

DISSERTATION

Feinfühligkeit in der Sprache von
postpartal depressiven und gesunden Müttern
in der Interaktion mit ihrem Säugling

Antje Bieneck

Sprache kann sehr viel bedeuten,
zartes Klingen, lautes Läuten.



Manchmal kann sie irritieren, und auch göttlich faszinieren.
Sprache ist, was uns verbindet, wenn man gute Worte findet!

Helga Kurowski

Inauguraldissertation
zur Erlangung des akademischen Doktorgrades (Dr. phil.)
im Fach Psychologie
an der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Feinfühligkeit in der Sprache
von postpartal depressiven und gesunden Müttern
in der Interaktion mit ihrem Säugling

BAND 1

vorgelegt von
Dipl.- Psych. Antje Bieneck

Jahr der Einreichung
2013

Dekan: Prof. Dr. Klaus Fiedler
Berater: Prof. Dr. Corinna Reck
Prof. Dr. Dr. Thomas Fuchs

INHALT - BAND 1

Zusammenfassung	1
------------------------------	---

I Einleitung

1 Interdisziplinäre empirische Projektaufgabe	3
--	---

1.1 Entwicklungspsychologie, Klinische Psychologie und Psycholinguistik als Grundlage der empirischen Fragestellung	3
--	---

1.2 Bindungstheoretische Entwicklung.....	6
---	---

2 Theoretische Grundlagen und aktueller Forschungsstand	11
--	----

2.1 Feinfühligkeit im Bindungsmodell von Bowlby und Ainsworth.....	11
--	----

2.1.1 Muster ängstlicher Bindung (als Folge verminderter Feinfühligkeit) und ihre Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung	16
--	----

2.1.2 Mütterliche Sensitivität und Interaktion.....	17
---	----

2.2 Mütterliche Sprache als Forschungsgegenstand.....	20
---	----

2.2.1 Sensitivitätsforschung und Sprache.....	22
---	----

2.2.1.1 Feinfühligkeit Kommunikation und Entwicklungsaltersstufen.....	22
--	----

2.2.1.2 Sprachliche Kennzeichen mütterlicher Feinfühligkeit.....	25
--	----

2.2.1.3 Der Einfluss des mütterlichen Interaktionsstils.....	27
--	----

2.2.1.4 Interventionsmöglichkeiten.....	28
---	----

2.2.2 Psychische Befindlichkeit und mütterliche Sprache.....	30
--	----

2.2.2.1 Postpartale Depression als Forschungsgegenstand.....	30
--	----

2.2.2.2 Mutter-Kind-Interaktionsforschung.....	33
--	----

2.2.2.3 Postpartale Depression und mütterliche Sprache.....	35
---	----

2.2.2.4 Die Sprache von PPD-Müttern in Abhängigkeit ihres Interaktionsstils...	37
--	----

II Fragestellung

3	Die Struktur der mütterlichen Sprache.....	39
3.1	Allgemeine strukturelle Merkmale und feinfühlig mütterliche Sprache.....	39
3.2	Die Sprachstruktur sensibler und intrusiver Mütter.....	40
4	Die Bedeutung der Sprache von PPD-Müttern für die Psychotherapie.....	42
4.1	Sprachsensitivität bei PPD- Müttern.....	42
4.2	Modellmaßnahmen zum Sensitivitätstraining.....	44
4.2.1	B.A.S.E.® - Baby-Watching.....	44
4.2.2	SAFE® - Sichere Ausbildung für Eltern.....	45
4.2.3	Das Projekt „Die Chance der ersten Monate“.....	46
4.2.4	PEKiP® - Prager-Eltern-Kind-Programm.....	48
4.2.5	Das (methoden-) integrierende Heidelberger Psychotherapiemodell.....	49
4.2.6	Lingva Eterna® - Die heilsame Kraft der Sprache.....	50
5	Der Einfluss des Interaktionsstils bei PPD-Müttern.....	52
6	Postpartale Depression und Interaktionsstil nach Remission.....	56

III Methode

7	Allgemeine Beschreibung der angewendeten Methode.....	57
8	Versuchsplan und unabhängige (UV) bzw. abhängige Variablen (AV).....	60
8.1	Diagnose (UV1).....	60
8.2	Qualität des Interaktionsstils (UV2).....	60
8.3	Abhängige Variablen.....	61
9	Angaben über die Versuchspersonen.....	64
10	Instruktionen.....	72
11	Versuchsdurchführung.....	73
12	Planung der Messwertregistrierung und –auswertung.....	74

IV Ergebnisse

13 Analyse der Daten in ihren Grundzügen	77
14 Bindungspsychologische Ergebnisse	81
14.1 Spezifische mütterliche Sprachstrukturen.....	81
14.2 Mütterliche Sprache und Interaktionsstil (Sensitivität/ Intrusivität).....	85
15 Die Sprachstruktur von PPD-Müttern	88
16 Interaktionsstil und PPD als gemeinsame Wirkfaktoren	90
16.1 Sprachstruktur und sensitiver Interaktionsstil von PPD-Müttern.....	90
16.2 Sprachstruktur und intrusiver Interaktionsstil von PPD-Müttern.....	93
16.3 Feinfühliges Sprachstruktur und günstiger („high-sense-“) Interaktionsstil von PPD-Müttern.....	96
16.4 Postpartale Depression und Interaktionsstil im Längsschnitt.....	100
16.5 Der Sprach-Gesamtscore („Language Composite“).	102

V Diskussion

17 Interpretation der Ergebnisse.....103

17.1 Die Präsenz mütterlicher Sprachmerkmale.....103

17.2 Einfache Gruppeneffekte (PPD/ Kontrolle).....106

17.3 Einfache Interaktionsstileffekte (Sensitivität/ Intrusivität/ „High-sense“)..... 108

17.4 Komplexe Effekte (Gruppe/ Interaktionsstil/ Zeit)..... 110

17.5 Résumé.....114

18 Kritische Anmerkungen zur eigenen Arbeit..... 118

19 Ausblick.....122

Literaturverzeichnis..... 125

Tabellenverzeichnis.....142

Abbildungsverzeichnis.....144

INHALT - BAND 2

Anhang

20 Zusammenstellung der Versuchsunterlagen.....	145
20.1 Grafiken des Mutter-Kind-Projekts Heidelberg.....	145
20.2 Rekrutierungs-Kliniken.....	147
20.2.1 Zielgruppe postpartal depressive Mütter.....	147
20.2.2 Zielgruppe gesunde Mütter.....	147
20.3 Screening-Verfahren.....	149
20.3.1 Fragebogen zur Epidemiologie.....	150
20.3.2 SCID-Anxiety-Screening	151
20.3.3 Anxiety Screening Questionnaire (ASQ-15).....	155
20.3.4 Fragebogen zum Geburtserleben (PPQ).....	157
20.3.5 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).....	158
20.3.6 Kurzform des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-D).....	159
20.3.7 Fragebogen zur Soziodemographie.....	160
20.3.8 Beck Depressions Inventar (BDI).....	164
20.3.9 Parental Bonding Questionnaire (PBQ).....	166
20.3.10 Maternal Self-Confidence Scale (MSCS).....	169
20.3.11 Infant Behavior Questionnaire (IBQ).....	170
20.3.12 Traumatic Ancedent Questionnaire (TAQ).....	173
20.3.13 Parenting Stress Index (PSI).....	179

20.4	Kodiersysteme.....	186
20.4.1	Maternal Sensitivity and Responsivity Scales-Revised (MSRS-R).....	186
20.4.2	System for Analyzing the Content of Maternal Speech in Mother-Infant interaction (SCMS).....	210
20.5	Differenzierung nach Depressionsgrad.....	226
20.6	Instruktionen	227
21	Zusammenstellung der statistischen Auswertungen.....	228
21.1	Demografische Daten.....	228
21.2	Deskriptive Kennwerte, Signifikanztests und Korrelationsmaße.....	229
21.3	Zweifaktorielle Varianzanalyse (ANOVA).....	248
21.3.1	Mütterliche Sprachstrukturen und kindliches Geschlecht.....	248
21.3.2	Sensitiver Interaktionsstil und postpartale Depression.....	265
21.3.3	Intrusiver Interaktionsstil und postpartale Depression.....	282
21.3.4	Günstiger (“high-sense-”) und ungünstiger (“low-sense-“) Interaktionsstil....	299
21.4	Längsschnittstudien.....	316
21.4.1	Zellbesetzung einer dreifaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA).....	316
21.4.2	Messzeitpunkt und postpartale Depression.....	317
	Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchst. b) und c) der Promotionsordnung der Fakultät.....	334

Danksagung

An dieser Stelle sei zuerst den Familien gedankt, die sich bereit erklärten an der Mutter-Kind-Studie teilzunehmen, die Videoaufnahmen der Mutter-Kind-Interaktion gestatteten, das umfangreiche Fragebogenset ausfüllten und sich den Diagnose-Interviews stellten.

Dankbar bin ich auch für die Hilfe und Unterstützung meiner Kolleginnen des Mutter-Kind-Projekts: Frau Ayse Bombaci, Frau Sarah Groß, Frau Daniela Noe, Frau Kirsten Pabst, Frau Katja Reinig, Frau Alexandra Tietz und, allen voran, Frau Britta Zipser; die sowohl als Versuchsleiterinnen als auch bei der Koordination von Studienangelegenheiten tätig wurden. Sie alle haben durch ihren tatkräftigen Einsatz, ihre Geduld, Ausdauer und Verlässlichkeit dafür gesorgt, dass die Teilnehmerzahl möglichst hoch und der Versuchspersonenausfall möglichst gering blieb. Wertvolle Mitarbeit bei der Kodierung der mütterlichen Sprache leisteten Frau Romina Montini und Frau Britta Zipser; unersetzliches Engagement bewiesen Herr Mitho Müller und Herr Arndt-Lukas Klaaßen als EDV-Berater für die statistische Auswertung.

Auch den kooperierenden Kliniken des Zentrums für Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Heidelberg, der Klinik für Allgemeine Psychiatrie unter der ehemaligen Leitung von Herrn Prof. Dr. Christoph Mundt, der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie i. V. von Frau Dr. Eva Möhler und Herrn Prof. Dr. Franz Resch und der Frauenklinik, vertreten durch Herrn Prof. Dr. Christof Sohn, Herrn Dr. Holger Maul und Frau Dr. Stephanie Gawlik gebührt Anerkennung. Sie halfen „es möglich zu machen“ und standen für zahlreiche Informationen zum Thema bereit. Dank sagen möchte ich auch den Teams der Mutter-Kind-Station der Klinik St. Elisabeth Heidelberg, der Entbindungsstation des Krankenhauses Salem, der geburtshilflichen Abteilung des St. Josefskrankenhauses Heidelberg, des Alice-Hospitals Darmstadt und des Mutter-Kind-Zentrums der Frauenklinik des Klinikums Darmstadt.

Ganz besonders verbunden bin ich meinem Mann Hansjörg, der mir verlässlich zur Seite stand, mich durch Höhen und Tiefen hindurch begleitete und als Berater fungierte. Ebenso meiner Tochter Hannah und meiner Freundin und Kollegin Rima Burkert, die immer wieder weite Teile meines Manuskriptes kritisch gegengelesen und mit Verbesserungsvorschlägen versehen haben sowie meinen Kindern Felix, Maika und Merit für ihre unermessliche Geduld und Selbstständigkeit, die mir erlaubten, mich in diese Arbeit zu vertiefen. Von besonderem Dank erfüllt bin ich gegenüber meinen Eltern Lore und Horst Härtel, die mich in entscheidenden Phasen der Doktorarbeit unterstützt und sie erleichtert haben sowie auch allen mir freundlich zugewandten Freunden und Wegbegleitern der letzten fünf Jahre.

Einen entscheidenden Teil am Gelingen dieser Arbeit hatte Frau Prof. Dr. Corinna Reck, der ich nicht nur für ihre Geduld, mit der sie die Entstehung der Arbeit als Betreuerin verfolgte, sondern auch für ihre aktive Mithilfe und wertvollen Anregungen als wissenschaftliche und klinische Projektleiterin des Mutter-Kind-Projekts und leitende Psychologin der Mutter-Kind-Einheit besonderen Dank aussprechen möchte, ebenso wie Herrn Prof. Dr. Dr. Thomas Fuchs, der mich als Zweitbetreuer unterstützte.

Zusammenfassung

Der Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit lag im Spannungsfeld medizinischer, psychologischer und linguistischer Aspekte. Zentrum des Interesses war die Auffindung verlässlicher Prädiktoren für mütterliche Sensitivität und damit wahrscheinlich sicherer Bindung des Kindes in der mütterlichen Sprache.

Durch welche Sprachcharakteristika der Mutter erfahren Kinder deren Feinfühligkeit?

Ist es ihre Sprachintention, ihr Sprachfokus, ihre „mind-mindedness“, der Sprachinhalt, ihr Tonfall, die Sprachweise, der Objektfokus oder die Art wie sie ihren Säugling berührt? Das „Konzept der Feinfühligkeit“ von Ainsworth (mit Bell & Stayton, 1974), eine Weiterführung der Bindungstheorie von Bowlby und Ainsworth, bei der neben den bereits bekannten Einflussfaktoren erstmalig auch die mütterliche Feinfühligkeit Berücksichtigung fand, sollte als Untersuchungsgrundlage dienen. Hauptziel war die Erstellung einer möglichst vollständigen „feinfühligem und entwicklungsfördernden Sprachstruktur“ durch die Identifikation möglichst vieler relevanter Sprachkategorien.

Konkret sollte der Frage nachgegangen werden, ob es Unterschiede in der Ausprägung von Feinfühligkeit in der mütterlichen Sprache gibt, die durch das Vorliegen einer postpartalen Depression der Mutter bestimmt werden und ob etwaige Differenzen auch in Unterschieden der Interaktion mit ihrem Säugling begründet liegen.

Postpartal depressive Mütter wurden dazu mit Müttern einer nicht-klinischen Kontrollgruppe hinsichtlich der Präsenz verschiedener Strukturvariablen von Feinfühligkeit in ihrer Sprache verglichen.

Über die Methode der kombinierten Längs- und Querschnittstudie wurden 73 Mutter-Kind-Dyaden nach dem „Still-Face-Paradigma“ zu zwei Messzeitpunkten (T1 – Akutphase, T2 – Remission) jeweils sechs Minuten videografiert und anschließend mit dem SCMS (Zipser, Montini & Reck, 2008) und den MSRS-R (Cenciotti, Tronick & Reck, 2004) ausgewertet. Es kamen circa 40.000 „utterances“ (SCMS) und 1000 „ratings“ (MSRS-R) von 58 Müttern, davon 28 mit gesicherter Diagnose einer postpartalen Depression, im Alter von 23 - 43 Jahren in die Auswertung.

Die Vielzahl der vorliegenden sprachspezifischen Daten ermöglichte eine **erste empirische Anwendung des SCMS** mit zehn Hauptstrukturkomponenten und 48 Sprachmerkmalen. Folgende Erkenntnisse konnten gewonnen werden:

- Angemessene Sprache mit Bezug zu Vorausgegangenem, sanfte Berührungen, positiver Tonfall und ein zustandsbezogener Sprachfokus charakterisierten die **feinfühligem, entwicklungsfördernde Sprache** einer Mutter stärker als andere Merkmale (über 50% der Interaktionszeit).
- **Die Sprache depressiver Mütter** unterschied sich hinsichtlich ihrer Feinfühligkeit insgesamt nur unwesentlich von der Sprache gesunder Mütter. Einzig konnten die seltenere Verwendung eines angemessenen und bezogenen Sprachinhalts und eines positiven Tonfalls bei PPD-Müttern als Prädiktoren unfeinfühligem Sprache nachgewiesen werden.
- **Der Interaktionsstil** war im Allgemeinen „sensitiv“ (71%).

Zusammenfassung

- **Sensitive Mütter** bevorzugten insgesamt eher eine feinfühlige und entwicklungsfördernde Sprache als insensitive Mütter. Man kann vermuten, dass insensitive mütterliche Sprache durch Training verbesserbar ist.
- Es konnten sechs **sprachliche Prädiktorvariablen für günstige Sprache** (beschreibende Sprache, positiver Sprachinhalt, angemessene und bezogene Reaktion bei PPD-Müttern, positiver Tonfall, Fragen und sanfte Berührungen) verifiziert und zwei neue (unverständliche Äußerungen, kindbezogener Sprachfokus) hinzugefügt werden.
- **Intrusive Mütter** hatten im Vergleich zu nicht intrusiven Müttern insgesamt eine unfeinfühlige, entwicklungshemmendere Sprache.
- Zwei **Sprachprädiktoren für ungünstige Sprache** (mutterbezogener Sprachfokus und negativer Tonfall bei insensitiven PPD-Müttern) wurden bestätigt und sieben weitere (Spiele/ Lieder, „non-mind-related-comments“ bei intrusiven PPD-Müttern, neutraler Sprachinhalt, Aussagen, Wiederholung, thematische Wiederholung und grobe Berührung) ermittelt.
- Die inhaltliche Betrachtung der Ergebnisse erlaubt die Interpretation einer **Verbesserung des Interaktionsstils** durch die Verwendung beziehungsweise den Nichtgebrauch der Prädiktorvariablen.
- Der Faktor **Messzeitpunkt** wirkte sich auf einige Variablen eher ungünstig aus. So wurden positiver Sprachinhalt ($p < .01$) und Berührungen ($p < .05$) an T2 seltener verwendet, dafür häufiger Spiele/ Lieder ($p < .05$) und neutraler Sprachinhalt ($p < .01$).
- **PPD-Mütter an T2** hatten zudem eine schlechtere Responsivität (seltener angemessene und bezogene Sprache, ($p < .05$), seltener einen positiven Tonfall ($p < .01$) und lachten weniger ($p < .05$), stattdessen bevorzugten sie gegenüber gesunden Müttern häufiger einen neutralen Tonfall ($p < .01$).

Diese Ergebnisse sollten in der weiteren Planung von Mutter-Kind-Therapien für postpartal depressive Mütter beziehungsweise bei der Unterstützung bindungsfördernder Strukturen Berücksichtigung finden. Als Hilfestellung kann das SCMS (s. Kap. 12 und Kap. 20.4.2) verwendet werden.

I Einleitung

1 Interdisziplinäre empirische Projektaufgabe

1.1 Entwicklungspsychologie, Klinische Psychologie und Psycholinguistik als Grundlage der empirischen Fragestellung

Das Thema dieser Arbeit erfordert eine integrative Betrachtungsweise medizinischer, psychologischer und linguistischer Aspekte, die durch die Entwicklungspsychologie, die Klinische Psychologie und die Psycholinguistik empirisch repräsentiert werden (vgl. Abb.1). Entscheidende Gemeinsamkeit dieser drei Disziplinen ist die Nutzung ihrer wissenschaftlichen Ergebnisse für die Praxis.

Als wissenschaftliche Teildisziplin entstand die **Entwicklungspsychologie** erst gegen 1880/90 (Preyer, 1882), als die experimentelle Psychologie aufkam. Bis heute sieht sie sich vielen Aufgaben gegenübergestellt. Eine davon ist die wissenschaftliche Erforschung und theoretische Erhellung der psychischen Bedingungen für *Bindungsmuster*. Empirisch nachgewiesen ist eine starke Abhängigkeit der Bindungssicherheit von der mütterlichen Feinfühligkeit, ihrer Zuverlässigkeit und der Fähigkeit sich auf ihr Baby einzustimmen (Ainsworth, 1982; 1989). Je mehr Anregungen i.S. des nächsten Entwicklungsschrittes der Säugling erhält, desto mehr profitiert er hinsichtlich seiner sozialen, kognitiven und emotionalen Entwicklung (Vygotskij, 2002).

Das Aufgabenfeld der **Klinischen Psychologie** ist vielgestaltig. Im *anthropologischen* Sinne ist ihr Ziel die Entwicklung eines tieferen Verständnisses und einer besseren Behandlung von postpartaler Depression durch ganzheitliche Erkenntnisse aus natur- und geisteswissenschaftlichen Perspektiven. Das phänomenologisch-*psychopathologische* Hauptaugenmerk für diese Untersuchung liegt auf der Betrachtung der Grundstrukturen der mütterlichen Sprache in der Interaktion mit dem Säugling und ihre Abwandlungen in der postpartalen Depression. Dafür sollen die der Entstehung und Aufrechterhaltung von postpartaler Depression zugrunde liegenden impliziten Gedächtnisprozesse, das heißt die in der frühen Kindheit erlernten (bewussten und unbewussten) Interaktionsprozesse in der (verbalen und nonverbalen) Kommunikation, erforscht werden. Im Jahr 1948 wurde durch den Psychoanalytiker Main in Großbritannien zum ersten Mal eine psychisch erkrankte Mutter gemeinsam mit ihrem Kind zur stationären Krankenhausbehandlung auf einer allgemeinpsychiatrischen Station aufgenommen. Seitdem erfuhr diese Behandlungsform eine stetige Entwicklung, sodass es heute insgesamt 26 größere und kleinere Mutter-Kind-Zentren in England gibt. Frankreich und Belgien begannen den Aufbau zehn Jahre später und verfügen heute über 17 Mutter-Kind-Einheiten. Seit den 80er Jahren gibt es auch in Australien, Neuseeland und Deutschland Kliniken, die psychisch kranke Mütter gemeinsam mit ihrem Kind aufnehmen.

