
Ludwig-Maximilians-Universität München
Fakultät für Psychologie und Pädagogik
Department Psychologie
Klinische Psychologie des Kindes- und Jugendalters & Beratungspsychologie

**„Die Bedeutung der Interaktion für die intergenerationale
Transmission maternaler Angststörungen“**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie
an der Ludwig-Maximilians-Universität München

nach der Promotionsordnung
vom 15. September 2016

vorgelegt am 12. März 2018

von

Verena Lucia Labonte (M.Sc.)

aus Rosenheim

2018

Erstgutachter: Prof. Dr. Corinna Reck
Zweitgutachter: Dr. Markos Maragos
Datum der mündlichen Prüfung: 05. Juli 2018



Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich von ganzem Herzen bei all denjenigen bedanken, die mich auf diesem besonderen und bedeutenden Weg begleitet und unterstützt haben.

In erster Linie gilt mein Dank vor allem den Müttern und Kindern aus dem Raum Heidelberg, die sich bereit erklärt hatten, an dieser Studie teilzunehmen, ihre Zeit dafür herzugeben und sich auch für die wiederholenden Messtermine über fünf Jahre immer wieder regelmäßig an der Universitätsklinik in Heidelberg einzufinden. Ohne ihre Bereitschaft und Unterstützung wäre eine solche Studie nicht möglich gewesen.

Ebenso danke ich meiner Doktormutter Prof. Dr. Corinna Reck für ihre Bereitschaft, mich als Doktorandin anzunehmen und mich auf diesem Weg zu begleiten, zu fördern und so ausgezeichnet zu betreuen. Danke auch für ihre immerwährende Unterstützung und ihr immer offenes Ohr. Ich habe mit ihr einen wirklich besonderen und eindrucksvollen Menschen kennen lernen dürfen und freue mich sehr, auch weiterhin in ihrem Team und in diesem so wichtigen Thema der frühen Mutter-Kind-Arbeit mitwirken und mitarbeiten zu dürfen. Das ist mir eine wirkliche Herzensangelegenheit.

Ich möchte mich auch bei Dr. Mitho Müller bedanken – seine fachliche Expertise und selbstverständliche Unterstützung war mir eine wirklich große Hilfe und Bereicherung – ich habe dadurch viel lernen können und dürfen.

Einen tiefen Dank auch an meine lieben Freundinnen und Helferlein im Hintergrund. Ganz besonders für ihren unermüdlichen Einsatz an der Korrekturfront, ihre Auseinandersetzung mit der neuesten Rechtschreibung und kritischen Begutachtung meiner Arbeit. Ich bin so froh, sie schon so lange in meinem Leben zu haben und mich jederzeit auf sie verlassen zu können.

In ganz besonderem Maße möchte ich mich bei meiner Familie bedanken – ohne euch wäre ich nicht da, wo ich jetzt stehe! Danke, dass ihr mir immer den Rücken freigehalten habt, bedingungslos da wart und seid und mir so viel Kraft und Liebe gebt, ohne die dieser Weg nur halb so leicht zu gehen möglich gewesen wäre. Danke Mama und Papa, dass ich Kind sein durfte, Fehler machen konnte und euch immer als sicheren Hafen an meiner Seite wusste. Ihr habt intuitiv alles richtig gemacht und seid einfach unendlich wichtig für mich!

Inhaltsverzeichnis

Abstract	6
1. Einleitung	7
2. Theoretische Grundlagen.....	9
2.1. Bindung, Interaktion und Entwicklung.....	9
2.1.1. Die frühe Beziehung zwischen Mutter und Kind als erste Bindungserfahrung.....	9
2.1.2. Die Mutter-Kind-Interaktion – eine überdauernde und gegenseitige Beziehung: Elterliche Aspekte und kindliches Verhalten	10
2.1.3. Das Modell der gegenseitigen Regulation (GRM, „mutual regulation model“ MRM).....	17
2.1.4. Die Interaktion zwischen Mutter und Kind am Beispiel des Face-to-Face-Still-Face (FFSF) Paradigmas.....	21
2.1.5. Erste Lernerfahrungen und Lerntheorien.....	24
2.1.6. Besonderheiten und Meilensteine der kindlichen Entwicklung bis ins Vorschulalter	28
2.2. Exkurs: Kinder psychisch kranker Eltern	32
2.2.1. Kinder psychisch kranker Eltern als besondere Risikogruppe.....	32
2.2.2. Transgenerationale Transmission psychischer Störungen sowie interne und externe Risikofaktoren	34
2.2.3. Kindliches Temperament und behaviorale Inhibition	38
2.2.4. Alter und Geschlecht als Risikofaktor im Hinblick auf Selbstregulation und emotionale Ausprägung	41
2.2.5. Resilienz und protektive Faktoren des Kindes.....	44
2.3. Angststörungen.....	48
2.3.1. Gesunde vs. krankhafte Ängste, allgemeine Aspekte und Erklärungsmodelle	48
2.3.2. Merkmale und Besonderheiten spezifischer Angststörungen.....	52
2.3.3. Angststörungen in der Zeit rund um die Schwangerschaft und die Geburt	61
2.3.4. Auswirkungen maternaler Angststörungen auf die Mutter-Kind-Interaktion	66
2.3.5. Intergenerationale Transmission der Angststörung	70

2.3.6.	Die Bedeutung des Interaktionsverhaltens als Mediator in der Transmission maternaler Angst	75
3.	Fragestellung und Hypothesen	78
3.1.	Untersuchungsziel und Herleitung der Fragestellung	78
3.2.	Zugrundeliegende Hypothesen	79
4.	Methode	82
4.1.	Studiendesign	82
4.2.	Stichprobe	85
4.3.	Fragebögen und Erhebungsinstrumente	90
4.3.1.	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID)	91
4.3.2.	Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (AKV)	92
4.3.3.	Interaktion zwischen Mutter und Kind am Beispiel des Face-to-Face-Still-Face-Paradigmas	94
4.3.4.	Mutter-Kind-Interaktion am Beispiel der Freispielsituation	96
4.3.5.	Infant and Caregiver Engagement Phases (ICEP-R)	96
4.3.6.	Coding Interactive Behavior (CIB)	99
4.3.7.	Child Behavior Checklist (CBCL 1½-5).....	108
4.3.8.	Die Interaktion als Mediations- bzw. Moderationsvariable.....	110
5.	Ergebnisse	115
5.1.	Überblick über die statistischen Auswertungsinstrumente.....	115
5.2.	Gemeinsame Hypothesentestung von Hypothese 1 und 2: Die Bedeutung der Interaktion in der Mutter-Kind-Dyade bezüglich der Weitergabe der maternalen Psychopathologie sowie der Zusammenhang zwischen der Schwere der maternalen Angst und dem Interaktionsverhalten zwischen Mutter und Kind	121
5.3.	Der Zusammenhang zwischen der Qualität des Interaktionsverhaltens und möglichen kindlichen Beeinträchtigungen im Vorschulalter.....	137
6.	Diskussion.....	140
6.1.	Die Mediationsrolle des Interaktionsverhaltens in der Mutter-Kind-Dyade bezüglich der Weitergabe der maternalen Psychopathologie	140
6.2.	Der Zusammenhang zwischen der Schwere der maternalen Angst und dem Interaktionsverhalten zwischen Mutter und Kind	145
6.3.	Der Zusammenhang zwischen der Qualität des Interaktionsverhaltens und möglichen kindlichen Beeinträchtigungen im Vorschulalter.....	152

6.4. Diskussion der Stichprobe und Limitationen der Studie	158
7. Zusammenfassung und Ausblick	164
Literaturverzeichnis	167
Tabellenverzeichnis.....	180
Abbildungsverzeichnis.....	182
Eidesstattliche Versicherung	183

Abstract

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Bedeutung des Interaktionsverhaltens zwischen Mutter und Kind und den Auswirkungen maternaler Angststörungen. Insbesondere ist die intergenerationale Transmission der Erkrankung und damit zusammenhängende mögliche kindliche Beeinträchtigungen in emotionalen Bereichen und auf Verhaltensebene von Interesse. Das Interaktionsverhalten stellt einen entscheidenden und relevanten Faktor in der Entwicklung eines Kindes dar, ist eng an die Beziehung zwischen Mutter und Kind geknüpft und kann von der maternalen Psychopathologie beeinflusst werden. Es wurde davon ausgegangen, dass die Interaktion zwischen Müttern mit Angststörungen und ihren Kindern beeinträchtigt ist und daraus Auffälligkeiten im kindlichen Verhalten resultieren. Um die Weitergabe der Störung genauer spezifizieren zu können, wurde das Interaktionsverhalten der Mutter-Kind-Dyaden im Säuglingsalter über das Face-to-Face-Still-Face-Paradigma (FFSF) und im Vorschulalter des Kindes über eine freie Spielsituation eingehend betrachtet. Zur Analyse und Kodierung wurden die Infant and Caregiver Engagement Phases (ICEP) und das Coding Interactive Behavior (CIB) herangezogen. Es konnte aufgezeigt werden, dass Mütter mit Angststörungen per se nicht negativer in der Interaktion waren und dass das Interaktionsverhalten keinen alleinigen Mediator in der Weitergabe der maternalen Erkrankung darstellt. Allerdings hat die Stabilität und Schwere der Störung der Mutter einen Einfluss auf die Interaktion, woraus kindliche emotionale Auffälligkeiten und Verhaltensprobleme fünf Jahre später resultieren können.

Schlüsselwörter: maternale Angststörung, intergenerationale Transmission, kindliche Auffälligkeiten, Interaktionsverhalten, Face-to-Face-Still-Face-Paradigma (FFSF), Infant and Caregiver Engagement Phases (ICEP), Coding Interactive Behavior (CIB)

1. Einleitung

„Welch' wunderbares Geheimnis
ist der Eintritt eines neuen Menschen
in die Welt.“

(Lew Nikolajewitsch Graf Tolstoi, 1828-1910)

„Der Eintritt“ bzw. die Geburt eines „neuen Menschen in die Welt“ ist ein sehr besonderer und zumeist auch der wichtigste Moment im Leben werdender Eltern. Es beginnt eine neue Reise und die Eltern bereiten sich bereits seit Monaten auf dieses einmalige Ereignis vor. Die eigenen Gene weiterzugeben, das Fortbestehen der eigenen Art zu sichern und somit einen Beitrag zum Bestehen der Welt zu leisten, war im Laufe der menschlichen Geschichte schon immer essenziell und bestimmen seit jeher das Leben. Die genaue und individuelle „Zusammensetzung“ der Weitergabe mütterlicher und väterlicher Eigenschaften und Gene ist jedes Mal wieder ein erstaunlicher Vorgang. Die Natur leistet hier Unbeschreibliches und lässt uns immer wieder aufs Neue an diesem „wunderbaren Geheimnis“ teilhaben.

Daher ist die Geburt für werdende Eltern ein wahres Wunder, auch wenn ein Kind viel Veränderung und Anstrengung bedeuten kann. Einem neuen Menschen die Welt zu zeigen, das Leben zu erklären und vorzuleben, was richtig und falsch ist, kann oftmals eine große Herausforderung darstellen. Selbst physisch und psychisch gesunde Mütter und Väter können hier an ihre Grenzen gelangen und müssen sich mit den verschiedensten Anforderungen auseinandersetzen.

Wie aber erleben vor allem Mütter mit einer psychischen Störung die Rollenstellung im Zuge der Geburt und das Zusammenleben mit ihrem Kind bzw. ihren Kindern? Für die meisten Menschen ist eine psychische Erkrankung per se ein großer Stressor, dem meist ein Großteil der eigenen Aufmerksamkeit geschenkt wird und oft nicht viel Platz für die Beschäftigung mit Anderem bleibt. Hier stellt sich primär die Frage, ob und wie sich eine psychische Erkrankung auf Seiten der Mutter auf das Kind auswirkt und ob dieses eine gewisse Prädisposition für die mütterliche Störung aufweist bzw. hier in irgendeiner Weise eine Weitergabe an das Kind erfolgt. Um diese Fragen genauer betrachten zu können, soll in der vorliegenden Arbeit der Fokus auf dem Bereich der maternalen Angststörungen und der Weitergabe bzw. dem Transmissionsweg dieser Störung liegen. Da insbesondere Angststörungen in der heutigen Gesellschaft eine sehr verbreitete und ernstzunehmende Erkrankung

darstellen und sowohl im Erwachsenenalter als auch bereits in der Kindheit auftreten können, ist diese Störung von besonderem Interesse.

Um einen Überblick über die Beziehung zwischen Mutter und Kind geben zu können, wird zuerst auf wichtige Bestandteile dieser ersten Bindung eingegangen und die Interaktion zwischen Mutter und Kind genauer beschrieben, da diese an einer Transmission der Störung nicht unbeteiligt ist. Anschließend werden elterliche und kindliche Fähigkeiten aufgezeigt, verschiedene Modelle in diesem Zusammenhang beschrieben und das erste Lernverhalten verdeutlicht.

Da Kinder psychisch kranker Eltern eine Risikogruppe darstellen und häufig selbst anfälliger für psychische Störungen sein können, wird zunächst dieser Bereich genauer betrachtet und hinsichtlich der Weitergabe psychischer Störungen, Faktoren auf Seiten des Kindes, sowie der Auswirkungen auf die Entwicklung eingehender erläutert.

Obwohl der Fokus dieser Arbeit auf maternalen Angststörungen liegt und dieser Bereich besonders ausführlich betrachtet werden soll, wird zunächst ein Überblick über Angststörungen im Allgemeinen gegeben, des Weiteren werden Besonderheiten spezifischer Angsterkrankungen detaillierter beschrieben. Ebenso werden Angststörungen in der prä- und postnatalen Zeit eingehend beleuchtet und die daraus resultierenden Auswirkungen auf die Interaktion zwischen Mutter und Kind betrachtet. Anschließend ist vor allem der intergenerationale Transmissionsweg von Angststörungen bedeutsam und die Mediationsrolle des Interaktionsverhaltens soll diesbezüglich genauer aufgezeigt werden.

In den weiteren Kapiteln wird auf die Herleitung der Fragestellung und die daraus resultierenden Hypothesen eingegangen, die Studienstichprobe und die Methode genauer beschrieben, sowie sämtliche statistische Berechnungen erläutert. Die Ergebnisse werden darauf folgend detailliert dargestellt und hinsichtlich des theoretischen Hintergrunds diskutiert und zusammengefasst. In diesem Zusammenhang werden auch mögliche Einschränkungen genannt und weitere Schlussfolgerungen für Forschung und Praxis erörtert.

An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass in der vorliegenden Arbeit der Begriff „Mutter“ verwendet wird, welcher allerdings gleichbedeutend für die erste und wichtigste Fürsorge- bzw. Bindungsperson steht und nicht in erster Linie die leibliche Mutter sein muss.

2. Theoretische Grundlagen

Ziel des nachfolgenden theoretischen Hintergrundes soll sein, einen Überblick über den aktuellen Stand der Forschung zu geben, empirische Hintergründe aufzuzeigen und relevante Grundlagen zu verdeutlichen. Für die vorliegende Arbeit sind vor allem Themen wie das Bindungs- und Interaktionsverhalten zwischen Mutter und Kind von großem Interesse, ebenso wird der Bereich „Kinder psychisch kranker Eltern“ näher beschrieben. Anschließend wird eine detaillierte Übersicht über Angststörungen im Allgemeinen sowie in Bezug auf Schwangerschaft, Geburt und die weiteren Auswirkungen auf das Kind gegeben.

2.1. Bindung, Interaktion und Entwicklung

Um einen Überblick über die ersten wichtigen Schritte in der Mutter-Kind-Beziehung zu erhalten, sollen im Folgenden vor allem die ersten Monate nach der Geburt betrachtet werden. Hier sind im Besonderen der Bereich der ersten Bindung und die damit zusammenhängende Interaktion zwischen Mutter und Kind interessant. Ebenso werden erste Lernerfahrungen beschrieben und die Entwicklung genauer beleuchtet, um so ein „Basiswissen“ über „normale“ kindliche und elterliche Faktoren und Verhaltensweisen zu erhalten und diese anschließend in einem Vergleich zu einer beeinträchtigten psychischen Entwicklung zu sehen.

2.1.1. Die frühe Beziehung zwischen Mutter und Kind als erste Bindungserfahrung

Die Geburt des eigenen Kindes stellt für die meisten Mütter ein wunderbares und einzigartiges Erlebnis dar und bringt viele Neuerungen mit sich. So entwickelt sich aus einer Frau eine Mutter, die sich auf der einen Seite mit vielen neuen und noch unbekanntem Situationen konfrontiert sieht und sich auf der anderen Seite auch mit der eigenen Rolle als Mutter auseinandersetzen muss. Ebenso nimmt in der Zeit nach der Geburt die Beziehung zwischen Mutter und Kind eine reale Gestalt an, welche bereits im Laufe der Schwangerschaft reifen und wachsen konnte. Schon während der Schwangerschaft berichten Mütter oftmals von Stimmungen ihres noch ungeborenen Kindes und beziehen Bewegungen und Launen nicht selten auf eine Wechselwirkung mit dem eigenen Gemütszustand oder schreiben dem Kind bereits verschiedene Eigenschaften und Charakterzüge zu.

Die Zeit direkt nach der Geburt stellt einen wichtigen und entscheidenden Bestandteil für die weitere Beziehungs- und Bindungsentwicklung zwischen Mutter und

Kind dar. Das sogenannte „Bonding“ ist ein erstes emotionales Band, welches in den ersten Tagen und Wochen zwischen Mutter und Säugling entsteht und aus dem sich weitere Bindungsqualitäten und -sicherheiten manifestieren können (Ahnert, 2004; Spinner, 1978). Oftmals beginnt dieser Prozess bereits während der Schwangerschaft und ermöglicht den Müttern, eine erste emotionale Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen (Edhborg, Nasreen & Kabir, 2011). Die Entwicklung dieser Verbindung zwischen Mutter und Kind ist einer der bedeutsamsten psychologischen Prozesse und hat enorme Auswirkungen auf die weitere zukünftige Entwicklung des Kindes (Brockington, 2004). Das Bonding umfasst somit eine sensible Phase, in der die gegenseitige Beziehung zwischen Mutter und Kind gefestigt werden kann (Ahnert, 2004).

Diese erste Beziehung ist gerade für den Säugling überlebensnotwendig. Im Tierreich werden die meisten Neugeborenen in einem Reifungszustand geboren, der ihnen ermöglicht, sich bereits wenige Minuten bis Stunden nach der Geburt selbstständig fortzubewegen, Nahrung zu suchen und somit bis zu einem gewissen Grad zu überleben. Ebenso findet eine sofortige Prägung auf das Muttertier bzw. das erste nachgeburtliche Kontaktobjekt statt. Menschliche Säuglinge hingegen werden selbst nach einer neunmonatigen Schwangerschaft in einem Stadium geboren, in dem zwar bereits ein großer Reifungsprozess und eine erstaunliche Entwicklung stattgefunden hat – trotzdem wäre ein Neugeborenes ohne eine Bezugsperson bzw. ohne Fürsorge nicht überlebensfähig. Um diese Fürsorge zu gewährleisten, kommen Säuglinge mit bestimmten Fähigkeiten auf die Welt, welche genetisch darauf ausgelegt sind, die Interaktion, Kommunikation und das Bindungsverhalten mit den Eltern bzw. der Bezugsperson zu fördern und so dem Kind den Einstieg in die soziale Welt und das soziale Miteinander zu erleichtern (Grossmann & Grossmann, 2003, 2014). Dadurch kann im Laufe der Säuglingszeit eine überdauernde Bindung zur Mutter und weiteren wichtigen Personen entstehen und diese mit Hilfe einer Bandbreite an Erfahrungen und Verknüpfungen gefestigt werden (Grossmann & Grossmann, 2014). Im Weiteren wird auf diese Prozesse und Fähigkeiten detaillierter eingegangen und die gegenseitigen Zusammenhänge beleuchtet.

2.1.2. Die Mutter-Kind-Interaktion – eine überdauernde und gegenseitige Beziehung: Elterliche Aspekte und kindliches Verhalten

Aus dieser ersten und anfänglichen Beziehung zwischen Mutter und Kind entwickelt sich eine gefestigtere Bindung, für die vor allem die Interaktion zwischen der Mutter

und ihrem Kind entscheidend ist. Säuglinge können in den ersten Wochen und Monaten noch auf kein großes Repertoire aus Lernerfahrungen zurückgreifen. Daher sind die ersten frühkindlichen Verhaltensweisen an evolutionär-geprägte Programme und Abläufe angelehnt, die auch bei der Bezugsperson unbewusst aktiviert werden und keiner besonderen Übung bedürfen (Lohaus & Vierhaus, 2013). Die Interaktion stellt somit eine überlebenswichtige gegenseitige Beziehung dar, die die elementaren Grundbedürfnisse des Säuglings nach Nähe, Geborgenheit und Sicherheit, sowie der Nahrungsaufnahme unterstützt und eine gleichzeitige erste Lernerfahrung ermöglicht. Ein erstes frühes Ziel ist, die gemeinsame Organisation und Entwicklung des Systems „Mutter und Kind“ in Einklang zu bringen (Grossmann & Grossmann, 2014). Hierfür sind gerade in der anfänglichen Phase der Beziehungsgestaltung und Interaktion vor allem der Blickkontakt und eine nonverbale Kommunikation entscheidend, da der Säugling noch kaum anders in der Lage ist, seine Bedürfnisse mitzuteilen.

Bereits Bowlby (1969) postulierte in seiner Bindungstheorie, dass die Bindung an eine Mutterfigur ein essenzieller und äußerst wichtiger Vorgang in den ersten 12 Monaten eines Säuglings ist und dieser bestimmte Prozesse bzw. Verhaltenssysteme beinhaltet (Bowlby, 2006). Nach Ainsworth (1979) liefert die Interaktion mit der Bezugsperson dem Säugling eine Möglichkeit, eine Erwartungshaltung hinsichtlich der eigenen Mutter und ihrer Antwortfähigkeit bzw. Zugänglichkeit zu entwickeln. Dies sieht man besonders dann, wenn ein Kind weint, Angst hat oder krank ist – am besten und schnellsten lässt es sich durch die eigene Mutter beruhigen. Um die Bindungsentwicklung zu fördern, haben sich in diesem Bereich zwei verschiedene Systemen herausgebildet. Auf kindlicher Seite steht das sogenannte „Bindungssystem“, welches darauf ausgelegt ist, das elterliche „Fürsorgesystem“ zu aktivieren und mit diesem in einem Wechselspiel zu stehen (Hédervári-Heller, 2014; Lohaus & Vierhaus, 2013). Das „Bindungssystem“ beruht auf Signalen und Verhaltensweisen, durch die der Säugling kommuniziert bzw. seine Bedürfnisse ausdrückt. Diese werden im Folgenden genauer beschrieben.

Da die ersten Verhaltensmöglichkeiten eines Säuglings noch eher rudimentär ausgelegt sind und keinen allzu großen Spielraum bieten, haben sich hier vor allem Signale wie Weinen, Blickkontakt, Lächeln oder Imitation herausgebildet. Auch durch seine Mimik, Gestik und durch seine Hautfarbe kann der Säugling kommunizieren (Grossmann & Grossmann, 2014). Mit Hilfe dieser Signale versucht er die räumliche Nähe zur Mutter herzustellen, emotionale Sicherheit zu erlangen und ein Gleichge-

wicht zwischen Bedrohung und ausreichendem Schutz zu erreichen. Hat das Gesuch des Säuglings Erfolg, stellen sich erste Lernerfahrungen sowie die Wahrnehmung der eigenen Effektivität und Selbstwirksamkeit ein. Die eigenen Bedürfnisse, Signale und Wünsche wurden ausreichend durch Laute und Motorik mitgeteilt und konnten so durch die Bezugsperson wahrgenommen, beantwortet und im besten Fall befriedigt werden (Hédervári-Heller, 2014; Wortmann-Fleischer, Downing & Hornstein, 2006).

Bereits als Neugeborene sind Säuglinge in der Lage, den Kopf in Richtung der menschlichen Stimme zu drehen und betrachten lieber menschliche Gesichter als andere Objekte (Grossmann & Grossmann, 2014). Dadurch entsteht eine erste Art der Kommunikation im Sinne einer „face-to-face“ Interaktion, welche bei der Bezugsperson meist Zuwendung und eine Aufrechterhaltung der Verbindung auslöst. Auch Lächeln bzw. Weinen werden für diese Absichten eingesetzt, wobei zum Beispiel nichtsoziales Lächeln bereits sehr früh – ab ca. dem ersten Lebensmonat – sichtbar ist und erst in den darauffolgenden Wochen in soziales Lächeln übergeht, welches dann gezielt bei bestimmten Personen oder Interaktionen verwendet wird, um die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen. Weinen hingegen stellt eines der wichtigsten Signale der frühen Kindheit dar und aktiviert schnell das Fürsorgeverhalten der Eltern bzw. der Bezugsperson. Ist es anfangs noch schwierig zu differenzieren, ob das Kind Hunger hat, Nähe braucht, auf den Arm genommen werden möchte oder andere Schmerzen hat, lernen Eltern meist schnell, das Weinen ihres Säuglings richtig einzuschätzen und darauf mit einem dementsprechenden Verhalten zu reagieren (Lohaus & Vierhaus, 2013).

Ein weiteres wichtiges anfängliches Signal stellt die kindliche Imitation der Bezugsperson dar. Auch diese Nachahmungsleistung hat einen effektiven Versuch der Kontaktaufnahme zum Ziel und wird von den Eltern meist mit Freude beantwortet. Zieht die Bezugsperson beispielsweise die Augenbrauen nach oben oder streckt die Zunge heraus, kann nicht selten ein ähnliches Verhalten auf Seiten des Kindes beobachtet werden (Lohaus & Vierhaus, 2013). Durch diese und andere Signale versucht der Säugling, bei einer Bedrohung des eigenen Sicherheitsbedürfnisses, das Fürsorgesystem der Bezugsperson zu aktivieren. Dieses Fürsorgesystem soll in erster Linie Sicherheit und Nähe herstellen, sowie die Notwendigkeiten des Kindes befriedigen.

Wie aber wissen Eltern, welche Handlungen dazu notwendig sind und wodurch entsteht das Fürsorgesystem? Auch hier werden evolutionäre Programme und Verhaltensweisen aktiviert, wobei dem eigenen inneren Arbeitsmodell ein Großteil des Wissens zugeschrieben werden kann. Dieses beinhaltet frühere Fürsorgeerfahrungen aus der eigenen Kindheit und ist eine individuelle und unbewusste mentale Darstellung, die das Selbst, die Welt und andere Personen umfasst (Hédervári-Heller, 2014; Lohaus & Vierhaus, 2013).

Papoušek und Papoušek (2002) stellten diesbezüglich das „intuitive Elternprogramm“ auf, welches Verhaltensweisen umfasst, die sowohl evolutionären Ursprung besitzen, als auch intuitive und spontane Konzepte beinhalten, um den frühkindlichen Bedürfnissen gerecht zu werden und in eine förderliche Interaktion mit dem eigenen Kind zu gelangen. Diese intuitiven elterlichen Kompetenzen sind demnach kultur- und geschlechtsunabhängig, universell angelegt und stellen ein biologisch verankertes Verhalten dar, das als Gegenstück zu den Prädispositionen des Säuglings angelegt ist (Wortmann-Fleischer et al., 2006). Wer schon einmal eine Mutter oder einen Vater in der Interaktion mit seinem Kind gesehen hat oder selbst die Erfahrung gemacht hat, wird wissen, dass Eltern auf vielfältige Weise versuchen, ihr Verhalten an die kindliche Wahrnehmung anzupassen. Das eigene Gesicht oder Gegenstände werden in einem bestimmten Abstand präsentiert, um dem Säugling die dynamische Anpassung des Auges zu erleichtern. Ebenso werden gerne Melodik und Tonlage der Stimme verändert, Mimik und Gestik übertrieben und überakzentuiert angewandt sowie sich in der Interaktion meist unbewusst und instinktiv auch körperlich dem Säugling zugewandt (Wortmann-Fleischer et al., 2006).

Daher sind dem Fürsorgeverhalten bestimmte intuitive elterliche Kompetenzen zuzuordnen, welche im Folgenden genauer betrachtet werden. Da Säuglinge noch keine große Gedächtnisspanne haben, können Ereignisse nur dann als Konsequenz des eigenen Verhaltens wahrgenommen werden, wenn das Handeln von Mutter und Kind in einem zeitlichen Zusammenhang steht und innerhalb von ca. einer Sekunde stattfindet (Lohaus & Vierhaus, 2013; Wortmann-Fleischer et al., 2006). Innerhalb dieser Zeitspanne ist der Säugling fähig, zwischen seinem eigenen Verhalten und dem seiner Bezugsperson eine Kontingenz herzuleiten. Ebenso kann der Säugling dadurch erste Lernerfahrungen machen, bzw. fungiert diese Wechselseitigkeit als eine Art Belohnungssystem, wodurch dieser seine eigene Selbstwirksamkeit erfährt

und seine eigenen interpersonellen und selbstregulatorischen Fähigkeiten stärken kann (Wortmann-Fleischer et al., 2006).

Des Weiteren ist es wichtig, in welcher Art Eltern mit ihrem Säugling kommunizieren. Um den sprachlichen und auditiven Kompetenzen des Säuglings zu entsprechen, sollte die elterliche Sprache einfach strukturiert sein, eine übertriebene Vokalisation beinhalten und mit hoher Stimmlage versehen sein. Zusammen mit häufigen Wiederholungen werden dem Kind die eigene Lautbildung und die Informationsaufnahme erleichtert (Lohaus & Vierhaus, 2013). Diese Sprechweise dürfte nicht nur Eltern bekannt sein – in der Kommunikation mit einem Kleinkind verfällt zumeist jeder in diese einfache, kindliche, leicht singende Sprache. Man muss hier nicht bewusst darauf zurückgreifen und wendet den sogenannten „baby talk“ automatisch, spontan und intuitiv an. Nicht selten wundert man sich anschließend, woher auf einmal diese Art zu kommunizieren kommt und doch reagieren Säuglinge meist sehr prompt auf diese Sprechweise.

Damit Mutter und Kind überhaupt in eine gelingende Interaktion treten können, bedarf es vor allem auch der Herstellung und der Aufrechterhaltung des Blickkontaktes zwischen den beiden Partnern. Nur so ist die Aufmerksamkeit für eine Kommunikation gewährleistet und eine gute Voraussetzung für eine positive Vokalisation gegeben. Schauen sich beide Partner nicht direkt an, können häufiger negative Vokalisationen entstehen (Lohaus & Vierhaus, 2013). Durch diesen gegenseitigen Blickkontakt wird dem Säugling der Einstieg in die Kommunikation erleichtert und seine Verhaltensregulation unterstützt. Ebenso ist die Bezugsperson dadurch in der Lage, kindliche Gefühlsäußerungen besser zu erkennen, den aktuellen Gefühlsausdruck zu spiegeln und es dem Säugling zu erleichtern, zwischen affektiven Zuständen zu wechseln, um sich so regulieren zu können (Wortmann-Fleischer et al., 2006).

Ein weiterer entscheidender Punkt hinsichtlich intuitiver elterlicher Kompetenzen umfasst die Regulation des Wachheits- und Erregungszustandes. Um eine Über- oder Unterstimulation des Kindes zu vermeiden, ist es wichtig, ein richtiges Maß an Regulation zu zeigen und bei einer erhöhten Erregung des Säuglings mit beruhigendem Verhalten wie Streicheln, in den Arm nehmen oder Singen entgegenzuwirken. Ebenso können durch Berührungen oder Prüfung des Muskeltonus der Wachheitsgrad bzw. Aktivierungszustand überprüft werden (Lohaus & Vierhaus, 2013). Macht der Säugling beispielsweise gerade einen müden Eindruck, wird es keinen Sinn machen, ihn mit Spielzeug oder übertriebener Stimulation aktivieren zu wollen. Das Ge-

genteilt wird erreicht, das Baby wird unzufrieden, da sein aktueller Zustand nicht beachtet wird und die Interaktion nicht mehr aufeinander abgestimmt ist.

Diese Verhaltensweisen und das daraus resultierende Fürsorgeverhalten gewährleisten die Sicherheit des Säuglings, er wird mit Wärme und Fürsorge umgeben und kann erste wichtige Erfahrungen sammeln. Durch diese Informationsweitergabe wird der Boden für erste Lernerfahrungen geebnet, die Qualität der Bindung beeinflusst und essentielle Grundstücke für eine wechselseitige Beziehung gelegt.

All diese elterlichen intuitiven Kompetenzen sind für eine fördernde Interaktion und Kommunikation zwischen Eltern und Kind sehr wichtig. Wie aber sind Eltern überhaupt in der Lage, solche Verhaltensweisen zu zeigen? Diese „springen“ nicht selbstverständlich an, auch wenn sie evolutionären Ursprungs sind. Der Sensitivität und der Feinfühligkeit der Bezugsperson fällt dabei eine bedeutende Rolle zu, um die kindlichen Signale differenziert wahrzunehmen, richtig zu interpretieren, prompt darauf zu reagieren und diese angemessen zu beantworten (Ainsworth, 1977; Grossmann & Grossmann, 2003; Lohaus & Vierhaus, 2013; Ramsauer, Gehrke, Lotzin, Powell & Romer, 2011). Es ist entscheidend, dass eine Mutter in der Lage ist, die Umgebung auch aus Sicht des Kindes wahrzunehmen, seine aktuelle Affektivität und seinen seelischen Zustand zu erfassen und so ihre Reaktion emotional und zeitlich auf die Bedürfnisse des Kindes anzupassen (Wortmann-Fleischer et al., 2006). Diese Fähigkeiten sind unter anderem dafür relevant, für das Kind eine feinfühligkeitsvolle Bezugsperson zu sein und es in seiner Entwicklung zu unterstützen.

Im Gegensatz dazu ist es für den Säugling äußerst schwierig, einen Bezug zwischen seinem Verhalten und der Reaktion der Mutter herzustellen, wenn diese verzögert ist, das Verhalten falsch eingeschätzt bzw. verzerrt wahrgenommen wird oder die Signale des Kindes nicht im Blick der Mutter sind (Wortmann-Fleischer et al., 2006). Sind Mütter in der Lage, sich feinfühlig zu verhalten und sensibel auf die Signale und Affekte des Kindes einzugehen, dann führt dies zu einer emotionalen Sicherheit auf Seiten des Kindes, fördert seine Selbstständigkeit und erste kindliche Kompetenzen können sich entwickeln (Grossmann & Grossmann, 2003; Hédervári-Heller, 2014). Dadurch ist der Säugling freier und sicherer in der Exploration seiner Umwelt. Er lernt, dass er diese bereits bis zu einem gewissen Grad selbst steuern und kontrollieren kann. Vor allem aber wird dadurch das Vertrauen in die eigene Mutter und in sich selbst gestärkt. Die Mutter fungiert dabei als sichere Basis bzw. sicherer Hafen, ermöglicht dem Kind gleichzeitig die Erkundung seiner Umgebung und

bietet einen Rückzugsort bei Stress oder Kummer (Ramsauer et al., 2011). Bei Säuglingen besteht ein Erkundungsverhalten aus Orientierungsreaktionen, wie zum Beispiel der Bewegung der Augen, des Kopfes oder des Körpers. Ebenso kommt es auch zu sozialen Erkundungen, bei denen sich das Kind nicht nur räumlich, sondern auch mental von der Mutter entfernen kann (Ramsauer et al., 2011). Feldman (2010) konnte in einer ihrer Studien zeigen, dass die Sensitivität bzw. Aufdringlichkeit der Mutter und die dyadische Wechselseitigkeit von der frühen Kindheit bis zum Erwachsenenalter hin stabil bleibt und daher eine wichtige Komponente in der Entwicklung einnimmt. Bereits ab einem Säuglingsalter von drei Monaten kann die Fähigkeit der Mutter zu sensitivem Verhalten die spätere kindliche Entwicklung im Bereich der Bindungsgestaltung, des kognitiven Wachstums und der Verhaltensanpassung beeinflussen. Die maternale Sensitivität stellt demnach einen zentralen Aspekt in der reziproken Beziehungsgestaltung dar und fungiert als Prädiktor hinsichtlich frühkindlicher Bindungssicherheit. Wie auch in den nachfolgenden Kapiteln ausführlich dargestellt wird, ist die Sensitivität nicht bei allen Müttern gleich stark vorhanden und kann beispielsweise bei psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen in den Hintergrund rücken. Ein weniger sensitives Verhalten hängt oftmals mit einer daraus resultierenden Unsicherheit auf Seiten des Kindes zusammen und kann Auswirkungen auf die gesamte kindliche Entwicklung mit sich bringen.

Das Bindungsverhalten kennzeichnet Verhaltensweisen des Kindes, die die Nähe und Sicherheit zur Bezugsperson sichern sollen, wohingegen die Bindung zwischen Mutter und Kind als emotionales Band definiert wird, das durch allmählich aufgebaute und vertraut gewordene Interaktionsmuster entsteht und kognitive Voraussetzungen auf Seiten des Kindes beinhaltet. Daher tritt die Bindung der Bezugsperson an das Kind früher ein, als die Bindung des Kindes an dieselbe. Die Entstehung einer Bindung ist somit an einen längeren Zeitraum geknüpft und entwickelt und festigt sich in den ersten Lebensjahren (Lohaus & Vierhaus, 2013). Nach Bowlby (1969/1982) kann die Bindungsentwicklung in vier Phasen untergliedert werden, welche in Tabelle 1 detailliert dargestellt sind.

Tabelle 1

Phasen der Bindungsentwicklung nach Bowlby in Lohaus und Vierhaus (2013) und Bowlby (1969/1982)

Bindungsphase	Alter	Beschreibung
„preattachment“ Vorphase der Bindung	Geburt – 6 Wochen	Bindungsverhalten bei fast jeder Person, angeborene Signale zur Bedürfnisbefriedigung
„attachment in the making“ Phase der entstehenden Bindung	6 Wochen – 6-8 Monate	Phase stärkster Prägung, Entwicklung einer spezifischen Erwartung an das Verhalten der Bezugsperson
„clear-cut attachment“ Phase der ausgeprägten Bindung	6-8 Monate – 1.5-2 Jahre	Klare Bindungsverhaltensweisen, Objektpermanenz, Bindungsbeziehung mit konkreten Interaktionsmustern
„goal-corrected partnership“ Phase reziproker Beziehungen	Ab 1.5 – 2 Jahre	Inneres Arbeitsmodell zu Bindungsrepräsentationen, zielkorrigierte Partnerschaft

Durch diese ersten Bindungsrepräsentationen lernt das Kind allmählich, sich kognitiv und emotional in andere Personen hineinzusetzen, sowie sich selbst und andere zu verstehen (Ramsauer et al., 2011). Durch all diese Erfahrungen wird der Auftakt gebildet, welche Bindungs- und Interaktionsmuster sich in einem selbst manifestieren und über die Lebensspanne weitgehend stabil bleiben.

2.1.3. Das Modell der gegenseitigen Regulation (GRM, „mutual regulation model“ MRM)

In der Interaktion zwischen Mutter und Kind sind, wie bereits erwähnt, viele verschiedene Aspekte und Verhaltensweisen relevant und können die Qualität der Bindung sowohl positiv als auch negativ beeinflussen. Säuglinge suchen bereits ab ihrer Geburt nach einer emotionalen Beziehung und es entsteht eine neue Mutter-Kind-Organisation, die das Miteinander und die Entwicklung fördert. Damit Mutter und Kind in eine gemeinsame Interaktion gelangen können, ist auch eine Kooperationsbereitschaft relevant, mit dem anderen in Kontakt treten zu wollen. Mutter und Kind stellen jeweils ein eigenständiges, selbst-organisierendes System dar, welches sei-

nen eigenen Bewusstseinszustand hat und zu komplexeren und verbundenen Ebenen erweitert werden kann, wenn es mit einem anderen selbst-organisierten System zusammenarbeitet (Tronick et al., 1998).

Ausgehend von diesen Annahmen stellte Tronick (1978) das sogenannte gegenseitige Regulationsmodell (GRM, „mutual regulation model – MRM) auf, das einen mikro-regulatorischen und sozio-emotionalen Prozess der Kommunikation beschreibt und darauf ausgelegt ist, gemeinsame Bewusstseinszustände zu erzeugen. Es werden hier Vorgänge erläutert, wie das Kind bzw. die Mutter zum einen die eigenen internen emotionalen Zustände und zum anderen die Auseinandersetzung mit der externen Umwelt regulieren muss. Die interaktive Regulation der Emotionen stellt einen kontinuierlichen Prozess dar, welcher von Moment zu Moment stattfindet und in welchem jeder Partner sein Verhalten mit dem des anderen abstimmen muss. Das Verhalten des einen Partners in der Interaktion kann durch das Verhalten des anderen vorhergesagt werden – sowohl in der negativen als auch in der positiven Regulation (Reck et al., 2004; Tronick et al., 1998). Einfach gesagt: Mutter und Kind haben ein gemeinsames interaktives Ziel und jeweils eine Auswahl an spezifischen Kapazitäten mit Hilfe derer sie versuchen, dieses zu erreichen. Das Ziel besteht aus einer gegenseitigen Regulation oder Wechselseitigkeit, gemeinschaftlich die Interaktion durch interaktives Verhalten zu gestalten (Gianino & Tronick, 1988).

Im Zuge dieses Modells fällt vor allem der Selbstregulation eine wichtige Rolle zu. Auf Seiten des Kindes stellt diese Aufgabe besonders zu Beginn eine große Herausforderung dar, da es noch schwer unterscheiden kann, ob eine Störung von innen oder von außen kommt. So können beispielsweise Hunger, zu viel oder zu wenig Stimulation oder eine Diskrepanz zwischen internen kindlichen Erwartungen und tatsächlichem externen Ausgang zu großen inneren Differenzen und Schwierigkeiten führen. Das Kind kann hier auf eigene selbstregulatorische Fähigkeiten zurückgreifen, um seinen emotionalen Zustand abzustimmen. Es kann diesen beispielsweise durch eine vermehrte Beschäftigung mit der Umwelt oder durch selbststimulierende und -beruhigende Verhaltensweisen regulieren. Diese umfassen beispielsweise an etwas saugen, sich wiegen oder von etwas wegdrehen und beinhalten auch den Ausdruck der aktuellen Emotionen durch Gestik, Mimik, Stimme und Körperhaltung (Tronick & Gianino, 1986).

Allerdings sind diese selbstberuhigenden Verhaltensweisen nicht sofort nach der Geburt abrufbar, sie müssen sich im Laufe der Entwicklung erst festigen und sind

anfangs noch eingeschränkt, unreif, schlecht organisiert und somit nicht ausreichend, um die regulatorischen Anforderungen zu erfüllen. Daher kommt der Mutter hier eine entscheidende und zusätzliche Rolle zu, das Kind in der Regulation des eigenen emotionalen Zustandes zu unterstützen. Wie bereits erwähnt, versucht die Mutter, das Verhalten des Kindes zu lesen, zu verstehen und es daraufhin in seinen Zielen zu stärken, seine selbstregulatorische Aufgabe zu bewältigen (Tronick & Gianino, 1986). Beispielsweise kann der Säugling bei lauten Geräuschen verwirrt und ängstlich sein, da er den unbekanntem Ton noch nicht zuordnen kann. Die Mutter nimmt das Kind auf den Arm, spricht beruhigend mit ihm und verhilft dem Kind dadurch, seinen eigenen emotionalen Zustand zu regulieren. Einen ähnlichen Vorgang kann man auch beobachten, sobald sich ein Kind leicht an etwas stößt oder hinfällt. Der Blick wandert meist zuerst zur Mutter, bevor eine Reaktion erfolgt. Reagiert die Mutter nicht ängstlich und besorgt, sondern lächelt und hilft dem Kind auf, dann kann das Kind lernen, dass Hinfallen an sich nichts Schlimmes ist.

Einen weiteren wichtigen Aspekt betrifft die Regulation des Gegenübers. Oftmals kann auch das interaktive Verhalten der Mutter zu einer Störung des kindlichen emotionalen Zustandes führen. Es ist also entscheidend, dass das Kind in der Lage ist, auch eine fremdbestimmte Regulation anzuwenden, um das Verhalten der Mutter zu beeinflussen. Zeigt die Mutter dem Kind beispielsweise ein bestimmtes Objekt oder Spielzeug, kann das Kind zum Beispiel durch Stirnrunzeln oder Wegdrehen signalisieren, dass es mit dem aktuellen Verhalten der Mutter nicht einverstanden ist und diese etwas verändern soll. Antwortet die Mutter nicht auf diese Aufforderung, sind die kindlichen regulatorischen Anstrengungen nicht erfolgreich gewesen und enden in negativen Emotionen (Tronick & Gianino, 1986).

Wie man gut erkennen kann, gibt es in der Interaktion von Mutter und Kind viele Wechsel zwischen einer funktionierenden und erfolgreichen Regulation und interaktiven Fehlern. Gianino und Tronick (1986) fanden in einer ihrer Untersuchungen heraus, dass ein gemeinsamer und koordinierter Zustand in der Interaktion zwischen Mutter und Kind im Alter von drei, sechs und neun Monaten nur in 3% der Zeit vorhanden war. In 70% der Zeit war die Interaktion unkoordiniert und mit Fehlern behaftet. Allerdings konnten sie auch zeigen, dass ein Großteil der interaktiven Fehler im nächsten Schritt der Interaktion sofort repariert und ein positiver Zustand erreicht wurde. Dieser Reparationsprozess ist in Abbildung 1 nochmals verdeutlicht. Die Interaktion wechselt somit von einem regulierten Zustand („matched“) über eine fehler-

hafte Regulation („misregulation“) zu einem unkoordinierten und dysregulierten Zustand („mismatched“). Findet eine Reparatur der fehlangepassten Regulation statt, kommt es wiederum zu einem aufeinander abgestimmten Zustand („matched“). Bleibt der Fehler bestehen und wird nicht repariert, resultieren daraus negative Emotionen, wie beispielsweise Rückzug oder Weinen.

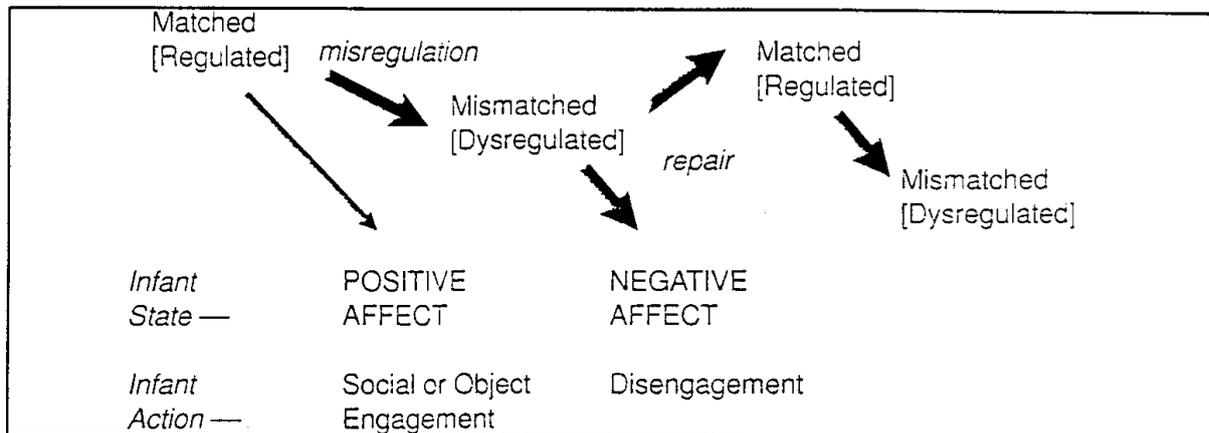


Abbildung 1. Übersicht über den Reparatursprozess in der Interaktion von Tronick et al. (1998).

Durch die Reparation der Fehler macht das Kind entwicklungsrelevante Erfahrungen. Es kann seine eigenen regulatorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten ausarbeiten und so geübt im Gebrauch werden. Ebenso entwickelt das Kind eine Repräsentation der Interaktion zwischen sich und seiner Mutter und erfährt, dass diese auch bei Fehlern wieder zu einem regulierten Zustand zurückfinden kann. Letztendlich hilft diese regulatorische Erfahrung dem Säugling auch bei der Interaktion mit anderen. Er hat klare Grenzen zwischen sich selbst und anderen erlernt und kann auf eine affektive Basis zurückgreifen, die meist positiv ist (Tronick & Gianino, 1986).

Allerdings können im Zuge der gegenseitigen Regulation vermehrt Fehler auftreten, wenn die Mutter beispielsweise unerreichbarer und unsensibler für die kindlichen Signale ist. Dies ist unter anderem bei depressiven Müttern der Fall. Durch die vermehrte Beschäftigung mit dem eigenen emotionalen Zustand, versäumen es die Mütter oftmals, ihren Kindern eine ausreichende, regulatorische Unterstützung zu geben, wodurch die Interaktion schlecht koordiniert ist und das Kind wiederholten und konstant negativen Affekt erfährt (Tronick & Gianino, 1986). Im Zuge dessen konnten Tronick und Gianino (1986) zeigen, dass bereits sechs Monate alte Kinder eine Stabilität in ihrem regulatorischen Verhalten besaßen und individuelle Tendenzen aufwiesen, Signale und selbstberuhigendes Verhalten zu benutzen. Die Kinder hatten bereits eine internale Repräsentation ihrer bisherigen interaktiven Erfahrungen gebildet und einen interaktiven regulatorischen Stil entwickelt.

Daher ist es umso entscheidender, dass maternale Probleme bereits frühzeitig aufgedeckt werden, um dem Kind eine unterstützende und positive Entwicklung zu ermöglichen. Dieser Bereich wird in den nachfolgenden Kapiteln genauer beschrieben und vor allem im Hinblick auf Angststörungen näher betrachtet.

2.1.4. Die Interaktion zwischen Mutter und Kind am Beispiel des Face-to-Face-Still-Face (FFSF) Paradigmas

Die Interaktion zwischen Mutter und Kind stellt für die gesamte Entwicklung einen entscheidenden und wichtigen Aspekt dar und ist daher auch im Bereich der frühkindlichen Forschung von großem Interesse. Im Laufe der Interaktion mit der Mutter erfährt das Kind die Bedeutung seines eigenen Ausdrucksverhaltens, lernt die Eigenschaften für sich wichtiger Personen kennen und erhält affektive und kognitive Informationen, durch die es sich mit sich selbst, seiner Bezugsperson und seiner Kultur bzw. Umwelt identifizieren kann (Tronick, Als, Adamson, Wise & Brazelton, 1978). Innerhalb dieser Verhaltensweisen laufen, wie bereits erwähnt, die anfängliche Kommunikation und Interaktion meist noch nonverbal über Blickkontakt, Mimik und Gestik ab. Daher ist zur Erhebung und Messung der gegenseitigen Interaktion ein Instrument notwendig, das auf diese Besonderheiten eingehen kann. Die Zuwendung des Gesichts und das gegenseitige Anschauen sind essentiell, um bestimmte Signale und Verhaltensweisen zu erfassen, durch die das Kind seine Bedürfnisse äußert und die Mutter versucht, diesbezüglich zu reagieren.

Tronick et al. (1978) haben hier das sogenannte „Face-to-Face-Still-Face“ (FFSF) Paradigma entwickelt, um eine künstlich hervorgerufene Abweisung der Mutter herzustellen und so die gegenseitigen regulatorischen Kompetenzen, die Qualität der Interaktion, die Sensitivität der Mutter und die kindlichen Kommunikationsfähigkeiten zu überprüfen. Das Kind wird hier mit drei verschiedenen altersentsprechenden Bedingungen konfrontiert, welche jeweils zwei Minuten andauern und die auf die Aufdeckung der Interaktionsqualität ausgelegt sind. Dieses Paradigma lässt sich innerhalb eines Alters von zwei bis neun Monaten anwenden.

Zu Beginn der Untersuchungssituation wird die Mutter gebeten, sich mit ihrem Kind zu beschäftigen und zu spielen, wie sie es auch zu Hause machen würden. An diese Phase anknüpfend folgt die sogenannte „still-face“ Phase, in welcher die Mutter instruiert wurde, ein neutrales Gesicht aufzusetzen, nicht zu lächeln und ihr Kind weder anzufassen, mit ihm zu reden noch auf irgendeine andere Weise mit ihm zu interagieren (Weinberg, Beeghly, Olson & Tronick, 2008; Weinberg & Tronick, 1996).

Abschließend soll die Mutter wiederum mit ihrem Kind in eine „face-to-face“-Interaktion treten und sich mit ihm, ähnlich wie in der ersten Phase, beschäftigen. Diese Schlussphase wird als „reunion episode“ bezeichnet, da eine Art „Wiedervereinigung“ zwischen Mutter und Kind stattfindet. Diese letzten beiden Phasen sind besonders kennzeichnend, da man bisher entwickelte Interaktions- und Regulationsmuster gut erkennen kann.

Ist die Mutter anfangs noch empfänglich für die kindlichen Signale und unterstützt es in der gegenseitigen Regulation, ändert sich dies in der „still-face“ Phase bedeutend. Diese bringt das Kind in Bedrängnis, da die Mutter zwar physisch anwesend, emotional aber nicht verfügbar ist. Die meisten Kinder reagieren auf das unbewegte und neutrale Gesicht der Mutter in dem sie versuchen, den unkoordinierten Zustand zu einer gemeinsamen Interaktion zu führen und der Mutter eine Reaktion zu entlocken. Kinder, die bisher vor allem positive Erfahrungen in der Interaktion mit ihrer Mutter erfahren haben, versuchen zuerst durch Grüßen, Lächeln oder Liebkoosen die Mutter zu reaktivieren und reagieren eher überrascht, wenn sie keinen Erfolg haben (Reck et al., 2004). Da die Anstrengungen nicht zu dem gewünschte Ziel führen, fängt das Kind an, weniger zu lächeln, den Blick von der Mutter abzuwenden, vermehrt sich selbst zu berühren, eine erhöhte motorische Aktivität zu zeigen und sich wegzudrehen (Weinberg & Tronick, 1996). Ebenso kann man ein Zusammenspiel aus der Abwendung von der Mutter und einem erhöhten interessierten Ausdrucksverhalten sowie einer vermehrten Zuwendung zu Objekten erkennen. Die Verschiebung des Aufmerksamkeitsfokus weg von der Mutter hin zu Objekten im Raum kann als eine Form der Ablenkung, emotionalen Regulation oder als Coping gesehen werden, um sich selbst zu regulieren und zu beruhigen (Weinberg & Tronick, 1996). Wie bereits zuvor beschrieben, wird das Kind in der Regulation seiner Emotionen und seines inneren Zustandes alleine gelassen und kann keine Reparatur einleiten. Der interaktive Fehler bleibt somit bestehen, es wird kein gemeinsamer und koordinierter Zustand erreicht, woraus negative Emotionen resultieren. Kogan und Carter (1996) konnten nachweisen, dass der maternale Interaktionsstil auch in dieser Phase das kindliche Verhalten beeinflusst. Kinder von sehr aufdringlichen Müttern zeigten mehr Negativität als Kinder weniger aufdringlicher Mütter. Ebenso haben Kinder, deren Mütter in der anfänglichen Spielsituation sensitiver waren, länger gebraucht, um ihre Mütter während der „still-face“ Phase anzuschauen, als Kinder ablehnender Mütter. Als eine mögliche Erklärung geben die Autoren an, dass Kinder sensitiver Mütter

auch andere Aspekte der Umwelt erkunden und somit länger brauchen, um ein ungewöhnliches Verhalten der Mutter zu bemerken.

In der anschließenden Wiedervereinigungsphase kehrt die Mutter wie gewohnt in die Interaktion zurück. Diese Phase stellt eine besondere Herausforderung für beide Seiten dar, was vor allem im Antwortverhalten des Kindes sichtbar wird. Wie in der „still-face“ Phase zeigt das Kind auch hier negative Emotionen, der Gesichtsausdruck bleibt traurig und verärgert, wobei es sich von der Mutter abwendet. Ebenso weinen die Kinder in dieser letzten Phase wahrscheinlicher und sind lauter als in der Phase zuvor (Weinberg et al., 2008; Weinberg & Tronick, 1996). Dieses Verhalten wird auch als „carry over effect“ bezeichnet und kennzeichnet die Übernahme des negativen Verhaltens und Affekts aus der „still-face“ Phase in die Wiedervereinigung mit der Mutter. Die Mutter-Kind Dyade kann den vorliegenden interaktiven Fehler nun wieder gemeinsam beheben, was das Kind allerdings vor eine komplexe regulatorische Aufgabe stellt. Es beschäftigt sich zum einen noch mit inneren Prozessen und Emotionen aus der vorherigen Phase und muss sich zum anderen mit der plötzlichen Interaktionsbereitschaft der Mutter und den damit verbundenen regulatorischen Ansprüchen und Angeboten auseinandersetzen (Weinberg & Tronick, 1996). Andererseits begrüßen die Kinder aber auch die Wiederaufnahme der Interaktion durch die Mutter, zeigen vermehrt positive Emotionen und eine neutrale bis positive Vokalisation, schauen mehr die eigene Mutter als Objekte an und steigen in ein soziales Spiel bzw. eine soziale Anpassung und Regulation ein (Kogan & Carter, 1996; Weinberg et al., 2008; Weinberg & Tronick, 1996). Allerdings konnten sowohl Kogan und Carter (1996) als auch Weinberg et al. (2008) zeigen, dass die Positivität und die gemeinsame Regulation nicht auf das gleiche Level zurückkehren, wie es zu Beginn des Experiments war.

Auch für die Mütter stellt dieses Paradigma eine Herausforderung dar, wobei aufgezeigt werden konnte, dass sobald sie sich während der „still-face“ Phase unwohl gefühlt haben, die Interaktionsaufnahme und das Regulationsangebot in der Wiedervereinigungsphase deutlich höher, positiver und vermehrt von beruhigenden Verhaltensweisen begleitet war (Weinberg & Tronick, 1996). Es erscheint, als hätten die Mütter eine Art „schlechtes Gewissen“ gegenüber ihrem Kind und versuchen dieses dadurch auszugleichen. Kogan und Carter (1996) konnten zeigen, dass Kinder von emotional verfügbaren Müttern in der Wiedervereinigungsphase vermehrt die regulatorische Unterstützung ihrer Mutter annahmen, um in eine gemeinsame Inter-

aktion zu kommen. Ebenso sagt die Sensitivität der Mutter während der ersten Spielsituation die Art des Wiedervereinigungsverhaltens auf Seiten des Kindes voraus. Die Kinder sensitiver Mütter sind positiver, lächeln mehr und zeigen ein geringeres Ausmaß an Vermeidungsverhalten oder Widerstand. Dieses Muster bzw. die Beziehung zwischen Mutter und Kind in der Wiedervereinigung besitzt bereits eine gewisse Kontinuität, welche in der Bindungssicherheit mit 12 Monaten reflektiert wird, auch wenn ein zusammenhängendes Bindungsverhalten in den ersten Monaten noch nicht präsent ist. Die erfolgreiche Regulation nach einer stressigen Situation kann somit einen Vorläufer zur Bindungssicherheit mit einem Jahr darstellen (Kogan & Carter, 1996).

Die Beobachtungen, die man während des Face-to-Face-Still-Face-Paradigmas machen kann, verdeutlichen nochmals, dass die Mutter-Kind-Interaktion ein zielgerichtetes, gegenseitiges und regulatorisches System darstellt, in welchem bereits dem Säugling eine entscheidende aktive Rolle zu Teil wird. Wenn das System „Mutter-Kind“ bzw. dessen Regeln durch das „still face“ der Mutter verletzt wird, antwortet das Kind auf die entsprechende Art und Weise, wodurch gezeigt wird, wie beeinträchtigt es durch diese Störung ist (Tronick et al., 1978).

Mit Hilfe der „still-face“ Situation können auch gut Defizite oder Probleme hinsichtlich Interaktion und gegenseitiger Regulation aufgedeckt werden. Bei depressiven Müttern beispielweise ist die Umstellung von der Spielsituation auf das „still-face“ meist nicht so gravierend, da der neutrale Gesichtsausdruck der Mutter für die Kinder kaum einen Unterschied darstellt. Sie zeigen insgesamt vermehrtes selbstberuhigendes Verhalten ohne die regulatorische Unterstützung durch die Mutter und versuchen weniger, die Mutter wieder in die Interaktion zurück zu holen (Reck et al., 2004). Auch bei Angststörungen zeigen sich hier Abweichungen, auf die genauer und ausführlicher in Kapitel 2.4.4. eingegangen wird.

