuell fremdgefährdendes Verhalten bei Einschluss und e) akute Selbstgefährdung oder Suizidalität bei Einschluss.

Die Stichprobe umfasst 50 Mütter, die im Durchschnitt 32 Jahre alt (Mittelwert = 32.3, Standardabweichung = 5.49) waren. Die Kinder waren zwischen 0 und 24 Monaten alt.

32 Kinder (64%) sind Jungen und 18 (36%) sind Mädchen. Die Haupt- und Nebendiagnosen der Mütter sind in Tabelle 1 aufgeführt. Sieben Mütter (14%) gaben als höchsten Schulabschluss einen Hauptschulabschluss an, 13 Mütter (26%) einen Realschulabschluss, 13 Mütter (26%) Abitur und 16 Mütter (32%) einen Hochschulabschluss. Eine Mutter hat keine Angaben zum Schulabschluss gemacht.

Tabelle 1

Haupt- und Nebendiagnosen der Mütter

	Hauptdiagnose		Nebendiagnose	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Depressive Episode F32.x	9	18	2	4
Rezidivierende depressive Störung F33.x	32	64	1	2
Angststörung F41.x	2	4	3	6
Zwangsstörung F42.x	3	6	3	6
Bipolare Störung F31.4	1	2		
Persönlichkeitsstörung F60.x	2	4	4	8
Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns F07.8	1	2		
Dysthymia F34.1			2	4
Essstörung, nicht näher bezeichnet F50.9			1	2
Schwere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert F53.1			1	2
Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen F61			1	2
Pathologisches Spielen F63.0			1	2
Leichte Intelligenzminderung F70.0			1	2
Gesamt	50	100		

Anmerkungen. Nicht alle Mütter haben eine Nebendiagnose und manche Mütter haben zwei Nebendiagnosen.

Versuchsplan/Studiendesign

Die vorliegende Studie ist eine längsschnittliche Panelstudie, die aus mehreren Fragebögen und Videoaufzeichnungen der Mutter-Kind-Interaktion besteht. Untersucht werden jedoch auch querschnittliche Daten zu den einzelnen Messzeitpunkten.

Untersuchungsdurchführung

Die Studie wird am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden auf der Mutter-Kind-Station durchgeführt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer einer stationären Mutter-Kind-Behandlung beträgt 45 Tage. Erhebungszeitpunkte sind beim Vorgespräch, in den ersten fünf Tagen nach Aufnahme und 42 Tage nach Aufnahme. Zu jedem Messzeitpunkt bekommen die Mütter Fragebögen, zum Behandlungsbeginn und zum Behandlungsende werden die Mutter-Kind-Interaktionen auf Video aufgezeichnet.

Da in der geplanten Studie untersucht werden soll, ob sich die stationäre Behandlung auf die Sensitivität der Mütter auswirkt, werden im Folgenden die Station und die stationäre Behandlung näher beschrieben. Es arbeiten drei Psycholog*innen auf der Station, wobei ein Psychologe psychoanalytisch arbeitet, eine Psychologin tiefenpsychologisch fundiert und eine Psychologin verhaltenstherapeutisch. Außerdem gibt es eine Stationsärztin. Zum multiprofessionellen Team gehören des Weiteren eine Sozialarbeiterin, eine Ergotherapeutin, eine Bewegungstherapeutin, eine Erzieherin, die Pflegekräfte und die Oberärztin.

Um die Indikation für eine stationäre Mutter-Kind-Behandlung auf der Station abzuklären, werden die Mütter zu einem Vorgespräch eingeladen. Hierbei findet eine erste Anamnese statt und die Mütter bekommen die Station vorgestellt. Mit dem Vorgespräch soll festgestellt werden, ob eine stationäre Behandlung für die Station und ebenso für die Mutter vorstellbar und vonnöten ist. Die Mutter-Kind-Behandlung der Station 43 fokussiert sich auf die Behandlung der Grunderkrankung und der Symptomatik der postpartalen psychischen Störung, der Förderung und Stabilisierung der Mutter-Kind-Beziehung, der Behandlung von mütterlichen Bindungsstörungen, der Förderung familiärer Ressourcen, dem Aufbau eines sozialen Netzes und der Prävention kindlicher Entwicklungsbelastungen. Der Fokus liegt hingegen nicht auf der Aufarbeitung von beispielsweise traumatischen Erlebnissen aus der Vergangenheit der Mütter. Dem stationären Aufenthalt folgt deshalb oft eine Anbindung an eine ambulante Therapie und schafft mit der Anbindung der Mütter an ambulante Strukturen wie die Frühen Hilfen, Familienhilfe oder Haushaltshilfe einen stützenden Rahmen. Bei der Anbindung an diese Strukturen werden die Mütter von der Sozialarbeiterin der Station unterstützt. Ein weiterer Aspekt des Aufenthaltes ist, dass die Mütter sich selbstständig um ihr Kind kümmern müssen. Zwar ist immer eine Pflegekraft im Haus anwesend, aber die Versorgung der Kinder übernehmen die Mütter selbstständig. Zu Beginn der Behandlung soll außerdem eine weitere Betreuungsperson für die ersten Tage mit auf die Station kommen, da

die Mütter hier entlastet werden sollen. Diese weitere Betreuungsperson kann der*die Partner*in sein, der eigene Vater oder die eigene Mutter oder auch ein*e Freund*in oder ein Geschwisterteil der Patientinnen. Wenn sowohl die Mutter als auch die Station eine stationäre Aufnahme für angemessen halten, können sich die Mütter auf die Warteliste setzen lassen und werden informiert, sobald ein Platz frei wird. Die Wartezeit liegt hier im Durchschnitt bei ca. sechs Monaten.

Während des stationären Aufenthaltes gibt es für die Mütter und ihre Kinder verschiedene therapeutische Angebote. Einmal die Woche haben sie ein psychotherapeutisches Einzelgespräch bei ihre*r*m Behandler*in. Auch ein Paar- oder ein Familiengespräch ist während des Aufenthaltes vorgesehen. Ebenfalls einmal die Woche findet die Oberärztinvisite statt, bei der der Fokus auf dem Therapiefortschritt, den somatischen Beschwerden und der medikamentösen Behandlung liegt. Zu Beginn des Aufenthaltes finden diagnostischen Abklärungen statt. Zur Förderung der Bindung zwischen Mutter und Kind wird eine Einführung in die Babymassage angeboten, bei der die Mütter lernen, wie sie diese bei ihrem Kind anwenden können.

Des Weiteren nehmen die Mütter mit ihren Kindern an Ergotherapie, Bewegungstherapie, und achtsamkeitsbasierten Angeboten teil. Ein weiterer Bestandteil des Aufenthaltes ist das gemeinsame Mütterfrühstück, bei dem die Pflege anwesend ist, die Frühstückssituation beobachtet und besprochen wird. Ein wichtiger Baustein der Behandlung ist die videomikroanalytische Therapie, bei der zu Beginn und gegen Ende des stationären Aufenthaltes ein Video von Mutter und Kind aufgenommen wird, auf dem das Kind zuerst gewickelt wird und im Anschluss die Mutter mit ihrem Kind spielt bzw. sich mit ihm beschäftigt. Dieses Video wird im Team bei der Videosupervision besprochen und dann mit ins psychotherapeutische Einzelgespräch genommen, um es mit der Mutter zu besprechen. Zweimal die Woche findet außerdem die Müttergruppe statt, in der es um die Rolle der Mutter geht, entwicklungspsychologische Themen, Stressfaktoren und kindliche Signale, um den Müttern mehr Selbstsicherheit im Umgang mit ihrem Kind und ihrer postpartalen psychischen Störung zu geben. Zweimal die Woche dürfen und sollen sich die Mütter eine Auszeit nehmen, in der sie ihr Kind bei der Erzieherin abgeben und die Zeit für sich nutzen. Zudem wird am Wochenende eine Vätergruppe angeboten, bei der es um Psychoedukation und Angehörigenarbeit geht.

Erhebungsinstrumente

Für die vorliegende Studie werden demografische Daten aus den Patientinnenakten verwendet sowie die diagnostizierten psychischen Störungen. Außerdem werden beim Vorgespräch oder zum Beginn der Behandlung, falls kein Vorgespräch stattgefunden hat, soziodemografische Daten mit einem Fragebogen abgefragt. Dieser inkludiert das Alter, den höchsten Bildungsabschluss, den Beruf und den Familienstand. Neben diesen Daten wird in der geplanten Studie die Skala Reaktivität/Sensitivität des Kategoriensystems zur Mikroanalyse der frühen Mutter-Kind-Interaktion, die Symptomchecklist 90 Revised zur Erfassung der Symptomschwere und die Kurzversion des Inventars der Persönlichkeitsorganisation IPO-16 zur Erfassung einer Strukturellen Beeinträchtigung verwendet. Die Erhebungsinstrumente werden im Folgenden näher beschrieben.

