

# Postpartale Depression und Angststörungen: Mutter-Kind- Interaktion, kindliche Entwicklung und Intervention

---

Prof. Dr. Corinna Reck

Ludwig-Maximilians-Universität München

Landratsamt Landsberg, KOKI, 8.11.2017

# Diagnostische Einordnung

- Keine spezifischen Diagnosekriterien für postpartale psychische Störungen
- **DSM-5:** Zusatzkodierung „mit peripartalem Beginn“, wenn die depressive Symptomatik während der Schwangerschaft und in einem Zeitraum von vier Wochen nach der Entbindung auftritt.
- **ICD-10:** Auftreten depressiver Symptome innerhalb der ersten sechs Wochen postpartum

# Risikofaktoren

---

Vorhergehende depressive Episoden und Angststörungen

Baby Blues

Ungewolltheit der Schwangerschaft

Kritische Lebensereignisse

Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen

wahrgenommener Stress

Selbstwirksamkeitserleben

unsicherer Bindungsstil

Partnerschaftsprobleme

Mangelnde soziale Unterstützung

Arbeitslosigkeit

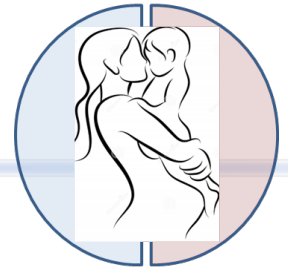
Finanzielle Schwierigkeiten

vorangegangene Fehlgeburten

Mehrlingsschwangerschaften

Gesundheitliche Probleme des Kindes

# Psychische Störungen in der Postpartalzeit



## Hohe Prävalenzraten:

- Depression: 6,1% ; Angststörungen: 11,6 % (Reck et al., 2008)
- Treten häufig komorbid auf (Penninx et al., 2011)
- 50% der Frauen schon in Schwangerschaft betroffen (Falkai & Wittchen, 2015)

## Auswirkungen für Mutter und Kind

- Häufig komorbid auftretende Beziehungsstörungen und dysfunktionale Mutter-Kind-Interaktion
- Remission der Depression führt nicht zwangsweise zur Verbesserung der Beziehung oder Interaktion (Nonnenmacher et al., 2016, Reck et al., 2016)
- Transgenerationale Vermittlung: Nachkommen 2-9fach erhöhtes Erkrankungsrisiko (Merikangas et al., 2014; Mico et al., 2009)

