



Frühe Mutter-Kind-Beziehung im Kontext postpartaler Depression und Angststörungen: Interaktionszentrierte und körperorientierte Intervention

Prof. Dr. Corinna Reck

Ludwig-Maximilians-Universität München

Leopoldstraße 44

80802 München

Thematischer Überblick

1. Die frühe Mutter-Kind-Interaktion & Verbindung, Co-Regulation und Entwicklung
2. Mutter-Kind-Beziehung im Kontext postpartaler Depression und Angststörungen
3. Interventionsansatz Beziehung: Interaktionszentrierte und körperorientierte Intervention

Thematischer Überblick

- frühe Mutter-Kind-Interaktion & Verbindung ist...
 - auf beiden Seiten u.a. auch biologisch angelegt
 - körpernah
 - ein wechselseitiger Regulationsprozess
 - störbar (z. B. psychische Erkrankung der Mutter) sowie äußere Stressoren
- Mutter-Kind-Therapie...
 - fokussiert auf die Interaktion
 - integriert schulenspezifische psychotherapeutische Ansätze



1. Die frühe Mutter-Kind-Interaktion & Verbindung

Bedeutung der peripartalen Störungen

Postpartale Störungen sind ein wichtiger Faktor in der transgenerationalen Transmission von psychischen Störungen, u.a. durch die Eltern-Kind-Interaktion



Neben der Behandlung der elterlichen Symptomatik liegt hier ein unmittelbarer Ansatzpunkt

t durch Identifikation und Modifikation von dysfunktionalen Interaktionsmustern (z. B. durch Videoanalyse).¹

¹ Reck et al., 2023

Grundlagen Sozialer Kognition / Soziales Lernen

Erste Lebensmonate:

- Erkennen (und präferieren) menschlicher Gesichter



Johnson & Morton (1991)

- Neugeborenenimitation (andere Artgenossen werden imitiert)



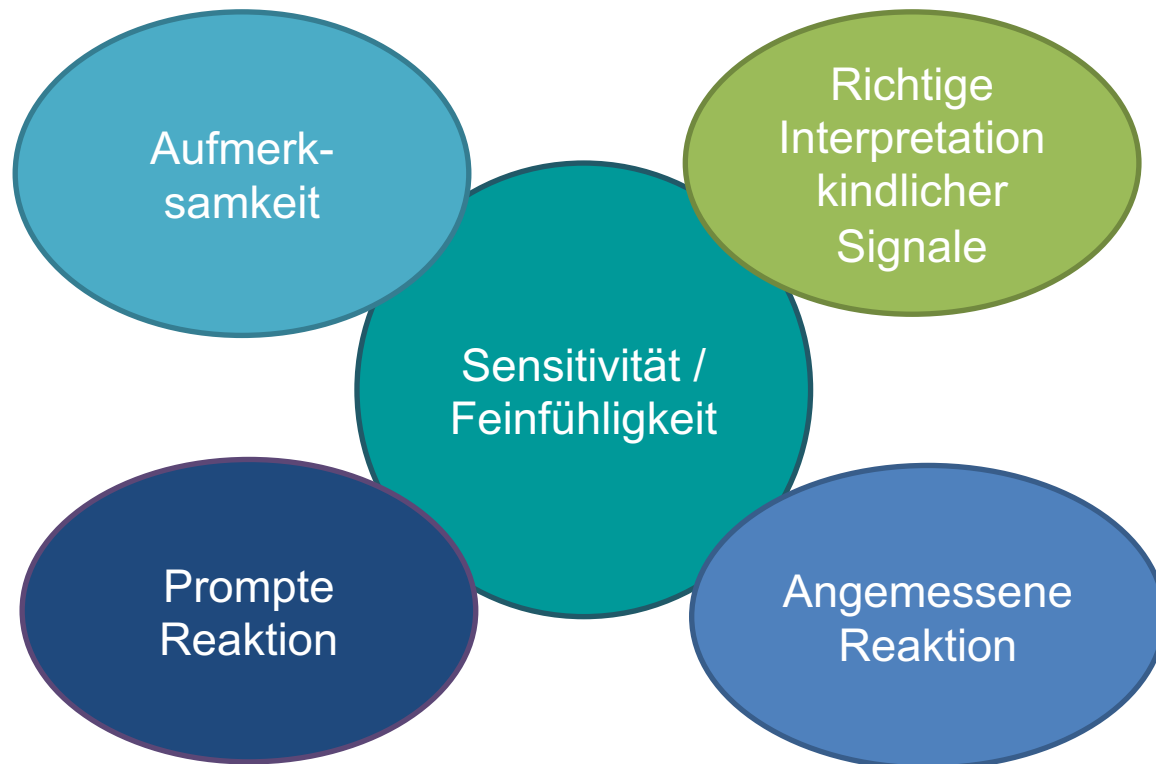
(Melzoff & Moore, 1986)

Intuitive elterliche Kompetenzen

(Papoušek & Papoušek 1987, 1991)

- Implizites Wissen zum adäquaten Umgang mit Säuglingen wird automatisch aktiviert.
- Prototypische Verhaltensmuster:
 - Nähe-Distanz-Regulierung, lebhaftes Mimik
 - Blickkontakt, Grußreaktion
 - „Babysprache“, hohe Stimme, etc.
- Kontingentes Verhalten führt zur Erfahrung von Selbstwirksamkeit, nicht-kontingentes zu Irritation:
 - “Infants are contingency-detectors from birth.”
(Beebe & Lachmann, 2020, p. 314)

Elterliche Sensitivität



M. Ainsworth

Das Face-to-Face-Still-Face Paradigma

(Tronick, 1978)



- standardisiertes experimentelles Paradigma zur Untersuchung der kindlichen Regulationsfähigkeit:
 - „Still face“ der Mutter verletzt die Erwartungen des Kindes an soziale Interaktionen und löst Stress aus.
 - Prozess der gegenseitigen Regulierung wird unterbrochen.