Mutter-Kind-Interaktion

Zur Erfassung der Mutter-Kind-Interaktion wird die Skala Reaktivität/Sensitivität des Kategoriensystems zur Mikroanalyse der frühen Mutter-Kind-Interaktion (KSM-MKI-S: (Jörg et al., 1994) verwendet. Das Kategoriensystem wurde im Rahmen der Mannheimer Risikokinderstudie (Laucht et al., 2000) aus der Vorgängerversion Mannheimer Beurteilungsskalen zur Erfassung der Mutter-Kind-Interaktion im Säuglingsalter (MBS-MKI-S: Esser et al., 1989) weiterentwickelt. Die Mutter-Kind-Interaktion wird auf Video aufgezeichnet. Die Auswertungsdauer ist von der Länge der Videoaufzeichnungen abhängig. Im vorhandenen Datensatz sind die Videos zwischen 4 und 12 Minuten lang und umfassen eine Pflege- und eine Spielsituation, die mit Hilfe von zwei Kameras und der Split-Screen-Technik aufgenommen werden. Deswegen wird eine Auswertung von jeweils 4 Minuten angestrebt. Hierbei werden die Videoaufzeichnungen in 5-sekündige Sequenzen aufgeteilt und nacheinander mit verschiedenen Skalen bewertet. Zunächst liegt das Hauptaugenmerk auf der Mutter. Sowohl Initialverhalten als auch Reaktivität auf das Kind wird auf den Dimensionen vokal, mimisch und motorisch kodiert (Schmid et al., 2011). Außerdem wird die mangelnde Reaktivität der Mutter kodiert. Daraufhin wird die Reaktivität des Kindes ebenfalls auf den Dimensionen vokal, mimisch und motorisch kodiert. Hier wird außerdem noch die passive und aktive Blickvermeidung des Kindes festgehalten. Abschließend wird die Gestimmtheit der Mutter und des Kindes codiert. Das KSM-MKI-S umfasst noch andere Skalen, es wird jedoch im Manual explizit darauf hingewiesen, dass „je nach Zielsetzung [...] alle oder nur bestimmte

Kategorien/Dimensionen des Systems ausgewertet werden“ können (Jörg et al., 1994). Weitere, in dieser Arbeit nicht berücksichtigte Skalen, sind Vokalisation, Blickrichtung und auf Seiten der Mutter Inhalt ihrer Handlung sowie Körperhaltung.

Die Interrater-Reliabilität ist als sehr gut zu bewerten (Jörg et al., 1994; Schmid et al., 2011). Die Interrater-Reliabilität erreichte in der Studie von Schmid et al. (2011) mit 314 Proband*innen und geschulten Ratern ein Cohen's Kappa von $\kappa = > .83$. Für die Codierung der Videos mit der Skala Reaktivität/Sensitivität des KSM-MKI-S ist eine Schulung erfolgt. Für die Reliabilitätsprüfung wurden Videos aus dem in dieser Studie verwendeten Datensatz verwendet. Die Interrater-Reliabilität zwischen der Schulungsleiterin und der Verfasserin der vorliegenden Arbeit erreichte ein Cohen's Kappa von $\kappa = .74$. Die inhaltliche Validität des Verfahrens und die der daraus abgeleiteten Maße sind nach Angaben der Autor*innen in zahlreichen Arbeiten belegt worden (Jörg et al., 1994).

Symptomschwere

Die Symptomschwere wird mit der Symptomchecklist 90 Revised (SCL-90-R; (Derogatis, 1977; Derogatis & Savitz, 1999; Franke & Derogatis, 1995) erhoben. Die SCL-90-R ist ein etablierter Selbstbeurteilungsfragebogen mit 90 Items, der verschiedene psychische und somatische Beschwerden beschreibt. Die Antwortmöglichkeiten reichen auf einer fünfstufigen Ratingskala von 0 („überhaupt nicht“) bis 4 („sehr stark“) und beziehen sich darauf, wie sehr die Proband*innen in den letzten sieben Tagen unter den aufgelisteten Symptomen gelitten haben. Der SCL-90-R umfasst neun Skalen: 1) Somatisierung, 2) Zwanghaftigkeit, 3) Unsicherheit im Sozialkontakt, 4) Depressivität, 5) Ängstlichkeit, 6) Aggressivität/Feindseligkeit, 7) Phobische Angst, 8) Paranoides Denken und 9) Psychotizismus. Sieben der 90 Items stellen Zusatzfragen dar und gehen nicht in die Berechnung der neun Skalen ein. Neben den neun Skalen können drei globale Kennwerte berechnet werden. Der Global Severity Index (GSI) gibt die Gesamtbelastung an, indem die Summe der Itemrohwerte durch 90 minus die Anzahl der nicht beantworteten Items gerechnet wird. Positive Symptom Total (PST) gibt an, bei wie vielen Symptomen eine Belastung vorliegt, indem die Anzahl der Items summiert wird, die einen Rohwert > 0 aufweisen. Der Positive Symptome Distress Index (PSDI) gibt an, wie ausgeprägt die Symptome sind, indem der GSI-Wert durch den PST-Wert dividiert wird. Die SCL-90-R als Gesamtskala hat sich als reliabel gezeigt, die interne Konsistenz des GSI lag bei der Normierung an einer repräsentativen deutschen Stichprobe mit 2179 Proband*innen

bei $\alpha = .97$. Die Faktorenstruktur der neun Skalen konnte jedoch nicht bestätigt werden (Hessel et al., 2001). Deswegen wird in der vorliegenden Studie nur der GSI verwendet.

Strukturelle Beeinträchtigung

Zur Erhebung der Persönlichkeitsorganisation bzw. der Strukturellen Beeinträchtigung wird die Kurzversion des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16: Zimmermann et al., 2012) verwendet. Das IPO-16 ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, umfasst 16 Items und erfasst die Persönlichkeitsorganisation nach Kernberg (1992). Die Bearbeitungszeit beträgt circa fünf Minuten. Der Fragebogen setzt sich aus Items aus den drei theoretischen Hauptskalen der Langversion (IPO-2001: Clarkin et al., 2001) *Identitätsdiffusion* (z.B. „Ich kann mir Veränderungen in meinem Verhalten nicht erklären.“), *Primitive Abwehr* (z.B. „Wenn ich nicht aufpasse, neigen die Menschen dazu, mich auszunutzen.“) und *Eingeschränkte Realitätsprüfung* (z.B. „Ich höre Dinge, von denen andere behaupten, sie seien nicht wirklich vorhanden.“) zusammen. Der Gesamtwert gibt ein globales Ausmaß der strukturellen Beeinträchtigung an, eine Unterteilung in Subskalen ist bei der Kurzversion nicht vorgesehen. Die Items werden auf einer fünfstufigen Ratingskala von 1 („trifft nie zu“) bis 5 („trifft immer zu“) geratet. Die interne Konsistenz des IPO-16 liegt zwischen $\alpha = .85$ und $\alpha = .90$, die Retest-Reliabilität über 2 Monate bei $r = .85$ (Dammann et al., 2015). Es liegen geschlechts- und altersspezifische Normwerte vor (Zimmermann et al., 2015), die anhand einer Normierung in der deutschen Allgemeinbevölkerung mit 2502 Proband*innen gewonnen wurden. Ab einem Mittelwert von ≥ 2.00 bzw. ≥ 2.44 liegt eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit vor, dass eine Persönlichkeitsstörung bzw. eine Strukturelle Beeinträchtigung vorliegt (Zimmermann et al., 2013).

Statistische Auswertung

Zur statistischen Auswertung der Daten wurde IBM SPSS Statistics (Version 29) verwendet. Das Signifikanzniveau wurde vorab auf $\alpha = 5\%$ festgelegt. Demnach wird bei der Hypothesenprüfung ein Ergebnis ab $p < .05$ als statistisch signifikant angesehen. Mittels Reliabilitätsanalyse wird Cronbachs α für die Skalen der Fragebögen berechnet. Cronbachs α ist ein Maß für die interne Konsistenz und gibt an, in welchem Ausmaß die Items der Skala eines Fragebogens miteinander korrelieren. Hierbei sind Werte ab $.70$ akzeptabel (Döring & Bortz, 2006). Für die Beschreibung von soziodemografischen Daten werden Häufigkeiten ermittelt.