# Die Heidelberger Prävalenzstudie (N=1024)

---

Depressive Störungen: 6,1% ,

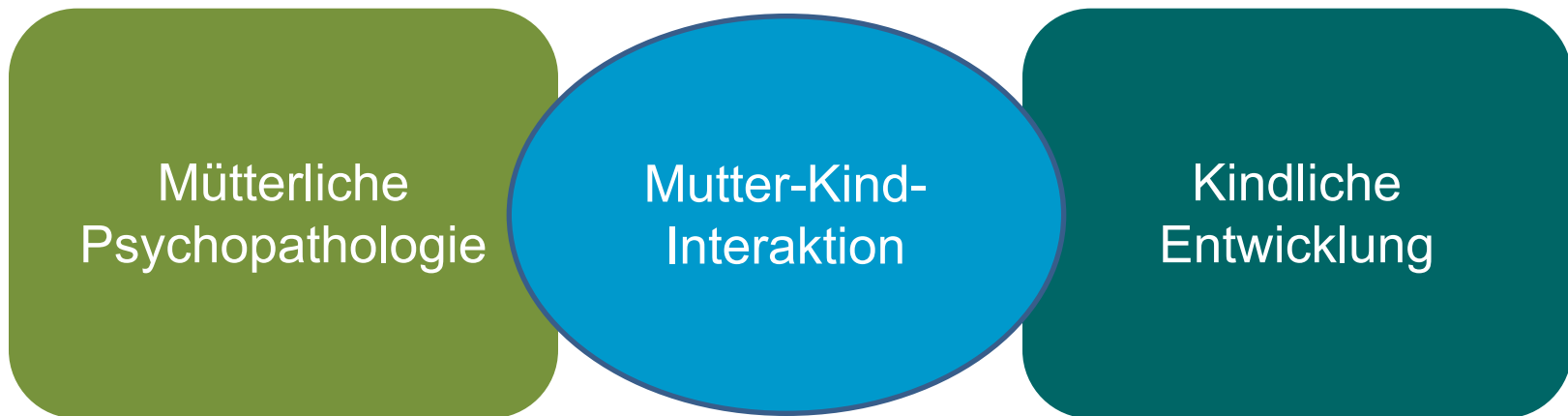
Postpartale Angststörung: 11,1 %

Angststörung oder/ und Depression: 15,1%

Baby Blues: 55,8%

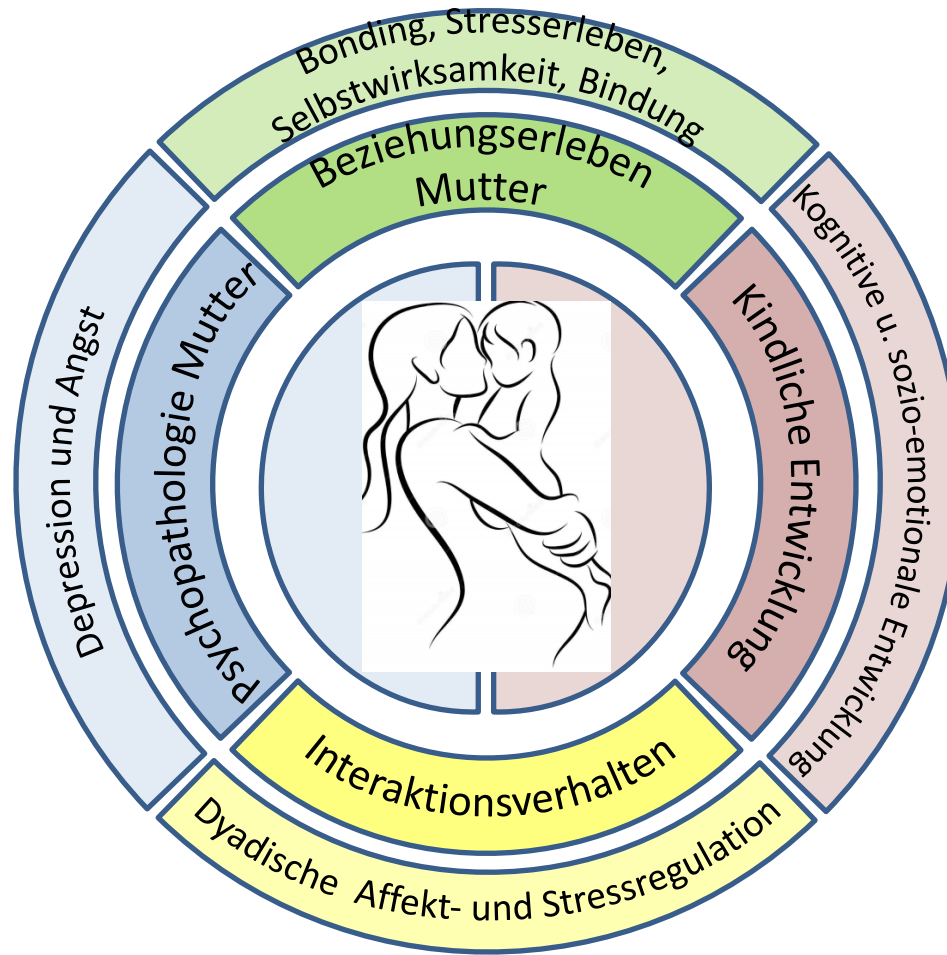
## Relevanz des Forschungsthemas

- Wenig Wissen zu den Vermittlungswegen zwischen mütterlicher Psychopathologie und kindlicher kognitiver und affektiver Entwicklung



# Mutter-Kind-Beziehung

# Überblick



**Ziel: Identifikation von Beziehungs- und Interaktionsmustern als Ansatzpunkt für Präventions- und Interventionsmaßnahmen**



# Mütterliches Bonding

---

- Erste emotionale Bindung der Mutter nach der Geburt an ihr Kind, die sich in den ersten Wochen nach der Geburt entwickelt (Klaus, Kennel & Klaus, 1995)
- Verzögertes Bonding erleben bis zu 40% aller Wöchnerinnen (Kumar, 1997), gradueller Anstieg des Bondings (Taylor et al., 2005)
- Oxytocin: Je höher während Schwangerschaft und kurz nach Geburt, desto stärker das Bonding (Feldman et al., 2007)
- Negative Korrelation zwischen mütterlichem Bonding & postpartalen Depressionen (Möhler et al., 2006; Reck et al., 2006)
  - Erhöhtes Risiko für Bondingstörungen (Brockington, 2004; Brockington, et al., 2001; Hornstein et al., 2009)

# Bondingstörungen

---

- Starkes und andauerndes Fehlen einer emotionalen Verbundenheit zwischen Mutter und Kind bis hin zur Feindseligkeit (Brockington et al., 2001; Sluckin, 1998)
  - 2 Wochen postpartal: 6,4% gesunde vs. 17% depressive Mütter (Reck et al., 2006) , über Postpartalzeit 29% (Brockington et al., 2001)
  - Typische Gedanken:
    - „Ich will mein Kind nicht anfassen“
    - „Ich wünschte, ich hätte es nie bekommen“
    - „Ich hoffe, es würde sterben“ oder auch „Es könnte das Baby von jedem sein“
    - „Von Anfang an war mit dem Kind etwas nicht in Ordnung“
- Scham- und Schuldgefühle

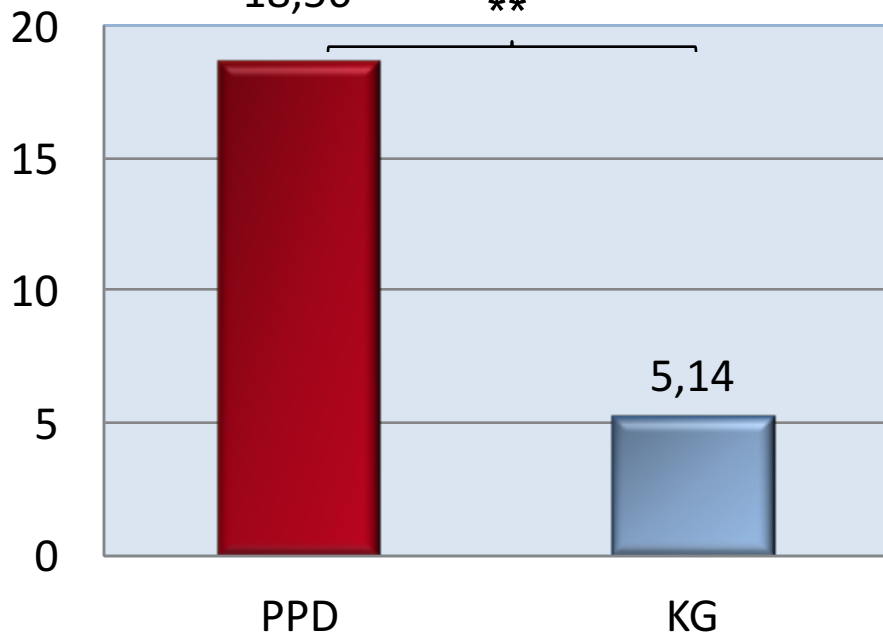
# Wie entwickelt sich Bonding über den Verlauf einer PPD? Gibt es Zusammenhänge mit Stresserleben?