2.1.5. Erste Lernerfahrungen und Lerntheorien

Wie man bisher gut erkennen kann, ist der Säugling bereits nach der Geburt in vielen Bereichen gefordert und muss bestimmte interne sowie externe Aufgaben bewältigen, um sich entwickeln zu können, Neues zu lernen und in einem sozialen System zu bestehen. Menschliches Verhalten hat auf der einen Seite einen evolutionären Ursprung. Säuglinge kommen mit einem rudimentären System auf die Welt, das ihnen ermöglicht, in der ersten Zeit zu überleben und erste Bindungen aufzubauen. Zum anderen ist das menschliche Gehirn daraufhin ausgelegt, bereits kurz nach der

Geburt neue Erfahrungen zu bilden und Lernvorgänge voranzutreiben, um die Verschaltung der Synapsen zu optimieren und bestmöglichst zu reifen. Daher ist das Lernen und Erlernen von Verhaltensweisen, Emotionen oder Kompetenzen unerlässlich und für den Menschen lebenslang ein sich immer wieder aufs Neue wiederholender Prozess. Erste Lernerfahrungen finden bereits kurz nach der Geburt statt. Field, Woodson, Greenberg und Cohen (1982) konnten zeigen, dass Säuglinge wenige Tage nach der Geburt bzw. im Alter von wenigen Wochen in der Lage waren, drei verschiedene Gesichtsausdrücke (Freude, Überraschung und Trauer) zu unterscheiden und diese nachzuahmen. Da das menschliche Gesicht für einen Säugling interessanter ist als andere Objekte, fokussiert er dieses vermehrt und ist für menschliche Emotionen und Ausdrücke von Anfang an empfänglich. Die Fähigkeit, sensorische Informationen eines visuellen Ausdrucks zu verarbeiten und unterscheiden zu können, beruht auf einem angeborenen Mechanismus (Field et al., 1982). Die Nachahmungsleistung allerdings ist eine erste Lernerfahrung für den Säugling, da beispielsweise der Ausdruck von Freude auf Seite der Mutter etwas Positives mit sich bringt und er lernt, dass er durch Imitation dieses Ausdruckes wiederum positive Signale zurückerhält.

Was aber macht Lernen wirklich aus bzw. wie kann man diesen Begriff definieren? Da Lernen eine allgemeingültige sowie alltägliche Erfahrung ist, beschäftigt man sich selten damit, was dieses Konstrukt überhaupt bedeutet. Rinck und Becker (2011) definieren Lernen als eine auf Erfahrungen basierte und dauerhafte Veränderung der Verhaltensdisposition eines Individuums. Verhaltensdispositionen bedeuten, dass das Lernen nicht direkt und sofort zu einer Veränderung des Verhaltens führen muss, es reicht, wenn eine Veränderung dadurch möglich wird (Rinck & Becker, 2011). Somit ist fast jedes menschliche Verhalten erlernt und kann auch wieder verlernt werden, wodurch dem Lernen ein wichtiger Aspekt unter anderem im Bereich der Therapie von psychischen Störungen, wie beispielsweise der Angststörung, zu Teil wird. Da die genaue und detaillierte Erklärung der verschiedenen Lerntheorien und Ursprünge den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, werden im Folgenden auf die wichtigsten Theorien und vor allem Lernvorgänge in der Kindheit eingegangen sowie ein Überblick über dieses spannende und breite Gebiet gegeben.

Einen wohlbekanntes Lernvorgang stellt die klassische Konditionierung dar, die einen Vorgang des assoziativen Lernens beschreibt, eine überlebenswichtige Schlüsselfunktion umfasst und die Umwelt für das Individuum vorhersagbarer macht

(Morschitzky, 2009; Rinck & Becker, 2011). Aus der zeitlichen und/oder räumlichen Verknüpfung eines ehemals neutralen Stimulus mit einem unkonditionierten Stimulus wird eine biologisch vorgegebene unkonditionierte Reaktion ausgelöst. Der anfängliche neutrale Stimulus wird durch mehrfaches und gekoppeltes Auftreten dieser Reaktionskette zu einem bedingten bzw. konditionierten Reiz, der jetzt alleine eine konditionierte Reaktion auslösen kann (Morschitzky, 2009). Diese Art von Lernen kann beispielsweise das Überleben sichern, wenn durch das Brüllen eines Raubtieres (konditionierter Reiz) eine Fluchtreaktion (konditionierte Reaktion) ausgelöst wird, ohne, dass das Tier direkt vor einem stehen muss (unkonditionierter Stimulus) (Rinck & Becker, 2011).

Die klassische Konditionierung alleine reicht allerdings nicht aus, um komplexe Verhaltensweisen zu erklären, die bisher nicht im menschlichen Verhaltensrepertoire angelegt waren. Die operante bzw. instrumentelle Konditionierung setzt hier an und berücksichtigt auch die Konsequenzen des Verhaltens. Diese Konsequenzen führen zu einer veränderten Auftretenswahrscheinlichkeit des Verhaltens und können auch als Lernen am Erfolg bezeichnet werden. Im Gegensatz zur klassischen Konditionierung stehen hier nicht bestimmte Reize im Fokus, sondern die Konsequenzen eines Verhaltens. Diese bewirken, dass das Verhalten in Zukunft häufiger oder weniger häufiger auftritt (Morschitzky, 2009). Folgende Aspekte sind für die operante Konditionierung bedeutend. Bei dieser Form des Lernens wird sowohl mit positiven als auch mit negativen Verstärkern gearbeitet. Das heißt, dass auf das Verhalten entweder eine positive bzw. eine angenehme Konsequenz, wie Lob folgt oder aber, dass eine unangenehme Konsequenz ausbleibt oder endet (zum Beispiel durch das Aufheben einer Bestrafung, Flucht aus einer Angst machenden Situation oder Vermeidung) (Morschitzky, 2009; Rinck & Becker, 2011). Ebenso spielt hier die direkte und indirekte Bestrafung eine Rolle. Bei der direkten Bestrafung folgt auf das Verhalten unmittelbar ein unangenehmes Ereignis, beispielsweise durch Schimpfen des Kindes nach einem unerwünschten Verhalten oder durch den Schmerz nach der Berührung einer heißen Herdplatte. Die indirekte Bestrafung hingegen kennzeichnet den Entzug positiver Reize, wodurch eine angenehme Konsequenz ausbleibt (Fernsehverbot oder das Wegnehmen des Spielzeuges bei einem quengelnden Kind) (Rinck & Becker, 2011). Andererseits kann auch eine Reduktion eines Verhaltens stattfinden, das bedeutet, dass das Verhalten immer seltener oder gar nicht mehr gezeigt wird, sobald keine Verstärkung oder positive Folgen eintreten. Dieser Vor-

gang wird auch als „Löschung“ bezeichnet. Die operante Konditionierung ist auch deshalb so wichtig, da kein Individuum überleben könnte, wenn es nicht die Zusammenhänge zwischen seinem Verhalten und den daraus resultierenden Konsequenzen erlernt und somit sein Verhalten diesbezüglich anpassen kann (Rinck & Becker, 2011).

Aber auch mit diesen beiden Modellen können bestimmte Lernvorgänge immer noch nicht komplett erklärt werden. Wie beispielsweise lernen Kinder tanzen oder mit Mitmenschen zu interagieren? Durch Beobachtung und Nachahmung von Eltern, Geschwistern oder anderen Personen, können ebenso neue Verhaltensweisen erlernt werden. Dieses Konstrukt wird als Modelllernen, Nachahmungslernen oder soziales Lernen definiert. In seiner sozialen Lerntheorie bezeichnete Albert Bandura (1977) das Modelllernen als einen kognitiven Lernprozess, welcher die Aneignung von neuen Verhaltensweisen auf Seiten des Individuums umfasst und auf die Beobachtung des Verhaltens anderer erfolgt. Hier müssen vier Phasen durchlaufen werden, die aus Prozessen zur Aufmerksamkeit, des Behaltens, der Reproduktion und der Motivation bestehen (Rinck & Becker, 2011). Dem Modell muss zunächst eine Beachtung zu Teil werden und es muss bestimmte Charakteristika erfüllen. Besonders entscheidend ist die Beziehung zwischen dem Beobachter und dem Modell – je intensiver diese ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass das Verhalten nachgeahmt wird. Ein kleines Kind wird eher dem Verhalten der eigenen Mutter folgen, als dem eines beliebigen Fremden. Damit das beobachtete Verhalten wiederholt werden kann, muss es zunächst in leicht erinnerbare Schemata im Gedächtnis abgespeichert werden, um einen schnellen und spontanen Zugriff zu ermöglichen. Die motorische eigene Wiederholung bzw. Ausführung des Verhaltens ist anschließend abhängig von den Erwartungen des Beobachters. Zugleich ist der Einfluss von äußeren Anreizen wichtig – wenn die Motivation hoch genug ist, ist die Wahrscheinlichkeit zur Nachahmung höher, vor allem, wenn sich ein positiver Effekt beim Modell beobachten lässt (Rinck & Becker, 2011). Hierfür ist das Lernen von Fahrrad fahren ein gutes Beispiel. Das Kind schaut den älteren Geschwistern beim Fahrradfahren zu, speichert dies als eine Aktivität ab, bei der gewisse Regeln befolgt werden müssen und die gleichzeitig Spaß und Freude bringt. Versucht es anschließend selbst die beobachteten Verhaltensweisen anzuwenden und erfährt daraus eine positive Resonanz durch eine Bestätigung bzw. ein Lob der Geschwister, ist es motivierter das Fahrradfahren so lange zu versuchen, bis es gelernt ist.

Auch das Lernen von Emotionen bzw. emotionalen Reaktionen kann über das Verhalten von Bezugspersonen gelernt werden. Meist werden diese durch bildhafte Eindrücke übertragen, wodurch sich leichter emotionale Gedächtnisschemata bilden, die für das gesamte spätere Leben bedeutsam sind. Vor allem bei Angststörungen kann eine modellhafte Übertragung von den Eltern auf das Kind erfolgen und ist daher für den weiteren Verlauf bedeutend (Morschitzky, 2009). Wenn sich Säuglinge gegen Ende des ersten Lebensjahres in einer ihnen unbekanntem Situation befinden, suchen sie aktiv nach emotionalen Signalen ihrer Bezugsperson, um ihr Verhalten dementsprechend anzupassen. Reagiert die Bezugsperson beispielsweise mit Angst oder Ekel gegenüber einem unbekanntem Objekt, nähert sich das Kind weniger. In der Wiederholung lernt es von seiner Bezugsperson, welche Reize unbedenklich sind und welche nicht. Die Bezugsperson bzw. die Mutter wird als soziale Referenz herangezogen, was auch als „social referencing“ bezeichnet wird (Striano & Hoehl, 2011).

Wie man sieht, umfasst der Begriff des Lernens viele wichtige Ansätze und Aspekte. Entscheidend ist daher auch, dass das gelernte Verhalten in das eigene Verhaltensrepertoire integriert wird und sich so neue Netzwerke im Gehirn bilden, die über lange Zeit bestehen können. In Tierexperimenten konnte gezeigt werden, dass frühe Lernprozesse und Sinneseindrücke für die Ausreifung der noch nicht vollständig ausgebildeten Schaltkreise im Gehirn, vor allem des, für Belohnung zuständigen, limbischen Systems, wichtig sind und diese so optimiert werden können. Da Lernen auch immer mit Emotionen in Zusammenhang steht, werden in dieser frühen Zeit Strukturen für späteres Lernen und der damit verbundenen Affektivität vorbereitet (Rinck & Becker, 2011). Lernen hat demnach einen erstaunlich frühen Beginn im Zuge des kindlichen Lebens und ebnet vor allem in den ersten Jahren den Weg für weitere Lern- und Verhaltensprozesse.

2.1.6. Besonderheiten und Meilensteine der kindlichen Entwicklung bis ins Vorschulalter

Sobald das Kind den geschützten Bauch der Mutter verlassen hat, ist es neben Lernprozessen mit einer Vielzahl von Aufgaben und Anforderungen konfrontiert, mit denen es sich auseinandersetzen muss. Sich in der menschlichen Welt zurecht zu finden, bedeutet auch eine Entwicklung zu durchleben, welche je nach Alter und Stand bestimmte Aufgaben bereithält. Diese sollen im Weiteren näher beschrieben

werden, wobei vor allem der Altersbereich von der frühen Kindheit bis ins Vorschulalter für die vorliegende Arbeit relevant und von speziellem Interesse ist.

Gerade in den ersten Jahren lernt das Kind mehr neue Dinge, wächst und entwickelt sich schneller als in irgendeiner Zeit danach. Auch das Gehirn durchläuft in dieser Zeit einen enormen Prozess mit vielen Veränderungen, Neuverknüpfungen und Verbindungen. Die kindliche Entwicklung stellt einen aktiven Prozess dar, in dem das Kind durch eigenes Handeln mitwirken kann. Es ist seiner genetischen Ausstattung und Umwelt dadurch nicht einfach „ausgeliefert“ (Pauen, Frey, & Ganser, 2014). Die Entwicklung kann als ein altersgebundener Übergang bzw. eine Veränderung beschrieben werden, welche sich im Erleben und Verhalten ausdrückt. Besonders durch das Zusammenspiel von Umwelterfahrungen, Erbanlagen und eigenen Aktivierungszuständen kann die Entwicklung und die Erfahrungen eines Kindes nachhaltig verändert werden (Pauen et al., 2014). Es können daher bestimmte Entwicklungsaufgaben definiert werden, welche alterstypische Herausforderungen darstellen und deren erfolgreiche Bewältigung zu neuen Fertigkeiten und Kompetenzen führen (Petermann & Resch, 2013). Diese Aufgaben werden auch als „Meilensteine der Entwicklung“ bezeichnet und beschreiben bestimmte Verhaltensweisen, die sich im Alltag des Kindes beobachten lassen und dadurch Rückschlüsse auf wichtige Entwicklungsschritte in einem definierten Bereich geben (Pauen et al., 2014). Die erfolgreiche Bewältigung dieser Aufgaben fördert das psychische Wohlbefinden und ist Grundlage für die weitere Entwicklung des Kindes. Werden hingegen Schritte nicht erfolgreich durchlaufen oder abgeschlossen, kann dies zu Komplikationen oder Fehlanspassungen führen.

Entwicklung findet sowohl auf körperlicher Ebene, in sozial-kommunikativen Bereichen, als auch im Hinblick auf Informationsverarbeitung oder im Umgang mit eigenen Bedürfnissen und Emotionen statt. Wichtige Bereiche in der frühen kindlichen Entwicklung umfassen demnach Grob- und Feinmotorik, Wahrnehmung, Denken, Sprache, soziale Beziehungen, Selbstregulation und Gefühle bzw. Emotionen (Pauen, 2011). Diese Bereiche lassen sich allerdings nicht streng voneinander trennen, sondern sind eng miteinander verknüpft und weisen eine hohe individuelle Variabilität auf – jedes Kind bewältigt die Schritte auf seine Weise und in seiner Reihenfolge. Eine Übersicht über die jeweiligen frühkindlichen Entwicklungsbereiche und der dazugehörigen Aufgaben bzw. Bewältigungsfelder findet sich in Tabelle 2.

Tabelle 2

Übersicht über wichtige frühkindliche Entwicklungsbereiche in den ersten drei Jahren aus Pauen (2011) und Pauen et al. (2014)

Entwicklungsbereich	Entwicklungsaufgaben
Grobmotorik	Kopf-, Bein- und Rumpfkontrolle, Fortbewegung, Balance, Hüpfen, Werfen, Fangen
Feinmotorik	Hand- und Körperkoordination, Objekte greifen und halten, Gegenstände manipulieren, Essen, Trinken, Zeichnen, An- und Ausziehen
Wahrnehmung	Sehen, Hören, Erinnern
Denken	Darstellen, Symbolisieren, räumliches Denken, Planen
Sprache	Laute, Silben, Worte, Sätze verstehen und sprechen
Soziale Beziehungen	Regulation von Nähe/Distanz, vorsprachliche, nonverbale Kommunikation, Unterscheidung von fremden/vertrauten Personen, gemeinsame Bezüge herstellen, Kooperation im Alltag
Selbstregulation	Impulse, Gefühle, Schlaf, Ausscheidung
Gefühle	Einfache und komplexe Gefühle zeigen, über Gefühle reden

Auch wenn in den ersten Jahren die wichtigsten Entwicklungsschritte durchlaufen werden und dadurch der Weg für weitere Erfahrungs- und Lernmöglichkeiten geebnet wird, findet sich das Kind im weiteren Leben ebenfalls mit bestimmten Aufgaben konfrontiert, die es zu bewältigen gilt. Ab dem Kindergarten- bis über das Vorschulalter lernen Kinder vermehrt, ihr Verhalten und ihre Emotionen selbst zu regulieren und benötigen dafür immer weniger Unterstützung von ihren Eltern bzw. ihrer Bezugsperson. Dadurch sind sie in der Lage, ihre Aktivitäten besser zu planen, einfache Konflikte selbst zu lösen und auch mit Gleichaltrigen besser und konzentrierter zu spielen (Koglin & Petermann, 2013). Mit dem Übergang in den Kindergarten bzw. in die Vorschulzeit differenziert sich die kindliche Sprache weiter aus, außerdem lernt das Kind, seine Wünsche und Bedürfnisse immer detaillierter und präziser mitzuteilen. Aufgrund der verbesserten Aufmerksamkeitsfähigkeit und der kognitiven Ausdifferenzierungsmöglichkeiten wird die Fantasie angeregt und Normen, Grenzen und

Regeln können besser verstanden und eingehalten werden. Zudem entwickeln Kinder die Fähigkeit, sich in andere hineinzuversetzen, deren Perspektive zu übernehmen und darauf aufbauend Empathie zu zeigen. Auch die emotionale Entwicklung wird weiter ausgebaut, da sich der Kreis der Kontaktpersonen von den Eltern und engsten Vertrauten hinzu Gleichaltrigen, Freunden und anderen Personen ausweitet. Weitere Beziehungserfahrungen werden geschaffen und die eigene Selbstregulation und Frustrationstoleranz kann verbessert werden (Koglin & Petermann, 2013). Auch in der weiteren Entwicklung vom Grundschulkind über die Pubertät bis hin zum Erwachsenenalter werden Kinder bzw. Jugendliche immer wieder vor neue und herausfordernde Entwicklungsaufgaben gestellt, die es zu meistern bedarf, welche aber in der vorliegenden Arbeit nicht weiter behandelt werden.

2.2. Exkurs: Kinder psychisch kranker Eltern

Wie in den vorausgehenden Kapiteln bereits beschrieben, stellen die ersten Lebensjahre eines Kindes eine wichtige und bedeutsame Phase in der kindlichen Entwicklung dar. Was geschieht allerdings, wenn im Laufe des kindlichen Lebens und der damit zusammenhängenden Entwicklung Störungen auftreten und wie können sich diese äußern? Da die kindliche Entwicklung ein extrem breites Gebiet umfasst, können natürlich auch Störungen in jedem dieser Bereiche ansetzen, sich ausbreiten und von vielen Faktoren beeinflusst werden. Im Folgenden soll ins Besondere auf die Auswirkungen von psychischen Erkrankungen der Eltern als einen bedeutenden Störfaktor eingegangen werden, da sie auf die soziale und emotionale Entwicklung der Kinder einwirken können. Dieser Ausblick soll wichtige Aspekte und Faktoren sowohl auf kindlicher als auch auf elterlicher Seite beschreiben, welche in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen auftreten können und relevant sind. Da besonders maternale Angststörungen in dieser Arbeit von Interesse sind, dient das folgende Kapitel als Vorbereitung und Überblick. Es soll den Weg ebnen, die Auswirkungen maternaler Angst im Nachfolgenden zu verdeutlichen und besser verstehen zu können.

2.2.1. Kinder psychisch kranker Eltern als besondere Risikogruppe

Es ist kein Geheimnis, dass Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen eine Risikogruppe darstellen und in ihrer Entwicklung mit zusätzlichen Belastungen und Beeinträchtigungen konfrontiert werden. Gerade im Hinblick auf die Entstehung bzw. den Beginn vieler psychischer Störungen in der Kindheit, ist dieses Thema von besonderer Relevanz. Viele wissenschaftliche Arbeiten konnten bisher belegen, dass die Wahrscheinlichkeit, bestimmte psychische Erkrankungen zu entwickeln bzw. Störungen in der Entwicklung zu erleben, erhöht ist, wenn ein leiblicher Elternteil oder aber auch nahe Verwandte von einer psychischen Erkrankung betroffen sind (Lenz, 2005; Mattejat & Remschmidt, 2008; Wiegand-Grefe, Geers, Plaß, Petermann, & Riedesser, 2009). In einer Studie von Wiegand-Grefe et al. (2009) werden drei- bis siebenfach erhöhte Auffälligkeitsraten im Vergleich zur Normalbevölkerung berichtet. In dieser Studie wurden knapp 50% der Kinder von ihren Eltern als klinisch bzw. grenzwertig auffälliger eingeschätzt und beurteilt. Es wurden hier auch positive Zusammenhänge zwischen der subjektiven Beeinträchtigung der Eltern durch „Angst“ oder „Somatisierung“ und dem Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten bei ihren Kindern berichtet. Nicht nur die Wahrscheinlichkeit an derselben Störung eines Eltern-

teils zu erkranken ist erhöht, Kinder psychisch kranker Eltern zeigen auch insgesamt ein allgemein höheres Risiko, irgendeine psychische Erkrankung zu entwickeln (Mattejat & Remschmidt, 2008).

Bereits während der Schwangerschaft kann sich eine psychische Störung der Mutter auf den noch ungeborenen Säugling auswirken. Pränatal gestresste Kinder können im Kleinkind- bzw. Säuglingsalter eine erhöhte Erregbarkeit und vermehrt Regulationsstörungen aufweisen. Dadurch können auf der einen Seite emotionale Schwierigkeiten sowie Verhaltensauffälligkeiten entstehen und sich auf der anderen Seite Verzögerungen in der kognitiven und motorischen Entwicklung ergeben (Petermann, Petermann, & Damm, 2008). Ebenso können psychische Störungen der Mutter im Säuglings- bzw. Kleinkindalter Einschränkungen im Bereich der Empathiefähigkeit und emotionalen Verfügbarkeit bewirken und die mütterliche Feinfühligkeit betreffen, wodurch die Mutter beispielsweise die kindlichen Signale nur vermindert wahrnehmen kann und nicht prompt und angemessen darauf reagiert. Außerdem können Blickkontakt, eine positive Interaktion, die Sprechweise oder die Imitationsfähigkeit reduziert sein (Mattejat & Remschmidt, 2008). Werden die Kinder älter, kann sich die maternale Psychopathologie auch auf andere Bereiche ausweiten. So können Kinder als schwieriger wahrgenommen werden, die Durchsetzungskraft und Grenzziehung bzw. Regelsetzung ist oftmals vermindert und die Mütter zeigen weniger Initiative, das kindliche Selbstwertgefühl zu stärken. Daneben können Mütter überängstlich reagieren und so das Kind in seiner Exploration einschränken. Nicht selten werden die Kinder auch in das Krankheitssystem der Eltern oder eines Elternteils miteinbezogen (Mattejat & Remschmidt, 2008).

Die psychische Verfassung der Mutter, sowohl prä- als auch postpartal stellt einen der frühesten und gravierendsten Einflussfaktor im Leben eines Kindes dar und erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder im Schulalter eine suboptimale globale, kognitive oder sozio-emotionale Entfaltung bzw. Verhaltensentwicklung erfahren (Kingston & Tough, 2014). Auch Mäntymaa et al. (2009) konnten in ihrer Studie bestätigen, dass es eine Kontinuität bzw. ein Fortbestehen früher emotionaler Schwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten bis ins Vorschulalter gibt. Sie fanden eine Korrelation zwischen der mütterlichen und kindlichen Interaktion mit zwei Jahren und kindlichen emotionalen und Verhaltensproblemen mit fünf Jahren. Entscheidend für die kindliche Entwicklung waren hierbei die Sensitivität der Mutter bzw. eine opti-

male Gestaltung der Interaktion, welche durch die maternale Psychopathologie beeinträchtigt sein konnten.

Natürlich können nicht alle elterlichen psychischen Störungen über einen Kamm geschert werden, allerdings haben Befunde gezeigt, dass nicht nur die Eigenschaften bestimmter Erkrankungen ausschlaggebend sind, sondern vielmehr auch die Chronizität, die Dauer, der Schweregrad und die Komorbiditäten bzw. die mit der Störung verbundenen Beeinträchtigungen eine Rolle spielen und sich auf die Kinder auswirken können (Kingston & Tough, 2014; Petermann & Resch, 2013).

2.2.2. Transgenerationale Transmission psychischer Störungen sowie interne und externe Risikofaktoren

Durch die Bedeutsamkeit der elterlichen Störung ist daher eine familiäre und transgenerationale Betrachtungsweise unerlässlich, da die Komplexität psychischer Erkrankungen oftmals über Generationen weitergegeben werden kann. Allerdings kann dadurch nicht das komplette Erkrankungsrisiko erklärt werden. Die Weitergabe bzw. die Transmission einer Störung kann von vielen weiteren Faktoren abhängig sein, welche im Folgenden genauer betrachtet werden. Die familiäre und transgenerationale Weitergabe psychischer Störungen kann durch risikomodierte Gene oder individuumspezifische bzw. familiäre Umgebungsfaktoren beeinflusst werden (Lieb & Knappe, 2011). Es spielen somit Anlage- als auch Umweltfaktoren eine große Rolle und wirken auf vielfältige, oft unerklärliche und individuelle Art und Weise zusammen. Auf der einen Seite liegt eine Anlage-Umwelt-Korrelation vor, welche besagt, dass man seine Umwelt aufgrund der genetischen Ausstattung selbst gestaltet. Auf der anderen Seite findet eine Anlage-Umwelt-Interaktion statt, da das Individuum aufgrund der genetischen Ausstattung auf eine bestimmte Weise auf die Umwelt reagiert (Lieb & Knappe, 2011). Es liegt also eine Wechselwirkung zwischen Genen und Umwelteinflüssen vor, die durch individuelle und universelle Lernerfahrungen begleitet werden. Bevor das Kind auf die Welt kommt, werden wichtige Schritte der Gehirnentwicklung primär durch die genetische Ausstattung beeinflusst. In den Jahren danach sind die vielfältigen Prozesse im Hinblick auf sprachliche, sensomotorische, emotionale und kognitive Entwicklung und Erfahrung sowohl von internen Reifungsprozessen als auch von Umwelteinflüssen sowie universellen Lernerfahrungen abhängig (Petermann et al., 2008). Während sensibler Phasen werden bestimmte synaptische Verbindungen verstärkt und optimiert, welche wichtige emotionale Umwelteinflüsse verarbeiten sowie andere Verschaltungen abgebaut, die nicht mehr benötigt

werden. Wenn in dieser Zeit bestimmte Aufgaben bzw. Erfahrungen aufgrund der maternalen psychischen Erkrankung nicht gemacht werden können, kann dies zu lebenslangen Beeinträchtigungen bzw. Defiziten führen, da diese ersten Lernprozesse relativ stabil gefestigt sind (Petermann et al., 2008). Nach Petermann et al. (2008) werden demnach wichtige Entwicklungsprozesse in der frühen Kindheit über Umwelterfahrungen und neurobiologische Vorgänge wie zum Beispiel dem Auf- und Abbau von synaptischen Verbindungen weitergegeben.

Die Transmission psychischer Störungen der Mutter an ihr Kind wird auch durch die Anfälligkeit bzw. die Empfindlichkeit des Kindes beeinflusst, auf Abweichungen, Belastungen oder Störungen zu reagieren. Diese Anfälligkeit wird als „Vulnerabilität“ bezeichnet und beschreibt eine seelische Verwundbarkeit bzw. Empfindlichkeit gegenüber bestimmten Umweltbedingungen (Heinrichs & Lohaus, 2011; Höwler, 2016; Petermann & Resch, 2013). Es kann hier auf der einen Seite die genetische Disposition eine Rolle spielen, welche man als primäre Vulnerabilität beschreibt und die das Kind von Geburt an aufweist. Auf der anderen Seite bezeichnet man die Anfälligkeiten, die das Kind in der Auseinandersetzung mit seiner Umwelt erhält als sekundäre Vulnerabilität (Petermann & Resch, 2013). Ein Beispiel hierfür wäre ein negatives Bindungsverhalten, welches das Kind in der Auseinandersetzung mit seiner Mutter erfährt und wodurch Defizite bzw. Anfälligkeiten in der kognitiven oder sozial-emotionalen Entwicklung entstehen können. Des Weiteren kann das Kind mit einem schwierigen Temperament auf die Welt kommen, wodurch beispielsweise die Mutter-Kind-Interaktion negativ beeinflusst werden und das Kind somit ebenfalls anfälliger für Entwicklungsprobleme sein kann. Die Vulnerabilität eines Kindes kann die Auswirkungen von möglichen Risikofaktoren auf die kindliche Entwicklung moderieren, was bedeutet, dass bei sehr anfälligen Kindern bereits eine geringe Anzahl an Risikofaktoren ausreichen, um Probleme zu begünstigen. Die Vulnerabilität kann also erst durch die Interaktion mit Risikofaktoren auf den Prüfstand gestellt werden und wirkt dadurch indirekt (Petermann & Resch, 2013). Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Anfälligkeit für eine psychische Störung zwar vererbt wird, die weitere Entwicklung allerdings von den Umwelt- bzw. Risikofaktoren abhängig ist (Wiegand-Grefe & Petermann, 2016).

Woraus können nun aber solche Risikofaktoren bestehen und welche Aspekte fördern die Weitergabe bzw. die Transmission einer psychischen Erkrankung von der Mutter an das Kind? Es können hier verschiedene interne und externe Faktoren un-

terschieden werden, die das Kind selbst oder die Eltern bzw. die Mutter und die Familie betreffen. Ebenso stellen psychosoziale Risikofaktoren eine Belastung dar. Als Risikofaktor wird die erhöhte Wahrscheinlichkeit bezeichnet, wenn aufgrund von spezifischen Merkmalen, besonderen Erfahrungen oder Ereignissen, genetischen Prädispositionen oder Umweltkonstellationen Entwicklungsabweichungen entstehen, wodurch bestimmte Krankheiten oder Störungen begünstigt werden (Heinrichs & Lohaus, 2011; Höwler, 2016; Petermann & Resch, 2013).

Als interne, also kind- bzw. personenbezogene Faktoren werden biologische oder psychologische Aspekte angesehen, die auch die Vulnerabilität des Kindes umfassen. Hierzu zählen unter anderem prä- und perinatale Bedingungen wie genetische Defekte, Frühgeburt, Geburtskomplikationen, Fehl- oder Missbildungen oder Infektionen (Heinrichs & Lohaus, 2011; Petermann & Resch, 2013; Wiegand-Grefe et al., 2009). Postnatale Faktoren umfassen die frühkindliche Bedürfnisregulation, die Bindung zur Bezugsperson, das Temperament des Kindes sowie intellektuelle und soziale Kompetenzen. Gelingt beispielsweise eine frühe gegenseitige Regulation zwischen Mutter und Kind nicht, kann die Interaktion zwischen beiden negativ behaftet sein und weitere Probleme mit sich bringen. Überdies hinaus kann eine unsichere Bindung zur Bezugsperson entstehen, wenn das emotionale Band nicht gefestigt werden konnte und somit das Bedürfnis nach Sicherheit und Nähe nicht ausreichend befriedigt wurde (Heinrichs & Lohaus, 2011). Auch Alter und Geschlecht des Kindes können einen Risikofaktor darstellen und gravierende Auswirkungen haben, wenn das Kind bei der Ersterkrankung der Mutter sehr jung ist. Diese beiden Faktoren haben hier eine moderierende Funktion für das Risiko psychischer Auffälligkeiten – Jungen neigen besonders in der frühen Kindheit vor allem zu externalisierenden Störungen, wohingegen Mädchen eher internalisierende Auffälligkeiten in der Pubertät zeigen (Wiegand-Grefe & Petermann, 2016). Die genaueren Besonderheiten hinsichtlich Alter und Geschlecht im Hinblick auf die Auswirkungen von psychischen Erkrankungen werden in Kapitel 2.2.4. detaillierter beschrieben.

Auf Seiten der Eltern bzw. der Mutter können Faktoren wie Medikamentenmissbrauch, Drogen, Mangel- oder Fehlernährung während und nach der Schwangerschaft als Risiko für eine mögliche Beeinträchtigung des Kindes gesehen werden (Petermann & Resch, 2013). Ebenso stellt, wie bereits erwähnt, die psychische Erkrankung bzw. die Diagnose der Mutter oder der Eltern einen ungünstigen Faktor dar. In diesem Zuge ist ins Besondere die elterliche Krankheitsverarbeitung relevant.

Die Erkrankung zu tabuisieren oder zu verleugnen, bedeutet ein Risiko für die Befindlichkeit, Emotionalität und Sicherheit der Kinder (Wiegand-Grefe & Petermann, 2016). Außerdem erschwert es die Möglichkeit, konstante Verlässlichkeit von den Eltern zu erfahren und diese als standhaftes Vorbild zu nehmen. Durch eingeschränkte Erziehungskompetenzen und elterliches Verhalten kann es zu Bindungs- und Beziehungsstörungen kommen, was sich auch auf die spätere Eltern-Kind-Beziehung und die kindliche Entwicklung auswirken kann. Bereits im Säuglingsalter können Störungen der elterlichen Fähigkeit und Defizite in der Interaktion auftreten, wodurch eine sichere und stabile Bindung zu ihrem Kind kaum hergestellt werden kann (Wiegand-Grefe & Petermann, 2016). Durch Ablehnung, Vernachlässigung, mangelnde emotionale Zuwendung, Überbehütung, Verwöhnung, zu starke emotionale Bindung oder inkonsequente bzw. widersprüchliche Erziehung, kann das Kind beeinträchtigt und in seiner Entwicklung zu einer selbstständigen, selbstbewussten und autonomen Persönlichkeit gehindert werden (Höwler, 2016). Auch die Beziehung der Eltern zueinander und das familiäre Klima kann ein Risikofaktor für das Kind sein (Wiegand-Grefe et al., 2009; Wiegand-Grefe & Petermann, 2016).

Hinsichtlich psychosozialer und familiärer Stressoren lassen sich Faktoren wie ein niedriger sozioökonomischer Status, Armut, Instabilität der Lebensbedingungen kulturelle Diskrimination oder unzureichende Wohnverhältnisse nennen (Mattejat & Remschmidt, 2008; Petermann & Resch, 2013; Ravens-Sieberer, Wille, Bettge, & Erhart, 2007; Wiegand-Grefe et al., 2009). Auch ein niedriger Ausbildungsstand, der Berufsstatus bzw. Arbeitslosigkeit können ebenso eine Rolle spielen, wie fehlende soziale Unterstützung und soziale Isolation (Lenz, 2005; Mattejat & Remschmidt, 2008). Das gesamte Umfeld des Kindes kann somit betroffen sein und auf vielfältige Weise eine mögliche Beeinträchtigung mit sich bringen.

Wie man in Abbildung 2 gut erkennen kann, stehen einer guten und förderlichen kindlichen Entwicklung eine Masse an Risikofaktoren und Schwierigkeiten entgegen und können diese negativ beeinflussen. Allerdings konnte gezeigt werden, dass nicht die Art der Risikofaktoren entscheidend ist, sondern die Anzahl der vorhandenen Schwierigkeiten bzw. Beeinträchtigungen. Die Effekte addieren sich nicht nur, sondern verstärken sich vielmehr gegenseitig (Mattejat et al., 2000 zitiert nach Höwler, 2016; Petermann & Resch, 2013). Insgesamt lässt sich das Zusammenwirken von verschiedensten Faktoren in der prä- und postnatalen Entwicklung in Abbil-

Abbildung 2 noch einmal übersichtlich veranschaulichen und gibt einen guten Überblick über mögliche Einflüsse und Beeinträchtigungswege.

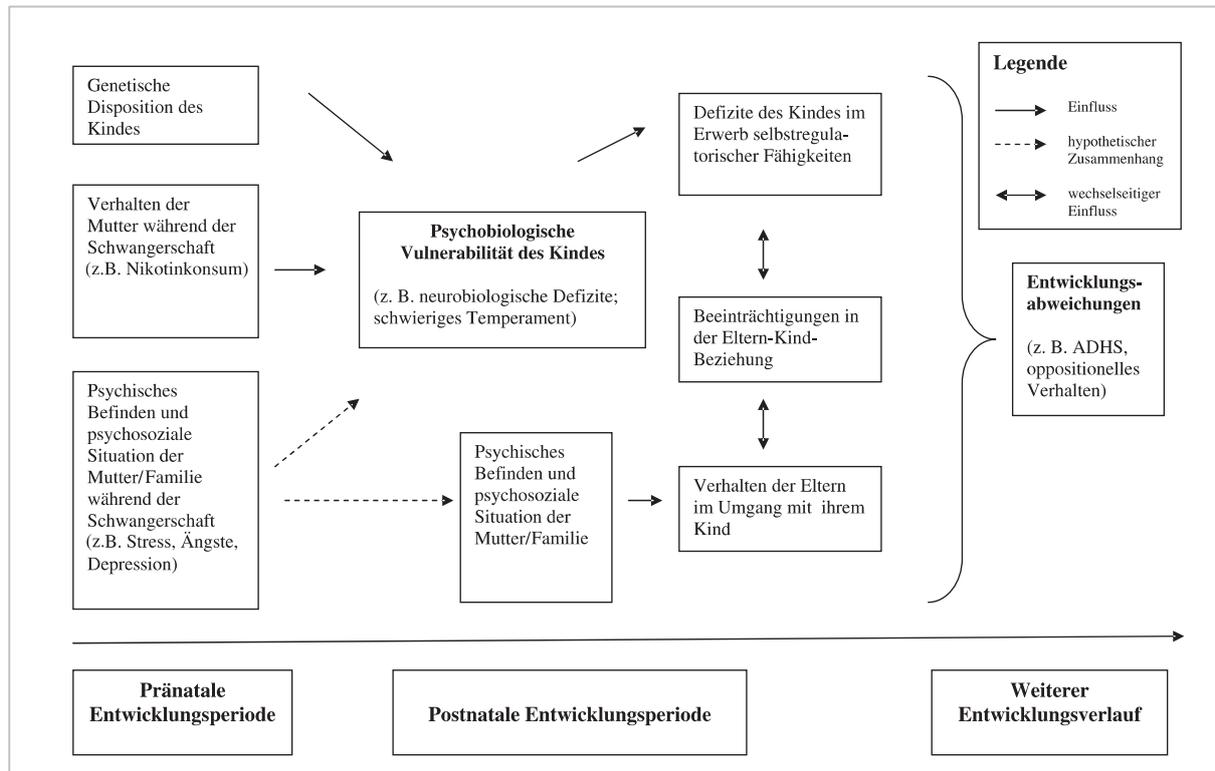


Abbildung 2. Übersicht über das Zusammenwirken relevanter Faktoren in prä- und postnataler Periode und im weiteren Entwicklungsverlauf nach Petermann et al. (2008).

2.2.3. Kindliches Temperament und behaviorale Inhibition

Wie bereits erwähnt und in Abbildung 2 ersichtlich ist, kann das kindliche Temperament ebenfalls einen Risikofaktor hinsichtlich der Beeinträchtigung und Entwicklung von psychischen Störungen darstellen. Dieses Konstrukt wird daher im Folgenden nochmals herausgegriffen und genauer betrachtet, da es auch im Zusammenhang mit maternalen Angststörungen relevant und somit für das weitere Verständnis wichtig ist.

Für die Entwicklung des Kindes ist nicht nur die Fähigkeit wichtig, erfolgreich seine eigenen Emotionen zu regulieren, auch die Kontrolle bzw. der Umgang mit dem eigenen Temperament spielt eine nicht zu verachtende Rolle. Durch individuelle Temperamenteigenschaften bringt das Kind eine gewisse Bereitschaft mit, auf externe und interne Reize emotional zu reagieren. Temperament beschreibt demnach die physiologischen und konstitutionellen Grundlagen, die später die Persönlichkeit eines Menschen formen (Möhler & Resch, 2014). Es umfasst stabile emotionale und behaviorale Verhaltensreaktionen, wie Ausdauer, Regelmäßigkeit oder Intensität,

welche bereits sehr früh beobachtbar sind. Diese Reaktionsmuster haben eine genetische Komponente und stehen in Zusammenhang mit pränatalem Verhalten (Lohaus & Vierhaus, 2013). Petermann und Resch (2013) bezeichnen Temperamentsmerkmale als interindividuelle Unterschiede, die ontogenetisch verankert sind und durch erbliche und psychosoziale Einflüsse modifiziert werden. Aufgrund ihrer genetischen Disposition beeinflussen Temperamentsfaktoren die Responsivität und Spontanaktivität des Kindes auf seine Umwelt.

Das Konstrukt des Temperaments umfasst aus diesen Gründen einen differenziellen Aspekt, da es sich auf individuelle Unterschiede und nicht auf universelle Erscheinungen in der Persönlichkeitsentwicklung bezieht. Daneben beinhaltet es biologische Grundlagen einiger Merkmale und tritt bereits im Säuglingsalter auf, wodurch es ein Fundament für die spätere Persönlichkeit darstellt. In Bezug auf andere Verhaltenskomponenten ist es über die Zeit relativ stabil und in seiner Manifestierung und seinem Ausdruck durch Einflüsse aus der Umwelt und durch elterliches Verhalten beeinflussbar (Goldsmith & Rieser-Danner, 1986 zitiert aus Möhler & Resch, 2014). Auf Basis heutiger Erkenntnisse kann dem elterlichen Verhalten, vor allem der Responsivität der Mutter, eine grundlegende Rolle zugeschrieben werden. Elterliches Verhalten kann sowohl Ursache als auch Folge des kindlichen Verhaltens sein (Lohaus & Vierhaus, 2013). Säuglinge unterscheiden sich bereits von Anfang an in ihren Verhaltensdimensionen und ihren Eigenschaften, was als erster Ausdruck kindlichen Temperaments aufgefasst wird und so eine wichtige Bestimmungsgröße für das elterliche Verhalten darstellt. Vergleicht man beispielsweise ungefähr gleichalte Säuglinge miteinander, kann man gut erkennen, dass jedes Kind individuelle und unterschiedlichste Verhaltensweisen und Eigenschaften an den Tag legt, die auch über die weitere Entwicklung relativ stabil bleiben, was den meisten Eltern intuitiv bewusst ist und wovon diese nur zu gut berichten können. Aufgrund dieser Unterschiede können drei verschiedene Temperamentstypen voneinander abgegrenzt werden, welche auf Temperamentsdimensionen, wie Aktivität, Annäherung/Vermeidung, Intensität oder Anpassungsfähigkeit basieren. Es können somit einfache, schwierige und langsam auftauende Kinder differenziert werden (Lohaus & Vierhaus, 2013). Durch die Art und Weise, wie die Temperamenteigenschaften des Kindes und die Erwartungen des sozialen Umfeldes zusammen passen, wird im positiven Fall die emotionale Entwicklung des Kindes begünstigt und dadurch das kindliche Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl gefördert (Lohaus & Vierhaus, 2013). Ne-

gativ gesehen kann beispielsweise ein schwieriges Kind durch sein Verhalten das Bestrafungsverhalten seiner Eltern erhöhen, wodurch wiederum negative kindliche Aktivitäten verstärkt werden können und woraus eine negativere Eltern-Kind-Beziehung resultieren kann.

In Bezug auf stabile und überdauernde Systeme ist die „behaviorale Inhibition“ bzw. Verhaltenshemmung ein wichtiges Konstrukt und kann sowohl bei Säuglingen als auch im Erwachsenenalter nachgewiesen werden. Es müssen hier sowohl genetische Faktoren als auch der Einfluss der Umwelt als relevante Quelle gesehen werden, wobei in den ersten Jahren der genetische Anteil noch überwiegt. Je größer der genetische Anteil der Temperamentsentwicklung ist, desto entscheidender ist es, hinsichtlich der kindlichen Vulnerabilität potenziell modifizierende Faktoren aus der Umwelt zu beachten (Möhler & Resch, 2014). Die Begegnung mit unbekanntem Reizen, Gefühlen oder Situationen kann bei Menschen eine Unsicherheit gegenüber dem Neuen und Unbekannten auslösen und führt dadurch zu einer erhöhten Aufmerksamkeit, einem angespannten Zustand, einer Rückzugsneigung oder einer Schadensvermeidungsreaktion (Kagan, Reznick, Clarke, Snidman, & Garcia-Coll 1984; Lohaus & Vierhaus, 2013). Bei manchen Kindern kann man beispielweise beobachten, dass sie, sobald sie von einer unbekanntem Person angesprochen werden, schüchtern sind, in ihrer Bewegung erstarren oder ihre Handlung unterbrechen und sich ihrer Bezugsperson zuwenden. Andere hingegen verändern ihr Verhalten kaum, sind sogar etwas neugierig und wenden sich dem Neuen zu. Eltern beschreiben ihre Kinder in der Folge als generell schüchtern, vorsichtig oder behutsam bzw. als aufgeschlossen, neugierig oder unerschrocken. Die Reaktionen auf Neues und die damit oftmals verbundene Unsicherheit variieren individuell und weisen starke Differenzen auf. Es können generell zwei Typen unterschieden werden – behavioral inhibierte oder behavioral uninhibierte Personen (Kagan et al., 1984; Möhler & Resch, 2014). Kagan et al. (1984) konnten zeigen, dass uninhibierte Kinder keine sichtbaren Änderungen ihres Verhaltens bei der Konfrontation mit einem neuen und unbekanntem Stimulus zeigten. Behavioral inhibierte Kinder hingegen reagierten mit schüchternem und ängstlichem Verhalten und waren zurückhaltender bzw. sozial gehemmter. Dieses Verhalten konnte auch anhand physiologischer Auffälligkeiten, wie einer erhöhten Herzfrequenz, beobachtet werden. Verhaltensgehemmte Kinder neigen in neuen oder stressreichen Situationen vermehrt zu erhöhter Besorgnis und starkem Unwohlsein (Lohaus & Vierhaus, 2013). An sich wäre an diesen verschiedenen Re-

aktionstendenzen und Verhaltensweisen noch nichts Auffälliges, da jeder Mensch eine andere und individuelle Weise hat, auf unbekannte Reize oder Personen zu reagieren. Allerdings konnte sowohl bei behavioral inhibierten als auch bei uninhibierten Kindern eine deutliche Zeitstabilität des Verhaltens von der frühen Kindheit bis ins Grundschulalter beobachtet werden und die jeweiligen Verhaltensweisen korrelieren mit der Manifestation von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kagan et al., 1984; Möhler & Resch, 2014). Vor allem die maternale Psychopathologie und die Interaktion bzw. Beziehung zwischen Mutter und Kind können hier einen Einfluss haben. Möhler, Parzer, Brunner, Wiebel und Resch (2006) konnten beispielsweise beobachten, dass maternaler pränataler Stress mit einer erhöhten Reaktivität der Säuglinge mit vier Monaten einhergeht. In einer weiteren Studie konnten gezeigt werden, dass es einen Zusammenhang zwischen maternaler depressiver Symptomatik und der kindlichen behavioralen Inhibition gibt (Möhler et al., 2007). Die Temperamenteigenschaft der behavioralen Inhibition kann somit zu einem überkontrollierten gehemmten Verhalten führen und bei einer geringen Fähigkeit zur Regulation von emotionalen Zuständen und einer hohen Reizbarkeit bzw. Erregbarkeit die Entwicklung von Angststörungen oder anderen emotionalen Störungen begünstigen.

2.2.4. Alter und Geschlecht als Risikofaktor im Hinblick auf Selbstregulation und emotionale Ausprägung

Eine psychische Erkrankung der Eltern kann je nach Alter und Entwicklungsstand der Kinder zu unterschiedlichsten Problemen und Auswirkungen führen. Wie in vorhergehenden Abschnitten bereits erwähnt, stellt auch das Alter des Kindes einen Risikofaktor dar, mehr oder weniger von der elterlichen Psychopathologie betroffen zu sein. Je jünger die Kinder sind, umso schwerwiegender wirkt sich eine elterliche Störung aus und umso gravierender können auch die Folgen für die weitere Entwicklung sein. Die frühen Erfahrungen von Selbstwirksamkeit, Kausalität, Kommunikation und sich daraus ergebender Erwartungen und Lerninhalte helfen dem Kind, sich zu entwickeln und eine eigene Persönlichkeitsstruktur aufzubauen. Außerdem sind sie für die weitere kognitive, emotionale und körperliche Entwicklung entscheidend. Gerade hier kann die psychische Erkrankung der Mutter eine große Beeinträchtigung hervorrufen. Die Mütter sind zwar zumeist in der Lage, die Grundbedürfnisse nach Hunger oder Schlaf zu stillen, allerdings kann die Entwicklung einer festen und sicheren Beziehung und Bindung zwischen den beiden Partnern eingeschränkt sein.

In der Mannheimer Risikostudie von Laucht, Esser und Schmidt (2002) wurde beispielsweise gezeigt, dass für die kindliche Entwicklung vor allem die frühe Interaktion zwischen Mutter und Kind entscheidend ist, worauf auch in vorherigen Abschnitten bereits hingewiesen wurde. Kinder postpartal depressiver Mütter wiesen hier bereits im Säuglingsalter signifikant mehr Einschränkungen in kognitiven Fähigkeiten und in der sozialen sowie emotionalen Entwicklung im Vergleich zu Kindern gesunder Mütter auf. Dieser Unterschied blieb bis zu einem Alter von acht Jahren bestehen und erhöhte sich sogar um das Dreifache. Die Entwicklungsdefizite und Auffälligkeiten hingen alle mit der Interaktionsqualität und Reaktivität im Säuglingsalter zusammen. Man kann hier nochmals deutlich sehen, dass vor allem das Alter des Kindes einen Risikofaktor darstellt und diese in der Säuglingszeit und frühen Kindheit besonders anfällig und vulnerabel für Entwicklungsstörungen sind, welche durch die psychische Erkrankung der Mutter „begünstigt“ werden können.

Es wird ebenfalls diskutiert, ob auch das Geschlecht eine Rolle spielt und ob sich psychische Erkrankungen eines Elternteils unterschiedlich auf Jungen und Mädchen auswirken können. Die Befundlage ist hier nicht eindeutig, allerdings gibt es Tendenzen, dass in bestimmten Bereichen eine gesonderte geschlechtsspezifische Betrachtungsweise sinnvoll ist. Insgesamt treten psychische Störungen bis zu einem Alter von 13 Jahren vermehrt bei Jungen auf, danach gleicht sich der Unterschied in etwa an, wobei insgesamt die Häufigkeit mit dem Alter bei beiden Geschlechtern leicht ansteigt (Döpfner, 2013; Ravens-Sieberer et al., 2007). Jungen entwickeln eher dissoziale Störungen oder Störungen durch Substanzmissbrauch, bei Mädchen liegen häufiger Essstörungen oder psychosomatische Störungen vor. Im Hinblick auf Angststörungen und Depressionen lässt sich zeigen, dass diese in der Jugend und im frühen Erwachsenenalter vermehrt bei Mädchen bzw. jungen Frauen vorkommen und bei Jungen eher im Schulalter auftreten (Döpfner, 2013). Auch hinsichtlich der Interaktion und Regulationsfähigkeit können Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen gefunden werden, welche einen Einfluss auf die spätere allgemeine Entwicklung und auf eine mögliche Ausbildung psychischer Störungen haben können. Tronick und Cohn (1989) zeigten beispielsweise, dass sich Mütter und ihre Söhne in einem Alter von sechs und neun Monaten vermehrt in einem aufeinander abgestimmten und koordinierten Zustand befanden als Mütter-Töchter-Dyaden, ebenso wiesen sie eine höhere Synchronie in der „face-to-face“ Interaktion auf. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass Mütter und ihre Söhne das Verhalten und den Ge-

sichtsausdruck des jeweils anderen sorgfältiger beobachten und dadurch den Jungen geholfen wird, ihre Selbstregulation aufrecht zu erhalten (Weinberg, Tronick, Cohn, & Olson, 1999). Es findet also eine geschlechterspezifisch unterschiedliche gegenseitige Interaktion statt, die Auswirkungen auf die weitere emotionale Reaktionsfreudigkeit und die Regulationsfähigkeit haben kann.

Hinsichtlich der emotionalen Regulation konnte beobachtet werden, dass Jungen mehr Schwierigkeiten hatten, eine affektive Regulation aufrechtzuerhalten. Sie zeigten während des vorher bereits vorgestellten Face-to-Face-Still-Face-Paradigmas mehr negativen Affekt, wie Ärger oder Aufregung und weinten mehr (Weinberg et al., 1999). Allerdings verdeutlichten Weinberg, Beeghly, Olson und Tronick (2008) in ihrer Studie, dass Jungen in diesem Paradigma mehr positiven Affekt ausdrückten und sich vermehrt in einem sozialen Spiel mit ihrer Mutter beschäftigten als Mädchen. Mädchen hingegen zeigten mehr gemeinsame Interaktionen, die auf Objekte gerichtet waren und hatten hier auch mehr gemeinsame, aufeinander abgestimmte Zustände. Ebenso konnte man mehr interessiertes mimisches Verhalten in der Interaktion mit ihren Müttern sehen (Weinberg et al., 2008, 1999). Jungen weisen allgemein größere Schwierigkeiten bzw. eine geringere Kapazität in der Selbstregulation auf – die vermehrt positive und negative Affektivität könnte somit darauf hindeuten, dass dies ein Versuch ist, den eigenen Zustand und die eigenen Bedürfnisse ausreichend zu verdeutlichen und aufzuzeigen. Dadurch dauert es bei Mutter-Sohn-Dyaden auch länger, um einen Fehler in der Interaktion zu reparieren und in einen gegenseitig abgestimmten Zustand zurückzukommen (Weinberg et al., 1999). Die „still-face“ Phase der Mutter stellt für das Kind eine große Veränderung in der maternalen Sensitivität und Reaktivität dar und geht daher mit einigen Irritationen einher. Jungen sind hier anfälliger für den Rückzug der maternalen positiven Emotionalität, was wiederum mit der Schwierigkeit in der eigenen Selbstregulation zu tun haben kann. Je sensitiver und positiver die Mutter in der Spielphase davor war, desto eher reagieren Jungen negativ auf das neutrale Gesicht. Mädchen hingegen können sich meist besser selbstregulieren, sie sind durch den Rückzug der Mutter weniger verunsichert und fokussieren vermehrt Objekte. Die diesbezüglich aufgestellte Vermutung legt nahe, dass die Blickabwendung von der Mutter hin zu einem Objekt die eigene Selbstregulation fördert, da Mädchen statt der Mutter ein Objekt zur Regulation zu Hilfe nehmen (Weinberg et al., 1999).

Insgesamt darf man allerdings nicht außer Acht lassen, dass die hier aufgezeigten Befunde Tendenzen und keine festen Muster bzw. geltenden Regeln sind. In jeder Untersuchung kann man auch Jungen sehen, die sich sehr gut selbstregulieren können bzw. Mädchen, die stark an ihrer Mutter hängen oder eher aggressive Symptome an den Tag legen. Daher ist die Befundlage insgesamt nicht eindeutig und es kann nur von einem „Mehr“ bzw. „Weniger“ die Rede sein, nicht von grundsätzlich gültigen geschlechtstypischen Verhaltensweisen.

2.2.5. Resilienz und protektive Faktoren des Kindes

Kinder psychisch kranker Eltern haben mit vielen Belastungen und Schwierigkeiten zu kämpfen und stellen hinsichtlich Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen bzw. -verzögerungen eine besondere Risikogruppe dar. Trotz multipler Risikofaktoren ist jedoch ein Großteil der betroffenen Kinder in der Lage, sich „normal“ und unauffällig zu entwickeln – sie sind scheinbar nicht anfällig für die Störung ihrer Eltern. Wie allerdings lässt sich diese kindliche Resistenz erklären und welche Faktoren unterstützen und helfen betroffenen Kindern?

Jedes Kind kommt mit einem bestimmten Potenzial und Ressourcen auf die Welt, durch die es sein weiteres Leben mitgestalten kann. Ein wichtiges Konzept stellt in diesem Zuge die sogenannte „Resilienz“ dar, die die Widerstandsfähigkeit und psychische Robustheit einer Person gegenüber belastenden Faktoren beschreibt und das Gegenstück zur vorher beschriebenen Vulnerabilität, also der Anfälligkeit bzw. seelischen Verwundbarkeit, bildet (Lenz, 2005; Petermann & Resch, 2013; Wiegand-Grefe et al., 2009; Wiegand-Grefe & Petermann, 2016). Sie kann als ein dynamischer bzw. kompensatorischer und transaktioneller Prozess angesehen werden, wodurch eine positive und gesunde Anpassungsfähigkeit an eine schwierige Umwelt bzw. an widrige Lebensumstände erleichtert wird (Lenz, 2005; Wiegand-Grefe & Petermann, 2016). Allerdings darf die Resilienz eines Kindes nicht als zeitlich stabile Persönlichkeitseigenschaft angesehen werden, vielmehr entwickelt sich diese in einem Zusammenspiel zwischen dem Kind und seiner Umwelt bzw. der jeweiligen Situation und ist eng verknüpft mit der Dauer, der Art und dem Umfang der Belastung (Lenz, 2005; Wiegand-Grefe & Petermann, 2016). Kinder können beispielsweise in einem Entwicklungsabschnitt resilient gegenüber einer bestimmten Bedingung sein, die allerdings zu einem späteren Zeitpunkt Schwierigkeiten oder Probleme hervorruft.

Damit Kinder psychisch kranker Eltern eine Resilienz gegenüber bestimmten Bedingungen entwickeln können, spielen protektive Faktoren bzw. Schutzfaktoren eine wichtige Rolle. Diese lassen sich in personelle, familiäre und soziale Ressourcen unterscheiden und stehen in einer Wechselwirkung miteinander (Wiegand-Grefe & Petermann, 2016). Persönliche Schutzfaktoren des Kindes nehmen für die Bewältigung von belastenden Lebensereignissen und Schwierigkeiten einen hohen Stellenwert ein. Hierzu zählen unter anderem ein ausgeglichenes, einfaches und kontaktfreudiges Temperament, durch das die Beziehung zu den Eltern erleichtert und auch bei anderen Bezugspersonen eher Fürsorge, Aufmerksamkeit und Zuwendung hervorgerufen wird. Ebenso erhalten Kinder mit einem robusten und aktiven Temperament eher Unterstützung und geraten seltener in Kritik oder in Konflikte mit ihren psychisch erkrankten Eltern (Lenz, 2005; Wiegand-Grefe & Petermann, 2016). Resilientere Kinder weisen oftmals auch effektivere Problemlösefähigkeiten und erhöhte Kommunikationskompetenzen auf, zeigen mehr emotionalen Ausdruck und Einfühlungsvermögen und sind mit gut entwickelten Selbsthilfefertigkeiten ausgestattet, wodurch sie versuchen, selbst Lösungen zu finden, neugieriger und aktiver ihre Umwelt erkunden oder aber auch in der Lage sind, andere um Hilfe zu bitten (Lenz, 2005; Wiegand-Grefe & Petermann, 2016).

Weitere persönliche Schutzfaktoren des Kindes stellen ein starkes Selbstvertrauen, ein gutes Selbstwertgefühl und eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung dar. Aufgrund von bestimmten Kompetenzerfahrungen konnten sie ein positives Selbstbild entwickeln, wodurch sie auch vor schwierigen oder neuen Ereignissen nicht zurückschrecken, sondern diese vielmehr als Herausforderung ansehen, da sie sich ihrer eigenen Fähigkeiten bewusst sind. Ebenso haben sie durch das Wissen über die eigenen persönlichen Stärken und Grenzen gelernt, dass sie Umstände und Situationen positiv beeinflussen, verändern und etwas bewirken können (Lenz, 2005; Petermann & Resch, 2013; Wiegand-Grefe & Petermann, 2016). Resiliente Kinder verfügen zudem meist über eine hohe soziale Kompetenz, können sich gut in andere hinein fühlen und zeigen einen ausgeprägten Optimismus. Oftmals sind sie auch verantwortungsbewusster, zielorientierter und selbstständiger und weisen ein hohes Kohärenzgefühl auf, was bedeutet, dass sie ihr Leben und die damit verbundenen Aufgaben als sinnvoll ansehen. Daher lohnt es sich für diese Kinder mehr, sich für die Bewältigung der Anforderungen einzusetzen und diesbezüglich Energie zu investieren (Lenz, 2005).

Neben den protektiven Faktoren auf Seiten des Kindes kann auch die Familie zum Schutz beitragen und das Kind in einer positiven Entwicklung unterstützen. Familiäre Schutzfaktoren können sich auf die psychischen Auffälligkeiten von Kindern positiv auswirken und der Entwicklung von möglichen Störungen entgegenstehen, da sie das Wohlbefinden und die Lebensqualität des Kindes enorm beeinflussen können. Beispielsweise ist das Risiko für die Entwicklung von depressiven oder Angstsymptomen halb so hoch, wenn ein guter Zusammenhalt und ein positives und stärkendes Klima in der Familie vorliegt (Ravens-Sieberer et al., 2007).