Die statistischen Auswertungen zur Hypothesenprüfung umfassen einen t-Test für unabhängige Stichproben zur Untersuchung des Unterschiedes in der Reaktivität der Mütter zwischen Müttern mit hoher und niedriger struktureller Beeinträchtigung, einem t-Test für abhängige Stichproben zur Überprüfung der Veränderung der Mutter-Kind-Interaktion von Messzeitpunkt 1 zu Messzeitpunkt 2, eine Moderation der Veränderung der Reaktivität der Mütter durch die Strukturelle Beeinträchtigung dieser und eine multiple lineare Regression von weiteren Einflussfaktoren wie die Symptomschwere und der höchste Schulabschluss der Mutter und das Geschlecht des Kindes auf die Veränderung der Reaktivität der Mütter. Zur Hypothesenprüfung von Hypothese 1 wird ein t-Test für unabhängige Stichproben gerechnet, da die Reaktivität der Mütter in den beiden Gruppen Mütter mit hoher und niedriger Struktureller Beeinträchtigung normalverteilt ist. Auch die Mutter-Kind-Interaktion zu Messzeitpunkt 1 sowie Messzeitpunkt 2 ist normalverteilt, sodass ein t-Test für abhängige Stichproben gerechnet wird. Die Voraussetzungen für die Moderation zur Überprüfung von Hypothese 3 sind gegeben und die multiple lineare Regression zur Untersuchung der weiteren Einflussfaktoren wird mit Einschluss der Unabhängigen Variablen (UVs) und nicht hierarchisch gerechnet, da aus der Theorie und der bisherigen Forschung nicht hervorgeht, welche Faktoren am meisten Einfluss auf die Reaktivität der Mütter haben. Um einer Alphafehler-Kumulierung durch multiples Testen entgegenzuwirken, wird die Bonferroni-Holm-Korrektur (Holm, 1979) angewandt und die korrigierten p-Werte berichtet. Die Effektstärken wurden nach Cohen (Cohen, 1988) bestimmt. Die Interpretation von Cohens d orientiert sich an den Richtwerten von Cohen, der ab $d = .20$ einen kleinen Effekt, ab $d = .50$ einen mittleren Effekt und ab $d = .80$ einen großen Effekt definiert.

Ergebnisse

Im Folgenden wird zunächst auf die deskriptive statistische Auswertung eingegangen. Das allgemeine Niveau der Probandinnen auf den verwendeten Skalen Reaktivität/Sensitivität, Strukturelle Beeinträchtigung und Symptomschwere in der untersuchten Stichprobe wird berichtet. Im Anschluss wird die inferenzstatistische Analyse der Hypothesentestung dargelegt. Darüber hinaus wird eine explorative Analyse zur Einordnung der Ergebnisse berichtet.

Deskriptive Statistik

In Tabelle 2-5 sind die Mittelwerte, Standardabweichungen, Minima und Maxima der einzelnen Dimensionen der Skala Reaktivität des KSM-MKI-S über beide Messzeitpunkte zu sehen. Tabelle 1 zeigt die Reaktivität der Mütter in der Wickelsequenz. Reaktives Verhalten nimmt von Messzeitpunkt 1 zu Messzeitpunkt 2 zu, Initialverhalten nimmt ab. Auch das Nichtreagieren auf kindliche Signale wird weniger. Tabelle 2 zeigt die Reaktivität der Mütter in der Spiel-/Beschäftigungssequenz. Hier nehmen alle reaktiven und initialen Verhaltensweisen von Messzeitpunkt 1 zu Messzeitpunkt 2 zu außer reaktiv motorisches Verhalten. Das Nichtreagieren nimmt hier ebenso ab. Tabelle 3 zeigt die Reaktivität der Kinder in den Wickelsequenzen. Das reaktive Verhalten nimmt zwischen den Messzeitpunkten zu, die passive Blickvermeidung nimmt ab. Das Gleiche gilt für das Verhalten der Kinder in den Spiel-/Beschäftigungssequenzen, welches in Tabelle 4 abgebildet ist. Das KSM-MKI-S umfasst noch eine weitere Dimension bei der Reaktivität der Kinder, die aktive Blickvermeidung. Diese wird codiert, wenn die Blickvermeidung extrem ist und man den Eindruck gewinnt, dass das Kind seine Mutter nicht anschauen will. Dies ist in der Stichprobe nicht vorgekommen, weshalb diese Dimension in den Ergebnissen nicht aufgeführt wird.

Tabelle 2

Reaktivität der Mütter beim Wickeln zu Messzeitpunkt 1 und 2

KSM-MKI-S-Skalen	Messzeitpunkt 1				Messzeitpunkt 2			
	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.	M	SD
Reaktiv verbal	0	24	8.98	6.14	1	24	12.42	5.72
Reaktiv mimisch	0	20	5.04	5.08	0	23	6.80	5.36
Reaktiv moto-	0	24	8.42	5.94	2	24	12.30	5.78
Initial verbal	0	13	5.34	3.78	0	11	3.40	2.92
Initial mimisch	0	9	1.78	1.99	0	8	1.42	1.73
Initial motorisch	0	13	4.24	3.37	0	11	3.06	2.79
Nicht reaktiv	0	14	.44	2.01	0	2	.10	.42

Anmerkungen. N = 50; Min. = Minimum; Max. = Maximum; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; KSM-MKI-S = Kategoriensystem zur Mikroanalyse der frühen Mutter-Kind-Interaktion.

Tabelle 3

Reaktivität der Mütter beim Spielen/Beschäftigen zu Messzeitpunkt 1 und 2

KSM-MKI-S-Skalen	Messzeitpunkt 1				Messzeitpunkt 2			
	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.	M	SD
Reaktiv verbal	3	36	22.48	8.41	9	36	23.54	6.18
Reaktiv mimisch	0	36	8.90	8.61	0	34	10.86	8.33
Reaktiv motorisch	5	36	24.72	8.18	12	36	23.84	6.09
Initial verbal	0	25	8.40	6.72	0	27	9.64	6.03
Initial mimisch	0	19	1.28	2.96	0	20	3.24	4.21
Initial motorisch	1	25	9.20	6.68	0	28	10.52	6.39
Nicht reaktiv	0	7	.14	.99	0	0	.00	.00

Anmerkungen. N = 50; Min. = Minimum; Max. = Maximum; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; KSM-MKI-S = Kategoriensystem zur Mikroanalyse der frühen Mutter-Kind-Interaktion.

Tabelle 4

Reaktivität der Kinder beim Wickeln zu Messzeitpunkt 1 und 2

KSM-MKI-S-Skalen	Messzeitpunkt 1				Messzeitpunkt 2			
	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.	M	SD
Reaktiv verbal	0	8	1.16	2.02	0	9	1.32	2.18
Reaktiv mimisch	0	9	1.50	2.54	0	16	2.32	3.49
Reaktiv motorisch	0	24	9.86	6.79	0	24	11.86	6.59
Passive Blickvermeidung	0	13	.54	1.93	0	4	.42	.93

Anmerkungen. N = 50; Min. = Minimum; Max. = Maximum; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; KSM-MKI-S = Kategoriensystem zur Mikroanalyse der frühen Mutter-Kind-Interaktion.

Tabelle 5

Reaktivität der Kinder beim Spielen/Beschäftigen zu Messzeitpunkt 1 und 2

KSM-MKI-S-Skalen	Messzeitpunkt 1				Messzeitpunkt 2			
	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.	M	SD
Reaktiv verbal	0	17	1.48	3.34	0	11	1.68	2.31
Reaktiv mimisch	0	12	1.26	2.80	0	16	2.30	3.68
Reaktiv motorisch	0	36	20.18	9.04	0	36	22.34	8.32
Passive Blickvermeidung	0	24	2.66	5.48	0	15	2.02	2.89

Anmerkungen. N = 50; Min. = Minimum; Max. = Maximum; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; KSM-MKI-S = Kategoriensystem zur Mikroanalyse der frühen Mutter-Kind-Interaktion.

In Tabelle 6 sind die Summenskalen des KSM-MKI-S dargestellt. Die Reaktivität über alle drei Dimensionen verbal, mimisch und motorisch zusammengefasst in den Wickel- und Spielsequenzen jeweils einzeln und zusammengekommen nimmt über die Messzeitpunkte zu. Auch die Gesamtinteraktion nimmt von Messzeitpunkt 1 zu Messzeitpunkt 2 zu. Hier wurden das reaktive und Initialverhalten der Mütter und das reaktive Verhalten der Kinder zusammengerechnet und das Nichtreagieren der Mütter sowie die passive Blickvermeidung der Kinder von der Summe abgezogen.

Tabelle 6

Summenskalen Reaktivität und Mutter-Kind-Interaktion zu Messzeitpunkt 1 und 2

	Messzeitpunkt 1				Messzeitpunkt 2			
	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.	M	SD
Reaktivität Mütter gesamt	13	168	77.96	33.15	46	146	89.66	25.71
Reaktivität Mütter Wickeln	0	68	22.44	16.49	4	70	31.52	15.63
Reaktivität Mütter Spielen	11	108	56.10	21.76	22	101	58.24	17.43
Gesamtinteraktion	37	246	140.44	47.21	82	253	160.32	42.09

Anmerkungen. N = 50; Min. = Minimum; Max. = Maximum; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung.

Tabelle 7 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der Strukturellen Beeinträchtigung und der Symptomschwere. Des Weiteren zeigt sie den Prozentsatz der Mütter,

die den Cut-off des IPO-16 überschritten haben. Bei 58,7% der 46 Mütter, von denen die Daten des IPO-16 vorliegen, besteht eine stark erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass sie eine Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV haben.