## T1: Akute depressive Episode

### Bonding (PBQ-16)

18,56

\*\*



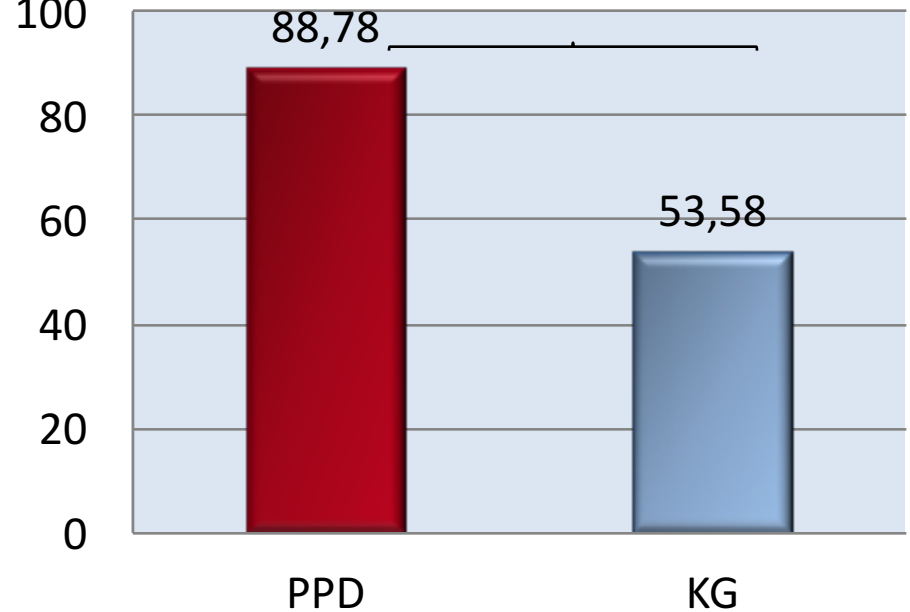
### Stresserleben (PSI-SF)

\*\*

100

88,78

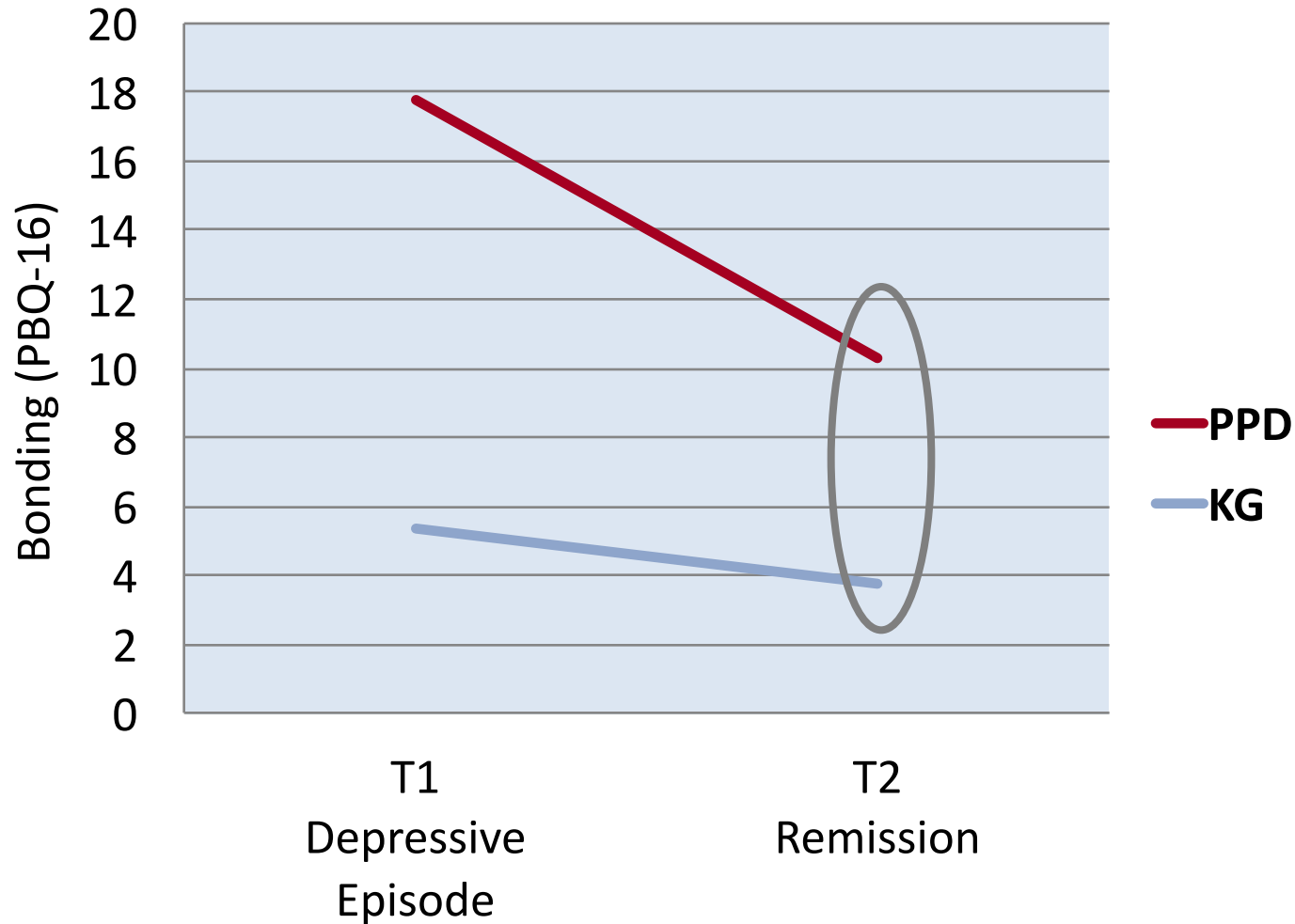
53,58



$N = 63$ ;  $n = 31$  mit PPD;  $n = 32$  KG; Alter Kinder: T1:  $M = 3,9$ ; Monate T2:  $M = 6,3$  Monate  
T1 = akute depressive Episode; T2 = nach Remission ( $BDI \leq 11$ )