Still-Face-Effekt

Typische Reaktionen der Säuglinge:

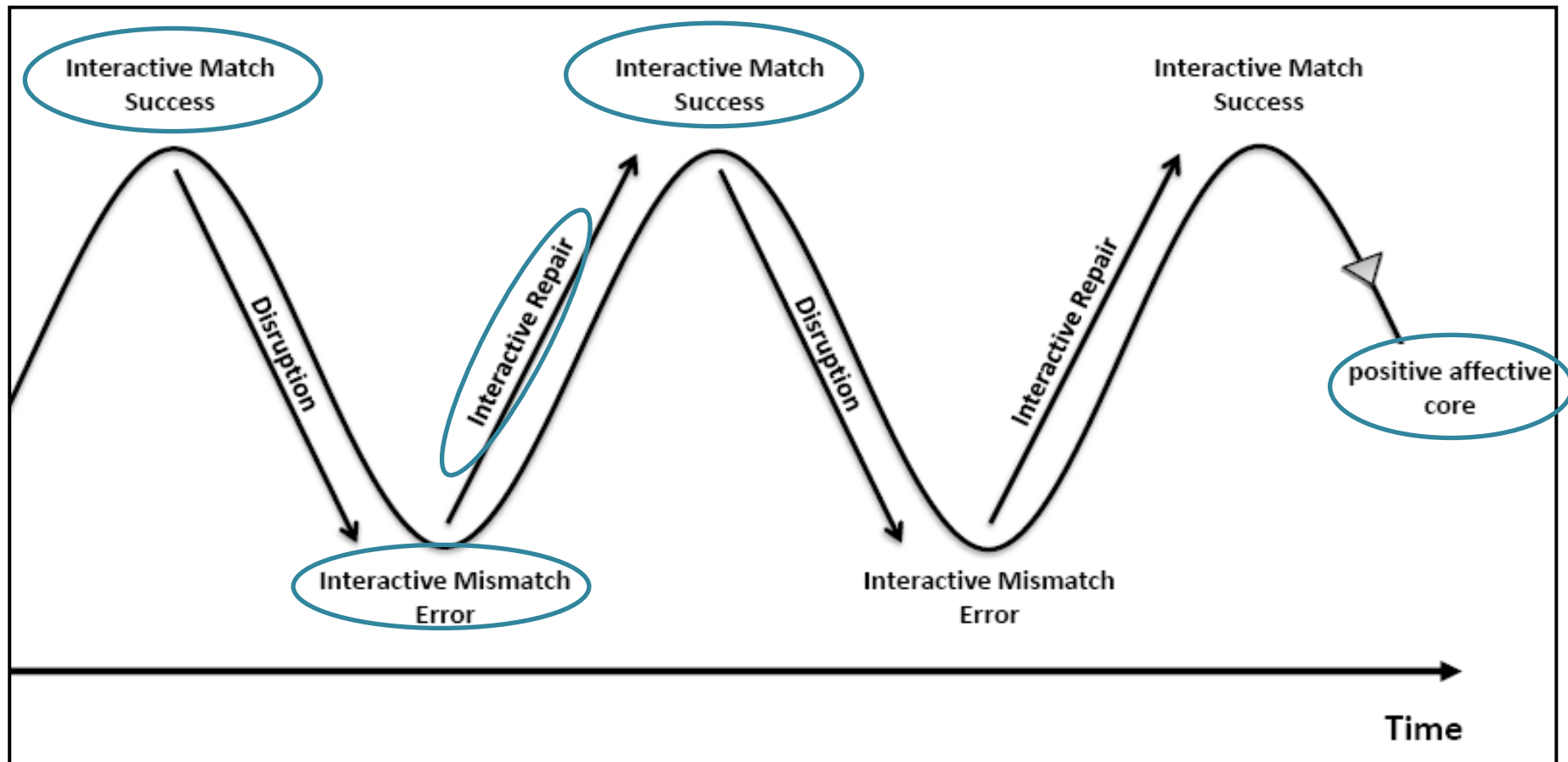
- Reparationsversuche: versuchen gewohnten interaktionellen Austausch wieder herzustellen
- Begrüßen, lächeln, liebkosen, schwanken zwischen Protest und Annäherungsverhalten
- Häufiger positiver Austausch: hauptsächlich „positive Interaktionserhaltensweisen“

Typische Reaktionen der Säuglinge von Müttern mit Rückzugsverhalten und/oder Intrusivität:

- Signifikant weniger Anstrengungen Mutter zu aktivieren
- Weniger Vokalisierungen, mehr selbstberuhigende Verhaltensweisen
- Passiver Copingstil, aktives Ziel, Reziprozität herzustellen, misslingt
- Vulnerabilität im Sinne der „erlernten Hilflosigkeit“