Tabelle 7

Strukturelle Beeinträchtigung und Symptomschwere

	N	Min.	Max.	M	SD	> Cut-off	%
IPO-16	46	1.25	3.69	2.15	.48	2.00	58.70
Global Severity Index	49	.26	2.80	1.47	.56		

Anmerkungen. Min. = Minimum; Max. = Maximum; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; > Cut-off = Probanden, die den Cut-off der Skala überschritten haben mit %-Angaben; IPO-16 = Kurzversion des Inventars der Persönlichkeitsorganisation.

Reliabilitätsanalysen

Um die interne Konsistenz zu bestimmen, wurde Cronbachs Alpha für den Global Severity Index der SCL-90-R berechnet. Der GSI umfasst alle 90 Items des Fragebogens. Die interne Konsistenz war exzellent mit einem Cronbachs Alpha von .96. Die interne Konsistenz des IPO-16 wurde ebenfalls bestimmt. Diese ist mit einem Cronbachs Alpha von .76 nur akzeptabel (Blanz, 2015). Die beiden Items 5 und 9 wurden daraufhin ausgeschlossen, da sie eine Item-Skala-Korrelation von nur .02 und .14 aufwiesen. Da die interne Konsistenz der korrigierten Skala lediglich ein Cronbachs Alpha von .79 aufwies und sie sich somit nicht wesentlich verbessert hat, wurde die ursprüngliche Skala mit allen 16 Items beibehalten.

Fehlende Daten

Bei allen verwendeten Skalen wurden von allen Probandinnen mindestens 80% der Items beantwortet. Von vier Müttern liegen keine Daten zum IPO-16 vor, sodass diese Mütter von den entsprechenden Berechnungen ausgeschlossen wurden. Bei der Videocodierung fehlen bei einem Wickelvideo zum ersten Messzeitpunkt 15 Sekunden, bei einem Wickelvideo zum zweiten Messzeitpunkt 10 Sekunden und bei einem Beschäftigungsvideo zum ersten Messzeitpunkt 10 Sekunden, da die Videoaufzeichnungen zu kurz waren. Es erfolgte keine Imputation, da die fehlenden Werte in keinem Zusammenhang mit der untersuchten

Beobachtung oder den anderen Variablen im Datensatz standen und keine systematische Verzerrung anzunehmen ist.

Inferenzstatistik

Im Folgenden wird die inferenzstatistische Analyse der Hypothesen dargelegt. Zur Überprüfung des Unterschieds in der Reaktivität von Müttern mit und ohne einer Strukturellen Beeinträchtigung wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben berechnet, zur Überprüfung der Veränderung der Mutter-Kind-Interaktion von Messzeitpunkt 1 zu Messzeitpunkt 2 ein t-Test für abhängige Stichproben. Es wurde eine Moderation zur Überprüfung des Einflusses von der Strukturellen Beeinträchtigung der Mütter auf die Veränderung der Reaktivität der Mütter berechnet und eine multiple lineare Regression zur Überprüfung des Einflusses von Symptomschwere der Mütter, Geschlecht des Kindes und höchster Schulabschluss der Mutter auf die Veränderung der Reaktivität der Mütter.

Zusammenhang Strukturelle Beeinträchtigung und Reaktivität (H1)

Der Zusammenhang der Strukturellen Beeinträchtigung und der Reaktivität der Mütter zu Messzeitpunkt 1 wurde mit Hilfe eines t-Tests berechnet. Hierfür wurden die Mütter in zwei Gruppen unterteilt. 24 Mütter in der einen Gruppe, die eine Strukturelle Beeinträchtigung über dem Cut-off des IPO-16 von 2.00 aufwiesen und 22 Mütter in der anderen Gruppe, deren Strukturelle Beeinträchtigung unter dem Cut-off lag ($N = 46$). Die Reaktivität der Mütter war in beiden Gruppen gemäß dem Shapiro-Wilk Test normalverteilt. Der Datensatz wies jeweils einen Ausreißer in der strukturellen Beeinträchtigung und einen Ausreißer in der Reaktivität der Mütter auf, jedoch keine Extremwerte. Die Ausreißer wurden beibehalten. Die Varianzhomogenität wurde mittels Levene-Test überprüft und war gegeben. Die Reaktivität der Mütter war bei den Müttern mit hoher Struktureller Beeinträchtigung ($M = 83.04$, $SD = 32.49$) höher als bei den Müttern mit niedriger Struktureller Beeinträchtigung ($M = 70.96$, $SD = 35.98$). Der Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant, $t(44) = -1.20$, $p = .238$.

Veränderung der Mutter-Kind-Interaktion (H2)

Um die Veränderung der Mutter-Kind-Interaktion zu überprüfen, wurde ein t-Test für abhängige Stichproben gerechnet. Da die Stichprobe ausreichend groß ist, wurde auf die

Überprüfung der Normalverteilung verzichtet (Stone, 2010, p. 1563). Verglichen mit vor der Behandlung ($M = 140.44$; $SD = 47.21$) haben die Mutter-Kind-Dyaden nach der Behandlung ($M = 160.32$; $SD = 42.09$) eine signifikant bessere Interaktion, $t(49) = 3.15$; $p < .001$; $d = .45$. Abbildung 1 dient zur grafischen Veranschaulichung dieser Veränderung.

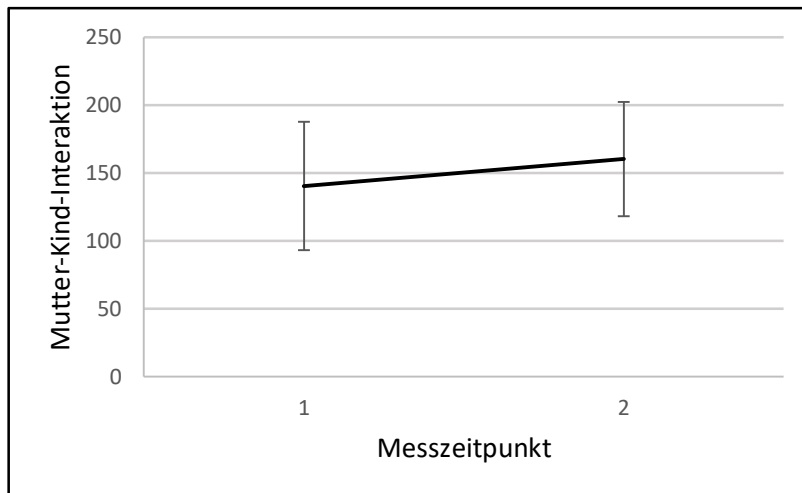


Abbildung 1. Veränderung der Mutter-Kind-Interaktion zwischen Messzeitpunkt 1 und 2. Die Fehlerbalken repräsentieren $\pm$ eine Standardabweichung.

Moderation der Veränderung durch Strukturelle Beeinträchtigung (H3)

Es wurde eine Moderation gerechnet, um zu bestimmen, ob die Veränderung in der Reaktivität der Mütter durch die Strukturelle Beeinträchtigung dieser moderiert wird. Der lineare Zusammenhang des Prädiktors sowie des Moderators mit dem Outcome war gegeben. Es wurde mit Hilfe der Cook Distanz und der Mahalanobis-Distanz eine Ausreißeranalyse vorgenommen. Diese ergab, dass keine relevanten Ausreißer im Datensatz vorhanden sind. Es bestand keine Multikollinearität, der Variance Inflation Factor ist < 10 . Die Residuen waren normalverteilt und es lag Homoskedastizität vor. Somit sind die Voraussetzungen für eine Moderation erfüllt. Das Gesamtmodell der Moderation war signifikant, $F(3, 42) = 10.53$, $p < .001$, mit einer Varianzaufklärung von 23.47 %. Die Ergebnisse konnten jedoch keinen Moderationseffekt der strukturellen Beeinträchtigung auf die Veränderung der Reaktivität der Mütter zeigen, $\Delta R^2 = 0.03\%$, $F(1, 42) = 1.45$, $p = .235$, 95% KI[-0.910, 0.234].

Zusammenhang der Veränderung mit weiteren Faktoren (H4)

Zur Untersuchung des Zusammenhangs der Veränderung der Reaktivität der Mütter zwischen Messzeitpunkt 1 und 2 mit den Faktoren Symptomschwere der Mutter, Geschlecht des Kindes und höchster Schulabschluss der Mutter wurde eine multiple lineare Regression gerechnet. Es waren keine relevanten Ausreißer im Datensatz, es bestand keine Multikollinearität und die Residuen wiesen Homoskedastizität auf und waren normalverteilt. Die Voraussetzungen für eine multiple lineare Regression waren somit gegeben. Das Modell hat mit einem $R^2 = .01$ (korrigiertes $R^2 = -.06$) eine geringe Varianzaufklärung (Cohen, 1988). Die Prädiktoren Symptomschwere, Geschlecht des Kindes und höchster Schulabschluss der Mutter sagen das Kriterium Veränderung in der Reaktivität der Mutter statistisch nicht voraus, $F(3, 44) = .19$, $p = .906$. In Tabelle 8 sind die einzelnen Koeffizienten zu sehen.