Resilientere Kinder haben eine stabile, sichere und feinfühlige Bindung zu ihrer Bezugsperson aufbauen können, wodurch sie in der Entwicklung oben genannter persönlicher Kompetenzen wie einem positiven Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen, Problemlöse- oder Kommunikationsfähigkeiten bzw. Selbstwirksamkeitserwartungen gestärkt wurden. Sie haben durch mindestens eine feste Bezugsperson erfahren, dass diese verlässlich auf die kindlichen Signale eingeht, dem Kind Sicherheit und emotionale Zuneigung zukommen lässt und vor allem in ihrem Verhalten verlässlich für das Kind ist (Lenz, 2005; Wiegand-Grefe & Petermann, 2016). Die Bezugsperson muss hier nicht unbedingt die eigene Mutter sein. Bei einer psychischen Erkrankung der Mutter können auch der andere Elternteil oder nahe Verwandte die Rolle der festen Bezugsperson übernehmen und somit die Einschränkungen der Mutter kompensieren. Ein positives Erziehungsverhalten und eine hohe Kompetenz in der Erziehung fördern zusätzlich die kindliche Resilienz, da das Kind auch hier Wärme und Zuneigung erfährt und gleichzeitig Regeln und Grenzen aufgezeigt bekommt. Durch eine stabile und gute Paarbeziehung kann das Kind Sicherheit und Geborgenheit erleben und lernt, Konflikte und Probleme zu lösen, sich gegenseitig zu unterstützen sowie sich liebevoll und respektierend zu begegnen (Lenz, 2005; Wiegand-Grefe & Petermann, 2016).

Neben den kindlichen Ressourcen und familiären Faktoren kann auch das außersfamiliäre soziale Netzwerk dem Kind zu resilienterem Verhalten verhelfen. Durch die soziale und emotionale Unterstützung von Verwandten, Freunden, Lehrern oder Erziehern ist das Kind gefestigt und in der Lage, die elterliche psychische Erkrankung besser zu kompensieren. Diese Faktoren helfen dem Kind mit der familiären belastenden Situation besser umzugehen und können die individuelle Entwicklung fördern. Durch die Integration in ein soziales System erfährt das Kind Sicherheit, Ver-

trauen und Geborgenheit und hat positive Vorbilder, an denen es sich orientieren kann (Lenz, 2005; Wiegand-Grefe & Petermann, 2016).

Die psychische Erkrankung beider Elternteile oder der Bezugsperson kann somit auf der einen Seite einen großen Risikofaktor für das Kind darstellen und es in seiner Entwicklung und Lernerfahrung bedeutend einschränken, wodurch kindliche Auffälligkeiten, Entwicklungsverzögerungen oder psychische Störungen entstehen können. Auf der anderen Seite bedeutet eine psychische Erkrankung für die Mutter eine enorme Belastung, muss sich aber nicht unbedingt negativ oder nachteilig auf das Kind auswirken. Es konnte gezeigt werden, dass es durchaus auch eine große Anzahl an Kindern gibt, die den widrigsten Umständen trotzen und sich „normal“ entwickeln. Daher ist das Forschungsgebiet in Bezug auf die Auswirkungen von elterlichen psychischen Erkrankungen längst nicht vollständig erklärt und es bedarf noch viel Arbeit, um alle beteiligten Faktoren aufzudecken und die Zusammenhänge vollends zu verstehen. In der vorliegenden Arbeit soll diesbezüglich ein Anteil geleistet werden und die Zusammenhänge und Auswirkungen von maternalen Angststörungen auf die Kinder detaillierter betrachtet werden.

2.3. Angststörungen

In der heutigen Zeit sind psychische Erkrankungen weit verbreitet und können sowohl bei Erwachsenen, als auch bereits bei Kindern auftreten. Die Betroffenen müssen sich oftmals mit einer Vielzahl von Anforderungen und Schwierigkeiten auseinandersetzen. Eine psychische Störung kann sich auf das gesamte Umfeld auswirken und viele Einschränkungen bedeuten. Angststörungen stellen neben Depressionen aktuell eine der häufigsten Erkrankungen dar und sind daher im Fokus vieler Studien und Forschungen. Auch in der vorliegenden Arbeit sind vor allem die Auswirkungen von maternalen Angststörungen auf die Interaktion und Beziehung zwischen Mutter und Kind von großem Interesse. Daher wird im Folgenden diese psychische Störung genauer und detaillierter beleuchtet. Es werden die wichtigsten Fakten von Angststörungen im Allgemeinen beschrieben, vor allem prä- und postpartale Ängste tiefergehend betrachtet und die Störungseigenschaften bei Kindern aufgezeigt. Ferner interessiert in dieser Arbeit, wie sich maternale Angststörungen auf die Interaktion mit den Kindern auswirken und wie der Transmissionsweg bzw. die Weitergabe dieser Störung abläuft. Es soll hier genauer auf die Auswirkung der Interaktion eingegangen werden, der in der Weitergabe maternaler Angststörungen eine mögliche Mediatorrolle zu Teil wird. Dieser Abschnitt dient der weiteren Vorbereitung und Hinleitung zu Fragestellung, Hypothesen und Methoden und soll die Absicht der vorliegenden Arbeit verdeutlichen.

2.3.1. Gesunde vs. krankhafte Ängste, allgemeine Aspekte und Erklärungsmodelle

Ängste gehören seit jeher zu einer natürlichen und täglich vorkommenden Reaktion und sind einem Jeden bekannt. Sie stellen neben Freude, Trauer, Wut, Überraschung und Ekel eine der primären Emotionen dar und umfassen einen ganz normalen menschlichen Gefühlszustand. Angst tritt als natürliche Reaktion auf eine Gefahr, auf bedrohliche, ungewisse oder unkontrollierbare Situationen, Ereignisse oder Vorstellungen auf und ist in die Zukunft gerichtet (Morschitzky, 2009; Wittchen & Jacobi, 2004). Ohne die Fähigkeit, Angst zu empfinden, wäre der Mensch schutzlos seiner Umwelt ausgeliefert und könnte sein Überleben nicht ausreichend sichern. Es ist daher eine notwendige und sinnvolle, wenn auch oftmals eher unangenehme oder negative Reaktion auf bestimmte Ereignisse. Das Angstempfinden läuft auf mehreren Ebenen unseres Erlebens und Verhaltens ab. Es gibt einen kognitiven und emotionalen Anteil, also Gedanken und Gefühle, welcher Bereiche wie Denkmuster, Aufmerk-

samkeit, Befürchtungen bzw. gefühlsmäßiges subjektives Erleben der Angst beinhaltet. Durch Erinnern, der Vorstellung der Angst oder selektiv Gelerntem erfolgt eine Beurteilung der Angst. Ebenso äußert sich Angst auch auf einer physiologischen Ebene – sicherlich hat ein jeder schon einmal die damit verbundene körperliche Anspannung, Schwitzen, Zittern, einen beschleunigten Herzschlag oder Atem erlebt und kennt die Alarmreaktionen des eigenen Körpers. Des Weiteren beinhaltet Angstempfinden kognitive, emotionale und körperliche Symptome, es ergibt sich eine Verhaltensreaktion auf motorischer Ebene – wie beispielsweise Starrwerden, Flucht, Panik oder Vermeidung von angstausslösenden Situationen oder Personen (Morschitzky, 2009; Wittchen & Jacobi, 2004). Man kann beispielsweise gelernt haben, dass man sich vor Schlangen in bestimmten Gegenden fürchten sollte bzw. diese dort gefährlich sind. Sieht man eine solche bei einer Wanderung, wird man starr stehen bleiben, sich das Gelernte ins Gedächtnis rufen, einen erhöhten Herzschlag spüren, vielleicht ins Schwitzen kommen und sich zu einer Fluchtreaktion entscheiden. Diese Reaktionen kennzeichnen eine natürliche Anpassungssituation und helfen, Gefahren in bestimmten Situationen zu vermeiden und so zu überleben. All diese Komponenten spielen allerdings auch bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Ängsten eine große Rolle und können bei einer übersteigerten Wahrnehmung, einer damit verbundenen intensiven Beschäftigung und übertriebenem Verhalten zu Problemen führen, die normale Ängste und die damit verbundenen Reaktionen übertreffen und ins Krankhafte führen. Das Angst-Stress-Reaktionssystem ist gestört, die Angst nicht mehr angemessen und es kann so zu erheblichen Einschränkungen und Belastungen für die betroffene Person kommen (Wittchen & Jacobi, 2004).

Adolph, Schneider und Margraf (2016) konnten zeigen, dass schätzungsweise ein Drittel der Allgemeinbevölkerung innerhalb eines Jahres zumindest an einem der Hauptsymptome einer Angststörung leidet und im Verlauf eines Lebens sicherlich zwei Drittel ein oder mehr dieser Symptome zeigen. Allerdings entwickeln weit nicht alle Betroffenen auch eine diagnostizierte Angststörung. Man kann hier gut erkennen, wie weitverbreitet und häufig angstbezogene Auffälligkeiten und subklinische Symptome sind. Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens an einer diagnostizierten Angststörung zu erkranken, liegt nach Kessler et al. (2005) in den USA bei 29%. In Deutschland liegt die 12-Monats-Prävalenz, eine Angststörung zu entwickeln, bei 15.4% bzw. 15.3%, für unipolare Depressionen beispielsweise bei 8.2% bzw. 7.7% (Jacobi et al., 2016; Jacobi et al., 2014). Frauen sind von dieser Störung doppelt so

häufig betroffen wie Männer, hier liegt das Risiko innerhalb eines Jahres an einer Angststörung zu erkranken bei 21.4% im Gegensatz zu 9.3% bei Männern (American Psychiatric Association, 2015; Jacobi et al., 2016; Wittchen & Jacobi, 2004). Dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern macht sich bereits im mittleren Schulalter bemerkbar – in der Kindheit und im frühen Schulalter ist die Angstsensitivität zwischen Jungen und Mädchen annähernd gleich und verschiebt sich danach in Richtung des weiblichen Geschlechts. Ebenso zeigen Frauen mehr Kriterien schwerer Angstsymptome als Männer, haben höhere Ängste und sind vermehrt betroffen (Adolph, Schneider, & Margraf, 2016). Angststörungen können bereits während der Kindheit und Jugend ihre ersten Ursprünge haben – bis zu 60% der Ersterkrankungen manifestieren sich bereits vor dem 21. Lebensjahr (Wittchen & Jacobi, 2004). Daher ist es bei dieser Art der Erkrankung wichtig, bereits frühe Anzeichen zu erkennen und diesen entgegenzuwirken, um eine mögliche Manifestation verringern oder sogar abwenden zu können.

Zur Entstehung von Angststörungen gibt es viele Erklärungsmodelle und Faktoren, die die Manifestation einer Erkrankung begünstigen und spezifisch für die jeweiligen Subtypen sind. Wie anfangs bereits erwähnt, haben Angst und Furcht eine evolutionäre Komponente, daher kann die Anfälligkeit für bestimmte Ängste als eine Art vererbte Reaktionsbereitschaft verstanden werden. Viele Angstreaktionen sind angeboren, gehen auf entsprechende Schlüsselreize zurück und haben vor allem einen großen überlebenswichtigen Anteil. Dies betrifft beispielsweise die Angst vor bestimmten Tieren, vor Dunkelheit, Gewitter oder Höhen (Morschitzky, 2009). Diese Ängste sind seit jeher in unseren Genen verankert und lassen sich nicht so leicht auslöschen. Dem hingegen gibt es kaum Ängste, die neuere Objekte betreffen. Eine Angst vor technischen Geräten, wie beispielsweise einem Fernseher oder vor Autos, gibt es bisher kaum und verdeutlicht den evolutionären Anteil. Es ist also nicht die Angststörung per se angeboren bzw. vererbbar, allerdings eine höhere Vulnerabilität bzw. Prädisposition und Bereitschaft, auf bestimmte Reize verstärkt zu reagieren, was beispielsweise bei einer Sensibilität gegenüber körperlichen Veränderungen zu sehen ist, wodurch die Betroffenen auf innere und äußere Erregungen schneller und intensiver reagieren (Morschitzky, 2009).

Ängste können auch kulturell oder religiös bedingt sein, ebenso löst auch ein negatives Erlebnis nicht gleich eine Phobie oder Angststörung aus, wenn die Person nicht sehr sensibel und vulnerabel ist. Ängste können durch Vorbilder und Beobach-

tungen in sozialen Situationen erlernt werden, was man beispielsweise an der Übertragung bestimmter Ängste von Eltern auf ihre Kinder sehen kann (Morschitzky, 2009). Daneben spielen auch kognitive Aspekte eine große Rolle, die Bewertung und Einschätzung vieler Situationen ist bei ängstlichen Personen oftmals verzerrt, dabei sehen sie Vieles als bedrohlicher oder gefährlicher, was hingegen der Großteil der Bevölkerung als normal annimmt. Die Aufrechterhaltung erfolgt demnach durch die Speicherung von kognitiven Schemata und der falschen Zuschreibung von Ursachen (Morschitzky, 2009). Im Allgemeinen lässt sich festhalten, dass bei Angststörungen der normale Angst-/Stressmechanismus nicht richtig funktioniert, somit fehlgesteuert ist und dass vor allem Vermeidungsreaktionen eine Festigung bewirken können (Wittchen & Jacobi, 2004).

Es werden neben diesen erlernten und angeborenen Faktoren auch psychosoziale Faktoren diskutiert, die bei der Entstehung und Aufrechterhaltung eine Rolle spielen. Hierzu zählen beispielsweise der familiäre Einfluss bzw. Belastungsfaktoren in der Familie, bestimmte Temperamentsmerkmale, ein ungünstiger Erziehungsstil oder verzerrte Fehlannahmen, Stile und Denkweisen bzw. ein erhöhtes Kontrollbedürfnis (Bandelow, Lichte, Rudolf, Wiltink, & Beutel, 2015; Wittchen & Jacobi, 2004). Als Risikofaktor gelten auch ein niedriges Einkommen und der Zustand der aktuellen Erwerbstätigkeit. Außerdem weisen Personen mit schweren Angstsymptomen vermehrt einen niedrigen sozioökonomischen Status auf. Es liegen hier häufiger Sorgen und Ängste vor, die das tägliche Leben betreffen und erhöhen so die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung (Adolph et al., 2016).

Angststörungen sind Erkrankungen, die überdurchschnittlich häufig in Zusammenhang mit anderen psychischen Erkrankungen auftreten können, Teil oder Ursache davon sind, diese begünstigen oder als Folge einer Störung zurückbleiben (Morschitzky, 2009; Wittchen & Jacobi, 2004). Diese Komorbiditäten sind nicht selten und vor allem in Zusammenhang und in Wechselwirkung mit Depressionen, somatoformen Störungen oder Alkoholabhängigkeit zu beobachten (Wittchen & Jacobi, 2004). Eine detaillierte Übersicht hierzu ist in folgendem Kapitel ausgeführt.

Im Allgemeinen sind psychische Angststörungen stärker ausgeprägt und dauern länger als „normale“ Ängste, was bedeutet, dass sie über einen längeren Zeitraum – ungefähr sechs Monate – vorliegen müssen. Auch die reale Furcht bzw. Gefahr wird meist überschätzt, ist in der Kultur und dem Entwicklungsstand unangemessen und gilt als unverhältnismäßig. Für die Betroffenen muss die Störung auf

klinisch bedeutsame Weise Leiden oder Beeinträchtigungen hervorrufen, die sich auch auf soziale, schulische oder berufliche Bereiche ausweiten können. Ebenso wichtig ist es, das jeweilige Störungsbild von anderen Erkrankungen abzugrenzen, sodass dieses nicht durch andere psychische Störungen besser erklärt werden kann (American Psychiatric Association, 2015).

2.3.2. Merkmale und Besonderheiten spezifischer Angststörungen

Da Ängste in den verschiedensten Kontexten und Situationen auftreten können, werden Subtypen unterschieden, die sich jeweils durch bestimmte Muster und die Art der Angstauslöser unterscheiden. Im Folgenden sollen die wichtigsten Angststörungen einzeln beschrieben werden, wobei die Reihenfolge nach Erstmanifestationsalter gegliedert ist.

Eine bereits in der Kindheit auftretende Erkrankung ist die Störung mit Trennungsangst, wobei eine Trennung von einer engen Bezugsperson oder von zu Hause mit übermäßiger Furcht, Angst oder Vermeidung verbunden ist, die dem Entwicklungsstand nicht angemessen ist. Nach DSM-V sollten die Symptome bei Kindern und Jugendlichen mindestens für vier Wochen, bei Erwachsenen über sechs Monate lang andauern. Betroffene befürchten, dass der Bezugsperson etwas zustoßen könnte oder Ereignisse eintreten, die zu einer Trennung oder dem Verlust einer solchen führen. Auch fällt es oft schwer, alleine zu Hause zu bleiben oder Aktivitäten außer Haus ohne die Bezugsperson auszuführen. Bei Kindern können hier Probleme wie Trauer, sozialer Rückzug oder Konzentrationsschwierigkeiten beim Spielen oder in der Schule auftreten. Betroffene können von Alpträumen geplagt werden und nicht selten äußern sich auch körperliche Symptome wie Kopf-, Bauchschmerzen, Erbrechen oder Übelkeit (American Psychiatric Association, 2015). Die Störung mit Trennungsangst ist die häufigste psychische Erkrankung bei Kindern unter 12 Jahren und tritt vermehrt bei Mädchen auf. Die sechs bis zwölf Monatsprävalenz bei Kindern wird mit ca. 4% angegeben, bei Erwachsenen liegt sie in den USA beispielsweise zwischen 0.9% und 1.9%. Bei dieser Störung nimmt die Prävalenz, also die Auftretenswahrscheinlichkeit von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter ab (American Psychiatric Association, 2015). Der Beginn dieser Störung kann bereits in der Vorschulzeit liegen und bis ins Erwachsenenalter andauern.

Die Erscheinungsformen können über die verschiedenen Altersgruppen variieren. Jüngere Kinder zeigen beispielsweise keine konkreten Ängste oder Befürchtungen, allein die Trennung von der Bezugsperson ist für eine Angstreaktion Grund ge-

nug. Später werden die Sorgen dann definierter und beziehen sich auf Unfälle, Überfälle, Tod oder andere Gefahren, die eine Trennung von der Bezugsperson mit sich bringen würden. Bei Erwachsenen können sich die Befürchtungen auf den Partner oder die Kinder ausweiten und Veränderungen in der Lebensgestaltung betreffen, wie beispielsweise einen Umzug. Oftmals erfolgt hier eine übermäßige Kontrolle über den Verbleib beispielsweise des Partners, sodass es zu Einschränkungen in der Arbeit und der sozialen Umwelt kommen kann (American Psychiatric Association, 2015). Nach DSM-V tritt diese Störung häufig nach belastenden Ereignissen, wie einem Verlust, Umzug oder beispielsweise einer neuen Elternschaft auf und kann auch durch eine Überbehütung und Aufdringlichkeit durch die Eltern zustande kommen.

Angststörungen können sich ebenso im Bereich der spezifischen Phobien äußern. Hier vermeiden oder fürchten Betroffene bestimmte Situationen oder Objekte, die als phobische Stimuli bezeichnet werden. Die Furcht bzw. Angst bezüglich dieser Stimuli ist unangemessen, intensiv, dauerhaft, unmittelbar, stark ausgeprägt und diese werden aktiv vermieden oder nur unter starker Furcht ertragen (American Psychiatric Association, 2015; Wittchen & Jacobi, 2004). Es können hier verschiedene Untergruppen unterschieden werden: So gibt es beispielsweise den Tier-Typ (zum Beispiel Spinnenphobie), Natur-, Umwelt-, Blut-/Spritzen-/Verletzungsbezogene Phobien oder situative Typen. Die Furcht bzw. Angst kann so weit gehen, dass viele Betroffene ihre gesamten Lebensumstände der Phobie anpassen und beispielsweise Umwege in Kauf nehmen oder Arbeitsstellen aufgrund phobischer Stimuli ablehnen. Daher erleben viele Betroffene keine wirkliche Konfrontation mehr mit dem phobischen Stimulus und eine manifeste Angstreaktion fehlt, da das Vermeidungsverhalten ein enormes Ausmaß angenommen hat. Bei 75% der betroffenen Personen liegen mehr als ein phobischer Stimulus vor, es können somit sehr häufig mehrere spezifische Phobien diagnostiziert werden, im Durchschnitt wird von drei Objekten bzw. Situationen ausgegangen (American Psychiatric Association, 2015).

Auch Kinder können von dieser Störung betroffen sein, die Prävalenzrate liegt hier bei ca. 5%, bei Jugendlichen zwischen 13 und 17 Jahren bei 16%. Bei Erwachsenen wird eine 12-Monats-Prävalenz von 7% bis 9% geschätzt, wobei hier Frauen doppelt so häufig betroffen sind wie Männer. Die hohe Prävalenz bei Kindern zeigt, dass diese Störung sich bereits in der frühen Kindheit entwickeln kann, mit einem durchschnittlichen Erkrankungsalter von zehn Jahren (American Psychiatric

Association, 2015). Viele Betroffene können sich meist nicht mehr an eine auslösende Situation erinnern. Allerdings kann es sein, dass sich spezifische Phobien nach einem bedrohlichen oder traumatisierenden Erlebnis, durch das Beobachten eines traumatischen Ereignisses bei anderen Personen oder nach dem eigenen Erleben einer Panikattacke manifestieren. Nach DSM-V erkennen Kinder die Vermeidungsreaktionen von bedrohlichen Situationen oftmals nicht als solche, hier äußert sich die Furcht bzw. Angst vermehrt als Erstarren, Anklammern, Weinen oder in Wutanfällen. Das Risiko neben einer spezifischen Phobie weitere psychische Störungen zu entwickeln ist relativ hoch, wobei die spezifische Phobie aufgrund ihres oftmals frühen Beginns in der Kindheit meist die Ersterkrankung darstellt. Bei älteren Erwachsenen ist sie häufig mit Depressionen begleitet, ansonsten können komorbide Störungen im Bereich von anderen Angststörungen, somatischen Belastungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen oder depressiven und bipolaren Verstimmungen gefunden werden (American Psychiatric Association, 2015). Nach DSM-V können Temperamentsfaktoren wie eine Verhaltenshemmung (behaviorale Inhibition) oder Umweltfaktoren wie überbehütende Eltern oder traumatische Erfahrungen als Risikofaktoren für diese Störung angesehen werden, zusätzlich wird hier eine familiäre Neigung diskutiert.

Eine gesonderte Form der spezifischen Phobie stellt die soziale Phobie bzw. soziale Angststörung dar, die eine eigene Kategorie der Angststörungen umfasst. Diese Phobie kennzeichnet sich durch eine übermäßige, intensive und anhaltende Furcht bzw. Angst vor Leistungssituationen oder vor sozialen Situationen, in denen eine Bewertung bzw. Beurteilung durch Mitmenschen erfolgen könnte. Bei Kindern werden auch Gleichaltrige miteinbezogen und die Furcht zeigt sich nicht nur in Situationen mit Erwachsenen (American Psychiatric Association, 2015; Bandelow et al., 2015; Fydrich, 2009; Wittchen & Jacobi, 2004). Entscheidend ist, dass die betroffene Person befürchtet, von Anderen negativ eingeschätzt zu werden, ängstlich, schwach, dumm oder langweilig zu wirken oder als ungeschickt oder minderwertig zu gelten. Der Aufmerksamkeitsfokus liegt vermehrt auch auf möglichen negativen körperlichen Symptomen, wie Schwitzen, Zittern, Erröten oder Stottern, welche von Anderen bemerkt und negativ beurteilt werden – die betreffende Person fürchtet sich davor, durch ihr Verhalten Andere zu beschämen, was zu einer möglichen Zurückweisung führen kann. Bei Kindern äußert sich die Angst eher im Zurückweichen, Anklammern, Weinen oder einer Unfähigkeit, in sozialen Situationen zu sprechen (American Psychiatric Association, 2015; Bandelow et al., 2015; Fydrich, 2009). Beispielsweise

kann eine Person mit sozialer Phobie das Essen, Trinken oder Schreiben in der Öffentlichkeit aus der Angst heraus vermeiden, dass ihre zitternden Hände auffallen und sie dadurch negativ beurteilt wird.

All diese Befürchtungen führen zu bestimmten Verhaltensweisen, die in drei Kategorien eingeteilt werden können. Entweder reagiert die betroffene Person mit Vermeidung oder einer Flucht aus der Situation und entzieht sich so der Angst. Hier lassen sich bestimmte Verhaltensweisen feststellen, die den Betroffenen in der jeweiligen Situation eine subjektiv höhere Sicherheit geben, wie beispielsweise sich in die letzte Ecke eines Restaurants zu setzen, um nicht gesehen zu werden oder nicht im Mittelpunkt zu stehen. Betroffene Person können auch in der Interaktion mit Anderen oftmals ein ungeschicktes oder weniger kompetentes Verhalten zeigen, welches sich beispielsweise in Einsilbigkeit, Distanziertheit, keinem bzw. scheuen Blickkontakt oder durch Probleme beim Sprechen äußern kann (Fydrich, 2009).

Diese Phobie ist von einer Schüchternheit insofern abzugrenzen, dass sie generalisiert in fast allen sozialen Situationen auftritt und bereits in Vorbereitung auf ein Ereignis entstehen kann. Die Konsequenzen, die aus einer sozialen Situation resultieren können, werden von den Betroffenen meist überschätzt und als weitaus schlimmer bewertet, als sie in Wirklichkeit sind. Oftmals bemerkt man eine soziale Phobie auch im äußerlichen Eindruck einer Person – Betroffene reden eher mit leiser Stimme, haben eine steife Körperhaltung und zeigen einen nicht angemessenen Augenkontakt. Ebenso wirken sie verschlossener, in sich gekehrter und weniger offen bei Gesprächen (American Psychiatric Association, 2015). Die mittlere 12-Monats-Prävalenz für soziale Phobien liegt in Europa bei 2.3%, in den USA ist sie mit 7% etwas höher. Die 12-Monats-Prävalenzen sind für Kinder und Jugendliche ähnlich denen von Erwachsenen und nehmen mit zunehmenden Alter ab. Allgemein erkranken auch hier vermehrt Frauen an einer sozialen Phobie, allerdings konnte in klinischen Stichproben ein ausgewogenes Verhältnis beobachtet werden. Männer waren zum Teil sogar etwas häufiger betroffen, was durch bestimmte Geschlechterrollen und soziale Erwartungen erklärt werden könnte (American Psychiatric Association, 2015; Fydrich, 2009). Auch diese Angststörung hat ihren Beginn in der Kindheit – 75% der erkrankten Personen berichten von einem Ersterkrankungsalter zwischen 8 und 15 Jahren. Diese Erkrankung kann oftmals aus dem Erleben von belastenden oder peinlichen Ereignissen entstehen oder aber sich schleichend entwickeln.

Bestimmte Risikofaktoren wie Temperamenteigenschaften – hier vor allem der Bereich der behavioralen Inhibition –, sozial ängstliches bzw. überbehütetes Verhalten der Eltern bzw. eine allgemeine familiäre Prädisposition können eine Manifestation ebenfalls begünstigen (American Psychiatric Association, 2015; Fydrich, 2009). Die soziale Phobie tritt sehr häufig in Kombination mit anderen psychischen Störungen, wie beispielsweise anderen Angststörungen, Major Depressionen, Substanzkonsumstörungen oder affektiven Störungen auf. Soziale Phobien können komorbid bei bis zu 60% der psychischen Erkrankungen vorliegen (American Psychiatric Association, 2015; Fydrich, 2009).

Auch die sogenannte Panikstörung wird zu den Angststörungen gezählt und ist durch plötzliche, kurzzeitige, abrupt auftretende und unerwartet wiederkehrende Panikattacken charakterisiert. Der Höhepunkt der Angst wird innerhalb von Minuten erreicht und kann aus einem ängstlichen, aber auch aus einem Ruhezustand heraus entstehen. Sie kann somit wie aus heiterem Himmel kommen und muss allerdings mehr als eine Panikattacke beinhalten. Bei einem Anfall müssen mindestens vier von insgesamt 13 körperlichen sowie kognitiven Symbolen auftreten, damit von einer Panikattacke gesprochen werden kann. Diese umfassen beispielsweise Herzklopfen, Schwitzen, Zittern, Erstickungsgefühle, Übelkeit, Kälte- oder Hitzeschauer, Angst die Kontrolle zu verlieren oder eine Derealisation bzw. Depersonalisation (American Psychiatric Association, 2015; Margraf & Schneider, 2009; Schneider & Margraf, 1998; Wittchen & Jacobi, 2004). Bezüglich der Häufigkeit und der Schwere von Panikstörungen können starke Variationen auftreten. Innerhalb mehrerer Wochen bis Monate können regelmäßige Attacken auftreten oder aber auch kurze Ausbrüche mit häufigen Anfällen, die wiederum durch Phasen unterbrochen werden, in denen wenige bis gar keine Attacken zu beobachten sind. Ob eine Person viele oder eher weniger häufig Anfälle hat, ändert nichts an den Symptomen, die vorzuliegen haben, wobei nicht bei jeder Attacke die gleichen Symptome erlebt werden müssen. Allerdings muss mehr als eine Panikattacke vorliegen, um eine Panikstörung diagnostizieren zu können (American Psychiatric Association, 2015).

Betroffene Personen neigen dazu, ihre Sorgen und Ängste auf körperliche Empfindungen zu richten, wobei diese Reaktionen oftmals als „Vorbote“ schlimmer oder lebensbedrohlicher Krankheiten gesehen werden. Ein erhöhter Herzschlag oder Atemnot können beispielsweise als ein mögliches Vorhandensein einer Herzkrankheit interpretiert werden. Die damit zusammenhängenden Kognitionen reichen so-

weit, dass Betroffene von einer Angst zu sterben, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden berichten (American Psychiatric Association, 2015; Margraf & Schneider, 2009; Schneider & Margraf, 1998). Im Gegensatz zu einer spezifischen Phobie werden hier körperliche Symptome nicht mit externen Stimuli oder einer tatsächlichen Gefahr in Verbindung gebracht. Betroffene Personen zeigen oftmals ein ausgeprägtes hilfesuchendes Verhalten, vermeiden viele Aktivitäten und Situationen und wollen so die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Anfalls minimieren (American Psychiatric Association, 2015; Margraf & Schneider, 2009). Die Wirkungsweisen und Zusammenhänge von Ängsten, körperlichen Symptomen und Kognitionen sowie der damit verbundene „Aufschaukelungsprozess“ sind in nachfolgender Abbildung (Abbildung 3) dargestellt und werden auch als „Teufelskreis“ bei Angstanfällen definiert.

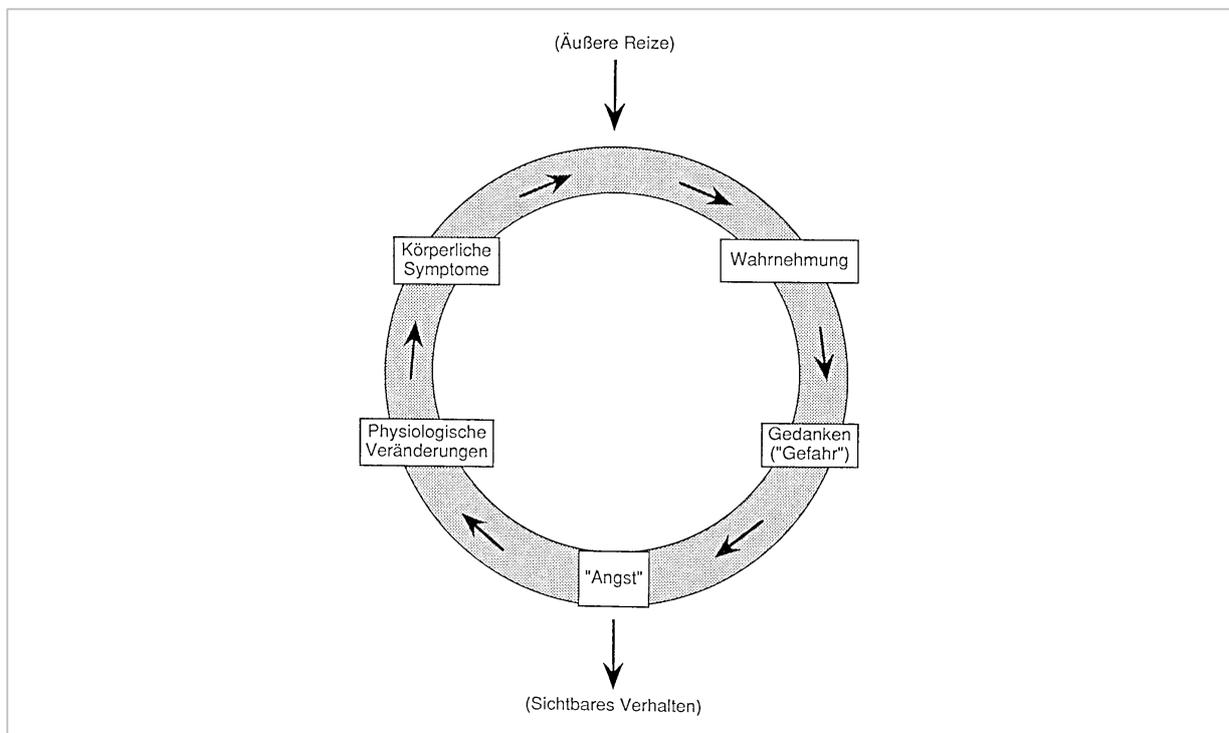


Abbildung 3. Der Teufelskreis bei Angstanfällen nach Margraf und Schneider (1990).

Nach DSM-V treten Panikstörungen meist in der Jugend bzw. dem frühen Erwachsenenalter und selten nach dem 45. Lebensjahr auf. Das Ersterkrankungsrisiko kann allerdings stark variieren. Die 12-Monatsprävalenz liegt in der Allgemeinbevölkerung zwischen 2% bis 3% und weist einen Anstieg während der Adoleszenz auf. Auch bei dieser Form der Angststörung sind Frauen in einem Verhältnis von 2:1 deutlich häufiger betroffen als Männer (American Psychiatric Association, 2015; Wittchen & Jacobi, 2004). Klinische Studien zeigen ein gehäuftes Auftreten von Panikstörungen mit psychischen Erkrankungen wie beispielsweise anderen Angststörungen, vor al-

lem der Agoraphobie, Major Depressionen, somatoforme Störungen und Abhängigkeitsstörungen. Auch tritt eine Panikstörung oftmals komorbid mit allgemeinen medizinischen Symptomen und Krankheitsfaktoren auf, wobei hier das Ursachen-Wirkungs-Prinzip unklar ist (American Psychiatric Association, 2015; Margraf & Schneider, 2009). Laut DSM-V werden als Risikofaktoren für die Entstehung einer Panikstörung eine negative Affektivität, eine erhöhte Angstsensitivität, Belastungsfaktoren bezüglich zwischenmenschlichen oder körperlichen Aspekten oder aber die Erkrankung der Eltern an einer Angststörung bzw. Depression angesehen.

Eine weitere Untergruppe der Angststörungen stellt die sogenannte Agoraphobie dar, welche in ihrer Wortbegrifflichkeit „Platzangst“ bedeutet, allerdings nicht nur auf Plätze bezogen ist. Charakteristisch für diese Störung sind die Angst bzw. die Furcht vor Plätzen, Orten, Situationen oder Menschenansammlungen, bei denen eine Flucht erschwert ist. Bei einem möglichen Panikanfall oder anderen gesundheitlichen Problemen ist eine Hilfe nicht schnell genug erreichbar bzw. kann die Situation nicht ohne zusätzlicher Aufmerksamkeit verlassen werden. Meist entwickelt sich eine Agoraphobie aus einer Panikstörung und dem damit zusammenhängenden Vermeidungsverhalten heraus (Bandelow et al., 2015; Margraf & Schneider, 2009; Schneider & Margraf, 1998; Wittchen & Jacobi, 2004). Nach DSM-V muss die Angst bzw. die Furcht mindestens in zwei von fünf Situationen ausgeprägt vorkommen. Diese beinhalten das Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel, den Aufenthalt auf öffentlichen Plätzen oder geschlossenen öffentlichen Räumen wie in Geschäften oder im Kino, alleine außer Haus zu gehen oder sich in einer Menschenmenge zu befinden bzw. in einer Schlange zu stehen. Diese Situationen werden daher gemieden, können nur in Begleitung und/oder unter intensiver Angst und Furcht erlebt werden. Entscheidend ist vor allem, dass die Angst darauf ausgelegt ist, dass bei plötzlich auftretenden, panikartigen Symptomen das Verlassen der Situation peinlich bzw. keine Hilfe zu erwarten wäre. Daher kann auch alleine die Erwartung bzw. die Vorstellung der Situation schon angstausslösend sein und verstärkt so das Vermeidungsverhalten (American Psychiatric Association, 2015; Margraf & Schneider, 2009; Wittchen & Jacobi, 2004). Schneider und Margraf (1998) beschreiben einige Sicherheitssignale, mit denen es Agoraphobikern gelingt, die angstausslösende Situation besser zu ertragen. Diese umfassen beispielsweise das Mitnehmen von Medikamenten oder der Telefonnummer des Arztes bzw. verschiedene Entspannungstechniken und können helfen, die Angst zu reduzieren. Durch das Vermeidungsverhalten erleben Betroffene

eine starke Einschränkung in ihrer Lebensführung – das kann so weit gehen, dass das Haus kaum noch verlassen und sich nur in bestimmten sicheren Räumen aufgehalten wird. Agoraphobien treten am Häufigsten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf, was die Jahresprävalenz von 1.7% und einen Erkrankungsbeginn bei zwei Dritteln vor dem 35. Lebensjahr verdeutlicht. Im Alter nimmt die Auftretenswahrscheinlichkeit ab, es zeigt sich bei der Gruppe über 65 Jahren eine 12-Monats-Prävalenz von 0.4%. Auch bei dieser Störung sind Frauen doppelt so häufig betroffen wie Männer (American Psychiatric Association, 2015). Da eine Agoraphobie meist in einem engen Zusammenhang mit oder als Folge von Panikattacken bzw. -störungen zu finden ist, liegt auch hier eine Komorbidität vor. Weitere zusätzliche komorbide Störungen können andere Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Substanzkonsumstörungen oder depressive Störungen sein, wobei Letztere eher sekundär auftreten (American Psychiatric Association, 2015). Auch bei der Agoraphobie stellen nach DSM-V bestimmte Temperamentsfaktoren wie die behaviorale Inhibition, ein negativer Affekt oder eine erhöhte Angstsensitivität einen Risikofaktor dar. Daneben werden negative Ereignisse in der Kindheit, ein weniger warmes Familienklima und ein überbehütender Erziehungsstil in diesem Zug genannt. Mit einer Vererbbarkeit von 61% zeigt die Agoraphobie den stärksten genetischen Faktor im Bereich der Angststörungen (American Psychiatric Association, 2015).

Eine weitere Erkrankung, die zu den Angststörungen zu zählen ist, stellt die Generalisierte Angststörung, auch GAS genannt, dar. Zentrales Merkmal dieser Störung sind langandauernde, übertriebene und exzessive Ängste und Sorgen, die sich auf bestimmte Lebensumstände, auf alltägliche Situationen, gewöhnliche Probleme oder selbst auf kleine Dinge, wie zu spät kommen, beziehen. Betroffene Personen können die Dauer und Häufigkeit der Sorgen nicht kontrollieren, sehen ihre Ressourcen zur Problembewältigung als gering an und werden durch ihre Gedanken oft bei der Ausführung alltäglicher Dinge oder Aufgaben gehindert (American Psychiatric Association, 2015; Bandelow et al., 2015; Becker, 2009; Wittchen & Jacobi, 2004). Bei Kindern können sich die Sorgen auf die eigene Kompetenz oder Leistung beziehen, bei Erwachsenen kann das gesamte Lebensumfeld betroffen sein, wie beispielsweise die eigenen Finanzen, Gesundheit, berufliche Verpflichtungen bzw. Aufgaben oder aber die Sorgen vor den Sorgen (American Psychiatric Association, 2015). Es bleibt meist nicht bei nur einer Sorge, vielmehr entsteht eine Kette an Sorgen, wobei von einer zur nächsten gesprungen wird. Sorgen sind demnach gedankli-

che Konstrukte bzw. ein Versuch der mentalen Problemlösung, wobei Betroffene keine reale Lösung finden und durch die kognitive Bearbeitung einen emotionalen Abstand bewahren. Dadurch entsteht ein Gefühl der Hilflosigkeit, da keine Sorgen zu Ende gedacht werden und diese zumeist auch als sehr belastend und mit Angst begleitet erlebt werden. Betroffene neigen dazu, Sorgen zu katastrophisieren und gehen meist vom Schlimmsten aus. So könnten Schwierigkeiten in der Arbeit beispielsweise sofort zu einem Verlust des Arbeitsplatzes führen, was eine Obdachlosigkeit als Folge hätte (Becker, 2009).

Es ist daher nicht verwunderlich, dass dieses ständige und exzessive „sich Sorgen machen“ auch körperliche Symptome mit sich bringt. Laut DSM-V müssen mindestens drei oder mehr der sechs folgenden Kriterien vorliegen und in den vergangenen sechs Monaten an den meisten Tagen vorgekommen sein. Bei Kindern genügt allerdings ein Symptom. Diese umfassen leichte Ermüdbarkeit, Ruhelosigkeit bzw. sich ständig auf dem Sprung zu fühlen, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Muskelspannung oder Konzentrationsschwierigkeiten bzw. eine Leere im Kopf. Im Gegensatz zu anderen Angststörungen beginnt die Generalisierte Angststörung meist später, das Alter liegt im Durchschnitt bei ca. 30 Jahren. Das Erkrankungsrisiko über das gesamte Leben liegt bei 9%, die 12-Monats-Prävalenz schwankt zwischen 0.4% und 3.6%, wobei Frauen wiederum häufiger betroffen sind als Männer (American Psychiatric Association, 2015). Der Verlauf ist oftmals schleichend und langsam, jedoch meist chronisch. Viele betroffene Personen berichten, dass sie in ihrem bisherigen Leben vermehrt ängstlich, nervös und voller Sorgen waren, dies aber nicht als Angst erkannt haben, vielmehr machten ihnen die körperlichen Anspannungszustände zu schaffen (Becker, 2009; Wittchen & Jacobi, 2004). Risikofaktoren für die Entstehung einer GAS können wiederum Temperamentsfaktoren wie die behaviorale Inhibition oder negative Affektivität sein. Negative Lebensereignisse und ein überbehütendes elterliches Verhalten in der Kindheit könne sich zudem ungünstig auswirken.

Häufig sind bei der Generalisierten Angststörung komorbid auch die Kriterien für andere Angststörungen erfüllt, ebenso für unipolare depressive Störungen (American Psychiatric Association, 2015). Becker (2009) berichtet, dass bei betroffenen Personen mit einer Generalisierten Angststörung oftmals mehr als eine Störung vorliegt und die spezifische Phobie mit 29% bis 59% sowie die soziale Phobie mit 16% bis 33% die häufigsten zweiten Erkrankungen darstellen können. Wie man

sieht, ist die Generalisierte Angststörung keine seltene Störung, allerdings ist sie nicht leicht zu diagnostizieren, da Sorgen auch bei vielen anderen psychischen Erkrankungen vorkommen und Bestandteil sein können. Somit sind die Komorbiditäten mit anderen Störungen oftmals sehr hoch, wodurch die Generalisierte Angststörung verdeckt wird, da sie von den Symptomen her eher unauffälliger ist. Eine Diagnose ist auch dahingehend oftmals schwierig, da Sorgen bei jedem Menschen vorkommen und die Patienten ihre Sorgen nicht als realitätsfern oder abwegig ansehen (Becker, 2009).

2.3.3. Angststörungen in der Zeit rund um die Schwangerschaft und die Geburt

Die Monate rund um die Geburt und die darauffolgende Zeit mit dem Säugling kann für viele Eltern und Mütter eine große Umstellung und Rollenfindung bedeuten und wird von vielen emotionalen und hormonellen Veränderungen sowie neuen Aufgaben begleitet. Frauen im gebärfähigen Alter fallen allerdings auch in den Altersbereich, in dem psychische Störungen vermehrt auftreten können – eine Schwangerschaft und die anschließende postpartale Zeit können aufgrund der erhöhten Anforderungen und Umstellungen ein Risiko für die Entwicklung einer Störung darstellen. Vor allem Angststörungen weisen einen relativ frühen Beginn auf und können einen chronischen Verlauf nehmen, sodass diese auch während einer Schwangerschaft häufig auftreten können. Angststörungen und Depressionen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen in der Allgemeinbevölkerung und Frauen weisen meist ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko auf wie Männer (Jacobi et al., 2014, 2016; Kessler et al., 2005).

Angststörungen können sich in der Schwangerschaft auf verschiedene Arten manifestieren. Wie bereits erwähnt, kann die Störung bereits vorliegen oder sich während der Schwangerschaft aus davon unabhängigen Faktoren ergeben. Daneben kann sich eine Angststörung aber auch aus psychischen und physiologischen Veränderungen entwickeln, die mit der Schwangerschaft in Zusammenhang stehen oder aber eine Reaktion auf reelle Probleme oder Komplikationen in der gesamten perinatalen Zeit sein. Ebenso können Ängste spezifisch auf die Schwangerschaft, die Geburt und das ungeborene Kind gerichtet sein (Alder & Urech, 2012; Martini, Weidner, & Hoyer, 2008). Natürlich sind Sorgen und mögliche Ängste in diesem Zeitraum völlig normal. Allerdings können Ängste übertrieben und pathologisch werden, wenn beispielsweise jedes körperliche Symptom als mögliche Komplikation aufgefasst und sofort ärztlich abgeklärt wird oder der Säugling während des Schlafens ta-

ge- und wochenlang exzessiv beobachtet wird, aus Angst, er könnte ersticken (Brockington, 2004; Matthey, Barnett, Howie, & Kavanagh, 2003). Eine eindeutige Diagnose einer klinischen Angststörung während der Schwangerschaft kann sich als schwer erweisen und wird oftmals nicht erkannt, da sich somatische Beschwerden und Angstsymptome überlappen können und Ähnlichkeiten aufweisen (Martini et al., 2008).

Dennoch sind Angststörungen in dieser Zeit nicht selten und die Prävalenz für irgendeine Angststörung während der Schwangerschaft liegt zwischen 4.4% und 39%. Die spezifische Phobie ist mit einer Prävalenz zwischen 3.2% und 19.9% die häufigste spezifische Angststörung, gefolgt von Generalisierten Angststörungen (0% - 10.5%), sozialen Phobien (0.4% - 6.4%) und Panikstörungen (0.2% - 5.7%) (Goodman, Chenausky, & Freeman, 2014). Feldman et al. (2009) berichten von hohen Angstsymptomen bei 12.2% der gebärenden Frauen. Britton (2008) belegte in seiner Studie ebenfalls, dass eine Angsterkrankung nach der Geburt nicht selten ist. 31.7% der Mütter wiesen eine moderate bis schwere Angst einen Monat nach der Geburt auf, im Vergleich zu 24.3% mit hohen Ängsten vor der Geburt. Die Werte ängstlicher Mütter stiegen hier in dem Zeitraum direkt nach der Geburt bis einen Monat später an, 58.6% der Mütter mit einer hohen vorgeburtlichen State Angst, also einer situationsbezogenen bzw. Zustandsangst, hatten diese auch noch einen Monat nach der Geburt. Reck et al. (2008) konnten zeigen, dass postpartale Angststörungen in den ersten drei Monaten eine Prävalenz von 11.1% aufweisen und somit häufiger als postpartale Depressionen, mit einer Prävalenz von 6.1%, vorkommen, knapp 30% der Frauen berichteten in den Wochen nach der Geburt von ängstlichen Symptomen. Angststörungen und Depressionen stehen oftmals in Zusammenhang und zeigen auch in der prä- und postpartalen Zeit eine hohe Komorbidität, was in vielen Studien verdeutlicht wurde (Goodman et al., 2014; Martini et al., 2015; Reck et al., 2008). Bei 18.4% der Frauen mit einer Angststörung konnte ebenso eine Depression diagnostiziert werden, 33.9% der Patientinnen, welche an einer Depression erkrankt waren, erfüllten auch die Kriterien für eine Angststörung (Reck et al., 2008). Ähnliche Befunde wurden ebenfalls in der Studie von Martini et al. (2015) gefunden.

Der Zusammenhang zwischen Angst und Depressionen zeigt sich auch insoweit, dass beispielsweise pränatale Angststörungen bzw. die Diagnose einer Angststörung oder Depression in der Vorgeschichte als potenzieller Risikofaktor bzw. stärkster Prädiktor für die Entwicklung von Angst und Depressionen rund um die Ge-

burt und die Zeit danach gilt (Goodman et al., 2014; Martini et al., 2015; Matthey et al., 2003). Goodman et al. (2014) wiesen nach, dass die Vorgeschichte einer Generalisierten Angststörung den stärksten Prädiktor für die Entwicklung dieser spezifischen Angststörung in der Schwangerschaft darstellt. Jede zweite Frau mit einer diagnostizierten Angststörung vor der Schwangerschaft berichtet von einer erneuten bzw. andauernden Erkrankung während der Schwangerschaft und in der Zeit danach. Der Anteil wiederkehrender bzw. beständiger Ängste liegt bei 21.2% bis 66.7% (Martini et al., 2015). Matthey et al. (2003) zeigten, dass 65.6% der Frauen mit einer Vorgeschichte von Angststörungen postpartal entweder eine Depression oder eine Angststörung entwickelten, im Gegensatz zu 29.4% der Frauen mit einer depressiven Vorerkrankung. Als weitere Risikofaktoren für die Entwicklung postpartaler Ängste gelten ein geringes Alter der Mutter, geringe Bildung, das Vorliegen der Angst als Persönlichkeitsmerkmal, sexuelle und physische Traumata, eine ungeplante Schwangerschaft, die Art der Geburt oder Stress im Peri- und Postpartalzeitraum (Britton, 2008; Martini et al., 2015). Ebenso können peripartale Angststörungen mit geringer sozialer Unterstützung, geringer partnerschaftlicher Zufriedenheit und einem geringen Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit der Mutter bzw. weniger optimalen elterlichen Verhalten und Kompetenzen zusammenhängen (Feldman et al., 2009; Martini et al., 2015).

Im Zuge einer Schwangerschaft entwickelt sich auch eine neue Selbstwirksamkeit und ein neues eigenes Selbstwertgefühl im Hinblick auf die kommende Rolle als Mutter, welche in der Zeit danach durch das Kind und in der gemeinsamen Interaktion und Qualität der Beziehung gefestigt werden oder aber einen Risikofaktor für psychische Beschwerden darstellen kann. Die Diagnose einer Angststörung in der Vergangenheit hat einen größeren negativen Einfluss auf das mütterliche Selbstbewusstsein zwei Wochen nach der Geburt als eine aktuell vorliegende Erkrankung (Reck, Noe, Gerstenlauer, & Stehle, 2012). Die wahrgenommene elterliche Selbstwirksamkeit und elterliche dysfunktionale Gedanken bezüglich des eigenen Kindes stehen in positiven Zusammenhang mit kindlicher Trennungsangst und sozialer Phobie – Mütter von Kindern mit einer Trennungsangst zeigen beispielweise eine geringere elterliche Selbstwirksamkeit, die vorliegende Angst oder Depression ist hier nicht am Ausschlaggebendsten (Herren, In-Albon, & Schneider, 2013). Elterlichen Kompetenzen, Kognitionen und dem elterlichen Selbstwertgefühl kommt somit eine entscheidende Rolle hinsichtlich der kindlichen Entwicklung und möglicher Auffällig-

keiten zu. In ihrer Studie konnten Zietlow, Schlüter, Nonnenmacher, Müller und Reck (2014) zeigen, dass ein geringes bzw. niedriges maternales Selbstbewusstsein mit aktuell vorliegenden depressiven und ängstlichen Symptomen zusammenhängt. Außerdem korreliert es signifikant mit vorherigen psychiatrischen Diagnosen, gleichzeitiger Depression bzw. Angst und dem maternalen Bindungsstil bzw. der Unsicherheit der Mutter in der Bindung. Maternale Angststörungen bzw. Depressionen und Bindungsunsicherheit im postpartalen Zeitraum können sich bis ins Schulalter des Kindes auswirken – erkrankte Mütter berichteten von einer geringeren Selbstwirksamkeit hinsichtlich ihrer Rolle als Mutter, wenn sie die Kriterien einer derzeitigen Diagnose erfüllten oder zumindest teilweise remittierte Symptome vorlagen (Zietlow et al., 2014). Der Bindungssicherheit wird, neben der Diagnose der Mutter, eine entscheidende Rolle bezüglich der eigenen Selbstwirksamkeit zugeschrieben.

Die Intensität, Chronizität und Dauer früher vorgeburtlicher Ängste bzw. Stress können in positiven Zusammenhang mit späteren kindlichen regulatorischen Problemen auf kognitiver, emotionaler und behavioraler Ebene stehen. Es findet bereits eine Programmierung des fetalen Gehirns in Bezug auf die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA-Achse), das limbische System und den präfrontalen Cortex statt, die zu einer Störung der Regulationsfähigkeit bei Kindern von ängstlichen Müttern beitragen kann (Van den Bergh, Mulder, Mennes, & Glover, 2005). Allerdings ist der genaue Übertragungsweg noch nicht komplett bekannt und erforscht. Es könnte hier einen direkten Effekt frühen vorgeburtlichen maternalen Stresses geben, welcher sich auf die Entwicklung des kindlichen Verhaltens auswirken kann. Rothenberger, Möhler, Reck und Resch (2010) zeigten beispielsweise, dass vor allem die ersten beiden Trimester eine vulnerable Zeit darstellen, in der es einen Zusammenhang zwischen emotionalen und hormonellen Hinweisen maternalen Stresses gibt. In einer weiteren Studie von O'Connor, Heron, Golding, Beveridge und Glover (2002) hatten Mütter, die in der 18. bzw. 32. Schwangerschaftswoche sehr ängstlich waren, mehr als zweimal so häufig Kinder, die in einem Alter von vier Jahren deutliche Probleme auf emotionaler und behavioraler Ebene aufwiesen. Diese Probleme wurden ebenfalls gefunden, wenn die postpartale Angst statistisch kontrolliert wurde. O'Connor et al. (2002) zeigten, dass sich auch ein erhöhtes Angstlevel in der späteren Schwangerschaft auf die Kinder auswirkt – Jungen waren vermehrt von Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität betroffen, insgesamt lagen mehr emotionale sowie Verhaltensproblemen bei beiden Geschlechtern vor. Die vorgeburt-

lichen Auswirkungen werden nicht durch einen Zusammenhang zwischen präpartaler und postpartaler Angst bzw. Depression herbeigeführt, sondern durch einen direkten kausalen Mechanismus und bleiben auch erhalten, wenn Depressionen und genereller Stress der Mutter kontrolliert werden. Grant et al. (2009) belegten in ihrer Studie bezüglich des Einflusses maternaler Angststörungen bei sieben Monate alten Kindern, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen der Cortisol-Antwort von Kindern hoch ängstlicher Mütter im Gegensatz zu Kindern von weniger ängstlichen Müttern gibt. Kinder von präpartal hoch ängstlichen Müttern wiesen in der „Face-to-Face-Still-Face“ Situation signifikant höhere Cortisol-Level auf als Kinder nicht ängstlicher Mütter und es kam zu einem kleinen, allerdings nicht signifikanten Anstieg ihrer Cortisol-Level während der Testdauer. Kinder nicht ängstlicher Mütter erlebten hingegen eine signifikante Abnahme ihres Cortisol-Levels nach der Testsituation. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch hinsichtlich der maternalen Sensitivität – hier weisen Kinder hoch sensibler Mütter insgesamt niedrigere Level auf und weisen eine geringe Veränderung über die Zeit im Gegensatz zu Kindern wenig sensibler Mütter auf. In Bezug auf die kindliche Cortisol-Reaktivität können maternale Angststörungen und die Sensitivität also als zwei unabhängige Faktoren gesehen werden (Grant et al., 2009). Die Wichtigkeit des Verhaltens der Mutter und die sensitive Antwort im Hinblick auf frühe kindliche Aspekte werden durch diese Ergebnisse nochmals unterstrichen.

Wie bereits erwähnt, kann die Vorgeschichte einer Angststörung mit einer erhöhten Schwangerschaftsangst zusammenhängen, wobei diese abnehmen kann, sobald das Kind geboren ist. Allerdings lässt sich im Laufe der ersten beiden Jahre eine erneute Zunahme der Angst beobachten, die in einem Zusammenhang mit der Autonomie- und Selbstentwicklung des Kindes stehen könnte (Agrati et al., 2015). In dieser Studie von Agrati et al. (2015) wurde gezeigt werden, dass die Angstkurve durch das kindliche Temperament moduliert werden kann – Mütter mit Kindern, die einen höheren negativen Affekt und größere frühere Probleme zeigen, weisen erhöhte und flachere Angstkurven auf, was bedeutet, dass die Angst in den ersten zwei Jahren nicht sehr zurückgeht. Insgesamt haben Kinder von Müttern mit Angststörungen mehr Angst vor Neuem im Vergleich zu Kindern gesunder Mütter.

In einem Review fassten Kingston und Tough (2014) zusammen, dass die Mehrheit (70%) der von ihnen analysierten Studien einen signifikanten Zusammenhang zwischen negativem maternalen Stress und sozio-emotionalen Problemen fan-

den. Zudem kann pränataler Stress und die damit verbundene Chronizität bzw. Schwere der maternalen Belastung einen Einfluss auf die Entwicklung bis ins Schulalter haben. Ein Zusammenhang zwischen vorgeburtlicher Angst der Mutter und der kindlichen Entwicklung konnte auch in der Studie von Ibanez et al. (2015) gefunden werden. Hier konnte die maternale Angst in Verbindung mit einer schlechteren kindlichen kognitiven Entwicklung sowohl mit zwei als auch mit drei Jahren gezeigt werden. Mit drei Jahren kann auch eine Depression der Mutter bzw. die elterliche Stimulation als Mediator einen Effekt haben, allerdings nur, wenn zusätzlich eine vorgeburtliche maternale Angst vorhanden war. Im weiteren Altersverlauf des Kindes zeigt sich, dass schwere Probleme im Verhalten oder auf emotionaler Ebene mit einem Alter zwischen sechs und sieben Jahren ebenfalls zwei bis dreimal wahrscheinlicher sind, wenn die Mutter an schweren vorgeburtlichen Ängsten litt (O'Connor, Heron, Golding, & Glover, 2003). Vorgeburtliche maternale Angst bzw. Stress kann bei Säuglingen zu Regulationsproblemen führen, Kinder werden als hoch reaktiv, ablenkbar und schwierig beschrieben, zeigen eine schlechtere Interaktion mit ihrer Mutter und eine schlechtere Regulation ihrer Aufmerksamkeit und weisen geringere Sprachfähigkeiten auf. Im Vorschulalter lassen sich emotionale, Aufmerksamkeits- und Verhaltensprobleme und Hyperaktivität beobachten (Van den Bergh et al., 2005).

2.3.4. Auswirkungen maternaler Angststörungen auf die Mutter-Kind-Interaktion

Die psychische Verfassung der Mutter stellt einen der frühesten Einflüsse auf das Leben des Kindes dar und gerade Angststörungen bzw. negativer Stress während der Schwangerschaft und nach der Geburt können die gesamte Entwicklung beeinflussen. In diesem Zusammenhang spielt auch die Interaktion zwischen Mutter und Kind eine wichtige Rolle, da die anfängliche und oftmals noch nonverbale Kommunikation auf die gegenseitige Empathie, emotionale Regulation, Sensitivität und Aufmerksamkeit angewiesen ist und so dem Kind von Moment zu Moment hilft, sich zu entwickeln und zu lernen. Bereits in den ersten Wochen berichten Mütter mit einer Angststörung über ein geringeres Bonding mit ihrem Kind als gesunde Mütter (Müller et al., 2016; Tietz, Zietlow, & Reck, 2014). Tietz et al. (2014) haben in ihrer Studie zusätzlich gezeigt, dass nicht die Angststörung alleine, sondern gleichzeitige subklinische Depressionen und das Vermeidungsverhalten angstbezogener Stimuli zu einem geringeren Bonding führen.

Maternale Angststörungen können sich in der weiteren Interaktion auf vielfältige Weise auswirken, da das Angstlevel oftmals schwankt und somit jederzeit einen Einfluss auf die Interaktion haben kann. Die interaktiven Sequenzen zwischen ängstlichen Müttern und ihren Kindern sind in der Regel kürzer und verdeutlichen so die schneller ablaufende Interaktion. Nach einem gegenseitigen Blick erhöhen ängstliche Mütter meist sofort das Erregungsniveau und ihre Vokalisierung. Sie regen das Kind übermäßig stark an und möchten es zu Reaktionen herausfordern. Das Kind antwortet auf die andauernde mütterliche Erregung und Aktivität oftmals mit Blickabwendung, Passivität und verringerter Vokalisation. Das hingegen veranlasst ängstliche Mütter, ihre Bemühungen noch weiter zu erhöhen und das Kind beispielsweise so lange anzuschauen, bis es zu einem Blickkontakt kommt. Das kindliche Verhalten wird als Ablehnung aufgefasst und es wird versucht, dem mit allen Mitteln entgegen zu wirken (Deneke & Lüders, 2003; Feldman, 2007b). Diese Überstimulation des Kindes weist darauf hin, dass kindliche Signale nicht sensitiv genug aufgefasst und angemessen beurteilt werden, sondern die kindlichen Tendenzen übergangen werden bzw. das Verhalten der Mutter nicht an den aktuellen kindlichen Zustand und die Signale angepasst ist, wobei ängstliche Mütter trotz allem positiv in der Interaktion sein können (Feldman, 2007b). Die kindliche Abwendung bzw. der Rückzug ist ein Versuch, regulatorisch mit dem mütterlichen „zu viel“ fertig zu werden, was für das Kind oftmals bedrohlich oder beängstigend wirkt (Dollberg, Feldman, Keren, & Guedeney, 2006).