Interaktionsmodell wechselseitiger Regulationsprozesse

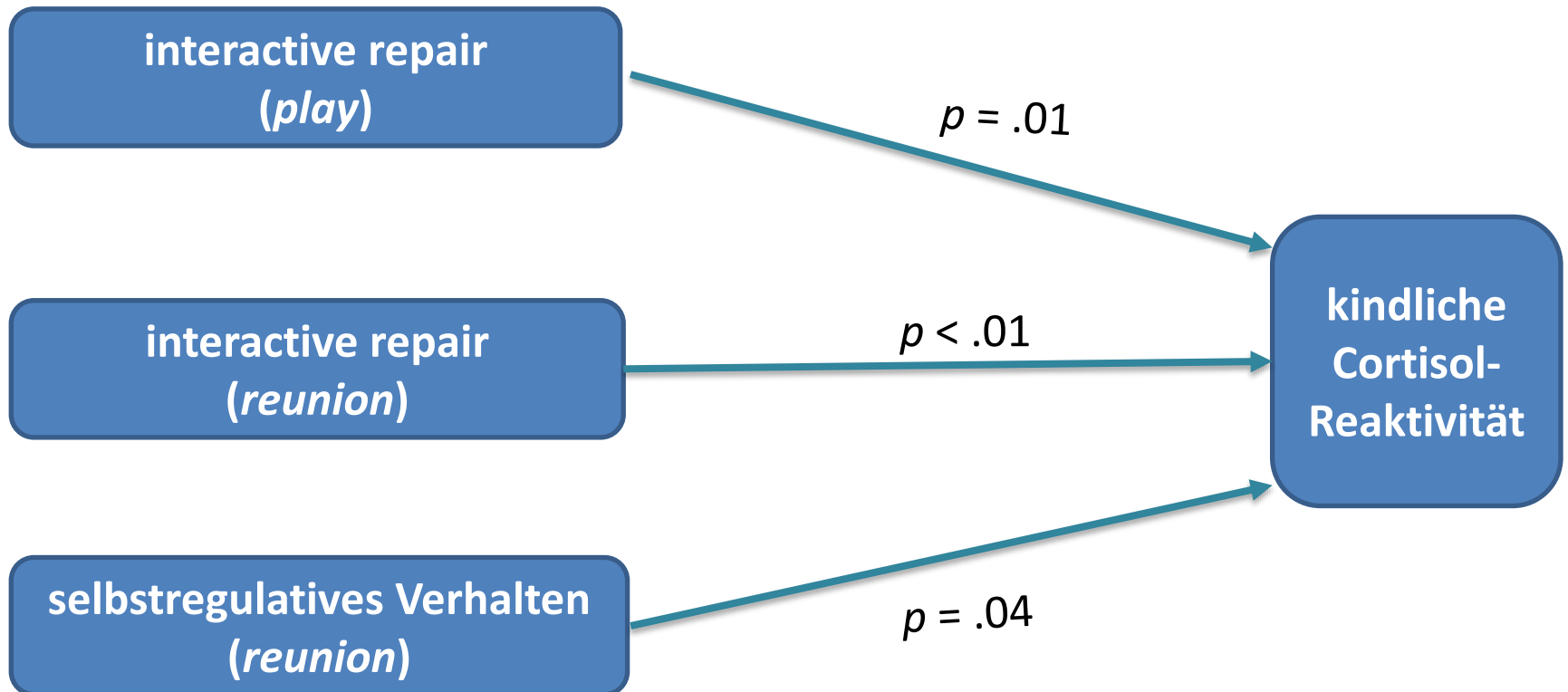
(Tronick, 1989; Tronick & Weinberg, 1997)



Eigene Ergebnisse zu PPA & Interaktion

- Müller, Zietlow, Tronick & Reck (2015): „What dyadic reparation is meant to do...”
 - 46 Mutter-Kind-Dyaden zu 3–4 Monaten (19 Mütter mit Angststörungen, 27 gesunde Kontrollen)
 - Cortisol-Speichelproben vor und nach Face-to-Face/Still-Face-Paradigma
 - Die mehr oder weniger erfolgreiche dyadische Regulation stand im Zusammenhang mit der Stressregulation (Cortisol-Ausschüttung) der Säuglinge – unabhängig vom diagnostischen Status der Mutter.
- Müller, Zietlow, Klauser, Woll, Nonnenmacher, Tronick & Reck (2022): „From early micro-temporal interaction patterns to child cortisol levels...”
 - 58 Mutter-Kind-Dyaden (22 Mütter mit Angststörungen, 36 gesunde Kontrollen)
 - Verhaltensbeobachtung zu zwei Zeitpunkten: Face-to-Face/Still-Face-Paradigma zu 3–8 Monaten und Fremde-Situationstest (Erfassung des Bindungsmusters) zu 12–24 Monaten
 - mehr als 5-fach erhöhtes Risiko für spätere unsichere Bindung bei Kindern von Müttern mit Angststörungen
 - je länger die Dauer bis zur „interactive reparation“ („match“) in der Mutter-Kind-Interaktion zu 3–8 Monaten, desto höher das Risiko für eine unsichere Bindung zu 12–24 Monaten

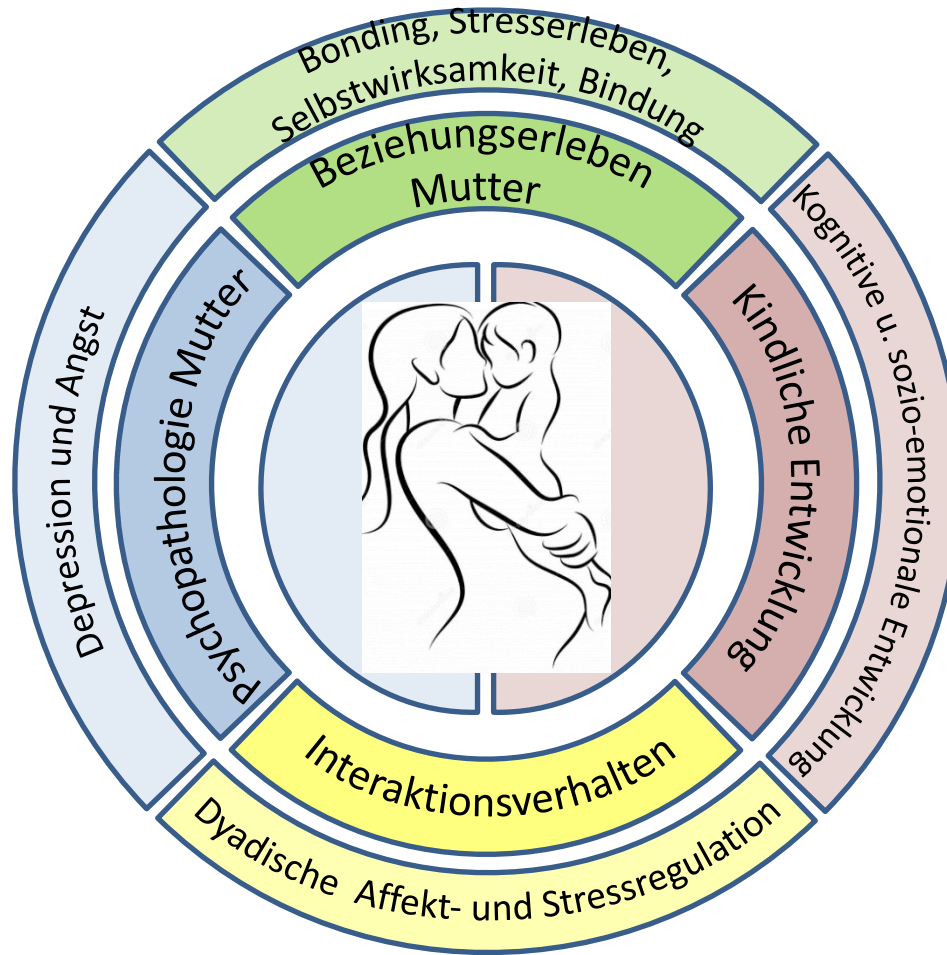
„What interactive repair is meant to do“