Tabelle 8

Multiple lineare Regression von Symptomschwere, Geschlecht des Kindes und Schulbildung auf Veränderung der Reaktivität der Mütter

Koeffizienten	b	SE	β	T	p	95% KI	
						UG	OG
(Konstante)	7.462	19.222		.388	.700	-31.278	46.202
Symptomschwere	4.715	8.372	.084	.563	.576	-12.157	21.588
Geschlecht Kind	-4.882	9.814	-.076	-.497	.621	-24.660	14.897
Schulbildung	-.452	4.485	-.015	-.101	.920	-9.492	8.587

Anmerkungen. N = 48; b = Regressionskoeffizient; SE = Standardfehler; β = standardisierter Koeffizient; T = T-Wert; p = Signifikanz; KI = Konfidenzintervall; UG = Untergrenze; OG = Obergrenze.

Explorative Analyse

Da die Strukturelle Beeinträchtigung der Mütter nicht umfassend mit den diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen übereinstimmt, wurde getestet, ob sie mit der Symptomschwere der Mütter zusammenhängt. Die Strukturelle Beeinträchtigung und die Symptomschwere der Mütter korrelierten moderat positiv miteinander, $r = .295$, $p = .023$.

Um ein umfassenderes Bild der Zusammenhänge zwischen Struktureller Beeinträchtigung der Mütter und der Mutter-Kind-Interaktion zu bekommen, wurde zusätzlich eine Spearman Korrelation der Strukturellen Beeinträchtigung der Mütter mit der Reaktivität der

Kinder berechnet. Da die Reaktivität der Kinder nicht normalverteilt war, wurde hier ein non-parametrisches Verfahren gewählt. Darüber hinaus wurde einseitig getestet, da von einem negativen Zusammenhang aufgrund bisheriger Forschungsergebnisse ausgegangen wurde. Eine hohe Strukturelle Beeinträchtigung der Mutter hing mit einer erhöhten Reaktivität der Kinder zu Messzeitpunkt 1 zusammen, Spearmans $\rho = .348$, $p = .009$ (Wickelsequenz); Spearmans $\rho = .277$, $p = .031$ (Spielsequenz).

Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Veränderung der Mutter-Kind-Interaktion durch eine stationäre Behandlung bei Müttern mit einer postpartalen Störung mit hoher und niedriger Struktureller Beeinträchtigung zu untersuchen. Es sollte gezeigt werden, dass Mütter mit hoher Struktureller Beeinträchtigung zu Beginn der Behandlung eingeschränkter in ihrer Reaktivität sind und dass sich die Mutter-Kind-Interaktion bei Müttern mit hoher Struktureller Beeinträchtigung weniger durch die Behandlung verbessert als bei Müttern mit niedriger Struktureller Beeinträchtigung. Des Weiteren sollte gezeigt werden, dass die Behandlung wirksam ist und die Mutter-Kind-Interaktion sich signifikant verbessert. Darüber hinaus sollte gezeigt werden, dass Faktoren wie das Geschlecht des Kindes, der höchste Bildungsabschluss und die Symptomschwere der Mutter einen Einfluss auf die Reaktivität der Mütter haben.

Diskussion der Ergebnisse vor dem Hintergrund der Literatur

Es wurde angenommen, dass Mütter mit einer hohen Strukturellen Beeinträchtigung eingeschränkter in ihrer Reaktivität sind als Mütter mit einer niedrigen Strukturellen Beeinträchtigung, da bisherige Forschungsergebnisse gezeigt haben, dass Mütter mit Persönlichkeitsstörungen weniger sensitiv und kindzentriert sind (Conroy et al., 2010) und dass Mütter mit postpartalen Depressionen nur dann eine unsichere Bindung zu ihrem Kind hatten, wenn eine komorbide Persönlichkeitsstörung vorlag (Smith-Nielsen et al., 2016). Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Mütter mit einer hohen Strukturellen Beeinträchtigung sind nicht eingeschränkter in ihrer Reaktivität als Mütter mit einer niedrigen Strukturellen Beeinträchtigung. Im Datensatz befinden sich sieben Mütter mit einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörung. Diese decken sich jedoch nicht gänzlich mit den Müttern, die nach dem IPO-16 eine hohe Strukturelle Beeinträchtigung haben. Deswegen wurde überprüft, ob die

Strukturelle Beeinträchtigung mit der Symptomschwere zusammenhängt, da eine Persönlichkeitsstörung, also auch eine hohe Strukturelle Beeinträchtigung zwangsläufig mit mehr Symptomen einhergeht. Die Strukturelle Beeinträchtigung und die Symptomschwere der Mütter korrelierten moderat positiv miteinander. Mütter mit einer höheren Strukturellen Beeinträchtigung haben demnach schwerere Symptome insgesamt. Um so nachdrücklicher ist das Ergebnis, dass sich die Mütter mit einer höheren Strukturellen Beeinträchtigung und einer schwereren Symptomlast nicht in ihrer Reaktivität von den anderen Müttern unterscheiden. Conroy et al. (2010) führen in ihrer Studie an, dass die eingeschränkte Sensitivität und Reaktivität der Mütter mit komorbider Persönlichkeitsstörung darauf zurückzuführen sein könnten, dass diese eine schwerere oder chronische Depression aufweisen. Die vorliegende Studie unterstützt diese These nicht, da trotz der schwereren Symptome der Mütter mit hoher Struktureller Beeinträchtigung kein Gruppenunterschied festgestellt werden konnte.

Um ein umfassenderes Bild der Zusammenhänge zwischen Struktureller Beeinträchtigung der Mütter und der Mutter-Kind-Interaktion zu bekommen, wurde zusätzlich eine Spearman Korrelation der Strukturellen Beeinträchtigung der Mütter mit der Reaktivität der Kinder berechnet. Hier zeigte sich ein unerwartetes Ergebnis, denn eine hohe Strukturelle Beeinträchtigung der Mutter hing mit einer erhöhten Reaktivität der Kinder zu Messzeitpunkt 1 zusammen. Es wurde einseitig getestet, da davon ausgegangen wurde, dass eine höhere Strukturelle Beeinträchtigung mit einer geringeren Reaktivität von Mutter und Kind einhergeht (Conroy et al., 2010). Beim Betrachten der Bindungstheorie ergibt die erhöhte Reaktivität der Kinder jedoch Sinn. Sicher gebundene Kinder, bei denen die Mutter-Kind-Interaktion gut ist, zeigen mehr exploratives Verhalten als unsicher gebundene Kinder (Grossmann et al., 2008). Bisherige Forschung hat auch gezeigt, dass das Explorationsverhalten der Kinder steigt, wenn Mütter ihre sensitive Responsivität durch eine Intervention steigerten (van den Boom, 1994). Die Kinder können sich beispielsweise in den Wickelsequenzen auch mal mit dem Licht beschäftigen oder im Raum umherschauen, ohne sich permanent bei der Mutter rückversichern und immer auf sie reagieren zu müssen. Auch in den Spiel-/Beschäftigungssequenzen können sie sich länger mit einem Spielzeug beschäftigen und allgemein spielen, ohne dauerhaft auf die Mutter zu reagieren.

Ein weiterer Erklärungsansatz könnte sein, dass mit der Videoaufzeichnung eine künstliche Situation geschaffen wurde. Möglicherweise können Mütter mit hoher

Struktureller Beeinträchtigung in dieser Situation besser mit ihrem Kind interagieren als sie es im Alltag machen würden und durch Soziale Erwünschtheit verzerren sich die Ergebnisse. Williams et al. (2019) zeigen beispielsweise, dass psychiatrische Patient*innen mit auffälligen Persönlichkeitsmerkmalen diese unterdrücken und somit eine Abwehrhaltung, also Verleugnung von Symptomen und psychologischen Beeinträchtigungen und soziale Erwünschtheit, also Vermittlung eines übertrieben positiven Bildes, zeigen. Fraglich ist, ob sich hier die Gruppe der Mütter mit hoher Struktureller Beeinträchtigung von der Gruppe der Mütter mit niedriger Struktureller Beeinträchtigung unterscheidet. Bei der Videoauswertung fiel jedoch auf, dass manche Mütter sehr bemüht waren ein möglichst gutes Verhalten zu zeigen und Angst vor negativer Bewertung hatten. Ob Soziale Erwünschtheit besonders bei den Müttern mit hoher Struktureller Beeinträchtigung vorhanden ist, kann mit dieser Studie nicht ermittelt werden.