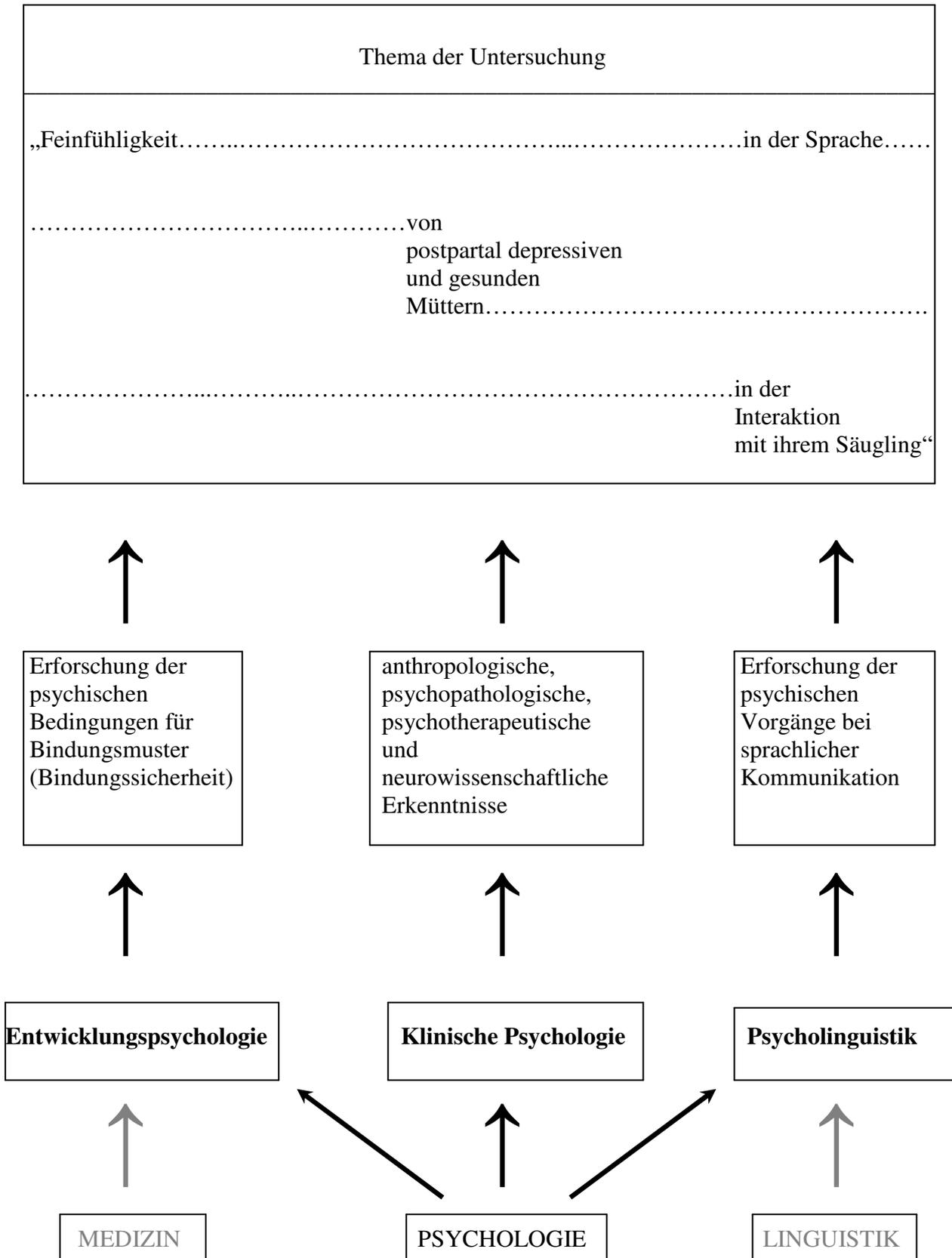


Abb. 1: Zusammenschau der beteiligten Disziplinen

Die Möglichkeit einer speziellen Mutter-Kind-Therapie stellt jedoch nach wie vor eher die Ausnahme dar (Hartmann, 2001; Hornstein, De Marco, Rave, Schenk, Wortmann-Fleischer & Schwarz, 2003), obwohl es einen erheblichen (klinischen und ambulanten) Versorgungsbedarf für dieses Therapieangebot gibt (Fricke, Fuchs, Weiss, Mundt & Reck, 2006). Mit ihrer *psychotherapeutischen* Zielsetzung, schädliche Auswirkungen des Versagens der Umwelt umzukehren oder zu lindern, richtete sich die vorliegende Studie auf die Analyse der Mutter-Kind-Interaktion (im Folgenden kurz „MUKI-Interaktionen“ genannt) bei depressiven Müttern (VIT) (im Rahmen der Mutter-Kind-Behandlungseinheit der Depressionsstation Jaspers der Uniklinik Heidelberg). Die Entstehung struktureller Störungen in der frühen Kindheit durch die Abwesenheit einer feinfühlig, geduldig-wohlwollenden Mutter ist in der Psychopathologie und Psychotherapie der Depression heute unumstritten (Rudolf, 2006, 2010).

Ergebnisse aus der *Neurowissenschaft* belegen, dass die verschiedenen Areale des kindlichen Gehirns vom Zeitpunkt der Empfängnis an unter dem Einfluss seiner Umwelt vernetzt werden. Diese Interaktion mit der Umwelt ist eine Grundvoraussetzung für unsere Entwicklung. Durch Neurohormone teilen sich alle Gedanken und Gefühle der Schwangeren dem ungeborenen Kind genauso mit, wie der Konsum von Alkohol und Nikotin. Nach der Geburt führen soziale Deprivation und Störungen in der emotionalen Bindung zwischen Eltern und Säuglingen nachweislich zu Veränderungen in der Gehirnorganisation (und damit vermutlich zu emotionalen und kindlichen kognitiven Defiziten). Die positive kognitive und emotionale Entwicklung wird ausschließlich durch eine stabile emotionale Beziehung bestimmt (nicht durch Bildungs- und Sozialstatus) (O'Connor & Rutter, 2000). Interaktiver Stress sowie inadäquate Stimulation und Affektregulation während der ersten Lebensmonate haben einen ungünstigen Einfluss auf die Entwicklung spezifischer neuronaler Strukturen (und damit spezifischer Fähigkeiten) (Hay, 1997). Noch stellt sich die Frage nach einer sensiblen Phase für die frühkindliche Entwicklung spezifischer Fähigkeiten und damit nach der Bedeutsamkeit kurzfristiger depressiver Episoden in den ersten Monaten nach der Geburt. Fest steht, dass frühkindliche Emotionen (emotionale Lernerfahrungen) die funktionelle und strukturelle Reifung des Gehirns steuern, das heißt sie sind für die Entstehung und Aufrechterhaltung funktioneller synaptischer Netzwerke im sich entwickelnden Gehirn verantwortlich und werden durch (positive oder negative) Bindungsbeziehungen beeinflusst (Schore, 1994; 2001). Man kann quasi von einer psychobiologischen Regulation der Bindungsbeziehung sprechen. In Tierversuchen konnte nachgewiesen werden, dass frühe emotionale Deprivation durch den Mangel an adäquaten Erfahrungen zu einer Verschiebung der Synapsengleichgewichte im limbischen anterioren zingulären Kortex und damit zu einer fehlerhaften beziehungsweise ungenügenden, weil vorwiegend erfahrungsgesteuerten, Selektion redundanter Synapsen führt. (Bock und Braun, 2002). Tröstlich erscheint jedoch die Tatsache, dass es Korrekturmöglichkeiten durch Veränderungen in emotionalen und kognitiven Funktionsbereichen der infolge negativer Erfahrungen fehlerhaft verlaufenden synaptischen Vernetzung gibt.

Die **Psycholinguistik** beschäftigt sich mit allen psychischen Vorgängen bei *sprachlicher Kommunikation* sowie deren Ursachen und Wirkungen. Wie Bindung spielt auch Sprache eine zentrale Rolle in der sozialen Entwicklung von Kindern. Elterliches Verhalten steht im Zusammenhang mit der angeborenen kommunikativen Kompetenz des Säuglings (Papoušek & Papoušek, 1987). Somit ist Sprache nachweislich abhängig von den psychischen und physischen Faktoren der Interaktion sowie von der Sprachstruktur und der Umwelt. Die wissenschaftliche Verbindung zur Entwicklungspsychologie ist hergestellt.

1.2 Bindungstheoretische Entwicklung

Die Bindungsforschung entwickelte sich aus dem persönlichkeitspsychologischen Problemstrang und der lern- und aktivationspsychologischen Linie innerhalb des assoziationspsychologischen Stranges, die der Frage nach der Aktivierung, Steuerung und Ausdauer zielgerichteten Verhaltens auf unterschiedliche Weise nachgehen (vgl. Abb.2).

Die Geschichte der Bindung, nahm ihren Anfang in der Nachkriegszeit mit Theoretikern wie Bowlby (1951), Winnicott (1965), Bion (1978) und Klein (1986), die sich alle erstmals mit der Rolle der Mutter beschäftigten. Dieser Aufstieg des weiblichen Prinzips in der Psychoanalyse war durch die kriegsbedingte Abschwächung der väterlichen Macht in der Familie möglich. Aufgrund seiner eigenen Persönlichkeit und Weltanschauung, der allgemein angespannten Stimmung zwischen den Psychoanalytikern und den sozialen und intellektuellen Bedingungen während des zweiten Weltkrieges, gehörte Bowlby zu jenen Psychiatern, die im Spannungsfeld zwischen öffentlicher Anerkennung und Ignoranz durch die Fachwelt standen. Er verfolgte zwei Hauptziele:

1. den *wissenschaftlichen Status* der Psychoanalyse, da die aktuellen Entwicklungen der Wissenschaft die Berücksichtigung von Konzepten der Informationsverarbeitung und des Feedback erforderten und
2. die Anerkennung der *Rolle der Umwelt* bei der Entstehung von Neurosen beziehungsweise psychischen Störungen.

Folgerichtig entdeckte er in den frühen fünfziger Jahren die Ethologie für die Humanforschung; er wendete ethologische Konzepte von Menschenaffen und anderen höheren Säugetieren auf die MUKI-Interaktion an. Dieser Ansatz der Integration der **ethologisch-behavioristischen Linie** (Lorenz, 1952) und der **kognitionspsychologischen Linie** (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) war für Bowlby die wissenschaftliche Grundlage für die Aktualisierung der Freudschen Theorie der Psychoanalyse. Innerhalb der **psychodynamischen Linie** geht die aus der klassischen *Triebtheorie* hervorgegangene „cupboard-love-Theorie“ der „berechnenden Liebe“ (Freud, 1926), davon aus, dass die Mutter-Kind-Beziehung (im Folgenden kurz „MUKI-Beziehung“ genannt) durch die wachsende Spannung (Libido) des Babys aufgrund seiner Bedürfnisse zur Nahrungsaufnahme aufrechterhalten wird, die ihre Entladung im Saugen an der mütterlichen Brust findet. Das spannungsabbauende und damit Angst reduzierende Handeln der Mutter (Stillen), das heißt die Befriedigung der körperlichen Bedürfnisse des Kindes ist die Basis seiner Liebe zu ihr. Die *Theorie der Objektbeziehungen* (Klein, 1986), vertritt die Annahme, dass das Kind psychisch und physisch mit der Mutter und ihrer Brust verbunden ist. Dabei ist die befriedigende, nährnde und beruhigende Brust der Inbegriff des „guten Objekts“; das „böse Objekt“ wird repräsentiert durch die abwesende, versagende, leere Brust.

Die Zusammenführung der gegensätzlichen Elemente von Verhaltensbiologie und Psychoanalyse war die größte Leistung in Bowlbys Arbeit. Seine **Bindungstheorie** (1973a) betrachtet die Bindung zwischen Mutter und Kind als eigenständiges psychisches Band, als ein „*primäres Motivationssystem*“ mit eigenen Funktionsmechanismen und einer Schnittstelle zu anderen Motivationssystemen. Bindungstheorie bedeutet also vor allem die Vereinigung der Ethologie mit psychoanalytischen Vorstellungen der Entwicklung. Experimentelle Belege für diese Theorie lieferten Lorenz (1952), der bei Gänschen Bindungsverhalten zur Mutter ohne Füttern demonstrierte und Harlow (1958), dessen Rhesusaffen Füttern ohne Bindung zeigten. Die weiche Mutter wurde gegenüber der nur Nahrung gebenden Drahtmutter bevorzugt, was dafür spricht, dass die Mutter-Kind-Bindung nicht primär auf der Nahrungsversorgung beruht.

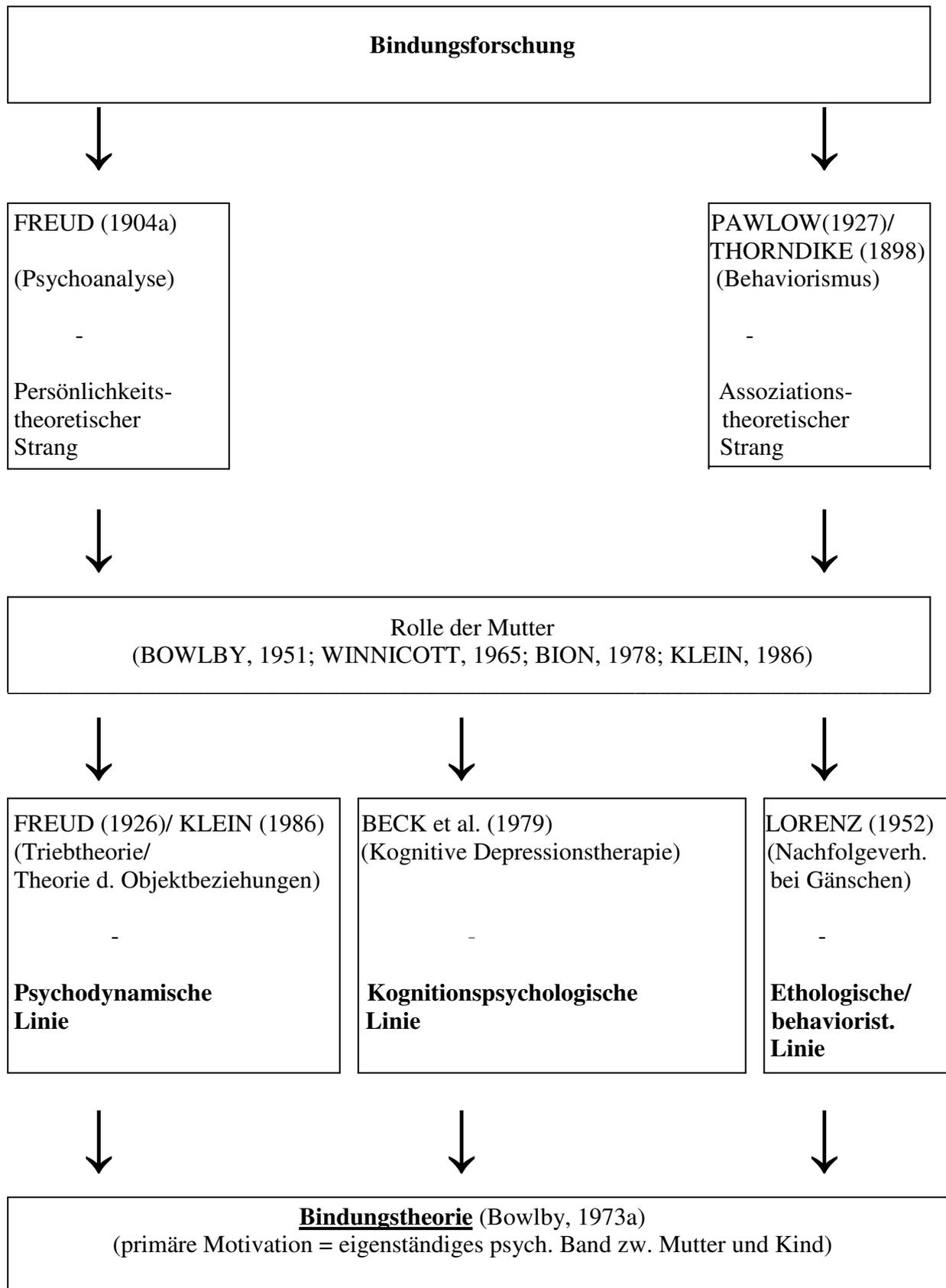


Abb. 2: Entwicklung der Bindungsforschung
(in Anlehnung an Holmes, 1991)

Evolutionär betrachtet ist das Bindungssystem lebensnotwendig zum Schutz vor Raubtieren gewesen; bis heute dient es zur Abwehr externer Gefahren wie Verletzungen, Unfällen oder sexueller Gewalt. Übergeordnetes Ziel von Bindung ist der Erhalt der Homöostase durch eine Steigerung der Gesundheit. Bowlby lehnte sich an das „epigenetische Modell“ von Waddington (1977) an und sah den Entwicklungsweg eines Kindes als Ergebnis der Interaktion mit seiner (elterlichen) Umwelt. Dabei betonte er die Entwicklung der Bindungsdynamik als eigenständigen Prozess. Bowlby als Mensch stand für:

- die Ablehnung von Bestrafung durch Liebesentzug
- die Unterstützung von Flexibilität und Akzeptanz (Bereitstellen eines angemessenen Spielzeugs, Humor als Erziehungsmittel, Selbstbestimmung beim Essen, Gefühlsausdruck) (Bowlby, 1979c)
- Intuition + angemessene Theorie (Bowlby, 1991)
- eine Theorie der sicheren Basis (Byang-Hall, 1991a)
- das feminine Prinzip (Mutterentbehmung).

Er konnte die Wichtigkeit des umweltbedingten Traumas als Ursache von Neurosen und charakterlichen Störungen empirisch belegen (Bowlby, 1951). Mit der Veröffentlichung seiner „Bindung und Verlust“-Trilogie Ende der sechziger Jahre fanden heute selbstverständliche Konzepte wie die Auswirkungen mütterlicher Deprivation in den ersten Lebensjahren (durch Tod oder „zerrüttete Familienverhältnisse“), die Wichtigkeit von Gefühlsbindungen zwischen Eltern und Kindern, die Notwendigkeit einer sicheren Basis, um sich gebunden zu fühlen, und die Erkenntnis, dass Trauer in bestimmten Phasen abläuft, ihren Einzug in den Sprachgebrauch. Gegenstand der Bindungstheorie ist die Erforschung der Natur des Bandes zwischen Mutter und Kind und den Folgen, die eine kürzere oder längere Unterbrechung dieses Bandes für das Kind hat. Schon 1940 warnte Bowlby davor, Kinder während eines Krankenhausaufenthaltes unnötigerweise von ihren Eltern zu trennen. In der Tavistock-Klinik traf er Mütter zusammen mit ihren Kindern und entwickelte gemeinsam mit Esther Bick die Kinder-Psychotherapieausbildung. Mit seinem Forscherteam James Robertson, Mary Ainsworth und Mary Boston führte Bowlby 1952-1956 systematische Studien zur Auswirkung von Trennung auf die Persönlichkeitsentwicklung junger Kinder durch. Die heute so offensichtliche Tatsache, „dass mütterliche Fürsorge im Säuglingsalter und der frühen Kindheit für die psychische Gesundheit lebenswichtig ist“ (Bowlby, Robertson & Rosenbluth, 1952), ist in erster Linie das Ergebnis von Bowlbys Arbeit. In seinem Werk „Child Care and the Growth of Love“ (1953b) gibt Bowlby einen Überblick über den aktuellen Stand der weltweiten Literatur zum Thema „Child Development“. Obwohl er hier die Bezeichnung „maternal deprivation“ verwendet, muss darauf hingewiesen werden, dass er primär „Mutterentbehmung“ (= vollständiger Mangel an mütterlicher Fürsorge) untersuchte und nicht „mütterliche Deprivation“ (= etwas wird entfernt, dass zuvor da war), deren Auswirkungen schwerer vorhersehbar sind.

Verschiedene Studien belegen, dass der Entzug mütterlicher Fürsorge (= Mutterentbehmung) in den ersten Lebensjahren eine ernsthafte Beeinträchtigung der körperlichen, intellektuellen, emotionalen und sozialen Entwicklung nach sich ziehen kann. Ein sozialer Teufelskreis, der sich selbst aufrecht erhält. So werden die Kinder von emotional deprivierten (unehelichen) Kindern durch ihre unglücklichen Eltern, Scheidung, körperlichen Missbrauch, Vernachlässigung, Ablehnung oder Gewalt selbst wieder zu solchen (Bowlby, 1944; Bowlby et al., 1952; Tizard, 1977; Wolkind, Hall & Pawlby, 1977). Dabei scheinen Kinder zwischen sechs Monaten und vier Jahren besonders störanfällig für den Aufbau stabiler Beziehungen zu sein.