Durch die fehlende Sicherheit, die sich durch die unbefriedigende und unsensible Interaktion mit der Mutter ergibt, kann ein negativer Stress für das Kind entstehen. Ferner kann sich dieses Verhalten auf die Regulationsfähigkeit auswirken, wodurch das Kind vermehrt auf sich selbst gestellt ist und auf alternative, uneffektive, noch nicht ausgereifte Strategien zurückgreifen muss (Kaitz & Maytal, 2005). Ängstliche Mütter verhalten sich ihren Kindern gegenüber vermehrt überbeschützend, aufdringlich, übertrieben oder hyperaktiv, was sich negativ auf die Kinder auswirken kann. Allerdings können ängstliche Mütter durchaus ein meist adäquates Muster sozialen Verhaltens und eine Positivität zeigen – in manchen Studien konnte oftmals kein großer signifikanter Unterschied zwischen ängstlichen und gesunden Müttern gefunden werden (Feldman et al., 2009; Kaitz & Maytal, 2005; Kaitz, Maytal, Devor, Bergman, & Mankuta, 2010; Stein, Lehtonen, Harvey, Nicol-Harper, & Craske, 2008). Kaitz und Maytal (2005) vermuten, dass diese Überreaktivität ängstlicher Mütter

durch eine Kombination aus einer hohen physiologischen Aktivierung, die für Angststörungen charakteristisch ist, einer übertriebenen Reaktion auf externe Stimuli und negativ verzerrten Kognitionen über die eigene Rolle bzw. Effektivität als Mutter entsteht.

Feldman (2007a) demonstrierte, dass die maternale Angst drei Wochen nach der Geburt in Zusammenhang mit einer erhöhten Aufdringlichkeit der Mutter und einer geringeren sozialen Beteiligung des Kindes steht, was die obengenannten Interaktionsmuster verdeutlicht. Die Charakteristik der Interaktion zwischen Mutter und Kind kann als einer der herausstechendsten Prädiktoren für den kindlichen Angststatus gesehen werden, das Verhalten ängstlicher Mütter stellt eine Art Mediator für die Beziehung zwischen maternaler und kindlicher Angst dar (Whaley, Pinto, & Sigman, 1999). Die maternale Angst gilt, im Vergleich zu Depressionen, als ein größerer Prädiktor hinsichtlich der gegenseitigen angemessenen Emotionsregulation zwischen Mutter und Kind (Riva Crugnola et al., 2016). In dieser Studie von Riva Crugnola et al. (2016) korreliert die Angst der Mutter nach drei Monaten mit dem negativen Verhalten von Mutter und Kind und der Fehlanpassung in der Interaktion. Es werden hier die Schwierigkeiten verdeutlicht, negative Emotionen gegenseitig zu regulieren. Die maternale Angst wurde in dieser Studie als einziger positiver und signifikanter Prädiktor für kindliches negatives Verhalten gefunden und es konnte gezeigt werden, dass Jungen eine bessere Emotionsregulation mit ihren Müttern vorwiesen und vermehrt in gegenseitigen positiven Zuständen waren. Auch wenn depressive Symptome kontrolliert wurden, waren Nicol-Harper, Harvey und Stein (2007) in der Lage nachzuweisen, dass hoch ängstliche Mütter eine reduzierte sensitive Ansprechbarkeit und einen geringeren emotionalen Tonfall aufwiesen, sie unterschieden sich auch in ihrem Aufmerksamkeitsfokus. Des Weiteren war das Verhalten von ängstlichen Müttern katastrophisierender, weniger warm und positiv, sie kritisierten ihre Kinder mehr und förderten sie auch weniger in ihrer Autonomie (Whaley et al., 1999). Die fehlende Autonomieförderung stellt neben dem Interaktionsverhalten der Mutter einen entscheidenden Prädiktor für den kindlichen Angststatus mit einem Alter zwischen 7 und 14 Jahren dar (Reck, 2012).

Ein ähnliches Bild kann man auch in der Studie von Creswell, Apetroaia, Murray und Cooper (2012) sehen – hier zeigten Mütter mit einer Angststörung höhere Angstlevel, Aufdringlichkeit und eine schlechtere Qualität in der Beziehung ihren Kindern gegenüber. Sie erwarteten, dass ihre Kinder bei einer Aufgabe schlechter ab-

schneiden und dass sie selbst weniger Kontrolle über die kindliche Leistung und Gefühle haben. Die Angst war vor allem dann auch sehr hoch, wenn die Mütter beobachteten, wie sich ihr Kind mit einer Aufgabe abmüht und wurde von dem kindlichen Angstaussdruck während dieser Aufgabe moderiert bzw. verstärkt. Die kindliche Entwicklung ist auch von der Aufmerksamkeit und Reaktionsfreudigkeit der Mutter abhängig, die allerdings durch übermäßige Sorgen bzw. dysfunktionale Gedanken und Kognitionen beeinflusst werden kann, was sich wiederum auf die kindliche Entwicklung niederschlägt (Stein et al., 2008). Zudem kann viel negativer Stress in der Kindheit die Fähigkeit stören bzw. nachteilig beeinflussen, automatisches Verhalten anzupassen und auf Veränderungen hinsichtlich der Erwartung eines Ereignisses zu reagieren. Dies kann alternatives Verhalten erschweren, sowie neue Einspeicherungen und den Aufbau von Gedächtnisnetzwerken beeinträchtigen (Seehagen, Schneider, Rudolph, Ernst, & Zmyj, 2015).

Die Studie von Reck, Müller, Tietz und Möhler (2013) verweist beispielsweise darauf, dass je mehr Vermeidungsverhalten die Mütter zeigten, desto mehr schätzten sie ihre Kinder ebenfalls als verängstigt vor Neuem ein. Es wurden hier zwei zugrundeliegende Mechanismen vorgeschlagen. Zum einen hat das maternale Vermeidungsverhalten von sozialen oder herausfordernden Situationen eine Auswirkung auf das Kind, das beispielsweise mehr mit der Mutter zu Hause bleiben muss und dadurch weniger Möglichkeiten bekommt, soziale Situationen zu bewältigen und sich mit Neuem auseinanderzusetzen. Auf der anderen Seite gilt das Vermeidungsverhalten als Eigenschaft der behavioralen Inhibition, wodurch fremde und unbekannte Stimuli und Situationen vermehrt gemieden werden. In einem Alter von 14 Monaten steht die Vermeidung von neuen Situationen in einem engen Zusammenhang mit einem früheren erlebten negativen Stress in Bezug auf Neues. Die kindliche behaviorale Inhibition und Angst kann als Einflussfaktor und in Zusammenhang mit der maternalen Angst gesehen werden und die spätere Entwicklung kindlicher Angststörungen begünstigen (Kagan & Snidman, 1999; Murray et al., 2012).

Wie in vorherigen Kapiteln bereits erläutert, können nicht alle Angststörungen als ein Konstrukt zusammengefasst werden, nicht umsonst wurden verschiedene spezifische Unterformen klassifiziert. Diese Eigenschaften bleiben auch bei Ängsten rund um die Schwangerschaft, die Geburt und hinsichtlich der gegenseitigen Interaktion bestehen. Oftmals finden sich Auffälligkeiten bzw. Probleme nur in bedrohlichen oder herausfordernden Situationen und längst nicht in allen alltäglichen Bereichen,

es zeigt sich hier eine Abhängigkeit je nach spezifischer Störung. In einem stressfreien Kontext sieht man beispielweise keinen Unterschied zwischen den Störungsgruppen untereinander und der Kontrollgruppe (Murray et al., 2012). Allerdings bestärken Mütter mit einer sozialen Phobie ihre Kinder in der Interaktion mit einem Fremden weniger, sind selbst ängstlicher und setzen sich seltener mit dem Fremden auseinander. Die Kinder erleben dadurch einen vermehrten negativen Stress, sie richten ihre Aufmerksamkeit mehr auf die eigene Mutter und interagieren selbst signifikant weniger mit dem Fremden (Murray, Cooper, Creswell, Schofield, & Sack, 2007). De Albuquerque, Munsch, Margraf und Schneider (2012) konnten in Zusammenhang mit maternalen Panikstörungen zeigen, dass sowohl Mütter, als auch deren Kinder davon berichten, dass sich die Mütter vermehrt mit Panik-aufrechterhaltendem Verhalten beschäftigen und die Kinder in das eigene Erleben Panik-bezogener Symptome miteinbeziehen. Ein Unterschied, wie die Eltern auf die Erfahrung ihrer Kinder mit Panik-bezogenen Symptomen reagieren, konnte in den Gruppen allerdings nicht beobachtet werden. Es wird hier vermutet, dass eher Modellernen als operante Konditionierung die kindliche Sensitivität bezüglich somatischer, Panik-bezogener Symptome beeinflusst (de Albuquerque et al., 2012). Mütter mit einer Generalisierten Angststörung oder einer sozialen Phobie zeigten im Vergleich zu Müttern der Kontrollgruppe in der Studie von Murray et al. (2012) erhöhte Raten an passivem, introvertiertem und zurückgezogenem Verhalten und wenig Wärme, Autonomieförderung oder Ermutigung.

Natürlich ist nicht nur der Angststatus der Mutter entscheidend, auch Eigenschaften, das Temperament oder der Angststatus des Kindes können das Verhalten der Mutter und die Interaktion beeinflussen. Beispielsweise kann der kindliche Angststatus einen signifikanten Beitrag zum Verhalten der Mutter leisten, weniger Autonomie fördernd zu sein (Whaley et al., 1999). Dies wird auch durch kindliche Eigenschaften wie weniger kommunikatives Verhalten und einer geringeren Emotionalität während sozialer Herausforderungen begünstigt (Kaitz et al., 2010).

2.3.5. Intergenerationale Transmission der Angststörung

Es ist kein großes Geheimnis, dass psychische Störungen oftmals vermehrt innerhalb einer Familie bzw. über mehrere Generationen hinweg auftreten können und eine familiäre Häufung von Symptomen und Erkrankungen nicht selten ist. Wie bereits beschrieben, können Störungen intergenerational weitergegeben werden und es spielen viele Faktoren, wie Anlage, Umwelt und Erziehungsverhalten eine große Rol-

le. Auch im Bereich der Angststörungen zeigt sich eine Häufung dieser Erkrankung zwischen Eltern und Kindern bzw. innerhalb mehrerer Generationen und es kann beobachtet werden, dass auch in der Weitergabe der Subtypen von Angststörungen ein ähnliches Bild vorhanden ist (Aktar, Majdandžić, de Vente, & Bögels, 2013; Lebowitz, Leckman, Silverman, & Feldman, 2016; Schreier, Wittchen, Höfler, & Lieb, 2008; Unnewehr, Schneider, Florin, & Margraf, 1998).

Die Transmission einer Angststörung von der Mutter an das Kind kann über verschiedene Wege erfolgen. Natürlich sind hier auch die Genetik und biologische Mechanismen von großer Bedeutung, da eine gewisse Vulnerabilität und die individuelle Ausstattung bereits vorgeburtlich bestimmt und vorbereitet wird. Wie bereits erwähnt, stehen maternale Angst und Stress während der Schwangerschaft in einer engen Verbindung mit Veränderungen und Auffälligkeiten beim Kind, wie beispielsweise im Bereich der frühen Regulation (O'Connor et al., 2002; Van den Bergh et al., 2005). Es werden hier vor allem die ersten beiden Trimester als kritische Phase für die Auswirkungen von Stress und Angst beschrieben, allerdings sind die genauen Mechanismen für die intergenerationale Transmission von Angst während der Schwangerschaft noch nicht ausreichend untersucht und verstanden (Lebowitz et al., 2016; Rothenberger et al., 2010).

In Bezug auf eine biologische Transmission werden biologische Systeme als weitergebende Faktoren diskutiert, die die Fähigkeit der Eltern beeinflussen können, kindlichen Stress zu entdecken, ihn richtig einschätzen zu können und darauf angemessen zu antworten, wodurch wiederum die Entwicklung des kindlichen Angstregulationssystems beeinflusst werden kann. Ein Beispiel stellt hier das oxytocinerge System dar, welches die Überschneidung von Angstregulationssystemen und Systemen für Bonding und dem damit verbundenen Verhalten zeigt (Lebowitz et al., 2016). Erhöhte elterliche Angst steht in Verbindung mit einer unterbrochenen oxytocinergen Funktion, die die Motivation und die Fähigkeit mindert, auf kindliche Hinweise bezüglich Angst und Stress angemessen und sensitiv zu antworten. Diese nachteiligen Effekte in der frühen Entwicklung, in der die kindliche oxytocinerge Funktionsfähigkeit durch einen sensorischen und emotionalen Input der Eltern mitentwickelt wird, können so zur Entwicklung von Angst-bezogenen Problemen des Kindes beitragen (Lebowitz et al., 2016). Auch epigenetische Studien unterstützen die Interaktion von genetischen und umweltbezogenen Faktoren hinsichtlich der Transmission von Ängsten bzw. einer gewissen Vulnerabilität dafür. Die geschätzte

genetische Erbllichkeit über alle Angststörungen hinweg liegt zwischen 30% - 40% (Hettema et al., (2001) zitiert nach Lebowitz et al., 2016).

Bei der Transmission von Angststörungen spielen neben Genetik und biologischen Aspekten allerdings auch bestimmte Verhaltensweisen und Faktoren in der Mutter bzw. den Eltern, dem Kind und der Umwelt eine große Rolle und können eine Weitergabe durchaus fördern und begünstigen. Eine Übersicht über wichtige Faktoren ist in Abbildung 4 dargestellt.

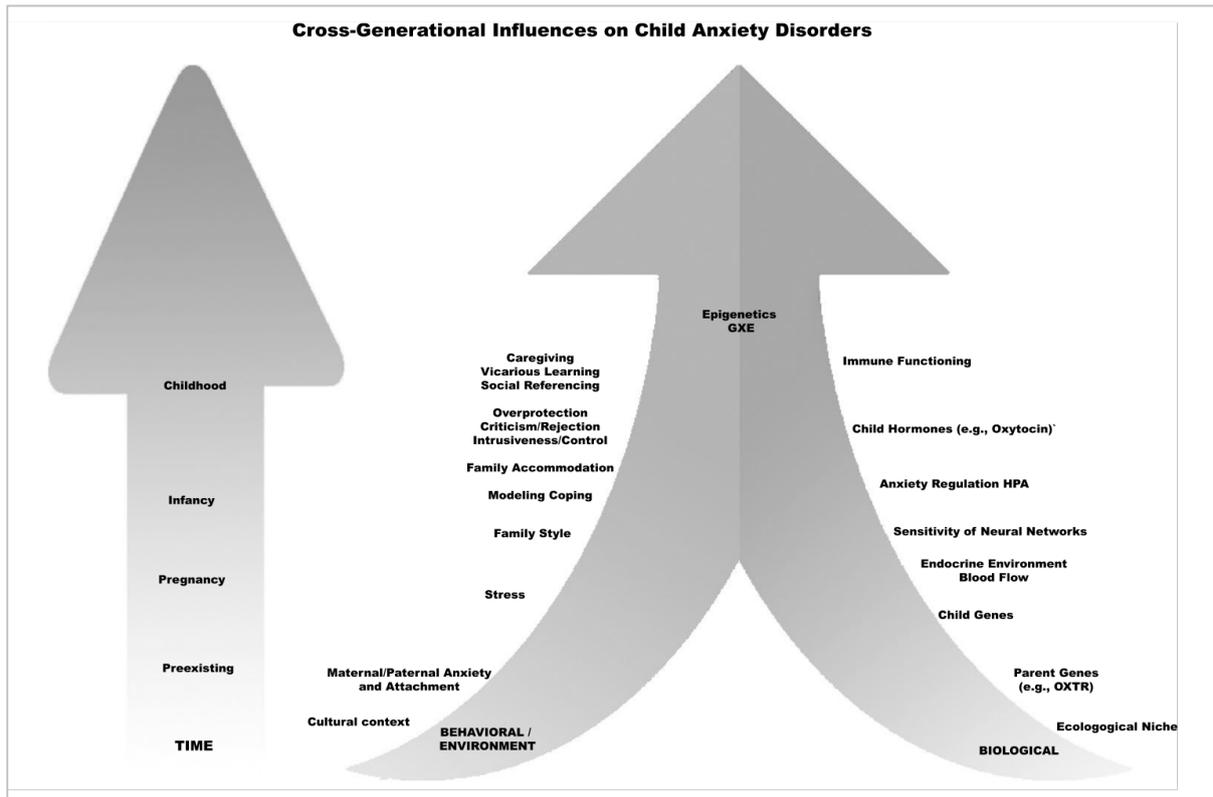


Abbildung 4. Generationsübergreifende Einflussfaktoren auf die Weitergabe von Angststörungen nach Lebowitz et al. (2016).

Gerade in den ersten Jahren sind Kinder sehr auf ihre Eltern angewiesen und nehmen begierig alles auf, was um sie herum passiert. Die Eltern geben hier den Input und sind eine der Hauptquelle in Bezug auf das Lernen und das Beobachten. Vor allem indirektes bzw. soziales Lernen und Modelllernen sind hier entscheidend – das Verhalten der Eltern oder Anderer wird in Bezug auf eine Situation oder einen Stimulus beobachtet und nachgeahmt. Unnewehr et al. (1998) belegten in diesem Zusammenhang, dass bei 66.7% der Kinder das Objekt der Angst das Gleiche war, wie das der Eltern. Die Eltern haben durch ihr Verhalten und ihre Reaktion hinsichtlich der Angst vor einem bestimmten Objekt diese an die Kinder weitergegeben. Die Kinder haben nie etwas anderes gesehen, als dass sich ihre Eltern beispielsweise in

Bezug auf Spinnen ängstlich verhalten haben und haben so dieses Verhalten angenommen. Gleichzeitig weisen Kinder von Eltern mit einer Panikstörung ein erhöhtes Risiko für internalisierende Störungen wie der Trennungsangst auf und Kinder von Eltern mit Phobien eher für externalisierende Störungen (Unnewehr et al., 1998). Die Trennungsangst kann bei Kindern mit Müttern, die an einer Panikstörung leiden, durch genetische Faktoren oder aber durch das Erleben einer Panikattacke bei der eigenen Mutter entstehen. Dadurch manifestiert sich bei den Kindern die Angst, der Mutter könnte etwas Schlimmes passieren, wenn sie nicht bei ihr sind. Die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder lernen, physische Symptome als gefährlich und bedrohlich zu interpretieren, ist dadurch stark erhöht (Unnewehr et al., 1998). Auch die Art der Angststörung und die Schwere der maternalen Erkrankung können eine Weitergabe von der Mutter an das Kind fördern. Beispielsweise haben Kinder von Müttern mit einer sozialen Phobie oder einer Generalisierten Angststörung ein erhöhtes Risiko, allgemein eine Angststörung zu entwickeln – es wird hier vor allem die „ängstliche“ Neigung weitergegeben (Schreier et al., 2008).

Bei der Transmission von Ängsten ist auch das „social referencing“ bzw. die soziale Rückversicherung entscheidend. Kinder beginnen gegen Ende des ersten Lebensjahres sich mit ihren Eltern bzw. ihrer Bezugsperson über gemeinsam betrachtete Objekte auszutauschen, um so weitere Informationen zur Beurteilung einzuholen (Bolten & Schneider, 2010). Dies geschieht vor allem bei neuen, zweideutigen, bedrohlichen oder herausfordernden Situationen. Kinder beziehen die emotionale Reaktion, den Gesichtsausdruck, das Verhalten oder andere nonverbale Informationen der Eltern mit ein und können dadurch lernen, allerdings auch beeinflusst werden (Bolten & Schneider, 2010; Sorce, Emde, Campos, & Klinnert, 1985). Murray et al. (2007) konnten beispielsweise zeigen, dass sich Mütter mit einer sozialen Phobie ängstlicher zeigten, wenn ihr Kind mit einem Fremden interagiert, wodurch die kindliche soziale Reaktionsfreudigkeit diesem gegenüber beeinflusst wird. In einer klassischen Studie von Sorce et al. (1985) wurde der sozialen Rückversicherung bereits früh eine wichtige Rolle zugewiesen. Kinder mit einem Alter von 12 Monaten sollten über eine visuelle Klippe krabbeln, was zu Unsicherheit bei den Kindern und einem gleichzeitigen Rückversicherungsverhalten zur Mutter führte. Wiesen die Mütter ein positives und freundliches Gesicht auf und ermutigten ihre Kinder, krabbelten die meisten Kinder über den visuellen Abgrund. Verhielten sich die Mütter hingegen ängstlich und zeigten Furcht, bewegte sich kein Kind von alleine weiter. Der Prozess

der sozialen Rückversicherung kann somit ebenfalls einen Einfluss auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung, sowie auf die Weitergabe von Angststörungen haben.

Auch das elterliche Erziehungsverhalten kann in Zusammenhang mit einem Risiko für Angststörungen bei Kindern stehen. Vor allem das Verhalten bzw. der Stil der Mutter als engste Bezugsperson ist hier ausschlaggebend. Ängstliche Mütter werden beispielsweise oftmals als überbeschützend beschrieben – die Kinder sind häufiger der Information ausgesetzt, dass eine Situation oder ein Objekt ein Risiko sein könnte bzw. bedrohlich ist. Durch diese häufige, konsequente und sich wiederholende Informationsweitergabe lernt das Kind wiederum, das ängstliche Denken und Verhalten der Mutter anzunehmen (Lebowitz et al., 2016). Ängstliche Eltern sind oftmals mehr von ihrem Kind abgewandt, weniger aktiv an Aufgaben beteiligt, stimmen weniger mit ihrem Kind überein, loben es weniger und ignorieren es öfter. Im Gegenzug dazu sind Kinder ängstlicher Mütter vermehrt auf sich selbst angewiesen, müssen sich selbst durch stressreiche Situationen kämpfen und können bei Herausforderungen weniger auf die Unterstützung und Hilfe der Eltern zurückgreifen oder sich darauf verlassen (Woodruff-Borden, Morrow, Bourland, & Cambron, 2002). Dies kann daher rühren, dass Eltern mit einer Angststörung während einer stressigen Situation vermehrt mit sich selbst beschäftigt sind und kaum Ressourcen zur Verfügung haben, dem eigenen Kind unter die Arme zu greifen. Dadurch kann das Kind nicht lernen, wie es mit Stressoren fertig werden soll, da es weder diese Fertigkeiten von den Eltern beigebracht bekommt, noch diese zum adäquaten Vorbild nehmen kann (Murray et al., 2008; Woodruff-Borden et al., 2002).

Auch über die Bindung zwischen Mutter und Kind kann eine Weitergabe der Angst erfolgen. Mütter, die an einer schweren Angststörung leiden, berichten von einer größeren Bindungsunsicherheit, was sich negativ und nachteilig auf die Kinder auswirken kann (Reck, Nonnenmacher, & Zietlow, 2016). Die Qualität der Interaktion zwischen Mutter und Kind ist ebenfalls ein wichtiger Weg der Transmission und wegweisend für die kindliche Entwicklung. In der Studie von Reck et al. (2016) wurde gezeigt, dass die Kinder der klinischen Gruppe in der Interaktion mit ihren Müttern weniger reaktionsfreudig waren. Das Verhalten der Kinder in der Interaktion kann als Prädiktor für ein internalisierendes Verhalten gesehen werden. Es war hier nicht entscheidend, ob die Störung der Mutter aktuell vorhanden war oder in der Vergangenheit lag, die Mutter-Kind-Interaktion war beeinträchtigt, was unter anderem durch das Fehlen früher positiver Erfahrungen erklärt werden könnte. Auch in der Interaktion

mit einem unbekanntem Fremden wurden Kinder von Müttern mit einer sozialen Phobie mit einem Alter zwischen 10 und 14 Monaten schrittweise ängstlicher. Waren die Kinder zusätzlich eher behavioral inhibiert, konnte dieser Anstieg selbst in weniger stressigen Situationen beobachtet werden (Murray et al., 2008).

Des Weiteren können auch kindliche Faktoren die elterliche Angst beeinflussen, was sich im Umkehrschluss wieder auf die Kinder auswirken kann. So war es Aktar et al. (2013) möglich zu zeigen, dass die elterliche Angst mit kindlicher behavioral Inhibition interagiert und signifikant das Vermeidungsverhalten der Kinder mit 12 Monaten in Bezug auf Neues vorhergesagt werden kann. Kinder mit einem hohen Vermeidungsverhalten weisen eine erhöhte Vulnerabilität für die Auswirkungen elterlicher Ängste auf. Es kann ein Zusammenhang zwischen der kindlichen behavioralen Inhibition und der Vermeidung bestimmter Situationen oder Objekte gesehen werden, welcher wiederum abhängig von der mütterlichen Antwort bzw. der Reaktion auf die kindliche Inhibition ist (Murray et al., 2008). In ihrer Studie legen Murray et al. (2008) zwei Mechanismen offen, durch die eine intergenerationale Transmission der Angst erfolgen kann. Zum einen können sich die Kinder das Verhalten ihrer ängstlichen Eltern in Bezug auf angstausslösende Situationen zum Vorbild nehmen und zum anderen wirkt sich die Art und Weise aus, wie die Eltern aktiv das Verhalten des Kindes steuern und führen – hier ins Besondere in Bezug auf die Unterstützung, die Autonomie und das Können des Kindes zu fördern.

2.3.6. Die Bedeutung des Interaktionsverhaltens als Mediator in der Transmission maternaler Angst

Wie in den vorherigen Kapiteln ausführlich beschrieben und verdeutlicht, fällt dem Interaktionsverhalten zwischen Mutter und Kind gerade in den ersten Jahren nach der Geburt eine entscheidende Rolle zu und hat enorme Auswirkungen auf die weitere Entwicklung des Kindes und die gegenseitige Beziehung zwischen Mutter und Kind. Die Interaktion ist, neben der elterlichen Fürsorge und Feinfühligkeit, für den Säugling lebensnotwendig, er erfährt dadurch seine eigene Selbstwirksamkeit und es können Lernprozesse in Gang gebracht werden. Durch den anfangs noch nonverbalen Austausch von Signalen und Bedürfnissen entsteht eine erste Kommunikation und die Gegenseitigkeit zwischen Mutter und Kind kann gefestigt werden. Es wird somit ein Grundstein für die kindliche und gegenseitige Entwicklung und den weiteren Lebensweg des Kindes gelegt. Ist die Interaktion zwischen Mutter und Kind hingegen beeinträchtigt und von geringer Qualität, kann dies weitreichende Beeinträch-

tigungen nach sich ziehen und sowohl auf kognitiver, als auch auf Verhaltensebene Defizite mit sich bringen. Es konnte gezeigt werden, dass zum Teil nicht die Psychopathologie der Mutter bei der Weitergabe der Störung am Entscheidendsten ist, sondern die Qualität der Interaktion (Laucht, Esser, & Schmidt, 2002; Mäntymaa et al., 2009). Zudem konnte verdeutlicht werden, dass die kognitiven Funktionen von Kindern mit einem Alter von fünf Jahren durch die Mutter-Kind-Interaktion vorhergesagt werden können und beispielsweise nicht durch eine maternale Depression beeinträchtigt wurden (Murray et al., 1996 zitiert nach Brockington, 2004). Mäntymaa et al. (2009) bestätigten die Kontinuität früher emotionaler behavioraler Probleme und konnten eine Korrelation zwischen der Mutter-Kind-Interaktion mit zwei Jahren und kindlichen emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten mit fünf Jahren zeigen. Die Interaktion stellt somit eine Reflektion von kumulativen und sich wiederholenden Mustern zwischen Mutter und Kind dar. In einer Studie von Laucht et al. (2002) wurde beispielsweise bewiesen, dass dem Interaktionsverhalten der Mutter eine Moderatorwirkung zugeschrieben werden konnte, wodurch die kognitive und sozio-emotionale Entwicklung der Kinder depressiver Mütter beeinflusst wurde.

Die Qualität des Interaktionsverhaltens kann somit auch zur Weitergabe der maternalen Psychopathologie beitragen und es kann ihr eine Funktion als Moderater bzw. Mediator zugeschrieben werden. Durch die Interaktion können somit Beeinträchtigungen und Probleme der Mutter an das Kind übertragen werden, wodurch sich nachteilige Effekte und Schwierigkeiten auf Seiten des Kindes ergeben. Daneben können auch Faktoren des Kindes über die Interaktion die Mutter beeinflussen und dadurch ihre Störung bzw. Erkrankung aufrechterhalten werden. Moderations- bzw. Mediationsvariablen werden als sogenannte Drittvariablen bezeichnet, welche sowohl die abhängige Variable (das Kriterium; hier beispielsweise die kindliche Auffälligkeiten) als auch die unabhängige Variable (der Prädiktor; hier die maternale Angststörung) beeinflussen können (Ledermann & Bodenmann, 2006). Das Interaktionsverhalten kann als Mediationsvariable wirken, welche eine quantitative Variable darstellt und den Einfluss einer unabhängigen Variable (maternale Angst) auf die abhängige (kindliche Auffälligkeiten) mediiert bzw. vermittelt (Ledermann & Bodenmann, 2006). Eine detaillierte Beschreibung der Mediationsanalyse erfolgt in einem späteren Kapitel dieser Arbeit.

Die Qualität des Interaktionsverhaltens zwischen Mutter und Kind kann somit auf viele verschiedene Arten und Wege eine Auswirkung auf die weitere kindliche

Entwicklung und die Beziehung und Bindung zwischen den Beiden haben. Durch Schwierigkeiten oder Probleme in der Interaktion ist es möglich, die Psychopathologie der Mutter zu übertragen, wodurch das Kind beeinträchtigt bzw. vulnerabel für Auffälligkeiten werden kann. Daher ist es das Ziel dieser Arbeit, diesen Bereich genauer zu untersuchen, um tiefere Erkenntnisse über dieses Thema zu erhalten und zur Aufdeckung möglicher und früher Risiken für Kinder beizutragen.

3. Fragestellung und Hypothesen

Aufbauend auf der theoretischen Herleitung und den bisher erforschten Ergebnissen und Hintergründen, wird im Folgenden die genaue Fragestellung und das Untersuchungsziel der vorliegenden Arbeit erläutert und die zugrundeliegenden Hypothesen aufgezeigt.

3.1. Untersuchungsziel und Herleitung der Fragestellung

Wie in den vorherigen Kapiteln aufgezeigt, ist die Befundlage hinsichtlich der Auswirkungen von maternalen Angststörungen auf das Interaktionsverhalten zwischen Mutter und Kind und die damit zusammenhängende kindliche Entwicklung bereits in vielen Studien untersucht worden, wobei diesbezüglich keine einheitlichen und homogenen Ergebnisse vorliegen (Feldman et al., 2009; Kaitz & Maytal, 2005; Kaitz et al., 2010; Stein et al., 2008). Daher war das Ziel der, von der DFG bewilligten und bereits abgeschlossenen, prospektiv ausgelegten Studie (RE 2249/3-2), die prädiktive Bedeutung von maternalen Angststörungen im Postpartalzeitraum genauer zu betrachten und im Zusammenhang mit den Auswirkungen auf das kindlichen Verhalten im ersten halben Jahr und im Vorschulalter zu untersuchen. Dadurch soll ein Beitrag zur Aufklärung der Auswirkungen von Angststörungen bei Müttern geleistet und mehr Klarheit in diesen Bereich gebracht werden, um so betroffenen Müttern und Kindern besser und schneller helfen zu können. Damit ein Vergleich zwischen Müttern mit Angststörungen und gesunden Müttern möglich war, wurde mit Hilfe von Screening-Instrumenten, wie dem Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV (SKID-I) oder dem Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (AKV) der Angstzustand erhoben und die Mütter so den einzelnen Studienbedingungen zugeordnet. Die Aufteilung erfolgte anschließend in eine klinische Gruppe, welche im Weiteren mit KLG abgekürzt wird, und eine Kontrollgruppe (KG), um eine bessere und eindeutige Vergleichbarkeit dieser beiden Bedingungen zu erzielen. Zudem konnte durch die genaue Diagnose der Schweregrad der Störung und die Chronizität genauer bestimmt werden, was für die weiteren Analysen ebenfalls von großer Wichtigkeit sind.

Da der Einfluss von diagnostizierten maternalen Angststörungen auf das Interaktionsverhalten zwischen Mutter und Säugling bisher erst in wenigen Studien untersucht wurde, soll in der vorliegenden Arbeit ein besonderes Augenmerk auf diesen Bereich gelegt und die Interaktion zwischen der Mutter und ihrem Säugling als eine wichtige Mediatorvariable berücksichtigt werden. Die daraus resultierende mögliche

Transmission der maternalen Psychopathologie ist von großem Interesse und wurde in der frühen Kindheit durch das Face-to-Face-Still-Face-Paradigma von Tronick et al. (1978) und im Vorschulalter mit einer freien Spielsituation untersucht. Mit diesem Paradigma lassen sich die Qualität und die Sicherheit in der Interaktion und in der Beziehung zwischen Mutter und Kind gut beobachten und beurteilen. Ängstliche Mütter wurden in der Interaktion oftmals als überstimulierend, wenig sensitiv für die kindlichen Signale und als aufdringlicher beschrieben (Deneke & Lüders, 2003; Feldman, 2007b; Kaitz & Maytal, 2005).

Damit die relativen Zeitanteile des frühen Interaktionsverhaltens von Mutter und Kind kodiert und messbar gemacht werden können, wurde die Interaktion über das Face-to-Face-Still-Face Paradigma betrachtet und mit Hilfe von speziellen Kodierungsinstrumenten analysiert, worauf gesondert in Kapitel 4.3. eingegangen wird. Das Gleiche gilt für die Interaktionsaufnahmen aus der freien Spielsituation, in der die späte Interaktion zwischen der Mutter und ihrem Kind zwischen fünf und sechs Jahren näher betrachtet wurde. Neben der maternalen Psychopathologie bzw. Beeinträchtigung durch die Störung und die Interaktion, sind vor allem kindliche affektive und behaviorale Auffälligkeiten im Alter von fünf Jahren von Interesse. Diese wurden mit Hilfe der kindlichen Skalen aus dem CIB und der Child Behavior Checklist (CBCL) genauer untersucht und fließen in die Untersuchung mit ein.

3.2. Zugrundeliegende Hypothesen

Aus den bisherigen Vorarbeiten und auf Basis des aktuellen Forschungsstandes sowie der theoretischen Hintergründe lassen sich für die vorliegende Arbeit folgende Hypothesen aufstellen:

1. Die Rolle des Interaktionsverhaltens in der Mutter-Kind-Dyade bezüglich der Weitergabe der maternalen Psychopathologie

Hypothese 1: Die Interaktion zwischen Mutter und Kind stellt eine Mediationsvariable hinsichtlich der Weitergabe der maternalen Beeinträchtigung dar. Dies zeigt sich durch eine negativere Interaktion zwischen Mutter und Kind, welche sich über negativere ICEP-Codes (höhere Zeitanteile in den ICEP-Codes) und negativere CIB Composites (höhere Werte in den einzelnen Codes) abzeichnen.

Die Qualität der Interaktion spielt einen entscheidenden Faktor bei der Transmission der maternalen Störung, es können dadurch Probleme und Beeinträchtigungen der Mutter an das Kind weitergegeben werden (Laucht et al.,

2002; Mäntymaa et al., 2009). Wenn auch nur kurze Interaktionssequenzen erfasst wurden, reflektieren jene die kumulativen und sich wiederholenden Muster zwischen Mutter und Kind, die ohne Auflösung bzw. Veränderung über viele Jahre bestehen bleiben und sich festigen können (Mäntymaa et al., 2009). Dadurch kann der Interaktion in der Weitergabe der Störung eine bedeutende Rolle zugeschrieben werden.

2. Die Auswirkungen der Schwere der maternalen Angst auf das Interaktionsverhalten zwischen Mutter und Kind

Hypothese 2: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Schwere der psychischen Erkrankung der Mütter und der Qualität des Interaktionsverhaltens mit fünf Jahren – je schwerer die maternale Störung ist, desto negativer ist die Interaktion zwischen Mutter und Kind.

Es konnte gezeigt werden, dass Angststörungen während einer Schwangerschaft sowohl weiter andauern, als auch neu entstehen können – eine Auswirkung auf die Kinder ist in beiden Fällen beobachtbar (Agrati et al., 2015; Britton, 2008). Ebenso steht die Schwere und Dauer von vorgeburtlichen Ängsten und Stress in einem positiven Zusammenhang mit späteren kindlichen regulatorischen Problemen und kindlichen Auffälligkeiten (Van den Bergh et al., 2005).

3. Der Zusammenhang zwischen der Qualität des Interaktionsverhaltens und möglichen kindlichen Beeinträchtigungen im Vorschulalter

Hypothese 3: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Qualität des Interaktionsverhaltens und kindlichen Auffälligkeiten im Vorschulalter.

In einer Studie von Mäntymaa et al. (2009) konnte eine Korrelation zwischen der Qualität der Interaktion und kindlichen emotionalen Beeinträchtigungen und Auffälligkeiten auf der Verhaltensebene mit einem Alter von fünf Jahren gezeigt werden. Ähnliche Befunde wies auch Feldman (2009) nach. Die Sensitivität und Intrusivität in der frühen Interaktion sagten die spätere kindliche Entwicklung im Bereich von Bindungsformen, kognitivem Wachstum und der Entwicklung von Verhaltensadaptionen vorher. Zudem ist die Gegenseitigkeit zwischen Mutter und Kind stabil bzw. zeigt eine individuelle Stabilität von 3 Monaten bis 13 Jahren (Feldman, 2010). Der Qualität der Interaktion kann demnach eine überdauernde Funktion zugeschrieben werden, wodurch sich kindliche Auffälligkeiten bis ins Vorschulalter zeigen können.

Wie auch in Kapitel 5 noch detaillierter beschrieben wird, werden alle aufgestellten Hypothesen in mehreren Schritten gemeinsam überprüft und getestet. Um die empirisch relevanten Variablen der ICEP, des CIB und der CBCL sowie die Schwere der Erkrankung der Mutter (über den AKV) filtern zu können, werden die vorab als theoretisch relevant angesehenen Variablen in einer Korrelationsanalyse nach Spearman (1910) genauer untersucht (Übersicht siehe Kapitel 5.1.). Darauf aufbauend werden Mediationsmodelle gerechnet, wobei vor allem die Interaktion als möglicher Mediator in das Modell aufgenommen wird. Eine genaue und eingehende Beschreibung der einzelnen Modelle erfolgt ebenfalls in einem späteren Teil der Arbeit.

4. Methode

Im weiteren Verlauf soll nun zuerst der genaue Aufbau der Studie, sowie deren Design beschrieben werden. Ebenso wird die Rekrutierung und Zusammensetzung der Stichprobe genauer erläutert und auf wichtige Details eingegangen, um ein einheitliches und detailliertes Bild der vorliegenden Studie veranschaulichen zu können. Anschließend werden die verwendeten Messinstrumente und Fragebögen für das weitere Verständnis ausführlich dargestellt.

4.1. Studiendesign

Die vorliegende Arbeit ist Teil der, von der DFG unterstützten und geförderten, prospektiven Studie über die Bedeutung von Angststörungen im Postpartalzeitraum als Prädiktor für kindliches Temperament, Verhaltensauffälligkeiten und kognitive Entwicklung im Vorschulalter unter Leitung von Frau Prof. Dr. phil. Corinna Reck. Die Studie wurde durch die Ethik-Kommission akzeptiert und konnte anschließend an der psychiatrischen Universitätsklinik in Heidelberg durchgeführt werden. Da für die vorliegende längsschnittliche Studie bereits die frühe Interaktion von großem Interesse ist, wurden Mutter-Kind-Paare ab einem Kindesalter von drei bis vier Monaten in die Studie eingeschlossen. Die Mütter wurden über Zeitungen, Internetforen zum Thema Geburt sowie postpartale Erkrankungen rekrutiert. Außerdem erfolgte eine Anfrage zur Teilnahme durch geschulte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Wöchnerinnenstationen der umliegenden Krankenhäuser.

Aufgrund des Gruppenvergleichs innerhalb der nominalen, zweigestuften Organismusvariable Kontrollgruppe vs. klinische Gruppe handelt es sich um ein quasi-experimentelles Design, in dem keine randomisierte Zuweisung erfolgen konnte. Als Kriterium für eine Zuteilung in die klinische Gruppe galt die Diagnose einer Angststörung, die aktuell vorhanden war und/oder während der Schwangerschaft und/oder nach der Geburt des Kindes begonnen hat. Aufgrund der geringen klinischen Relevanz wurden Mütter mit einer einzelnen spezifischen Phobie von der Studie ausgeschlossen. Lagen bei den teilnehmenden Müttern keine psychischen Erkrankungen in der Vorgeschichte vor und litten diese auch aktuell nicht an einer Störung, erfolgte eine Zuweisung in die Kontrollgruppe. Entscheidend dafür war ebenfalls, dass in der Vergangenheit bisher noch keine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen wurde.

Es wurde von einer Teilnahme an dieser Studie abgesehen, wenn andere Erkrankungen bei den Müttern vorlagen, die eine Teilnahme unmöglich machen wür-

den. Ergaben sich während der laufenden Studie eine erste psychotische Erkrankung, andere körperliche Probleme und/oder bestimmte hinderliche Lebensereignisse, welche unzumutbar für die Probandinnen und ihre Kinder waren, musste die Teilnahme abgebrochen werden und die bisherigen Daten wurden aus der Untersuchung herausgenommen. Diese Kriterien galten gleichermaßen für Mütter beider Untersuchungsgruppen sowie auch ihren Kindern. Um die Fragebögen in vollem Umfang verstehen und ausfüllen zu können, waren für alle Teilnehmerinnen ausreichende und umfassende Deutschkenntnisse unerlässlich. Da in der vorliegenden Studie sowohl die Mütter als auch deren Kinder aktiv beteiligt waren, wurden auch für die Säuglinge bestimmte Kriterien angesetzt. Bei einer Geburt vor Vollendung der 36. Schwangerschaftswoche, auffälligen APGAR-Werten (≤ 8) und/oder anderen körperlichen Erkrankungen musste eine Teilnahme ebenfalls abgebrochen werden. Ebenso konnten Mehrlingsgeburten nicht in die Studie eingeschlossen werden.

Sollte sich im Zuge der Studie ein Bedarf an einem unverbindlichen Gespräch im Rahmen des klinischen Angebotes der Schwangeren und Mutter-Kind-Behandlungseinheit in Heidelberg ergeben, konnte eine problem- und entwicklungsorientierte Beratung von den Müttern in Anspruch genommen werden. Ferner gab es nach Abschluss der Studie die Möglichkeit einer weiterführenden psychotherapeutischen und/oder medikamentösen Behandlung an der psychiatrischen Klinik. Es wurde ebenfalls erhoben, ob die Mütter der Studie aktuell Medikamente zu sich nahmen, allerdings konnte dies aufgrund der kleinen Gruppe und unterschiedlichen Medikation bzw. Dosierung nicht kontrolliert werden.

Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, eine Aussage über mögliche längerfristige Auswirkungen maternaler Angststörungen im Hinblick auf kindliche Auffälligkeiten zu treffen. Für die Erhebung der Daten sind daher mehrere Messzeitpunkte notwendig gewesen, welche sich im Zeitraum nach der Geburt bis zu einem Kindesalter von fünf bis sechs Jahren aufteilten. Ungefähr sechs Wochen nach der Geburt wurde ein erstes Screening per Telefon mit den Müttern durchgeführt und mit Hilfe des SKID-I der aktuelle Angststatus erfasst, damit die Mütter den jeweiligen Untersuchungsgruppen zugeteilt werden konnten. Die Interaktion zwischen Mutter und Kind wurde mit der Face-to-Face-Still-Face Situation an der psychiatrischen Universitätsklinik in Heidelberg untersucht und damit zusammenhängende Videoaufzeichnungen gemacht. Die Kinder waren hier zwischen drei bis acht Monate alt. Die Mütter wurden an diesen Terminen gebeten, verschiedene Fragebogensets auszufüllen. Eine er-

neute Untersuchung der Interaktion zwischen Mutter und Kind fand mit einem Kindesalter von fünf Jahren statt. Diese wurde mit Hilfe einer Freispielsituation genauer betrachtet und wiederum an der psychiatrischen Universitätsklinik in Heidelberg auf Video aufgezeichnet. Das kindliche Temperament und verschiedene Entwicklungsaufgaben bzw. -fertigkeiten wurden zu diesem Zeitpunkt ebenso untersucht. Daneben wurden sowohl die Mutter als auch der Vater gebeten, Fragebogenhefte auszufüllen. Bei der Mutter wurde der SKID-I ein zweites Mal durchgeführt, um den aktuellen Angststatus zu erfassen, sowie ein diagnostisches Interview hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten auf Seiten des Kindes (Kinder-DIPS) abgehalten. Eine Übersicht über das gesamte Erhebungsverfahren sowie die jeweiligen Messzeitpunkte und -instrumente sind in Tabelle 3 dargestellt, wobei darauf hingewiesen werden soll, dass es sich um die, für diese Arbeit relevanten Termine und Inhalte handelt.

Tabelle 3

Übersicht über die Erhebungsverfahren und die verwendeten Messinstrumente im Studienverlauf

	Untersuchungszeitpunkt	Alter des Kindes	Messinstrumente
	A0	6 Wochen	SKID-I, Fragebogenset
T1	A1	3 - 4 Monate	FFSF, Fragebogenset
	A2	6 - 8 Monate	FFSF, Fragebogenset
T2	C1	5 Jahre	Freispiel, Fragebogenset, CBCL

Anmerkung. SKID-I = Strukturiertes Klinisches Interview nach DSM-IV, FFSF = Face-to-Face-Still-Face, CBCL = Child Behavior Checklist.

Für die vorliegende Arbeit interessieren vor allem die Daten bezüglich der Interaktion zwischen Mutter und Kind – diese umfassen die Videoaufnahmen der Face-to-Face-Still-Face-Situation sowie des Freispiels. Zudem sind die Tests hinsichtlich kindlicher Auffälligkeiten und möglicher Einschränkungen, wie beispielsweise der Child Behavior Checklist (CBCL) von Relevanz. Die nähere Beschreibung und Auswertung der restlichen Untersuchungen und Fragebögen sind Teile anderer Arbeiten (siehe beispielsweise (Müller et al., 2016; Müller, Zietlow, Tronick, & Reck, 2015; Reck, Müller, Tietz, & Möhler, 2013; Tietz et al., 2014) und werden daher nicht eingehender betrachtet.

4.2. Stichprobe

Für die vorliegende Studie wurden insgesamt 122 Mütter mit ihren Kindern über die Mutter-Kind-Einheit der Universitätsklinik Heidelberg rekrutiert, wobei 69 Mütter im Laufe der Studie oder im Zuge der Auswertung ausgeschlossen werden mussten. Der Ausschluss war notwendig, wenn die Diagnosekriterien nicht erfüllt waren, Mütter die Teilnahme aus persönlichen Gründen abgebrochen hatten, nicht zu den vereinbarten Interaktionsmessungen erschienen waren oder die Videos nicht auswertbar waren. Somit setzt sich die endgültige untersuchte Stichprobe aus 53 Müttern zusammen – 19 Mütter (35.8%) wurden nach der Testung über den SKID-I mit einer Angststörung nach DMS-IV Kriterien diagnostiziert und dadurch der klinischen Gruppe zugeordnet. 34 Mütter (64.2%) erfüllten keinerlei Kriterien für irgendeine psychische Störung und konnten als Kontrollgruppe definiert werden. In den folgenden Analysen haben sich in einzelnen Variablen teilweise Fallzahlunterschiede aufgrund fehlender Werte ergeben, welche allerdings keine Auswirkungen auf die berichteten Angaben haben und diese nicht beeinflussen (Sicherung durch einen MCAR-Test nach Little (1988) siehe Kapitel 5.1.).

Von den 19 Müttern aus der klinischen Gruppe waren sechs Mütter (31.60%) an einer diagnostizierten Angststörung erkrankt, sechs Mütter (31.60%) wiesen zwei Angsterkrankungen und weitere sechs (31.60%) drei Diagnosen auf. Bei einer Mutter (5.30%) konnten vier verschiedene Angststörungen diagnostiziert werden. Auch hinsichtlich des Ersterkrankungszeitraumes zeigten sich Unterschiede innerhalb der klinischen Gruppe. Bei 73.70% (14 Mütter) der klinisch zugeordneten Mütter hat die Angsterkrankung bereits vor der Schwangerschaft begonnen, zwei Mütter (10.50%) berichten während der Schwangerschaft davon und bei drei Müttern (15.80%) entwickelte sich die Auffälligkeiten erst im Postpartalzeitraum. Eine genaue Übersicht ist in Abbildung 4 dargestellt.

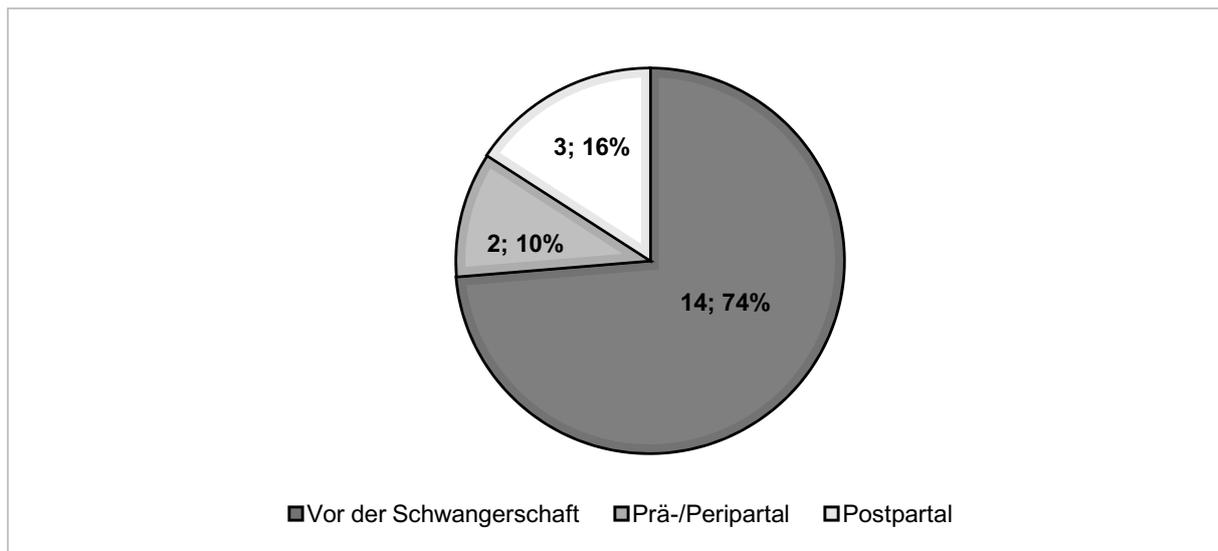


Abbildung 5. Übersicht über den Beginn der Angststörungen in der klinischen Gruppe mit Anzahl und gerundeten Prozentangaben.

Eine detaillierte Übersicht zu den verschiedenen Störungen und Erkrankungszeitpunkten ist in Abbildung 6 zu finden. Die häufigsten Störungen waren mit insgesamt zehn Diagnosen die Generalisierte Angststörung (GAS) gefolgt von der Panikstörung bzw. Agoraphobie sowie der Zwangsstörung mit jeweils acht Diagnosen. Eine soziale Phobie wurde siebenmal diagnostiziert. Am wenigsten häufig waren die Mütter der klinischen Gruppe an einer spezifischen Phobie mit fünf Diagnosen und einer nicht näher bezeichneten Angststörung (eine Mutter) erkrankt.

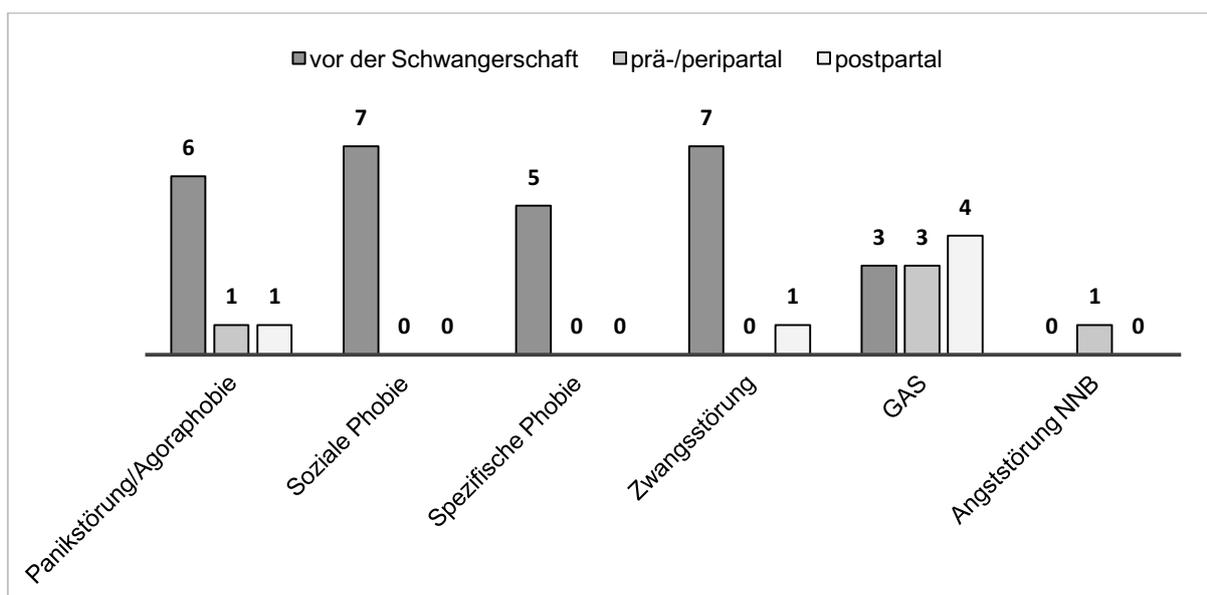


Abbildung 6. Übersicht über die verschiedenen Diagnosen in der klinischen Gruppe und den Erkrankungszeitraum.

In Bezug auf allgemeine soziodemographische Daten, wie dem Geschlecht und Alter der Kinder zum Untersuchungszeitpunkt konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen (KG vs. KLG) gefunden werden, wodurch eine Vergleichbarkeit möglich war. Die Tests zur Vergleichbarkeit sind in Tabelle 4 und 5 dargestellt. Zum ersten Messzeitpunkt lag das Alter der Säuglinge zwischen 2.90 und 8.00 Monaten, wobei sich insgesamt ein mittleres Alter für die Kinder der Kontrollgruppe von 3.94 Monaten und für die der klinischen Gruppe von 4.26 Monaten ergab. Zum zweiten Untersuchungszeitpunkt waren die Kinder aus der Kontrollgruppe im Schnitt 5.33 Jahre alt, die der klinischen Gruppe hatten mit einem mittleren Alter von 5.39 Jahren ein sehr ähnliches Alter. Die teilnehmenden Kinder waren alle Einzelgeburten, sodass die Gesamtzahl der Kinder ebenfalls bei 53 lag. In der vorliegenden Stichprobe wurden jeweils in beiden Gruppen mehr Mädchen geboren, was auch in Tabelle 4 ersichtlich ist. In der Kontrollgruppe waren es 22 Mädchen (64.71%) im Gegensatz zu 12 Jungen (35.29%) und in der klinischen Gruppe betrug der weibliche Anteil 57.89% (11 Mädchen) und der männliche 42.11% (8 Jungen).

Tabelle 4

Deskriptive Angaben der Kinder und Tests auf Vergleichbarkeit der beiden Gruppen in der Stichprobe

	Gesamt <i>M (SD)</i>	Kontrolle <i>M (SD)</i>	Angst <i>M (SD)</i>	<i>t (p)</i>
Alter des Kindes zu T1 (Monate)	4.06 (1.52)	3.94 (1.54)	4.26 (1.50)	-.69 (.49)
Alter des Kindes zu T2 (Jahre)	5.35 (0.45)	5.33 (0.45)	5.39 (0.45)	-.42 (.68)
	Gesamt <i>f (%)</i>	Kontrolle <i>f (%)</i>	Angst <i>f (%)</i>	$\chi^2 (p)$
Weiblich	33 (62.26)	22 (64.70)	11 (57.90)	.24 ^c (.62)
Männlich	20 (37.74)	12 (35.30)	8 (42.10)	

Anmerkung. *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *t* = *T*-Wert, *p* = Signifikanzniveau (<.05), χ^2 = Chi²-Wert.

Das mittlere Alter lag beim ersten Untersuchungszeitpunkt bei gesunden Müttern bei 34.01 Jahren (25 - 45 Jahre) und bei Müttern mit einer Angststörung bei 34.11 Jahren (22 - 43 Jahre). Bei der zweiten Untersuchung im Vorschulalter des Kindes waren die Mütter der Kontrollgruppe zwischen 31 und 50 Jahre alt, wobei sich im Mittel ein Alter von 39.78 Jahren ergab. Auch in der klinischen Gruppe zeigt sich ein ähnli-

ches Bild, die Mütter hatten ein Durchschnittsalter von 39.50 Jahren (27 - 49 Jahre). In der Gruppe der gesunden Mütter waren 27 von 34 Müttern (79.40%) berufstätig im Vergleich zu 71.40% (10 von 14 Mütter) der Mütter mit einer Angststörung. Fünf Mütter aus der klinischen Gruppe machten bei dieser Frage keine Angabe. Auch hier konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gefunden werden, was in Tabelle 5 aufgezeigt wird. Neben Alter und Berufstätigkeit wurde auch die Anzahl der bisherigen Kinder erhoben. In der Kontrollgruppe hatten acht Mütter (23.50%) ein Kind, 16 Mütter (47.10%) zwei Kinder und 17.60% (sechs Mütter) drei Kinder. Weitere drei Mütter (8.80%) hatten vier Kinder geboren und eine Frau (2.90%) der gesunden Gruppe war Mutter von fünf Kindern. Bei der Gruppe der Mütter mit einer Angststörung ergab sich ein etwas anderes Bild, wobei der Unterschied trotzdem nicht signifikant war. Die Mütter gebaren hier insgesamt weniger Kinder, vier Mütter (28.60%) hatten ein Kind, weitere sechs Mütter (42.90%) zwei Kinder und 28.60% der Mütter (vier Mütter) lebten mit drei Kindern zusammen. Auch hier enthielten sich insgesamt fünf Mütter der Angabe, sodass die Daten von 14 Müttern in diese Frage eingeflossen sind.

Tabelle 5

Deskriptive Angaben der Mütter und Tests auf Vergleichbarkeit der beiden Gruppen in der Stichprobe

	<u>Gesamt</u> <u>M (SD)</u>	Kontrolle <i>M (SD)</i>	Angst <i>M (SD)</i>	<i>t (p)</i>
Alter der Mutter zu T1 (Jahre)	34.09 (5.13)	34.01 (5.14)	34.11 (5.25)	-.01 (.99)
Alter der Mutter zu T2 (Jahre)	39.68 (5.22)	39.78 (5.08)	39.50 (5.60)	.18 (.86)
	<u>Gesamt</u> <u>f (%)</u>	Kontrolle <i>f (%)</i>	Angst <i>f (%)</i>	<i>U (p)</i>
Anzahl der Kinder				
Ein Kind	30 (56.60)	18 (52.90)	12 (63.20)	283.5 (.41)
Zwei Kinder	18 (33.96)	12 (35.30)	6 (31.60)	
Drei Kinder	4 (7.55)	3 (8.80)	1 (5.30)	
Vier Kinder	1 (1.89)	1 (2.90)	0	
	<u>Gesamt</u> <u>f (%)</u>	Kontrolle <i>f (%)</i>	Angst <i>f (%)</i>	<i>U (p)</i>
Bildung der Mutter				
Hochschule	28 (52.83)	19 (55.90)	9 (47.40)	287.5 (.47)
Fach-/Abitur	14 (26.42)	9 (26.50)	5 (26.30)	
Realschule	9 (16.98)	5 (14.70)	4 (21.10)	
Hauptschule	2 (3.77)	1 (2.90)	1 (5.30)	
	<u>Gesamt</u> <u>f (%)</u>	Kontrolle <i>f (%)</i>	Angst <i>f (%)</i>	<i>χ² (p)</i>
Partnerschaft				
ja	44 (93.62)	34 (100)	10 (76.90)	8.39 ^a (.00)
nein	3 (6.38)	0	3 (23.10)	
	<u>Gesamt</u> <u>f (%)</u>	Kontrolle <i>f (%)</i>	Angst <i>f (%)</i>	<i>χ² (p)</i>
Berufstätigkeit				
ja	37 (77.08)	27 (79.40)	10 (71.40)	.36 ^a (.55)
nein	11 (22.92)	7 (20.60)	4 (28.60)	

Anmerkung. *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *t* = *T*-Wert, *p* = Signifikanzniveau (<.05), *U* = Mann-Whitney-U-Wert, χ^2 = Chi²-Wert.