2. Mutter-Kind-Beziehung und kindliche Entwicklung im Kontext postpartaler Depression (PPD) und Angststörungen (PPA)

Überblick



Identifikation von Beziehungs- und Interaktionsmustern als Ansatzpunkt für Präventions- und Interventionsmaßnahmen

Störungen im Peripartum – Übersicht (von selten bis häufig)

- **Psychotische Episoden (selten)**

„Puerperalpsychose“: betrifft nur eine bis höchstens drei pro 1000 Gebärenden (0.09–0.26%);¹ besonderes Risiko bei bipolarer Störung in der Vorgeschichte; sehr hohes Suizidrisiko²

- **Posttraumatische Belastungsstörung (häufiger als bisher gedacht)**

geburtsbezogene PTBS: 5% Vollbild, 12% klin. relevante Symptomatik³; in Deutschland 2.3% per Fragebogen⁴; hohe Komorbidität mit Depression⁵

- **Depression und Angststörungen (so häufig wie sonst auch?)**

- depressive Störungen im peripartalen Zeitraum und im ersten Jahr: 12%⁶ bis 17%⁷; niedrigere Raten in Europa, z. B. 6% postpartal in Deutschland⁸
- Angststörungen 8 %⁹ bis 21¹⁰ % Prävalenz; in Deutschland 11%⁸
- deutliche Komorbidität untereinander⁸

¹VanderKruik et al., 2017 ²Jones et al., 2014 ³Heyne et al., 2022 ⁴Kress et al., 2021, ⁵Kranenburg et al., 2023

⁶Woody et al., 2017 ⁷Shorey et al., 2018 ⁸Reck et al., 2008 ⁹Goodman et al., 2016 ¹⁰Fawcett et al., 2019

Probleme der Diagnostik in Forschung und Praxis

Grundsätzliche Problematik:

Abgrenzung zwischen „normaler“ Überforderung „junger“ Eltern und klinisch relevanter Symptomatik

- **in der Forschung:**
 - „blindes“ Befolgen strukturierter Interviews kann zu Überschätzung der Prävalenzen führen (diagnostische Artefakt)
 - Geburt wird nicht als potentieller Stressor berücksichtigt
- **in der Praxis:**
 - Verkennen der Symptome und Bagatellisierung (z. B. Energie- und Interessenverlust/gestörter Schlaf, weil das Baby wachhält oder ein Symptom depressiver Störung?)
 - Stress der Eltern (keine Zeit für Beratung), soziale Erwünschtheit, Scham und eigene Bagatellisierung führen zur Unterversorgung

Peripartale Störungen – in den Leitlinien

Hintergrund:

Es gab bisher keine spezifischen Diagnosekriterien für peripartale psychische Störungen – sie galten nicht als eigenständige nosologische Entitäten.

National:

AWMF-Leitlinie (S3) Peripartale Psychische Störungen:

2022 erstmals angemeldet (geplante Fertigstellung: Februar 2027)

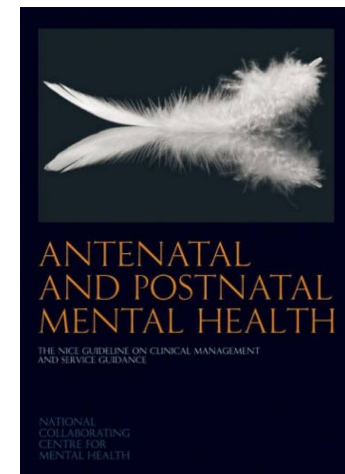
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-032>

International, z. B. in Großbritannien:

Antenatal and Postnatal Mental Health

seit 2014 (letztes Update 2020)

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/evidence>



Peripartale Störungen in der Klassifikation – bisher

- **DSM-5:**
 - Zusatzkodierung „**mit peripartalem Beginn**“ (in der Schwangerschaft bis zu 4 Wochen nach Entbindung), jedoch nur bei depressiver Episode (Major Depression), Bipolar-I- oder Bipolar-II-Störung und der Kurzen Psychotischen Störung
- **ICD-10:**
 - *jede Störung/Diagnose kann mit der Kodierung **O99.3 Psychische Krankheiten sowie Krankheiten des Nervensystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren**, kombiniert werden, um den zeitlichen Zusammenhang anzuzeigen*
 - **F53 Psychische oder Verhaltensstörung im Wochenbett**, *andernorts nicht klassifiziert* (Beginn bis 6 Wochen nach Entbindung)

ICD-11 & Peripartum – Was ist neu?

- **mehr Sichtbarkeit** durch eigene Kategorie auf gleicher Ebene mit den anderen Kategorien wie z. B. Affektive Störungen oder Stress-assoziierte Störungen
- **eigenständige Diagnose:** 6E20 , ohne psychotische Symptome; 6E21 ...mit psychotischen Symptomen
- **klinische Beschreibungen** (bisher nur in der engl. Version¹), auch bzgl. der spezifischen Ausgestaltung der Symptomatik; Bondingstörungen (additional clinical features)
- **klare Abgrenzung** hinsichtlich klinischer Relevanz (z. B. zum Baby Blues)
- **neue, erweiterte Zusatzkodierungen für Beziehungsproblematik**, z. B. zwischen Bezugsperson und Kind oder innerhalb der Partnerschaft (QE52.0)²

¹ WHO, 2024, S. 639ff ²vgl. Wamboldt et al., 2015

ICD-11 & Peripartum – Was bleibt gleich?