Da bisherige Forschung gezeigt hat, dass stationäre Mutter-Kind-Behandlungen wirksam sind (Connellan et al., 2017; Hornstein et al., 2009; Salmon et al., 2003), wurde angenommen, dass die Mutter-Kind-Interaktion sich Behandlungsverlauf verbessert. Das Ergebnis der dieser Hypothese passt zum Profil bisheriger Forschungsergebnisse (Connellan et al., 2017). Stationäre Mutter-Kind-Behandlungen sind wirksam und die Mutter-Kind-Interaktion verbessert sich im Behandlungsverlauf. Die Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion hat lediglich einen mittleren Effekt. Dies kann an der Stichprobengröße liegen. Da die verschiedenen Skalen des KSM-MKI-S zu einer Gesamtskala zusammengefasst wurden, gingen einige Informationen verloren und Änderungen konnten nicht differenziert dargestellt werden. Differenzierte Veränderungen auf den verschiedenen Skalen sind im Kapitel *Deskriptive Statistik* zu sehen. Aufgrund der großen Anzahl an Variablen würde das multiple Testen durch die Alphafehler-Kumulierung jedoch eine erhebliche Korrektur des Alpha-Fehlers erfordern, und statistisch signifikante Ergebnisse wären nicht mehr zu erwarten, sodass diese nicht im Detail statistisch überprüft wurden.

Da in vergangenen Studien gezeigt werden konnte, dass Mütter mit Persönlichkeitsstörungen nicht so gut von den stationären Mutter-Kind-Behandlungen profitieren können wie Mütter ohne Persönlichkeitsstörungen (Glangeaud-Freudenthal et al., 2011) und dass Mütter mit Persönlichkeitsstörungen generell eingeschränkter in ihrer Reaktivität sind (Connellan et al., 2017), wurde angenommen, dass die Veränderung der Reaktivität der Mütter im Behandlungsverlauf durch das Ausmaß der Strukturellen Beeinträchtigung moderiert

wird. Dies konnte jedoch nicht bestätigt werden. Die Veränderung der Reaktivität der Mütter wird nicht durch die Strukturelle Beeinträchtigung dieser moderiert. Die Reaktivität stieg zwar im Behandlungsverlauf, sodass das Gesamtmodell der Moderation ein signifikantes Ergebnis aufwies, die Strukturelle Beeinträchtigung hatte jedoch keinen Moderationseffekt auf den Anstieg. Da die Kinder von Müttern mit einer hohen Strukturellen Beeinträchtigung zu Messzeitpunkt 1 reaktiver waren als von Müttern mit einer niedrigen Strukturellen Beeinträchtigung, lässt sich ein genereller Unterschied in der Mutter-Kind-Interaktion zwischen Müttern mit hoher und niedriger Struktureller Beeinträchtigung ableiten. Der Unterschied zeigt sich jedoch nicht in der Reaktivität der Mütter. Nach Ainsworth (1964) hat die Feinfühligkeit der Mutter vier Komponenten: das Erkennen der kindlichen Signale, die adäquate Interpretation, die Promptheit der Reaktion und die Angemessenheit der Reaktion. Mit den verwendeten Skalen in dieser Studie wurde lediglich die Promptheit der Reaktion und somit auch implizit das Erkennen der kindlichen Signale erfasst. Anscheinend sind jedoch vor allem die adäquate Interpretation und die Angemessenheit der Reaktion entscheidend für eine gute Mutter-Kind-Interaktion.

Da bisherige Studien einen Zusammenhang zwischen der Reaktivität der Mütter und weiteren Faktoren wie Geschlecht des Kindes (Esser et al., 1993), sozioökonomischer Status, hohes Stresserleben, wenig Zeit und Müdigkeit (Bodenmann, 2018) aufzeigen konnten, wurde angenommen, dass Geschlecht des Kindes, höchster Bildungsabschluss und Symptomschwere der Mutter einen Einfluss auf die Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion hat. Diese Hypothese hat sich ebenfalls nicht bestätigt. Das Geschlecht des Kindes, der höchste Bildungsabschluss und die Symptomschwere der Mutter hatten keinen Einfluss auf die Veränderung der Reaktivität der Mütter. Auch hier kann das Ergebnis an der Stichprobengröße liegen. Für einen großen Effekt ist die Stichprobe ausreichend groß, für einen mittleren Effekt hätte die Stichprobe schon mindestens $N = 77$ groß sein müssen (Faul et al., 2009). Möglicherweise liegt das Ergebnis auch an der großen Altersspanne der Kinder. In der vorliegenden Studie sind die Kinder zwischen 0 und 24 Monaten, was zu einer großen Heterogenität führt. Esser et al. (1993) zeigten beispielsweise, dass sich Mütter von Kindern im Alter von drei Monaten ihren Söhnen gegenüber reaktiver verhielten als gegenüber ihren Töchtern und beschränkten sich in ihrer Studie auf eine sehr kleine Altersspanne. Das Bindungsverhalten verändert sich in den ersten zwei Lebensjahren jedoch elementar. In den ersten drei Monaten zeigt der Säugling angeborene Bindungssignale bei Unbehagen,

negativem Affekt und Versorgungsbedürfnissen, signalisiert jedoch diese Bindungsbedürfnisse noch ohne Appell an Personen (Zemp et al., 2019). Zwischen dem dritten und sechsten Monat befindet sich das Kind in der Vorbindungsphase, in der es „lernt, eigene Bindungsbedürfnisse gezielter an die soziale Umwelt zu richten, um Reaktionen hervorzurufen“ (Zemp et al., 2019). Erst ab dem sechsten Monat entsteht und verfestigt sich Bindung, indem Bindungsverhalten zunehmend selektiv an einzelne vertraute Bezugspersonen gerichtet wird. Daher ist anzunehmen, dass sich die einzelnen Faktoren nur in einem bestimmten Altersbereich auf die Reaktivität und somit Mutter-Kind-Interaktion auswirken und die Mutter-Kind-Interaktion selbst sich mit dem Alter der Kinder verändert.

Limitationen und Stärken

Bei der Interpretation der Ergebnisse der vorliegenden Studie dürfen Limitationen im Bezug auf das gewählte Studiendesign, die methodische Vorgangsweise und die Repräsentativität der Stichprobe nicht außer Acht gelassen werden. Zunächst lässt sich keine Kausalität ableiten. Es wurde zwar zu zwei Messzeitpunkten erhoben, für eine Aussage zur Kausalität hätte die Studie jedoch randomisiert-kontrolliert sein müssen. Dies ist ethisch schlecht vertretbar, jedoch wäre eine Eigenwartekontrollgruppe möglich gewesen. Dafür hätten die Mütter mit ihren Kindern schon beim Vorgespräch auf Video aufgezeichnet werden müssen. Die Auswertung der Videoaufzeichnungen erfolgte nicht blind, sodass hier ein Bias bestehen könnte, da ersichtlich war, welche Videos zum ersten und welche zum zweiten Messzeitpunkt aufgezeichnet wurden.

Die Altersspanne der Kinder ist in mehreren Hinsichten kritisch zu betrachten. Zum einen ist das Bindungsverhalten der Kinder und somit auch die Mutter-Kind-Interaktion je nach Alter der Kinder unterschiedlich, wie im vorherigen Kapitel bereits dargelegt. Zum anderen schlafen Neugeborene beispielsweise viel und sind allein deswegen nicht so reaktiv wie ältere Säuglinge. Auch ihre Sehkraft ist bis drei Monate nach der Geburt noch sehr eingeschränkt, sodass sie ihre Mutter nicht richtig sehen können, wenn diese weiter als 30cm entfernt ist. Auch wenn sich das Kind auf dem Wickeltisch in Bauchlage befunden hat, war die Interaktion zwischen Mutter und Kind aufgrund der Situation eingeschränkt. Die Bauchlage kam besonders bei den Säuglingen vor, die gerade gelernt hatten, sich zu drehen oder es noch am Lernen waren, sodass eine weitere Verzerrung aufgrund des Alters besteht.

Wie bereits in der Diskussion erwähnt wurde, gingen Informationen aufgrund der Bildung von Gesamtskalen verloren. Um die Veränderung der einzelnen Dimensionen des KSM-MKI-S statistisch auswerten zu können, hätte es eine sehr viel größere Stichprobe benötigt, da durch multiples Testen und Alphafehler-Kumulierung der Alphafehler so stark nach unten hätte korrigiert werden müssen, dass keine signifikanten Ergebnisse mehr zu erwarten wären. In der vorliegenden Studie wurde lediglich die Skala Reaktivität des KSM-MKI-S verwendet, welche nur die Reaktivität und implizit die Wahrnehmung von kindlichen Signalen erfasst. Die beiden anderen Komponenten der Feinfühligkeit, die adäquate Interpretation der Signale und die Angemessenheit der Reaktion wurden nicht erhoben. Diese sind jedoch elementare Bestandteile der Mutter-Kind-Interaktion.

Darüber hinaus wurden mögliche weitere Drittvariablen nicht kontrolliert, beispielsweise Medikamenteneinnahme, soziale Unterstützung oder das Vorhandensein eines Partners oder einer Partnerin. Es ist auch nicht ersichtlich welcher Teil der Behandlung zur Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion führt. Dennoch ist ein Unterschied zwischen den Messzeitpunkten sichtbar und dort sollte zukünftige Forschung ansetzen. Eine Stärke der Studie ist die Mutter-Kind-Interaktion als Outcome-Variable. Die meisten Studien zur Wirksamkeit von Mutter-Kind-Behandlungen fokussieren sich auf die Symptomreduktion oder die weitere Entwicklung des Kindes. Nur wenige Studien untersuchen die Mutter-Kind-Interaktion als Outcome-Variable. Auch die Verwendung der Strukturellen Beeinträchtigung anstelle einer kategorialen Persönlichkeitsstörung lässt sich als Stärke hervorheben, da die moderne Psychotherapieforschung sich weg von kategorialen hin zu dimensional diagnostischen Stellen bewegt.