Für die Kurz- und Langzeitauswirkungen von mütterlicher Deprivation ist allerdings eine differenziertere Betrachtungsweise vonnöten und auch erfolgt. So ist es zum Beispiel nicht nachteilig für ein Kind, wenn die Mutter es für einen Teil des Tages der Fürsorge einer bekannten und vertrauenswürdigen Person überlässt (Oakley, 1981). In jedem Fall kann man behaupten, dass die Allgegenwärtigkeit von Müttern nicht unweigerlich zu glücklichen Kindern führt oder die Abwesenheit zu gestörten. Auch gibt es keine Hinweise für Langzeitauswirkungen durch eine einzige kurze Trennung (Hinde & McGinnis, 1977). Hingegen scheinen Faktoren wie familiäre Disharmonie (z.B. bei Scheidung) einen großen Einfluss auf antisoziales Verhalten des Kindes zu haben (Rutter, 1972).

Die Forschung betont den hohen Einfluss des *Kontextes*, das heißt von den der Trennung vorausgehenden Ereignissen, der *Bindungssicherheit* und der individuellen *Bedeutung* für das Kind. Mutterentbehmung stellt somit nicht die Ursache für psychische Störanfälligkeit dar, sondern ist vielmehr als ein entscheidender Vulnerabilitätsfaktor anzusehen (Brown & Harris, 1978).

Rutter (1981) fasste zusammen, welche unterschiedlichen Faktoren auf die Entwicklung eines Kindes einwirken können:

- die Kindheitserfahrungen der Eltern
- geburtsnahe Ereignisse (Trennung von Mutter und Kind führt häufig zu geringer Zuversicht und Kompetenz der Mutter in den Folgemonaten)
- Geschlecht (Jungen sind in der Regel störanfälliger für familiäre Disharmonien)
- Geschwisterfolge (1. Kind wird meistens strenger erzogen)
- Tod eines Elternteils (oft stärkerer Einfluss bei gleichem Geschlecht)
- Temperament (bedingt gewöhnlich Anpassungsfähigkeit und Störanfälligkeit für negative Stimmungen)
- gute Beziehung zu einem Eltern- oder Großelternanteil
- soziale Umwelt (Großstädte führen im Allgemeinen zu höherer Verletzlichkeit)

Das *Selbstwertgefühl*, das sowohl durch gegenwärtige, als auch vergangene Ereignisse bestimmt wird, scheint ebenfalls eine Schlüsselfunktion in der Entstehung von Neurosen zu haben. Hohe Selbstwirksamkeit (z.B. Erfolg in der Schule) und gute Beziehungen (mindestens eine gute in der Vergangenheit oder Gegenwart) bestimmen, ob ein Kind eine Deprivation bewältigen wird oder nicht (Beck et al., 1979; Ryle, 1990; Malan, 1976). Depressive besitzen ein schlechtes Selbstwertgefühl und neigen zur Verallgemeinerung von negativen Erfahrungen und zu einem globalen Gefühl der Hoffnungslosigkeit (Brown & Harris, 1978). Wie stark der positive Einfluss eines guten Selbstwertgefühls des Lebensgefährten auf den „schwierigen“ Partner ist, konnten Caspi und Elder (1988) nachweisen, was die Vermutung nahe legt, dass ein gutes Selbstwertgefühl der Mutter einen guten Schutzfaktor für ihr Kind darstellt.

Doch auch kindbezogene *biologische Dispositionen*, wie Frühgeburt (Huber, Brisch, Pohlandt, Eckert, Knorpp, Mauch & Bode, 1996; Knorpp, Mauch, Bode, Huber, Paschke, Pohlandt, Spraul & Brisch, 1998; Brisch, 2002), neurologische Erkrankungen (Brisch, Bechinger, Betzler & Heinemann, 2003), motorische Entwicklungsverzögerungen (Kißgen, 2002) und Sprachentwicklungsstörungen (Wulbert, Inglis, Kriegsmann & Mills, 1975) stellen deutliche Risikofaktoren für die Entwicklung einer Sprach- oder Bindungsstörung dar.

Bowlby schaffte die Grundlagen für die Forschung der „*Post-Bowlbianer*“ Ainsworth, Main, Bretherton, Marris und Sroufe (USA), die Grossmanns (D) und Parkes, Hinde, Byang-Hall und Heard (GB). Die Bindungstheorie ist heute eine eigenständige Disziplin und stellt ein bedeutendes und psychotherapie-relevantes Grundgerüst innerhalb der

Entwicklungspsychologie dar, die Psychoanalyse hat sich für empirische Beweise und interdisziplinäre Einflüsse geöffnet. Es gibt eine Fülle von Belegen für ein psychisches Leben ab dem Moment der Geburt beziehungsweise Zeugung (Stern, 1985; Chamberlain, 1990; Verny & Weintraub, 2003; Janus, 2004). Persönlichkeitsspaltung und Projektion herrschen nur bei unsicher gebundenen Kindern vor; Verlust und Trennung beeinflussen die Charakterbildung von den frühesten Jahren an; der generelle Umgang mit dem Kind ist bedeutsamer als bestimmte Ereignisse (abgesehen von traumatischen); die Stärke der Therapeut-Patient-Beziehung ist ein entscheidender Faktor für das Ergebnis der Therapie (Holmes, 1991). Auch gibt es viele Belege für frühe Traumata bei Patienten mit großen charakterlichen Störungen (Grant, 1991) und die Erkenntnis, dass sich hierbei nicht der Verlust eines Elternteils, sondern Disharmonie oder Störungen in der Familie traumatisch auswirken (Rutter, 1981). Am nächsten zu Bowlbys Ideen standen Forscher der „Ungarischen Schule“ wie Ferenczi (1955), Balint (1964) und Fairbairn (1952).

Eckpfeiler des theoretischen Grundgerüsts der Bindungstheorie sind die Begriffe (*Bindungs-*) *Sicherheit und Unsicherheit*. In der heutigen unübersichtlich gewordenen Welt sind Gefühle der Desorientierung nicht nur bei Kindern anzutreffen. Wie sieht die „moderne“ Bindungstheorie nun aus, und welche Auswirkungen hat sie auf die psychotherapeutische Theorie und Praxis? Die Wissenschaft hat inzwischen erkannt, dass sowohl die psychoanalytischen Annahmen der projektiven Identifizierung des Objekts, als auch die ethologisch belegten Einflüsse des Objekts auf das Selbst ihre Gültigkeit haben, die Möglichkeit der Versöhnung von beiden Theorien ist eröffnet. Insofern scheint die *interaktionelle Beziehung* zwischen Person und Objekt (Winnicott, 1965; Bion, 1978) als Untersuchungsgegenstand der Zukunft sehr Erfolg versprechend.

Auf der Grundlage der Bindungstheorie von Bowlby (1973a) sollen in dieser Arbeit die Feinfühligkeit als psychische Bedingung für Bindungsmuster (Bindungssicherheit) erforscht und die Grundstrukturen der mütterlichen Sprache in Abhängigkeit ihres Interaktionsstils sowie ihre Abwandlungen in der postpartalen Depression analysiert werden.

2 Theoretische Grundlagen und aktueller Forschungsstand

2.1 Feinfühligkeit im Bindungsmodell von Bowlby und Ainsworth

Freud und Klein nahmen an, dass Bindung sich primär als Instinkt aus der Fütterung oder der kindlichen Sexualität ableiten lässt (Freud, 1926; Klein, 1986). John Bowlby vertrat dagegen die Meinung, dass die Bindung zwischen Mutter und Kind ein eigenständiges psychisches Band ist. Diese Annahme stellt das Herzstück von seiner Bindungstheorie dar, die er zusammen mit seiner Koautorin Mary Ainsworth (1982; 1989) entwickelte. Durch das Erreichen von (räumlicher) Nähe wird ein entspannter Zustand erreicht, der es dem Individuum ermöglicht, seine Umwelt zu erkunden. Andererseits entstehen Angst, Traurigkeit oder Einsamkeit, wenn der geliebte Mensch weit weg ist.

Die Bindungstheorie unterscheidet verschiedene Konzepte (vgl. 1.2, Abb. 2 und Holmes, 2006):

1. Das Konzept der „Bindung“ (psychodynamische Komponente)

Bindung wird definiert als Begriff, der den *Zustand und die Qualität* einer individuellen Bindung beschreibt. Eine sichere Bindung besteht bei dem Gefühl von Geborgenheit und Schutz. Eine unsichere Bindung (vermeidend oder ambivalent) ist charakterisiert durch ängstliche Gefühle. **Kennzeichen einer voll entwickelten, auf Bindung basierenden Beziehung sind das Nähesuchen, der „sichere-Basis-Effekt“ und der Protest gegen Trennung (Weiss, 1982).**

A. Die rastlose Suche nach Nähe zu einer bevorzugten Person oder Gruppe

Die subjektive *Entfernung* zur Mutter und die *Umstände* der Situation (z.B. erster Tag in neuer Spielgruppe) in Abhängigkeit von Alter, Temperament, Entwicklungsgeschichte und aktueller Befindlichkeit des Kindes (müde, verängstigt, krank) bestimmen das Ausmaß der geforderten Nähe (Robertson, 1952). Dabei entwickelt sich die Bindung allmählich über einen längeren Zeitraum hinweg (von der Geburt bis zur Adoleszenz) und bezieht sich auf eine oder mehrere Personen, die von anderen unterschieden werden und hierarchisch „angeordnet“ sind. (Mutter, Vater, Großeltern, Geschwister, Paten..., auch Übergangsobjekte; Rutter, 1981; Bretherton, 1991b). Das Dilemma, dem ein Individuum ausgesetzt ist, besteht in der Unvermeidlichkeit des Verlustes, da die Bindung nicht absolut zuverlässig sein kann, weil sie gezwungenermaßen geteilt werden muss und am Ende verloren wird. (Jugend → Eltern; Eltern → Kinder) (Bowlby, 1980)

B. Der Effekt der „sicheren Basis“

Unter der „sicheren Basis“ versteht man die Atmosphäre, die von der Bindungsfigur (Mutter) für die gebundene Person (Baby) geschaffen wird. Sie ist Voraussetzung für Neugierde und Explorationsverhalten (Arbeiten, Entspannen, Spielen). Dabei scheint jedes Kind einen individuellen unsichtbaren Radius zu haben, über den es sich nicht hinauswagt (Anderson, 1972). Je weiter das Baby von seiner Mutter entfernt ist, desto stärker ist die Anziehungskraft der Bindung sowohl auf der mütterlichen als auch kindlichen Seite. Bei Erwachsenen führt das Fehlen einer sicheren Basis in der Kindheit in einen Zustand der Handlungsunfähigkeit und aktiviert Abwehrmechanismen wie Wut oder sexuelle

Hemmung, damit die Trennungsangst, das heißt subjektive Gefühle der Sorge, der Anpassung und des Trennungsschmerzes minimiert werden (Heard & Lake, 1986).

C. Aktiver wütender Protest gegen die Trennung

Die Hauptreaktion und gesunde Antwort auf die Trennung einer sicheren Bindung ist der Protest des Kindes (Weinen, Schreien, Brüllen, Beißen, Treten), mit dem das Unbehagen angezeigt und die auslösende Bindungsfigur bestraft werden soll, um einer Wiederholung vorzubeugen. Dabei kommt dem *Ausdruck* von Zorn eine sehr hohe Bedeutung zu. Die Aufgabe der Eltern besteht idealerweise in der Förderung dieses Ausdrucks aggressiver *Gefühle* unter Vermeidung zerstörerischer Handlungen (Bowlby & Durbin, 1938). Eine apathische Resignation als Reaktion auf eine Trennung ist Zeichen einer ungesunden Entwicklung (Bowlby, 1965). In Langzeitstudien mit Kindern im Krankenhaus konnten drei Phasen bestimmt werden. Dem anfänglichen Protest folgte der Rückzug (unter Zurückweisung von Trost) und die Loslösung (in Form von Langeweile, Gleichgültigkeit, Apathie, später Oberflächlichkeit und Egozentrismus) (Bowlby & Robertson, 1952b). Ainsworth nutzte diese Ergebnisse zur Entwicklung ihres „Fremde-Situation-Tests“, dem Grundwerkzeug der Entwicklungspsychologie für die Klassifizierung von Bindungsqualitäten (Ainsworth & Wittig, 1969) (vgl. I/ 2.1.2). Die Tatsache, dass selbst Misshandlungen und harte Strafen der Mutter oder vertrauter Bezugsperson zu einer Verstärkung des Bindungsverhaltens führen (Rutter, 1980), beweist die Langlebigkeit (Persistenz) von Bindungen. Das ambivalent gebundene Kind gerät in solchen Situationen in einen Zustand der „gefrorenen Wachsamkeit“ und ist so in seinem normalen Erkundungsverhalten gehemmt.

2. Das Konzept des „Bindungsverhaltens“ (behavioristische Komponente)

Als Bindungsverhalten bezeichnet man jenes *Verhalten*, das dazu führt, Nähe zu einer anderen bevorzugten Person herzustellen oder aufrecht zu erhalten. Es wird ausgelöst durch eine (bevorstehende) Trennung, wieder abgeschwächt durch die Herstellung von Nähe in Abhängigkeit vom Kontext (Art der Bedrohung, Sichtkontakt, körperliche Nähe, besänftigende Worte, Umarmungen, Liebkosungen...). Das Bindungsverhalten des Säuglings entwickelt sich evolutionär begründet langsamer als bei Tieren. Mit dem ersten Lächeln nach circa vier Wochen beginnt er seine positive Interaktion mit der Welt. Je nach Art der *mütterlichen Reaktionsfähigkeit* werden die ersten Weichen für Bindungsmuster in der weiteren Entwicklung gestellt (Winnicott, 1971). Dabei spielt der *Blickkontakt* zwischen Mutter und Kind eine wichtige Rolle, ist quasi die Basis der Bindung (Stern, 1985; Wright, 1991). Das Baby kann so durch diesen Spiegelungsprozess schon jetzt die Erfahrung von hoher Selbstwirksamkeit und Handlungsfähigkeit machen. Ein Versagen dieser Erfahrung (depressive Mutter) hat komplexe Auswirkungen (s. Kap. 1.2 u. Kap. 2.1.1). Eine weitere Schlüsselrolle bei der Entstehung nachfolgender Bindungsqualitäten stellen die Zuverlässigkeit und Reaktionsbereitschaft der *haltenden Umwelt* (körperliches Halten, Beschützen, Unterstützung, Fürsorge, Beherrschung) dar (Winnicott, 1971). Nach circa sechs Monaten kennt ein Säugling seine Mutter und zeigt die drei Schlüsselmerkmale einer Bindungsbeziehung (Suche nach Nähe, Explorationsverhalten, Protest gegen Trennung). Eine sichere MUKI-Beziehung hat sich etabliert. Bis zu diesem Alter ist der Wechsel in eine Adoptionsfamilie für ein Baby noch relativ leicht verkraftbar (Bretherton, 1985). Mit dem Beginn der Fortbewegung fängt das Kind im achten Monat an zu „fremdeln“ (Spitz, 1950).

Das Bindungssystem drückt sich weiterhin durch die beschriebenen Verhaltensweisen des *Säuglings* aus:

- ausreichende Nähe zur Mutter halten
- die „sichere Basis“ zur Exploration benutzen
- Protest gegen Trennung beziehungsweise bei Gefahr zeigen

Außerdem ist seine *Beziehung* gekennzeichnet durch:

- soziale Bezugnahme (Eltern bieten passendes Fürsorgeverhalten, Ermutigung oder Rückzug an)
- reziproke Entfernungsregulierung durch die Eltern (Problem von überängstlichen oder nachlässigen Eltern; Byang-Hall, 1980)
- ein affektives internes Arbeitsmodell, das die relative Lage des Selbst und der Bindungsperson repräsentiert.

(„Wenn mir meine Mami beim Spielen so nahe kommt, fühle ich mich unwohl, also bewege ich mich ein bisschen weg von ihr, ohne sie so sehr zu entmutigen, dass sie das Interesse verliert“; Beebe & Lachmann, 1988).

Es besteht also ein dynamisches Gleichgewicht zwischen Mutter und Kind, das ständig überwacht und bei Stress aktiviert wird, während der Exploration jedoch ruht (Bowlby, 2006).

Mit drei Jahren ist das Bindungssystem des Menschen vollständig entwickelt und für sein weiteres Leben prägend, wobei sich die Komplexität der reziproken Beziehung zwischen Eltern und Kind mit steigendem Alter erhöht. (Nicht mehr nur weinen oder klammern, sondern bitten, bestechen, mit Charme einwickeln oder schmollen, um die Beziehung aufrecht zu erhalten.) (Bowlby, 2006)

3. Das Konzept der „internen Arbeitsmodelle“ (kognitive Komponente)

Das *Verhaltenssystem der Bindung* ist das Modell der Welt, das ein Individuum von sich selbst und seiner Umwelt, sowie deren Beziehungen zueinander hat und in dem seine Bindungsmuster verschlüsselt sind. Wiederholte Muster interaktiver Erfahrungen führen zum Aufbau von mehreren solcher Arbeitsmodelle im Laufe der Entwicklung eines Kindes und dienen zur Vorhersage über und die Verbindung mit der Welt. Eine Mutter mit *großer Feinfühligkeit* und Zuverlässigkeit fördert den Aufbau eines (*sicheren*) *Bindungsschemas* und damit die Speicherung eines internen Arbeitsmodells, in dem sich dieses sicher gebundene Kind der Aufmerksamkeit und Liebe würdig fühlt, während ein unsicher gebundenes Kind sich selbst als nicht liebenswürdig (und unwirksam) wahrnimmt und die anderen Menschen als unzuverlässig und abweisend. Solche in den ersten Lebensjahren aufgebauten Repräsentationsmodelle persistieren oft lebenslang und sind nur schwer zu beeinflussen (Beck et al., 1979; Stern, 1985; Horowitz, 1988).

Gesunde Entwicklungen in Form einer sicheren Bindung führen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu positiven Kreisläufen, negative Annahmen (bei unsicherer Bindung) eher zu sich selbst erfüllenden Prophezeiungen und dem Teufelskreis der Neurose (Bowlby, 2006).

Eine Konstruktdefinition für „**mütterliche Feinfühligkeit**“ lieferten Ainsworth, Bell & Stayton (1971). Hierzu gehören:

1. die (zeitnahe oder zufällige) *angemessene Antwort* der Mutter auf das Verhalten des Babys, das heißt die Fähigkeit, die Dinge aus der Perspektive des Kindes wahrzunehmen, das Kind als eigenständige Person zu betrachten und der Respekt gegenüber den im Verlauf befindlichen Handlungen („activity in process“) durch das Vermeiden von Unterbrechungen

2. die Fähigkeit oder der Wille der Mutter, das äußere Verhalten des Babys für genaue *Rückschlüsse über den mentalen Zustand*, der dieses Verhalten bestimmt, zu nutzen, das heißt zu fragen, warum das Kind ein bestimmtes Verhalten zeigt
3. ein Basiswissen über den *physischen Zustand* des Babys (Hunger, emotionaler Zustand, z.B. Leid).

Ein unangemessenes Verhalten der Mutter würde danach zum Beispiel seinen Ausdruck finden in einer Kontaktaufnahme der Mutter bei Hunger des Babys, in Spielanregungen bei Müdigkeit oder im Füttern bei dem Versuch der Kontaktaufnahme durch das Kind.

Unter „Feinfühligkeit“ beziehungsweise „Sensitivität“ fasst man also ursprünglich jene spezifischen Handlungsmuster zusammen, die sich auf die körperlichen und emotionalen Bedürfnisse des Kindes beziehen und vor allem folgende drei Komponenten aufweisen: Promptheit (= Responsivität) oder zeitliche Kontingenz, elterliche Wärme sowie Angemessenheit der Reaktion (Ainsworth et al, 1974). Dabei spielen bei der *Promptheit* das Alter des Babys und auch der Belastungsgrad der Situation eine wesentliche Rolle. Je jünger das Kind und je höher der Grad der Belastung, desto schneller reagiert eine feinfühligkeitsvolle Mutter auf ihr Baby (=sensitive Responsivität). Unter einer *angemessenen Reaktion* versteht man ein Verhalten, das dem Kind ausreichend Raum für sein autonomes Handeln lässt.

Eine feinfühligkeitsvolle mütterliche Sprache ist nach Grossmann und Grossmann (1985) Ausdruck eines behutsamen und zuverlässigen Redestils und gekennzeichnet durch ihre emotionale Qualität. Ein *liebvoller, leiser Tonfall*, eine *auf Vorausgegangenes Bezug nehmende Antwort* und eine *eher zurückhaltende erklärende Sprechweise*. Dabei haben entsprechend der Konstruktdefinition von Ainsworth die zuverlässige, beruhigende und Trost spendende Reaktion auf Laute der Unzufriedenheit des Säuglings und die aktiv eingehende Beantwortung seiner Vokalisationen höchste Priorität.

Schon frühe Forschungsergebnisse zeigten, dass eine „unsensible Bemutterung“ des Säuglings zu einer unsicheren Bindung des Kindes führt, umgekehrt eine „feinfühligkeitsvolle Bemutterung“ eine sichere Bindung ermöglicht (Ainsworth et al., 1971; 1974). Langzeitstudien bestätigten diese Ergebnisse und differenzieren zudem zwischen insensitiven Müttern die unsicher-vermeidende Kinder haben und einer unsicher-ambivalenten Bindung bei in ihrer Feinfühligkeit schwankenden Müttern (Main & Weston, 1982; Grossmann, Grossmann & Schwann, 1986; Sroufe, 1979) (vgl. Abb.3).