- **Beginn während „Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett“**
(innerhalb bis etwa 6 Wochen nach der Entbindung)
- **weiterhin nur bei den affektiven Störungen entsprechende Querverweise,**
nicht aber bei der PTBS oder Zwangsstörung
- **keine Erwähnung, dass auch Männer postpartal erkranken können**
- **weiterhin keine spezifische Diagnose für gestörtes Bonding**
(6E20 kann aber alleinig vergeben werden, wenn „erhebliche psychische und verhaltensbezogene Merkmale“ vorliegen)¹

¹ WHO, 2024, S. 721ff

Der Körper als Kommunikationsort

- Die physischen Interaktionen, *die Art und Weise, wie eine Mutter ihr Kind hält*, sind Grundlage für das Selbstempfinden eines Babys und damit Grundlage für ein lebenslanges Identitätsempfinden (Winnicott, 1969).
- Präpartale Bindung prädiziert postpartales Bonding (Dubber, Reck, Müller & Gawlik, 2015).
- Voraussetzung für die Kontakt- und Koregulationsfähigkeit ist die eigene Entspannungsfähigkeit und eine gute Wahrnehmung eigener körperlicher und damit verbundener emotionaler Prozesse (Harms, 2016).

Mutter-Kind-Interaktion: PPD und PPA

Mutter

PPD

Reduzierte
Sensitivität

Passives bzw.
intrusives
Verhalten,
weniger
Positivität

PPA

Heterogene
Studienlage zu
Sensitivität

Weniger & mehr
Positivität, mehr
Intrusivität

Dyade - PPD

Beeinträchtigte
Repair-Kapazität

Geringere
interaktive
Affektkoordination

Kind

PPD

Geringere
Responsivität,
weniger
positiver Affekt

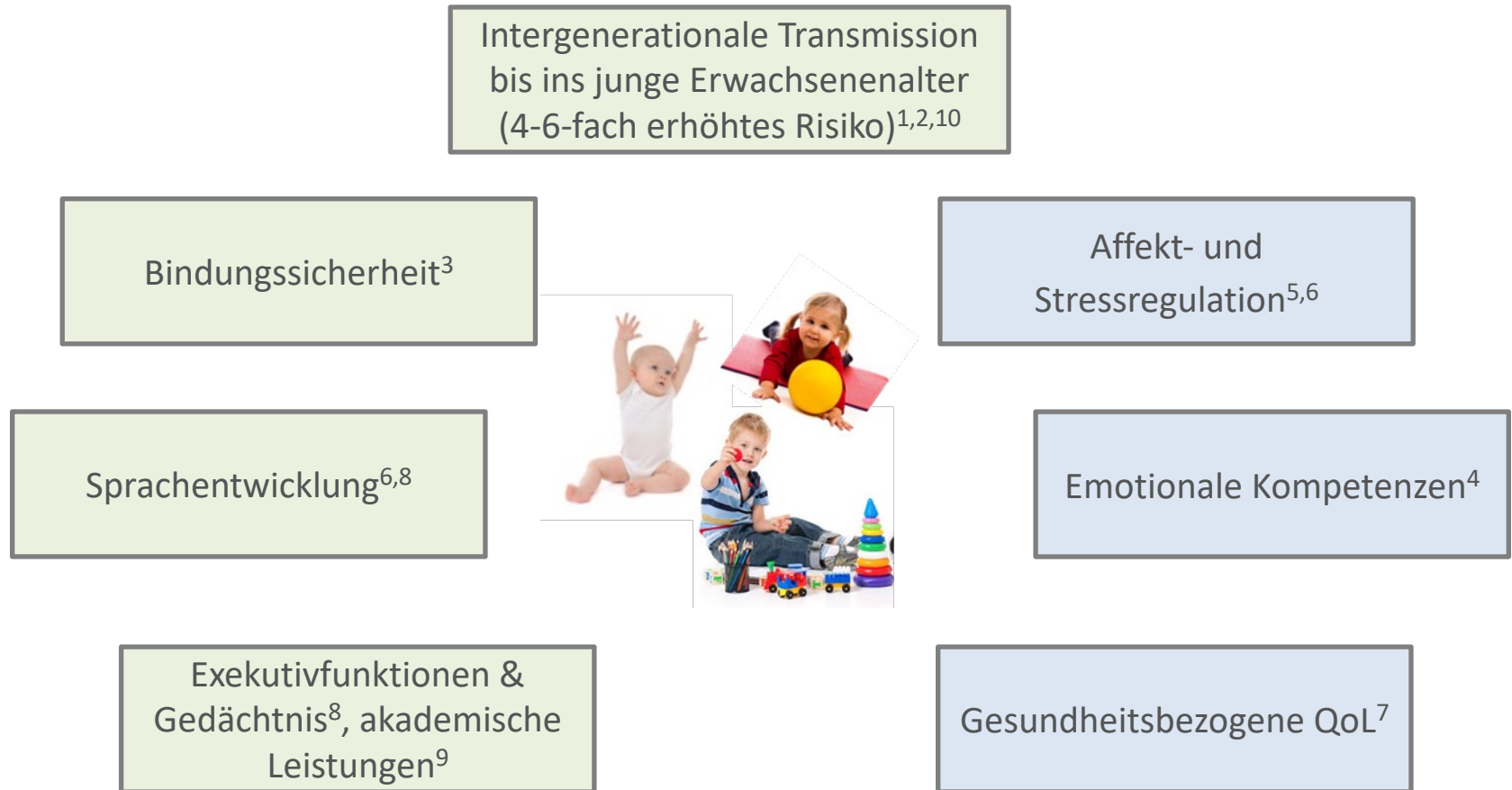
Vermehrte
Selbstregulation

PPA

Mehr Rückzug,
weniger
Exploration

Mehr Protest

Postpartale Depression/Angststörung und kindliche Entwicklung



¹Eley et al, *Am J Psychiatry*, 2015; ²Lebowitz et al., *J Neural Transm*, 2016; ³Martins & Gaffan, *Child Psychol. Psychiatry*, 2000; ⁴Meiser, Zietlow et al., *Arch Women Ment Hlth*, 2015; ⁵Müller, Zietlow et al., *Psychopathology*, 2015; ⁶Reck et al., *Infant Behav Dev*, 2018; ⁷Dittrich, ..., Zietlow et al., *J Affect Disord*, 2018; ⁸Kingston & Tough, *Matern Child Health J*, 2014; ⁹Murray et al., *J. Child Psychol. Psychiatry*, 2010; ¹⁰Reck, Nonnenmacher, & Zietlow, *Psychopathology*, 2016 ²⁴