Wie aus Tabelle 5 gut ersichtlich ist, ergeben sich auch im Bereich der Daten der Mütter kaum signifikante Unterschiede hinsichtlich der soziodemographischen Daten, sodass eine Vergleichbarkeit möglich ist. Einzig in Bezug auf die Partnerschaft wurde ein signifikanter Unterschied gefunden, Mütter der klinischen Gruppe waren mit 76.90% (zehn Mütter) signifikant weniger häufig in einer festen Partnerschaft im Gegensatz zu den Müttern der Kontrollgruppe, welche alle (100%, 34 Mütter) aktuell in einer Partnerschaft lebten. Allerdings machten sechs Mütter der klinischen Gruppe keine Angabe zu diesem Punkt. Da auch der χ^2 Test aufgrund der erwarteten Zellenhäufigkeiten <5 in über 25% der Zellen invalide war, wurde diese Variable nicht als

Kontrollvariable in die weitere Untersuchung mit aufgenommen.

Neben den bisher beschriebenen Variablen wurde auch der Bildungsgrad der Mütter beider Gruppen genauer untersucht und folgendes Ergebnis gefunden, welches in Abbildung 7 sowie in Tabelle 5 detaillierter dargestellt ist.

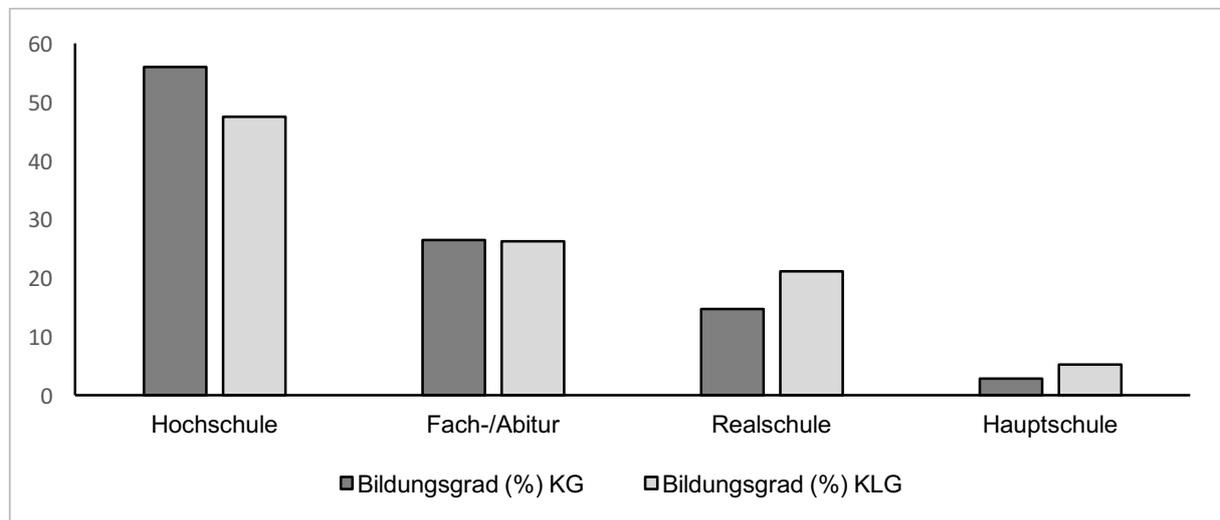


Abbildung 7. Übersicht über den Bildungsgrad jeweils getrennt für die beiden Untersuchungsgruppen in Prozentangaben. Anmerkung: KG = Kontrollgruppe und KLG = klinische Gruppe.

Gesunde Mütter hatten vermehrt einen Hochschulabschluss (19 Mütter, 55.90%), gefolgt von neun Müttern (26.50%) mit Fach-/ bzw. Abitur und fünf Müttern (14.70%) mit einem Abschluss an der Realschule. Eine Mutter (2.90%) aus dieser Gruppe hat die Schule an der Hauptschule beendet. Bei Müttern mit einer Angststörung schlossen ebenfalls ein Großteil, nämlich 47.40% (neun Mütter) an einer Hochschule ihre Bildung ab, fünf Mütter (26.30%) hatten Fach-/bzw. Abitur und 21.10% (vier Mütter) besuchten die Realschule. Auch in dieser Gruppe gab es eine Mutter (5.30%), die ihren Abschluss an der Hauptschule gemacht hat. Im Bereich der Bildung ergab sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen (siehe Tabelle 5).

4.3. Fragebögen und Erhebungsinstrumente

Im Folgenden soll ein detaillierter Überblick über die verwendeten Messinstrumente und Tests gegeben werden, wobei hier vor allem die Diagnosekriterien und Messungen bezüglich des Interaktionsverhaltens im Vordergrund stehen.

4.3.1. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID)

Da vor allem der Einfluss von maternalen Angststörungen auf das Interaktionsverhalten und hinsichtlich kindlicher Auffälligkeiten von großem Interesse ist, wurde mit dem SKID ein Instrument gewählt, um eine genaue und valide Diagnose hinsichtlich einer möglichen Erkrankung an einer Angststörung vergeben zu können. Dies geschah durch das sogenannte Strukturierte Klinische Interview für (das damals aktuelle) DSM-IV, als „SKID“ abgekürzt (Wittchen, Fydrich, & Zaudig, 1997). Das SKID ist ein halbstrukturiertes klinisches Diagnoseinstrument, das eingesetzt wird, um Symptome und Diagnosen nach den Kriterien des diagnostischen und statistischen Manuals für psychische Störungen (aktuelle Version DSM-V) zu erstellen. Die Anwendung sollte von erfahrenen und mit der aktuellen Version des DSM vertrauten Untersuchern durchgeführt werden, um einen korrekten Umgang zu gewährleisten (Wittchen et al., 1997). Das SKID besteht aus zwei verschiedenen Teilen, die sich aus dem SKID-I und dem SKID-II zusammensetzen. Ersteres bildete den Hauptbestandteil der diagnostischen Untersuchung in der vorliegenden Studie und klärt sämtliche Achse-I Störungen ab. Diese umfassen affektive und psychotische Störungen, Substanzmissbrauch und -abhängigkeit, Angststörungen, somatoforme Störungen sowie Ess- und Anpassungsstörungen. Der SKID-II erfasst Persönlichkeitsstörungen. Ferner werden Kodierungsmöglichkeiten für die Beurteilung von körperlichen Störungen (Achse III) sowie Störungen des psychosozialen Funktionsniveaus (Achse IV) gegeben (Wittchen et al., 1997).

Das SKID ist ein weitverbreitetes und oft genutztes Diagnoseinstrument, das befriedigende psychometrische Befunde in Hinblick auf Effizienz, Anwendbarkeit und Reliabilität erzielt. Es stellt eine valide und relativ schnelle Möglichkeit dar, eine nach DSM-IV Kriterien geltende Diagnose zu erstellen. Eine Objektivität hinsichtlich Durchführung und Auswertung ist zusätzlich gegeben, wenn die angegebenen Regeln und Richtlinien angewendet und befolgt werden (Wittchen et al., 1997).

Beim SKID-I kann die Durchführungsdauer an die Symptome des Patienten angepasst werden. Durch Sprungregeln und flexibel gestaltbare Sektionen können diagnose-irrelevante Bereiche übersprungen oder auf diese verzichtet werden, sodass keine Zeit mit irrelevanten diagnostischen Bereichen in Anspruch genommen wird. Wichtig ist hierbei jedoch, dass sich der Untersucher absolut sicher ist, dass die übersprungenen Sektionen nicht vorliegen und irrelevant für die Diagnose sind. Für jedes Störungsbild gibt es jeweils diagnostische Sektionen, die durch aufeinanderfol-

gende Buchstaben gekennzeichnet sind (A = Affektive Syndrome, B = psychotische Syndrome, etc.), Untersektionen haben (A1, A2, etc.) und nacheinander abgefragt werden. Für die vorliegende Studie sind vor allem die Antworten der Sektion „F: Angststörungen“ relevant. Die Fragen innerhalb einer Sektion sind nach einem ähnlichen Schema aufgebaut, sodass sich fast immer ein vierstufiges Antwortmuster ergibt. Dieses setzt sich aus folgenden Kodierungsmöglichkeiten zusammen. Ein „?“ wird gewählt, wenn die Information, die der Patient gibt, unzureichend ist, um sie mit einem anderen Kode genauer definieren zu können bzw. zusätzliche Informationen erforderliche sind. Ist ein Kriterium nicht vorhanden, wird bei der jeweiligen Frage die „1“ gewählt. Eine Kodierung mit einer „2“ erfolgt, wenn die Kriterien unterschwellig vorhanden sind, also fast bzw. nicht voll erfüllt sind. Ist ein Kriterium hingegen vorhanden, dann wird diese mit einer „3“ beantwortet. Ergänzend dazu gibt es Bereiche, in denen eine Beschreibung bzw. ein eigener Ausdruck des Probanden gefordert ist (Wittchen et al., 1997). So entsteht ein individuelles Schema, nach dem eine Auswertung erfolgen kann.

In der vorliegenden Studie wurde einerseits mit Hilfe dieses Instrumentes eine Diagnose der Probandinnen hinsichtlich der Erkrankung an einer Angststörung gestellt und auf der anderen Seite der Ausschluss von Müttern ermöglicht, die von einer anderen Erkrankung als einer Angststörung betroffen waren, um die Daten nicht zu verfälschen. Das SKID wurde am ersten Untersuchungszeitpunkt (A0) mit den teilnehmenden Müttern telefonisch durchgeführt.

4.3.2. Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (AKV)

Neben den bereits beschriebenen Erhebungsinstrumenten wie dem SKID-I, wurde in dieser Untersuchung auch der Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (AKV) verwendet, um eine Erfassung des Schweregrades der Angststörung vornehmen zu können. Der AKV stellt die deutsche Version einer Fragebogenbatterie dar, die von Chambless und Mitarbeitern zur Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Angststörungen entwickelt wurde. Der Fragebogen setzt sich aus folgenden drei Bögen zusammen: dem Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen (Body Sensations Questionnaire, BSQ), dem Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen (Agoraphobic Cognitions Questionnaire, ACQ) und dem Mobilitätsinventar zur Vermeidung vielfältiger Situationen aufgrund von Angst (Mobility Inventory, MI). Durch eine Kombination dieser drei Fragebögen können die

internen Auslöser der Angst diagnostiziert, die zentralen Befürchtungen des Patienten abgeklärt und das Muster des Vermeidungsverhalten identifiziert werden (Ehlers, Margraf, & Chambless, 2001).

Bei Angststörungen liegt der Fokus oftmals auf der Angst vor möglichen inneren Störungen und körperliche Symptome können als bedrohlich empfunden werden (Herzklopfen, Schwindel etc.). Diese Ängste können mit dem BSQ detailliert abgeklärt werden und werden mit 17 Items abgefragt. Die Fragen werden auf einer fünfstufigen Skala (1-5) bewertet, wobei die Patienten angeben sollen, wie viel Angst sie vor den jeweiligen Empfindungen verspüren. Eine „1“ steht für keine Beunruhigung/Angst und eine „5“ wird vergeben, wenn die Patienten „extrem ängstlich“ durch diese Empfindung sind. Die Patienten sollen zudem abschließend beschreiben, welche drei Körperempfindungen am Schwierigsten zu bewältigen sind und am Häufigsten vorkommen (Ehlers et al., 2001).

Ein weiteres zentrales Merkmal von Angststörungen ist das Vorhandensein von katastrophisierenden Kognitionen wie Gedanken zu Kontrollverlusten oder körperlichen Krisen. Mit Hilfe von 14 Items werden diese Gedanken im ACQ abgefragt und bewertet. Dies erfolgt wiederum auf einer fünf-stufigen Skala, wobei eine „1“ vergeben wird, wenn der Gedanke nie vorkommt und eine „5“ bedeutet, dass der Gedanke immer vorhanden ist. Auch hier sollen die Patienten angeben, welche drei Gedanken bei Ihnen am Häufigsten vorkommen und sie am Meisten beschäftigen (Ehlers et al., 2001).

Das Mobilitätsinventar (MI) wird verwendet, um abzuklären, wie groß das Vermeidungsverhalten der Patienten ist. Vor allem bei der Agoraphobie aber auch bei einigen anderen Angststörungen ist die Vermeidung von Situationen, Menschen, Objekten oder anderen alltäglichen Bereichen ein zentraler Punkt. Das MI fragt in einer umfassenden Übersicht ab, ob die Patienten bestimmte Plätze (13 verschiedene Plätze wie Kino, Supermarkt oder Fahrstühle), das Fahren mit verschiedensten Fortbewegungsmittel, wie Bus, Auto oder Flugzeug (insgesamt 7 Varianten) oder alltägliche Situationen wie alleine zu Hause zu sein oder Schlange zu stehen (8 Situationen) vermeiden. Auch hier erfolgt eine fünf-stufige Bewertung, „1“ steht für keine Vermeidung und „5“ für „vermeide immer“. Im Gegensatz zu den anderen Skalen werden im MI die Einschätzungen getrennt vorgenommen, je nachdem ob die Situation von den Patienten alleine oder in Begleitung ertragen werden soll.

Insgesamt lässt sich sagen, dass der AKV eine relativ kurze Bearbeitungs- und Auswertungszeit aufweist, wodurch er sehr ökonomisch ist. Laut der Autoren kann die Auswertung zudem als sehr objektiv bewertet werden. Ebenso weist er befriedigende bis sehr gute interne Konsistenzen und Retestreliabilitäten auf und hat sich als sensitiv zur Messung von Therapieeffekten erwiesen (Ehlers et al., 2001).

4.3.3. Interaktion zwischen Mutter und Kind am Beispiel des Face-to-Face-Still-Face-Paradigmas

Das von Tronick et al. (1978) eingeführte Face-to-Face-Still-Face-Paradigma (FFSF) stellt einen wertvollen Beitrag dar, um die Interaktion zwischen Mutter und Kind genauer betrachten und analysieren zu können. Es ist ein experimentelles Modell, wodurch ein künstlicher interaktioneller Rückzug der Mutter bzw. der Bezugsperson hergestellt wird, der als milder sozio-emotionaler Stressor auf das Kind wirkt. Dieses Paradigma wurde in der vorliegenden Studie verwendet, um die Interaktionsqualität und Regulationskapazitäten der Mutter-Kind-Paare untersuchen und vergleichen zu können. Die Face-to-Face-Still-Face-Situation ist ein experimentelles Paradigma, bei dem die Interaktion auf Video aufgezeichnet wird und die interaktive Qualität anschließend mit Hilfe von Kodierungsprogrammen verdeutlicht und aufgezeigt werden kann. Die Videoaufzeichnungen wurden zum zweiten Termin (T2) mit einem Alter der Säuglinge zwischen drei bis acht Monaten in einem Videolabor der Mutter-Kind-Einheit der Universitätsklinik in Heidelberg aufgenommen. Vor Beginn der Aufnahme fand eine Aufklärung und Instruktion der Mütter über die Studie und den Versuchsablauf statt, ebenso musste eine Einverständniserklärung zur Teilnahme unterzeichnet werden.

Um die Interaktion bestmöglich beobachten zu können, wurde das Videolabor so ausgestattet, dass sich die Mutter und ihr Kind gegenüber sitzen und anschauen konnten. Da die Säuglinge zum Untersuchungszeitpunkt noch sehr klein waren, wurden sie in eine Kinderwippe gesetzt, die sich auf einem Tisch in der Mitte des Raumes befand. Die Mütter saßen ihren Kindern gegenüber auf einem Stuhl und waren diesen zugerichtet. Für die Videoaufzeichnungen der beiden Interaktionspartner wurden zwei Kameras in dem Raum angebracht, die jeweils die Mutter bzw. das Kind fokussierten und so für beide getrennt Mimik, Gestik und Verhalten aufgenommen werden konnte. Zusätzlich zu den Videoaufzeichnungen wurde auch die Vokalisation aufgenommen, da jene ebenfalls zu Kodierungszwecken herangezogen wurde. Dafür wurde ein Mikrofon in der Mitte des Raumes angebracht. Damit die Videoaufzeich-

nungen der beiden Kameras anschließend gleichzeitig und in einem Bild kodiert und ausgewertet werden können, wurden sie mit einer Split-Screen-Videotechnik und unter Zuhilfenahme eines digitalen Timers zu einem Bild zusammengeführt. Nachdem alle Geräte aufnahmebereit waren und sich Mutter und Kind an den Raum gewohnt hatten, konnte die Untersuchung beginnen, wobei der Versuchsleiter/In den Raum verlassen musste, sodass keine Ablenkbarkeit in der Interaktion entstehen konnte.

Wie bereits in der detaillierten Beschreibung des Face-to-Face-Still-Face Paradigmas in Kapitel 2.1.4. erwähnt, teilt sich diese experimentelle Situation in drei Phasen auf, wobei jede zwei Minuten dauern sollte. Um die Untersuchung nicht zu stören, wurde mit der Mutter zuvor vereinbart, dass sie nach Ablauf der Zeit ein leises Klopfzeichen durch den Versuchsleiter/In erhält, das ihr signalisiert, in die nächste Phase überzugehen bzw. dass das Experiment abgeschlossen ist. Zu Beginn der Untersuchung, also in der ersten Phase, die auch als „Play“ bezeichnet wird, ist die Mutter angewiesen, sich mit ihrem Kind zu beschäftigen und zu spielen, wie sie es auch im Alltag macht. Sie kann mit dem Kind singen, mit ihm reden, es berühren oder ähnliche Verhaltensweisen zeigen, allerdings darf kein externes Spielzeug verwendet oder das Kind aus der Wippe gehoben werden. Nach dem vereinbarten Klopfzeichen, wendet sich die Mutter kurz von ihrem Kind ab, zählt in Gedanken bis zehn und dreht sich dann wieder zurück. In dieser anschließenden „Still-Face“ Phase soll die Mutter über das Kind hinweg schauen, neutral in der Mimik bleiben, das Kind weder berühren, ansprechen, noch es direkt anschauen und auf keine Versuche bzw. Einladungen des Kindes zur gemeinsamen Interaktion reagieren. Die Interaktion wird durch die Neutralität und Passivität der Mutter unterbrochen und das Kind sieht sich mit einer Situation konfrontiert, in der es weder Rückmeldung noch Zuwendung der eigenen Mutter erfährt, was oftmals zu Verwirrung, Protest und Ärger führt. Nach der abgelaufenen Zeit wird der Mutter durch Klopfen erneut angezeigt, dass sie sich ihrem Kind wieder zuwenden darf und die zweite Phase abgeschlossen ist. In der letzten Phase, die auch als Wiedervereinigungsphase („Reunion“) bezeichnet wird, soll die Mutter, wie zu Beginn der Untersuchung, mit ihrem Kind spielen, sich mit ihm auseinandersetzen und interagieren. Diese Abschlussphase dauert wiederum zwei Minuten und wird durch den Versuchsleiter/In beendet, der nach Ablauf der Zeit den Raum betritt.

4.3.4. Mutter-Kind-Interaktion am Beispiel der Freispielsituation

Um auch im Vorschulalter die Qualität der Interaktion einschätzen zu können, wurde hier eine freie Spielsituation gewählt. Die Interaktionsdiagnostik besteht hier aus einem 15-minütigen Freispiel bei dem Mutter und Kind gemeinsam in einem Spielzimmer spielen. Die Mütter und Kinder erhalten jeweils einen Spielteppich und eine Kiste mit identischem Spielzeug, wie Legofiguren, Autos oder Obst aus Holz. Sie dürfen dabei frei wählen, mit was sie spielen möchten. Nach Ablauf der 15 Minuten wird durch ein Klopfzeichen des Versuchsleiters das Ende des Experiments angekündigt und Mutter und Kind sollen das Spielzeug anschließend noch gemeinsam aufräumen.

4.3.5. Infant and Caregiver Engagement Phases (ICEP-R)

Die Aufnahmen der Face-to-Face-Still-Face-Situation, die mit einem Kindesalter von drei bis acht Monaten aufgezeichnet wurden, wurden für die statistische Auswertung mittels eines mikroanalytischen Kodierungssystems in numerische Maße überführt. Hierfür wurde die revidierte Version der Infant and Caregiver Engagement Phases (ICEP-R) von Reck et al. (2009) als Kodierungsinstrument verwendet. Dieses mikroanalytische System basiert auf dem von Tronick aufgestellten Monadic Phases Scoring System (Tronick, Als, & Brazelton, 1980) und den Infant and Maternal Regulatory Scoring Systems (IRSS & MRSS; (Tronick & Weinberg, 1990a; Tronick & Weinberg, 1990b)). Die ICEP werden deswegen als mikroanalytisches System bezeichnet, da eine Kodierung des jeweiligen Verhaltens auf Sekunden-Basis erfolgt. Infolge der Kodierungen werden die relativen Zeitanteile berechnet, zu denen beispielsweise die Mutter ein bestimmtes Verhalten zeigt. Wie auch in anderen Kodierungssystemen gibt es hier jeweils getrennte Skalen für Mutter und Kind sowie für die dyadische Interaktion. Es werden also die Affekte der Mutter und des Kindes getrennt betrachtet und das Ausmaß sowie die Qualität der Interaktion gemessen. Die einzelnen Codes schließen sich jeweils gegenseitig aus und müssen in separaten Durchgängen kodiert werden (Reck, Noe, Weinberg, Tronick, & Cenciotti, 2009). In dem vorgeschlagenen Kodierungsprozess wird mit den Interaktionsphasen des Kindes begonnen, es folgen die Phasen der Mutter bzw. der Bezugsperson, anschließend die zusätzlichen Codes für Kind und Mutter und zum Schluss die Informationen über das dyadische Interaktionsverhalten.

Insgesamt setzen sich die ICEP aus acht Codes für das Kind (mit der Kennzeichnung „I“ für „Infant“), neun Codes für die Bezugsperson (mit „C“ für „Caregiver“)

sowie vier zusätzliche Codes für das Kind und zwei für die Bezugsperson zusammen. Ebenso enthält es zwei Codes für das dyadische Verhalten. Die kindlichen Codes werden aus einer Kombination von Körperhaltung, Mimik, Blickrichtung und Vokalisierung bewertet. Die ersten Codes beschreiben eine negative Interaktion (Ineg), wobei hier unterschieden werden sollte, ob das Kind Protestverhalten (Ipro), wie Ärger oder Frustration zeigt oder sich eher zurückgezogen (Iwit) verhält und nur minimal mit der Mutter interagiert. Sollten die beiden Verhaltensweisen nicht eindeutig unterscheidbar sein, wird die Phase als undifferenzierte negative Interaktion kodiert. Der vierte Code umfasst die Objekt- bzw. Umgebungsinteraktion (Inon), wobei das Kind hier interessiert oder neutral ein Objekt fokussiert, welches der eigene Körper, die Mutter oder auch separate Objekte im Raum sein können. Der Code „Ineu“ steht für Soziales Monitoring und bedeutet, dass das Kind seine Aufmerksamkeit auf die Mutter richtet und diese neutral bis interessiert beobachtet. Des Weiteren gibt es noch den Code für eine positive soziale Interaktion (Ipos), der das Ausmaß der allgemeinen positiven Interaktion des Kindes widerspiegelt. Das Kind sollte für eine Vergabe einen freudigen und positiven Gesichtsausdruck zeigen und kann positiv vokalisieren, wie zum Beispiel plappern, lachen oder quietschen. Sollte das Kind während der Interaktion schlafen, wird der Code „Schlaf“ (Islp) vergeben. Der letzte kindliche Code beschreibt Situationen, welche als nicht bewertbar (Iusc) eingestuft werden müssen. Es kann beispielsweise vorkommen, dass das Gesicht des Kindes verdeckt und somit das Verhalten nicht kodierbar ist.

Nach den kindlichen Codes folgen in den ICEP die Codes für die Bezugsperson bzw. die Mutter, in denen sowohl Blickrichtung, Mimik als auch die Vokalisierung relevant sind. Auch hier umfassen die ersten Codes ein negatives Interaktionsverhalten (Cneg), das sich, wie auch bei den kindlichen Codes, in drei Phasen aufteilt. Zum einen kann sich die Mutter zurückgezogen (Cwit) verhalten – sie interagiert mit ihrem Kind nur auf einem sehr minimalen Niveau und weist vermehrt einen ausdruckslosen, abgeflachten oder traurigen Gesichtsausdruck auf. Auf der anderen Seite kann sie auch intrusiv (Cint) sein, wobei hier vor allem eine gewisse Spannung und Unruhe gesehen werden kann. Die Mutter ist sehr aufdringlich ihrem Kind gegenüber und ihr Gesichtsausdruck ist angespannt, wenig authentisch und angestrengt. Als dritter negativer Code kann der Code „Feindselig“ (Chos) vergeben werden, wenn das Verhalten der Mutter dem Kind gegenüber sehr feindselig, gestresst bis hin zu aggressiv ist. Kennzeichnende Affekte für diesen Code sind Ärger, Gereiztheit, Feindseligkeit

oder Aggressivität. Sollte keine eindeutige Differenzierung der einzelnen negativen Codes möglich sein, kann die Phase mit dem undifferenzierten Code „negative Interaktion“ (Cneg) kodiert werden. Der fünfte Code umfasst eine nicht Kind-bezogene Interaktion (Cnon) und wird dadurch gekennzeichnet, dass die Mutter sich nicht mit dem Kind befasst und sich anderen Aktivitäten widmet, die nichts mit dem Kind zu tun haben, wie beispielsweise ein Gespräch mit dem Versuchsleiter oder das Betrachten von Objekten unabhängig vom Kind. Einen weiteren maternalen Code stellt das „Soziale Monitoring/keine Vokalisation oder neutrale Vokalisation“ (Cneu) dar. Die Bezugsperson zeigt einen neutralen Gesichtsausdruck, vokalisiert auf eine neutrale Art bzw. kann auch schweigen und beobachtet das Kind und seine Aktivitäten interessiert. Ist die Vokalisierung mit dem Kind positiv, was bedeutet, dass die Mutter in einer Baby-Sprache mit ihrem Kind spricht oder singt und ihren Blick interessiert auf das Kind richtet, wird der Code „Soziales Monitoring/Positive Vokalisation“ (Cpvc) vergeben. Wie auch bei den kindlichen Codes gibt es bei diesen Codes eine „positive soziale Interaktion“ (Cpos), welche dann kodiert wird, wenn die Bezugsperson lacht, singt oder lächelt bzw. insgesamt einen positiven Affekt zeigt, jedoch nicht übertrieben positiv ist. Zusätzlich kann es vorkommen, dass das Gesicht der Mutter durch den Aufnahmewinkel, technische Probleme oder andere Vorkommnisse verdeckt und somit nicht kodierbar ist, sodass der Codes „Nicht Bewertbar“ (Cusc) vergeben werden muss.

Darüber hinaus bzw. separat von der Kodierung der einzelnen Phasen gibt es noch drei zusätzliche Codes für das Kind und zwei für die Mutter. Diese zusätzlichen Codes schließen sich nicht gegenseitig aus und bestehen aus folgenden Skalen: Im Bereich der kindlichen Zusätze gibt es die kindliche Selbstberührung (sc), die sich in orale Selbstberuhigung (Isco) und manuelle Selbstberührung (Isch) unterteilt, die kindliche Distanzierung (Idis), also die physische Entfernung von der Mutter sowie Autonome Stressindikatoren beim Kind (Ilaut), wie beispielsweise Spucken oder Schluckauf aufgrund von Stress. Die zusätzlichen Codes der Mutter setzen sich aus den Codes „Grobe Berührung“ (Ctch) und „Regelverstöße“ (Cxst) zusammen. Neben den einzelnen Codes für die Bezugsperson und das Kind werden auch dyadische Codes vergeben. Der „Dyadische Blickkontakt“ (gaze) umfasst das gegenseitige Verhalten, wenn Mutter und Kind ihre Blicke koordinieren und sich gegenseitig anschauen. Es kann auch vorkommen, dass Mutter und Kind gemeinsam ein Objekt

betrachten, wobei sie ihre Blicke koordinieren, sich aber gegenseitig nicht direkt anschauen. In diesem Fall wird die Interaktion als „Shared Attention“ (shared) kodiert.

In der vorliegenden Arbeit wurden nicht alle gerade vorgestellten Codes der ICEP verwendet, sondern die hauptsächlichen und expressiven Interaktionscodes eingehender betrachtet. Ebenso kamen einige Codes, wie beispielsweise feindseliges Verhalten der Mutter (Chos), so gut wie gar nicht vor, sodass diese von der Untersuchung ausgeschlossen wurden. In folgender Tabelle 6 sind alle für diese Arbeit relevanten Codes zusammengefasst.

Tabelle 6

Übersicht über die verwendeten Codes getrennt für Mutter, Kind und Dyade

Person	Codes in der Reunion-Phase				
Mutter	Cpos	Cpvc	Cneu	Cint	
Kind	Ipos	Inon	Ineu	Ipro	Isch_Isco
Dyade	gaze				

Anmerkung. Kind: Ipos = Positive Soz. Interaktion, Inon = Objekt-/Umgebungsinteraktion, Ineu = Soz. Monitoring, Ipro = Protest, Isch_Isco = Kombinationswert aus Selbstberührung und Oraler Selbstberuhigung; Mutter: Cpos = Positive Soz. Interaktion, Cpvc = Soz. Monitoring/Positive Vok., Cneu = Soz. Monitoring/keine od. neutrale Vok., Cint = Intrusiv; Dyade: gaze = Dyadischer Blickkontakt.

Im Face-to-Face-Still-Face-Paradigma ist vor allem die dritte und letzte Phase („reunion“), in der sich Mutter und Kind nach dem „Still-Face“ Stress aus der vorgehenden Phase erholen und wieder zusammenfinden müssen, für die Aufdeckung möglicher interaktiver und dyadischer Schwierigkeiten entscheidend. Aus diesem Grund wurde in der Analyse für diese Arbeit der Fokus auf diese letzte Phase gelegt.

4.3.6. Coding Interactive Behavior (CIB)

Um die Videoaufnahmen der Freispielsituation mit einem Alter der Kinder von fünf Jahren auswerten und interpretieren zu können, müssen die jeweiligen Sequenzen kodiert werden. Die Videoaufzeichnungen wurden mit einem makroanalytischen Kodierungssystem ausgewertet, wobei das Verhalten jeweils getrennt für Mutter und Kind analysiert und anschließend gemeinsame Anteile betrachtet werden. Somit können kindliche Verhaltensweisen, Aspekte der Mutter und das gemeinsame Inter-

aktionsverhalten zwischen Mutter und Kind gemessen und dessen Qualität gesondert kodiert werden.

Dafür soll in dieser Arbeit das von Ruth Feldman (1998) entwickelte Kodierungssystem „Coding Interactive Behavior (CIB)“ verwendet werden. Das CIB stellt ein globales Rating-System dar, mit dessen Hilfe Interaktionen zwischen zwei oder mehreren Partnern analysiert werden können. Vor allem im Bereich der Eltern-Kind-Interaktion ist dieses Manual sehr valide und sensitiv gegenüber biologischen, sozio-emotionalen und psychiatrischen Risiken, dem Alter des Kindes, der jeweiligen Kultur und den Effekten der Intervention (Feldman, 1998; Feldman, 2007a). Hinsichtlich der Gütekriterien lässt sich zeigen, dass die Test-Retest Reliabilität mittlere bis hohe Korrelationen zwischen den CIB Konstrukten über die verschiedenen Altersbereiche aufweist. Die Anwender dieses Systems werden auf eine 90%ige Übereinstimmung trainiert, welche blind gegenüber dem maternalen psychischen Status sein müssen (Feldman, 1998; Feldman et al., 2009). Ebenso ist die Konstruktvalidität des CIB gegeben – diese wurde dadurch verdeutlicht, dass die CIB-Skalen ihren designten Konstrukten in jeder der zahlreichen Stichproben entsprachen (Feldman, 1998). Zudem konnte verdeutlicht werden, dass das CIB sensitiv gegenüber Abweichungen im interaktiven Verhalten zwischen Bezugsperson und Kind ist – insbesondere in Bezug auf das kindliche Alter, den Interaktionspartner, kulturelle Bedingungen, sozio-emotionale Risiken oder elterliche Faktoren. Die Sensitivität dieses Systems, auch Verbesserungen im Verhalten aufzudecken, konnte durch die Beurteilung des interaktiven Verhaltens vor und nach einer Intervention deutlich gemacht werden (Feldman, 1998).

Das CIB besteht in seiner Grundversion aus 43 Codes, die sich aus 22 Codes für Erwachsene, 16 kindlichen Codes und fünf dyadischen Codes zusammensetzt. Zusätzlich wird mit Hilfe von zwei weiteren Codes die Nachfolge-/Führungs-Beziehung zwischen den beiden Partnern eingestuft. Die einzelnen Codes werden auf einer Skala von 1 bis 5 bewertet, wobei „1“ bedeutet, dass das Kriterium/Verhalten kaum bzw. nicht vorhanden ist und eine „5“ vergeben wird, wenn eine vollständige Ausprägung bzw. ein konsistentes Vorhandensein beobachtet werden kann. Dazwischen gibt es schrittweise Abstufungen, wobei auch halbe Punkte vergeben werden können, wenn das Verhalten in die ein oder andere Richtung tendiert, aber nicht für eine glatte Punktzahl ausreichend ist. Ebenso wurden verschiedene CIB Versionen bzw. Manuale entwickelt, die je nach Alter des Kindes (Neugeborene,

zwei Monate bis drei Jahre, Vorschule, etc.) und Untersuchungssetting (Familieninteraktion vs. Interaktion zwischen Mutter und Kind) angepasst werden können. Somit stellt dieses Kodiersystem einen großen Vorteil gegenüber anderen Systemen dar, da die Daten im Altersverlauf miteinander verglichen werden können und es sehr flexibel für ein breites Untersuchungsspektrum verwendet werden kann.

Um eine genauere Vorstellung und einen detaillierten Überblick über die einzelnen Codes des CIB zu erhalten, sollen diese im Folgenden näher beschrieben werden. In Tabelle 7 sind die 22 Codes der Grundversion des CIB aufgeführt. Ebenso wird eine kurze Beschreibung der relevanten Eigenschaften und Kriterien der jeweiligen Skalen gegeben.

Tabelle 7

Übersicht über die relevanten elterlichen Skalen der Grundversion des CIB

CIB Code	Eigenschaften und Kriterien
1. „Forcing“	Eltern manipulieren das Kind körperlich; bewegen Hände oder Füße; ziehen das Kind in eine sitzende Position; werfen es in die Luft; rollen es auf dem Boden; spielen mit den Fingern des Kindes oder bringen es in eine andere Position, um die Aktivität zu ändern; bei Vätern vermehrt vorhanden
2. „Overriding“	Eltern unterbrechen aktuelles kindliches Verhalten oder lenken die kindliche Aufmerksamkeit durch Vokalisation, Lärm, Blick oder körperlicher Manipulation zu von ihnen eingeleiteten Aktivitäten; wird ohne Signale des Kindes begonnen; auch wenn das Kind Müdigkeit zeigt oder den Blick abwendet - die Eltern stimulieren weiter; Signale werden ignoriert
3. „Acknowledging“	Eltern sind sich kindlicher Signale bewusst und empfänglich für eine Kommunikation durch Vokalisation, Blick, Gesichtsausdruck, Körperbewegungen; Beispiel: Das Kind verändert seinen Gesichtsausdruck zu einem strahlenden/fröhlichen/grüßenden Ausdruck und die Eltern antworten mit der Ammensprache; Bezieht sich immer auf eine Kind geführte und Eltern antwortende Interaktion
4. „Imitating“	Eltern imitieren kindliche Handlungen, Gesichtsausdrücke, Körperbewegungen oder Vokalisationen
5. „Elaborating“	Eltern erweitern die imitierten Handlungen, fügen Variationen

	dazu und erhöhen die Komplexität der kindlichen Kommunikation
6. „Parent Gaze“	Eltern fokussieren mit ihrem Blick und ihrer Aufmerksamkeit das Kind oder ein gemeinsames Objekt
7. „Positive Affect“	Eltern zeigen Wärme, emotionale Offenheit, entspannte Körperhaltung, warme Stimme, häufiges Lächeln oder Lachen, glücklicher Gesichtsausdruck
8. „Parent Depressed Mood“	Eltern zeigen einen flachen Affekt, sind unerreichbar und losgelöst, weisen ein ausdrucksloses Gesicht und eine monotone Vokalisation auf; kindliche Signale werden ignoriert und nicht wahrgenommen
9. „Parent Negative Affect – Anger“	Negativer Affekt Richtung Kind durch aktive verärgerte Reaktionen; grobe Vokalisation; ärgerliche Ausdrücke; das Kind wird in Ärger gebracht, Ärger zeigt sich durch Handlungen/Artikulation/Gesichtsausdruck/Kommentare
10. „Hostility“	Feindseligkeit durch passive aggressive Reaktionen; Ablehnung/Weigerung zum Spielen; Vermeidung des Kindes; abfällige/höhnische Kommentare; Ablehnung in elterlichen Handlungen/Worten oder generelle Ablehnung
11. „Vocal Appropriateness, Clarity“	Eltern benutzen eine angemessene Artikulation und Wiederholungen sowie dem kindlichen Alter/der sprachlichen Kapazität entsprechende „Kindersprache“; klare, warme, ausdrucksstarke Sprache
12. „Parent Anxiety“	Angst wird ausgedrückt durch lange Perioden von Stille, eigenartiges Verhalten, körperliche Handlungen wie mit den Haaren/Fingern spielen, häufige Blicke zum Versuchsleiter, unangemessenen/unvorhersehbaren Enthusiasmus, inkonsistentes Verhalten und/oder Veränderungen zwischen emotionalen Zuständen
13. „Appropriate Range of Affect“	Eltern verändern ihren emotionalen Ausdruck in Abstimmung mit der kindlichen Handlung und der Emotionalität. Voller Umfang emotionalen Verhaltens und flexible Veränderungen in affektive Zustände, z.B. Eltern sind leise während Kind kommuniziert, lachen, wenn Kind lacht, hören aufmerksam zu, wenn das Kind versucht eine schwierige Aufgabe zu beenden

14. „Consistency of Style“	Elterlicher Stil ist konsistent; es zeigen sich keine abrupten Veränderungen in Affekt, Aufmerksamkeit und Level der Beteiligung; der Ausdruck/das Verhalten ist relativ konsistent und für das Kind vorhersehbar
15. „Resourcefulness“	Eltern sind erfinderisch, einfallsreich, kreativ und flexibel im Umgang mit kindlichem Stress und fehlendem Interesse; sie sind in der Lage, das kindliche Interesse kreativ und flexibel aufrecht zu erhalten
16. „On-task Persistence“	Eltern halten Kind fokussiert auf gegenseitige Aktivität durch die konsistente Beteiligung des Kindes, Eltern sind aufmerksam und darauf bedacht, das Kind davon abzuhalten hilflos von Aktivität zu Aktivität zu wechseln
17. „Appropriate Structure, Limit Setting“	Eltern setzen angemessene Regeln für kindliches Verhalten; diese sind klar, nachvollziehbar und nicht starr. Eltern legen klaren Handlungsplan vor, z.B. Kind darf den PC nicht berühren oder den Raum verlassen
18. „Praising“	Eltern loben das kindliche Verhalten verbal, wenn es angemessen ist oder bei einer Zielerreichung, aber nicht ohne Grund!
19. „Criticizing“	Eltern kritisieren das Kind, wenn es ein Ziel nicht erreicht oder sind mit dem kindlichen Verhalten unzufrieden; Eltern machen das Kind schlecht oder setzen es herab; Kritik wird verbal oder nonverbal ausgedrückt
20. „Affectionate Touch“	Eltern berühren das Kind liebevoll, zärtlich, oft und spontan; Eltern und Kind bleiben in direkter Nähe; die Berührungen drücken Wärme und Liebe aus, sie bestehen aus Küssen, Umarmen, liebevollen Stupsern, Liebkosungen und/oder Streicheln; keine instrumentelle Berührung (Füttern, Anziehen etc.), unbeabsichtigte Berührung oder Berührungen, um die Aufmerksamkeit des Kindes zu bekommen
21. „Parent Enthusiasm“	Eltern zeigen ein authentisches Gefühl an Enthusiasmus, positiven Affekt und klare Zeichen von Freude in der Interaktion

22. „Supportive Presence“	Zusammenfassende Skala, inwieweit stellt die Anwesenheit der Eltern eine sichere Basis für das Kind dar? Im Sinne von Nähe, Wärme, Sicherheit und Gegenseitigkeit; die elterliche Antwort ist angemessen, empfänglich und bietet einen externalen regulatorischen Rahmen für die kindlichen Handlungen und Emotionen, sichtbar in Affekt, Worten, Berührungen, Blick, Lächeln und körperlicher Nähe
----------------------------------	---

Neben den einzelnen Codes für die Eltern sieht das CIB auch 16 separate Codes vor, die das kindliche Verhalten näher beschreiben und verdeutlichen. Diese sind in einer Übersicht in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8

Übersicht über die relevanten kindlichen Skalen der Grundversion des CIB

CIB Code	Eigenschaften und Kriterien
1. „Child Gaze/Joint Attention“	In der frühen Kindheit ist der Blick des Kindes konsistent auf die Eltern fokussiert, später dann auch auf ein gemeinsames Objekt
2. „Child Positive Affect“	Kind ist positiv, lacht, lächelt, singt, spricht und erscheint entspannt und sicher
3. „Child Negative Emotionality/ Fussy“	Kind zeigt klare Anzeichen negativen Affekts, es weint, meckert, hat einen ärgerlichen Ausdruck; Zurückweisung der Eltern
4. „Withdrawal“	Kind zieht sich von der Interaktion zurück; es scheint losgelöst von der Umwelt und unbeteiligt an der gemeinsamen Aktivität; das Kind initiiert nichts, antwortet nicht auf elterliche Angebote und scheint verschlossen bzw. in sich gekehrt
5. „Labile Affect“	Der kindliche Affekt ist labil, schnelle Wechsel in der Stimmung und des emotionalen Ausdrucks; es wechselt von Engagement zu Disengagement und von negativer zu positiver Emotionalität ohne offensichtlichen Grund; die Reaktion ist meist unverhältnismäßig; die Labilität kann auch als Reaktion auf elterliches Versagen hinsichtlich einer empathischen Haltung entstehen
6. „Child Affection to Parent“	kein Affekt im Allgemeinen, eher spezifische affektive Ausdrücke den Eltern gegenüber; Kind berührt die Eltern, sucht ihre Nähe, lächelt und verwendet liebevolle Worte

7. „Alert“	Kind ist enthusiastisch, aufmerksam, beteiligt, zeigt hohe Level positiver Erregung und Aktivität; es hat einen munteren Gesichtsausdruck, einen fokussierten Blick, lächelt und zeigt klare Anzeichen von Freude und Ausgelassenheit
8. „Fatigue“	Allgemeines Level bzw. Ausmaß der Müdigkeit; wie müde ist das Kind und wie hoch ist der zeitliche Anteil, in welchem die Müdigkeit vorrangig vorhanden war?
9. „Vocalization/ Verbal Output“	Kind singt und spricht häufig; die Vokalisation und Sprache ist auf die Eltern, ein Spielzeug oder sich selbst gerichtet
10. „Initiation“	Kind initiiert die gegenseitigen Aktivitäten; es erwartet, dass die Eltern seiner Einleitung folgen; verbaler oder nonverbaler Versuch, die Aufmerksamkeit der Eltern zu erlangen und sich zu den Eltern bewegen; erwartender Blick
11. „Compliance to Parent“	Kind ist kooperativ und befolgt elterliche Vorschläge, Aufforderungen und Verbote
12. „Reliance on Parent for Help“	Kind sucht elterliche Hilfe und Unterstützung, um eine Aufgabe zu bewältigen oder sein Ziel zu erreichen, welches unabhängig von den Eltern erreicht werden könnte; hohe Verlässlichkeit auf die Eltern erfolgt oft, wenn das Kind keine Selbstsicherheit, Vertrauen oder Anstoß zeigt
13. „On-Task Persistence“	Kind bleibt bei einer Aktivität bis sie beendet ist und wechselt nicht von einer zur anderen, Kind spielt mit Beständigkeit, Eifer und Gewissenhaftigkeit
14. „Avoidance of Parent“	Eltern sind Ursache der Vermeidung; Kind meidet die elterliche Nähe und zeigt deutliches Unwohlsein in der Anwesenheit der Eltern, z.B. sitzt es soweit wie möglich weg; vermeidet die Berührung/Blick auf die Eltern, nicht aber zum Versuchsleiter; antwortet nicht auf elterliche Angebote
15. „Competent use of the environment “	Kind benutzt Spielzeuge oder andere Objekte in der Umgebung auf eine neugierige, kreative, erkundende, motivierte und kompetente Art und Weise, das Kind zeigt ein altersgerechtes Level an Können, Motivation, Erkundung und Koordination

16. „Creativ-Symbolic Play“	Ausmaß der Kreativität, Vorstellungskraft und Versinnbildlichung im kindlichen Spiel; das symbolische Spiel bezieht sich auf den Gebrauch von Objekten (Puppen, Spielzeug), um mentale Zustände, Bilder oder Gefühle darzustellen; der Hauptaspekt ist die Nachstellung der kindlichen inneren Gedanken, Emotionen und Wünsche durch den Gebrauch der Umwelt auf eine kreative und individuelle Weise
------------------------------------	---

Da das CIB ein Kodierungssystem für dyadische, interaktive Daten ist, wurden fünf spezielle Codes entwickelt, die sich nur mit der gegenseitigen Beziehung und Interaktion beschäftigen. Der erste Code umfasst die dyadische Gegenseitigkeit bzw. Wechselwirkung und wird als „Dyadic Reciprocity“ bezeichnet. Eltern und Kind führen hier eine Interaktion, in der ein ständiges „Geben und Nehmen“ gezeigt wird. Jeder Partner beteiligt sich an der gemeinsamen Aktivität, ermöglicht dem Anderen, seine Aktivität zu beenden und antwortet in einem angemessenen Rahmen auf dessen Signale. Die Partner wechseln sich in einem gut koordinierten Austausch ab, die Interaktion erscheint wie ein gegenseitiger Tanz. Durch den zweiten Code „Adaption-Regulation“ wird das Ausmaß betrachtet, in dem Eltern und Kind ihr Stimulationslevel anpassen und sich an den Signalen des Partners beteiligen. Vor allem in der frühen Kindheit ist hier die Fähigkeit der Eltern gefragt, die Stimulation an die Signale bzw. den Zustand ihres Kindes anzupassen und diese dahingehend zu regulieren. Auch der Rhythmus bzw. der Fluss der Interaktion ist bei einer Betrachtung mit dem CIB relevant. Die Interaktion sollte ohne scharfe Veränderungen im Bereich des Affekts, der Aktivität oder der gegenseitigen Beteiligung ablaufen. Es sollte hier das Gefühl einer gemeinsamen Bewegung bzw. eines gegenseitigen Tanzes entstehen, die bzw. der langsam oder schnell sein kann, den Partnern allerdings bekannt und vertraut ist. Dieser Fluss bzw. der Rhythmus in der Interaktion wird als „Fluency“ unter dem dritten Code zusammengefasst. Da eine Interaktion nicht nur positiv sein kann, sondern oftmals auch mit Einschränkungen oder Spannungen behaftet ist, sind auch hierzu zwei Codes entwickelt worden, um diesen Bereich abzudecken. Unter dem vierten Code „Constriction“ wird eine Einengung oder Beschränkung in der Interaktion beschrieben. Ist diese in Bezug auf die emotionale Ausdrucksfähigkeit, den Inhalt und Enthusiasmus schlecht bzw. arm, wird ein hoher Wert für diesen Code vergeben. Ebenso kann eine Beschränkung durch das Fehlen einer Gegenseitigkeit oder einer schlechten Koordination zwischen den Partnern entstehen. Zuletzt wird im Bereich

der dyadischen Codes die gegenseitige Spannung („Tension“) näher betrachtet. Die Interaktion ist hier angespannt und man merkt, dass sich die Eltern und das Kind mit dem jeweils anderen unwohl fühlen. Die Spannung wird durch Vermeidung, Blickabwendung, wiederholte Bewegungen oder exzessives Reden ausgedrückt. Es entsteht ein klares Gefühl von Unbehagen sowie der Eindruck, dass beide Partner die Interaktion lieber vermeiden würden.

Nach Beendigung der Kodierung des elterlichen, kindlichen und gegenseitigen Verhalten muss in einem letzten Schritt bestimmt werden, ob die Interaktion im allgemeinen Eltern- oder Kind-geführt ist. Bei Ersterer scheint die Interaktion dem elterlichen Programm zu folgen, die Eltern sind damit beschäftigt, dem Kind etwas beizubringen und sie lenken die Aufmerksamkeit auf von ihnen beabsichtigte Aktivitäten. Im Gesamten ist die Interaktion hier auf den Aktionsplan der Eltern fokussiert und nicht auf das Kind gerichtet. Ist die Interaktion hingegen Kind-geführt, steht das kindliche Interesse im Vordergrund. Die Eltern sind den kindlichen Signalen gegenüber sensitiv, bieten eine angemessene und dem Entwicklungsstand angepasste Stimulation und stellen ihre Bedürfnisse hinter die des Kindes. Auch hier erfolgt die Bewertung auf einer Skala von 1-5.

Nach der Kodierung werden die einzelnen Codes zu sogenannten „Composites“ zusammengefasst, um eine leichtere Analysemöglichkeit zu erhalten. Insgesamt entstehen acht Composites, die aus dem Durchschnitt der einzelnen Codes berechnet und somit ebenfalls auf einer Skala von 1-5 bewertet werden. Für Mutter und Kind ergeben sich jeweils drei Composites und die dyadischen Codes werden zu zwei Composites zusammengefasst. In Tabelle 9 sind die einzelnen Composites sowie die dazugehörigen Codes übersichtlich dargestellt.

Tabelle 9

Übersicht über die Composites des CIB

Mutter	sensitivity	acknowledging, elaborating, parent gaze, positive affect, vocal appropriateness, appropriate range of affect, resourcefulness, praising, affectionate touch, parent supportive presence
	intrusiveness	forcing, overriding, parent negative affect/anger, hostility, parent anxiety, criticizing
	limit setting	consistency of style, on task persistence, appropriate structure/limit setting
Kind	Involvement	child gaze/joint attention, child positive affect, child affection to parent, alert, fatigue, child vocalization, child initiation, competent use of the environment, creative symbolic play
	withdrawal	negative emotionality, withdrawal, emotion lability child avoidance of parent
	compliance	child compliance to parent, child reliance on parent for help, child on-task persistence
Dyade	reciprocity	dyadic reciprocity, adaption-regulation, fluency
	negative states	constriction, tension

In der vorliegenden Arbeit interessiert vor allem das für Angststörungen charakteristische Verhalten von Mutter und Kind, wie beispielsweise eine eher aufdringlichere Art der Mutter und ein eher zurückgezogenes Verhalten bei den Kindern. Deshalb wurde entschieden, für die Mütter die Composites „sensitivity“ und „intrusiveness“ zu verwenden und für das Kind „involvement“ und „withdrawal“ genauer zu betrachten. Die dyadischen Codes wurden beide mit in die Berechnung aufgenommen.

4.3.7. Child Behavior Checklist (CBCL 1½-5)

Neben den kindlichen Interaktionsmaßen, wurden auch kindliche Auffälligkeiten näher betrachtet, wobei in der vorliegenden Arbeit vor allem Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Schwierigkeiten der Kinder im Vorschulalter von Interesse sind. Dafür wurde mit Hilfe der deutschen Version der „Child Behavior Checklist“ für Klein- und Vorschulkinder (CBCL 1½-5) das kindliche Verhalten und kindliche Eigenschaften genauer erfasst (Arbeitsgruppe-Deutsche-Child-Behavior-Checklist, 2002). Dieses Instrument stellt einen Fragebogen für Eltern bzw. der Hauptbezugsperson dar und wurde von der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist um Thomas M.

Achenbach (2000) aufgesetzt. Die deutsche Version besteht aus 99 Items, wobei 50 Items aus der Version für ältere Kinder entnommen sind und stellt mit einer kurzen Bearbeitungsdauer von ca. 15 Minuten ein sehr ökonomisches Messinstrument dar. In Bezug auf Gütekriterien wie Durchführung, Auswertung und Interpretation kann die CBCL als sehr objektiv beurteilt werden, da die Instruktionen und die Normierung standardisiert sind. Die interne Konsistenz der übergeordneten Skalen liegt mit einem $r > .85$ in einem guten bis sehr guten Bereich und auch die Stabilität der einzelnen Skalen konnte bestätigt werden (Achenbach & Rescorla, 2000).

Die Items sollen rückblickend für den Zeitraum der letzten zwei Monate eingeschätzt werden und werden auf einer Skala zwischen „0“ und „2“ bewertet, wobei „0“ bedeutet, dass die Aussage des Items nicht wahr ist und bei einer „2“ das Verhalten bzw. die Eigenschaft sehr oft zutrifft bzw. oft wahr ist (Achenbach & Rescorla, 2000). Insgesamt lassen sich die Items folgenden acht Problem-Skalen zuordnen: emotionale Reaktivität, ängstlich/depressiv, körperliche Beschwerden, sozialer Rückzug, Schlafprobleme, Aufmerksamkeitsprobleme, aggressives Verhalten und eine Zusatzskala mit anderen Problemen. Diese Skalen bilden wiederum drei übergeordnete Skalen ab – es wird hier zwischen externalisierenden Auffälligkeiten, internalisierenden Auffälligkeiten und Gesamtauffälligkeiten unterschieden. Die internalisierende Skala umfasst die Unterbereiche emotionale Reaktivität, ängstlich/depressiv, körperliche Beschwerden und sozialer Rückzug. Alle Items aus diesen Bereichen zielen auf Probleme ab, die vorrangig das Kind selbst betreffen. Die Skalen „Aufmerksamkeitsprobleme“ und „aggressives Verhalten“ gehören zu externalisierenden Verhaltensweisen und stellen Eigenschaften dar, welche Konflikte mit anderen Kindern und den Erwartungen des Kindes beinhalten. Schlafprobleme werden weder zu internalisierendem noch zu externalisierendem Verhalten gezählt. Die Werte für die beiden übergeordneten Skalen ergeben sich aus der Summe der jeweiligen Unterskalen bzw. Syndrome. Diese Werte werden T-skaliert und können anhand bestimmter Cut-Off Werte eingeordnet und interpretiert werden. Ein T-Wert über „63“ bedeutet beispielsweise, dass eine klinische Auffälligkeit vorliegt. Neben den internalisierenden und externalisierenden Werten wird auch ein gesamter Problemwert berechnet, der sich aus der Summe der Bewertungen der 99 Items ergibt. Der totale Problemwert kann also einen Wert zwischen 0 und 200 annehmen, wobei bei 200 jedes Item mit einer 2 bewertet worden wäre. Wie bei den beiden übergeordneten Skalen wird auch

hier der Wert in einen T-Wert überführt, wobei wiederum ein T-Wert über „63“ klinische Bedeutsamkeit impliziert (Achenbach & Rescorla, 2000).

4.3.8. Die Interaktion als Mediations- bzw. Moderationsvariable

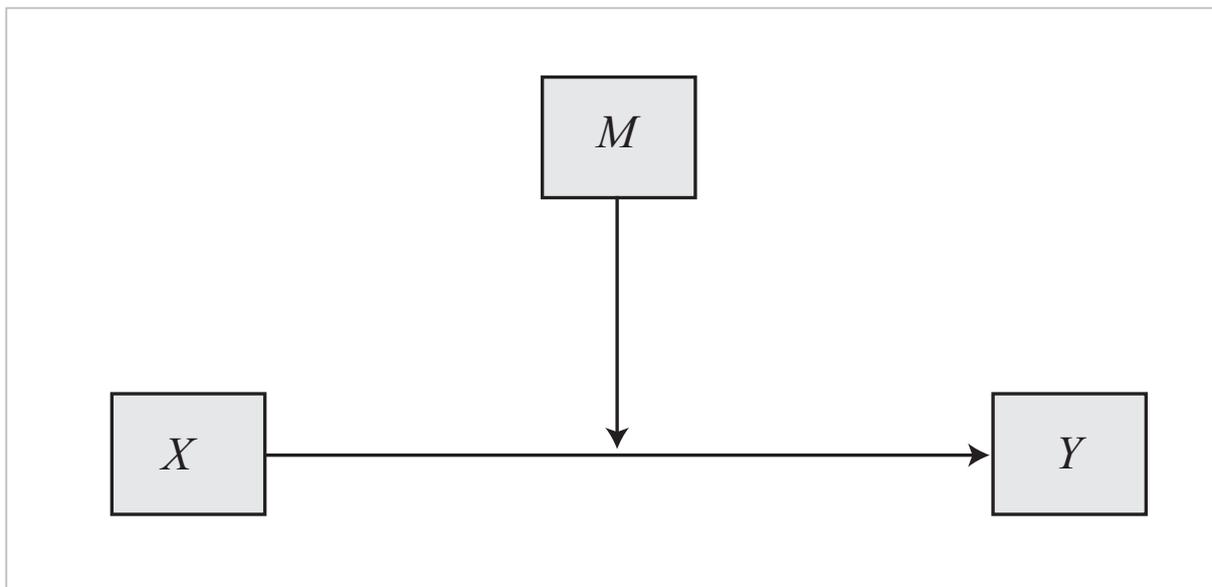
In der vorliegenden Arbeit ist vor allem die Interaktionsqualität zwischen Mutter und Kind von besonderer Bedeutung. Wie bereits erwähnt, spielt das elterliche Interaktionsverhalten gerade in der ersten Zeit nach der Geburt des Kindes eine wichtige und bedeutende Rolle. Es konnte gezeigt werden, dass eine beeinträchtigte kindliche Entwicklung bzw. kindliche Auffälligkeiten nicht unbedingt durch eine psychische Störung der Mutter beeinflusst werden, viel entscheidender ist hierbei die Qualität der Interaktion zwischen Mutter und Kind (Laucht et al., 2002; Mäntymaa et al., 2009). Die Interaktionsqualität stellt einen Transmissionsweg psychischer Beeinträchtigungen bzw. Störungen dar und hat hier eine „Vermittlerfunktion“. Die Qualität der Interaktion mediiert demnach den Zusammenhang zwischen der Psychopathologie der Mutter und Verhaltensauffälligkeiten des Kindes. Maternale psychische Krankheiten können sich bei einer schlechten Interaktion mit dem Kind negativ auf die weitere kindliche Entwicklung auswirken bzw. kann die Interaktionsqualität den Einfluss der maternalen Beeinträchtigung auf die kindlichen Auffälligkeiten vermitteln. Dieser Einfluss soll in der vorliegenden Arbeit daher mit Hilfe der von Hayes (2013) entwickelten Moderations- und Mediationsanalyse (Conditional Process Analysis) getestet werden.

Bei vielen Theorien gilt die Annahme, dass der Zusammenhang zwischen zwei Variablen durch eine dritte Variable verändert (Moderator) oder durch diese vermittelt bzw. hergestellt (Mediator) wird. Moderations- bzw. Mediationsvariablen werden daher auch als sogenannte Drittvariablen bezeichnet, die sowohl die abhängige Variable (das Kriterium; hier beispielsweise die kindliche Auffälligkeiten) als auch die unabhängige Variable (der Prädiktor; hier die maternale Beeinträchtigung) beeinflussen können (Ledermann & Bodenmann, 2006).

Ein Moderator kann qualitativer oder auch quantitativer Art sein. Die Ausprägung der Moderatorvariable, beispielsweise die Qualität der Interaktion zwischen Mutter und Kind, kann somit die Stärke und Richtung der Beziehung zwischen der maternalen Angststörung und kindlichen Auffälligkeiten beeinflussen bzw. sind diese davon abhängig (Ledermann & Bodenmann, 2006).

Der Effekt einer unabhängigen Variable X (maternale Angststörungen) auf eine abhängige Variable Y (kindliche Auffälligkeiten) ist moderiert durch den Moderator

M (die Qualität der Interaktion), wenn seine Größe, Stärke oder Eigenschaft abhängig von M ist bzw. durch M vorhergesagt werden kann. Wenn dies der Fall ist, kann man M als einen Moderator des Effektes von X auf Y bezeichnen oder als eine Interaktion zwischen M und X hinsichtlich ihres Einflusses auf Y (Hayes, 2013). Eine Moderatorvariable verändert also den Zusammenhang zwischen zwei Variablen – beispielsweise kann die Auswirkung einer maternalen Beeinträchtigung auf die kindlichen Auffälligkeiten größer werden, in Abhängigkeit von der Qualität der Interaktion. Oder anders formuliert: kindliche Auffälligkeiten erhöhen sich umso stärker mit der Beeinträchtigung der Mutter, je negativer die Interaktion zwischen Mutter und Kind ist. Es gäbe hier einen Interaktionseffekt von der Beeinträchtigung der Mutter und der Interaktionsqualität auf die kindlichen Auffälligkeiten. Eine Übersicht über die Wirkungsweise einer Moderatorvariable ist in Abbildung 8 dargestellt.