Implikationen

Aufgrund der Ergebnisse, dass die Reaktivität der Kinder mit der Strukturellen Beeinträchtigung der Mutter korrelierte und dass die Strukturelle Beeinträchtigung keinen Einfluss auf die Reaktivität der Mutter hatte, lässt sich ableiten, dass die Quantität der Reaktivität der Mütter nicht ausschlaggebend für eine gute Mutter-Kind-Interaktion ist. Dieses Wissen kann in der klinischen Praxis, beispielsweise in einer Müttergruppe, helfen, den Müttern die Angst zu nehmen, immer reaktiv sein zu müssen. Es reicht eine good enough mother zu sein und Qualität ist wichtiger als Quantität. Da nicht gezeigt werden konnte, wieso Mütter mit einer Persönlichkeitsstörung weniger von einer Mutter-Kind-Behandlung profitieren, sollte in

diesem Bereich noch mehr geforscht werden, um die Behandlung mit den Ergebnissen mehr personalisieren zu können. Wie in der Medizin sollte der Trend auch in der Psychiatrie hin zur personalisierten Psychiatrie gehen und Störungsbilder nicht ausschließlich als Syndrome gesehen und manualisiert behandelt werden. Es braucht jedoch noch mehr Forschung, um personalisierte Psychiatrie realisieren zu können.

Ausblick

Zukünftige Forschung sollten weiter der Frage auf den Grund gehen, wieso manche Mütter, beispielsweise solche mit komorbider Persönlichkeitsstörung, weniger von stationären Mutter-Kind-Behandlungen profitieren als andere. Künftige Studien sollten hierbei jedoch eine Kontrollgruppe miteinbeziehen und eine größere Stichprobe generieren, sodass unterschiedliche Dimensionen von Reaktivität statistisch überprüft werden können. Die Studien sollten sich außerdem auf die qualitativen Komponenten der Feinfühligkeit fokussieren, also das adäquate Interpretieren von kindlichen Signalen und die Angemessenheit der Reaktion. Ideal wäre es, ein Gesamtbild von allen Komponenten der Feinfühligkeit zu erheben. Forschende könnten sich außerdem ansehen, welche Faktoren in der Mutter-Kind-Behandlung genau helfen und welche Drittvariablen es noch geben könnte. Bekannte Drittvariablen wie Medikamenteneinnahme, soziale Unterstützung, Partnerschaft und Mentalisierungsfähigkeit sollten in künftigen Studien miteinbezogen werden. Auch im Hinblick auf personalisierte Psychiatrie und der schwierigen Konzeptualisierung von Störungsbildern als Syndrome sollten andere Konzepte und Methoden in die Psychotherapieforschung miteinbezogen werden. Eine immer mehr genutzte Variante, die hier Abhilfe schaffen könnte, ist der Netzwerkansatz (Borsboom, 2017). Mit dem Netzwerkansatz auf Symptomebene kann die Psychopathologie individueller betrachtet und weitere Faktoren wie Komorbiditäten, aktuelle Stressoren und Bedingungen, lebensgeschichtliche und neurobiologische Faktoren sowie Resilienzfaktoren miteinbezogen werden.

Konklusion

Es konnte gezeigt werden, dass sich die Mutter-Kind-Interaktion im Behandlungsverlauf verbessert und dass die Reaktivität der Mütter nicht mit dem Grad der Strukturellen Beeinträchtigung zusammenhängt. Jedoch hing der Grad der Strukturellen Beeinträchtigung mit der Reaktivität der Kinder zusammen, sodass angenommen wird, dass die Mutter-Kind-

Interaktion beziehungsweise die Bindung bei Müttern mit einer hohen Strukturellen Beeinträchtigung eingeschränkt ist. Der Einfluss weiterer Faktoren auf die Veränderung der Reaktivität der Mütter wie Symptomschwere, höchster Schulabschluss und Geschlecht des Kindes konnte nicht gezeigt werden, was jedoch an der Stichprobengröße und der Heterogenität des Alters der Kinder liegen könnte. Weitere Forschung wird benötigt, um die Wirkfaktoren der Mutter-Kind-Behandlung zu untersuchen und die Auswirkungen von Postpartalen Depressionen und Struktureller Beeinträchtigung auf die Mutter-Kind-Interaktion zu verstehen, sodass eine personalisierte Psychiatrie möglich ist.

Literaturverzeichnis

- Ainsworth, M. D. (1964). Patterns of attachment behavior shown by the infant in interaction with his mother. *Merrill-Palmer Quarterly*, 10(1), 51–58.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arbeitskreis OPD (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Huber
- Armsden, G. C., McCauley, E., Greenberg, M. T., Burke, P. M., & Mitchell, J. R. (1990, 1990/12/01). Parent and peer attachment in early adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(6), 683-697. <https://doi.org/10.1007/BF01342754>
- Baker, E., Beech, A., & Tyson, M. (2006). Attachment disorganization and its relevance to sexual offending. *Journal of Family Violence*, 21(3), 221-231. <https://doi.org/10.1007/s10896-006-9017-3>
- Barnes, J., & Theule, J. (2019). Maternal depression and infant attachment security: A meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 40(6), 817-834. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/imhj.21812>
- Bion, W.R. (1962). *Learning from experience*. London: Heinemann.
- Blanz, M. (2015). *Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit: Grundlagen und Anwendungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bodenmann, G. (2018). *Klinische Paar-und Familienpsychologie*. Auditorium Netzwerk.
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16(1), 5–13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss (1st ed.)*.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664.
- Brisch, K. H., & Hellbrügge, T. (2006). *Kinder ohne Bindung: Deprivation, Adoption und Psychotherapie*. Klett-Cotta.
- Brockington, I., & Guedeney, A. (1999). *Motherhood and mental health*.
- Brockington, I. F., Fraser, C., & Wilson, D. (2006). The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 233–242.
<https://doi.org/10.1007/s00737-006-0132-1>
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A. & Kernberg, O. F. (2001). *The Inventory of Personality Organization (IPO)*. Unpublished manuscript. White Plains, NY: Personality Disorders Institute, Cornell University Medical College.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Connellan, K., Bartholomaeus, C., Due, C., & Riggs, D. W. (2017). A systematic review of research on psychiatric mother-baby units. *Archives of Womens Mental Health*, 20(3), 373-388. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0718-9>
- Conroy, S., Marks, M. N., Schacht, R., Davies, H. A., & Moran, P. (2010). The impact of maternal depression and personality disorder on early infant care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 45(3), 285-292.
<https://doi.org/10.1007/s00127-009-0070-0>
- Crepaldi, G. (2018). *Containing* (Bd. 18). Gießen: Psychosozial-Verlag

- Dammann, G., Zimmermann, J., Benecke, C., Rentrop, M., Gremaud-Heitz, Unterrainer, H.-F. et al. (2015). Development and Validation of a Bifactor Model of the Inventory of Personality Organization (IPO).
- Derogatis, L. R. (1977). Symptoms checklist-90. *Administration, Scoring, and Procedures Manual for the Revised Version*.
- Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (1999). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2010). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien* (7. überarbeitete Auflage). Hans Huber.
- Döring, N., & Bortz, J. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Esser, G., Dinter, R., Jörg, M., Rose, F., Villalba, P., Laucht, M., & Schmidt, M. H. (1993). Bedeutung und Determinanten der frühen Mutter-Kind-Beziehung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 39(3), 246-264.
<http://www.jstor.org/stable/23997380>
- Esser, G., Scheven, A., Petrova, A., Laucht, M., & Schmidt, M. H. (1989). Mannheimer Beurteilungsskalen zur Erfassung der Mutter-Kind-Interaktion im Säuglingsalter (MBS-MKI-S). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 17, 193.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.
- Franke, G. H., & Derogatis, L. R. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis: Manual. SCL-90-R; Deutsche Version*. Beltz Test.