Für die Entwicklung einer sicheren Bindung scheinen insbesondere die *elterliche Wärme* sowie der emotionale Ausdruck bedeutend zu sein (van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2004; Pauen & Rauh, 2007). Zwar kann sich eine sichere Bindung auch bei mangelnder emotionaler Wärme entwickeln, doch sind liebevolle (warmherzige) Mütter meist auch einfühlsam und responsiv (und unterstützen damit die sichere Bindung ihres Kindes).

Die **Bestimmung der Bindungssicherheit** kann über eine (mikroanalytische) Betrachtung der Eltern-Kind-Interaktion erfolgen. Hierbei haben sich v.a. Mary Ainsworth's „Konzept der Feinfühligkeit“ („sensitivity“) und das „Konzept der mütterlichen Einstimmung“ auf den Rhythmus des Kindes („attunement“) von Stern (1985) etabliert (vgl. Abb. 3 und Kap. 2.1.2).

Die (Fein)Abstimmung beziehungsweise Nicht-Abstimmung zwischen elterlichem Verhalten und den jeweiligen Signalen und Ausdrucksverhaltensweisen des Kindes lässt sich als mehr oder weniger gut gelingende Passung beschreiben (Brandstädter & Gräser, 1985) und bestimmt gelingende oder weniger gelingende Interaktionen.

Konzept	Handlungsebene	Bindungsmuster (mit 12 Mon.)
Feinfühligkeit („sensitivity“)	<u>hoch:</u>	sichere Bindung
	<u>gering:</u>	vermeidende Bindung
	<u>schwankend:</u>	ambivalente Bindung
Einstimmung/ (Fein)Abstimmung („attunement“)	<u>hoch:</u> (= inter-modal, begleitend)	sichere Bindung
	<u>gering:</u>	vermeidende Bindung
	<u>schwankend:</u>	ambivalente Bindung

Abb. 3: Prädiktoren für Bindungssicherheit (1. – 3. Mon.) in der Eltern-Kind-Interaktion (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Sroufe, 1979; Main & Weston, 1982; Grossmann et al., 1986; Bretherton, 1991b und Stern, 1985; Beebe & Lachmann, 1988)

1997 vertiefte Elizabeth Meins die Betrachtungen von Mary Ainsworth und stellte den Begriff der „mind-mindedness“ in den Mittelpunkt ihres Interesses, indem sie die angemessene Reaktion und damit Feinfühligkeit einer Mutter differenzierte in:

1. Die *allgemeine Feinfühligkeit* bezüglich des körperlichen und emotionalen Zustandes des Babys/ seiner Bedürfnisse („physical state“) (Trost und Beruhigung durch die Mutter bei Leid, Füttern in angemessenem Tempo bei Hunger ihres Babys) und
2. Die *spezielle Feinfühligkeit* hinsichtlich des mentalen Zustandes des Babys und seiner aktuellen Handlung („mental state“), das heißt die Beschäftigung mit seinen gedanklichen Vorgängen, der Wahrnehmung der Dinge aus seiner Sicht und der Erkennung seines Aufmerksamkeitsfokus (Spielbereitschaft des Babys, Freude an bestimmten Betätigungen, gleiches „Level of Engagement“, persönlicher Einsatz bei gemeinsamer Aktivität, Aufmerksamkeitsveränderungen des Babys). Dabei wird diese spezielle Feinfühligkeit nur dann sichtbar, wenn physische und emotionale Bedürfnisse des Kindes befriedigt sind.

„**Mind-mindedness**“ ist demnach die spezielle Neigung der Mutter, ihr Kind als ein Individuum mit einem Verstand zu behandeln und nicht nur als ein Geschöpf mit Bedürfnissen, die befriedigt werden müssen. Dabei fokussiert sich die Mutter auf die mentalen Zustände ihres Babys, wie sie sich in seinem laufenden Verhalten erklären und ist bestrebt, sie angemessen zu beantworten (Feinfühligkeit für das im Handlungsprozess befindliche Kind; Bereitschaft der Mutter ihren Aufmerksamkeitsfokus in Reaktion auf die Launen ihres Babys zu verändern). Bestätigt wurde diese Konstruktdefinition durch die Ergebnisse von Meins, Fernyghough, Russel & Clark-Carters (1998), deren untersuchte Mütter von mit einem Jahr sicher gebundenen Babys eine größere „mind-mindedness“ hatten als Mütter von unsicher gebundenen Babys. Die Mütter der sicher gebundenen Babys fokussierten bei einer open-end Einladung zur Beschreibung ihres nun 3-jährigen Kindes eher auf dessen mentale Eigenschaften als auf seine körperliche Erscheinung oder Verhaltenstendenzen. Außerdem schrieben sie den frühen Vokalisationen Bedeutung zu (z.B. Überzeugung, dass bestimmte Aussagen des Babys, die nicht mit den eigentlichen Worten übereinstimmten, trotzdem systematisch von ihren Kindern benutzt wurden, um einen bestimmten Begriffsinhalt mitzuteilen).

Individuelle Differenzen in der Häufigkeit, mit der Mütter „mental-state“-Sprache der MUKI-Interaktion des 2. und 3. Lebensjahres benutzten, fanden Beeghly, Bretherton & Mervis (1986), sowie Dunn, Bretherton & Munn (1987). Je älter die Kinder waren, desto eher nahmen ihre Mütter Bezug auf innere Zustände wie Kognitionen, Emotionen und Pflichten („obligations“).

Zusammenfassend kann man sagen, dass das Konzept der „Feinfühligkeit“ ein vielversprechendes Modell zur Aufklärung der MUKI-Interaktion darstellt.

2.1.1 Muster ängstlicher Bindung (als Folge verminderter Feinfühligkeit) und ihre Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung

Eine unsichere beziehungsweise ängstliche Bindung liegt vor, wenn ein Kind die Bindung zu seiner Bezugsperson aufrecht erhält, obwohl diese unberechenbar oder abweisend ist. Bowlby unterschied hier zwei Hauptmuster, um der Ablehnung durch die Mutter zu entgehen:

- A. die vermeidende Bindung (\approx „Pseudounabhängigkeit“), bei der das Kind seine Bindungsbedürfnisse weitgehend manipuliert und unterdrückt (vermeidet), ein entfernter Kontakt bleibt jedoch bestehen. („Schlechte Mutter, die mich zurückweist, mich verärgert und über die ich versuche nicht nachzudenken“) und
- B. die ambivalente Bindung (\approx widersprüchlich), die durch klammerndes (und unterwürfiges) Verhalten oder Rollentausch gekennzeichnet ist. („Gute Mutter, die mich in ihre Nähe kommen lässt, wenn ich mich um sie kümmere.“)

Die von Bowlby ebenfalls beschriebene unsicher-desorganisierte Bindung kommt vergleichsweise selten vor (s. Kap. 2.1.2) und soll deshalb hier nicht näher betrachtet werden. Die Koexistenz zweier inkompatibler Modelle (Bindungswunsch des Kindes - Zurückweisung durch die Mutter) führt zu kindlichen Anpassungsschwierigkeiten an die aktuelle Situation und Depressionen. Auch besteht die Gefahr, dass ungünstige kindliche Bindungsschemata im Erwachsenenalter auf die nächste Generation übertragen werden. Nach Bowlby bleibt das Bindungssystem das ganze Leben lang aktiv, das elterliche Zuhause eine sichere Basis in Zeiten der Bedrohung. Eine Partnerschaft oder Ehe kann das Elternhaus in seiner Funktion entlasten. Konsequenterweise sieht er auch die erwachsene Sexualität nicht als Motiv für eine

(dauerhafte) Paarbindung, sondern vielmehr die Bereitstellung einer sicheren Basis für Arbeit und Explorationsverhalten und eine Schutzhülle. Das Zusammentreffen der beiden verschiedenen ängstlichen Bindungsmuster in der Ehe führt zu einem System gegenseitiger Abwehr von Trennungsangst. Wird dieses Paar selbst zu Eltern, wird ihr eigenes Bindungssystem aktiviert (Winnicott, 1965). Für eine Mutter bedeutet das Fehlen ihrer inneren sicheren Basis, dass sie auch ihrem Baby keine geben kann. Diese Erkenntnis kann multiple neurotische Symptome nach sich ziehen, die eine Betreuung des Babys unmöglich machen. Ziel einer Therapie sollte eine Revision der internen mütterlichen Arbeitsmodelle (positives Selbstbild, Affektausdruck) (s. Kap. 2.1) sein, um der Mutter zu ermöglichen ihre mütterlichen Fähigkeiten realistischer einschätzen zu können.

Die Stärke und Tiefe der Bindungen wächst mit zunehmendem Alter. Wird der Teufelskreis der ungünstigen internen Arbeitsmodelle der Eltern nicht unterbrochen, besteht die Gefahr ernsthafter psychischer Störungen (v.a. Verhaltensstörungen und Phobien) auf Seiten der Kinder, die sich zu Depressionen und anderen psychischen Krankheiten ausweiten können. Die Qualität der elterlichen Fürsorge verschlechtert sich nach Bowlby in Abhängigkeit folgender Faktoren (Holmes, 2006):

- Tod oder Scheidung der Eltern
- Depression
- mangelnde Feinfühligkeit
- Selbstmorddrohungen
- Drohungen, das Kind wegzugeben
- Rollentausch (zwischen Eltern und Kind)

Der elterliche Umgang mit den kindlichen Reaktionen auf eine Trennung (Zorn, Sehnsucht, Verlangen) sei entscheidend für seine weitere Entwicklung. Vorrangiges Ziel solle sein:

- der (Wieder)aufbau einer sicheren inneren Basis
- die Einsicht, dass Konflikte ausgehandelt und gelöst werden können
- die Vermeidung der Verwendung primitiver Verteidigungsstrategien.

2.1.2 Mütterliche Sensitivität und Interaktion

In den letzten Jahren konnten einige grundlegende Faktoren eliminiert werden, die über die **Beziehung** (Interaktion) Einfluss auf die psychische Gesundheit des Säuglings nehmen. Hierzu gehören neben seinen grundlegenden physiologischen Bedürfnissen, der Bindungsstil, das Selbstwertgefühl und der Grad der sensorischen Stimulation. Ein sicher gebundenes, körperlich gesundes, sattes und ausgeschlafenes Kind mit einem (subjektiven) Gefühl hoher Selbstwirksamkeit, dass sich geliebt fühlt, weil es ein „normaler“ und einzigartiger Mensch ist, hat dabei die besten Voraussetzungen, Schwierigkeiten (Versagen, Verlust, Enttäuschungen) bewältigen zu können. Insofern scheinen die gefundenen Kriterien für eine gute Elternschaft (feinfühliges Reagieren, Einfühlungsvermögen, Halten) nur plausibel zu sein.

Schon Bowlby (2006) erkannte, dass den Umweltfaktoren (z.B. den unterschiedlichen Interaktionsmustern) stärkerer Einfluss bei der Entstehung eines Bindungsmusters zukommt, als instinkt- oder genetisch bedingten Faktoren, wie zum Beispiel dem Temperament (träge/aktiv; anschmiegsam oder nicht) des Babys.

Mary Ainsworth (1982; 1989) erweiterte und modifizierte Bowlbys Ideen hin zu einer differenzierteren Betrachtung der MUKI-Interaktion als Prädiktor für die Bindungsqualität. Ihre Studien etablierten die mütterliche Feinfühligkeit („sensitivity“) und die Fähigkeit, sich auf sein Baby einzustimmen („attunement“) als Manifestation zu Bindungssicherheit (s. Kap. 2.1., Abb.3).

Die genauere Untersuchung der MUKI-Interaktion impliziert eine Berücksichtigung interner und externer Faktoren: Wie behandelt die Mutter ihr Kind, und wie wirkt sich das Interaktionsmuster zwischen beiden auf die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes aus; welches „interne Arbeitsmodell“ beziehungsweise welches Bindungsmuster wird es speichern?

Erste wissenschaftliche Studien zu diesem Thema wurden innerhalb der Entwicklungspsychologie 1985 von Stern und später von Brazelton und Cramer (1991) durchgeführt. Sie beruhen allesamt auf direkter Beobachtung der „normalen“ MUKI-Interaktion als Richtlinie für die psychisch gestörte Beziehung.

Mit dem von Ainsworth entworfenen „Fremde-Situation-Test“ (Ainsworth & Wittig, 1969) gibt es bis heute ein 20-minütiges, zuverlässiges und valides Verfahren zur Untersuchung der MUKI-Interaktion nach dem ersten Lebensjahr (Ainsworth et al. 1978).

1. Phase: Mutter und Kind werden in Spielzimmer geführt;
2. Phase: Mutter verlässt den Raum; Kind alleine mit Versuchsleiter;
3. Phase: Rückkehr der Mutter und Wiedervereinigung mit Kind;
4. Phase: Mutter und Versuchsleiter verlassen den Raum
5. Phase: Wiedervereinigung von Mutter und Kind.

Beobachtet werden bei diesem Test vorrangig die individuellen Unterschiede der Kinder in der Bewältigung des Trennungsstress (bei der Trennung bzw. Wiedervereinigung). Dabei ließen sich die verschiedenen in dieser ersten Untersuchung gezeigten Reaktionen der Kinder den folgenden Bindungsstilen zuordnen:

- sichere Bindung (66%) → meist Kummer bei Trennung; Begrüßung der Mutter und Trost durch sie; Fortsetzung des Spiels
- unsicher-vermeidend (20%) → kaum Kummer bei Trennung; Ignorieren der Mutter bei ihrer Rückkehr; gehemmtes Spiel
- unsicher-ambivalent (12%) → großer Kummer bei Trennung; schwere Beruhigung, Zorn und Anklammern; gehemmtes Spiel
- unsicher-desorganisiert (2%) → verwirrtes Verhalten bei Rückkehr der Mutter „Einfrieren“ oder Stereotypien bei Wiedervereinigung

In Westeuropa und den USA scheint, im Vergleich zu Israel und Japan, eher die unsicher-vermeidende Bindung aufzutreten, allerdings haben intraindividuelle Faktoren, wie der sozioökonomische Status und die Familiensituation (gestört/ nicht gestört), einen stärkeren Einfluss auf den Bindungsstil als interkulturelle Unterschiede (Holmes, 2006).

Zwar ist die Mutterbindung die meist am stärksten ausgeprägte, jedoch kann ein Kind durchaus unterschiedliche Muster in verschiedenen Beziehungen (auch gegenüber Eltern) haben. Bis zum Alter von 18 Monaten scheinen diese Schemata allerdings noch beeinflussbar, danach werden sie vom Kind zunehmend verinnerlicht.

Den Durchbruch schaffte Ainsworth - und nach ihr noch weitere Forscher - mit dem Nachweis, dass es einen starken Zusammenhang zwischen der MUKI-Interaktion im ersten Lebensjahr und dem Bindungsmuster der Kinder mit zwölf Monaten gibt (s. Kap. 2.1, Abb. 3). Dabei hatten feinfühligere Mütter „sicher“-, Mütter mit geringer Feinfühligkeit „unsicher-vermeidend“- und in ihrer Sensitivität schwankende Mütter „unsicher-ambivalent“-gebundene Babys. Andere Forscher konnten dies später bestätigen. Unabhängig von konstitutionellen Unterschieden des Kindes war die Art des mütterlichen Verhaltens signifikant in Bezug auf die Mutter-Kind-Bindung.

Die Untersuchungen von Ainsworth und ihrem Team (1971) konnten nicht nur die Feinfühligkeit als Schlüsselvariable identifizieren, sondern die Bedeutung weiterer Dimensionen mütterlichen Interaktionsverhaltens aufzeigen:

1. Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit (sensitivity - insensitivity),
2. Annahme versus Zurückweisung (acceptance - rejection),
3. Zusammenspiel/ Kooperation versus Beeinträchtigung/ Einmischung (cooperation - interference) und
4. Zugänglichkeit versus Missachtung/ Ignorieren (accessibility - ignoring).

Kinder von beeinträchtigenden/ intrusiven-einmischenden Müttern der dritten Dimension hatten andere Verhaltensmuster als Kinder von gehemmten-zurückgezogenen (= ignorierenden) Müttern (4. Dimension). Auf der Grundlage dieser Ergebnisse entwickelten die Forscher um Mary Ainsworth 1974 ihre Theorien der „Maternal Sensitivity“, „Maternal Overcontrol“ und „Maternal Uncontrol“.

Daran anknüpfend erstellte die Heidelberger Arbeitsgruppe des Mutter-Kind-Projekts zusammen mit dem Forscherteam der Bostoner Harvard Medical School ein dreiskaliges Kodiersystem (MSRS-R), mit dem der Einfluss dieser mütterlichen Interaktionsstile auf die MUKI-Interaktion systematisch untersucht werden kann. Hier werden die drei o.g. Interaktionsstile (*feinfühlig/ intrusiv/ zurückgezogen*) in jeweils fünf Abstufungen unterschieden (Cenciotti et al. 2004). Die reinste Form stellte jeweils die Stufe 5 dar:

Bei dem *feinfühligem Stil* ist sich die Mutter jeder der Aktivitäten ihres Kindes bewusst und beantwortet sie durchgehend. Sie liest geschickt auch die kleinsten Signale ihres Kindes, nimmt jede seiner Handlungen wahr und geht einfühlend darauf ein, indem sie zum Beispiel ihre eigene Reaktion auf das Engagement des Babys „künstlich“ überhöht, sich dem Aufmerksamkeitsfokus des Kindes zuwendet oder sanft seine Aufmerksamkeit zurückgewinnt, wenn es sich abwendet.

Kinder feinfühligere Mütter zeigen in der Interaktion mehr positiven Affekt, als Kinder weniger sensibler Mütter (Reck, Struben, Backenstrass, Stefenelli, Reinig, Fuchs, Sohn & Mundt, 2008).

Eine Mutter, die sich rasch aufdrängt und die Aktivitäten des Kindes während der Interaktion durchgehend überspielt, verwendet einen *intrusiven Stil*. Das Baby hat keine Möglichkeit sich freiwillig für eine Teilnahme zu entscheiden. Entweder bewegt die Mutter den Körper oder den Kopf des Kindes in ihre Richtung, benutzt eine laute und schroffe Stimme, macht beharrlich Hand- oder Gesichtsbewegungen oder Geräusche in der Nähe des Babygesichtes, um seine Aufmerksamkeit zu erlangen. Wenn der Säugling sich abwendet, steigert die Mutter ihr Verhalten beharrlich und dreht seinen Körper oder Kopf zurück in ihre Richtung. Zusätzlich ignoriert oder unterbricht sie die kindliche Aktivität.

Einen *zurückgezogenen Stil* zeigt eine Mutter, die durchgehend unbeteiligt und zurückgezogen erscheint. Sie richtet auch dann nicht ihre Aufmerksamkeit auf ihr Baby, wenn sich dieses mit ihr befasst. Auch wenn das Baby sich von der Mutter abwendet, bleibt diese innerhalb der Interaktion passiv oder zurückgezogen. Die Mutter ist durchgehend abwesend und nur zu begeistern oder zu beteiligen, wenn das Kind sie anguckt. Die Mutter beginnt eine Handlung, beendet sie aber nicht; während der Interaktion ist sie zögerlich; passiv beobachtet sie ihr Kind relativ lange mit einem neutralen Gesichtsausdruck, „sprachlos“, unbeweglich und unbeteiligt; wenn sich das Baby abwendet, zieht sich die Mutter ganz von der Interaktion zurück und fällt in einen Erwachsenen-Tonfall zurück, ihr Gesicht verliert seine Begeisterung und ihre Stimme wird ruhig oder unsicher.

Kinder von Müttern mit Rückzugsverhalten (und mangelnden kontingenten Reaktionen auf frühkindliche Signale) haben eine verminderte Fähigkeit zur Aufmerksamkeits- und Affektregulation (Hay, 1997; Cooper & Murray, 1997).

Wie wichtig die Untersuchung mütterlicher Interaktionsstile ist, unterstreichen auch die Ergebnisse von Rutter (1981), der zeigen konnte, dass der Qualität der Interaktion (aktiv + wechselseitig) eine höhere Bedeutung zukommt, als der Quantität.

Nachgewiesen wurde auch ein starker Zusammenhang zwischen den verschiedenen Bindungsarten in der Kindheit und der Sichtweise darauf im Erwachsenenalter. So erzählen sicher gebundene Kinder kohärente Geschichten über ihr Leben, während unsicher gebundene Kinder nicht in der Lage sind objektiv darüber zu reden (Verdrängung oder Persistenz der Vergangenheit in den Erzählungen). Zwar sollte diese narrative und autobiografische Kompetenz als Schlüsselfaktor für ein sicheres Bindungsmuster (Holmes 1992) in dieser Studie keine Rolle spielen, jedoch erscheint dieses Ergebnis wegen seiner Therapierelevanz erwähnenswert, denn eine gute Therapie schafft die Sicherheit und den Raum für die Entstehung einer heilenden Geschichte.