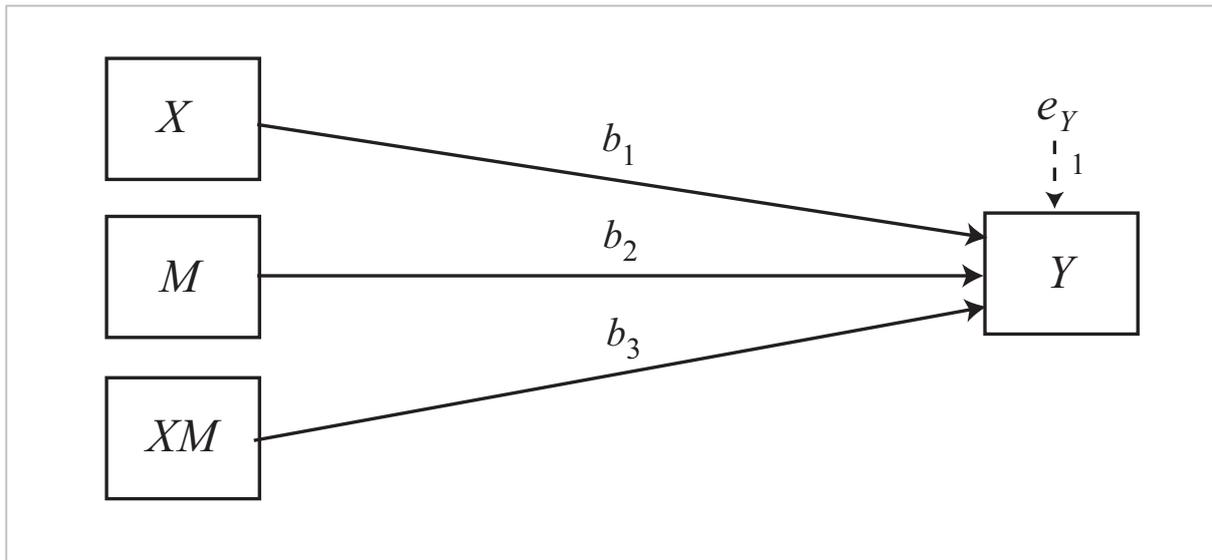


Abbildung 8. Moderationsmodell mit Moderationsvariable (M), unabhängiger Variable (X), abhängiger Variable (Y) und Interaktionsterm ($X \times M$) nach Hayes (2013).

Zudem kann beispielsweise die Qualität der Interaktion auch als Mediationsvariable M wirken, die eine quantitative Variable darstellt und den Einfluss einer unabhängigen Variable X (maternale Angst) auf eine abhängige Variable Y (kindliche Auffälligkeiten) mediiert bzw. vermittelt (Hayes, 2013; Ledermann & Bodenmann, 2006). Ein sehr einfaches Modell dieser Zusammenhänge ist in Abbildung 9 verdeutlicht. Entscheidend dafür ist, dass zwischen unabhängiger Variable, abhängiger Variable und Mediator jeweils untereinander signifikante Beziehungen bestehen (Ledermann & Bodenmann, 2006). Ein Mediationsmodell besteht zum einen aus zwei abhängigen Variablen (M und Y) und zum anderen aus zwei unabhängigen Variablen (X und M), wobei die unabhängige Variable X kausal die Variablen M und Y beeinflusst und die Mediationsvariable M wiederum einen kausalen Einfluss auf Y aufweist.

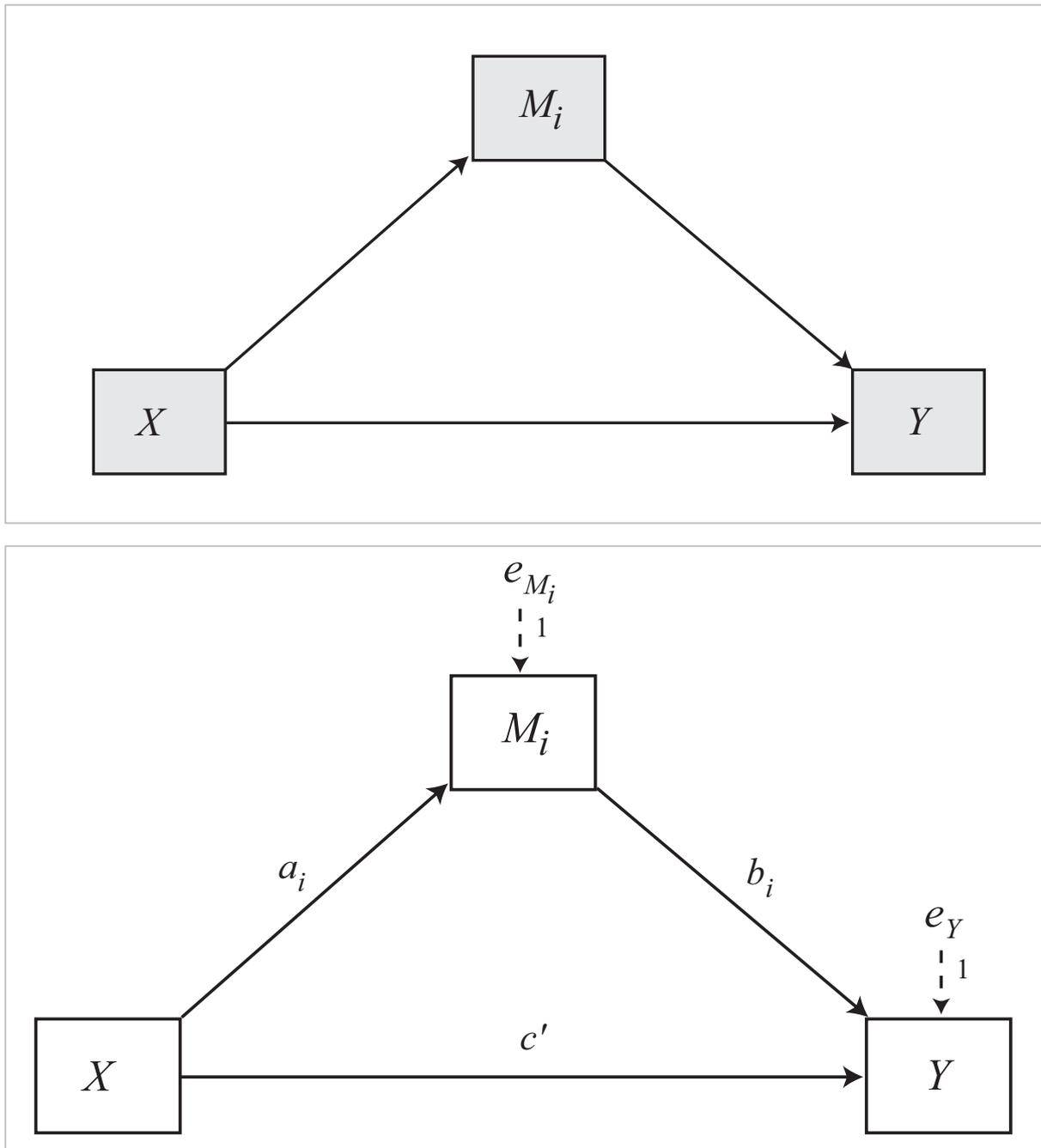


Abbildung 9. Mediationsmodell mit Mediationsvariable (M), unabhängiger Variable (X) und abhängiger Variable (Y) sowie den jeweiligen Pfaden a , b und c zwischen den einzelnen Variablen nach Hayes (2013).

Dadurch ergeben sich zwei Pfade (direkt vs. indirekt), über die die unabhängige Variable X die abhängige Variable Y beeinflussen kann. Der direkte Weg bzw. Effekt führt von X zu Y ohne jeglichen Einfluss der Mediatorvariable M . Ebenso wird ein möglicher indirekter Effekt zwischen unabhängiger und abhängiger Variable untersucht. Der indirekte Weg läuft hier über den Mediator M und repräsentiert, wie Y durch X beeinflusst wird, nämlich durch eine kausale Reihenfolge in der die unab-

hängige Variable X die Mediatorvariabel M beeinflusst, was wiederum einen Einfluss auf die abhängige Variable Y hat (Hayes, 2013).

Da vor allem in der Psychologie oftmals multikausale Ereignisse betrachtet werden, ist es möglich, bereits von einem Effekt des Mediators zu sprechen, wenn sich durch das Einfügen Desselben eine signifikante Abnahme des direkten Effekts zwischen der unabhängigen und der abhängigen Variable ergibt (Hayes, 2013; Ledermann & Bodenmann, 2006). Moderne Ansätze, wie der von Hayes (2013), gehen allerdings nicht mehr indirekt vor, sondern prüfen den indirekten Effekt unmittelbar anhand des Produktes der Pfade a und b sowie den direkten Mediationspfad c .

Diese Art der Datenanalyse wird vor allem dann angewandt, wenn es einen nachweislichen Zusammenhang zwischen den Variablen X und Y gibt – im Fall dieser Arbeit konnte bereits durch einige vorangegangene Studien gezeigt werden, dass es einen Zusammenhang zwischen maternalen Beeinträchtigungen und kindlichen Auffälligkeiten gibt, weshalb hier eine Mediationsanalyse mit der Qualität der Interaktion als Mediationsvariable herangezogen wird.

5. Ergebnisse

Um die aus den Untersuchungen und Fragebögen gewonnenen Daten auswerten zu können und um damit Berechnungen anzustellen, sind bestimmte statistische Instrumente und Auswertungsstrategien relevant, die im Folgenden genauer beschrieben werden. Die Analyse der soziodemographischen Daten wurde bereits in Kapitel 4.2. detailliert erläutert, sodass im Weiteren das Hauptaugenmerk auf den Ergebnissen der aufgestellten Hypothesen liegt. Dadurch können die Mediationsrolle der Interaktion zwischen Mutter und Kind, die Auswirkungen von maternalen Angststörungen auf das Interaktionsverhalten sowie die damit zusammenhängenden Probleme sowohl zwischen Mutter und Kind als auch auf kindlicher Ebene statistisch beleuchtet werden.

5.1. Überblick über die statistischen Auswertungsinstrumente

In der vorliegenden Arbeit wurden sämtliche Berechnungen und Analysen mit Hilfe des statistischen Berechnungsprogrammes IBM® SPSS® Statistics für MAC OS (v.24.0.0.0) vorgenommen. Außerdem wurde das von Hayes (2013) für SPSS geschriebene Programm „PROCESS“ (v. 2.16.3) verwendet, um die Hypothesen über eine „Conditional Process Analysis“ (regressionsanalytischer Ansatz) (Hayes, 2013) zu prüfen und die dadurch entstehenden Mediationsanalysen statistisch abbilden zu können. Trotz Verletzungen der Normalverteilungsannahme bei über 25% aller Variablen im Datensatz (Shapiro-Wilk-Test, $p < .05$), was gerade in kleinen Stichproben zu progressiven Entscheidungen führen könnte, wurden parametrische Verfahren aufgrund erhöhter Teststärken im Vergleich zu non-parametrischen Verfahren gewählt. Zur Testung der Signifikanz wurde der Signifikanzkoeffizient „ p “ ($p < .05$) herangezogen. Die Stärke und Richtung des Zusammenhangs wurden über den Korrelationskoeffizienten „ r “ interpretiert, welcher nach Cohen in folgende Effektstärken eingeteilt wird: ab $r = .10$ gilt der Zusammenhang als klein, ab $r = .30$ als mittel und ein Korrelationskoeffizient mit $r = .50$ kann als großer Zusammenhang gesehen werden (Cohen, 1988).

Wie bereits erwähnt und in Kapitel 4.2. genauer beschrieben, wurde zu Beginn eine deskriptive Analyse der Daten vorgenommen, um die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen zu testen und diese hinsichtlich soziodemografischer Variablen analysieren zu können. Insgesamt konnten $N = 53$ Mütter in die Analyse eingeschlossen werden, wobei aufgrund einiger skalenspezifischer fehlender Werte bei manchen Berechnungen nicht die gesamte Stichprobe eingehen konnte. Daher musste zusätz-

lich mit einem „missing complete random“-Test für multivariate Daten geprüft werden, ob die fehlenden Werte zufällig sind und somit die Ergebnisse nicht verzerren. Hier wurde der MCAR (missing completely at random) Test nach Little (1988) verwendet, wobei dieser nicht signifikant war ($\chi^2 = 706.80$, $df = 731$, $p = .73$). Dadurch konnten die Ergebnisse bei sämtlichen Analysen interpretiert werden, da die variierende Fallzahl aufgrund fehlender Werte zufällig war und die Aussagekraft der Ergebnisse nicht beeinflusst. Des Weiteren ist es relevant zu erwähnen, dass es sich bei der vorliegenden Studie um ein quasiexperimentelles Design mit zum Teil querschnittlichen Daten handelt. Es können im folgenden Ergebnisbericht daher keine Kausalinterpretationen vorgenommen werden bzw. müssen kausale Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen ausgeschlossen werden, da aufgrund der vorliegenden Daten bzw. des Designs keine Kausalitätsaussagen zulässig sind.

Da in der vorliegenden Stichprobe ein Vergleich zwischen den Merkmalen und Verhaltensweisen von gesunden Müttern (Kontrollgruppe, KG) und Müttern mit einer Angststörung (Klinische Gruppe, KLG) von Interesse war, wurde über einen Mann-Whitney-U-Test geprüft, ob die zentralen Tendenzen der beiden unabhängigen Stichproben verschieden sind. In der weiteren Analyse wurde aufgrund der hohen Anzahl an Variablen und der Notwendigkeit der genauen Spezifizierung der Mediationsmodelle entschieden, die im Voraus aus der Theorie hergeleiteten Annahmen exploratorisch über eine Korrelationsanalyse nach Spearman (1910) zu testen, um für die weitere Modelltestung sinnvolle Modelle aufstellen zu können. Ein exploratorisches Vorgehen ist hier von Vorteil, da dieses durch extreme Flexibilität charakterisiert ist, welche notwendig ist, um das gesamte Ausmaß statistischer und stichhaltiger Phänomene zu identifizieren und zu prüfen, die während der empirischen Forschung entstehen (Jebb, Parrigon, & Woo, 2017). Jebb et al. (2017) berichten, dass die Absicht einer exploratorischen Datenanalyse ist, einen maximalen Gebrauch der Daten zu machen. Ebenso ist es das Ziel dieser Analyse, die Datenstruktur genau zu verstehen, wissenschaftliche Beziehungen aufzudecken, mögliche Veränderungen zu identifizieren und passende Modelle für die Daten vorzuschlagen. So lange das Vorgehen und die Verwendung korrekt berichtet wird, gibt es keine Einschränkungen für dieses Verfahren und eine exploratorische Datenanalyse sollte ein wesentlicher Bestandteil von Untersuchungen sein (Jebb et al., 2017). Für die weiteren Mediationsanalysen war es entscheidend, genaue Modelle mit den jeweiligen Variablen spezifizieren zu können. Aufgrund der hohen Anzahl dieser Variablen musste vorab

eine effiziente und aussagekräftige Auswahl getroffen werden, weswegen ein exploratives Vorgehen gewählt wurde. In die oben erwähnte Korrelationsanalyse wurden somit zunächst die für die exploratorischen Hypothesen theoretisch relevanten Variablen mit aufgenommen. Wie in Kapitel 2.1.4. beschrieben, ist bei dem FFSF-Paradigma vor allem die dritte Phase, also die Wiedervereinigungsphase zwischen Mutter und Kind (P3, „reunion“) von Bedeutung, da hier die Qualität der Interaktion gut beobachtet und getestet werden kann. Daher wurde sich bewusst auf diese Phase konzentriert und die hier relevanten Codes in die Korrelationsanalyse miteinbezogen. Es konnten allerdings nicht alle Codes der Wiedervereinigungsphase der ICEP verwendet werden, da einige (beispielsweise Cneg oder Iwit) zu selten kodiert wurden. Zudem kamen die undifferenzierten Codes der ICEP in der vorliegenden Stichprobe nicht vor, das Verhalten konnte immer spezifiziert und differenziert kodiert werden. Eine Übersicht über die relevanten Variablen der Korrelationsanalyse ist in Tabelle 10 aufgezeigt.

Tabelle 10

Übersicht der relevanten Variablen der Korrelationsanalyse

Messzeitpunkt	Fragebogen	Ausgewählte Skalen/
T1 (3-8 Monate)	AKV	ACQ, MIA & MIB
	ICEP	Cpos, Cpvc, Cneu, Cint, Ipos, Ineu, Inon, Ipro, Isch/Isco, gaze
T2 (5-6 Jahre)	AKV	ACQ, MIA, MIB
	CIB	Maternale Composites: sensitivity, intrusiveness Kindliche Composites: involvement, withdrawal Dyadische Composites: reciprocity, negative states
	CBCL	Internalisierende Skala (Einschätzung der Mutter)

Anmerkung. AKV = Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung, ACQ = Agoraphobic Cognitions Questionnaire, MIA = Mobility Inventory Alleine, MIB = Mobility Inventory in Begleitung, ICEP: Infant and Caregiver Engagement Phases, Cpos = Positive Soz. Interaktion, Cpvc = soz. Monitoring/pos. Vokalisation, Cneu = Soz. Monitoring/keine od. neutrale Vok., Cint = Intrusiv, Ipos = pos. soz. Interaktion, Ineu = soz. Monitoring, Inon = Objekt-/Umgebungsinteraktion, Ipro = Protest, Isch/Isco = Selbstberuhigung, gaze = dyadischer Blickkontakt, CIB: Coding Interactive Behavior.

Über die Berechnung einer Korrelation konnte der gerichtete lineare Zusammenhang zwischen den einzelnen Variablen genauer betrachtet und diese in Bezug auf ihre

Bedeutsamkeit für die weiteren Mediationsmodelle analysiert werden. Durch diese Auswertung und den zum Teil nicht signifikanten Korrelationen wurden die in Tabelle 10 aufgeführten ICEP-Variablen sowie das Vermeidungsverhalten in Begleitung (MIB) aus der weiteren Mediationsanalyse ausgeschlossen. Daneben wurde die CBCL ebenfalls nicht als mögliches Kriterium in die Mediationsanalyse aufgenommen, da dieser Zusammenhang in einer separaten Hypothese überprüft wurde. Eine genaue Übersicht über die Ergebnisse der Analysen und der daraus resultierenden Entscheidungen sind ab Kapitel 5.2. dieser Arbeit detailliert aufgeführt.

Das in Kapitel 4.3.8. beschriebene einfache Mediationsmodell stellt einen guten Ansatz dar, um die Grundzüge eines Mediators zu verdeutlichen. Allerdings sind wissenschaftliche Sachverhalte meist komplexer, was bedeutet, dass oftmals mehr als nur ein Mediator existiert, weswegen Hayes (2013) insgesamt 76 Modelle aufgestellt hat, um die Komplexität einer möglichst großen Bandbreite an Moderations- und Mediationsanalysen abbilden und berechnen zu können. Für die vorliegende Arbeit ist hier vor allem das "Modell 6" relevant, das von mindestens einem weiteren Mediator ausgeht und ein sogenanntes multiples serielles Mediationsmodell abbildet. Wie bereits erwähnt, stellt in dieser Arbeit „X“ die frühe Beeinträchtigung der Mutter dar (unabhängige Variable, Prädiktor) und „Y“ die kindlichen Auffälligkeiten mit einem Alter von fünf Jahren (abhängige Variable, Kriterium). Es wird davon ausgegangen, dass der Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen sowohl von der Dauer der maternalen Beeinträchtigung (frühe Symptomatik zum ersten Messzeitpunkt mit drei bis acht Monaten vs. späte Symptomatik mit fünf bis sechs Jahren), als auch von der Qualität des maternalen Interaktionsverhaltens und der Qualität des dyadischen Interaktionsverhaltens mediiert („M“) wird. In Abbildung 10 ist das Grundmodell 6 noch einmal veranschaulicht dargestellt.

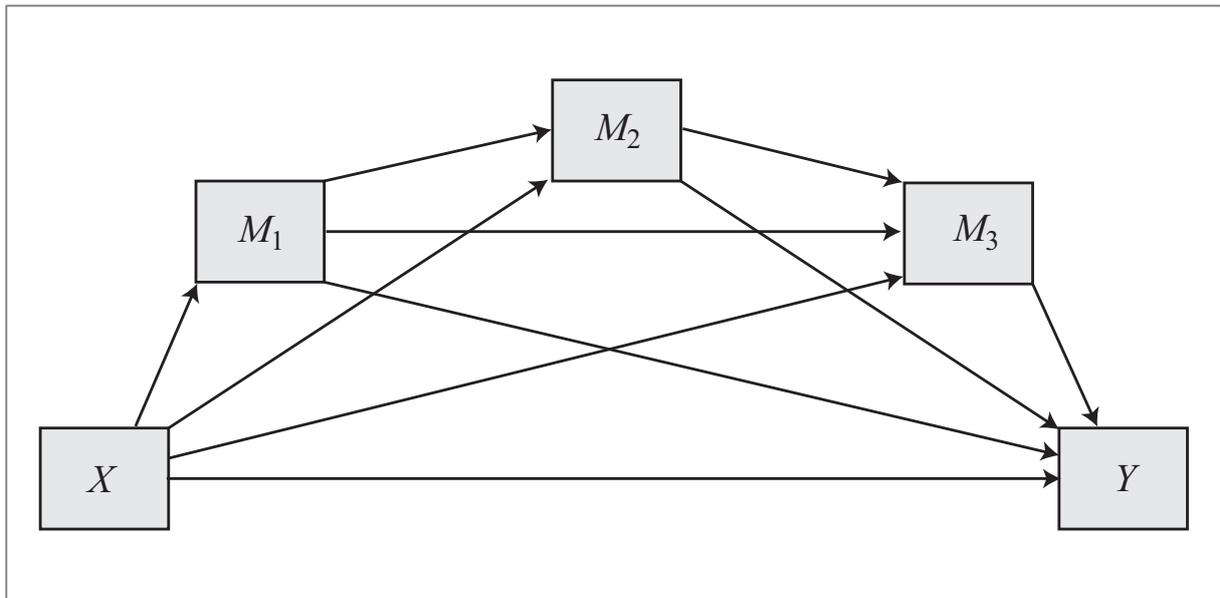


Abbildung 10. Mediationsmodell 6 mit drei Mediationsvariablen (M_1 , M_2 und M_3), unabhängiger Variable (X) und abhängiger Variable (Y) nach Hayes (2013).

Wie erwähnt, wird in dieser Arbeit obenstehendes „Modell 6“ berechnet, wobei sich aufgrund der Variablenspezifizierung aus den aufgestellten Hypothesen, der vorherigen Korrelationsanalyse sowie der Anzahl der einzelnen Variablen insgesamt 16 Modelle mit folgenden Variablen ergeben:

1. Die Beeinträchtigung bzw. die Symptomatik der Mutter gemessen mit dem AKV (Ausgewählt wurden der Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen (Agoraphobic Cognitions Questionnaire, ACQ) und das Mobilitätsinventar zur Vermeidung vielfältiger Situationen aufgrund von Angst (Mobility Inventory, MIA alleine)) zu zwei Messzeitpunkten (zu T1 mit drei bis acht Monaten und zu T2 mit fünf bis sechs Jahren)
2. Die Qualität der maternalen Interaktion zu T2 gemessen mit dem CIB (relevante Variablen: „sensitivity“ und „intrusiveness“)
3. Die Qualität der dyadischen Interaktion zu T2 gemessen mit dem CIB (relevante Variablen: „reciprocity“ und „negative states“)
4. Die Qualität des kindlichen Interaktionsverhalten zu T2 gemessen mit dem CIB (relevante Variablen: „involvement“ und „withdrawal“)

Die frühe Angstsymptomatik stellt hierbei den Prädiktor dar und das kindliche Verhalten in der Interaktion das Kriterium. Als Mediatoren gehen die späte Angstsymptomatik sowie die maternale und die dyadische Interaktion in das Modell ein. In Abbildung 11 ist das Modell 6 mit den aufgezählten relevanten Variablen dieser Arbeit noch-

mals übersichtlich dargestellt. Aus diesen einzelnen Variablen mit ihren Ausprägungen ergeben sich somit die oben genannten 16 Modelle ($2 \times 2 \times 2 \times 2 = 16$).

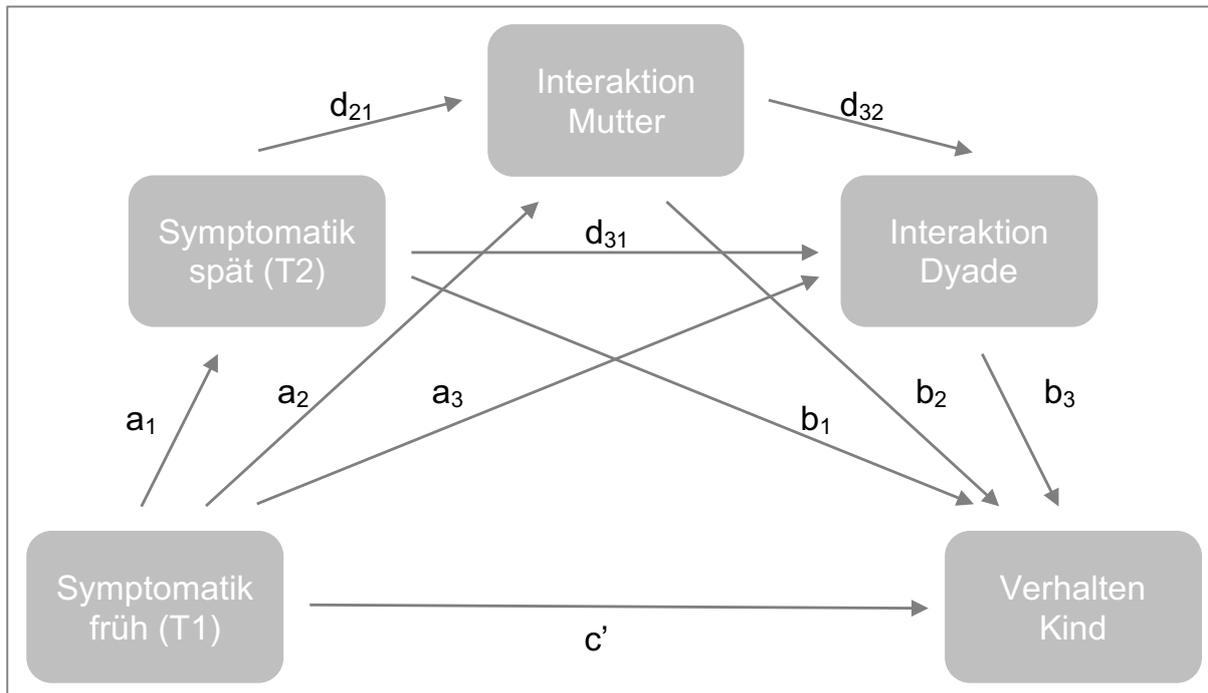


Abbildung 11. Übersicht über die relevanten Variablen des Modells 6 der Mediationsanalyse.

Mit c' = direkter Effekt der frühen Angstsymptomatik auf das kindliche Verhalten, a_{1-3} , b_{1-3} und $d_{21,31\&32}$ = indirekte Effekte der frühen Angstsymptomatik auf das kindliche Verhalten über die Mediatoren „späte Angstsymptomatik“, „Interaktion Mutter“ und „Interaktion Dyade“.

Bei dem Angstfragebogen AKV wurden bewusst die beiden oben genannten Unterskalen ACQ und MIA ausgewählt, da diese in einem engen Zusammenhang mit möglichen Auswirkungen auf die Kinder stehen. Insbesondere verzerrte maternale Kognitionen (ACQ) und das Vermeidungsverhalten alleine (MIA) können sich auf die Kinder auswirken und diese nachteilig beeinflussen (Murray et al., 2012, 2007; Reck et al., 2013; Stein et al., 2008). Das Vermeidungsverhalten in Begleitung (MIB) zeigte weniger signifikante Korrelationen, sodass aufgrund der notwendigen Eingrenzung der Mediationsvariablen entschieden wurde, hier nur das Vermeidungsverhalten alleine (MIA) aufzunehmen. Die dritte Unterskala, der BSQ, wurde ebenfalls nicht in die weitere Mediationsanalyse einbezogen, da diese die Angst vor inneren Störungen und vor körperlichen Symptomen misst und über die Auswirkungen auf die Kinder in diesem Bereich in der Literatur bisher nicht viel bekannt ist. Zudem konnte in der Korrelationsanalyse hier kein relevantes Ergebnis aufgezeigt werden, sodass aufgrund des zusätzlichen Mehraufwandes in der Modellberechnung (24 ($3 \times 2 \times 2 \times 2$) anstatt 16 Modelle) diese Skala herausgenommen wurde. Bei den Codes des CIB

wurde sich auf die positiven und negativen maternalen und kindlichen Composites beschränkt, da diese besonders für die aufgestellten Hypothesen relevant waren. Das elterliche „limit setting“ und die kindliche „compliance“ wurden daher nicht in die Analysen miteinbezogen.

5.2. Gemeinsame Hypothesentestung von Hypothese 1 und 2: Die Bedeutung der Interaktion in der Mutter-Kind-Dyade bezüglich der Weitergabe der maternalen Psychopathologie sowie der Zusammenhang zwischen der Schwere der maternalen Angst und dem Interaktionsverhalten zwischen Mutter und Kind

Im Nachfolgenden werden zunächst die jeweiligen Ergebnisse aus der Korrelationsanalyse für Hypothese 1 und 2 getrennt voneinander berichtet. Allerdings wurden die beiden Hypothesen aufgrund der Komplexität anschließend in einem Mediationsmodell gemeinsam getestet – die Ergebnisse werden daher im Folgenden auch zusammengefasst berichtet.

Die erste Hypothese geht davon aus, dass die Interaktion zwischen Mutter und Kind einen Mediator hinsichtlich der Weitergabe der maternalen Beeinträchtigung darstellt. Es wurde davon ausgegangen, dass sich dies durch eine negativere Interaktion zwischen Mutter und Kind sowohl in der frühen Kindheit, als auch im Vorschulalter zeigt. Die beeinträchtigte Interaktion wurde in negativeren Variablen der ICEP und der Composites des CIB vermutet, sodass hier ein Verlauf über die Zeit sichtbar ist. Diese Annahme konnte in einem ersten Schritt nicht bestätigt werden. Zum einen wurde kein Unterschied zwischen den beiden Untersuchungsgruppen (KG vs. KLG) gefunden, was auch in den nachfolgenden Tabellen 11 (Gruppenzuweisung & ICEP) und 12 (Gruppenzuweisung & CIB) deutlich gemacht wird.

Tabelle 11

Unterschiede zwischen der Gruppenzuweisung der Mütter (KG vs. KLG) und den Variablen der ICEP

ICEP-Code	Gruppe	n	mean	sum	z	p
Cpos	KG	29	23.31	676.00	-.582	.561
	KLG	15	20.93	314.00		
Cpvc	KG	29	23.21	673.00	-.508	.612
	KLG	15	21.13	317.00		
Cneu	KG	29	22.59	655.00	-.062	.951
	KLG	15	22.33	335.00		
Cint	KG	29	21.59	626.00	-.717	.474
	KLG	15	24.27	364.00		
lpos	KG	29	21.17	614.00	-.959	.338
	KLG	15	25.07	376.00		
lneu	KG	29	22.74	659.50	-.173	.862
	KLG	15	22.03	330.50		
lnon	KG	29	23.29	675.50	-.570	.569
	KLG	15	20.97	314.50		
lpro	KG	29	22.78	660.50	-.246	.806
	KLG	15	21.97	329.50		
lsch_Isco	KG	27	19.52	527.00	-1.128	.260
	KLG	14	23.86	334.00		
gaze	KG	29	21.14	613.00	-.978	.328
	KLG	15	25.13	377.00		

Anmerkung. KG = Kontrollgruppe, KLG = Klinische Gruppe, *n* = Stichprobengröße, mean = mittlerer Rang, sum = Rangsumme, *z* = Z-Wert, *p* = Signifikanzniveau (2-seitig, * = <.05).

Tabelle 12

Unterschiede zwischen der Gruppenzuweisung der Mütter (KG vs. KLG) und den Composites des CIB

CIB-Code	Gruppe	n	mean	sum	z	p
sensitivity	KG	34	28.41	966.00	-.891	.373
	KLG	19	24.47	465.00		
intrusiveness	KG	34	24.60	836.50	-1.539	.124
	KLG	19	31.29	594.50		
involvement	KG	34	28.50	969.00	-.948	.343
	KLG	19	24.32	462.00		
withdrawal	KG	34	25.91	881.00	-.700	.484
	KLG	19	28.95	550.00		
reciprocity	KG	34	28.88	982.00	-1.193	.233
	KLG	19	23.63	449.00		
negative states	KG	34	24.60	836.50	-1.601	.109
	KLG	19	31.29	594.50		

Anmerkung. KG = Kontrollgruppe, KLG = Klinische Gruppe, *n* = Stichprobengröße, mean = mittlerer Rang, sum = Rangsumme, *z* = Z-Wert, *p* = Signifikanzniveau (2-seitig, * = <.05).

Demzufolge interagierten die Mütter der gesunden Gruppe und die Mütter der Angstgruppe nicht signifikant unterschiedlich mit ihren Kindern. Es konnte weder in der frühen Interaktion im Säuglingsalter, noch fünf Jahre später im Rahmen der Spielsituation ein signifikanter Unterschied im Interaktionsverhalten zwischen Mutter und Kind gefunden werden. In keinem ICEP-Code noch im Bereich der Composites des CIB zeigte sich hier eine signifikante Auffälligkeit.

Zum anderen konnte auch im Bereich der Interaktionsmaße kein Zusammenhang gefunden werden. Die Variablen der ICEP wiesen keine signifikante Korrelation mit den Composites des CIB auf – weder im frühen noch im späten interaktiven Verhalten der Mutter und des Kindes noch im Hinblick auf die dyadischen Codes wurde ein Zusammenhang gefunden. Auch negative Codes, wie beispielsweise ein intrusives Verhalten der Mutter zum ersten Messzeitpunkt, stehen in keinem Zusammenhang mit einer möglichen späten mütterlichen Intrusivität zum Messzeitpunkt fünf Jahre danach. Nur zwischen den Variablen Cpvc (P3) und dem dyadischen Composite „negative state“ wurde eine positive signifikante Korrelation ($r = .31$, $p = .04$) gefunden, die auf einen mittleren Zusammenhang schließen lässt. Je positiver die Mutter in der frühen Vokalisation mit ihrem dreimonatigem alten Kind war, desto mehr negative gegenseitige Zustände konnten in der Interaktion mit fünf Jahren gefunden werden. Dieses Ergebnis ist nicht konform mit den Annahmen dieser Arbeit und den

bisherigen Erkenntnissen aus der Literatur und wird daher im folgenden Diskussions-
teil genauer behandelt, in der folgenden Analyse jedoch nicht näher betrachtet. Eine
Übersicht über die Ergebnisse der Korrelationsanalyse ist in Tabelle 13 und 14 zu-
sammengefasst.

Tabelle 13

*Übersicht über den Zusammenhang zwischen der frühen maternalen (ICEP) und der
späten Interaktion (CIB) zwischen Mutter und Kind*

		Cpos	Cpcv	Cneu	Cint
Sensitivity	<i>r</i>	.297	-.253	-.040	.015
	<i>p</i>	.050	.098	0,796	.923
Intrusiveness	<i>r</i>	-.163	.093	.133	-.048
	<i>p</i>	.291	.547	.388	.759
Involvement	<i>r</i>	.050	-.133	.035	.037
	<i>p</i>	.750	.390	.824	.813
Withdrawal	<i>r</i>	.047	.177	-.052	-.190
	<i>p</i>	.763	.251	.735	.218
Reciprocity	<i>r</i>	.113	-.233	.088	.056
	<i>p</i>	.464	.129	.568	.719
Negative States	<i>r</i>	-.174	.310*	-.059	-.123
	<i>p</i>	.259	.041	.705	.426

Anmerkung. r_s = Spearman-Korrelationskoeffizient, p = Signifikanzniveau (2-seitig, * = <.05).

Tabelle 14

Übersicht über den Zusammenhang zwischen der frühen kindlichen und dyadischen (ICEP) und der späten Interaktion (CIB) zwischen Mutter und Kind

		lpos	lneu	lnon	lpro	lsch_isco	Gaze
Sensitivity	<i>r</i>	.063	.226	-.233	.030	-.213	.197
	<i>p</i>	.686	.140	.127	.848	.182	.199
Intrusiv- ess	<i>r</i>	-.180	-.197	.173	.046	.154	-.228
	<i>p</i>	.242	.201	.261	.767	.337	.137
Involvement	<i>r</i>	.023	.031	.116	-.151	.001	-.189
	<i>p</i>	.883	.840	.454	.329	.995	.220
Withdrawal	<i>r</i>	.172	-.159	.156	-.099	.053	-.020
	<i>p</i>	.264	.302	.312	.521	.741	.899
Reciprocity	<i>r</i>	-.013	.132	-.146	.039	-.207	.035
	<i>p</i>	.931	.391	.346	.801	.195	.821
Negative States	<i>r</i>	.029	-.244	.260	-.069	.184	-.119
	<i>p</i>	.850	.110	.088	.656	.251	.443

Anmerkung. r_s = Spearman-Korrelationskoeffizient, p = Signifikanzniveau (2-seitig, * = $<.05$).

Innerhalb der späten Interaktion zwischen Mutter und Kind wurden im Vorschulalter signifikante Korrelationen der CIB Composites gefunden, die sich jeweils entsprechen. So zeigte sich beispielsweise eine negative signifikante Korrelation ($r = -.49$, $p = .00$) zwischen der maternalen Sensitivität und dem kindlichen Rückzugsverhalten („withdrawal“). Je sensibler eine Mutter mit ihrem Kind im Vorschulalter interagierte, desto weniger Rückzug wurde gesehen bzw. auch andersherum – je weniger sensitiv die Mutter war, desto mehr Rückzugsverhalten konnte beobachtet werden. In Hinblick auf das kindliche Rückzugsverhalten konnte auf der anderen Seite auch gezeigt werden, dass dieses umso deutlicher war, je intrusiver sich die Mutter in der Interaktion verhalten hat. Dies wurde durch eine positive signifikante Interaktion abgebildet ($r = .48$, $p = .00$). Alle weiteren signifikanten positiven und negativen Interaktionskorrelationen sind in Tabelle 15 zusammengestellt und verdeutlichen, wie die obigen Beispiele, die Konstruktvalidität des CIB. Jene wird durch den fast ausschließlich starken bis sehr starken signifikanten Zusammenhang der einzelnen Variablen deutlich. Lediglich im Bereich der kindlichen Beteiligung wurden keine signifikanten Korrelationen mit den Interaktionsvariablen der Mutter gefunden.

Tabelle 15

Übersicht über den Zusammenhang zwischen den Composites des CIB

		Intrusiveness	Involvement	Withdrawal	Reciprocity	Negative States
Sensitivity	<i>r</i>	-.793**	.263	-.495**	.790**	-.732**
	<i>p</i>	.000	.057	.000	.000	.000
Intrusiveness	<i>r</i>	1	-.244	.481**	-.744**	.717**
	<i>p</i>		.078	.000	.000	.000
Involvement	<i>r</i>		1	-.539**	.659**	-.495**
	<i>p</i>			.000	.000	.000
Withdrawal	<i>r</i>			1	-.726**	.735**
	<i>p</i>				.000	.000
Reciprocity	<i>r</i>				1	-.859**
	<i>p</i>					.000

Anmerkung. r_s = Spearman-Korrelationskoeffizient, p = Signifikanzniveau (2-seitig, * = $<.05$).

Im Gesamten lässt sich sagen, dass die Interaktionsqualität über die Jahre stabil geblieben ist, sich die beiden Untersuchungsgruppen kaum bzw. nicht signifikant in diesem Bereich unterscheiden und daher in der hier vorliegenden Stichprobe bisher kein Zusammenhang zwischen der Qualität des Interaktionsverhaltens und der Weitergabe der maternalen Psychopathologie gefunden werden konnte. Aufgrund der fehlenden korrelativen Zusammenhänge zwischen dem CIP und den ICEP wurde darauf verzichtet, die frühe Interaktion in die Mediationsanalyse aufzunehmen und sich stattdessen auf die späte Interaktion zwischen Mutter und Kind und den Zusammenhang mit der Beeinträchtigung der Mutter zu fokussieren.

Mit dieser Annahme beschäftigt sich die zweite Hypothese, bei der davon ausgegangen wurde, dass es einen Zusammenhang zwischen der Schwere bzw. der Stabilität der psychischen Erkrankung der Mutter und der Qualität der Interaktion gibt. Je schwerer bzw. „stabiler“ die Störung der Mutter ist, desto negativer ist auch die Interaktion zwischen Mutter und Kind charakterisiert. Wie bereits beschrieben, wurde auch hier über eine Korrelation geprüft, ob es einen Zusammenhang zwischen den Variablen des Angstfragebogens AKV und den Interaktionsmaßen ICEP und CIB gab. Zuerst wurde die frühe Interaktion zwischen Mutter und Kind mit den ICEP Variablen betrachtet. Es konnte ein signifikanter, positiver mittlerer Zusammenhang zwischen dem ACQ und der Intrusivität der Mutter gefunden werden ($r = .38$, $p = .02$). Je mehr ängstliche Kognitionen die Mutter im Säuglingsalter aufwies, desto intrusiver verhielt sie sich in der Wiedervereinigungsphase des Still-Face-Paradigmas ihrem

Kind gegenüber. Des Weiteren konnte verdeutlicht werden, dass je mehr Vermeidungsverhalten die Mutter sowohl alleine, als auch in Begleitung gezeigt hat, desto weniger positiv war sie in der Wiedervereinigungsphase mit ihrem Kind (MIA: $r = -.35$, $p = .04$, MIB $r = -.39$, $p = .02$). Dies wird durch eine signifikante negative mittlere Korrelation der Variablen MIA/MIB mit dem ICEP-Code „Cpos“ deutlich gemacht. Auch im Bereich des späten Vermeidungsverhaltens der Mutter konnte eine signifikante positive Korrelation ($r = .44$, $p = .01$) mit dem selbstberuhigendem kindlichen Verhalten (Isch/Isco) im Säuglingsalter gefunden werden. Je mehr selbstberuhigendes Verhalten das Kind mit ca. drei Monaten gezeigt hat, desto vermeidender war die Mutter in Begleitung fünf Jahre später bzw. andersherum. Auch auf dieses Ergebnis wird in der nachfolgenden Diskussion detaillierter eingegangen. Die restlichen ICEP Variablen wiesen keine signifikante Korrelation mit den frühen sowie den späten Angstmaßen auf.

Im Bereich des Zusammenhangs zwischen den Angstmaßen zu T1 und T2 und den Composites des CIB ergab sich ein etwas anderes Bild. Hier konnten einige signifikante Korrelationen gefunden werden. Zum ersten Messzeitpunkt mit einem Kindesalter von drei bis acht Monaten konnte gezeigt werden, dass sich vor allem das frühe Vermeidungsverhalten der Mutter auf das Kind mit fünf Jahren auswirkt. Kinder wiesen beispielsweise weniger Beteiligung in der Spielsituation auf, je vermeidender sich die Mutter mit drei Monaten verhalten hat (signifikante negative Korrelation im mittleren Bereich zwischen MIA (T1) und „involvement“, $r = -.40$, $p = .01$). Gleichzeitig waren sie in der Interaktion vermehrt zurückgezogen ($r = .37$, $p = .03$). Zudem verhielt sich die Mutter zum zweiten Messzeitpunkt fünf Jahre später weniger sensitiv in der Interaktion, je vermeidender sie alleine in den ersten Monaten nach der Geburt des Kindes war ($r = -.37$, $p = .02$). Auch im Bereich der dyadischen Interaktion zwischen Mutter und Kind wurden Zusammenhänge mit dem Vermeidungsverhalten sowohl alleine als auch in Begleitung in die gleiche Richtung gefunden. Je mehr frühes Vermeidungsverhalten die Mutter alleine oder in Begleitung an den Tag legte, desto weniger gegenseitig waren Mutter und Kind in der Interaktion der Spielsituation ($r = -.47$, $p = .00$; $r = -.36$, $p = .03$) und desto mehr bewegten sie sich in negativen dyadischen Zuständen ($r = .50$, $p = .00$; $r = .38$, $p = .02$). Die Ergebnisse zeigten hier für das Vermeidungsverhalten allein einen großen Zusammenhang und für die Vermeidung in Begleitung einen mittleren.

Wie man auch in Tabelle 16 gut sehen kann, wurde im Bereich der frühen Angstkognitionen der Mutter (ACQ (T1)) kein Zusammenhang mit den CIB Composites gefunden. Die frühe ängstliche Denkweise hängt demnach nicht mit dem Interaktionsverhalten zwischen Mutter und Kind mit fünf Jahren zusammen, das frühe Vermeidungsverhalten hingegen schon.

Tabelle 16

Übersicht über den Zusammenhang zwischen den Untertests des AKV zu T1 und den CIB Composites

		Sensitivity	Intrusiveness	Involvement	Withdrawal	Reciprocity	Negative States
ACQ (T1)	<i>r</i>	-.045	.072	-.256	.072	-.158	.155
	<i>p</i>	.770	.640	.090	.640	.299	.310
MIA (T1)	<i>r</i>	-.371*	.243	-.401*	.366*	-.470**	.503**
	<i>p</i>	.024	.147	.014	.026	.003	.002
MIB (T1)	<i>r</i>	-.310	.185	-.317	.198	-.357*	.382*
	<i>p</i>	.058	.266	.053	.234	.028	.018

Anmerkung. r_s = Spearman-Korrelationskoeffizient, p = Signifikanzniveau (2-seitig, * = <.05).

Auch zum zweiten Messzeitpunkt konnten signifikante Korrelationen zwischen den Untertests des AKV und den Composites des CIB gefunden werden. Die Kinder waren hier zwischen fünf und sechs Jahre alt und die Interaktion wurde über eine freie Spielsituation betrachtet. Im Gegensatz zu den frühen Angstmaßen im Säuglingsalter konnten im späten Bereich signifikante Korrelationen des ACQs, also maternalen angstbezogener Kognitionen, mit allen CIB Composites gefunden werden. Es ergaben sich negative signifikante Korrelationen in einem mittleren Bereich mit den positiven Composites wie der maternalen Sensitivität ($r = -.33$, $p = .02$), der kindlichen Beteiligung („involvement“, $r = -.35$, $p = .01$) oder der dyadischen Gegenseitigkeit („reciprocity“, $r = -.46$, $p = .00$). Dies bedeutet, dass je mehr angstbezogene Kognitionen die Mutter aufwies, desto weniger sensitiv war sie in der Spielsituation, desto weniger war das Kind in der Interaktion beteiligt und desto weniger gegenseitig war die Mutter-Kind-Dyade. Andersherum korrelierten die negativen Composites des CIB mit dem ACQ signifikant positiv. So verhielten sich die Mütter in der Spielsituation intrusiver ($r = .41$, $p = .00$), die Kinder waren zurückgezogener ($r = .41$, $p = .00$) und es herrschten mehr negative Zustände zwischen Mutter und Kind ($r = .40$, $p = .00$), je mehr angstbezogene Kognitionen die Mütter zeigten.

Das späte Vermeidungsverhalten alleine (MIA (T2)) zeigt ähnliche Ergebnisse, wie die maternalen Angstkognitionen. Auch hier verhielten sich die Mütter in der Spielsituation weniger sensitiv ($r = -.41, p = .00$), die Kinder waren weniger beteiligt ($r = -.47, p = .00$) und die Dyade war weniger gegenseitig ($r = -.55, p = .00$), je mehr die Mutter vermeidende Verhaltensweisen an den Tag legte. Die Korrelationen waren hier allesamt signifikant negativ und weisen auf einen mittleren bis großen Zusammenhang hin. Auf der anderen Seite wurden signifikant positive Korrelationen zwischen dem späten Vermeidungsverhalten und der Intrusivität ($r = .47, p = .00$), dem kindlichen Rückzug ($r = .42, p = .00$) und den dyadischen negativen Zuständen ($r = .46, p = .00$) gefunden. Dies bedeutet, dass je vermeidender sich die Mütter im Vorschulalter der Kinder verhielten, desto intrusiver waren sie in der Spielsituation, desto mehr zogen sich die Kinder zurück und desto mehr dyadische negative Zustände gab es in der Interaktion. Wie in Tabelle 17 gut ersichtlich ist, wurde für das Vermeidungsverhalten in Begleitung ein ähnliches Ergebnis erzielt, lediglich die kindlichen Composites „involvement“ und „withdrawal“ korrelierten nicht mit dem späten Vermeidungsverhalten in Begleitung (MIB (T2)).

Tabelle 17

Übersicht über den Zusammenhang zwischen den Untertests des AKV zu T2 und den CIB Composites

		Sensitivity	Intrusiveness	Involvement	Withdrawal	Reciprocity	Negative States
ACQ (T2)	<i>r</i>	-.331*	.406**	-.348*	.408**	-.461**	.397**
	<i>p</i>	.020	.004	.014	.004	.001	.005
MIA (T2)	<i>r</i>	-.413**	.469**	-.469**	.421**	-.551**	.463**
	<i>p</i>	.004	.001	.001	.004	.000	.001
MIB (T2)	<i>r</i>	-.380**	.408**	-.268	.124	-.421**	.307*
	<i>p</i>	.008	.004	.069	.405	.003	.036

Anmerkung. r_s = Spearman-Korrelationskoeffizient, p = Signifikanzniveau (2-seitig, * = $<.05$).

Des Weiteren konnten signifikante große Zusammenhänge zwischen der Diagnose bzw. der Gruppenzuweisung der Mutter und deren Angststatus gefunden werden, alle Angstmaße zu beiden Messzeitpunkten (ACQ (T1): $r = .74, p = .00$; MIA (T1): $r = .56, p = .00$; MIB (T1): $r = .52, p = .00$ und ACQ (T2): $r = .59, p = .00$; MIA (T2): $r = .53, p = .00$; MIB (T2): $r = .56, p = .00$) korrelierten signifikant positiv mit der Diagnose der Mutter. Somit könnten die Schwere bzw. die Stabilität der Beeinträchtigung

der Mutter eine relevante und signifikante Bedeutung haben, sodass in der weiteren Mediationsanalyse dieser Bereich ebenfalls fokussiert wurde.

Ausgehend von den aufgezeigten korrelativen Zusammenhängen wurde das oben genannte und bereits beschriebene Mediationsmodell gebildet. Da sowohl Variablen aus Hypothese 1 als auch aus Hypothese 2 für das Modell relevant waren und die beiden Hypothesen jeweils eingehender mit einer Mediationsanalyse betrachtet werden sollten, werden die Ergebnisse, wie bereits erwähnt, im Folgenden gemeinsam berichtet und in der weiteren Diskussion detaillierter analysiert. Aufgrund der Komplexität der Modelle werden vor allem die direkten und indirekten Effekte interpretiert, da es bei diesen Maßen um die Aussagekraft geht, ob der Prädiktor (früher Angststatus der Mutter) das Kriterium (kindliches Verhalten mit fünf Jahren) direkt beeinflusst und/oder ob es einen indirekten Weg über die Mediatoren gibt. Als entscheidende Signifikanzmaße gelten bei dem direkten Effekt das Signifikanzniveau mit $p < .05$ und bei den indirekten Effekten das Konfidenzintervall über die Bootstrapping-Methode. Der Effekt ist bei diesem Verfahren statistisch signifikant, wenn die „0“ in dem 95%-Konfidenzintervall nicht enthalten ist.

Insgesamt konnte über alle 16 Modelle kein direkter signifikanter Effekt des frühen Angststatus der Mutter auf das kindliche Verhalten im Vorschulalter gefunden werden, unabhängig ob es sich um die kindliche Beteiligung („involvement“) oder den kindlichen Rückzug („withdrawal“) gehandelt hat. Eine übersichtliche Zusammenfassung über die nicht signifikanten Effekte stellt Tabelle 18 dar. Ob die Mütter im Säuglingsalter ängstliche Kognitionen oder vermeidende Verhaltensweisen aufgrund ihrer Angst aufwiesen, hatte alleine keinen Effekt auf die kindliche Beteiligung oder den kindlichen Rückzug in der Interaktion mit einem Alter von fünf bis sechs Jahren des Kindes. Nur weil eine Mutter im Säuglingsalter an einer Angststörung erkrankt war, musste dies alleine keine Beeinträchtigung des kindlichen Verhaltens in der Interaktion im Vorschulalter zur Folge haben.

Tabelle 18

Übersicht über die direkten Effekte früher maternaler Angst (ACQ (T1) & MIA (T1)) auf die kindliche Beteiligung ("involvement") und das kindliche Rückzugsverhalten ("withdrawal")

Model Outcome	B	SE	t	p	95% CI lower limit	95% CI upper limit
Kindl. Beteiligung ("involvement")						
ACQ (T1)->ACQ (T2)->sensitivity->reciprocity	-.082	.185	-.445	.659	-.457	.293
ACQ (T1)->ACQ (T2)->sensitivity->neg. states	-.056	.225	-.259	.797	-.515	.398
ACQ (T1)->ACQ (T2)->intrusiveness->reciprocity	-.020	.189	-.108	.915	-.403	.362
ACQ (T1)->ACQ (T2)->intrusiveness->neg. states	-.009	.231	-.039	.969	-.477	.459
MIA (T1)->MIA (T2)->sensitivity->reciprocity	.029	.241	.121	.905	-.463	.521
MIA (T1)->MIA (T2)->sensitivity->neg. states	-.032	.295	-.108	.915	-.634	.569
MIA (T1)->MIA (T2)->intrusiveness->reciprocity	.223	.253	.882	.385	-.293	.739
MIA (T1)->MIA (T2)->intrusiveness->neg. states	.046	.329	.139	.890	-.627	.719
Kindl. Rückzugsverhalten ("withdrawal")						
ACQ (T1)->ACQ (T2)->sensitivity->reciprocity	-.129	.171	-.755	.455	-.474	.217
ACQ (T1)->ACQ (T2)->sensitivity->neg. states	-.175	.164	-1.066	.293	-.508	.158
ACQ (T1)->ACQ (T2)->intrusiveness->reciprocity	-.144	.174	-.827	.414	-.496	.208
ACQ (T1)->ACQ (T2)->intrusiveness->neg. states	-.207	.166	-1.243	.221	-.543	.130
MIA (T1)->MIA (T2)->sensitivity->reciprocity	-.028	.206	-.136	.893	-.448	.392
MIA (T1)->MIA (T2)->sensitivity->neg. states	-.132	.213	-.617	.542	-.567	.304
MIA (T1)->MIA (T2)->intrusiveness->reciprocity	-.053	.222	-.239	.813	-.507	.401
MIA (T1)->MIA (T2)->intrusiveness->neg. states	-.210	.236	-.891	.379	-.692	.272

Anmerkung. Angegeben sind die direkten Effekte nach den einzelnen Mediationspfaden. Analyse der jeweiligen Mediatoren siehe unten. *B* = Regressionskoeffizient, *SE* = standard error (Standardfehler), *t* = T-Wert, *p* = Signifikanzniveau (2-seitig, * = <.05), *CI* = confidence interval (Konfidenzintervall, 95%).

Im Hinblick auf mögliche Mediatoren ergab sich hingegen ein anderes Bild. Es konnten hier fast in allen Modellen signifikante indirekte, also Mediationseffekte des Gesamtmodells gefunden werden. Diese werden im Weiteren detailliert erläutert und sind in den Tabellen 19, 20, 21 und 22 anschaulich dargestellt. Ebenso konnte in allen 16 Modellen ein signifikanter positiver Effekt von frühen Angstmaßen auf die späte Angst der Mutter aufgezeigt werden. Je mehr frühe Angstkognitionen die Mutter aufwies, desto mehr späte angstbezogene Denkweisen konnten vorliegen. Auch das frühe Vermeidungsverhalten der Mutter hatte durchgehend einen signifikanten Effekt auf das späte Vermeidungsverhalten mit fünf Jahren. Je höher dieses im

Säuglingsalter war, desto höher war es auch im Vorschulalter der Kinder. Der Angstverlauf bzw. die Symptomschwere spielt demnach eine entscheidende Rolle und stellt einen Mediator in der Weitergabe der Beeinträchtigung der Mutter im Hinblick auf kindliche interaktive Auffälligkeiten im Vorschulalter dar.

Im Bereich der Auswirkungen der frühen Angstkognitionen auf die kindliche Beteiligung in der Interaktion mit fünf Jahren konnte gezeigt werden, dass es einen signifikanten negativen Effekt mit den Mediatoren „ACQ (T2)“, „sensitivity“ und „reciprocity“ ($\beta = -.29$, $SE = .20$, $95\%CI = [-.80; -.10]$) gab. Dies würde bedeuten, dass die frühen Angstkognitionen der Mutter späte angstbezogene Denkweisen verursachen könnten, die wiederum zu weniger sensitivem Verhalten der Mutter und zu weniger dyadischer Gegenseitigkeit in der Interaktion mit fünf Jahren führen könnten. Demzufolge würde dadurch das kindliche Verhalten negativ beeinflusst werden und könnte in weniger kindlicher Beteiligung in der Spielsituation resultieren. Eine Veränderung um eine Einheit in der frühen Angstkognition erhöht die späte Angstkognition und verringert die Sensitivität, die dyadische Gegenseitigkeit sowie die kindliche Beteiligung um 29% (.29 Einheiten). Nimmt man statt der Sensitivität der Mutter das gegenteilige negative Maß – die Intrusivität – als Mediator in das Modell mit auf, konnte wiederum ein negativer signifikanter Effekt ($\beta = -.26$, $SE = .16$, $95\%CI = [-.65; -.08]$) erzielt werden. Wie bereits bekannt könnten frühe maternale Angstkognitionen somit mehr angstbezogene Denkweisen zum zweiten Messzeitpunkt verursachen. Diese könnten wiederum dazu geführt haben, dass die Mütter intrusiver in der Interaktion mit ihren Kindern waren, was in weniger dyadischer Gegenseitigkeit und weniger kindlicher Beteiligung resultiert sein könnte. Tauscht man die Variablen der dyadischen Interaktion als Mediator aus, ergaben sich für die negativen Zustände in der Interaktion kein signifikanter Mediationseffekt auf die kindliche Beteiligung (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19

Indirekte Effekte (Mediatoren) der frühen maternale Angstkognitionen (ACQ (T1)) auf die kindliche Beteiligung ("involvement") mit fünf Jahren

späte Angst- kognitionen	Maternale Inter- aktion	Dyadische Inter- aktion	β	SE	95% CI lower limit	95% CI upper limit
ACQ (T2)	Sensitivität ("sensitivity")	Gegenseitigkeit ("reciprocity")	-.292	.197	-.797	-.097
ACQ (T2)	Sensitivität ("sensitivity")	Negative Zustände ("negative states")	-.029	.084	-.188	.149
ACQ (T2)	Intrusivität ("intrusiveness")	Gegenseitigkeit ("reciprocity")	-.258	.157	-.648	-.084
ACQ (T2)	Intrusivität ("intrusiveness")	Negative Zustände ("negative states")	-.094	.105	-.334	.094

Anmerkung. β = Regressionskoeffizient, SE = standard error (Standardfehler), CI = confidence interval (Konfidenzintervall, 95%).

Da als kindliches Maß auch das Rückzugsverhalten in der Interaktion im Vorschulalter von Interesse war, wurde dies ebenfalls als Kriterium in der Mediationsanalyse näher betrachtet. In Bezug auf den kindlichen Rückzug wiesen alle vier Modelle signifikante positive indirekte Effekte des Gesamtmodells auf, die Mediatoren „späte Angstkognition“, „Interaktionsverhalten der Mutter“ und „Dyadisches Interaktionsverhalten“ beeinflussten allesamt den Effekt von frühen Angstkognitionen der Mutter auf den kindlichen Rückzug. Eine Übersicht hierzu ist in Tabelle 20 dargestellt. Je mehr frühe angstbezogene Kognitionen die Mutter zeigte, desto mehr späte Angstkognitionen konnten gefunden werden. Dies könnte zu weniger Sensitivität, weniger dyadischer Gegenseitigkeit und vermehrtem Rückzug des Kindes in der Spielsituation geführt haben ($\beta = .19$, $SE = .16$, $95\%CI = [.05; .56]$). Ebenso könnte eine geringere Sensitivität vermehrt negative gemeinsame Zustände in der Interaktion zwischen Mutter und Kind bedingen, was wiederum ein erhöhtes Rückzugsverhalten als Resultat hätte ($\beta = .14$, $SE = .11$, $95\%CI = [.03; .38]$). Tauscht man den Mediator „Sensitivität“ gegen „Intrusivität“ aus, ergibt sich ein ähnliches Bild. Je mehr frühe Angstkognitionen bei der Mutter vorhanden waren, desto mehr späte angstbezogene Denkweisen zeigten sich. Dies könnte wiederum in einer erhöhten mütterlichen Intrusivität, weniger dyadischer Gegenseitigkeit in der Interaktion und vermehrtem kindlichen Rückzug resultieren ($\beta = .19$, $SE = .12$, $95\%CI = [.05; .46]$). Ebenso könnten mehr

späte Angstkognitionen zu intrusiverem maternalen Verhalten und dadurch zu mehr negativen gemeinsamen Zuständen zwischen Mutter und Kind geführt haben. Diese Folge der Mediatoren würde dann wiederum ein erhöhtes kindliches Rückzugsverhalten in der Interaktion im Vorschulalter des Kindes mit sich bringen.