Höhere Werte PBQ → niedrigeres Bonding

# Wie entwickelt sich Bonding über den Verlauf einer PPD?



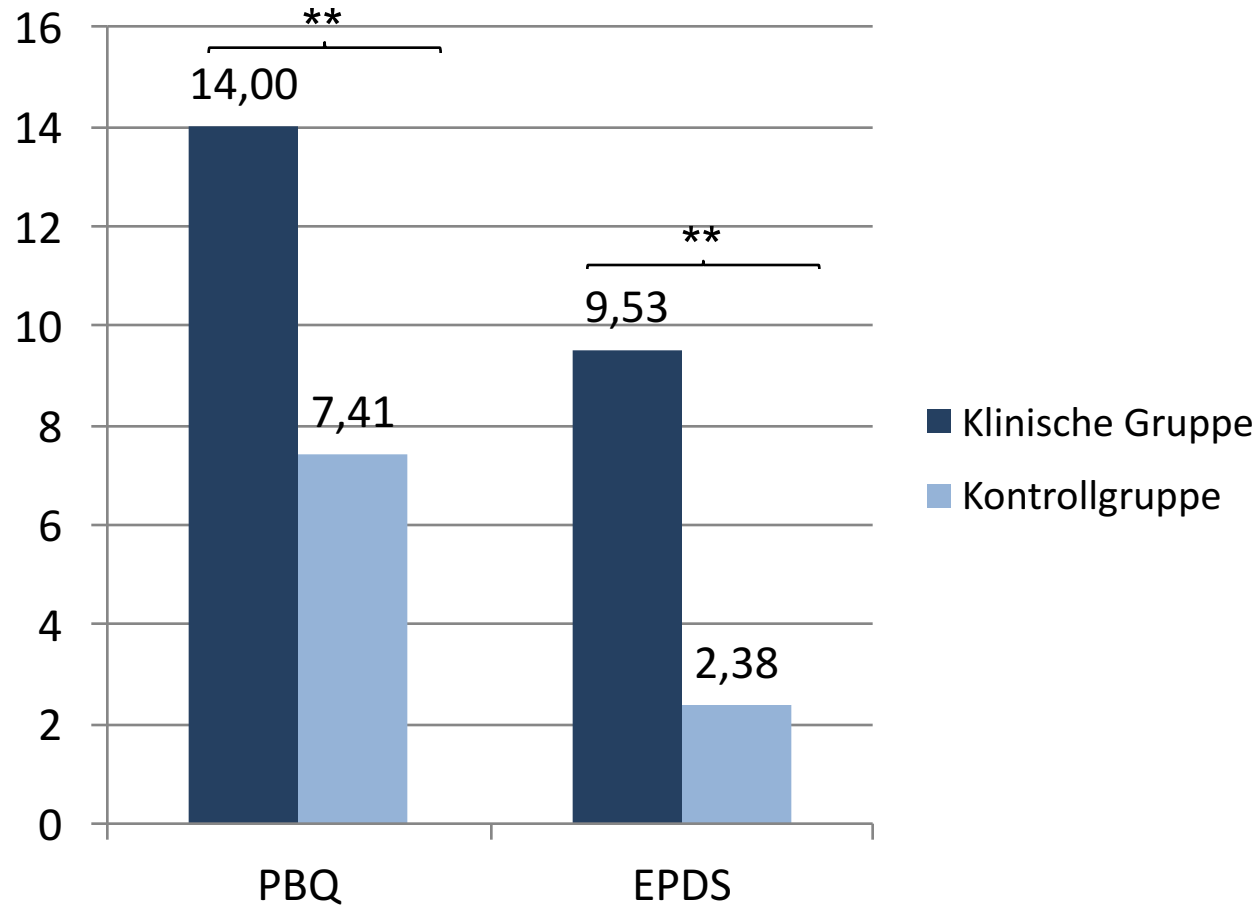
Höhere Werte PBQ → niedrigeres Bonding

# Welcher Zusammenhang besteht zwischen Bonding und Stresserleben über den Verlauf einer PPD?

---

- Besseres Bonding kann negative Effekte der PPD auf Stresserleben abmildern
- Gleichzeitig stellt es ein vermindertes Bonding einen zusätzlichen Risikofaktor für Stresserleben dar
- Bonding mediiert den Zusammenhang zwischen PPD und Stresserleben

# Bonding bei postpartalen Angststörungen



Höhere Werte PBQ → niedrigeres Bonding

---

# **Mutter-Kind-Interaktion im Kontext von PPD und PPA**

---

# Intuitive elterliche Kompetenzen (Papoušek & Papoušek 1987, 1991)

- Implizites Wissen um adequaten Umgang mit dem Kind, automatisch aktiviert
- Prototypische Verhaltensmuster:
  - Nähe-Distanz-Regulierung, lebhafte Mimik
  - Blickkontakt, Grußreaktion
  - „Babysprache“, hohe Stimme, etc.
- Kontingenz → Selbstwirksamkeit, Handlungskompetenz, Kausalität