(Mütterliches) Bonding

= emotionale Bindung der Mutter¹ (primären Bezugsperson) zum Baby, die sich auf allen Ebenen äußert²:



Verhalten

z. B. Streicheln, Kuscheln, Anlächeln, Schaukeln

Gedanken/Gefühle („Baby-Honeymoon“), Wunsch nach Nähe, Sorge und Ängste um das Kind

Körper/(neuro-)biologisch

z. B. höhere Oxytocin-Spiegel in der Schwangerschaft als Prädiktoren für postnatales Bonding⁴

Stabiles Bonding ist ein Prädiktor für die frühkindliche Entwicklung.³

¹Klaus & Kennell, 1976 ²Nakić Radoš et al., 2024 ³Le Bas et al., 2020, 2022 ⁴Feldman et al., 2007

Beziehungserleben: Bondingstörungen bei Müttern mit PPD

- 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“
 - „Es könnte das Baby von jedem sein“
 - „Von Anfang an war mit dem Kind etwas nicht in Ordnung“
- Scham- und Schuldgefühle

Bonding und kindliche Entwicklung

- Zusammenhänge zwischen eingeschränkter Bindung und verstärkt selbstberuhigendem Verhalten bei Säuglingen¹
 - erhöhter Stress, keine angemessene Co-Regulation durch die Mutter
- Zusammenhang zwischen Bonding und sozio-emotionaler Entwicklung mit 6 Monaten²
- Mütterliche Bindung 2 Wochen postpartal Prädiktor für kindliche Verhaltensauffälligkeiten mit 5 Jahren³
- Folgen bis ins Erwachsenenalter: bei Bondingproblemen geringere Stressregulationskompetenzen⁴

¹Müller/Tronick, Zietlow et al, *Psychopathology*, 2016; ²Mason et al, *J Reprod Infant Psychol.*, 2011; ³Fuchs et al, *Psychopathology*, 2016; ⁴Dalsant et al, *Behav Brain Res*, 2015

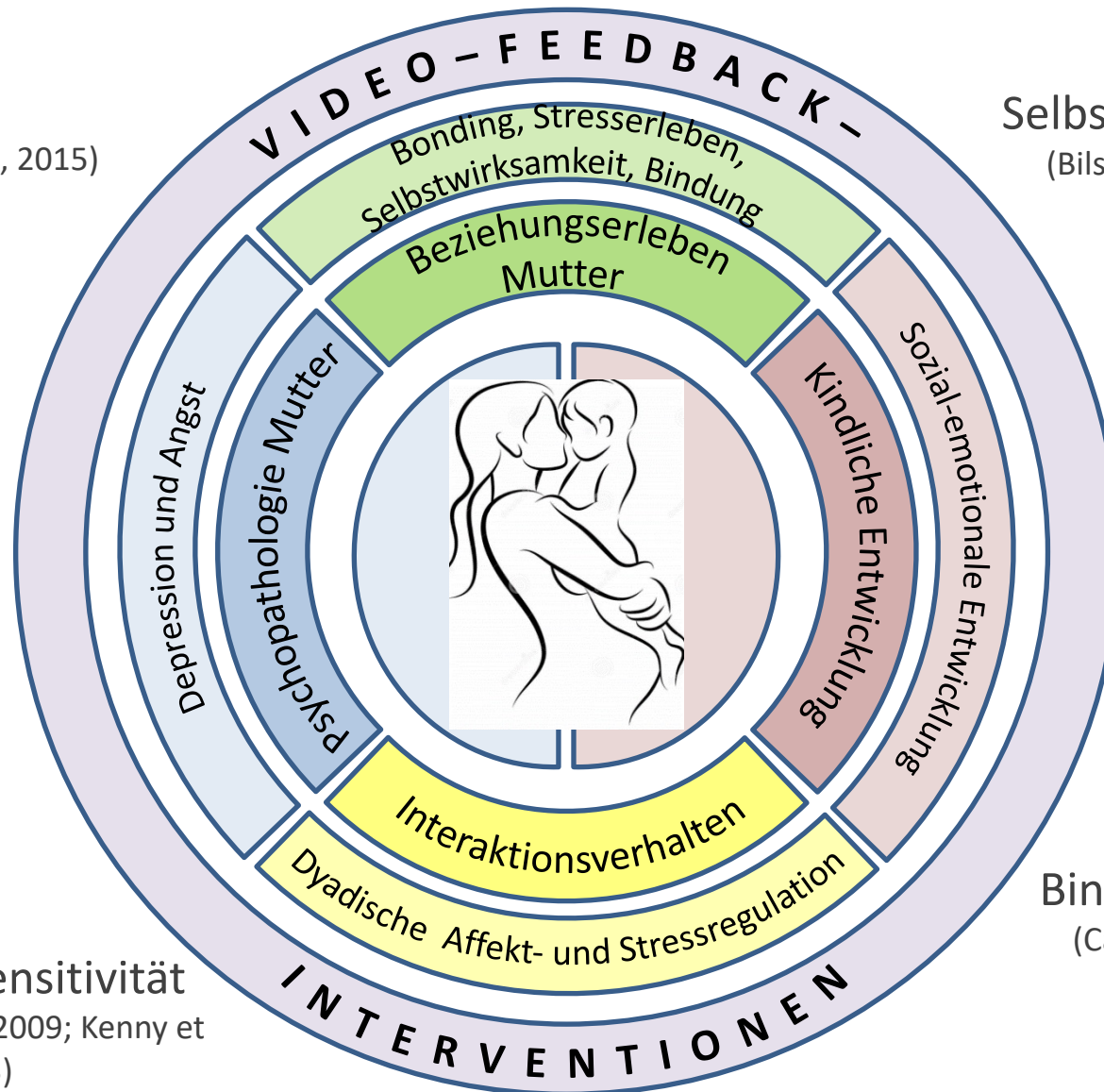


3. Interventionsansatz Beziehung: Mutter-Kind-zentrierte Psychotherapie

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)