Tabelle 20

Indirekte Effekte (Mediatoren) der frühen maternalen Angstkognitionen (ACQ (T1)) auf den kindlichen Rückzug („withdrawal“) mit fünf Jahren

späte Angstkognitionen	Maternale Interaktion	Dyadische Interaktion	β	SE	95% CI lower limit	95% CI upper limit
ACQ (T2)	Sensitivität ("sensitivity")	Gegenseitigkeit ("reciprocity")	.194	.162	.051	.558
ACQ (T2)	Sensitivität ("sensitivity")	Negative Zustände ("negative states")	.145	.106	.032	.378
ACQ (T2)	Intrusivität ("intrusiveness")	Gegenseitigkeit ("reciprocity")	.195	.119	.048	.457
ACQ (T2)	Intrusivität ("intrusiveness")	Negative Zustände ("negative states")	.201	.129	.055	.487

Anmerkung. β = Regressionskoeffizient, SE = standard error (Standardfehler), CI = confidence interval (Konfidenzintervall, 95%).

Da nicht nur der Effekt maternaler angstbezogener Kognitionen von Interesse war, sondern auch das Vermeidungsverhalten der Mutter im Hinblick auf die Auswirkungen auf das kindliche Interaktionsverhalten genauer betrachtet werden sollte, wurde diese Variable als Prädiktor bzw. als Mediator in die Mediationsanalyse mit aufgenommen. Auch hier wurde zunächst das Modell mit der kindlichen Beteiligung („involvement“) als Kriterium berechnet. Ähnlich wie bei den Ergebnissen der frühen Angstkognitionen waren die Modelle mit den dyadischen negativen Zuständen als Mediator nicht signifikant (siehe Tabelle 21). Die anderen beiden Mediationsmodelle erlangten signifikant negative Effekte. Es konnte zudem gezeigt werden, dass je mehr Vermeidungsverhalten die Mutter im Säuglingsalter aufwies, desto vermeinder war sie sich auch fünf Jahre später. Demzufolge wären die Mütter in der Interaktion mit ihren Kindern weniger sensitiv, wodurch sich weniger gegenseitige Zustände in der Dyade ergeben haben könnten. Diese Punkte könnten letztendlich dazu geführt haben, dass das Kind weniger Beteiligung in der Spielsituation aufgebracht hat

($\beta = -.29$, $SE = .22$, $95\%CI = [-.93; -.03]$). Eine ähnliche Abfolge ergab sich auch, wenn die mütterliche Intrusivität als Mediator in das Modell aufgenommen wurde. Je vermeidender die Mütter im Vorschulalter waren, desto mehr intrusives Verhalten zeigte sie in der Spielsituation ihrem Kind gegenüber und desto weniger Gegenseitigkeit wurde zwischen den beiden Interaktionspartnern gefunden. Daraus könnte wiederum eine geringere Beteiligung des Kindes resultiert sein ($\beta = -.35$, $SE = .23$, $95\%CI = [-.92; -.10]$).

Tabelle 21

Indirekte Effekte (Mediatoren) des frühen maternalen Vermeidungsverhaltens (MIA (T1)) auf die kindliche Beteiligung ("involvement") mit fünf Jahren

spätes Vermeidungsverhalten	Maternale Interaktion	Dyadische Interaktion	β	SE	95% CI lower limit	95% CI upper limit
MIA (T2)	Sensitivität ("sensitivity")	Gegenseitigkeit ("reciprocity")	-.286	.219	-.930	-.030
MIA (T2)	Sensitivität ("sensitivity")	Negative Zustände ("negative states")	-.019	.092	-.206	.169
MIA (T2)	Intrusivität ("intrusiveness")	Gegenseitigkeit ("reciprocity")	-.349	.234	-.919	-.097
MIA (T2)	Intrusivität ("intrusiveness")	Negative Zustände ("negative states")	-.113	.199	-.573	.233

Anmerkung. β = Regressionskoeffizient, SE = standard error (Standardfehler), CI = confidence interval (Konfidenzintervall, 95%).

Auch hier wurden, neben den Auswirkungen der maternalen Angst und der Interaktionsqualität auf die kindliche Beteiligung, die Effekte auf das kindliche Rückzugsverhalten („withdrawal“) genauer betrachtet. Insgesamt wiesen alle Gesamtmodelle der Mediationsanalyse signifikant positive Korrelationen auf, was darauf schließen lässt, dass indirekte Effekte vorhanden waren bzw. die gewählten Mediatoren einen signifikanten Einfluss ausübten. Wie bereits in den vorherigen Modellen berichtet, könnte auch in diesen Kombinationen das frühe Vermeidungsverhalten der Mutter die Vermeidung fünf Jahre später bedingen. Je vermeidender also die Mütter im Vorschulalter der Kinder waren, desto weniger sensitiv könnten sie sich ihren Kindern gegenüber verhalten haben, wodurch weniger Gegenseitigkeit in der Interaktion gezeigt wurde, was wiederum das Rückzugsverhalten der Kinder vermehrt haben könnte (β

= .23, $SE = .18$, $95\%CI = [.04; .68]$). Je weniger sensitiv die Mütter waren, desto mehr negative Zustände konnten zwischen Mutter und Kind beobachtet werden, was erneut zu mehr Rückzug des Kindes geführt haben könnte ($\beta = .14$, $SE = .09$, $95\%CI = [.02; .38]$). Im Bereich des intrusiven Verhaltens der Mutter zeichnete sich ein ähnliches Bild wie auch für die angstbezogenen Kognitionen ab. Waren die Mütter sowohl im Säuglingsalter, als auch im Vorschulalter des Kindes vermeidender, konnte vermehrt ein intrusives Verhalten in der Interaktion gefunden werden, was zu weniger dyadischer Gegenseitigkeit führen und als Endresultat das kindliche Rückzugsverhalten begünstigt haben könnte ($\beta = .25$, $SE = .16$, $95\%CI = [.07; .67]$). Mehr Intrusivität der Mutter in der Spielsituation hatte auch negativere gegenseitige Zustände zur Folge, wodurch sich die Kinder wiederum vermehrt aus der Situation zurückgezogen haben könnten ($\beta = .29$, $SE = .19$, $95\%CI = [.03; .81]$). Zusammenfassend sind die eben beschriebenen Ergebnisse in Tabelle 22 deutlich gemacht.

Tabelle 22

Indirekte Effekte (Mediatoren) des frühen maternalen Vermeidungsverhaltens (MIA (T1)) auf den kindlichen Rückzug („withdrawal“) mit fünf Jahren

spätes Vermeidungsverhalten	Maternale Interaktion	Dyadische Interaktion	β	SE	95% CI lower limit	95% CI upper limit
MIA (T2)	Sensitivität ("sensitivity")	Gegenseitigkeit ("reciprocity")	.225	.176	.043	.675
MIA (T2)	Sensitivität ("sensitivity")	Negative Zustände ("negative states")	.142	.089	.024	.383
MIA (T2)	Intrusivität ("intrusiveness")	Gegenseitigkeit ("reciprocity")	.251	.155	.071	.672
MIA (T2)	Intrusivität ("intrusiveness")	Negative Zustände ("negative states")	.290	.188	.033	.805

Anmerkung. β = Regressionskoeffizient, SE = standard error (Standardfehler), CI = confidence interval (Konfidenzintervall, 95%).

Im Gesamten kann man deutlich erkennen, dass nicht die Angst der Mutter alleine ausschlaggebend für kindliche Auffälligkeiten in der Interaktion im Vorschulalter ist, sondern, dass diese von der späten Angstaussprägung der Mutter und der Interaktionsqualität zwischen Mutter und Kind abhängig sein könnte. Die Qualität der Interaktion – sowohl der Mutter alleine als auch in der Mutter-Kind-Dyade – könnte zusam-

men mit dem Angststatus der Mutter fünf Jahre später als Mediator gesehen werden, über welchen die Beeinträchtigung der Mutter an die Kinder weitergegeben werden könnte.

5.3. Der Zusammenhang zwischen der Qualität des Interaktionsverhaltens und möglichen kindlichen Beeinträchtigungen im Vorschulalter

Neben der Annahme einer möglichen Mediationsrolle der Interaktion in der Mutter-Kind-Dyade und den Auswirkungen der Schwere der maternalen Angst auf das Interaktionsverhalten, war es auch von Interesse, ob es einen Zusammenhang zwischen der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion und möglichen kindlichen Auffälligkeiten im Vorschulalter gibt. Hierzu wurde neben den interaktiven Maßen wie den ICEP und dem CIB auch die Einschätzungen der Mutter aus der Child Behavior Checklist (CBCL) näher betrachtet, wobei der Fokus vor allem auf die internalisierende Skala gelegt wurde, da diese Verhaltensweisen stärker in Zusammenhang mit maternalen Angststörungen stehen als externalisierendes Verhalten (siehe Kapitel 2.4.4. und 2.4.5.). Diese Hypothese wurde ebenfalls mit Hilfe einer Korrelationsanalyse überprüft. Im Bereich der frühen Interaktion im Säuglingsalter konnte eine signifikante negative Korrelation in einem mittleren Bereich ($r = -.37, p = .02$) der internalisierenden Skala mit der ICEP-Variable „Ineu“ gefunden werden. Diese Korrelation sagt aus, dass je weniger soziales Monitoring das Kind mit drei Monaten in der Wiedervereinigungsphase des Still-Face-Paradigmas gezeigt hat, desto internalisierender wurde es von seiner Mutter mit fünf Jahren eingeschätzt. Zusätzlich wurden zwei weitere positive signifikante Korrelationen zwischen der CBCL und Variablen der ICEP gefunden. Zum einen korrelierte die mütterliche Einschätzung positiv mit dem Code „Ipro“ ($r = .33, p = .04$) und zum anderen mit dem Code „Isch/Isco“ ($r = .36, p = .03$). Je mehr Protestverhalten man bei dem Kind in der Wiedervereinigungsphase mit drei Monaten beobachten konnte und je mehr es sich mit selbstberuhigendem Verhalten in dieser Phase regulierte, desto internalisierender wurde das Kind von seiner Mutter fünf Jahre später eingeschätzt.

Im Bereich der späten Interaktionsvariablen, die sich aus dem CIB ergeben, wurden keine signifikanten Korrelationen gefunden. Es ergab sich kein Zusammenhang zwischen der Qualität des Interaktionsverhaltens der Mutter, der Mutter-Kind-Dyade und der kindlichen Interaktion mit der maternalen Einschätzung des Kindes über die CBCL (zur Übersicht siehe Tabelle 23). Dieser fehlende Zusammenhang wird in der folgenden Diskussion eingehender betrachtet.

Tabelle 23

Übersicht über den Zusammenhang zwischen der CBCL und den Composites des CIB

		Sensitivi- ty	Intrusiven- ess	Involve- ment	With- drawal	Reci- procity	Negative States
CBCL	<i>r</i>	-.066	.117	-.150	.060	-.138	.0213
	<i>p</i>	.653	.427	.307	.687	.351	.145

Anmerkung. r_s = Spearman-Korrelationskoeffizient, p = Signifikanzniveau (2-seitig, * = $<.05$).

Wie bereits in den vorangegangenen Hypothesentestungen gesehen, ist nicht das Interaktionsverhalten zwischen Mutter und Kind alleine bedeutsam für die Weitergabe von maternalen Beeinträchtigungen an das Kind und den daraus resultierenden möglichen kindlichen Auffälligkeiten. Vor allem der Einfluss der Schwere bzw. der Stabilität der maternalen Angststörung fällt ein relevanter Anteil zu, sodass in weiteren Analysen auch hier ein möglicher Zusammenhang zwischen dem Angststatus der Mutter und dem internalisierenden Verhalten des Kindes näher betrachtet wird. Es konnte gezeigt werden, dass ein Unterschied in Hinblick auf die Einschätzung der Mutter zwischen den beiden Untersuchungsgruppen (KG vs. KLG) vorliegt ($z = -2.49$, $p = .01$). Gesunde Mütter schätzten das internalisierende Verhalten ihre Kinder anders ein, als Mütter, die an einer Angststörung erkrankt waren.

Auch hier gab es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Diagnose der Mutter und der internalisierenden Skala der CBCL ($r = .37$, $p = .01$). Mütter mit einer diagnostizierten Angststörung bzw. Mütter aus der klinischen Gruppe schätzten ihre Kinder internalisierender ein, als Mütter der Kontrollgruppe. Um dieses Ergebnis detaillierter betrachten zu können, wurde auch der Zusammenhang der einzelnen Angstmaße mit der CBCL genauer betrachtet. Es konnten hier signifikante positive Korrelationen des CBCL sowohl mit dem frühen Angststatus der Mutter als auch mit der späten Angst im Vorschulalter gefunden werden. Die Zusammenhänge können jeweils als groß bzw. stark definiert werden. Tabelle 24 gibt hierzu eine Übersicht. Je mehr frühe angstbezogene Kognitionen bei der Mutter vorhanden waren ($r = .51$, $p = .00$) und je mehr Vermeidungsverhalten sie im Säuglingsalter sowohl alleine ($r = .53$, $p = .00$) als auch in Begleitung ($r = .54$, $p = .00$) zeigte, desto internalisierender wurde das Kind mit fünf Jahren von ihr eingeschätzt. Die Angstkognitionen der Mutter im Vorschulalter des Kindes könnten demnach nicht mit dem internalisierenden Verhalten des Kindes zusammenhängen, das Vermeidungsverhalten hingegen schon. Verhielt sich die Mutter im Vorschulalter sowohl alleine ($r = .30$, $p = .05$) als auch in Be-

gleitung ($r = .38$, $p = .01$) vermeidender, war das Verhalten des Kindes internalisierender bzw. wurde es von seiner Mutter als internalisierender bewertet.

Tabelle 24

Übersicht über den Zusammenhang zwischen der CBCL und den Untertests des AKV zu T1 und T2

		ACQ(T1)	MIA(T1)	MIB(T1)	ACQ(T2)	MIA(T2)	MIB(T2)
CBCL	<i>r</i>	.507**	.526**	.542**	0,209	.295*	.381**
	<i>p</i>	.001	.001	.001	.154	.047	.008

Anmerkung. r_s = Spearman-Korrelationskoeffizient, p = Signifikanzniveau (2-seitig, * = $<.05$).

Im Gesamten zeigt sich deutlich, dass die Qualität der frühen Interaktion zwischen Mutter und Kind Auswirkungen auf das kindliche Verhalten mit fünf Jahren haben kann und dass vor allem auch eine Angststörung der Mutter und die damit zusammenhängenden Verhaltensweisen, wie Vermeidung oder angstbezogene Kognitionen das Kind beeinflussen können. Dieses wird mit fünf Jahren von der eigenen Mutter als internalisierender beschrieben und eingeschätzt, was Bereich wie das kindliche Rückzugsverhalten, Ängstlichkeit oder die emotionale Reaktivität umfasst.

6. Diskussion

Das folgende Kapitel stellt eine detaillierte Zusammenfassung sowie kritische Betrachtung der gefundenen Ergebnisse dar und diskutiert diese in Hinblick auf die theoretischen Grundlagen und Hintergründe sowie den bisherigen Stand der Forschung. Dies geschieht, wie auch im vorherigen Ergebnisteil, gesondert für jede aufgestellte Hypothese. Des Weiteren werden mögliche Ein- bzw. Beschränkungen der Studie und der zugrundeliegenden Stichprobe beleuchtet und allgemeine Limitationen aufgezeigt.

6.1. Die Mediationsrolle des Interaktionsverhaltens in der Mutter-Kind-Dyade bezüglich der Weitergabe der maternalen Psychopathologie

Wie in der theoretischen Hinführung zu den thematischen Schwerpunkten dieser Arbeit bereits aufgezeigt, kann dem Interaktionsverhalten zwischen Mutter und Kind von Beginn an eine sehr bedeutende und entscheidende Rolle zugesprochen werden. Durch die interaktive Beschäftigung mit der Mutter lernt der Säugling vom ersten Moment an, kann nach und nach seine Umwelt begreifen und verstehen und erhält Unterstützung in der Regulation seiner Innen- und Außenwelt. Interaktives Verhalten zu erlernen ist essentiell und hat gerade in der frühen und größtenteils noch nonverbalen Kommunikation zwischen Mutter und Kind einen überlebenswichtigen Anteil. Kinder sind auf eine solche Gegenseitigkeit angewiesen und würden sich ohne Fürsorge, Feinfühligkeit und interaktiver Zuwendung nicht entwickeln können. Dem Verhalten der Mutter bzw. dem der Bezugsperson fällt daher von Geburt an eine entscheidende Rolle zu. Bei Beeinträchtigungen oder Fehlverhalten können daraus längerfristige Konsequenzen bei den Kindern resultieren. Neben der allgemeinen Fähigkeit der Mutter bzw. der Bezugsperson, feinfühlig und sensitiv auf das Kind zu reagieren und beständig als Regulations- und Kommunikationspartner zur Verfügung zu stehen, können diese Verhaltensweisen auch von außen beeinflusst werden. So stellt eine psychische Erkrankung der Mutter einen frühen Einflussfaktor auf das Kind und die gegenseitige Interaktion dar.

Da der Fokus in dieser Arbeit auf maternalen Angststörungen liegt und der Zusammenhang zwischen der Weitergabe maternalen Ängste auf die Kinder genauer betrachtet werden sollte, ist vor allem die Mediationsrolle des Interaktionsverhaltens von Bedeutung. Die erste Hypothese besagt, dass die Interaktion den Zusammenhang zwischen der maternalen Beeinträchtigung und kindlichen Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter mediiert. Das heißt, dass durch die Angststörung der Mutter

die Interaktionsqualität schlechter ist, wodurch das Verhalten an das Kind weitergegeben werden kann. In einigen Studien konnte der Qualität des Interaktionsverhaltens bereits eine entscheidende Rolle bei der Weitergabe der Störung der Mutter zugeschrieben werden (Laucht et al., 2002; Mäntymaa et al., 2009; Reck et al., 2016). Auch in der vorliegenden Studie wurde davon ausgegangen, dass die maternale Angst über die Qualität des Interaktionsverhaltens zwischen Mutter und Kind an das Kind weitergegeben wird und sich dies durch eine negativere Interaktion zwischen den beiden Interaktionspartnern sowohl im Säuglingsalter als auch im Vorschulalter des Kindes zeigt. Die Annahme, dass das negative interaktive Verhalten über die Jahre stabil bleibt, konnte in einem ersten Schritt nicht bestätigt werden. Die beiden Untersuchungsgruppen unterschieden sich in Bezug auf das Interaktionsverhalten nicht signifikant voneinander. Ängstliche Mütter interagierten demzufolge nicht anders als gesunde Mütter mit ihren Kindern – weder in den ersten Monaten nach der Geburt, noch während das Kind im Vorschulalter war. Außerdem wurden keine signifikanten korrelativen Zusammenhänge zwischen der frühen und der späten Interaktion gefunden. Selbst in Codes, welche Eigenschaften und Verhaltensweisen abbilden, die vor allem von ängstlichen Müttern vermehrt gezeigt werden, wurde kein signifikanter Zusammenhang über die Zeit hinweg gefunden. Diese umfassen beispielsweise die Intrusivität der Mutter, die sowohl in den frühen Interaktionsmaßen über den ICEP-Code „Cint“, als auch in der späten Interaktion mit der CIB Kodierung „intrusiveness“ abgebildet werden konnte. Auch bei den entsprechenden kindlichen Maßen wurden keine signifikanten Korrelationen gefunden, die Kinder unterschieden sich nicht in der Qualität ihres Interaktionsverhaltens. Im dyadischen Bereich zwischen Mutter und Kind ergaben sich ebenfalls keine signifikanten korrelativen Zusammenhänge – die Dyaden unterschieden sich auch hier im Laufe der Jahre nicht.

Einzig zwischen der Variable „Cpvc“ und dem dyadischen Composite „negative state“ konnte eine signifikante positive Korrelation gefunden werden. Allerdings steht dieses Ergebnis im Gegensatz zu bisheriger Forschung – es bedeutet, dass je positiver die Vokalisation der Mutter mit ihrem Kind in der Wiedervereinigungsphase (P3) des Face-to-Face-Still-Face-Paradigmas war und je mehr soziales Monitoring sie zeigte, desto mehr negative Zustände lagen bei diesen Mutter-Kind-Dyaden in der gegenseitigen Interaktion fünf Jahre später vor. Eine mögliche Erklärung für dieses Ergebnis könnte sein, dass sich die Mütter in der frühen Interaktion durchaus positiv und interessiert ihren Kindern gegenüber verhielten – bei Müttern mit Angst-

störungen konnte in manchen Studien oftmals kein Unterschied in der Positivität im Umgang mit ihren Kindern gefunden werden (Feldman et al., 2009; Kaitz & Maytal, 2005; Kaitz et al., 2010; Stein et al., 2008). Auch Weinberg et al. (2008) zeigten in ihrer Studie, dass das Verhalten von Mutter und Kind im Still-Face-Paradigma mit drei Monaten nicht von einer Panikstörung oder Depression negativ beeinflusst wurde. Die klinische Gruppe und die Kontrollgruppe verhielten sich jeweils ähnlich und es konnte kein signifikanter Unterschied gefunden werden.

Allerdings bedeutet dies nicht, dass nicht auch unterschwellig Probleme vorhanden sein können. Feldmann (2007b) konnte in ihrer Studie nachweisen, dass sich ängstliche Mütter in der Interaktion durchweg positiv verhalten haben und eine singende Vokalisation zeigten. Diese Verhaltensweisen zeigten sie jedoch unabhängig davon, ob die Kinder darauf reagierten oder eher den Blick vermieden bzw. müde waren – das Verhalten wurde nicht an den kindlichen Zustand angepasst. Dies könnte auch hier der Fall sein und in der Kodierung als positive Vokalisation und soziales Monitoring aufgefasst worden sein, allerdings nicht als intrusives Verhalten. Zudem könnte auch das Kodierungsinstrument eine Rolle spielen. Die ICEP messen relative Zeitanteile und beachten weniger das gleichzeitige Verhalten von Mutter und Kind. Es wird vor allem darauf geachtet, wie oft sich die Mutter beispielsweise positiv verhielt, unabhängig davon, ob das Kind gerade dafür empfänglich war oder nicht. Hier wäre es interessant, ob eine Kodierung mit einem anderen Instrument, wie beispielsweise dem CIB, zu anderen Ergebnissen führen würde.

Ebenso kann die Störung der Mutter erst im weiteren Verlauf negative Einflüsse auf die Interaktion haben, sodass dies vielleicht die gegenseitigen negativen Zustände fünf Jahre später verdeutlichen. Die negativen Zustände („negative states“) umfassen die CIB-Codes „constriction“ und „tension“, wodurch eine Beschränkung bzw. Einengung in der Interaktion, eine geringe emotionale Ausdrucksfähigkeit, wenig Enthusiasmus sowie eine gegenseitige Spannung und Unwohlsein beschrieben wird. Feldmann (2010) konnte zeigen, dass die dyadische Gegenseitigkeit mit einem Kindesalter von drei Monaten auf einem relativ niedrigen Level startet und über die kindliche Entwicklung immer mehr zunimmt, da sich das Kind aufgrund seiner emotionalen, körperlichen und geistigen Reifung vermehrt in die gegenseitige Interaktion einbringen kann. Dieser Umstand würde auch dafürsprechen, dass die dyadischen Maße in der frühen Kindheit noch keinen Zusammenhang zeigten und sich hier erst im Vorschulalter des Kindes Korrelationen ergeben haben, selbst wenn diese in eine

schwer erklärbare Richtung gehen. Dies alles können Auswirkungen von maternalen Beeinträchtigungen sein, allerdings gehören zur dyadischen Interaktion immer beide Partner, sodass hier kein alleiniger Rückschluss auf die Beeinträchtigung der Mutter gezogen werden kann. Ebenso kann es durch kindliche Verhaltensweisen zu diesen negativen Zuständen kommen. Allerdings ist in diesem Fall das Ursache-Wirkungsprinzip nicht bekannt und es können nur Vermutungen angestellt werden.

Innerhalb der Composites des CIB konnten wiederum signifikante Korrelationen gefunden werden, was verdeutlicht, dass eine Kodierung mit diesem Verfahren besonders zuverlässig ist und es die Qualität des Interaktionsverhaltens sehr gut abbildet. Die sich jeweils entsprechenden bzw. gegensätzlichen Codes standen in einem Zusammenhang – beispielsweise korrelierte die mütterliche Intrusivität negativ mit der mütterlichen Sensitivität. Je sensitiver die Mutter in der Interaktion mit ihrem Kind im Vorschulalter war, desto weniger Intrusivität zeigte sie und umgekehrt. Wäre das nicht der Fall, wären die beiden Skalen nicht trennscharf und würden nicht das jeweils entgegengesetzte Verhalten messen. Ähnliche Ergebnisse konnten auch bei den restlichen Skalen des Kindes und der dyadischen Interaktion gefunden werden. So zeigte sich beispielsweise, dass je intrusiver die Mutter in der Interaktion war, desto zurückgezogener verhielt sich das Kind. Einzig die kindliche Beteiligung konnte keine eindeutig signifikanten Zusammenhänge mit den maternalen Composites aufweisen, allerdings waren die Werte hier nur knapp an der Signifikanzgrenze vorbei, sodass dies durch Variationen in der Kodierung und der Zusammensetzung der Stichprobe erklärt werden kann und nicht weiter auffällig ist.

Eine weitere Erklärungsmöglichkeit für den geringen Zusammenhang zwischen der Interaktion im Säuglingsalter und der im Vorschulalter könnte, wie bereits angedeutet, die Unterschiedlichkeit der beiden Kodierungsinstrumente sein, mit denen die Interaktion in dieser Arbeit genauer ausgewertet wurde. Für die Daten der frühen Interaktion wurden die „Infant and Caregiver Engagement Phases“ (ICEP) verwendet, da diese im frühen Säuglingsbereich ein bewährtes Kodierungssystem sind und die Qualität der Interaktion gut abbilden. Das „Coding Interactive Behavior“ (CIB) wurde für die späte Kodierung der Spielsituation im Vorschulalter herangezogen und ist ein relativ neues Kodierungsinstrument, das die Interaktionsqualität sehr gut darstellt und für verschiedenste Altersgruppen verwendet werden kann. Ein großer Unterschied ist jedoch, dass die ICEP ein mikroanalytisches Verfahren sind. Es wird hier die Häufigkeit des Verhaltens in Zeitanteilen gemessen, also die Interaktion

Sekunde für Sekunde betrachtet und das gezeigte Verhalten gezählt. Wie vorher bereits erwähnt, werden hier die Verhaltensweisen vor allem getrennt voneinander betrachtet und nicht in einer Gegenseitigkeit analysiert. Die dyadischen Codes umfassen hier nur das Blickverhalten, wobei eine gegenseitige Interaktion aus mehr als nur der Blickzu- bzw. -abwendung besteht. Beim CIB hingegen wird bewertet, wie oft das Verhalten in der gesamten Sequenz vorkommt und wie stark oder schwach es ausgeprägt ist (Skala von 1-5), es handelt sich hier um ein makroanalytisches Verfahren. Des Weiteren wird der Fokus auf die gesamte Interaktion gelegt und nicht nur auf das Vorkommen des Verhaltens. In zukünftigen Studien sollten einheitliche Kodierungsinstrumente verwendet werden, um eine noch bessere Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten.

Neben den bereits erwähnten Punkten, kann auch die Zusammensetzung der Stichprobe einen Einfluss auf den nicht signifikanten Zusammenhang hinsichtlich der Interaktion haben. Die Mütter dieser Studie stellten keine Hoch-Risiko-Gruppe dar, da sie alle aus einer mittleren bis höheren sozialen Schicht kamen, größtenteils in einer Partnerschaft waren und eine hohe Schulbildung sowie einen Beruf hatten. Die Auswirkungen von maternalen Angststörungen könnten hier von vielen Faktoren positiv beeinflusst und vom Umfeld aufgefangen bzw. abgepuffert werden. Dies könnte auch ein Grund sein, warum sich die beiden Stichproben in dieser Arbeit insgesamt nicht signifikant voneinander unterscheiden. Es hat sich kein Unterschied gezeigt, ob eine Mutter der Kontrollgruppe, also der Gruppe der gesunden Mütter, oder der klinischen Gruppe zugeordnet war. Auf diesen Punkt wird allerdings im Bereich der Limitationen und Einschränkungen der Stichprobe detaillierter eingegangen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Interaktionsverhalten in dieser Studie keinen alleinigen Mediator in der Weitergabe der Beeinträchtigung der Mutter an das Kind darstellt. Die Mütter der Kontrollgruppe und Mütter mit Angststörungen unterschieden sich diesbezüglich nicht, letztere wiesen im Vergleich kein negativeres Interaktionsverhalten mit ihren Kindern auf. Das Interaktionsverhalten hat sich im Gesamten über die Jahre nicht groß geändert bzw. ist stabil geblieben. Allerdings war dies nur die erste Analyse und der Interaktion zwischen Mutter und Kind kommt dennoch ein großer Anteil bei der Weitergabe der maternalen Beeinträchtigung zu. Dies wird in folgender zweiter Hypothese genauer diskutiert.

6.2. Der Zusammenhang zwischen der Schwere der maternalen Angst und dem Interaktionsverhalten zwischen Mutter und Kind

Neben der Rolle des Interaktionsverhaltens als Mediator war auch die Schwere der maternalen Angst bzw. Beeinträchtigung und die damit verbundenen möglichen Auswirkungen auf das Interaktionsverhalten und auf das Kind von großem Interesse. Der Zusammenhang von maternalen Angststörungen und möglichen längerfristigen nachteiligen Effekten auf das Kind sind bisher nur in wenigen Studien untersucht worden und es wird in diesem Zuge berichtet, dass die Psychopathologie der Mutter eine negative Wirkung auf die gesamte Mutter-Kind-Beziehung haben kann (Goodman, Watson, & Stubbs, 2016). Vor allem im Bereich der Interaktion konnten in der bisherigen Forschung typische Verhaltensweisen gefunden werden, die Mütter mit einer Angststörung zeigten und wodurch die Qualität der Interaktion und das kindliche Verhalten beeinflusst wurden. Mütter mit Angststörungen wurden in vielen Studien als weniger warm und positiv beschrieben, förderten ihr Kind weniger in der eigenen Autonomie, zeigten höhere Angstlevel, waren oftmals sehr aufdringlich und intrusiv in der Interaktion und wiesen eine schlechtere Qualität in der Beziehung zu ihrem Kind auf (Creswell, Apetroaia, Murray, & Cooper, 2012; Feldman, 2007b; Reck et al., 2012; Whaley et al., 1999). Es wurde in diesem Zusammenhang in der vorliegenden Arbeit vermutet, dass je schwerer die Störung der Mutter ausgeprägt war und je chronifizierter bzw. stabiler diese vorlag, desto negativer war die Interaktion mit dem Kind. In bisherigen Studien konnte gezeigt werden, dass sowohl prä- und postpartale Ängste zusammenhängen, als auch Auswirkungen dieser frühen Ängste bestehen können, selbst wenn die Mütter aktuell gar nicht betroffen waren (Ibanez et al., 2015; Martini et al., 2015; Reck et al., 2016; Riva Crugnola et al., 2016). Whaley et al. (1999) haben in ihrer Studie beispielsweise nachgewiesen, dass das Verhalten ängstlicher Mütter ihren Kindern gegenüber als Mediator in der Weitergabe der Angst gesehen werden kann.

Diese Annahmen konnten auch in der vorliegenden Studie bestätigt werden. Zuerst wurde über eine Korrelationsanalyse der Zusammenhang zwischen dem ängstlichem Verhalten der Mutter und der frühen sowie der späten Interaktion überprüft. Im Bereich der frühen Interaktion im Säuglingsalter (gemessen über die ICEP) war vor allem die letzte Phase des Face-to-Face-Still-Face-Paradigmas relevant, da hier die Qualität der Interaktion besonders gut betrachtet werden kann. Aufgrund der vorangehenden Still-Face-Phase befanden sich Mutter und Kind in der Wiederverei-

nigungsphase (P3) in einem nicht aufeinander abgestimmten Zustand. Das Kind verarbeitete noch die Abwendung der Mutter und die Dyade musste erst wieder in einen gegenseitigen regulierten Zustand kommen. Die Interaktion erreicht daher meist nicht mehr das gleiche Level wie zu Beginn des Experiments („carry-over“-Effekt, siehe Kapitel 2.1.4.). Es konnte in der vorliegenden Studie gezeigt werden, dass je mehr ängstliche Kognitionen die Mutter aufwies, desto intrusiver war sie in dieser Phase (P3) mit ihrem Kind. Dies verdeutlicht gut, dass Mütter mit einer Angststörung oftmals Probleme haben können, angemessen auf ihr Kind zu reagieren, sich auf dessen Bedürfnisse einzulassen und diese dementsprechend zu beantworten bzw. zu befriedigen. Es ist auch nicht verwunderlich, dass hochängstliche Mütter gerade in dieser Phase intrusiver in der Interaktion waren. Sie könnten mit möglichst vielen Mitteln versucht haben, ihr Kind wieder zurück in die Interaktion zu holen und dabei allerdings mehr als nötig agiert haben, sodass dem Kind wiederum kein angemessener Regulationspartner zur Verfügung stand. Zeigten die Mütter im Säuglingsalter vermehrt ängstliches Vermeidungsverhalten, konnte nachgewiesen werden, dass diese in der Wiedervereinigungsphase weniger positiv waren. Das ist in Einklang mit oben beschriebenem Ergebnis. Die Mütter könnten versucht haben, wieder in eine Interaktion mit ihren Kindern zu kommen, waren dabei oftmals intrusiver und weniger positiv, wodurch es schwierig war, dem Kind ein angemessener Regulations- und Kommunikationspartner zu sein.

Ebenso gab es einen Zusammenhang zwischen den selbstberuhigenden Verhaltensweisen des Säuglings in dieser letzten Phase und dem Vermeidungsverhalten der Mutter fünf Jahre später. Auch wenn das frühe Vermeidungsverhalten der Mutter in diesem Bereich noch keinen direkten signifikanten Zusammenhang aufwies, kann man sehen, dass die Kinder bereits mit ca. drei Monaten vermehrt auf selbstberuhigendes Verhalten zurückgreifen mussten und sich weniger auf ihre Mutter verlassen konnten, wenn es um die Regulation ihres inneren Zustandes oder der äußeren Gegebenheiten ging. Die Kinder, die sich als Säugling vermehrt selbst regulieren mussten, hatten Mütter, die fünf Jahre später mehr ängstliches Vermeidungsverhalten zeigten.

Auch im Bereich der späten Interaktionsmaße (CIB) konnten interessante Effekte der Ängstlichkeit der Mutter aufgezeigt werden. Zudem war es möglich, einen Zusammenhang zwischen der frühen Angst der Mutter und späten Auffälligkeiten in der Interaktion zu finden, sodass dadurch eine überdauernde Beeinträchtigung durch

die psychische Erkrankung der Mutter verdeutlicht werden kann. Vor allem das frühe Vermeidungsverhalten der Mutter, egal ob dies alleine oder in Begleitung vorkam, hatte einen Einfluss auf die späte Interaktion. War eine Mutter im Säuglingsalter vermeidender, zeigte sie in der Spielsituation fünf Jahre später eine geringere Sensitivität. Die Kinder hingegen waren dadurch insgesamt weniger beteiligt und könnten sich so mehr von der Interaktion zurückgezogen haben. Ebenso könnte das dyadische Interaktionsverhalten davon beeinträchtigt worden sein – Mutter und Kind waren hier weniger gegenseitig und vermehrt in negativen Zuständen. Das frühe Vermeidungsverhalten der Mutter könnte daher bereits einen beträchtlichen Einfluss auf die Interaktion haben, selbst wenn diese fünf Jahre später betrachtet wurde. Reck et al. (2018) konnten in diesem Zusammenhang zeigen, dass sich das frühe Vermeidungsverhalten der Mutter nicht nur auf die Interaktion und das kindliche Verhalten auswirken kann, sondern auch die kindliche sprachliche und kognitive Entwicklung bereits mit einem Jahr beeinflusst. Insgesamt wird deutlich, dass das frühe Vermeidungsverhalten der Mutter in der Zeit nach der Geburt bzw. im Laufe des ersten Lebensjahres das Kind auf vielfältige Weise beeinträchtigen kann.

Im Bereich der frühen maternalen Angstkognitionen wurde kein Zusammenhang mit der späten Interaktion gefunden. Dieses Bild dreht sich jedoch um, wenn man auf den Zusammenhang zwischen den späten Angstmaßen und der Interaktion zwischen Mutter und Kind im Vorschulalter genauer eingeht. Wiesen die Mütter nach fünf Jahren immer noch oder wieder angstbezogene Kognitionen auf, konnten Beeinträchtigungen im gesamten interaktiven Verhalten zwischen Mutter und Kind aufgezeigt werden. Je mehr ängstliche Kognitionen vorlagen, desto weniger sensitiv verhielt sich die Mutter in der freien Spielsituation und desto intrusiver war sie. Das könnte bedeuten, dass sie weniger auf das Kind eingegangen ist, keinen angemessenen und abgestimmten Umfang an Emotionalität gezeigt hat und insgesamt weniger als sichere Basis für das Kind agiert hat. Dafür war die Mutter kritisierender, überstimulierender und vermehrt negativ bzw. verärgert. Dieses überbeschützende, aufdringliche und zum Teil aber auch eher zurückgezogene Verhalten der Mutter konnte bereits in mehreren Studien nachgewiesen werden (Feldman et al., 2009; Kaitz & Maytal, 2005; Stein et al., 2008; Woodruff-Borden et al., 2002).

Das Kind hingegen war in der Spielsituation weniger beteiligt an der Interaktion, was bedeutet, dass es weniger positiven Affekt und Vokalisation zeigte, weniger initiierte und den Blick weniger auf die Eltern oder ein gemeinsames Objekt richtete.

Dagegen verhielt es sich zurückgezogener, war emotional labiler, vermied die Mutter oder war insgesamt emotional negativer. Ein ähnliches Ergebnis wurde ebenfalls bei Reck et al. (2016) gefunden. Die Kinder der klinischen Gruppe interagierten auch hier weniger mit ihren Müttern.

Maternale ängstliche Denkweisen können auch einen Einfluss auf die Mutter-Kind-Dyade haben – es lagen mehr negative Zustände zwischen den beiden vor und sie waren weniger in einem gemeinsamen Zustand. Die gegenseitige Anpassung war geringer, das Level an Erregung und Stimulation war weniger an den kindlichen Zustand angepasst und die Dyade zeigte weniger Rhythmus und Fluss in der Interaktion. Dafür lagen vermehrt angespannte Zustände vor, die sich beispielsweise durch exzessives Reden, Blickabwendung oder einer Vermeidung des anderen ausdrückten. Ebenso war die Koordination bzw. Gegenseitigkeit eingeschränkter. Diese Befunde waren ähnlich zu denen, die Crugnola et al. (2016) in ihrer Studie zeigen konnten. Die Angst hing hier mit negativerem Verhalten sowohl auf Seiten der Mutter als auch auf der des Kindes zusammen. Ebenso wurden auf der dyadischen Ebene größere Probleme in der gegenseitigen Koordination und Regulation gefunden.

Was im Zuge der Ergebnisse zu den maternalen Angstkognitionen hervorgehoben werden muss, ist, dass sich diesbezüglich nur Auswirkungen auf die späte Interaktion zwischen Mutter und Kind im Vorschulalter ergaben. Im Säuglingsalter zeigten sich Beeinträchtigungen ausgehend vom Vermeidungsverhalten, nicht aber im Bereich der angstbezogenen Denkweise der Mutter. Dies deutet darauf hin, dass Säuglinge mit drei bis acht Monaten wohl auf das Vermeidungsverhalten der Mutter ansprechen könnten, allerdings aufgrund ihrer Entwicklung noch nicht fähig sind, ängstliche Denkweisen anzunehmen bzw. von diesen beeinflusst bzw. beeinträchtigt zu werden. Im Laufe der körperlichen, geistigen und emotionalen Reife und Entwicklung dreht sich dies allerdings um. Gerade in den ersten Jahren ist oftmals vor allem die Mutter die Hauptbezugsperson der Kinder. Von ihr lernen die Kinder am Meisten, nehmen sie sich zum Vorbild und schauen sich Verhaltensweisen und Denkmuster ab. Dadurch könnten späte bzw. im Laufe der Jahre gezeigte, maternale Angstkognitionen die Kinder mehr beeinflussen, was auch in dieser Studie verdeutlicht werden konnte. Ibanez et al. (2015) wiesen nach, dass die vorgeburtliche Angst der Mutter in Zusammenhang mit der kindlichen Entwicklung steht und sich dies vor allem ab einem Alter von zwei Jahren in kognitiven Bereichen zeigt. Auch mit einem Alter der Kinder von drei Jahren konnte ein direkter Effekt von maternalen Angststörungen auf

die kindliche kognitive Entwicklung gezeigt werden. Dies weist darauf hin, dass im Zuge der kindlichen Reifung auch der kognitive Bereich mehr und mehr von maternalen Angststörungen beeinflusst werden kann, je älter die Kinder werden.

Neben den ängstlichen Denkweisen wurden auch die Auswirkungen des Vermeidungsverhaltens in der späten Interaktion analysiert und es konnte hier ein ähnliches Bild gefunden werden. Wie bereits in der frühen Interaktion konnten auch im Vorschulalter der Kinder Beeinträchtigungen aufgezeigt werden, die noch deutlicher waren als mit drei bis acht Monaten des Kindes. In fast allen Bereichen der mütterlichen, kindlichen und dyadischen Interaktionsvariablen gab es einen Zusammenhang mit dem Vermeidungsverhalten der Mutter, sowohl alleine, als auch in Begleitung. Je vermeidender die Mutter im Vorschulalter des Kindes war, desto weniger sensitiv und desto intrusiver war sie in der Spielsituation. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Mutter einen weniger angemessenen Affekt zeigte, weniger einfallsreich war und weniger auf ihr Kind eingehen und dessen Handlung weiterführen konnte. Auf der anderen Seite war sie überstimulierender, kritisierte das Kind mehr, verhielt sich feindseliger und war vermehrt verärgert und/oder negativ. Das Kind reagierte auf diese Verhaltensweisen zum einen mit weniger Beteiligung, also Blickvermeidung, weniger Initiierung, Vokalisation oder positiven Affekt, zum anderen zog es sich mehr aus der Interaktion zurück, war emotional labiler und negativer und mied vermehrt seine Mutter. Dieses kindliche Verhalten zeigte sich nur, wenn die Mutter alleine Situationen vermied, nicht aber, wenn sie in Begleitung war.

Da die bisherigen Ergebnisse bereits darauf hinweisen, dass die Schwere und die Dauer der Angsterkrankung der Mutter einen großen Einfluss auf die Interaktion zwischen Mutter und Kind und auf das kindliche Verhalten bis zu fünf Jahre nach dem ersten Messzeitpunkt im Säuglingsalter haben könnte, wurden weitere Analysen angestellt, um die genauen Effekte herauszufiltern. Insbesondere sollte auch auf die Beteiligung der Interaktion an möglichen Beeinträchtigungen und an der Transmission der Störung nochmals detaillierter eingegangen werden, da sich hier ein möglicher Zusammenhang mit der Angststörung der Mutter gezeigt hat.

Es wurde demnach ein Mediationsmodell gewählt und der späte Angststatus der Mutter sowie die mütterliche als auch die dyadische Interaktion als Mediatoren gewählt, um hier den genauen Einfluss auf das kindliche Verhalten mit fünf Jahren eingehender betrachten und analysieren zu können. In einem Mediationsmodell können zum einen die direkten Effekte des Prädiktors auf das Kriterium berechnet und

zum anderen der Einfluss der Mediatoren dargestellt werden. In der vorliegenden Studie konnte über alle berechneten Modelle kein direkter Effekt der frühen maternalen Angststörung auf das kindliche Verhalten mit fünf Jahren gefunden werden. Dies bedeutet, dass auch wenn die Mutter an einer Angststörung nach der Geburt erkrankt war, dies nicht unbedingt längerfristige Auswirkungen auf das kindliche Verhalten haben muss. Agrati et al. (2015) konnten beispielsweise zeigen, dass die maternale Angst direkt nach der Geburt abnehmen kann und erst im Laufe der ersten Jahre wieder zunimmt. Eine Zunahme der Angst der Mutter wird durch die Entwicklung des Kindes vom Säugling zum Kleinkind erklärt, das autonomer wird, eine eigene Identität entwickelt und mehr Negativität zeigen kann. Durch diese Entwicklungsschritte wird die Mutter mehr und mehr mit Eigenschaften ihrer eigenen Erkrankung konfrontiert und muss sich mit dem kindlichen Verhalten und ihren eigenen Ängsten auseinandersetzen. Die Mutter merkt beispielsweise, dass das Kind durch die motorische Entwicklung agiler wird und einen größeren Bewegungsradius erkundet. Eine Mutter mit einer diagnostizierten Angststörung könnte sich übertriebene Sorgen machen, dass dem Kind etwas passieren oder zustoßen könnte, wenn sie es beispielsweise frei seine Umwelt erkunden lässt. Natürlich sind das Sorgen einer jeden Mutter bzw. eines jeden, der mit einem Säugling oder Kleinkind zu tun hat. Steigert sich dieses „Sorgen machen“ aber soweit, dass das Kind bei jedem Schritt überwacht wird und/oder ihm immer gesagt wird „Pass hier auf“, „Mach dies oder das nicht“ oder „Sei vorsichtig“, schränkt die Mutter die autonome Entwicklung und Erkundungsneugier des Kindes ein und es lernt dadurch, sich vorsichtig und wenig neugierig zu verhalten und kann sich nicht durch eigene Fehler weiterentwickeln. Es könnte ebenso sein, dass auch in der vorliegenden Stichprobe ein ähnliches Ergebnis wie bei Agrati et al. (2015) erzielt wurde. Die frühe Angststörung der Mutter war in dieser Studie etwas abgeflachter und zeigte in den ersten Monaten keine so großen Auswirkungen und Effekte auf die Interaktion zwischen Mutter und Kind. Im Laufe der Jahre konnte ebenfalls eine Zunahme der Angst deutlich gemacht werden.

Die indirekten Effekte hingegen waren über fast alle Modelle vorhanden. Die gewählten Mediatoren beeinflussten also die Auswirkungen der frühen Beeinträchtigung der Mutter auf das kindliche Verhalten. Die Effekte wurden hier jeweils in den Gesamtmodellen gefunden, was bedeutet, dass alle gewählten Mediatoren einen Effekt haben und nicht nur ein einzelner Mediator. Somit kann sowohl dem interaktiven Verhalten der Mutter als auch dem der Dyade eine Mediationsrolle zugeschrie-

ben werden, allerdings nicht alleine, sondern in Kombination mit der späten Angsterkrankung der Mutter. Bleibt die Angststörung der Mutter weiterhin bestehen bzw. erkrankte sie in einem Zeitraum von fünf Jahren nach der Geburt des Kindes erneut an einer Angststörung, kann dies eine Auswirkung auf das Interaktionsverhalten haben, wodurch es wiederum möglich ist, dass das kindliche Verhalten negativ beeinflusst wurde. Sowohl in Bezug auf die maternale Angstkognitionen als auch auf das Vermeidungsverhalten wurden ähnliche Ergebnisse gefunden. Eine frühe Angststörung der Mutter könnte demnach die späte Angststörung verursacht bzw. bedingt haben, wodurch sich die Mutter in der späten Interaktion weniger sensitiv und dafür intrusiver verhielt. Dies wurde dadurch deutlich, dass sie in der Spielsituation weniger auf das Kind eingegangen ist, den Blick weniger bei ihrem Kind oder einem gemeinsamen Objekt hatte, keine angemessene Vokalisation oder Affekt zeigte und insgesamt weniger als sichere Basis agierte. Auf der anderen Seite konnte man sehen, dass die Mütter mehr negativen Affekt und Ärger an den Tag legten, ihren Kindern gegenüber feindseliger und kritisierender waren und sich insgesamt oftmals überreaktiv verhielten.

Dieses Verhalten der Mutter könnte wiederum Einschränkungen in der dyadischen Interaktion zur Folge haben – diese war weniger gegenseitig und bewegte sich vermehrt in negativen Zuständen. In der beobachteten Spielsituation wurde dies durch eine geringere gegenseitige Anpassung des Stimulationslevels, weniger Synchronie und weniger Rhythmus bzw. Fluss gesehen. Mutter und Kind schienen in der Interaktion weniger zusammen zu sein, eine „Geben-und-Nehmen“ Interaktion wurde kaum gefunden. Dafür waren Mutter und Kind vermehrt in einem angespannten Zustand, fühlten sich mit dem jeweils anderen oftmals unwohl und koordinierten ihr Interaktionsverhalten zum Teil schlecht. All diese interaktiven Auffälligkeiten und Einschränkungen könnten dazu geführt haben, dass das Verhalten der Kinder in der Interaktion ebenfalls negativer war, wenn die Mutter an einer Angststörung erkrankt war. Es hatte zum Ergebnis, dass sich die Kinder in allen berechneten Modellen bzw. Mediationsvariationen weniger an der Interaktion beteiligten und zurückgezogener waren. Dies äußerte sich in der Spielsituation mit ihrer Mutter, indem sie weniger positiven Affekt zeigten, weniger von sich aus initiierten, den Blick weniger auf die Mutter oder ein gemeinsames Objekt richteten und weniger symbolhaft spielten bzw. weniger neugierig und erkundend an der Umgebung interessiert waren. Auf der anderen Seite waren die Kinder zurückgezogener bzw. unbeteiligter, vermehrt in nega-

tiven, weinerlichen Zuständen, emotional labiler mit häufigen Stimmungsschwankungen und der Mutter gegenüber eher vermeidend. Diese Verhaltensweisen und Auffälligkeiten wurden bereits in den Ergebnissen der vorangehenden Korrelationsanalyse deutlich.

Zusammenfassend lässt sich anhand dieser Ergebnisse aufzeigen, dass eine Angststörung der Mutter das kindliche Verhalten beeinflussen kann und sich dadurch negative Auswirkungen auf die Interaktion zwischen Mutter und Kind ergeben können. Dieser Effekt liegt vor allem dann vor, wenn die Angststörung länger andauert und nicht nur in den ersten Monaten nach der Geburt des Kindes vorhanden war. Wie auch in der Studie von Crugnola et al. (2016) war der Angststatus der Mutter ein relevanter Prädiktor hinsichtlich des Missverhältnisses der emotionalen Regulation zwischen Mutter und Kind. Man sieht ebenfalls, dass sich bestimmte Verhaltensweisen und Interaktionsmuster einpendeln können, über die Jahre stabil sind und sich sowohl auf die Mutter, auf das Kind als auch auf die gegenseitige Interaktion negativ auswirken können. Die Interaktion ist, wie vorher beschrieben, kein alleiniger Mediator, hat jedoch im Zusammenspiel mit der Schwere der maternalen Angststörung einen mediierenden Effekt auf das Verhalten des Kindes. Somit kann der Interaktion zwischen Mutter und Kind ein bedeutsamer Effekt zugeschrieben werden und es kann durch die Ergebnisse dieser Arbeit deutlich gemacht werden, dass sowohl eine Behandlung der Angststörung als auch eine Auflösung negativer Interaktionsmuster von größter Bedeutsamkeit für das kindliche sowie das mütterliche Wohlergehen ist.

6.3. Der Zusammenhang zwischen der Qualität des Interaktionsverhaltens und möglichen kindlichen Beeinträchtigungen im Vorschulalter

Wie in den letzten Kapiteln eingehend beschrieben, stellt die Interaktion zwischen Mutter und Kind einen wichtigen Mediator hinsichtlich der Weitergabe der maternalen Psychopathologie dar und kann in Zusammenhang mit der Angsterkrankung der Mutter einen Einfluss auf das kindliche Verhalten bis ins Vorschulalter haben. Allerdings war in der vorliegenden Arbeit auch von Interesse, wie sich eine Beeinträchtigung der Kinder im Vorschulalter äußern könnte. In den vorherigen Hypothesen wurden hier bereits einige Auswirkungen auf das kindliche Verhalten in der Interaktion aufgezeigt. Diese sollen in dieser Hypothese detaillierter betrachtet und über die spezifische Interaktionssituation hinaus analysiert werden. Neben den erwähnten Interaktionsmaßen ICEP und CIB wurde in diesem Schritt auch die Child Behavior Checklist (CBCL) als Outcome-Maß aufgenommen, um nicht nur das kindliche Verhalten in der

Interaktion näher betrachten zu können, sondern um auch eine Einschätzung der Mutter hinsichtlich möglicher Auffälligkeiten des eigenen Kindes zu erhalten. Wie in Kapitel 4.3.7. beschrieben, umfasst die CBCL zwei verschiedene Skalen, wobei für die vorliegende Arbeit vor allem die internalisierende Skala von Interesse war, da Kinder von Müttern mit Angststörungen vermehrt zu internalisierendem Verhalten, wie beispielsweise sozialem Rückzug oder Ängstlichkeit neigen (Lebowitz et al., 2016; Murray et al., 2007; Reck et al., 2016). Die internalisierende Skala besteht aus folgenden Unterbereichen: emotionale Reaktivität, ängstlich/depressiv, körperliche Beschwerden sowie sozialer Rückzug und beschreiben Probleme, die sich auf das Kind selbst beziehen und nicht auf seinen Umgang mit anderen. Auch hier war der zeitliche Verlauf von großem Interesse, sodass gesondert der Zusammenhang zwischen der internalisierenden Einschätzung aus der CBCL mit der Interaktion mit drei bis acht Monaten und mit der Interaktionsqualität im Vorschulalter genauer betrachtet wurde. Im Bereich der ICEP Codes konnte ein mittlerer Zusammenhang der Variable „Ineu“ mit dem internalisierenden Verhalten des Kindes gefunden werden. War das Kind mit einem Alter von drei bis acht Monaten in der Wiedervereinigungsphase der Still-Face-Situation mit seiner Aufmerksamkeit weniger bei seiner Mutter, beobachtete ihr Gesicht weniger mit einem neutralen oder interessierten Gesichtsausdruck und richtete seine Augen seltener auf das Gesicht der Mutter, dann zeigte das Kind fünf Jahre später vermehrt internalisierende Verhaltensweisen. Es kann hier ein Zusammenhang zwischen dem verringerten Interesse des Kindes an der frühen Interaktion mit der Mutter und einem eher zurückgezogenem Verhalten im Vorschulalter verdeutlicht werden.

Im Bereich der kindlichen Codes wurden weitere Korrelationen gefunden, die dieses Bild untermauern. Auch das kindliche Protestverhalten („Ipro“) und die kindliche Selbstberuhigung („Isch_Isco“) wiesen einen mittleren signifikanten Zusammenhang zur späteren Einschätzung der Mutter auf. Kinder, die in der Wiedervereinigungsphase vermehrt protestierten, also Gesichtsausdrücke wie Ärger oder Frustration zeigten, aktiv versuchten, der Situation zu entkommen oder ihren Protest gegen die Mutter richteten, wurden fünf Jahre später ebenfalls als internalisierender eingeschätzt. Ebenso wurden die Kinder als internalisierender beschrieben, die in der frühen Interaktion mit der Mutter mehr selbstberuhigende Verhaltensweisen benutzen, um sich zu regulieren. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass die Mutter als regulatorischer Partner nicht ausreichend zur Verfügung stand und die Kinder in der heraus-

fordernden Wiedervereinigungssituation vermehrt selbst ihren inneren Zustand aus der vorherigen Phase und die erneute Zuwendung der Mutter verarbeiten mussten. Manche Kinder versuchten dies über Protestverhalten andere wiederum mit Selbstberuhigung. Beide Strategien verdeutlichen, dass die Kinder mit der Regulation Probleme gehabt haben könnten und sich diese bis ins Vorschulalter ausgewirkt haben können, sodass diese Kinder dann weniger emotional reaktiv waren, sich sozial mehr zurückzogen oder ängstlicheres Verhalten zeigten. Kullik und Petermann (2012) beschreiben beispielsweise, dass die Fähigkeit zur Regulation von emotionalen Zuständen bei Kindern sehr davon abhängt, wie die Interaktion mit den Eltern ist, ob diese als Model zur Verfügung stehen und wie der Erziehungsstil charakterisiert ist. Außerdem wurde bereits vielfach nachgewiesen, dass eine dysfunktionale bzw. defizitäre kindliche Emotionsregulation mit Problemen auf sozio-emotionaler Ebene sowie im kindlichen Verhalten einhergehen und im weiteren Verlauf die Funktionalität in diesem Bereich beeinflusst werden kann, wodurch sich vermehrt sowohl internalisierende als auch externalisierende Auffälligkeiten ergeben können (Kaitz & Maytal, 2005; Kullik & Petermann, 2013; Riva Crugnola et al., 2016; Van den Bergh et al., 2005). Ein in diese Richtung gehendes Bild könnte sich auch in der vorliegenden Studie abgezeichnet haben.

Allerdings kann hier kein eindeutiger Rückschluss gezogen werden, da das Interaktionsverhalten der Mutter keine Korrelationen aufweist. Auf der anderen Seite können ängstliche Mütter, wie bereits mehrfach beschrieben, in der ersten Zeit nach der Geburt durchaus positiv mit ihren Kindern interagieren, sodass dies auch hier der Fall gewesen sein könnte und so den fehlenden Zusammenhang erklärt. Unterschwellig könnte allerdings bereits ein Einfluss der maternalen Psychopathologie entstanden sein, wobei sich dieser nur in kindlichen Maßen zeigte und auf Seiten der Mutter nicht sichtbar wurde. Insgesamt konnten im Bereich der maternalen Codes, wie oben erwähnt, keine Korrelationen gefunden werden, sodass kein Rückschluss auf einen Zusammenhang zum Verhalten der Mutter hergestellt werden kann. Interessant wäre jedoch, ob die Kodierung mit einem anderen Kodierungssystem zu einem veränderten Ergebnis führen würde und der mütterliche Anteil etwas mehr in den Fokus rücken würde. Dass die frühe Interaktionsqualität und spätere kindliche Auffälligkeiten verknüpft sind, konnten beispielsweise auch Mäntymaa et al. (2009) nachweisen. In dieser Studie wurden Korrelationen, also Zusammenhänge, zwischen der Mutter-Kind-Interaktion mit zwei sowie mit drei Jahren und späteren emotionalen

und behavioralen Problemen im Vorschulalter des Kindes gefunden. Dadurch konnte eine Kontinuität früher Auffälligkeiten in emotionalen Bereichen und auf Verhaltens-ebene aufgezeigt werden.

Da nicht nur die frühe Interaktionsqualität von Interesse war, wurde auch ein möglicher Zusammenhang der mütterlichen Einschätzung des eigenen Kindes und der Interaktion zwischen Mutter und Kind in der Spielsituation im Vorschulalter betrachtet. Zwischen den Composites des CIB und der Einschätzung über die CBCL konnte hier kein Zusammenhang gefunden werden. Weder im Bereich der kindlichen Interaktionsmaße, noch hinsichtlich maternalem oder dyadischem interaktiven Verhalten ließen sich Rückschlüsse auf kindliche internalisierende Auffälligkeiten ziehen. Dies ist insoweit nicht ganz schlüssig, da im Bereich des frühen kindlichen Verhaltens Zusammenhänge gefunden wurden, die dann über die Jahre scheinbar verblasst sind. Allerdings könnte es sein, dass die gewählte Spielsituation keine ausreichend herausfordernde Aufgabe darstellte, wie beispielsweise die Wiedervereinigung des Face-to-Face-Still-Face Paradigmas. Die Mütter sollten in der Spielsituation mit ihrem Kind spielen, wie sie es zu Hause auch tun würden. Es gab keine vorgesehene Konfliktsituation oder Problemlöseaufgabe, ebenso wenig mussten sich die beiden Interaktionspartner gegenseitig regulieren bzw. sich nach einer Aufgabe wieder aufeinander einschwingen. Dies könnte ein möglicher Grund sein, warum kein Zusammenhang zwischen der Interaktionsqualität mit fünf Jahren und der Einschätzung der Mutter gefunden werden konnte. Hier sollte in weiteren Untersuchungen überlegt werden, ob nicht eine andere Aufgabenstellung besser wäre, um die Interaktionsqualität zwischen Mutter und Kind spezifischer und detaillierter zu überprüfen. Ebenso stellt sich die Frage, ob die alleinige Einschätzung der erkrankten Mutter eine ausreichend objektive Beurteilung des kindlichen Verhaltens zulässt.