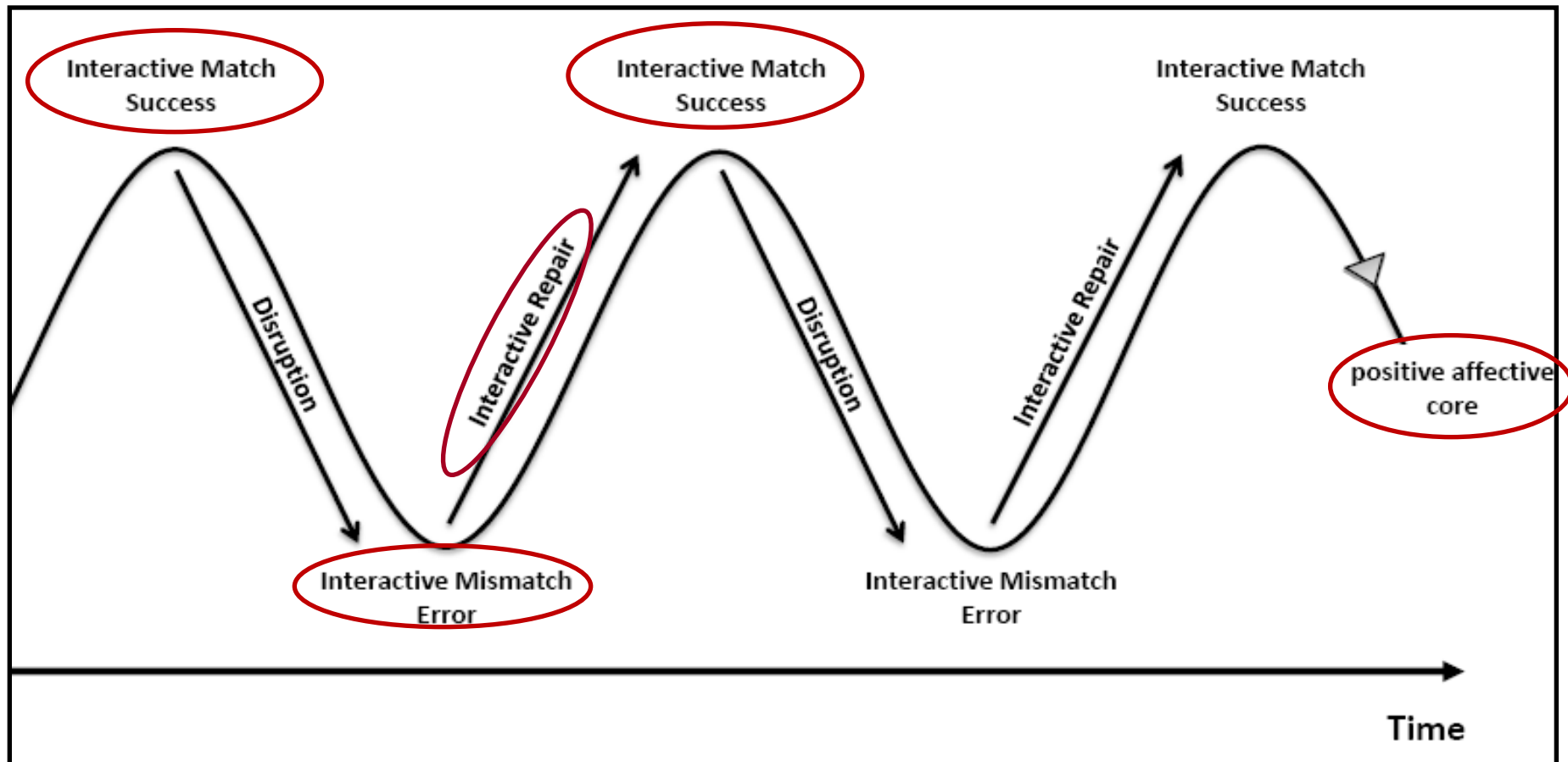


# Mutter-Kind-Interaktion im Blickpunkt: Fähigkeiten des Neugeborenen

- Gesichtswahrnehmung
  - Angeborene Orientierung auf und Präferenz von Gesichtern
  - Neugeborene können das Gesicht der Mutter von anderen unterscheiden

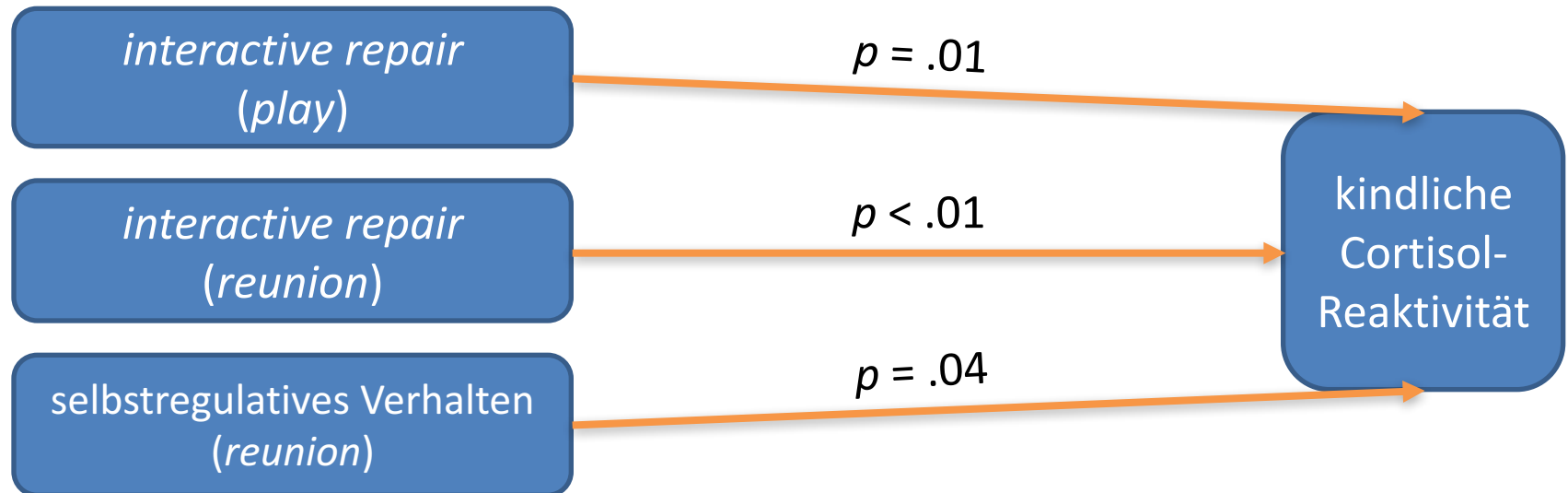
# Interaktionsmodell wechselseitiger Regulationsprozesse

(Tronick, 1989, 1990; Tronick & Weinberg, 1997)



# What interactive Repair is meant to do

(Müller, Zietlow, Tronick & Reck, 2015)



# Subgruppen depressiver Mütter

---

Zurückgezogenes, wenig engagiertes Interaktionsverhalten (Desinteresse)

Intrusives Interaktionsverhalten (Anspannung und Ärger, unterbricht die Aktivitäten des Kindes, laute Stimme)

Positives engagiertes Interaktionsverhalten

# Still-Face-Situation

---

## Typische Reaktionen der Säuglinge depressiver Mütter:

Unternehmen deutlich weniger Anstrengungen, ihre Mutter zu aktivieren

Hemmung vokaler Äußerungen

mehr selbstberuhigende Verhaltensweisen;

passiver Copingstil, aktives Ziel, Reziprozität herzustellen, misslingt;

Vulnerabilität im Sinne der ‚erlernten Hilflosigkeit‘.