Evidenz zur Behandlung von PPD und PPA – I

- postpartale Depressionen und Angststörungen sind grundsätzlich gut behandelbar
- kaum Belege speziell für postpartale Angststörungen (Goodman et al., 2016)
- mehr Belege für postpartale Depression, mit moderatem Effekt (Nilini et al. 2018; Cuijpers & Karyotaki, 2021)
- Verbesserung der depressiven Symptomatik außerdem mit kleinem Effekt bei psychodynamischer Mutter-Kind-Therapie (Huang et al., 2020) und anderen Interventionen zur Verbesserung der elterlichen Kompetenz/Mutter-Kind-Interaktion (Adina et al. 2021)

Evidenz zur Behandlung von PPD und PPA

- Fokus bisher meist auf störungsspezifischen Outcomes, weniger auf interaktions- oder kindbezogenen Variablen (Letourneau et al., 2017)
- trotz erfolgreicher Symptomreduktion bei KVT oder IPT meist keine Verbesserung bei den interaktions- oder kindbezogenen Variablen

z. B. Forman et al. (2007) – RCT zu IPT bei PDD; $N = 120$ und zusätzlich Vergleich mit 56 nicht-depressiven Müttern:

- keine signifikante Verbesserung der mütterlichen Sensitivität oder des kindlichen Affekts („infant emotionality“) im Vergleich zur Warteliste (nur bei „parenting stress“)
- Therapie-Responder lagen weiterhin unter den Werten der nicht-depressiven Mütter, auch bei „parenting stress“

Evidenz interaktionszentrierter Interventionen

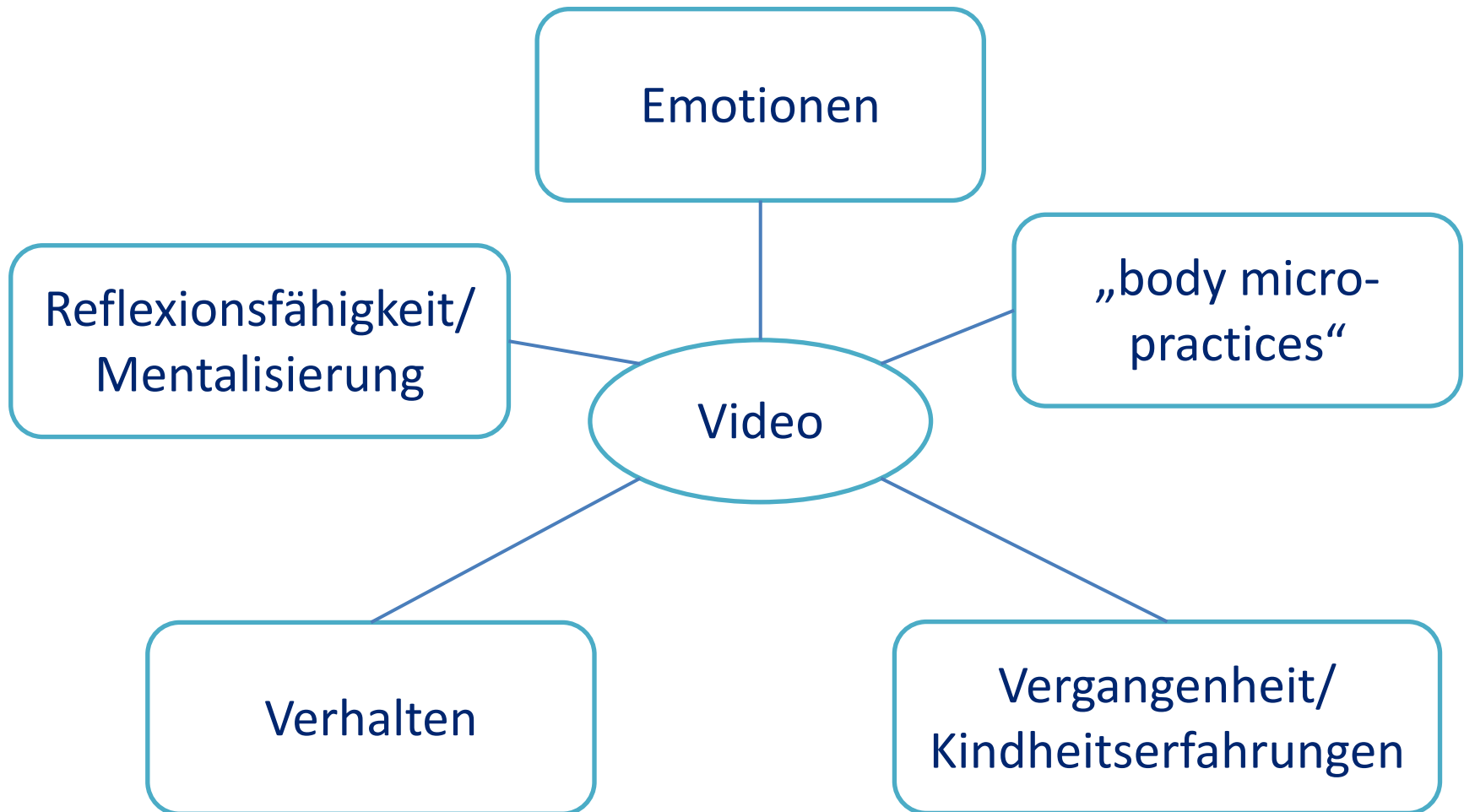
- Effektivität von Interventionen zur Verbesserung von Variablen der Mutter-Kind-Interaktion oder zur kindlichen Entwicklung bei postpartaler Depression noch nicht ausreichend belegt (MAs: Huang et al., 2020; Rayce et al., 2020)
- zur Steigerung der mütterlichen Sensitivität schnitten Interventionen mit videogestütztem Feedback besser ab (MA mit v.a. nicht-klinischen Stichproben: Bakermans-Kranenburg et al., 2003)
- Interventionen mit Baby-Massage evtl. noch besser (MA mit überwiegend klinischen Stichproben: Kersten-Alvarez et al., 2011)