Da es nach dem derzeitigen Forschungsstand kaum Geschlechtsunterschiede in der Interaktion von Eltern mit ihrem Baby gibt (Brazelton & Cramer, 1991) und zudem in den meisten Fällen die Mutter die Hauptbezugsperson des Babys ist, wendet sich die vorliegende Arbeit der näheren Betrachtung der *mütterlichen Sprache in der Interaktion* und ihrem Einfluss auf die Beziehung zu ihrem Säugling zu.

2.2 Mütterliche Sprache als Forschungsgegenstand

Um den sprachlichen Anteil mütterlicher Feinfühligkeit in den Fokus zu nehmen, geht das folgende Kapitel näher auf die psycholinguistische Seite ein.

Im Gegensatz zur allgemeinen Linguistik, die nur nach den äußeren Strukturen von Sprache fragt, versucht die Psycholinguistik, die psychischen Vorgänge bei sprachlicher Kommunikation mit einzubeziehen (s. Kap. 1.1, Abb.1).

Die Entdeckung zweier Gehirnregionen (Broca- und Wernicke-Areal), deren Schädigung zu Sprachstörungen führt, war im 19. Jahrhundert der Beginn der Neurolinguistik, die heute noch viele Berührungspunkte mit der Psycholinguistik hat (Pechmann, 1994). Unter Einbeziehung neurolinguistischer Daten legen die psycholinguistischen Forscher ihren Schwerpunkt auf die Untersuchung der auf sprachlichem Wissen beruhenden menschlichen Sprachfähigkeit.

Dabei gehen sie davon aus, dass die komplexe *sprachliche Struktur* die Kombination grundlegender, im mentalen Lexikon gespeicherter sprachlicher Einheiten (Semantik) und mentaler Grammatik (Syntax) ist. Ihre Bedeutung ist nicht als Ganzes im mentalen Lexikon gespeichert, sondern ergibt sich nach dem Kompositionalitätsprinzip des Logikers und Philosophen Gottlieb Frege aus der Bedeutung und Anordnung ihrer einzelnen Teile.

Auf der physiologischen Seite findet die Kodierung der Sprache im Gehirn schon im ersten Lebensjahr statt, was für eine sensible Phase in diesem Zeitraum (und auch im zweiten Lebensjahr) spricht (Brack, 1986).

Betrachtet man mütterliche Sprache rein von der Fertigungsseite her, so ist sie gekennzeichnet durch eine bestimmte Tonlage, Satzmelodie, Pausenlänge, einen speziellen Akzent, durch ein bestimmtes Tempo und eine besondere Struktur des Vokabulars oder der Syntax.

Eine solche Beschreibung vernachlässigt jedoch einen weiteren wichtigen Aspekt, den die mütterliche Sprache beinhaltet, die vielen verschiedenen möglichen *Qualitäten*, in denen sich *Sensitivität* ausdrückt, das heißt die Beschaffenheit alles psychischen Seins und Geschehens zwischen Bewusstsein und Unterbewusstsein.

In Abhängigkeit von ihrer individuellen Persönlichkeitsentwicklung hat jede Mutter natürlicherweise verschiedene Vorgehensweisen, mit ihrem Kind zu kommunizieren. Auch der Einfluss des *sozioökonomischen Status* und des *Bildungsniveaus* der Mutter auf deren Sprache ist empirisch gut belegt (Hoff-Ginsberg, 1998; Snow, 1976; Meins, Fernyhough, Fradley & Tuckey, 2001).

Die mütterliche Sprache vermittelt dem Kind den in ihrer Kultur vorherrschenden Kommunikationsstil (Blount, 1990; Givón, 1985). Doch ohne ein Sprachverständnis kann Sprache auch nicht produziert werden (Bates, Dale & Thal, 1995). Ob es sich dabei eher um **die lautliche Sprache** (Zeichen und Symbole) handelt, die in Form einer beschreibenden, kind- oder interaktionsbezogenen, auf den Zustand und auf die Gedanken des Kindes bezogenen („mind-related“), angemessenen und Bezug nehmenden Sprache mit längeren Pausen, positivem Sprachinhalt und Tonfall, vielen Fragen und einem Kind geleiteten Objektfokus ihren sprachlichen Ausdruck findet, oder die **Gestik und Mimik** vorrangiger Ausdruck der mütterlichen Feinfühligkeit ist, bleibt vorerst offen. Empirische Untersuchungen belegen, dass blinde Kinder lautliche Sprache in fast normalem Entwicklungstempo erwerben und keine Probleme beim sprachlichen Erfassen psychischer Vorgänge haben (Brambling, 2005).

Wie sieht nun im Einzelnen die Struktur der Sprache von Müttern aus?

Kruper und Użgiris (1987) konnten eine wachsende Anzahl von mütterlichen **Äußerungen** mit zunehmendem Alter des Kindes feststellen. Bornstein, Tal und Rahn (1992) bestätigten dieses Ergebnis kulturübergreifend. In verschiedenen Studien wurde nachgewiesen, dass Heimkinder und Kinder aus großen Familien aufgrund des Mangels an verbaler Stimulation (und nicht des Elternmangels) eine verminderte verbale Intelligenz (Holmes, 1993) beziehungsweise Sprachentwicklungsverzögerungen (Bornstein & Ruddy, 1984) aufweisen, dass im Extremfall sogar Verstummung eintreten kann.

Bei gesunden Müttern ändert sich die Zahl der **Pausen** in ihrer Sprache über Jahre hinweg nicht (Szabadi, Bradshaw & Besson, 1976).

Die Prävalenz der mütterlichen **Sprachintention** (Sprechweise zum Kind) ist gut erforscht: Circa 30% der mütterlichen Äußerungen sind *beschreibende Sprache*, 18% *vorschreibende Sprache* im Sinne von Imperativen (Befehlen und Verboten), 44% der Äußerungen *Fragen* (Newport, Gleitman & Gleitman, 1977; Kruper & Użgiris, 1987). Kruper und Użgiris (1987) fanden 13% vorschreibende Sprache und bezogen positive ermutigende Äußerungen mit ein. Die Auftretenshäufigkeit „*kurzer Äußerungen*“ liegt nach Papoušek (1994) bei 60% aller Äußerungen. **Beschreibende Sprache** ist wichtig für eine gesunde Entwicklung des Kindes, insbesondere für seine Autonomie und Problemlösefähigkeit (Wortmann-Fleischer, Downing & Hornstein, 2006) sowie die Integration seiner Umwelterfahrungen und seine Aufmerksamkeits- und Sprachentwicklung (Meins, 1998a). Ungünstige Auswirkungen auf die Sprachentwicklung haben nach Newport et al. (1977) Imperative (= **vorschreibende Sprache**) und **wortwörtliche Wiederholungen**. Mütterliche „**Äußerungen an Stelle des Kindes**“ („utterances in lieu of the child“), bei denen die Mutter in der Regel mit verstellter Kinderstimme ausdrückt, was ihr Baby gerade denkt (z.B. „Mama, hol´ mich raus!“), kommen sehr selten vor (Kruper & Użgiris, 1987), haben aber einen positiven Einfluss auf die kindliche Entwicklung.

Die Art und der Inhalt der Kommunikation und der Kommunikationspartner spielen demnach eine gewichtige Rolle; die Aufmerksamkeit des Säuglings wird durch den Rhythmus und Ausdruck in der lautlichen Sprache, der Gestik und Mimik der Mutter eingefangen. Die nahe liegende Vermutung, dass damit auch die mütterliche Feinfühligkeit variiert, konnte in einigen Punkten bestätigt werden (s. Kap. 2.2.1.2).

Interessant erscheint eine tiefer gehende Betrachtung der Qualitäten, in denen sich Sensitivität ausdrückt, und der Auswirkung von Persönlichkeitsvariablen auf die Feinfühligkeit. Das nachfolgende Kapitel soll einen ersten Eindruck über dieses weitreichende Forschungsfeld geben.

2.2.1 Sensitivitätsforschung und Sprache

Bindungs- und Sensitivitätsforschung (s. Kap. 2.1) wird heute meist aufgefasst als die Erforschung der Qualität elterlicher Regulationshilfen für den Säugling („dyadische Emotionsregulation“) - besonders in Belastungssituationen (Sroufe, 1996).

2.2.1.1 Feinfühligkeit Kommunikation und Entwicklungsalterstufen

Vom Moment der Zeugung an formen hormonelle, emotionale und sensorische Erfahrungen im Mutterleib das Gehirn und legen so die Grundlagen für Persönlichkeit, Temperament und Denkleistungen. Dabei sind ihre (positiven oder negativen) Wirkungen umso stärker und länger anhaltend, je früher im Leben sie erfahren werden (Uvnäs-Moberg, 1997; Uvnäs-Moberg, Arn & Magnusson, 2005).

Die Gebärmutter gilt als eine Art „Echokammer“, in der der Pulsschlag der Mutter, das Gluckern ihres Magens, ihre Darmgeräusche sowie ihre gedämpfte Stimme eine wichtige Rolle spielen (Hepper & Shahidullah, 1994).

Der Erstellung von über 50000 Ultraschallbildern von Föten durch Jason Birnholz (1989) ist die Entdeckung zu verdanken, dass sich **Ungeborene** vom vierten Schwangerschaftsmonat an in ihren emotionalen Reaktionen nicht sonderlich von Neugeborenen unterscheiden. Sie schwingen sowohl im Wach- als auch im Schlafzustand mit jeder Handlung, jedem Gedanken und jedem Gefühl ihrer Mutter mit. Mit 20 Wochen kann der Fötus auf Geräusche reagieren, mit 28 Wochen zwischen verschiedenen Lauten unterscheiden (Chamberlain, 1994). Das pränatale Wachstum der Hirnzellen geschieht in Reaktion auf Geräusche von außen. Unser Gehirn wird bereits im Mutterleib für Sprache, für eine bestimmte Sprechweise und einen bestimmten Dialekt empfänglich gemacht. Dabei profitieren die Ungeborenen von jeder Art Sprache, die sie hören. Indem es sich mit den Händen die Ohren zuhält, reagiert das Kind im fünften Monat auf laute Geräusche (Childs, 1998).

Die **Neugeborenenzeit** stellt für einen Säugling den schwierigen Übergang vom intrauterinen zum extrauterinen Leben dar und fordert von ihm hohe Anpassungsleistungen in Form von eigenständiger Atmung, Stabilisierung des Wärmehaushalts und Nahrungsaufnahme (Rauh, 2002). Die Mutter kann ihm dabei hilfreich zur Seite stehen. Ihre Körperwärme und der Grad ihrer Entspannung bestimmen die Entwicklung dieser Variablen bei ihrem Kind (Christensson, Siles, Moreno, Belaustequi, De La Fuente, Lagercrantz, Puyol & Winberg, 1992; Törnhaage, Serenius, Uvnäs-Moberg & Lindberg, 1998; Bystrova, Widström, Matthiesen, Ransjö-Arvidsson, Welles-Nyström, Wassberg, 2003; Bystrova, Matthiesen, Vorontsov, Widström, Ransjö-Arvidsson & Uvnäs-Moberg, 2007). Der Anstieg der Brusttemperatur durch die vermehrte Oxytocin-Ausschüttung beim Stillen regt die Mutter an, stärker mit ihm zu interagieren (Widström, Ransjö-Arvidsson, Christensson, Matthiesen, Winberg & Uvnäs-Moberg, 1987; Matthiesen, Ransjö-Arvidsson, Nissen & Uvnäs-Moberg, 2001; Bystrova et al., 2007). Trotz seiner beschränkten Sehfähigkeit hat der Säugling in dieser

Zeit eine Vorliebe für menschliche Gesichter und, bei gutem Hörvermögen, vor allem für die ihm aus dem Mutterleib bekannte Stimme der Mutter. Vier Tage alte Neugeborene können Sprachlaute von anderen Lauten unterscheiden und bevorzugen Ersteres. Sie ziehen nicht nur die Stimme ihrer Mutter vor, sondern auch ihre in Intonation und Sprechrhythmus einzigartige Sprache, selbst wenn sie den Wortlaut nicht verstehen (Childs, 1998). Nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft wird unser Gehirn nur einmal auf die Muttersprache programmiert. Eine der wichtigsten Voraussetzungen für Kommunikation, die Fähigkeit zur gegenseitigen Zuwendung und Aufmerksamkeit („Shared attentiveness“ oder „primäre Intersubjektivität“), ist als biologische Verhaltensausrüstung ebenso vorhanden, wie seine „unwiderstehliche Anziehungskraft“ (Pauen & Rauh, 2007).

Die ersten Lebenswochen braucht der Säugling, um seine Sinnesorgane (und auch alle anderen Lebensfunktionen) auf die Außenwelt abzustimmen. Er reagiert auf Geräusche und bewegt seine Augen oder seinen Kopf in die Richtung der Klangquelle. Diese Zeit ist geprägt durch das gegenseitige Kennenlernen und Sich-aufeinander-Einstellen (Ziegenhain, Gebauer, Ziesel, Künstler & Fegert, 2008).

Um die **sechste Lebenswoche** herum beginnt die **frühe Säuglingsphase**, eine Zeit der wechselseitigen Anpassung von Eltern und Kind. Die zuvor überwiegend vom Stammhirn geleitete Verhaltenssteuerung erfolgt nun zunehmend durch den Neocortex. Das „soziale Erwachen des Säuglings“ in Form seines vollen Lächelns mit offenem Mund und leuchtenden Augen (Rochat, 1999), stellt den Beginn eines Lernprozesses in der sozialen Interaktion mit den Eltern und Geschwistern dar. Der Säugling ist zunehmend daran interessiert, durch eigene Aktivität emotional anregende Stimulation hervorzubringen (Sroufe, 1996). Sogenannte (*Fein*)*Zeichen* des körperlichen und emotionalen Verhaltensaustauschs, die am ganzen Körper ablesbar sind, geben den Eltern Informationen über den Grad seiner Offenheit oder Überforderung, das heißt inwieweit der Säugling sich alleine regulieren kann oder aber Unterstützung für seine Regulationskompetenzen braucht (Pauen & Rauh, 2007). Zu den Zeichen von Offenheit gehören die Aufnahme des Blickkontaktes und ein Lächeln mit geöffnetem oder leicht geöffnetem Mund. Starke Belastetheit kann sich äußern in marmorierter Haut, Weinen, geweiteten Augen, Blickvermeidung und Anspannung. Zeichen von Selbstregulation werden sichtbar in einem Gähnen und Füße zusammenlegen, geweiteten Augen und gespreizten Fingern, einem Grimassieren und Kopf wegdrehen, Hand/ Finger in den Mund nehmen, Vorbeischaun, Blick vermeiden, Hand zum Kopf oder Ohr nehmen, Blick abwenden, Fäustchen machen, Augen schließen oder Zunge herausstrecken. Der interessierte Leser sei an dieser Stelle auch auf das Entwicklungsmodell von Als und Brazelton hingewiesen, in dem diese Feinzeichen als psychophysische Verhaltenssysteme mit einer vorgegebenen aufsteigenden, sich zunehmend stabilisierenden Entwicklungsreihenfolge zusammengefasst sind (Als, 1982; Brazelton; 1984; Rauh, 2002). Die Aufgabe der Eltern liegt in ihrer immer wieder neuen Einstellung auf die entwicklungsabhängigen Bedürfnisse ihres Kindes und der Abstimmung ihres feinfühligem Verhaltens auf seine jeweilige Entwicklungsaltersstufe (z.B. das Baby beruhigen). Nach Papoušek & Papoušek (1987) wird dieser Kommunikationsprozess komplementär zu den Bedürfnissen des Säuglings durch *intuitives Elternverhalten* (= nicht bewusst erlerntes Verhalten, wie z.B. die übertriebene Darbietung des Gesichtes und der Mimik in Form des „Augenbrauengrußes“) gestützt und ist das Grundgerüst für die Entwicklung der Kommunikationsfähigkeiten und für das Lernen über die Objektwelt. Dabei wird dieses Verhalten stark beeinflusst von der jeweiligen Entwicklungsgeschichte und den Persönlichkeitsmerkmalen der Eltern sowie ihrer familiären und außerfamiliären sozialen und beruflichen Lebenssituation (Ziegenhain, 2007).

Um den **dritten Lebensmonat** herum zeigt der Säugling zunehmend Interesse und Spaß am Gespräch mit seinen Eltern. Er erkundet, mit nun guter Sehschärfe, intensiv ihr Gesicht und verstärkt seine vokale, gestische und visuelle Kommunikation mit ihnen. Sein nun durch flexibleren und regulierteren Umgang mit Stimulation und weniger Irritierbarkeit seltener

gewordenes Schreien wird gezielt zur Kommunikation eingesetzt und zunehmend an soziale und Umweltbedingungen angepasst. Emotionen, wie Neugier, Interesse, Freude, Enttäuschung und Wut, können differenziert ausgedrückt werden (Sroufe, 1996). Der Blickkontakt zwischen Mutter beziehungsweise Vater und Säugling kennzeichnet in der Regel den Beginn und das Ende der gemeinsamen Interaktion. Der Säugling beginnt nun, sich auf die Blickrichtung der Eltern einzustimmen („shared attention“) (Tomasello, 1999).

Die Heranreifung des corpus callosum ermöglicht im Alter um den **sechsten Monat** den Beginn der Kooperation zwischen den beiden teilspezialisierten Gehirnhälften (Diamond, 1991; de Schonen & Deruelle, 1994). Objekterkundung, Wechsel von Hand zu Hand, beidhändiges Greifen und die Fähigkeit zur Kategorisierung stehen als neuerworbene Kompetenzen im Vordergrund der Aktivitäten des Säuglings. Menschen können nun von Gegenständen, Erwachsene von Kindern unterschieden und „persönlich“ angelächelt werden (Ellworth, Muir & Hains, 1993). Das Interesse für andere Babys erwacht. Objekte werden zunehmend Anlass, um mit Personen der Umwelt in Kontakt zu treten, die Freude am gemeinsamen Spiel charakterisiert dieses Lebensalter. Auch die Möglichkeiten der Selbstregulation des Säuglings sind nun zunehmend herangereift, was zu einer Veränderung im elterlichen Verhalten in Richtung Beobachtung und nur noch leichter Unterstützung des Babys führt. Das „Brabbeln“ des Säuglings fängt an, sich zunehmend an den Lauten seiner Muttersprache zu orientieren (Juczyk, Houston & Goodman, 1998; Höhle, 2004).

Um den **neunten Monat** herum verändert sich das Verhalten hin zu einer gemeinsamen oder wechselseitigen Kommunikation („joint attention“/ „joint activity“) über Objekte. Dadurch kann das Kind die Fähigkeit zur gegenseitigen Aufmerksamkeitsregulierung erwerben, die als Basis für den Spracherwerb und die Vermittlung von kulturellem Wissen und kulturellen Kompetenzen eine zentrale Funktion besitzt (Tomasello, 1999; Pauen & Rauh, 2007). Die die kindliche Handlung begleitenden sozialen Rückversicherungsblicke bei der Mutter beziehungsweise dem Vater ermöglichen es dem Säugling, quasi durch die implizite Meinung der Eltern, affektive Bewertungsschemata für das eigene Handeln und das anderer Menschen zu entwickeln (Klunnert, Emde, Butterfield & Campos, 1986; Pauen & Rauh, 2007). Die so erworbene Kompetenz, sich selbst von Anderen zu unterscheiden, ist, gemeinsam mit der in diesem Alter entstehenden Objekt- und Personenpermanenz, eine wichtige Voraussetzung zur Herstellung einer Beziehung zwischen der eigenen Erfahrung und der Anderer und trägt wesentlich zu einem inneren Gefühl emotionaler Sicherheit und damit zur Etablierung einer sicheren Bindungsbeziehung bei (Bowlby, 1969b; Ainsworth et al., 1978).

Ungefähr mit **einem Jahr**, zeitgleich mit dem Beginn der Fortbewegung, stehen das erste Wort, der Sprachbeginn und auch die Zeige- und Verneinungsgeste. Dementsprechend ist das elterliche Verhalten nun auf das Strukturieren und Vermitteln von Informationen und auf den Aufbau kommunikativer Strukturen gerichtet (Pauen & Rauh, 2007). Dabei gilt es für sie vor allem zu beachten, dass das Kind durch die neu hinzugewonnenen motorischen Freiheiten viele neue Stimulationen verarbeiten muss und sie deshalb als sichere Basis einen wesentlichen Einfluss auf das Interesse und die Offenheit ihres Kindes gegenüber der erweiterten Erkundung seiner sozialen und gegenständlichen Umwelt haben (Rauh, 1995; Ziegenhain, 2004).

Das Alter um **18 Monate** zeichnet sich durch die Entwicklung einer inneren Vorstellung des Kindes von sich selbst (sich selbst im Spiegel erkennen, Trösteverhalten) (Amsterdam, 1972; Lewis & Brooks-Gunn, 1979), beginnendes Symbolspiel, beginnende Selbstbewertung („self-awareness“) und Trotz aus. Die damit verbundene innere Repräsentation anderer Menschen und ihrer Gefühle („theory of mind“, s. Kap. 2.2.1.2) gilt als wichtige Grundlage für Empathie (Bischof-Köhler, 1998). Als neue Entwicklungskompetenzen etablieren sich in dieser Phase das Bindungssystem und der Umgang mit sozialen Regeln (Kochanska & Murray, 2000). Es ist die Zeit des miteinander Redens.