# Teufelskreis 1: Rückzugsverhalten der Mutter

---

Enttäuschung, Rückzug,  
"Mein Baby liebt mich nicht!"  
Negativer Selbstwert,  
Schuldgefühle, Depression

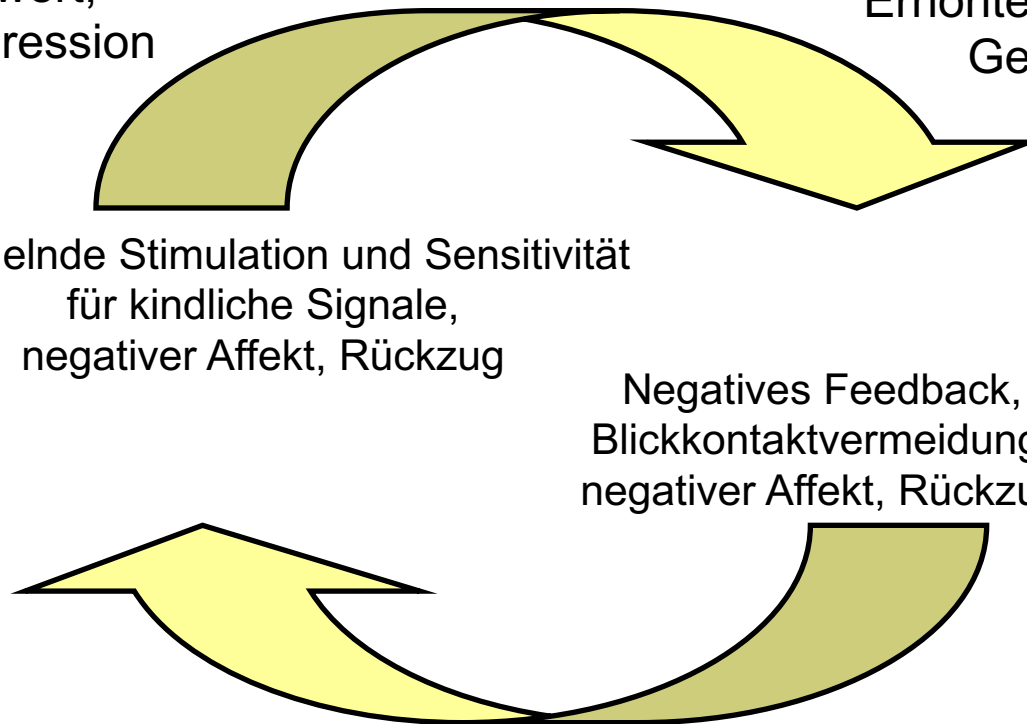
Geringe Selbstwirksamkeit,  
Desinteresse, Rückzug,  
Erhöhte Stressparameter,  
Generalisierung

Mangelnde Stimulation und Sensitivität  
für kindliche Signale,  
negativer Affekt, Rückzug

Negatives Feedback,  
Blickkontaktvermeidung,  
negativer Affekt, Rückzug

Mutter

Kind

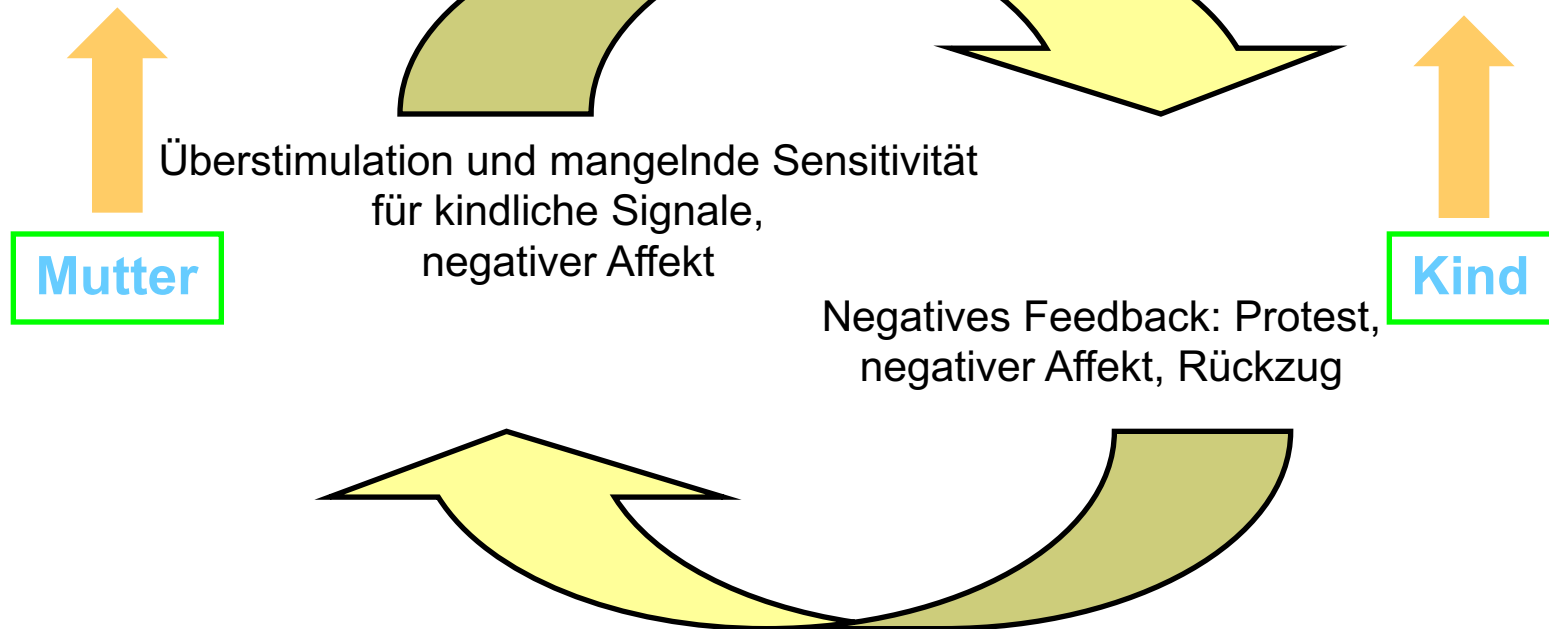


## Teufelskreis 2: intrusives Verhalten der Mutter

---

Erschöpfung, Enttäuschung,  
Mutter strengt sich noch mehr an,  
“Mein Baby liebt mich nicht!”  
Schuldgefühle, Depression

Geringe Selbstwirksamkeit,  
Protest, Rückzug,  
erhöhte Stressparameter,  
Generalisierung