- Glangeaud-Freudenthal, N., Howard, L., & Sutter, A. L. (2013). Treatment – Mother–infant inpatient units. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 28. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.015>
- Glangeaud-Freudenthal, N. M., Sutter, A. L., Thieulin, A. C., Dagens-Lafont, V., Zimmermann, M. A., Debourg, A., Massari, B., Cazas, O., Cammas, R., Rainelli, C., Poinso, F., Maron, M., Nezelof, S., Ancel, P. Y., & Khoshnood, B. (2011). Inpatient mother-and-child postpartum psychiatric care: factors associated with improvement in maternal mental health. *European Psychiatry*, 26(4), 215-223. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.03.006>
- Groh, A. M., Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H., Steele, R. D., & Roisman, G. I. (2014). The significance of attachment security for children's social competence with peers: a meta-analytic study. *Attachment & Human Development*, 16(2), 103-136. <https://doi.org/10.1080/14616734.2014.883636>
- Grossmann, K. E., Grossmann, K., Kindler, H., & Zimmermann, P. (2008). A wider view of attachment and exploration: The influence of mothers and fathers on the development of psychological security from infancy to young adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Hrsg.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (S. 857–879). New York: Guilford.
- Hauser, N. C., Herpertz, S. C., & Habermeyer, E. (2021, 2021/02/01). Das überarbeitete Konzept der Persönlichkeitsstörungen nach ICD-11: Neuerungen und mögliche Konsequenzen für die forensisch-psychiatrische Tätigkeit. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 15(1), 30-38. <https://doi.org/10.1007/s11757-020-00648-3>
- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M., & Brähler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R. *Diagnostica*, 47(1), 27-39. <https://doi.org/10.1026//0012-1924.47.1.27>

- Hohm, E., Zohsel, K., Schmidt, M. H., Esser, G., Brandeis, D., Banaschewski, T., & Laucht, M. (2017). Beeinträchtigter Start ins Leben. *Kindheit und Entwicklung*, 26(4), 210-220. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000234>
- Holm, S. (1979). A simple sequentially rejective multiple test procedure. *Scandinavian journal of statistics*, 65-70.
- Hornstein, C., Hohm, E., & Trautmann-Villalba, P. (2009). Die postpartale Bindungsstörung: Eine Risikokonstellation für den Infantizid? *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 3, 3-10. <https://doi.org/10.1007/s11757-008-0111-7>
- Howard, L. M. (2000). The separation of mothers and babies in the treatment of postpartum psychotic disorders in Britain 1900–1960. *Archives of women's mental health*, 3(1), 1-5. <https://doi.org/10.1007/PL00010323>
- Hübner-Liebermann, B., Hausner, H., & Wittmann, M. (2012). Recognizing and Treating Peripartum Depression. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(24), 419-424. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0419>
- Jörg, M., Dinter, R., Rose, F., Villalba Yantorno, P., Esser, G., Schmidt, M. & Laucht, M. (1994). Kategoriensystem zur Mikroanalyse der frühen Mutter-Kind-Interaktion. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 22, 97-106.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. Yale University. New Haven.
- Kernberg, O. F. (1992). *Schwere Persönlichkeitsstörungen: Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien*. Klett-Cotta.
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M. H., Baving, L., Gerhold, M., Hoesch, I. et al. (2000). Behavioral sequelae of perinatal insults and early family adversity at 8 years of age. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1229-1237.

- Lohaus, A., Keller, H., Ball, J., Elben, C., & Voelker, S. (2001). Maternal sensitivity: Components and relations to warmth and contingency. *Parenting: Science and Practice, 1*(4), 267-284.
- Ogilvie, C. A., Newman, E., Todd, L., & Peck, D. (2014). Attachment & violent offending: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior, 19*(4), 322-339.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.04.007>
- Petfield, L., Startup, H., Droscher, H., & Cartwright-Hatton, S. (2015). Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. *BMJ Mental Health, 18*(3), 67-75.
- Ramsauer, B., Mühlhan, C., Mueller, J., & Schulte-Markwort, M. (2016). Parenting stress and postpartum depression/anxiety in mothers with personality disorders: indications for differential intervention priorities. *European Child & Adolescent Psychiatry, 25*(6), 589-600. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s00787-015-0775-4>
- Riecher-Rössler, A. (2006). Was ist postpartale Depression? In B. Wimmer-Puchinger & A. Riecher-Rössler (Eds.), *Postpartale Depression: Von der Forschung zur Praxis* (pp. 11-20). Springer Vienna. https://doi.org/10.1007/3-211-29956-4_2
- Rudolf, G. (2002). Struktur als psychodynamisches Konzept der Persönlichkeit. In G. Rudolf, T. Grande & P. Henningsen (Hrsg.), *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts* (S. 2 -48). Stuttgart: Schattauer.
- Salmon, M., Abel, K., Cordingley, L., Friedman, T., & Appleby, L. (2003). Clinical and Parenting Skills Outcomes Following Joint Mother–Baby Psychiatric Admission. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 37*(5), 556-562.
<https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01253.x>

- Schmid, B., Blomeyer, O., Buchmann, A. F., Trautmann-Villalba, P., Zimmermann, U. S., Schmidt, M. H. et al. (2011). Quality of early mother-child interaction associated with depressive psycho-pathology in the offspring: A prospective study from infancy to adulthood. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 1387-1394.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.05.010>
- Slade, A., Grienemberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development*, 7(3), 283-298.
<https://doi.org/10.1080/14616730500245880>
- Śliwerski, A., Kossakowska, K., Jarecka, K., Świtalska, J., & Bielawska-Batorowicz, E. (2020). The effect of maternal depression on infant attachment: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8).
<https://doi.org/10.3390/ijerph17082675>
- Smith-Nielsen, J., Tharner, A., Steele, H., Cordes, K., Mehlhase, H., & Vaeuver, M. S. (2016). Postpartum depression and infant-mother attachment security at one year: The impact of co-morbid maternal personality disorders. *Infant Behavior and Development*, 44, 148-158.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2016.06.002>
- Stone, E. R. (2010). t Test, Paired Samples. In N. J. Salkind (Ed.), *Encyclopedia of research design* (pp. 1560–1565). Los Angeles: SAGE.
- van den Boom, D. C. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development*, 65(5), 1457-1477.
<https://doi.org/10.2307/1131511>

- Van Egeren, L. A., Barratt, M. S., & Roach, M. A. (2001). Mother–infant responsiveness: Timing, mutual regulation, and interactional context. *Developmental Psychology*, 37(5), 684-697. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.37.5.684>
- Van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117(3), 387.
- Williams, M. M., Rogers, R., Sharf, A. J., & Ross, C. A. (2019). Faking good: An investigation of social desirability and defensiveness in an inpatient sample with personality disorder traits. *Journal of Personality Assessment*, 101(3), 253–263.
<https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1080/00223891.2018.1455691>
- Winnicott, D. W. (1965). The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development. *The International Psycho-Analytical Library*, 64, 1-276.
- Zemp, M., Bodenmann, G., & Zimmermann, P. (2019). *Außerfamiliäre Betreuung von Kleinkindern: Bindungstheoretische Hinweise für Therapeuten, Pädagogen und Pädiater*. Springer-Verlag.
- Zimmermann, J., Benecke, C., Hörz, S., Rentrop, M., Peham, D., Bock, A., Wallner, T., Schauburg, H., Frommer, J., Huber, D., Clarkin, J. F., Dammann, G. (2013). Validierung einer deutschsprachigen 16-Item-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16). *Diagnostica*, 59 (1), 3–16.
- Zimmermann, J., Benecke, C., Hörz-Sagstetter, S. & Dammann G. (2012). *IPO-16*. Unveröffentlichtes Testverfahren, Institut für Psychologie, Universität Kassel.
- Zimmermann, J., Benecke, C., Hörz-Sagstetter, S. & Dammann, G. (2015). Normierung der deutschsprachigen 16-Item-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 61, 5–18.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Veränderung der Mutter-Kind-Interaktion zwischen Messzeitpunkt 1 und 2.... 29

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. <i>Haupt- und Nebendiagnosen der Mütter.....</i>	17
Tabelle 2. <i>Reaktivität der Mütter beim Wickeln zu Messzeitpunkt 1 und 2</i>	24
Tabelle 3. <i>Reaktivität der Mütter beim Spielen/Beschäftigen zu Messzeitpunkt 1 und 2.....</i>	25
Tabelle 4. <i>Reaktivität der Kinder beim Wickeln zu Messzeitpunkt 1 und 2.....</i>	25
Tabelle 5. <i>Reaktivität der Kinder beim Spielen/Beschäftigen zu Messzeitpunkt 1 und 2.....</i>	26
Tabelle 6. <i>Summenskalen Reaktivität und Mutter-Kind-Interaktion zu Messzeitpunkt 1 und 2.....</i>	26
Tabelle 7. <i>Strukturelle Beeinträchtigung und Symptomschwere.....</i>	27
Tabelle 8. <i>Multiple lineare Regression von Symptomschwere, Geschlecht des Kindes und Schulbildung auf Veränderung der Reaktivität der Mütter</i>	30

Abkürzungsverzeichnis

DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GSI	Global Severity Index
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IPO-16	Inventar der Persönlichkeitsorganisation
KSM-MKI-S	Kategoriensystem zur Mikroanalyse der frühen Mutter-Kind-Interaktion
MBS-MKI-S	Mannheimer Beurteilungsskalen zur Erfassung der Mutter-Kind-Interaktion im Säuglingsalter
OPD-2	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
PSDI	Positive Symptome Distress Index
PST	Positive Symptom Total
SCL-90-R	Symptomchecklist 90 Revised