Mit etwa **zwei Jahren** ist das Kind in der Lage das Verhalten seiner Kommunikationspartner zu beeinflussen und, im Falle von widersprechenden Zielen oder Wünschen, Kompromisse auszuhandeln, das heißt sich in die Gefühle anderer Menschen hineinzusetzen und ihre Bedürfnisse zu berücksichtigen, ohne die eigenen Bedürfnisse aus den Augen zu verlieren („theory of mind“, s. Kap. 2.2.1.2). Sicher gebundene Kinder haben hier eine größere Kompromissfähigkeit als unsicher gebundene Kinder. Ein weiteres Merkmal dieses Entwicklungsabschnitts ist die aktive Bereitschaft der Kinder elterlichen Anregungen oder Regeln zu folgen („compliance“) und sich in deren Handlungen und Zielen einzufügen (Kochanska & Murray, 2000) sowie die moralische und Gewissensentwicklung mit Gefühlen wie Schuld, Scham und Stolz (Rauh, 2002).

2.2.1.2 Sprachliche Kennzeichen mütterlicher Feinfühligkeit

Die vorsprachlichen Zeiten eines Babys könnte man in gewisser Weise als „paradiesisch“ bezeichnen, denn eine gesunde Mutter weist eine hohe Feinfühligkeit für die Bedürfnisse ihres Babys auf und eröffnet damit einen Übergangsraum zwischen Mutter und Kind (Winnicott, 1965). Eine in ihrer Sprache wenig sensitive Mutter hat einen ungünstigen Einfluss auf den Spracherwerb ihres Kindes (Murray, Kempton, Woolgar & Hooper, 1993; Tomasello & Farrar, 1986).

Die Erforschung der verschiedenen Qualitäten, in denen sich Feinfühligkeit in der mütterlichen Sprache ausdrückt, scheint ein geeignetes Mittel zu sein, das sensitive Verhalten zu erfassen, denn die Sprache ermöglicht auf der einen Seite durch ihre kategoriale Erfassung eine klar strukturierte quantitative Betrachtung, andererseits besitzt sie durch die mit ihr verknüpften gestischen und mimischen Ausdrücke auch eine qualitative Komponente. Im ersten Lebensjahr scheint die Art der mütterlichen Sprache, ihre emotionale Qualität, für den Säugling sogar ein bedeutsamerer Indikator für die Beziehung zu seiner Mutter zu sein als der Sprachinhalt.

Grossmann und Grossmann (1985) fanden verschiedene sprachliche Kennzeichen mütterlicher Feinfühligkeit. Bis zum Alter von sechs Monaten ist ein „unbekümmerter, spielerischer“, bei Kummer ablenkender Redestil der Mutter, günstiger für die Entwicklung der kommunikativen Kompetenz (= Redefreudigkeit) des Säuglings, später ein „behutsam-zuverlässiger“ Interaktionsstil (im Folgenden kurz „IA-Stil“ genannt), der gekennzeichnet ist durch eine eher zurückhaltende, **beschreibende und erklärende Sprachintention**, einen **liebvollen, leisen Tonfall** und eine **Bezug nehmende Antwort**. Voraussetzung für eine feinfühligkeitsvolle mütterliche Sprache ist, dass die Mutter primär auf die Vokalisationen des Säuglings eingeht und er gegebenenfalls eine mütterliche Reaktion wie Beruhigung oder Trost auf seine Laute der Unzufriedenheit erfährt (Papoušek & Papoušek, 1984; 1990a). Dass feinfühligkeitsvolle Mütter eher beschreibende Sprache verwenden, fanden auch andere Forscher heraus (Cazden, 1972; Nelson, 1973; Snow, 1976; Tomasello & Farrar, 1986).

Mutterbezogene Sprache mit unzureichender Beachtung des Kindes und Hervorhebung der eigenen Position führt nach einer Untersuchung von Klann-Delius (2002) zu unsicher gebundenen Kindern.

Nach der „theory of mind“ (Meins, 1998b) entwickelt ein Kind mit etwa einem Jahr die Annahme, dass es selbst und auch sein Kommunikationspartner ein Mensch mit einem eigenen psychischen Leben ist (s. Kap. 2.2.1.1). Im Alter von etwa vier Jahren ist sich ein Kind bewusst, dass andere Menschen ein Wissen haben können, dass sich von ihrem eigenen unterscheidet. Die Entwicklung dieses Verständnisses für die mentalen Zustände anderer Menschen hängt maßgeblich von der mütterlichen Sprache ab (Meins, Fernyhough, Wainwright, Das Gupta, Fradley & Tuckey, 2002; Meins, Fernyhough, Wainwright, Clark-Carter, Das Gupta, Fradley & Tuckey, 2003).

Auf der Grundlage ihrer Theorie gelang es Elisabeth Meins (2001) gemeinsam mit ihrem Team endgültig nachzuweisen, dass eine Vorhersage der Bindungssicherheit eines Kindes möglich ist. Angemessene Kommentare der Mutter bezüglich der mentalen Vorgänge ihres Babys („**mind-related-comments**“) im Alter von sechs Monaten sorgen nach diesen Ergebnissen für ein sicher gebundenes einjähriges Kind. Dazu gehören auch **Äußerungen**, bei denen die Mutter **an Stelle des Kindes** spricht („utterances made in the lieu of the child“) (s. Kap. 2.2). Die Fähigkeit der Mutter, den mentalen Prozess (Gedanken, Wünsche, Interessen, Pläne, Erinnerungen), der das Verhalten ihres Babys steuert, richtig zu erkennen („mind-mindedness“), es als ein Individuum mit Geist und Verstand zu begreifen und nicht bloß als Geschöpf, dessen Bedürfnisse befriedigt werden müssen, ist eine wesentliche Komponente von mütterlicher Feinfühligkeit (s. Kap. 2.1). Dabei sehen auch Meins und ihr Team (2001) in der **angemessenen Befriedigung der Primärbedürfnisse** (Trost, Sättigung, Schlaf) die Basis für eine feinfühligke Kommunikation zwischen Mutter und Kind. Verschiedene Studien belegen Unterschiede in der Auftretenshäufigkeit von „mind-related-comments“ (Beeghly et al. 1986; Dunn et al. 1987) und einen Anstieg mit zunehmendem Alter des Kindes (Stern, Spieker, Barnett & MacKain, 1983).

Die Untersuchungen von Wulbert und seinem Forschungsteam (1975) wiesen einen starken Zusammenhang zwischen **negativem Sprachinhalt** der Mütter und sprachentwicklungsverzögerten Kindern nach. Schenk-Danziger (1976) fand die meisten kindlichen Vokalisationen bei **positivem Sprachinhalt**, aber auch sicher gebundene Kinder bei Müttern mit einem neutralen Sprachstil.

Responsivität/ Angemessenheit und Bezug des Sprachinhalts: Gesunde Eltern nehmen die Bedürfnisse ihres Kindes in den ersten Lebenswochen sehr feinfühlig wahr und reagieren darauf, indem sie die noch unreifen Selbstregulierungsversuche des Kindes durch Ablenkung, Trost, rhythmische Bewegungen, **Spiele und Lieder** sprachlich, mimisch oder gestisch angemessen unterstützen (Papoušek & Papoušek, 1987). Eine besondere Form der mütterlichen Responsivität stellt das **Imitieren** der kindlichen Laute dar (Papoušek & Papoušek, 1977a). Das Kind wird dadurch in seinen eigenen Vokalisationen angeregt (Parton, 1976). Ab einem Alter von sechs Monaten drückt sich die elterliche Responsivität zunehmend durch die **Angemessenheit** ihrer Sprache und ihren **Bezug zu Vorausgegangenem** aus (Papoušek & Papoušek, 1984; 1990a).

Eine **positive** Qualität des **Tonfalls** erweist sich für den Säugling als Verstärker für weitere Vokalisationen (Papoušek & Papoušek, 1996).

Mit zunehmendem Alter des Kindes kommen in der mütterlichen Sprache weniger Wiederholungen vor und sie wird variabler (Stern et al., 1983). Bei 76% der Mütter variiert der Wortlaut inhaltlich bei gleichzeitiger **thematischer Wiederholung** (Papoušek, 1994). Dieses Sprachverhalten wirkt sich positiv auf die Sprachentwicklung des Kindes aus (Farrar, 1990). Nach Murray & Trevarthen (1986) ist allgemein ein „gesundes Maß“ an Wiederholungen kindgerecht.

Objektfokus: Um den dritten Lebensmonat herum erwacht das intensive Interesse des Kindes an der Kommunikation mit seinem Gegenüber, was sich in einer intensiven Erkundung des Gesichts und vermehrten Vokalisationen niederschlägt (s. Kap. 2.2.1.1). Die Eltern reagieren anfangs initiativ unterstützend durch den Aufbau dieses Blickkontaktes, später indem sie der **Blickrichtung** ihres Kindes **folgen**. Feinfühligke Mütter lassen sich eher von den Wahrnehmungen ihres Kindes leiten (Tomasello & Farrar, 1986). Dieses Verhalten hat einen positiven Einfluss auf die Sprachentwicklung des Kindes, da hierbei eher der für das Erlernen von Wörtern notwendige gemeinsame Aufmerksamkeitsfokus vorhanden ist (Tomasello &

Todd, 1983; Meins et al., 2001). Es gibt sogar Untersuchungen, die belegen, dass ein Umlenken der Aufmerksamkeit des Kindes sich nachteilig auf den Spracherwerb auswirkt (Akhtar, Dunham & Dunham, 1991). Mit zunehmendem Alter, das heißt ab circa neun Monaten, kann die Mutter allerdings auch die **Aufmerksamkeit des Kindes auf ein bestimmtes Objekt lenken**, ohne negative Auswirkungen befürchten zu müssen (Collis & Schaffer, 1975).

Der positiv fördernde Einfluss von **Berührungen** für die MUKI-Interaktion wurde schon in den siebziger Jahren belegt (Klaus, Jerauld, Kreger, McAlpine, Steffa & Kennell, 1972; Kennell, Trause & Klaus, 1975). So ist die Ermöglichung des unmittelbaren Hautkontakts von Mutter und Kind in den ersten zwei Stunden nach der Geburt bis heute fester Bestandteil renommierter Geburtskliniken. Neueste Ergebnisse einer russischen Studie weisen sogar darauf hin, dass Mutter-Kind-Dyaden mit engem Hautkontakt in der postpartalen Phase auch nach zwölf Monaten noch stärker aufeinander bezogen, feinfühlicher, gelassener, und entspannter miteinander kommunizieren und die Kinder stressresistenter sind (Bystrova, Ivanova, Edhborg, Lundh, Matthiesen, Ransjö-Arvidsson & Widström, 2009). Insofern kann man davon ausgehen, dass eine wiederholte Berührung im ersten Lebensjahr sich positiv auf die Entwicklung einer sicheren Bindung des Kindes auswirkt.

Neben der mütterlichen Feinfühligkeit ist ihre intuitive kindgerechte (**Ammen)sprache** ein wesentlicher Faktor für den Spracherwerb (Cooper & Aslin, 1990; Papoušek, Papoušek & Symmes, 1991; Kaplan, Jung, Ryther & Zarlengo-Strousse, 1996; Stern, Spieker & MacKain, 1982; Golinkoff, Alioto, Hirsh-Pasek & Kaufman, 1992). Dabei wirkt sich das Alter des Kindes entscheidend aus: Je jünger es ist, desto größer ist ihr Einfluss, umso wichtiger also ihre Verwendung (Newport et al., 1977; Gleitman, Newport & Gleitman, 1984).

Das Besondere an der (mütterlichen) „Ammensprache“ („motherese“), eine an das Kind gerichtete Sprache, die nicht nur von Müttern gesprochen wird, ist ihre intuitive und optimale Anpassung an die Sprachwahrnehmung des Säuglings und sein psychisches Wohlbefinden (Fernald, 1984; Werker & McLeod, 1989) durch:

1. eine hohe Stimmlage und Prosodie (Anheben der Stimme) (z.B. durch **Fragen**)
2. eine übertriebene Satzmelodie
3. **längere Pausen**
4. eine Akzentverschiebung in Richtung gezielter Aufmerksamkeitslenkung (durch besonders deutliche Artikulation von Vokalen) (Dittmann, 2002)

Andere Autoren konnten auch größere Amplituden, ein langsames Handlungs- und Sprechtempo, eine Vereinfachung des Vokabulars und der syntaktischen Struktur, häufigere Wiederholungen mit Variationen im Wortlaut und mehr Fragen feststellen (Fernald & Simon, 1984; Gleitman et al., 1984; Jacobsen, Boersma, Fields & Olsen, 1983; Kuhl, Andruski, Chistovich, Kozehevnikova, Ryskina, Stolyarova, Sundberg & Lacerda, 1997; Snow, 1972; Tomasello & Farrar, 1986).

2.2.1.3 Der Einfluss des mütterlichen Interaktionsstils

Eine **feinfühlig Interaktion** (sensitiver IA-Stil) zwischen Mutter und Kind und eine angemessene thematische Anknüpfung der Mutter an das Thema des Kindes führt zu einem Anstieg des Wortschatzes beim Kind, während ein direkter Stil (\approx intrusiver Stil) ihn verhindert (Tomasello & Todd, 1983; Meins et al., 2001; Hoff-Ginsberg, 1990; Nelson, 1973). Diese Interaktion findet gestisch und mimisch statt, in erster Linie aber mittels der mütterlichen Sprache (Papoušek, 1985).

Explorative Analysen zum Einfluss des IA-Stils zeigen, dass **intrusive Mütter** anscheinend weniger und kürzere Pausen machen, in ihrer Sprachintention insgesamt weniger beschreibende Sprache sowie häufiger einen mutterbezogenen und seltener einen kindfokussierten Sprachfokus setzen als zurückgezogene Mütter (Montini, 2008). Insofern ist dieser Stil zumindest in Bezug auf die genannten Sprachvariablen wahrscheinlich als ungünstiger beziehungsweise unfeinfühlicher anzusehen.

Der bewusste und unbewusste Ausdruck von mangelnder Feinfühligkeit (in der Sprache) hat Einfluss auf das Kommunikationsverhalten des Kindes und damit auf die MUKI-Interaktion. Durch den so entstehenden Kreislauf kann es passieren, dass sich die Sensitivität der Mutter nach und nach weiter verringert, die MUKI-Interaktion somit verschlechtert. Andererseits könnte der Erwerb größerer (sprachlicher) Feinfühligkeit eine wichtige Realitätserfahrung sein, die jeder Mutter zugänglich gemacht werden sollte.

2.2.1.4 Interventionsmöglichkeiten

Ganz allgemein hat die Sensitivitätsforschung die Absicht, die Persönlichkeitsentwicklung, die Individuation und die Sozialisation von kindlichen Bezugspersonen, insbesondere Müttern, zu erklären und zu begleiten. Deshalb ist sie bestrebt, ihnen feinfühliges Verhalten zu vermitteln, das ihnen bei der Optimierung der Interaktion mit ihrem Säugling helfen kann.

In der Fokussierung auf die vom Arbeitskreis OPD (2009) beschriebenen Strukturmerkmale und der Umsetzung des von Scheurl-Defersdorf entwickelten Metakonzeptes (s. Kap. 4.1.6) lassen sich folgende Therapieziele für ein sprachliches Sensitivitätstraining definieren:

1. die Erweiterung der **kognitiven Fähigkeiten** (differenziertere Selbst- und Kindwahrnehmung).
 - reflektierte sprachliche Begriffe für Vorgänge innerhalb der eigenen Person durch die Sensibilisierung für die Wirkungsweise von Wörtern, Redewendungen und Satzbau
 - Affektverarbeitung durch differenzierte Wahrnehmung und Benennung eigener (v.a. positiver) Affekte
 - Aufbau einer individuellen Sprachidentität durch die Wahrnehmung und Entwicklung eigener Sprachmuster
 - sichere sprachliche Abgrenzung der eigenen Wünsche und Bedürfnisse von den affektiven und mentalen Vorgängen innerhalb des Säuglings durch Internalisierung bedeutsamer sprachlicher Qualitäten von Feinfühligkeit im Gedächtnis
 - Erleben und Ausdruck der Interessen, Bedürfnisse und Rechte des Säuglings
 - realistische Wahrnehmung und Benennung der Situation des Kindes
2. Verbesserung der **Steuerungsfähigkeit** (Selbstregulierung und Regulierung des Bezugs zum Kind)
 - sprachlicher Ausdruck und Integration eigener (aggressiver) Impulse durch die Wandlung von Sprachverhalten (Lernen und Verbessern von sprachlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten; gezielte Änderung von Wortwahl und Satzbau)
 - angemessene (sparsame) Benennung negativer Affekte
 - Gewinn an Selbstvertrauen, Ermutigung und Sicherheit durch Bekräftigung des eigenen sprachlichen Könnens
 - Schutz der MUKI-Beziehung durch vorwiegende Verwendung einer positiven Sprache
 - sprachlich angemessene Berücksichtigung der Interessen des Säuglings unter Aufrechterhaltung/ Benennen der eigenen Interessen (=> Eigenhandlung und Erfahrung in beanspruchenden, persönlich bedeutsamen Situationen)
 - Mentalisierung der antizipierten Reaktionen des Säuglings

3. Verfeinerung der **emotionalen Fähigkeiten** (Kommunikation nach innen und außen)
 - Achtsamkeit mit sich selbst (starke Ich-Beteiligung in der sprachlichen Feinfühligkeit)
 - Erleben der Veränderung von Affekten durch sprachlichen Ausdruck (Vermitteln von Einsichten und „Aha-Erlebnissen“)
 - Erweiterung des Erlebnisraumes durch sprachliche Kreativität
 - Erleben der körperlichen Wirkung von Sprache
 - sprachlich lebendige Kontaktaufnahme mit dem Säugling
 - lebhafte wechselseitige Kommunikation mit dem Säugling durch Ausdruck der eigenen Affekte in der Sprache
 - Erhöhung der Empathiefähigkeit durch die Möglichkeit des Einbezugs und der Benennung eigener Wünsche und Befürchtungen
4. Steigerung der **Bindungsfähigkeit** (durch gute innere und äußere Objekte)
 - sprachliche Entwicklung eines emotional stabilen inneren Bildes des Säuglings
 - internalisierte gute Mutter-Kind-Beziehungserfahrung
 - Entwicklung innerer Bilder von anderen guten MUKI-Interaktionen
 - Entwicklung von sprachlichen Interaktionsregeln mit dem Säugling (=> Erweiterung des Handlungsspielraumes)
 - angemessener sprachlicher Ausdruck der Trauergefühle bei Trennung vom Säugling

Um die gewünschten Ziele zu erreichen, ist ein reichhaltiges Angebot von Spielsituationen nötig. Geeignet erscheint vor allem die **Übung von Sprache**, in denen nach dem bisherigen Forschungsstand folgende Elemente eine Berücksichtigung finden:

- angemessene Befriedigung der Primärbedürfnisse (Beruhigung, Trost)
- entspannte (stressfreie) Umgebung
- zurückhaltende, beschreibende Sprechweise
- viele, längere Pausen
- auf den Zustand des Kindes bezogener Sprachfokus
- „mind-related-comments“
- Äußerungen anstelle des Kindes
- positiver Sprachinhalt
- angemessene und Bezug nehmende Antwort (Responsivität)
- liebevoller, leiser, positiver Tonfall
- viele Fragen
- Folgen des kindlichen Aufmerksamkeitsfokus durch die Mutter
- sanfte Berührung

Der deutsche Bundesverband für Logopädie gibt folgende allgemeine Hinweise für Eltern:

„Sprechen Sie mit Ihrem Baby ruhig und freundlich.

Spielen, singen und lachen sie mit ihm.

Erzählen sie ihm in einfachen Worten, was sie gerade tun.

Benennen sie die Menschen und Dinge in seiner Umgebung sowie die Geräusche, die es hört.“ (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., 2007)

Nach Einschätzung der Heidelberger Forschungsgruppe sollten zudem **Entspannungsübungen** und **Auszeiten für die Mutter** angeregt werden. Die **Übungssituationen** sollten **individuell ausgewählt** sein, damit die Möglichkeit der Anregung

von Eigeninitiative und persönlichen Kräften besteht. Bei psychisch kranken Müttern ist zur Vermeidung von Misserfolg eine **besonders gründliche Planung** wichtig. Nach der Übung ist ein **Therapiegespräch zur bewussten Verarbeitung der Erfahrungen** ratsam.

Nicht vergessen sollte man bei jeder Form einer therapeutischen Einflussnahme die Tatsache, dass die MUKI-Interaktion auch vom Säugling beeinflusst wird (Murray & Trevarthen, 1986), was zu einer Entlastung der Mutter führen kann. So beeinflusst der Sprachstil der Mutter (akzeptierend/ direktiv) zwar den kognitiven Lernstil des Kindes (referentiell/ expressiv), jedoch gibt es diesen Wirkfaktor auch umgekehrt, indem das Kind durch sein Verhalten Einfluss auf die Sprache der Mutter nimmt (Waxman & Markow, 1995).