# Mutter-Kind-Interaktion: PPD und PPA

## Mutter

### PPD

Reduzierte  
Sensitivität

Passives bzw.  
intrusives  
Verhalten,  
weniger  
Positivität

### PPA

Heterogene  
Studienlage zu  
Sensitivität

Weniger  
Positivität, mehr  
Intrusivität

## Dyade - PPD

Beeinträchtigte  
Repair-Kapazität

Geringere  
interaktive  
Affektkoordination

## Kind

### PPD

Geringere  
Responsivität,  
weniger positiver  
Affekt

Vermehrte  
Selbstregulation

### PPA

Mehr Rückzug,  
weniger  
Exploration

Mehr Protest



---

# **Kindliche Entwicklung im Kontext von PPD und PPA**

---

---

# **Kindliche Entwicklung im Kontext von PPD und PPA**

---

# Postpartale Depression und kognitive Entwicklung

---

- Meta-Analyse: Depressionen und Angst in Peripartalzeit → Einschränkungen der kognitiven wie auch sozio-emotionalen Entwicklung (Kingston & Tough, 2014)
- weniger Imitation und schlechtere Sprachentwicklung mit 12 Monaten (Perra et al., 2015, Quevedo et al., 2012)
- Im Alter von 11 Jahren geringerer IQ; nicht betroffen: Kinder, deren Mütter später erkrankten (Hay et al. 2001)
- Im Alter von 16 Jahren → negativer Effekt auf akademische Leistung nur bei Jungen (Murray et al., 2010)

# Postpartale Depression und sozio-emotionale Entwicklung

---

- Schlafprobleme in den ersten Lebensmonaten (Petzoldt et al., 2015)
- Seltener sichere & häufiger vermeidende & desorganisierte Bindung (Metaanalyse, Martins & Gaffan, 2000)
- Prädiktor für die Behaviorale Inhibition mit 14 Monaten (Möhler et al., 2006)
- Deutlicher Zusammenhang zwischen mütterlicher Depression und internalisierenden wie auch externalisierende Störungen (Metaanalyse, Goodman et al., 2011)
- Geringeres Empathieempfinden im Vorschulalter (Jones et al., 2000)
- Im Alter von 16 Jahren höhere Depressionsraten (Murray et al., 2011)

# Postpartale Angststörungen und kognitive & sozio-emotionale Entwicklung

---

- Erhöhte Angst vor neuen Reizen im Säuglingsalter (Reck et al., 2013)
- Geringere kognitive Entwicklung mit 24 und 36 Monaten (Ibanez et al., 2015)
- Höhere Impulsivität im Jugendalter (Van den Bergh, 2005)
- 4-6fach erhöhtes Risiko bis ins Jugendalter an Angststörungen zu erkranken (Lebowitz et al., 2016; Low et al., 2012)

# Klinische Implikationen

- Videobasierte Mutter-Kind-Therapie
  - Positivität, Ammensprache, Kontingenz, Affektregulation, Reduktion der Stressreaktivität
- Verhaltensänderung
  - Vermeidung von angstbesetzten Situationen (Exposition)
- Kognitive Techniken
  - Befürchtungen, Sorgen, Ängste, kognitive Verzerrungen