Video Intervention Therapy (VIT) nach Downing

- ressourcenorientierter Ansatz mit kognitiv-behavioralen, psychodynamischen und körperorientierten Elementen (z. B. Downing, 2010)
- Bewusstmachung prozeduraler Abläufe/des impliziten Beziehungswissens
- Interventionen beziehen sich direkt auf die prozedurale Ebene (z. B. Rhythmus im interaktionellen Austausch) und „body micropractices“ (Downing, 1996, 2006)

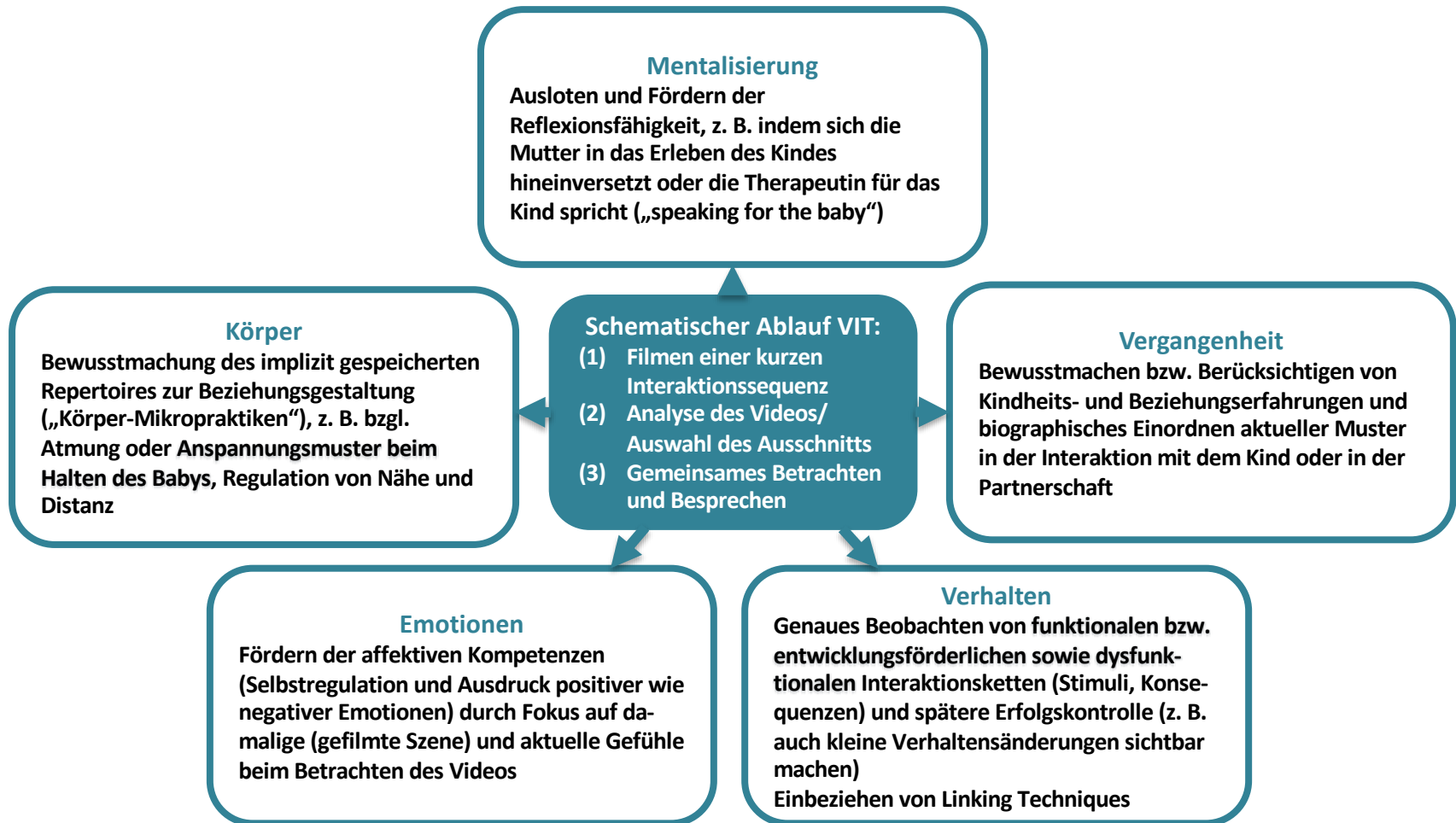
VIT: Welche Bereiche werden fokussiert?

(Downing, 2010)



VIT: Welche Bereiche werden fokussiert?

(Downing, 2010)



Körperorientierte Interventionen

- Aufbau und Verbesserung der mütterlichen Kontakt- und Bindungsfähigkeit (Spektrum der erlebten Affekte erweitern, „high affective moments“)
- Förderung einer annehmenden Beziehung zum eigenen Körpererleben
- Unterstützung der körperlichen und emotionalen Ausdrucks- und Wahrnehmungsfähigkeit – „body organizing“ (Dowing, 2010)
- Erforschung der biografischen Hintergründe spezifischer Stress- und Bindungsmuster
- Förderung der emotionalen Bindung zwischen Mutter und Kind

Interaktion als verkörperte dyadische Erfahrung

- Frühkindliche sensomotorisch-affektive Erfahrungen in der Mutter-Kind-Dyade werden im impliziten/prozeduralen Gedächtnis abgespeichert (**implicit relational knowing**; Lyons-Ruth, 1998; vgl. Stern 1995).
- Prozedurales Wissen wird in aktuellen Interaktionen aufgerufen; Analogien zu früheren Interaktionen werden dabei (nicht kognitiv) erkannt (vgl. Geuter, 2015).
- Die frühen Interaktionserfahrungen bilden ein „core repertoire“ von körperlich repräsentierten Strategien/affektmotorischen Schemata zur Regulation von Nähe und Distanz in Dyaden (**body micro-practices**; Downing, 1996, 2015).

Interventionsansatz Beziehung: Eltern-Kind-zentrierte Psychotherapie

Eltern-Kind-Beziehung im Fokus:

Mutter-Kind-Interaktion – *Co-Regulation, interaktive Stressregulation, soziale Kompetenz und Verbindung*

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

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