2.2.2 Psychische Befindlichkeit und mütterliche Sprache

Wie bereits erwähnt ist die mütterliche Sprache ein Weg zur Erweiterung der individuellen Feinfühligkeit (s. Kap. 2.2.1). Die psychische Befindlichkeit spielt dabei eine wichtige Rolle. Psychische Krankheit hat eine größere Bedeutung für die MUKI-Interaktion als noch vor einigen Jahren angenommen, denn sie wirkt sich auf die Gesamtstruktur der Sprache und deren individuelle Anwendung in der Kommunikation aus.

Die Prävalenzrate psychischer Erkrankungen in der Postpartalzeit, zu denen vor allem Depressionen, Angst- und Belastungsstörungen, Psychosen und Mutter-Kind-Beziehungsstörungen gehören, liegt bei 10-15% (Riecher-Rössler, 1997).

Circa 10% der schwangeren Frauen bilden eine postpartale Depression aus (O'Hara, Stuart, Gorman & Wenzel, 2000); die neueste Studie aus Deutschland an über 1000 Müttern ermittelte ein Vorkommen von 4,6% gleich nach der Geburt und 6,1% sechs Monate später (Reck et al., 2008). Bei diesen Zahlen sollte man berücksichtigen, dass nur die Frauen erfasst wurden, die den Weg in die Klinik fanden. Die Gefahr, dass weder die Mutter, noch der behandelnde Arzt eine postpartale Depression erkennt, scheint groß zu sein (Nispel, 2001; Krüger & Bräuning, 2003).

2.2.2.1 Postpartale Depression als Forschungsgegenstand

Exemplarisch für andere psychische Störungen befasst sich diese Arbeit mit der postpartalen Depression (im Folgenden kurz „PPD“ genannt).

Ursprünglich bezieht sich der Begriff „postpartal“ (auch: „postnatal“) rein sprachlich gesehen auf die Zeit nach der Geburt, was sich mit der noch heute üblichen Klassifizierung im ICD-10 deckt (Dilling & Freyberger, 2006). Hier wird vorgeschlagen die „postpartale Depression“ (PPD) als eine innerhalb von sechs Wochen nach der Geburt auftretende Störung anzusehen und sie, mit einer zusätzlichen Kodierung für die Bezugnahme aufs Wochenbett, innerhalb der allgemein zur Verfügung stehenden Kategorien zu klassifizieren und anzuzeigen (z.B. F32.11 + 099.3).

Eine solche Betrachtungsweise erschien für die vorliegende Studie zu eng gefasst und der **Begriff** wurde deshalb, wie auch in der Vergangenheit durch andere Forscher (z.B. Hofecker-Fallapur & Riecher-Rössler, 2003), erweitert auf *alle nicht-psychotischen depressiven Störungen während der Schwangerschaft, im Wochenbett und in den ersten Monaten nach der Geburt, die länger als zwei Wochen andauern*.

Studien von Kumar & Robson (1984) und O'Hara (1997) rechtfertigen die Verwendung der erweiterten Begriffsdefinition der PPD, stellen aber auch ein Bindeglied zur ICD-Definition dar, denn sie konnten das gehäufte Auftreten der PPD im Wochenbett und in den ersten drei Monaten nach der Geburt nachweisen.

Die PPD ist gekennzeichnet durch Symptome der Traurigkeit, Freudlosigkeit, allgemeines Desinteresse, inneres Leeregefühl, Hoffnungslosigkeit, Müdigkeit, Energiemangel, Teilnahmslosigkeit, Konzentrationsstörungen, Zwangsgedanken, Schuldgefühle, Sorgen, Ängste bis hin zu Panikattacken, sowie fehlende Muttergefühle, ambivalente Gefühle dem Kind gegenüber, Tötungsgedanken (auf sich und auch auf das Kind bezogen), aber auch Schlafstörungen, Appetitstörungen, sexuelle Unlust, Kopfschmerzen, Herzbeschwerden, extreme Reizbarkeit, Taubheitsgefühle, Zittern und Schwindel. Weitere für die PPD charakteristische kognitive Symptome sind Ängste, als Mutter zu versagen, eine verminderte Selbstwirksamkeit in der Mutterrolle beziehungsweise im Umgang mit dem Kind, eine negative Wahrnehmung der eigenen Person und des Kindes sowie dysfunktionale Gedanken in interaktionellen Kontexten (z.B. „mein Baby liebt mich nicht“, bei Blickabwendung des Kindes) (Murray, Fiory-Cowley, Hooper & Cooper, 1996; Stern 1998; Cutrona & Troutman, 1986).

PPD-Mütter weisen zwar ein sehr ähnliches Störungsbild auf wie andere depressive Frauen, die Symptome (emotionale Labilität, Reizbarkeit, Angst, Phobien) scheinen jedoch stärker ausgeprägt zu sein und sich zum Abend hin noch mehr zu verschlechtern (O'Hara, 1987; Pitt, 1968). Andererseits sind die depressiven Episoden insgesamt kürzer und die Rückfallquoten geringer (Beck, 1972; Najmann, Andersen, Bor, O'Callaghan & Williams, 2000). Sollte die Patientin allerdings ein weiteres Mal Mutter werden, liegt die Wahrscheinlichkeit für eine Rezidiv-Erkrankung bei 41% (Cooper & Murray, 1995).

Abzugrenzen ist die PPD von dem so genannten „Baby Blues“, ein zwischen dem zweiten und fünften Tag auftretendes und nur wenige Stunden bis wenige Tage andauerndes Stimmungstief, das bei circa 50-60% aller Frauen auftritt und nur eine milde depressive Symptomatik aufweist (Ballestrem, Strauß, Häfner & Kächele, 2001; Reck et al., 2008). Charakteristika für diese postpartalen „Heultage“ sind Erschöpfung, Traurigkeit, häufiges Weinen, Ängstlichkeit, Stimmungsschwankungen, Reiz- beziehungsweise Irritierbarkeit sowie Schlaf- und Ruhelosigkeit. Wenn dieses Stimmungstief länger als zwei Wochen andauert, kann sich daraus eine PPD oder eine Angststörung entwickeln (Reck et al., 2008).

Selten (bei ca. 0,2% der Frauen), aber dafür umso schwerwiegender, ist das Vorliegen einer postpartalen Psychose (PPP) in Form einer Manie, einer Depression oder einer Schizophrenie, die spontan auftreten oder sich aus einer postpartalen Depression entwickeln kann (Riecher-Rössler, 1997).

Ähnlich der **Ätiologie** anderer psychischer Erkrankungen geht man heute meistens von einer *genetischen Vulnerabilität* der PPD aus, die durch *ungünstige Umweltfaktoren* aktiviert wird (Riecher-Rössler, 1997).

So wies Riecher-Rössler schon 1997 nach, dass eine eigene oder familiäre Vorbelastung durch eine psychische Erkrankung das Risiko an einer PPD zu erkranken erheblich erhöht. Diese Ergebnisse konnten 2008 von der Forschungsgruppe um Reck revidiert werden.

Umweltbedingte Risikofaktoren sind:

- belastende Lebensereignisse (Righetti-Veltima, Conne-Peréard, Bousquet & Manzano, 1998; Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Samuelsen & Opjordsmoen, 2002)
- niedriger sozio-ökonomischer Status (Riecher-Rössler, 1997; Bernanzani, Saucier, David & Borgeat, 1997)
- Partnerschaftskonflikte (Eberhard-Gran et al., 2002)
- mangelnde Unterstützung des sozialen Umfelds (O'Hara, 1997; Righetti-Veltima

et al., 1998)

- kindliches Temperament/ Auffälligkeiten/ Dispositionen des Kindes (erhöhte Irritabilität, Reizoffenheit, Überregbarkeit) (van den Boom & Hoeksman, 1994; Hofacker, Jacubeit, Malinowski & Papoušek, 1996)
- uneindeutiges Signalverhalten oder eine beeinträchtigte Selbstregulationsfähigkeit des Kindes (Reck, Weiss, Fuchs, Möhler, Downing & Mundt, 2004a)
- unterdurchschnittliches Geburtsgewicht des Kindes (Hiscock & Wake, 2001)
- Schlafprobleme des Kindes (Hiscock & Wake, 2001)
- exzessives Schreien, sowie geringe Anpassungsfähigkeit und Berechenbarkeit des Säuglings (McMahon, Washburn, Felix, Yakin & Childrey, 2000)
- niedriges Alter und hohe Bildung der Mutter (Reck et al., 2008)

Ballestrem et al. (2001) und O'Hara et al. (2000) diskutierten ferner Einflussfaktoren wie traumatische Erlebnisse, Vernachlässigung in der eigenen Kindheit, Stressbelastung in der Schwangerschaft sowie ein traumatisches Erleben der Geburt.

Nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft gibt es keine signifikanten biologischen Auslöser für eine PPD, wie zum Beispiel die Hormonveränderungen nach der Geburt (Klier, Muzik, Dervic, Mossaheb, Benesch, Ulm & Zeller, 2007).

Neben den negativen **Folgen** für die seelische Gesundheit der Frau belegen neuere Untersuchungen vor allem den überwältigenden Einfluss der Stimmungen und Gefühlslagen der Mutter auf das sich entwickelnde Gehirn des Ungeborenen und die ungünstigen Auswirkungen einer PPD auf den Aufbau einer stabilen MUKI-Beziehung und damit auf die kindliche (kognitive und emotionale) Entwicklung (Cohn & Tronick, 1983; Hay, 1997; Klier & Muzik, 2001) (s. Kap. 2.2.2.2).

Insgesamt liegen nur wenig systematische Informationen zur spezifischen **PPD-Therapie** vor. Der *Zeitfaktor* der Aufnahme einer Behandlung scheint eine wesentliche Rolle für deren Erfolg zu spielen. Je früher eine PPD erkannt und therapiert wird, desto kürzer ist ihre Dauer und umso größer die Remissionsrate. (England, Ballard & George, 1994).

Der Einsatz von *Psychopharmaka* ist erschwert, da PPD-Mütter eine besonders kritische Einstellung gegenüber einer Psychopharmakotherapie haben (O'Hara et al., 2000)

Signifikante Effektivitätseffekte für *interpersonelle Therapie und Kognitive VT* werden durch vorliegende Randomisierungs- und Standardisierungsfehler bisheriger Forschungen infrage gestellt, was zu einer Diskussion verschiedener Wirkungszusammenhänge führte (s. Kap. 2.2.2.2).

Die Grundmerkmale der PPD-Therapie sind vergleichbar mit denen einer Depressionstherapie, so dass ein erster Schritt zur Entlastung der Mutter eine Aufklärung über das Störungsbild sein sollte (Reck et al., 2004a; Reck, Fuchs, Fricke, Möhler, 2006; Reck, 2008).

Ferner kann ihre aktuelle (neue) Situation durch eine praktische Unterstützung im Umgang mit dem Baby, die Förderung ihrer mütterlichen Ressourcen sowie die Vermittlung von Verhaltensstrategien erleichtert werden (Wortmann-Fleischer et al., 2006). Außerdem sollten die für diese Lebenssituation spezifischen Themen und Problemkonstellationen sowie die zentrale MUKI-Beziehung als auslösender und aufrechterhaltender Faktor stärkere Berücksichtigung finden (s. Kap. 2.2.2.2).

2.2.2.2 Mutter-Kind-Interaktionsforschung

Die bisherigen Forschungsergebnisse zum Einfluss mütterlicher psychiatrischer Erkrankungen auf die kindliche Entwicklung lassen sich zum großen Teil als Folge der hohen Sensitivität des Säuglings für den emotionalen Zustand seiner Mutter auffassen. Erschwerend hinzu kommt die Tatsache, dass Kinder zwischen sechs Monaten und vier Jahren besonders stör anfällig für den Aufbau stabiler Beziehungen sind (Tizard, 1977).

PPD-Mütter.....

- können Stress (z.B. Arztbesuch) schlechter ausgleichen (Murray et al., 1996).
- sind weniger sensitiv und anspruchsvoll und kritisieren häufiger die kindlichen Aktivitäten (Murray et al., 1996).
- mit chronisch verlaufender PPD (> 6 Mon.) verursachen langfristig Beeinträchtigungen der MUKI-Interaktion (Campell & Cohn, 1997).
- sind nur eingeschränkt fähig zur interaktiven Regulation kindlicher Affektzustände (was mit einer erhöhten Irritabilität, geringeren selbstregulatorischen Fähigkeiten und einer unsicheren Bindung des Kindes einhergehen kann) (Campell & Cohn, 1997; Diego, Field, Hart, Hernandez-Reif, Jones, Cullen, Schanberg & Kuhn, 2002).
- „reparieren“ eine unterbrochene Interaktion mit ihrem Baby seltener und zeigen weniger „interaktive Koordination“ (Jameson, Gelfand, Kulcsar & Teti, 1997; Reck et al. 2008).
- interagieren im Spiel weniger sensitiv mit ihren Babys als gesunde Mütter (Noe, 2008, Reck et al., 2008).
- zeigen wenig „social positive engagement“ (Ammensprache, Singen, Spiele, Lachen) (Reck et al., 2008).
- haben keine interaktionellen Defizite (Murray et al. 1996; Campell & Cohn, 1997).
- zeigen in einer zweiten Spielphase positiveres Verhalten (Reck et al., 2008).

Kinder von PPD-Müttern.....

- haben eine verminderte Orientierung, häufigere Blickvermeidungen, „depressives“ Verhalten, weniger positive Affekte (auch im Umgang mit nicht depressiven Personen) (Field, 1981; 1992)
- haben Probleme in der kognitiven und emotionalen Entwicklung (durch die Beeinträchtigung interaktioneller Abläufe zwischen Mutter und Kind) (Cohn & Tronick, 1983; Hay, 1997).
- männlichen Geschlechts haben einen geringeren IQ als Mädchen depressiver Mütter (Berger, 1985).
- vokalisieren weniger, was sich negativ auf ihre soziale, kognitive und emotionale Entwicklung auswirkt (Breznitz & Sherman, 1987)
- haben größere kognitive Defizite, eine schlechtere soziale und Sprachentwicklung (Cogill, Caplan, Alexandra, Robson & Kumar, 1986; Stein, Gath, Bucher, Bond, Day & Cooper, 1991; Cox, Puckering, Pound & Mills, 1987).
- zeigen auch „depressives“ Verhalten mit nicht depressiven Müttern (Field, Healy, Goldstein, Perry, Bendell, Schanberg, Zimmermann & Kuhn, 1988).
- weisen häufig einen „zurückgezogenen“ Interaktionsstil (Rückzug, Vermeiden des Blickkontaktes, erhöhte Irritabilität, wenig positiven Affekt, häufiger Protest, Niedergeschlagenheit, Unzufriedenheit) auf (Cohn, Matias, Tronick, Connell & Lyons-Ruth, 1986; Murray et al., 1996; Field, Hernandez-Reif, Diego, Feijo, Vera, Gil & Sanders, 2007).

- haben eine ausgeprägte behaviorale Inhibition (Angst und Rückzug) (Biederman, Rosenbaum, Hirshfeld, Faraone, Bolduc, Gersten, Meminger, Kagan, Snidman & Reznick, 1990; Möhler, Kagan, Parzer, Brunner, Reck, Wiebel, Poustka & Resch, 2007).
- weisen häufiger Muster ängstlicher/ unsicherer Bindung (vermeidend/ ambivalent) (s. Kap. 2.1.1) auf (Murray, 1992).
- haben häufiger Funktionseinschränkungen oder psychische Störungen (Murray et al. 1996; Weinberg & Tronick, 1998; Ramchandani, Stein, Evans & O'Connor, 2005; Möhler et al., 2007).
- generalisieren frühkindliche erworbene „depressive“ Verhaltensmuster (verminderter positiver Affektausdruck, geringeres Aktivitätsniveau) in der Interaktion mit nichtdepressiven Frauen. Diese wiederum verhalten sich ebenfalls depressiv in ihrer Interaktion mit den „PPD-Babys“ (Field, 1997)
- zeigen im Verhalten vermehrten Rückzug, ein geringeres Maß an positivem Affektausdruck und aktive Vermeidung des Blickkontaktes (häufiges Wegdrehen des Kopfes) (Papoušek, 2000).
- haben eine aktive kommunikative Rolle in der Kommunikation mit ihrer Mutter (Murray & Trevarthen, 1986).
- brauchen länger für die Erweiterung ihres Wortschatzes (Rowe, 2004) (konträr zu Sharp, 1993).
- haben keine schlechteren verbalen Fähigkeiten (Sharp, 1993) (konträr zu Rowe, 2004).

Kinder von PPD-Müttern mit unbeeinträchtigtem Interaktionsverhalten („neutral-engagiert“ oder „positiv-engagiert“)

- weisen keine kognitiven und emotionalen Entwicklungsdefizite auf (Cooper & Murray, 1997).

Kinder von PPD-Müttern mit einem ungünstigen, nicht feinfühligem Interaktionsstil.....

- haben Probleme mit der Selbstregulierung (Tronick & Weinberg, 1997).
- weisen Defizite in ihrer kognitiven und emotionalen Entwicklung auf (Weinberg & Tronick, 1998).

Kinder von PPD-Müttern mit einem zurückgezogenen IA-Stil.....

- haben größere Probleme mit der Selbstregulierung, denn sie können durch die fehlende mütterliche Responsivität, ihren flachen Affekt und die geringe mütterliche Unterstützung keine Erfahrung ihrer Selbstwirksamkeit machen, während Kinder intrusiver Mütter deren Überstimulierung durch Abwendung oder Schreien begrenzen können (Tronick & Weinberg, 1997).

interaktionsbezogen:

- gesunde MUKI-Interaktionen haben eine stärkere Stimmigkeit („attunement“) als PPD-MUKI-Interaktionen (deshalb werden Babys von gesunden Müttern eher sicher gebunden sein (Belsky, Rovine & Taylor, 1984).
- PPD wirkt sich negativ auf die MUKI-Interaktion aus (Reck et al., 2004a; Weinberg, Olson, Beeghly & Tronick, 2006; Field et al., 2007; Tronick, 2007)

Die Vielzahl der unterschiedlichen Forschungsergebnisse führte zu einer Diskussion unterschiedlicher Wirkungszusammenhänge:

- Ann. 1: Die PPD als Ursache von Störungen in der MUKI-Interaktion (Papoušek & Papoušek, 1990a; Papoušek, 1995; van den Boom, 1994; Cooper & Murray, 1997)
→ Therapie der mütterlichen depressiven Symptomatik (= Kognitive Verhaltenstherapie)
- Ann. 2: Kindliches Temperament (z.B. hohe Irritierbarkeit, mangelnde Tröstbarkeit, große und lang anhaltende Unregelmäßigkeiten im Schlaf-Wach-Rhythmus) als Ursache für Störungen in der MUKI-Interaktion (van den Boom & Hoeksman, 1994)
→ Empfehlung bei kindlichen Regulationsstörungen (z.B. exzessivem Schreien, Schlaf- oder Fütterstörungen): Miterfassung des psychiatrischen Status der Eltern (Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a., 2003)
- Ann. 3: Mütterliche und kindliche Verhaltensweisen (uneindeutiges Signalverhalten oder verminderte Selbstregulationsfähigkeit des Kindes) als Ursache für die Interaktionsauffälligkeiten „depressiver“ Mutter-Kind-Dyaden (Reck et al., 2004a)
- Ann. 4: Frühe Störungen in der MUKI-Interaktion als Ursache für die PPD (Stern 1998)
→ Behandlung der interaktionellen Problematik (= Interpersonelle Therapie)
- Ann. 5: Die MUKI-Beziehungsstörung als eigene Untergruppe der PPD (Klier & Muzig, 2001)
→ neu gewonnenes Verständnis der Bedeutung interaktioneller Prozesse

Das Erleben des Kindes, das Interaktionsverhalten der Mutter nicht positiv beeinflussen zu können, führt nach einer Vermutung von Cohn und Tronick (1983) zu einem Gefühl der Ineffektivität und Hilflosigkeit und bildet damit die Grundlage einer Vulnerabilität für spätere depressive Störungen.

Insgesamt konnte ein günstiger Einfluss verschiedener therapeutischer Techniken auf die depressive Symptomatik der PPD-Mutter, die Qualität der MUKI-Interaktion und frühkindliche Verhaltensauffälligkeiten nachgewiesen werden (Field, 1997).

Bei interaktionellen Störungen mit gehemmt depressiver oder agitierter Symptomatik erwies sich ein „interactional coaching“ (z.B. Steigerung kindlicher Initiativen und der Blickkontaktaufnahme durch Unterstützung des Kontaktaufnahmeverhaltens der Mutter) als sehr positiv (McDonough, 2000).

2.2.2.3 Postpartale Depression und mütterlicher Sprache

Die Bedeutung der Feinfühligkeit in der mütterlichen Sprache bei PPD-Müttern ist evident, was die seit vielen Jahren vor allem durch die Forschergruppe um Lynne Murray durchgeführten Studien aufzeigen (Murray & Trevarthen, 1986; Murray et al., 1996).