Was bereits anhand der Ergebnisse der vorherigen Hypothesen gut sichtbar gemacht werden konnte, ist, dass in der vorliegenden Studie das Interaktionsverhalten nicht als alleiniger Mediator hinsichtlich der Transmission maternalen Angststörungen gesehen werden kann. Jedoch zeigte sich in Hinblick auf die Schwere bzw. die Dauer der Angststörung der Mutter ein relevanter und bedeutender Zusammenhang in Kombination mit der Interaktionsqualität. Darauf aufbauend wurden daher weitere Analysen mit der CBCL und den maternalen Angstmaßen angestellt, um diesbezüglich mögliche Zusammenhänge aufdecken zu können. Im Zuge dieser Berechnung muss besonders hervorgehoben werden, dass die Gruppenzuweisung der

Mutter in diesem Fall eine entscheidende Rolle spielte. Diese ist in der vorliegenden Arbeit nur bezüglich der mütterlichen Einschätzung mit Hilfe der CBCL hervorgetreten. Im Bereich der Interaktion konnte, wie bereits erwähnt, kein Unterschied zwischen den beiden Untersuchungsgruppen gefunden werden. Durch diesen mittleren signifikanten Zusammenhang zwischen der Diagnose der Mutter und der Einschätzung über die CBCL wurde verdeutlicht, dass es einen Unterschied in der maternalen Einschätzung des internalisierenden Verhaltens des Kindes gibt, abhängig davon, ob die Mutter an einer Angststörung erkrankt war oder nicht. Ängstliche Mütter schätzten ihre Kinder als internalisierender ein, also als selbst ängstlicher, zurückgezogener und emotional weniger reaktiv.

Dies geht auch mit den vorherigen Ergebnissen einher – die Schwere der Angsterkrankung der Mutter spielte in Bezug auf die Weitergabe der maternalen Psychopathologie sowie der Interaktionsqualität eine wichtige Rolle. In einigen Studien konnte ebenfalls bestätigt werden, dass die Angsterkrankung der Mutter mit kindlichem, angstähnlichem Verhalten und einer dementsprechenden Einschätzung bzw. späteren kindlichen Auffälligkeiten zusammenhängt. Beispielsweise zeigten Reck et al. (2013), dass je mehr Vermeidungsverhalten die Mutter zeigte, desto mehr schätzten sie ihre Kinder ebenfalls als verängstigt vor Neuem ein. In einer weiteren Studie fanden O’Conner et al. (2003) einen signifikanten und eindeutigen Zusammenhang zwischen vorgeburtlicher maternaler Angst und einem erhöhten Risiko für schwere emotionale Auffälligkeiten und Verhaltensprobleme der Kinder mit sechs Jahren. Kingston und Tough (2014) konnten in ihrem Review über die Auswirkungen von maternaler psychischer Belastung auf die kindliche Entwicklung im Schulalter einen ähnlichen Zusammenhang aufzeigen. Van den Bergh et al. (2005) machten in ihrer Studie deutlich, dass bereits vorgeburtlicher Stress und Angst bei Säuglingen zu Regulationsproblemen führen können. Die Kinder waren in dieser Studie hoch reaktiv und ablenkbar und konnten ihre Aufmerksamkeit schlechter regulieren. Dieses Ergebnis geht mit dem Verhalten der Kinder aus dieser Studie Hand in Hand. Die meisten Mütter waren hier bereits vor der Schwangerschaft an einer Angststörung erkrankt, somit könnte sich dieser Stress bereits auf die Kinder ausgewirkt und die hier gefundenen regulatorischen Probleme im Säuglingsalter bedingt haben. Zudem könnten daraus die internalisierenden Verhaltensweisen im Vorschulalter resultieren. Dies konnte auch durch den vorher beschriebenen Zusammenhang der ICEP Variablen Ineu, Ipro und Isch_Isco mit der CBCL verdeutlicht werden. Die Kinder, die von

ihren Müttern im Vorschulalter als internalisierender eingeschätzt wurden, waren im Säuglingsalter reaktiver bzw. zeigten mehr Probleme auf regulatorischer Ebene.

Um im Zusammenhang zwischen der maternalen Angst und der Einschätzung des eigenen Kindes weiter ins Detail gehen zu können, wurden die einzelnen Untertests des AKVs zu den beiden Messzeitpunkten im Hinblick auf die Auswirkungen auf die CBCL näher betrachtet. Im Bereich der frühen Angstmaße wurde bei allen Untertests ein großer signifikanter Zusammenhang mit der Einschätzung der Mutter gefunden. Je mehr die Mütter im Säuglingsalter des Kindes ängstliche Kognitionen aufwiesen und je mehr Vermeidungsverhalten sie in dieser Zeit sowohl alleine als auch in Begleitung zeigten, desto internalisierender schätzten diese Mütter ihre Kinder fünf Jahre später ein. Es ist dadurch gut ersichtlich, dass bereits eine frühe Angsterkrankung der Mutter das eigene Verhalten sowie die Bewertung und Einschätzung des eigenen Kindes beeinflusst haben könnte.

Durch den starken Zusammenhang der frühen Angstmaße mit der späten internalisierenden Einschätzung wird deutlich, dass eine frühe psychische Erkrankung der Mutter auch über einen Zeitraum von fünf Jahren weiterbestehen kann bzw. das kindliche Verhalten bereits durch das Verhalten der Mutter nach der Geburt stark beeinflusst worden sein könnte. Die Auswirkungen reichten soweit, dass die Mütter ihre eigenen Kinder als internalisierender, also selbst ängstlicher, emotional zurückgezogener bzw. weniger reaktiv beschrieben und diese demnach emotionale Auffälligkeiten und Verhaltensprobleme im Vorschulalter aufweisen konnten. Im Bereich der späten Angstmaße war der Zusammenhang nicht mehr ganz so stark, es konnte hier ein mittlerer Zusammenhang im Bereich des Vermeidungsverhaltens der Mutter mit der CBCL-Einschätzung gefunden werden. Vermied die Mutter sowohl alleine als auch in Begleitung bestimmte Situationen, Personen oder andere Umstände, schätze sie ihr Kind als internalisierender ein. Dieses Ergebnis repliziert die Aussage der oben bereits erwähnten Studie von Reck et al. (2013), in der Mütter mit einem hohen Vermeidungsverhalten ihre Kinder ebenfalls als verängstigter einschätzten. Lediglich im Bereich der späten angstbezogenen maternalen Kognitionen konnte kein Zusammenhang mit der internalisierenden Einschätzung gefunden werden. Dieses Ergebnis steht nicht in Einklang mit dem Zusammenhang der frühen Angstkognitionen und der CBCL-Einschätzung, die ängstlichen Kognitionen der Mutter könnten über die Jahre schwächer geworden sein und daher die Beurteilung des eigenen Kindes nicht mehr signifikant beeinflusst haben. Hier wäre auch insgesamt interessant, wie

der Zusammenhang mit einer Beurteilung des Kindes beispielsweise durch den Vater/Partner bzw. einer anderen Bezugsperson aussehen würde. Mütter beurteilen ihre eigenen Kinder möglicherweise weniger kritisch und schätzen Verhaltensweisen oftmals als nicht so gravierend ein, wie es eine außenstehende Person tun würde. Zudem könnte man das kindliche Verhalten im Vorschulalter auch über einen Fragebogen oder eine Einschätzung durch geschulte Versuchsleiter vornehmen, um eine möglichst objektive und ungebundene Beurteilung zu erhalten. Daher wäre es in zukünftigen Studien zu überlegen, ob nicht auch andere Beurteilungsmaße herangezogen werden, die objektivere Einschätzungen zu lassen. Allerdings lässt sich eine Kontinuität der Auswirkungen der maternalen Angststörung zeigen – sowohl eine frühe, als auch eine späte Vermeidung von Situationen, Menschen oder Objekten kann die Kinder sehr beeinflussen und sich bereits in der Einschätzung durch die Mutter äußern.

Insgesamt wird auch mit dieser Hypothese nochmals deutlich, dass in der vorliegenden Arbeit die Qualität des Interaktionsverhaltens zwischen Mutter und Kind nicht alleine das kindliche Verhalten beeinflusst, sondern in engem Zusammenhang mit der Schwere und Dauer bzw. Stabilität der Angsterkrankung der Mutter steht und in dieser Kombination deutliche Auswirkungen und Beeinträchtigungen gefunden werden konnten.

6.4. Diskussion der Stichprobe und Limitationen der Studie

Neben den sehr interessanten und aussagekräftigen Ergebnissen, die in dieser Arbeit gefunden werden konnten und einen guten Einblick über die Auswirkungen von maternalen psychischen Angststörungen sowohl auf die Interaktion zwischen Mutter und Kind als auch auf das kindliche Verhalten alleine geben, werden im Folgenden auch einige Faktoren genannt, die die Studie beeinflusst haben könnten. Des Weiteren werden Einschränkungen thematisiert, um diese bei weiteren Studien verändern bzw. kontrollieren zu können und dadurch in manchen Bereichen vielleicht zu klareren Ergebnissen zu gelangen.

Wie in vorherigen Kapiteln bereits angerissen, bedarf es einer gesonderten Betrachtung der Stichprobe der vorliegenden Arbeit. Da der Fokus auf maternalen Angststörungen rund um die Schwangerschaft und der Geburt sowie den weiteren Auswirkungen auf das Kind lagen, war es wichtig, eine klare Unterscheidbarkeit der Untersuchungsgruppen zu erlangen, um hier eindeutige Rückschlüsse auf die Psychopathologie ziehen zu können. Anhand von klinischen Diagnoseinstrumenten wur-

de demnach eine Zuteilung vorgenommen, sodass ein Gruppenvergleich zwischen gesunden Müttern und Müttern mit einer Angststörung möglich war. Allerdings hat sich in den meisten Untersuchungen kein Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen ergeben. Bezüglich des Interaktionsverhaltens zwischen Mutter und Kind unterschieden sich ängstliche und gesunde Mütter nicht.

Hier müssen jedoch einige Faktoren genannt werden, die dieses Ergebnis beeinflusst haben könnten. Aufgrund vieler fehlender Werte, unvollständiger Testergebnisse oder Unregelmäßigkeiten in den aufgenommenen Videos musste über die Hälfte der Mütter von der Untersuchung ausgeschlossen werden, sodass sich die Stichprobengröße von anfangs 122 auf 53 Mütter reduzierte. Demzufolge schrumpfte auch die Gruppe der Mütter, die an einer Angststörung litten, hier konnten nur noch 19 Mütter in die Analyse aufgenommen werden. Für nachfolgende Studien wäre es relevant, eine größere Stichprobe zu erhalten, um die Auswirkungen in Hinblick auf die Gesamtbevölkerung besser abbilden zu können. Es wäre außerdem wichtig, bereits im Vorfeld viele Fehlerquellen bei Fragebögen und Technik möglichst gering zu halten, um einem derart großen Ausschluss entgegen zu wirken. Es wird sich nicht vermeiden lassen, dass Mütter die Teilnahme abbrechen oder sich fehlende Werte ergeben, allerdings könnte beispielsweise bei der Fragebogentestung auf elektronische Möglichkeiten bzw. Online-Umfragetools zurückgegriffen werden. Die Einstellungen könnten so vorgenommen werden, dass fehlende Angaben nicht übergangen werden können und ein Abschluss der Befragung erst möglich ist, wenn alle Werte vollständig vorhanden sind.

Insgesamt sind Studien zu maternalen Angststörungen rund um die Schwangerschaft und die Geburt noch nicht so häufig, sie rücken erst nach und nach vermehrt in den Fokus der Forschung. Des Weiteren ist die Befundlage der Studien zu den Auswirkungen von maternalen Angsterkrankungen, im Gegensatz zu postpartalen Depressionen, nicht ganz eindeutig (Feldman et al., 2009; Goodman et al., 2016). Dies hängt sicherlich auch mit dem Störungsbild der Angst zusammen. Ängste können sehr vielfältig sein, auf verschiedenste Situationen, Menschen oder Objekte bezogen und auf der anderen Seite auch sehr spezifisch fokussiert sein. Beispielsweise können Mütter mit einer sozialen Phobie durchaus positiv und einfühlsam mit ihrem Kind interagieren, die Angst muss nicht generell die meiste Zeit des Tages vorhanden sein, sie kann auch nur in spezifischen Situationen, wie zum Beispiel in der Interaktion mit Fremden, auftreten. Daher kann es schwierig sein, ein experimentelles

Design zu finden, das die große Bandbreite an möglichen Verhaltensauffälligkeiten von Angststörungen abdecken und testen kann. Die hier gewählte Spielsituation war vielleicht als Aufgabe nicht herausfordernd genug, in der die ängstlichen Mütter anders reagieren hätten können. Die Kinder waren zu diesem Messzeitpunkt fünf bis sechs Jahre alt – die Mutter-Kind-Dyade hatte bereits einige Jahre Zeit, gemeinsame Spielerfahrungen und -gewohnheiten zu bilden, auf die sie in dieser Situation zurückgreifen konnten. Natürlich sind es auch genau diese Gewohnheiten, die vor allem in Hinblick auf die Interaktion von besonderem Interesse waren, also ob sich eine Beständigkeit in den Interaktionsmustern zeigte. Allerdings kann es sein, dass, wie bereits erwähnt, die gewählte Spielsituation eine zu wenig herausfordernde und anspruchsvolle Aufgabe war, um die interaktiven Verhaltensqualität eingehend analysieren zu können.

Die Mütter dieser Stichprobe waren zum Teil an mehreren Angststörungen erkrankt, die genauen Auswirkungen einer expliziten Angststörung lassen sich somit schwer feststellen. Es müsste hier in zukünftigen Studien darauf geachtet werden, dass auch innerhalb der klinischen Gruppe eine genügend große Stichprobe die einzelnen Angststörungen, wie Panikstörung, Agoraphobie oder Generalisierte Angststörung „abdeckt“, sodass hier ein Vergleich zwischen den verschiedenen Angsterkrankungen möglich wäre, da eine jede spezifische Verhaltensmuster und Kognition mit sich bringt und sich durch die Zusammensetzung als eine Gruppe kein eindeutiges Ergebnis gezeigt haben könnte. Des Weiteren könnte es sein, dass die Ergebnisse dadurch beeinflusst wurden, dass die Mütter zum Teil komorbide Störungen in der Vorgeschichte wie beispielsweise eine Dysthymie, eine Binge-Eating-Störung, ein nicht näher bezeichnete depressive Störung oder eine Major Depression aufwiesen. Die primäre Störung, die als Kriterium aufgenommen wurde, war die Angststörung der Mutter, allerdings konnten komorbide Erkrankungen in der Vorgeschichte nicht komplett ausgeschlossen werden, da sich die Anzahl der verbleibenden Mütter in der klinischen Gruppe nochmals drastisch reduziert hätte.

Ein weiterer Punkt, der einer kritischen Betrachtung unterzogen werden sollte, ist, dass Mütter mit einer Zwangsstörung in die klinische Gruppe aufgenommen wurden. Diese Erkrankung wird nach dem aktuell geltenden DSM-V nicht mehr den Angststörungen zugeordnet, sondern bildet eine eigene Kategorie. Zur Zeit der Erhebung und Rekrutierung der vorliegenden Studie war das DSM-IV aktuell, hier wurden Zwangsstörungen noch unter den Angsterkrankungen klassifiziert. Die Zwangsstörung ist

diesbezüglich eine sehr nahe Störung und kann oftmals stark mit Ängsten zusammenhängen. Allerdings kann eine Zwangsstörung auch eigenständige Effekte auf das Verhalten und die Interaktion zwischen Mutter und Kind haben. Challacombe und Salkovskis (2009) zeigten, dass Mütter mit einer Panikstörung und Mütter mit einer Zwangsstörung weniger warm und weniger autonomiefördernd waren, allerdings war dies bei letzteren Müttern deutlicher der Fall. Die Kinder von Müttern mit einer Zwangserkrankung zeigten mehr Ängste in der Interaktion, die Mütter bestrafte ängstliches Verhalten der Kinder vermehrt, ließen sie weniger verängstigende Situationen vermeiden, kritisierten ihre Kinder mehr und zeigten emotional intrusiveres Verhalten. Zwangserkrankungen können einen größeren Einfluss auf das Miteinander und das alltägliche Leben haben, wie beispielsweise eine Panikstörung. Zwangshandlungen werden oft in viele Lebensbereiche eingebaut und können das Interaktionsverhalten zwischen Mutter und Kind sowie das kindliche Modelllernen beeinträchtigen. In der vorliegenden Studie war die Erkrankung an einer Zwangsstörung, neben der Panikstörung/Agoraphobie die zweithäufigste Diagnose (8 Diagnosen), sodass die Ergebnisse nicht komplett auf das Vorliegen einer reinen Angststörung zurückgeführt werden können. In zukünftigen Studien sollte die Zwangsstörung, wie im DSM-V aufgeführt, als eigene Störung behandelt werden und nicht als eine Gruppe unter den Angststörungen gesehen werden.

Zudem setzte sich die vorliegende Stichprobe aus Müttern und ihren Kindern zusammen, die aus keiner Risikogruppe kamen. Die Mütter waren überwiegend in festen Partnerschaften, hatten eine hohe Bildung, ein gutes Einkommen und eine Arbeit. In vielen Studien konnte gezeigt werden, dass die Auswirkungen von maternalen Angststörungen vor allem dann gravierend waren, wenn die Mütter einen niedrigen sozioökonomischen Status aufwiesen, alleinerziehend waren, es die erste Geburt war, sie eine niedrige Bildung hatten oder in der Vergangenheit an einer Angststörung oder Depressionen erkrankt waren (Goodman et al., 2014; Martini et al., 2015). Trotzdem konnten einige signifikante und relevante Ergebnisse in dieser Arbeit verdeutlicht werden. Wie bereits erwähnt, befanden sich die Mütter in der vorliegenden Stichprobe überwiegend in einer festen Partnerschaft. Auch dieser Punkt könnte zu den teilweise nicht gefundenen Ergebnissen führen, die beispielsweise in Bezug auf die Interaktion angenommen wurden. In der vorliegenden Studie wurde nur eine Diagnostik bei der Mutter durchgeführt und ihr Zustand erhoben. Die Väter bzw. Partner wurde hier nicht näher befragt oder untersucht. Eine psychische Belas-

tung oder Probleme in der Interaktion könnten durch den zweiten Elternteil aufgefangen worden sein und so den Effekt der maternalen Psychopathologie abgepuffert haben. Eine solche Annahme konnte bereits in einigen Studien gezeigt werden (Feldman, 2007a; Woodruff-Borden et al., 2002). Das Kind kann durch den Partner erfolgreiche Regulationsstrategien lernen, adaptive Verhaltensweisen entwickeln und resistenter gegen den maternalen Stress bzw. die Erkrankung werden. Dadurch wäre es möglich, dass in einer kurzen interaktiven Sequenz zwischen Mutter und Kind, wie der hier verwendeten Spielsituation von höchstens 15 Minuten, die gesamte Tragweite der Qualität nicht verdeutlicht werden konnte. Es wäre eine Überlegung, ob wiederholte Interaktionsaufnahmen zu mehreren Messzeitpunkten ein anderes Ergebnis liefern würden, bzw. ob eine Interaktionsbeobachtung in einer herausfordernderen Situation, wie beispielsweise einer Problemlöseaufgabe oder einem Kritikgespräch einen deutlicheren Rückschluss auf das interaktive Verhalten zulässt.

Wie in einem vorherigen Kapitel bereits angedeutet, ist ein weiterer Punkt, der Diskussionsbedarf liefert, die Verwendung der beiden unterschiedlichen Kodierungsinstrumente. Die frühe Interaktion, die über das Face-to-Face-Still-Face-Paradigma untersucht wurde, ist mit Hilfe der „Infant and Caregiver Engagement Phases“ (ICEP) ausgewertet worden. Dieses System stellt ein mikroanalytisches Instrument dar – die Kodierung erfolgt über die Aufsummierung der relativen Zeitanteile. Das Verhalten wird getrennt für Mutter, Kind und Dyade betrachtet, allerdings wird in Sekundenschritten gezählt, wie oft das Verhalten gezeigt wurde. Es steht hier mehr die Quantität als die Qualität des Verhaltens im Fokus. Allerdings ist es gerade in der frühen Kindheit und der Still-Face Situation ein oft verwendetes Instrument. Im Gegensatz dazu wurde die Interaktion in der freien Spielsituation im Vorschulalter des Kindes mit dem von Ruth Feldman (1998) entwickelten „Coding Interactive Behavior“ (CIB) System analysiert. In diesem makroanalytischen Kodierungsinstrument steht die Qualität des gezeigten Verhaltens im Vordergrund, es wird für jeden Code eine Bewertung auf einer Skala von 1-5 vorgenommen, anhand derer das Verhalten eingeschätzt und beurteilt wird. Außerdem sind die einzelnen Codes umfangreicher, es gibt sowohl für die Mutter, als auch für das Kind bzw. die Dyade mehr Codes, nach denen eine Beurteilung vorgenommen werden muss. Die ICEP umfassen beispielsweise für die Bezugsperson 9 Codes, beim CIB kann in diesem Bereich auf 22 Codes zurückgegriffen werden. Dadurch kann eine feinere und detailreichere Kodierung des Verhaltens vorgenommen und die Qualität besser abgebildet werden.

Ebenso gibt es Versionen, die jeweils für die verschiedenen Altersgruppen angepasst wurden, sodass hier der gesamte Altersbereich vom Säuglingsalter über die Kindheit bis hin zum Jugendalter abgedeckt werden kann. Durch die Berechnung von Composites kann die Qualität der Interaktion über alle Versionen gut verglichen werden, da diese jeweils die passenden „Untercodes“ umfassen. Diese feinen, aber doch relevanten Unterschiede der Kodierungsinstrumente könnten das Ergebnis vor allem in Hinblick auf die Interaktion beeinflusst haben, da bereits in einigen Studien der Qualität des Interaktionsverhaltens eine bedeutende Rolle zugeschrieben werden konnte. In zukünftigen Studien sollte darauf geachtet werden, dass ein Kodierungssystem verwendet wird, mit welchem sowohl das frühe als auch das späte Interaktionsverhalten gleichermaßen kodiert werden kann, umso eine bessere und eindeutige Vergleichbarkeit zu erhalten.

Neben den bisher aufgezählten Punkten sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass auch im Bereich der statistischen Auswertung einige Einschränkungen vorliegen, die bereits in den Ausführungen der Ergebnisse aufgezeigt wurden. Die Normalverteilungsannahme der Daten dieser Studie war verletzt, was vor allem in kleineren Stichproben zu progressiveren Entscheidungen führen könnte. Daher sollten diese Befunde in Folgestudien abgesichert und validiert werden, um die Aussagekraft zu erhöhen. Ferner durften in der vorliegenden Studie keine Kausalitätsschlüsse gemacht werden, es handelt sich insgesamt um ein quasiexperimentelles Design, bei dem die Daten zum Teil querschnittlich erhoben wurden. Daher war es nicht zulässig, direkte Aussagen mit Kausalitätsannahmen vorzunehmen – es konnten nur Tendenzen bzw. Zusammenhänge berichtet werden.

Was allerdings neben den eben erwähnten Einschränkungen und Limitationen hervorgehoben werden muss, ist die Relevanz der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit. Trotz der geringen Anzahl an Müttern, die in die Studie eingeschlossen werden konnten, den positiven soziodemographischen Stand sowie die weiteren aufgeführten Diskussionspunkte, konnten deutliche Ergebnisse erzielt werden und so die Auswirkungen von schweren und überdauernden Angststörungen der Mutter auf das Kind in einem Zeitraum nach der Geburt bis ins Vorschulalter aufgezeigt werden. Dies darf nicht außer Acht gelassen werden und richtet einen Fokus auf die Wichtigkeit und Relevanz zukünftiger Forschung in diesem Bereich.

7. Zusammenfassung und Ausblick

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Bedeutung des Interaktionsverhaltens in Hinblick auf eine mögliche Transmission von maternalen Angststörungen auf die Kinder näher zu betrachten und dahingehend Faktoren zu analysieren, welche in diesem Bereich relevant und entscheidend sind. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in dieser Arbeit dem Interaktionsverhalten alleine keine Mediationsrolle in Bezug auf die Weitergabe der maternalen Psychopathologie zugeschrieben werden konnte. Die frühe Interaktion zwischen Mutter und Kind im Säuglingsalter wies keinen überdauernden Zusammenhang mit der Interaktion im Vorschulalter des Kindes auf. Es wurde davon ausgegangen, dass wenn es Probleme in der frühen Interaktion gab, sich diese auch in der späten Interaktion zeigten und sich die beiden Untersuchungsgruppe diesbezüglich unterschieden. Das konnte in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden. Allerdings ist aus diesem Ergebnis auch ein positiver Rückschluss zu ziehen. Nur weil die Interaktion zwischen Mutter und Kind im Säuglingsalter beeinträchtigt war, muss dies nicht zur Folge haben, dass im weiteren Verlauf keine Veränderung der Interaktion mehr stattfinden kann. Die Interaktion kann trotzdem positiv und gegenseitig werden und kein Problem für die Mutter-Kind-Dyade bzw. das kindliche Verhalten darstellen. Zudem muss eine Angststörung der Mutter nach der Geburt nicht unbedingt zu Beeinträchtigungen des Interaktionsverhaltens bzw. zu Auffälligkeiten zwischen Mutter und Kind führen. Das Kind kann sich trotzdem positiv und frei entwickeln und es muss nicht zwingend eine Auswirkung der Störung entstehen.

In Hinblick auf die Stabilität der maternalen Angststörung konnte jedoch aufgezeigt werden, dass es hier einen deutlichen Zusammenhang zur Interaktion und den daraus resultierenden Auffälligkeiten auf Seiten des Kindes gibt. War die Mutter nicht nur zur Geburt bzw. in den ersten Monaten an einer Angststörung erkrankt, sondern zeigte auch fünf Jahre später noch hohe Werte in den Angstfragebögen, konnte daraus eine schlechtere Interaktion zwischen Mutter und Kind sowie kindlichen Beeinträchtigungen auf Verhaltensebene und in emotionalen Bereichen resultieren. War die Mutter nur in den ersten Monaten erkrankt bzw. wies hier hohe Angstwerte auf, hatte dies nicht zur Folge, dass die Kinder bis ins Vorschulalter beeinflusst wurden. Es zeigt sich, dass die Auswirkung der Erkrankung erst dann an hoher Relevanz gewinnt und die Interaktion über die Jahre negativ beeinflusst wer-

den kann, wenn die Angststörung weiterhin vorliegt und die Mutter über die Jahre erkrankt bleibt.

Dies hebt besonders die Wichtigkeit und Bedeutsamkeit hervor, früh eine Angststörung der Mutter zu diagnostizieren und diesbezüglich Maßnahmen und Interventionen anzubieten, um die Auswirkungen auf das Kind möglichst gering zu halten und ihm einen guten und unbelasteten Start ins Leben ermöglichen zu können. Babys kommen bereits mit einem erstaunlich ausgereiften Gehirn und „System“ auf die Welt, sind aber im übertragenen Sinn fast wie ein weißes Blatt Papier, auf das das Leben und seine Einflüsse schreiben und wodurch es sich entwickeln und lernen kann. Es ist daher von enormer Bedeutsamkeit, bereits vor der Geburt mögliche Beeinträchtigungsquellen zu erkennen und diese aufzuhalten. Eine psychische Erkrankung, wie beispielsweise eine Angststörung der Mutter, kann ein großer und einflussreicher Faktor sein, der oftmals nicht gleich erkannt wird und dem somit nicht entgegengewirkt werden kann.

Das Eingeständnis, auf psychischer Ebene Probleme zu haben, ist in unserer Gesellschaft oftmals noch verpönt, vor allem für werdende Mütter kann dieses Thema sehr unangenehm und Scham behaftet sein. Für die meisten Schwangeren sind die neun Monate der Schwangerschaft eine Zeit der Freude und des Glücks sowie voller Besonderheiten. Sich einzugestehen, psychisch belastet zu sein, mit massiven und überdauernden Ängsten zu kämpfen zu haben und weniger Freude zu empfinden, ist für viele Frauen verständlicherweise sehr schwierig. Außerdem ringen viele mit der Angst vor Stigmatisierung und Missverständnissen, fürchten, dass ihnen ihr Kind vielleicht genommen werden könnte und stehen somit unter großem Stress bzw. zusätzlicher Belastung (Hefti et al., 2016). Daher sollte besonders in der Früherkennung rund um die Geburt viel Aufklärungsarbeit und unterstützende Angebote auch auf den Bereich der Angststörungen gelegt werden, da diese Erkrankung bedeutende Auswirkungen sowohl auf die Mutter, als auch auf das Kind und die Dyade haben kann. Vor allem die Forschung ist im Bereich der Angststörungen, im Gegensatz zu maternalen Depressionen rund um Schwangerschaft und Geburt, noch eher am Anfang und es sollte hier vermehrt der Fokus auf Studien gelegt werden, die auch diesen Bereich tiefer und eingehender betrachten. Angststörungen sind in der Allgemeinbevölkerung die häufigste psychische Erkrankung und zeigen vor allem bei Frauen hohe Prävalenzen. Daher ist es unerlässlich, diesen Bereich weiter zu erforschen und Zusammenhänge aufzudecken. Gerade in Hinblick auf mögliche Interven-

tionsprogramme, Mutter-Kind-Therapien oder Interaktionstrainings ist es wichtig, die Auswirkungen und Einflüsse von maternalen Angststörungen auf die Mutter-Kind-Beziehung und Interaktion genau zu kennen, um dementsprechend entgegen wirken zu können. Schneider et al. (2013) zeigten beispielweise, dass der elterliche Behandlungserfolg einen signifikanten Prädiktor für ein besseres Ergebnis im Bereich der kindlichen Angstsensitivität darstellt und unabhängig vom Erfolg einen positiven Effekt auf die Kinder haben kann. Waren auch die Kinder von einer Angststörung betroffen und in Therapie, wird die Effektivität der Behandlung von einer erhöhten Psychopathologie der Bezugsperson reduziert. Die elterliche Erkrankung übt selbst dann noch einen erhöhten Einfluss auf das Kind aus, wenn die kindliche Therapie beendet ist (Hudson et al., 2015). Mohr und Schneider (2014) stellten im Zusammenhang mit kindlicher Trennungsangst fest, dass sich dann, wenn elterliche bzw. maternale Ängste und die damit verbundenen Kognitionen bzw. das damit verknüpfte Verhalten aufgedeckt und behandelt bzw. abgebaut werden, auch die kindliche Angst verbessert. Man sieht hier sehr deutlich, dass dem Verhalten bzw. der Psychopathologie der Mutter eine bedeutsame Rolle zufällt, wodurch Auswirkungen und Beeinträchtigungen auf das Kind entstehen können.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es umso wichtiger ist, bereits frühe Interventionen und Möglichkeiten zur Hilfe und zur Information anzubieten, um den Kindern einen guten Start ins Leben zu ermöglichen, den Müttern unter die Arme zu greifen, ihre eigene Erkrankung in den Griff zu bekommen und einer Tabuisierung von psychischen Erkrankung rund um die Schwangerschaft und die Geburt entgegenzuwirken. Für die lebenslange Beziehung zwischen Mutter und Kind ist es von großer Bedeutsamkeit vom ersten Tag an eine unbelastete Bindung aufzubauen und auf einer gemeinsamen Ebene kommunizieren und interagieren zu können. Es sollte daher auch der Fokus und das Interesse der Forschung weiterhin auf diese sensible und bedeutungsschwere Zeit gelegt werden.

Literaturverzeichnis

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Adolph, D., Schneider, S., & Margraf, J. (2016). German Anxiety Barometer - Clinical and Everyday - Life Anxieties in the General Population. *Frontiers in psychology*, 7.
- Agrati, D., Browne, D., Jonas, W., Meaney, M., Atkinson, L., Steiner, M., ... others. (2015). Maternal anxiety from pregnancy to 2 years postpartum: transactional patterns of maternal early adversity and child temperament. *Archives of Women's Mental Health*, 18(5), 693–705.
- Ahnert, L. (2004). Bindung und Bonding: Konzepte früher Bindungsentwicklung. In L. Ahnert (Hrsg.), *Frühe Bindung: Entstehung und Entwicklung* (S. 63–81). München: Ernst Reinhardt.
- Ainsworth, M. D. S. (1977). Skalen zur Erfassung mütterlichen Verhaltens von Mary D.S. Ainsworth: Feinfühligkeit versus Unempfindlichkeit gegenüber den Signalen des Babys. In K. E. Grossmann (Hrsg.), *Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt*. (S. 98–104). München: Kindler.
- Ainsworth, M. S. (1979). Infant–mother attachment. *American psychologist*, 34(10), 932.
- Aktar, E., Majdandžić, M., de Vente, W., & Bögels, S. M. (2013). The interplay between expressed parental anxiety and infant behavioural inhibition predicts infant avoidance in a social referencing paradigm. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(2), 144–156.
- Alder, J., & Urech, C. (2012). Angststörungen in der Schwangerschaft. In A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit* (S. 11–16). Basel: Karger.
- American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen–DSM-5*. (P. Falkai & H.-U. Wittchen, Hrsg.) (5. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Arbeitsgruppe-Deutsche-Child-Behavior-Checklist. (2002). *Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder - CBCL 1 1/2-5*.

- Bandelow, B., Lichte, T., Rudolf, S., Wiltink, J., & Beutel, M. (2015). Hintergrund: Angststörungen. In B. Bandelow, T. Lichte, S. Rudolf, J. Wiltink, & M. Beutel (Hrsg.), *S3-Leitlinie Angststörungen* (S. 43–52). Berlin Heidelberg: Springer.
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory*. New York: General Learning Press.
- Becker, E. S. (2009). Generalisierte Angststörung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Band 2: Störungen im Erwachsenenalter – Spezielle Indikationen – Glossar* (3. Aufl., S. 87–103). Heidelberg: Springer.
- Bolten, M., & Schneider, S. (2010). Wie Babys vom Gesichtsausdruck der Mutter lernen. *Kindheit und Entwicklung*, 19(1), 4–11.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss (Vol. 1)*. New York: Basic books.
- Bowlby, J. (2006). *Bindung*. München: Ernst Reinhardt.
- Britton, J. R. (2008). Maternal anxiety: course and antecedents during the early postpartum period. *Depression and Anxiety*, 25, 793–800.
- Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*, 363(9405), 303–310.
- Challacombe, F., & Salkovskis, P. (2009). A preliminary investigation of the impact of maternal obsessive-compulsive disorder and panic disorder on parenting and children. *Journal of anxiety disorders*, 23(7), 848–857.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Erlbaum.
- Creswell, C., Apetroaia, A., Murray, L., & Cooper, P. (2012). Cognitive, affective, and behavioral characteristics of mothers with anxiety disorders in the context of child anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 26–38.
- de Albuquerque, J. E., Munsch, S., Margraf, J., & Schneider, S. (2012). Learning Processes Associated with Panic-Related Symptoms in Families with and Without Panic Disordered Mothers. *Child Psychiatry & Human Development*, 44(3), 430–438.
- Deneke, C., & Lüders, B. (2003). Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52(3), 172–181.

- Dollberg, D., Feldman, R., Keren, M., & Guedeney, A. (2006). Sustained withdrawal behavior in clinic-referred and nonreferred infants. *Infant Mental Health Journal*, 27(3), 292–309.
- Döpfner, M. (2013). Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie* (7. Aufl., S. 31–56). Göttingen: Hogrefe.
- Edhborg, M., Nasreen, H.-E., & Kabir, Z. N. (2011). Impact of postpartum depressive and anxiety symptoms on mothers' emotional tie to their infants 2–3 months postpartum: A population-based study from rural Bangladesh. *Archives of women's mental health*, 14(4), 307–316.
- Ehlers, A., Margraf, J., & Chambless, D. (2001). *Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (AKV)* (2. Aufl.). Göttingen: Beltz-Test.
- Feldman, R. (1998). *Coding Interactive Behavior (CIB)*. Unpublished manuscript, Israel, Bar-Ilan University.
- Feldman, R. (2007a). Maternal versus child risk and the development of parent–child and family relationships in five high-risk populations. *Development and psychopathology*, 19(2), 293–312.
- Feldman, R. (2007b). Parent–infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child psychology and Psychiatry*, 48(3–4), 329–354.
- Feldman, R. (2010). The relational basis of adolescent adjustment: trajectories of mother–child interactive behaviors from infancy to adolescence shape adolescents' adaptation. *Attachment & Human Development*, 12(1–2), 173–192.
- Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(9), 919–927.
- Field, T. M., Woodson, R., Greenberg, R., & Cohen, D. (1982). Discrimination and imitation of facial expression by neonates. *Science*, 218(4568), 179–181.
- Fydrich, T. (2009). Soziale Phobie. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Band 2: Störungen im Erwachsenenalter – Spezielle Indikationen – Glossar* (3. Aufl., S. 45–64). Heidelberg: Springer.
- Gianino, A., & Tronick, E. Z. (1988). The mutual regulation model: The infant's self and interactive regulation and coping and defensive. In T. M. Field, P. M.

- McCabe, & N. Schneiderman (Hrsg.), *Stress and Coping Across Development* (S. 47–68). Hillsdale, NJ: L. Erlbaum Associates.
- Goodman, J. H., Chenausky, K. L., & Freeman, M. P. (2014). Anxiety disorders during pregnancy: a systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry, 75*(10), 1153–1184.
- Goodman, J. H., Watson, G. R., & Stubbs, B. (2016). Anxiety disorders in postpartum women: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders, 203*, 292–331.
- Grant, K.-A., McMahon, C., Austin, M.-P., Reilly, N., Leader, L., & Ali, S. (2009). Maternal prenatal anxiety, postnatal caregiving and infants' cortisol responses to the still-face procedure. *Developmental Psychobiology, 51*(8), 625–637.
- Grossmann, K., & Grossmann, K. E. (2003). *Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grossmann, K., & Grossmann, K. E. (2014). *Bindungen-das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. New York: The Guildford Press.
- Hédervári-Heller, É. (2014). Bindung und Bindungsstörungen. In M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0-3 Jahre: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (S. 57–67). Berlin Heidelberg: Springer.
- Hefti, S., Kölch, M., Di Gallo, A., Stierli, R., Roth, B., & Schmid, M. (2016). Welche Faktoren beeinflussen, ob psychisch belastete Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil Hilfen erhalten? *Kindheit und Entwicklung, 25*(2), 89–99.
- Heinrichs, N., & Lohaus, A. (2011). *Klinische Entwicklungspsychologie Kompakt. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Weinheim Basel: Beltz.
- Herren, C., In-Albon, T., & Schneider, S. (2013). Beliefs regarding child anxiety and parenting competence in parents of children with separation anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 44*, 53–60.
- Höwler, E. (2016). Grundlagen der Psychiatrie. In E. Höwler (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie für Gesundheitsberufe, Erzieher und Pädagogen* (S. 1–28). Berlin Heidelberg: Springer.
- Hudson, J. L., Keers, R., Roberts, S., Coleman, J. R., Breen, G., Arendt, K., ... Hartman, C. (2015). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy

- in pediatric anxiety disorders: the Genes for Treatment (GxT) study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(6), 454–463.
- Ibanez, G., Bernard, J. Y., Rondet, C., Peyre, H., Forhan, A., Kaminski, M., ... others. (2015). Effects of antenatal maternal depression and anxiety on children's early cognitive development: a prospective cohort study. *PLoS ONE*, 10(8), e0135849.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ... others. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul psychische Gesundheit (DEGS1-MH) (Originalien). *Der Nervenarzt*, 85(1), 77–87.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ... others. (2016). Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 87(1), 88–90.
- Jebb, A. T., Parrigon, S., & Woo, S. E. (2017). Exploratory data analysis as a foundation of inductive research. *Human Resource Management Review*, 27(2), 265–276.
- Kagan, J., Reznick, J. S., Clarke, C., Snidman, N., & Garcia-Coll, C. (1984). Behavioral inhibition to the unfamiliar. *Child development*, 55(6), 2212–2225.
- Kagan, J., & Snidman, N. (1999). Early childhood predictors of adult anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46(11), 1536–1541.
- Kaitz, M., & Maytal, H. (2005). Interactions between anxious mothers and their infants: An integration of theory and research findings. *Infant Mental Health Journal*, 26(6), 570–597.
- Kaitz, M., Maytal, H. R., Devor, N., Bergman, L., & Mankuta, D. (2010). Maternal anxiety, mother–infant interactions, and infants' response to challenge. *Infant Behavior and Development*, 33(2), 136–148.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593–602.
- Kingston, D., & Tough, S. (2014). Prenatal and postnatal maternal mental health and school-age child development: a systematic review. *Maternal and Child Health Journal*, 18(7), 1728–1741.

- Kogan, N., & Carter, A. S. (1996). Mother-infant reengagement following the still-face: The role of maternal emotional availability and infant affect regulation. *Infant Behavior and Development*, 19(3), 359–370.
- Koglin, U., & Petermann, F. (2013). Kindergarten- und Grundschulalter: Entwicklungsrisiken und Entwicklungsabweichungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie* (7. Aufl., S. 101–118). Göttingen: Hogrefe.
- Kullik, A., & Petermann, F. (2012). *Emotionsregulation im Kindesalter*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Kullik, A., & Petermann, F. (2013). Emotionsregulationsdefizite im Kindesalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 161(10), 935–940.
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (2002). Heterogene Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31(2), 127–134.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., & Spielberger, C. D. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar (STAI)*. Göttingen: Beltz Test.
- Lebowitz, E. R., Leckman, J. F., Silverman, W. K., & Feldman, R. (2016). Cross-generational influences on childhood anxiety disorders: pathways and mechanisms. *Journal of Neural Transmission*, 123(9), 1053–1067.
- Ledermann, T., & Bodenmann, G. (2006). Moderator- und Mediatoreffekte bei dyadischen Daten. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 37(1), 27–40.
- Lenz, A. (2005). Kinder psychisch kranker Eltern - Zum Stand der Forschung. In *Kinder psychisch kranker Eltern* (S. 13–26). Hogrefe.
- Lieb, R., & Knappe, S. (2011). Familiäre Transmission psychischer Störungen. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 91–106). Berlin Heidelberg: Springer.
- Little, R. J. (1988). A test of missing completely at random for multivariate data with missing values. *Journal of the American Statistical Association*, 83(404), 1198–1202.
- Lohaus, A., & Vierhaus, M. (2013). *Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor* (2. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer.
- Mäntymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Vihtonen, V., Salmelin, R. K., & Tamminen, T. (2009). Child's behaviour in mother-child interaction predicts later emotional and behavioural problems. *Infant and Child Development*, 18(5), 455–467.

- Margraf, J., & Schneider, S. (1990). *Panik: Angstanfälle und ihre Behandlung* (2. überarb. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer.
- Margraf, J., & Schneider, S. (2009). Panikstörung und Agoraphobie. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Band 2: Störungen im Erwachsenenalter – Spezielle Indikationen – Glossar* (3. Aufl., S. 3–30). Heidelberg: Springer.
- Martini, J., Petzoldt, J., Einsle, F., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., & Wittchen, H.-U. (2015). Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective-longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 175, 385–395.
- Martini, J., Weidner, K., & Hoyer, J. (2008). Angststörungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt. *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie*, 2(4), 207–215.
- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (2008). Kinder psychisch kranker Eltern. *Deutsches Ärzteblatt*, 105(23), 413–418.
- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., & Kavanagh, D. J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders*, 74(2), 139–147.
- Möhler, E., Kagan, J., Parzer, P., Brunner, R., Reck, C., Wiebel, A., ... Resch, F. (2007). Childhood behavioral inhibition and maternal symptoms of depression. *Psychopathology*, 40(6), 446–452.
- Möhler, E., Parzer, P., Brunner, R., Wiebel, A., & Resch, F. (2006). Emotional stress in pregnancy predicts human infant reactivity. *Early Human Development*, 82(11), 731–737.
- Möhler, E., & Resch, F. (2014). Temperament. In M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0-3 Jahre: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (S. 39–55). Berlin Heidelberg: Springer.
- Mohr, C., & Schneider, S. (2014). Intensive Treatments for Separation Anxiety Disorder in Children and Adolescents. *Psychopathology Review*, 1(1), 201–208.
- Morschitzky, H. (2009). *Angststörungen: Diagnostik, Erklärungsmodelle, Therapie und Selbsthilfe* (4. Aufl.). Wien: Springer.
- Müller, M., Tronick, E., Zietlow, A.-L., Nonnenmacher, N., Verschoor, S., & Träuble, B. (2016). Effects of Maternal Anxiety Disorders on Infant Self-Comforting Behaviors: The Role of Maternal Bonding, Infant Gender and Age. *Psychopathology*, 49(4), 295–304.

- Müller, M., Zietlow, A.-L., Tronick, E., & Reck, C. (2015). What dyadic reparation is meant to do: An association with infant cortisol reactivity. *Psychopathology*, *48*(6), 386–399.
- Murray, L., Cooper, P., Creswell, C., Schofield, E., & Sack, C. (2007). The effects of maternal social phobia on mother–infant interactions and infant social responsiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*(1), 45–52.
- Murray, L., De Rosnay, M., Pearson, J., Bergeron, C., Schofield, E., Royal-Lawson, M., & Cooper, P. J. (2008). Intergenerational transmission of social anxiety: The role of social referencing processes in infancy. *Child Development*, *79*(4), 1049–1064.
- Murray, L., Lau, P. Y., Arteché, A., Creswell, C., Russ, S., Zoppa, L. D., ... Cooper, P. (2012). Parenting by anxious mothers: effects of disorder subtype, context and child characteristics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *53*(2), 188–196.
- Nicol-Harper, R., Harvey, A. G., & Stein, A. (2007). Interactions between mothers and infants: Impact of maternal anxiety. *Infant Behavior and Development*, *30*(1), 161–167.
- O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., Beveridge, M., & Glover, V. (2002). Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. *The British Journal of Psychiatry*, *180*(6), 502–508.
- O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., & Glover, V. (2003). Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *44*(7), 1025–1036.
- Papoušek, H., & Papoušek, M. (2002). Intuitive parenting. In M. H. Bornstein (Hrsg.), *Handbook of Parenting Volume 2 Biology and Ecology of Parenting* (S. 182–203). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Pauen, S. (2011). *Vom Baby zum Kleinkind. Entwicklungstagebuch zur Beobachtung und Begleitung in den ersten Jahren*. Heidelberg: Springer.
- Pauen, S., Frey, B., & Ganser, L. (2014). Entwicklungspsychologie in den ersten drei Lebensjahren. In M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0-3 Jahre: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (S. 21–37). Berlin Heidelberg: Springer.
- Petermann, F., Niebank, K., & Scheithauer, H. (2000). *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung*. Göttingen: Hogrefe.

- Petermann, F., & Resch, F. (2013). Entwicklungspsychopathologie. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie* (7. Aufl., S. 57–76). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Petermann, U., Petermann, F., & Damm, F. (2008). Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56(4), 243–253.
- Ramsauer, B., Gehrke, J., Lotzin, A., Powell, B., & Romer, G. (2011). Bindung und Bindungstherapie: Die Hamburger Interventionsstudie "Kreis der Sicherheit". *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60(6), 417–429.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50(5–6), 871–878.
- Reck, C. (2012). Depression und Angststörung im Postpartalzeitraum: Prävalenz, Mutter-Kind-Beziehung und kindliche Entwicklung. In M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0-3 Jahre: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (S. 301–309). Berlin Heidelberg: Springer.
- Reck, C., Hunt, A., Fuchs, T., Weiss, R., Noon, A., Moehler, E., ... Mundt, C. (2004). Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: an overview. *Psychopathology*, 37(6), 272–280.
- Reck, C., Müller, M., Tietz, A., & Möhler, E. (2013). Infant distress to novelty is associated with maternal anxiety disorder and especially with maternal avoidance behavior. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(4), 404–412.
- Reck, C., Noe, D., Gerstenlauer, J., & Stehle, E. (2012). Effects of postpartum anxiety disorders and depression on maternal self-confidence. *Infant Behavior and Development*, 35, 264–272.
- Reck, C., Noe, D., Weinberg, M., Tronick, E., & Cenciotti, F. (2009). *Infant and Caregiver Engagement Phases (ICEP) - Revised Version*. Unpublished manuscript, Heidelberg, Department of General Psychiatry.
- Reck, C., Nonnenmacher, N., & Zietlow, A.-L. (2016). Intergenerational transmission of internalizing behavior: the role of maternal psychopathology, child responsiveness and maternal attachment style insecurity. *Psychopathology*, 49(4), 277–284.

- Reck, C., Struben, K., Backenstrass, M., Stefenelli, U., Reinig, K., Fuchs, T., ... Mundt, C. (2008). Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *118*(6), 459–468.
- Reck, C., Van Den Bergh, B., Tietz, A., Müller, M., Ropeter, A., Zipser, B., & Pauen, S. (2018). Maternal avoidance, anxiety cognitions and interactive behaviour predicts infant development at 12 months in the context of anxiety disorders in the postpartum period. *Infant Behavior and Development*, *50*, 116–131.
- Rinck, M., & Becker, E. S. (2011). Lernpsychologische Grundlagen. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 107–127). Berlin Heidelberg: Springer.
- Riva Crugnola, C., Ierardi, E., Ferro, V., Gallucci, M., Parodi, C., & Astengo, M. (2016). Mother-Infant Emotion Regulation at Three Months: The Role of Maternal Anxiety, Depression and Parenting Stress. *Psychopathology*, *49*(4), 285–294.
- Rothenberger, S. E., Moehler, E., Reck, C., & Resch, F. (2010). Prenatal stress: course and interrelation of emotional and physiological stress measures. *Psychopathology*, *44*(1), 60–67.
- Schneider, S., In-Albon, T., Nuendel, B., & Margraf, J. (2013). Parental Panic Treatment Reduces Children's Long-Term Psychopathology: A Prospective Longitudinal Study. *Psychotherapy and psychosomatics*, *82*(5), 346–348.
- Schneider, S., & Margraf, J. (1998). *Agoraphobie und Panikstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schreier, A., Wittchen, H.-U., Höfler, M., & Lieb, R. (2008). Anxiety disorders in mothers and their children: prospective longitudinal community study. *The British Journal of Psychiatry*, *192*(4), 308–309.
- Seehagen, S., Schneider, S., Rudolph, J., Ernst, S., & Zmyj, N. (2015). Stress impairs cognitive flexibility in infants. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *112*(41), 12882–12886.
- Sorce, J. F., Emde, R. N., Campos, J. J., & Klinnert, M. D. (1985). Maternal emotional signaling: Its effect on the visual cliff behavior of 1-year-olds. *Developmental Psychology*, *21*(1), 195–200.
- Spearman, C. (1910). Correlation calculated from faulty data. *British journal of psychology*, *3*(3), 271–295.

- Spinner, M. R. (1978). Maternal-infant bonding. *Canadian Family Physician*, 24, 1151–1153.
- Stein, A., Lehtonen, A., Harvey, A. G., Nicol-Harper, R., & Craske, M. (2008). The influence of postnatal psychiatric disorder on child development. *Psychopathology*, 42(1), 11–21.
- Striano, T., & Hoehl, S. (2011). Kontextuelle Einflüsse auf die kindliche Informationsverarbeitung. In H. Keller (Hrsg.), *Handbuch der Kleinkindforschung*. Bern: Hans Huber.
- Tietz, A., Zietlow, A.-L., & Reck, C. (2014). Maternal bonding in mothers with postpartum anxiety disorder: the crucial role of subclinical depressive symptoms and maternal avoidance behaviour. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 433–442.
- Tolstoi, L. N. (o. J.). Welch' wunderbares Geheimnis ist der Eintritt eines neuen Menschen in die Welt. *Sprüche zur Geburt*. Zitat. Abgerufen 6. März 2018, von <https://www.sprueche-zur-geburt.info/sprueche-zur-geburt/7/>.
- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child psychiatry*, 17(1), 1–13.
- Tronick, E., Als, H., & Brazelton, T. B. (1980). Monadic phases: A structural descriptive analysis of infant-mother face to face interaction. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, 26(1), 3–24.
- Tronick, E. Z., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., ... Stern, D. N. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant mental health journal*, 19(3), 290–299.
- Tronick, E. Z., & Cohn, J. F. (1989). Infant-mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. *Child development*, 60, 85–92.
- Tronick, E. Z., & Gianino, A. F. (1986). The transmission of maternal disturbance to the infant. *New directions for child and adolescent development*, 34, 5–11.
- Tronick, E. Z., & Weinberg, M. K. (1990). The infant regulatory scoring system (IRSS). *Unpublished manuscript, Children's Hospital/Harvard Medical School, Boston, MA*.

- Tronick, E. Z., & Weinberg, M. K. (1990). The maternal regulatory scoring system (MRSS). *Unpublished manuscript, Children's Hospital/Harvard Medical School, Boston, MA.*
- Unnewehr, S., Schneider, S., Florin, I., & Margraf, J. rgen. (1998). Psychopathology in children of patients with panic disorder or animal phobia. *Psychopathology, 31*(2), 69–84.
- Van den Bergh, B. R. H., Mulder, E. J. H., Mennes, M., & Glover, V. (2005). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 29*(2), 237–258.
- Weinberg, M. K., Beeghly, M., Olson, K. L., & Tronick, E. (2008). Effects of maternal depression and panic disorder on mother–infant interactive behavior in the Face-to-Face Still-Face paradigm. *Infant mental health journal, 29*(5), 472–491.
- Weinberg, M. K., & Tronick, E. Z. (1996). Infant Affective Reactions to the Resumption of Maternal Interaction after the Still-Face. *Child development, 67*(3), 905–914.
- Weinberg, M. K., Tronick, E. Z., Cohn, J. F., & Olson, K. L. (1999). Gender differences in emotional expressivity and self-regulation during early infancy. *Developmental psychology, 35*(1), 175–188.
- Whaley, S. E., Pinto, A., & Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(6), 826–836.
- Wiegand-Grefe, S., Geers, P., Plaß, A., Petermann, F., & Riedesser, P. (2009). Kinder psychisch kranker Eltern: Zusammenhänge zwischen subjektiver elterlicher Beeinträchtigung und psychischer Auffälligkeit der Kinder aus Elternsicht. *Kindheit und Entwicklung, 18*(2), 111–121.
- Wiegand-Grefe, S., & Petermann, F. (2016). Kinder psychisch erkrankter Eltern. *Kindheit und Entwicklung, 25*(2), 63–67.
- Wittchen, H.-U., Fydrich, T., & Zaudig, M. (1997). *SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II.* Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2004). Angststörungen (Heft 21). In Robert Koch-Institut (Hrsg.), *Gesundheitsberichterstattung des Bundes.* Berlin: Robert Koch-Institut.

- Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S., & Cambron, S. (2002). The behavior of anxious parents: Examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*(3), 364–374.
- Wortmann-Fleischer, S., Downing, G., & Hornstein, C. (2006). *Postpartale psychische Störungen: Ein interaktionszentrierter Therapieleitfaden*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Zietlow, A.-L., Schlüter, M. K., Nonnenmacher, N., Müller, M., & Reck, C. (2014). Maternal self-confidence postpartum and at pre-school age: the role of depression, anxiety disorders, maternal attachment insecurity. *Maternal and Child Health Journal, 18*, 1873–1880.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Phasen der Bindungsentwicklung nach Bowlby in Lohaus und Vierhaus (2013) und Bowlby (1969/1982)	17
Tabelle 2: Übersicht über wichtige frühkindliche Entwicklungsbereiche in den ersten drei Jahren aus Pauen (2011) und Pauen et al. (2014)	30
Tabelle 3: Übersicht über die Erhebungsverfahren und die verwendeten Messinstrumente im Studienverlauf	84
Tabelle 4: Deskriptive Angaben der Kinder und Tests auf Vergleichbarkeit der beiden Gruppen in der Stichprobe	87
Tabelle 5: Deskriptive Angaben der Mütter und Tests auf Vergleichbarkeit der beiden Gruppen der Stichprobe	89
Tabelle 6: Übersicht über die verwendeten Codes getrennt für Mutter, Kind und Dyade	99
Tabelle 7: Übersicht über die relevanten elterlichen Skalen der Grundversion des CIB	101
Tabelle 8: Übersicht über die relevanten kindlichen Skalen der Grundversion des CIB	104
Tabelle 9: Übersicht über die Composites des CIB	108
Tabelle 10: Übersicht der relevanten Variablen der Korrelationsanalyse	117
Tabelle 11: Unterschiede zwischen der Gruppenzuweisung der Mütter (KG vs. KLG) und den Variablen der ICEP	122
Tabelle 12: Unterschiede zwischen der Gruppenzuweisung der Mütter (KG vs. KLG) und den Composites des CIB	123
Tabelle 13: Übersicht über den Zusammenhang zwischen der frühen maternalen Interaktion (ICEP) und den Composites des CIB	124
Tabelle 14: Übersicht über den Zusammenhang zwischen der frühen kindlichen und dyadischen Interaktion (ICEP) und den Composites des CIB	125
Tabelle 15: Übersicht über den Zusammenhang zwischen den Composites des CIB	126
Tabelle 16: Übersicht über den Zusammenhang zwischen den Untertests des AKV zu T1 und den CIB Composites	128
Tabelle 17: Übersicht über den Zusammenhang zwischen den Untertests des AKV zu T2 und den CIB Composites	129

Tabelle 18: Übersicht über die direkten Effekte früher maternaler Angst (ACQ (T1) & MIA (T1)) auf die kindliche Beteiligung ("involvement") und das kindliche Rückzugsverhalten ("withdrawal").....	131
Tabelle 19: Indirekte Effekte (Mediatoren) der frühen maternalen Angstkognition (ACQ (T1)) auf die kindliche Beteiligung ("involvement") mit fünf Jahren	133
Tabelle 20: Indirekte Effekte (Mediatoren) der frühen maternalen Angstkognitionen (ACQ (T1)) auf den kindlichen Rückzug ("withdrawal") mit fünf Jahren.....	134
Tabelle 21: Indirekte Effekte (Mediatoren) des frühen maternalen Vermeidungsverhaltens (MIA (T1)) auf die kindliche Beteiligung ("involvement") mit fünf Jahren	135
Tabelle 22: Indirekte Effekte (Mediatoren) des frühen maternalen Vermeidungsverhaltens (MIA (T1)) auf den kindlichen Rückzug ("withdrawal") mit fünf Jahren	136
Tabelle 23: Übersicht über den Zusammenhang zwischen der CBCL und den Composites des CIB.....	138
Tabelle 24: Übersicht über den Zusammenhang zwischen der CBCL und den Untertests des AKV zu T1 und T2.....	139

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Übersicht über den Reparatursprozess in der Interaktion von Tronick et al. (1998).....	20
Abbildung 2. Übersicht über das Zusammenwirken relevanter Faktoren in prä- und postnataler Periode und im weiteren Entwicklungsverlauf nach Petermann et al. (2008).....	38
Abbildung 3. Der Teufelskreis bei Angstanfällen nach Margraf und Schneider (1990).	57
Abbildung 4. Generationsübergreifende Einflussfaktoren auf die Weitergabe von Angststörungen nach Leibowitz et al. (2016).....	72
Abbildung 5. Übersicht über den Beginn der Angststörungen in der klinischen Gruppe mit Anzahl und gerundeten Prozentangaben.....	86
Abbildung 6. Übersicht über die verschiedenen Diagnosen in der klinischen Gruppe und den Ersterkrankungszeitraum.	86
Abbildung 7. Übersicht über den Bildungsgrad jeweils getrennt für die beiden Untersuchungsgruppen in Prozentangaben.	90
Abbildung 8. Moderationsmodell mit Moderationsvariable (M), unabhängiger Variable (X), abhängiger Variable (Y) und Interaktionsterm (X x M) nach Hayes (2013).	112
Abbildung 9. Mediationsmodell mit Mediationsvariable (M), unabhängiger Variable (X) und abhängiger Variable (Y) sowie den jeweiligen Pfaden a, b und c zwischen den einzelnen Variablen nach Hayes (2013).	113
Abbildung 10. Mediationsmodell 6 mit drei Mediationsvariablen (M1, M2 und M3), unabhängiger Variable (X) und abhängiger Variable (Y) nach Hayes (2013).	119
Abbildung 11. Übersicht über die relevanten Variablen des Modells 6 der Mediationsanalyse.	120

Eidesstattliche Versicherung



Versicherung an Eides statt

(gemäß § 8 Abs. 2 Nr. 4 Promotionsordnung für die Fakultäten 09, 10, 11, 12 und 13
(2016) vom 15. September 2016)

Name: Frau Labonte Vorname: Verena

Hiermit versichere ich an Eides statt, dass die Dissertation

“ Die Bedeutung der Interaktion für die intergenerationale Transmission maternaler
Angststörungen“

selbständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe angefertigt und keine anderen, als die von mir angegebenen Schriften und Hilfsmittel benutzt wurden. Die den benutzten Werken wörtlich und inhaltlich entnommenen Stellen sind kenntlich gemacht.

12. März 2018, Verena Labonte

Datum, Unterschrift Doktorand/in