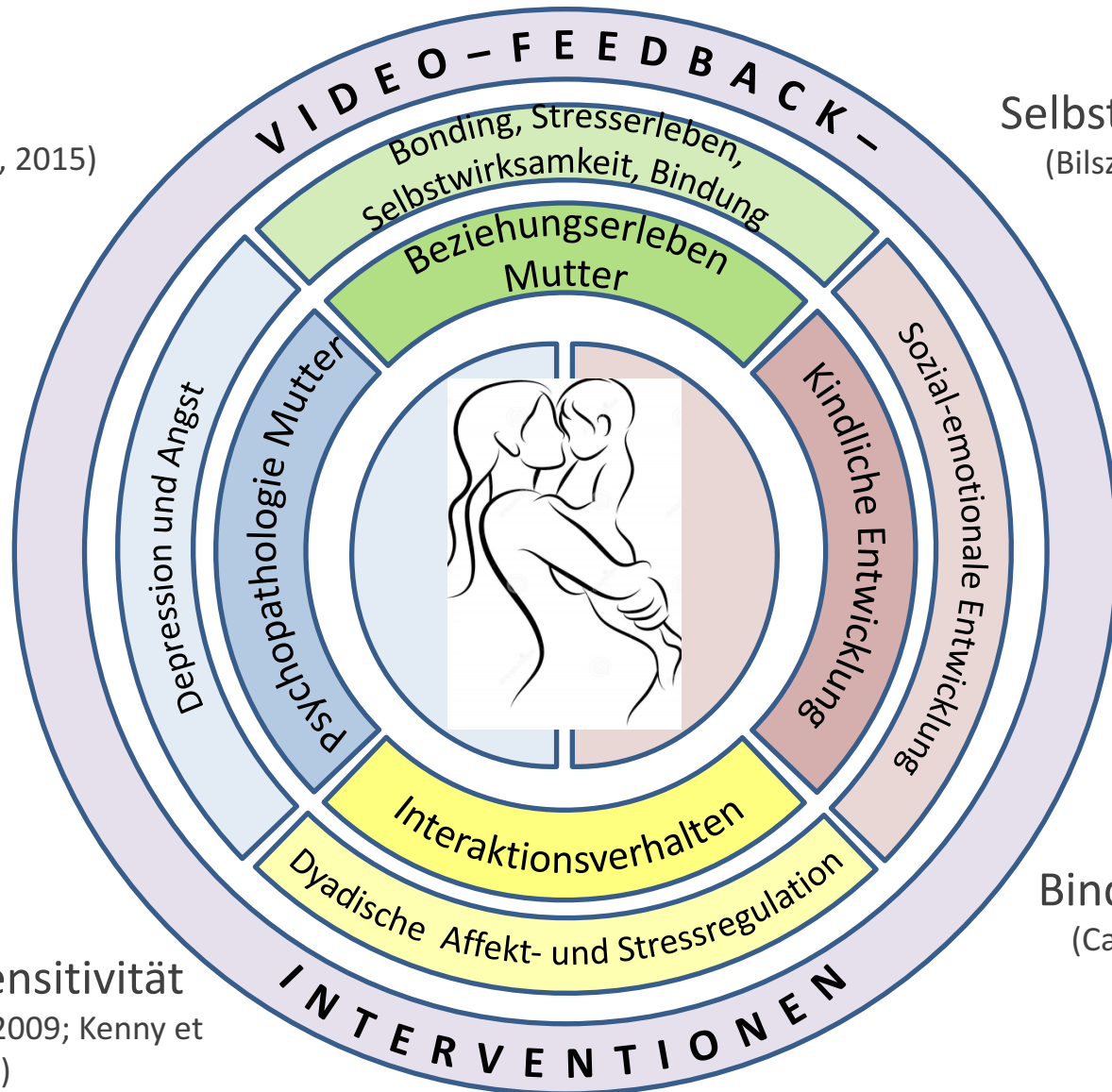
# Behandlung der Mutter-Kind-Beziehung

- **Interaktionsfokussierte Interventionen** beeinflussen das kindliche Interaktionsverhalten positiv (mehr Interesse und Freude im Face-to-Face Kontakt im Alter von 3 Monaten) ohne Reduktion der depressiven Symptomatik (Jung et al., 2007)
- Signifikant positive Beeinflussung der **Mutter-Kind-Bindung** (Cicchetti et al., 1999; Cohen et al., 2002) sowie der **mütterlichen Sensitivität** und der **kindlichen Bindungssicherheit** (Meta-Analyse: Bakermans-Kranenburg et al., 2003)
- Keine Studien zur Wirksamkeit von Mutter-Kind-Interventionen bei **postpartalen Angststörungen** (Review und Meta-Analyse, Goodman et al., 2016)

# Interventionen:

Bonding  
(Hoffenkamp et al., 2015)

Selbstwirksamkeit  
(Bilszta et al., 2012)



Kindliche Bindungssicherheit  
(Cassibba, et al., 2015)

Mütterliche Sensitivität  
(Kalinauskiene et al., 2009; Kenny et al., 2013)

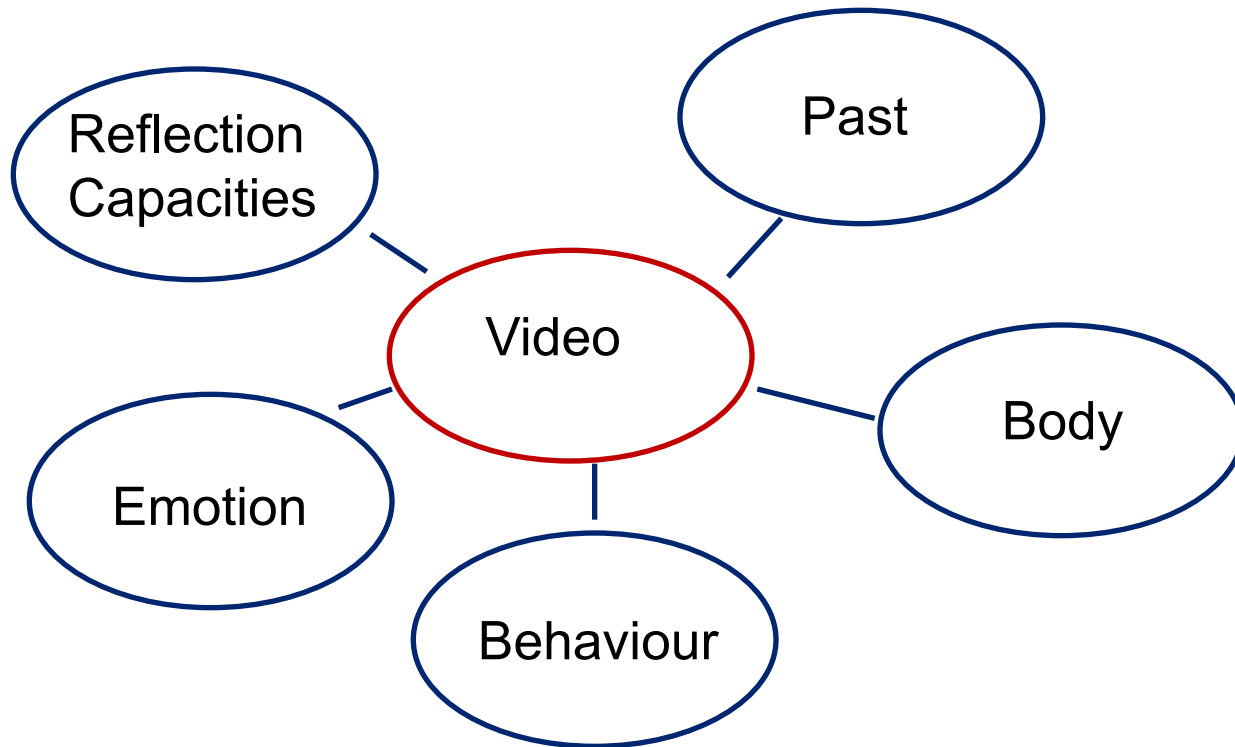


# Intervention (VIT)

- Stärkung der Dyade durch positives Feedback, keine Kritik üben;
- Korrektur negativer Wahrnehmungen des Selbst, des Kindes und der Mutter-Kind-Beziehung;
- Sensibilisierung für den nonverbalen Austausch;
- Sensibilisierung für kindliche Signale durch direkte Beobachtung und Verbalisierung der TherapeutIn;
- Korrektur dysfunktionaler Interaktionsmuster;
- Bearbeitung von Projektionen auf das Kind

# Video-Interventions-Therapie nach G. Downing

---



# Behandlung im Postpartalzeitraum

**Störungsspezifische Interventionen:** psychotherapeutisch und/oder medikamentös

**Mutter-Kind-Therapie:**

Mutter-Kind-Interaktion – *soziale Kompetenz und Verbindung*

Mutter-Kind-Bindung – *Emotionale Verbindung “Bonding“ (körperorientiert und emotionsfokussiert)*

**Zentral:** *genaue Beobachtung, bzw. Wahrnehmung der Mutter-Kind- Interaktion und Beziehung*