Deshalb ist die Sensitivitätsforschung bestrebt, feinfühliges (sprachliches) Verhalten zu definieren, das einer psychisch kranken Mutter bei der Bewältigung ihrer eigenen

krankheitsbedingten Problematik und bei der Verbesserung der MUKI-Beziehung helfen kann.

Der Einfluss einer PPD auf die (mütterliche) Sprache, sowie die Auswirkungen auf deren Kinder (s. Kap. 2.2.2.2) wurde bereits in vielen Studien untersucht:

- **Äußerungen:**
Depressive sprechen weniger (Aronson & Weintraub, 1972; Cohn & Tronick, 1989; Breznitz, 2001; Reck et al., 2004a; Hornstein, Trautmann-Villalba, Hohm, Rave, Wortmann-Fleischer & Schwarz, 2006; Weinberg et al., 2006); je stärker die PPD, desto weniger Sprachäußerungen insgesamt (Bettes, 1988). Die Sprechrate von PPD-Müttern ist unter Stress (z.B. Arztbesuch) erhöht (Breznitz & Sherman, 1987).
- **(Sprech)Pausen:**
PPD-Mütter weisen eine größere Anzahl und Spannbreite (Varianz) der Pausenlänge auf (Bettes, 1988) und machen, bezogen auf die Sprechzeiten, längere Sprechpausen (Teasdale, Fogarty & Williams, 1980; Breznitz, 2001). In einer Vorstudie von Montini (2008) konnten diese Ergebnisse nicht repliziert werden. Szabadi et al. (1976) konnten nachweisen, dass Depressive nach Remission weniger Pausen machen als in der Akutphase.
- **Sprachintention:**
PPD-Mütter verwenden genauso häufig beschreibende Sprache wie gesunde Mütter (Montini, 2008); PPD-Mütter verwenden häufiger kurze Äußerungen (Papoušek, 1994).
- **Sprachfokus:**
PPD-Mütter sprechen weniger „kindbezogen“ und mehr „mutterbezogen“ (Bettes, 1988; Murray et al., 1993); PPD-Mütter verwenden mehr Personen bezogene Wörter, weniger Objektwörter (Herrera, Reissland & Shepherd, 2004); es gibt keine Unterschiede Personen bezogener Inhalte von PPD-Müttern im Vergleich zu gesunden Müttern (Montini, 2008); PPD-Mütter betrachten seltener ihr Kind als Handelnden (Murray et al., 1993).
- **Sprachinhalt:**
PPD-Mütter benutzen weniger affektive (= mehr neutrale) Aussagen (Herrera et al., 2004); PPD-Mütter haben einen negativen Affektausdruck in ihrer Sprache (weniger neutraler, mehr negativer Sprachinhalt) (Alpert, Murray, Howard, 1982; Radke-Yarrow, Belmont B, Nottelmann & Bottomly, 1990; Murray et al., 1993; Breznitz, 2001); mehr positives Sprachverhalten bei PPD-Müttern in der dritten Phase, Gesunde verbalisieren positiver in der ersten Phase (Tronick, 1998); es gibt keine Unterschiede im negativen Sprachinhalt für PPD-Mütter (Montini, 2008); Mangel an Responsivität bei PPD-Müttern (Teti & Gelfand, 1997).
- **Tonfall:**
PPD-Mütter haben eher einen flachen, emotionsarmen (= neutralen) Tonfall (Radke-Yarrow et al., 1990; Murray et al., 1996).
- **Wiederholung:**
Depressive wiederholen ihre Aussagen häufig (Breznitz, 2001).
- **Objektfokus:**
PPD-Mütter folgen seltener der Aufmerksamkeit des Kindes (Murray et al., 1993).
- **Berührung:**
PPD-Müttern zeigen insgesamt meistens weniger Mimik und Berührungen (Cohn & Tronick, 1989; Reck et al., 2004a; Hornstein et al., 2006; Weinberg et al. 2006; Field et al., 2007).

2.2.2.4 Die Sprache von PPD-Müttern in Abhängigkeit ihres Interaktionsstils

Bezogen auf Zusammenhänge der Sprache von PPD-Müttern und ihrem Interaktionsstil gibt es weniger wissenschaftliche Erkenntnisse.

PPD-Mütter weisen drei unterschiedliche Interaktionsstile mit ihrem Baby auf, die sich auch durch verschiedene sprachliche Merkmale ausdrücken. Mütter mit einem zurückgezogenen, passiven Stil („withdrawn“) verhalten sich nicht responsiv, haben einen unbeteiligten, flachen Affekt und unterstützen das Kind kaum. Sensitive Mütter reagieren positiv und angemessen, während das Verhalten beim intrusiven Stil gekennzeichnet ist durch Überstimulation, das heißt verärgerten Tonfall, grobe Berührungen und Unterbrechung der kindlichen Aktivitäten (Tronick & Weinberg, 1997). Ein Jahr später gelang der Nachweis, dass Kinder von PPD-Müttern mit einem ungünstigen IA-Stil Defizite in ihrer kognitiven und emotionalen Entwicklung aufweisen (Weinberg & Tronick, 1998).

„Gehemmte“ (≈ „zurückgezogene“) Depressive machen nach Remission weniger Pausen, „agitierte“ (≈ „intrusive“) Depressive machen mehr Pausen, „gemischte“ machen weniger Pausen (Teasdale et al., 1980).

Fest steht auch, dass intrusive PPD-Mütter bezüglich ihres Sprachinhalts häufiger negativ in ihren Affekten, insgesamt weniger responsiv (angemessen) und unsicherer in ihrer Bindung sind (Cohn & Tronick, 1989; Reck et al., 2004a; Hornstein et al., 2006; Reck, Klier, Pabst, Stehle, Stefenelli, Struben & Backenstrass, 2006; Weinberg et al. 2006; Field et al., 2007).

Murray & Trevarthen (1986) fanden bei zurückgezogenen Depressiven häufige Wiederholungen, das heißt wenig Themenwechsel, bei intrusiven Depressiven keine sprachlichen Wiederholungen.

Explorative Analysen einer Vorstudie (Montini, 2008) legen die Vermutung nahe, dass der von PPD-Müttern verwendete IA-Stil einen systematischen Einfluss auf die Anzahl und Dauer ihrer (Sprech)Pausen, die Sprachintention und den Sprachfokus hat. **Nicht sensitive PPD-Mütter** weisen mehr negativen Sprachinhalt auf als nicht sensitive gesunde Mütter, wobei dieser Effekt bei zurückgezogenen Müttern noch stärker auftritt als bei Müttern mit intrusivem IA-Stil. Die Sprache **intrusiver PPD-Mütter** scheint sich durch kürzere Pausen, weniger beschreibende Sprache, sowie weniger kind- und mehr mutterbezogenen Inhalt auszuzeichnen. Zurückgezogene PPD-Mütter scheinen im Vergleich zu intrusiven mehr und längere Pausen zu machen, häufiger beschreibende, wenig mutterbezogene und inhaltlich negative Sprache zu verwenden.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die mütterliche Sprache in Abhängigkeit verschiedener Faktoren variiert und damit, wiederum in Abhängigkeit von kindlichen Variablen, Einfluss auf dessen Entwicklung nimmt.

Zur Diagnostik einer PPD erscheint deshalb eine Untersuchung von Mutter und Kind hinsichtlich ihrer Bindung, Stressreaktion, traumatischer Erfahrungen und genetischer Dispositionen sinnvoll. Mütterliche Sprachstrukturen sind dabei basale dynamische Bausteine. Ungünstige Sprachstrukturen und der Ausdruck einer nachteiligen Sprache sind abhängig von Interaktions- beziehungsweise Bindungsmustern, die ihrerseits als basale Erfahrungen die mütterlichen Sprachstrukturen aktivieren. Dabei beeinflussen Hormone die Gehirnentwicklung, Neurotransmitter und das Verhalten der Mutter. Das Verhalten des Kindes (Phänotyp) beeinflusst seinerseits wiederum die Psychodynamik der Interaktion. Dies führt zu neuen Erfahrungen und Veränderungen in der Sprachstruktur der Mutter.

Die Behandlung sollte sich dementsprechend auch als eine Mutter-Kind-Behandlung mit Förderung einer sicheren Bindung, Stressbewältigung und Traumaverarbeitung darstellen.

II Fragestellung

Ein besseres modellhaftes Verständnis der PPD-Mutter sowie der Grundstrukturen in der MUKI-Interaktion liefern nicht nur die Basis für weitere Forschung, sondern sind vor allem hilfreich bei der Erstellung einer diagnostisch-therapeutischen Leitlinie für Medizin und Psychologie. Ebenso kann eine leicht verständliche Aufklärung der allgemeinen Öffentlichkeit und im sozialen Umfeld der Patienten deren Alltagsbewältigung erheblich erleichtern. Auch trägt die frühzeitige Erkennung, Förderung und Stabilisierung positiver Gesundheits- und Entwicklungspotentiale maßgeblich zur Gesundheitsförderung bei (Jerusalem, 2007).

Durch die vorliegende Studie wird ein Modell über die komplexen Wechselwirkungen zwischen Sprache und Interaktionsmustern und ihrem Einfluss auf die Entstehung von postpartalen Depressionen überprüft. Die Ergebnisse könnten Auswirkungen auf die Früherkennung von Risikopersonen und ihre präventive Behandlung haben. Ein weiteres Ziel der vorliegenden Untersuchung war eine mikroanalytische Annäherung an das *Konstrukt* „*feinfühlig mütterliche Sprache*“ unter Einbeziehung gesunder und depressiver Mütter und ihren Kindern sowie die Bedeutung dieser sprachlichen Sensitivität für den IA-Stil der Mutter.

Die Präsenz von Feinfühligkeit in der mütterlichen Sprache sollte anhand des SCMS (System for Analyzing the Content of Maternal Speech in Mother-Infant-Interaction) (Zipser et al., 2008) analysiert und die Behandlungsdaten postpartal depressiver Mütter aus einem Zeitraum von sechs Monaten empirisch ausgewertet und mit denen gesunder Mütter verglichen werden. Außerdem sollte in Weiterführung der Ergebnisse von Reck et al. (2008) (s. Kap. 2.1.2) und Montini (2008) (s. Kap. 2.2.1.3) eine Analyse der Sprachstrukturen postpartal depressiver Mütter in Abhängigkeit ihres IA-Stiles (Feinfühligkeit/ Intrusivität/ Rückzug) mittels den „Maternal Sensitivity and Responsivity Scales-Revised“ (MSRS-R) (Cenciotti et al. 2004) erfolgen.

3 Die Struktur der mütterlichen Sprache

3.1 Allgemeine strukturelle Merkmale und feinfühligke mütterliche Sprache

Primär sollte geklärt werden, welche Sprachstrukturen Mütter verwenden, wie die Verteilung der Sprachinhalte im Einzelnen aussieht und welche speziellen feinfühligke Strukturen es in der mütterlichen Sprache gibt. Individuelle Differenzen in der Häufigkeit, mit der Mütter bestimmte Sprachstrukturen benutzen (und damit Unterschiede in der Ausprägung der mütterlichen Feinfühligke), konnten bereits in anderen Untersuchungen nachgewiesen werden (Beegly et al., 1986; Dunn et al., 1987).

In Anlehnung an die Ergebnisse von Bowlby, Ainsworth, Grossmann und Grossmann (s. Kap. 2.1) sowie den Forschungen zum Einfluss einer PPD auf die mütterliche Sprache (s. Kap. 2.2.2.3) war zu erwarten, dass der Sprache einer gesunden Mutter eine weitgehend feinfühligke Sprachstruktur zugrunde liegt, und dass sie eine angemessene Unterstützungsfunktion für die Entwicklung des Kindes besitzt, hingegen insensitive, das heißt ungünstige, entwicklungshemmende Sprache nur selten verwendet wird.

Aus den in Kap. 2.2 beschriebenen Forschungsergebnissen wurde der Versuch einer Konstruktdefinition unternommen:

Feinfühligke (entwicklungsfördernde) Sprache ist demnach gekennzeichnet durch folgende Merkmale:

Äußerungen:	längere (Sprech)Pausen
Sprachintention:	beschreibende und erklärende Sprache Imitation (bis sechs Monate) Spiele, Lieder (bis sechs Monate)
Sprachfokus:	zustandsbezogen
„mind-mindedness“:	„mind-related-comments“ Äußerungen anstelle des Kindes
Sprachinhalt: (Responsivität)	positiv angemessene Reaktion mit Bezug zu Vorausgegangenem
Tonfall:	positiv (liebepoll, leise)
Sprachweise:	fragend
Objektfokus:	Kind gibt den Objektfokus vor (gemeinsamer Aufmerksamkeitsfokus)
Berührung:	sanft

Unfeinfühligke (entwicklungshemmende) Sprache drückt sich durch folgende Charakteristika aus:

Sprachintention:	vorschreibende Sprache (ohne positiven, ermutigenden Inhalt)
Sprachfokus:	mutterbezogen
Sprachinhalt:	negativ
Wiederholung:	wortwörtlich

3.2 Die Sprachstruktur sensitiver und intrusiver Mütter

Es galt herauszufinden, ob sich ein sensitiver Redestil der Mutter gegenüber ihrem Säugling in ihren mütterlichen Sprachstrukturen so darstellt, wie Grossmann und Grossmann es nachweisen konnten (s. Kap. 2.2.1.2).

Weiterhin sollte der Frage nachgegangen werden, wie sich die Sprachstrukturen sensitiver Mütter im Vergleich zu insensitiven verhalten und ob es sprachliche Unterschiede zwischen intrusiven und nicht intrusiven Müttern gibt?

Die Vermutungen hierzu lauteten:

Hypothese 1A: **Sensitive Mütter verwenden insgesamt eine feinfühlige, entwicklungsförderndere Sprache als insensitive Mütter.**

Hypothese 1A: Mütter mit hohen Werten (4+5) auf der Sensitivity-Skala (MSRS-R) (statistisch) weisen über beide Spielphasen gemittelt zum ersten Messzeitpunkt (T1) einen signifikant höheren Gesamtscore für feinfühligere Sprache auf als Mütter mit niedrigen Werten (1, 2, 3).

Im Einzelnen machen sensitive Mütter voraussichtlich längere Pausen, verwenden häufiger beschreibende Sprache, einen zustandsbezogenen Sprachfokus, „mind-related-comments“, Äußerungen anstelle des Kindes, positive Sprachinhalte, angemessene und Bezug nehmende Antworten, einen positiven Tonfall, Fragen, sanfte Berührungen und folgen öfter dem Aufmerksamkeitsfokus ihres Kindes.

Mütter mit niedrigen Werten auf der Sensitivity-Skala verwenden häufiger vorschreibende Sprache (ohne positiven, ermutigenden Inhalt), negativen Sprachinhalt, wortwörtliche Wiederholungen und sind in ihrem Sprachfokus mütterbezogen.

Hypothese 1B: **Intrusive Mütter verwenden insgesamt eine unfeinfühlige, entwicklungshemmendere Sprache als nicht-intrusive Mütter.**

Hypothese 1B: Mütter mit hohen Werten (3,4+5) auf der Overcontrol-Skala (MSRS-R) (statistisch) weisen über beide Spielphasen gemittelt zum ersten Messzeitpunkt (T1) einen signifikant niedrigeren Gesamtscore für feinfühligere Sprache auf als Mütter mit niedrigen Werten (1, 2).

Im Einzelnen verwenden intrusive Mütter häufiger vorschreibende Sprache (ohne positiven, ermutigenden Inhalt), negativen Sprachinhalt, wortwörtliche Wiederholungen und sind in ihrem Sprachfokus mütterbezogenen.

Mütter mit niedrigen Werten auf der Overcontrol-Skala machen längere Pausen, verwenden häufiger beschreibende Sprache, einen zustandsbezogenen Sprachfokus, „mind-related-comments“, machen Äußerungen anstelle des Kindes, benutzen einen positiven Sprachinhalt, angemessene und Bezug nehmende Antworten, einen positiven Tonfall, Fragen, sanfte Berührungen und folgen häufiger dem Aufmerksamkeitsfokus ihres Kindes.

Nach dieser hypothetischen Analyse der Sprachstruktur sensitiver und intrusiver Mütter sollte eine Untersuchung spezifischer Kriterien (Diagnose; IA-Stil) für die jeweilige individuelle Sprachstruktur erfolgen (s. Kap. 4 und 5).

4 Die Bedeutung der Sprache von PPD-Müttern für die Psychotherapie

4.1 Sprachsensitivität bei PPD-Müttern

Mütterliche Sprache kann man unter den verschiedensten (salutogenetischen¹) Perspektiven betrachten. Erste Grundlagen zur Idee der therapeutischen Bedeutung der Feinfühligkeit in der mütterlichen Sprache bieten die Untersuchungen von Grossmann & Grossmann (1985), die nachweisen, dass bestimmte mütterliche Sprachstrukturen eine wichtige Funktion zur Erhaltung einer guten MUKI-Beziehung haben. Ob die mütterliche Sprache mit ihren vielfältigen Ausprägungen therapeutisch beeinflussbar ist, blieb bisher unerforscht. Es ist jedoch unumstritten, dass eine „gesunde“, für eine gute MUKI-Beziehung förderliche, mütterliche Sprache ihren Ausdruck in der (intuitiven) *Ammensprache* findet, aber auch durch (intuitives) Elternverhalten (=Sensitivität) (in lautlicher Sprache, Mimik und Gestik) gefördert wird (s. Kap. 2.2).

Für den Bereich Psychotherapie könnte das vorrangige Ziel deshalb die Verbesserung insensitiver Sprache durch eine Wahrnehmungsschulung und Veränderung des mütterlichen Sprachverhaltens sein.

Die Aufklärung über die MUKI-Beziehung (z.B. durch Medien) ist bisher überwiegend „über den Kopf“ geschehen. Da Mütter ihr Verhalten aber leichter über die Erfahrung der Beziehungszusammenhänge zu ihrem Kind und ihrer mütterlichen Sprache verändern, sollte das oberste Gebot heißen: Lernen, sich durch Ausprobieren zu verbessern.

Für gesunde Mütter ist das Erlernen der mütterlichen Sprache überflüssig, das Sprechen selten ein Problem. Aus einem nahezu unerschöpflichen Wortschatz können die originellsten Sprachkreationen hervorgebracht werden.

Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich exemplarisch für alle psychisch Kranken mit der Gruppe der PPD-Mütter. Die Voraussetzungen zur Durchführung einer Studie erschienen in diesem Feld am viel versprechendsten, da die Klinik für Allgemeine Psychiatrie der Universität Heidelberg seit einigen Jahren ein Projekt mit Mutter-Kind-Studien durchführt. Hinzu kommt, dass eine PPD gut diagnostizier- beziehungsweise abgrenzbar und damit empirisch gut zu untersuchen ist.

Zur Gruppe der postpartal Depressiven gehören in Deutschland alle Mütter mit einer nicht-psychotischen depressiven Störung während der Schwangerschaft, im Wochenbett und in den ersten Monaten nach der Geburt, die länger als zwei Wochen andauert (s. Kap. 2.2.2.1). Gesunde Mütter sind solche ohne eine psychische Erkrankung.

Ein Anliegen dieser Arbeit ist es, die Sprache von PPD-Müttern zu erhellen und gleichzeitig die Möglichkeit der bewussten Wahrnehmung ihrer Sprache zu fördern.

Ziel ist es auch, Ärzten, Krankenkassen und der Öffentlichkeit bewusst zu machen, dass der Therapie des mütterlichen Sprachverhaltens die gleiche Bedeutung innerhalb einer guten

¹ salutogenetisch = positive Zustände fördern statt negative vermeiden

II Fragestellung 4 Die Bedeutung der Sprache von PPD-Müttern für die Psychotherapie

MUKI-Beziehung zukommt, wie den von ihnen allgemein anerkannten und geförderten Therapien für Mütter. Gerade psychisch kranken Müttern wird die Übung ihrer kommunikativen Fähigkeiten erschwert, weil eine engmaschige (stationäre) Betreuung, der Aufwand und die Unkosten für eine integrative Mutter-Kind-Therapie besonders hoch sind. Dabei wäre es besonders für diesen Personenkreis sehr wichtig, die Bedingungen für eine Sprachtherapie zu erleichtern, denn neben diesen „äußeren“ Schwierigkeiten sind noch andere störungsspezifische Probleme zu bewältigen (s. Kap. 2.2.2.1).

Ein wichtiger Schritt für die Integration psychisch kranker Mütter ist die Verbesserung ihres Verhaltens in lautlicher Sprache, Mimik und Gestik. Wie kann nun eine Mutter-Kind-(Sprach)Therapie hier intervenieren? In Kapitel 2.2.1.4 wurden bereits strukturbezogene Therapieziele für ein Sensitivitätstraining definiert.

Ferner erscheinen im *sozial-emotionalen Bereich* bedeutsam:

- der Zugang zu der gesellschaftlich anerkannten „Mutterrolle“
- die Möglichkeit, Sprache als aktiv Handelnder und Konsument (Rezipient) zu erfahren
- optische, auditive und sensorische Erfahrungen
- die Faszination der Vielseitigkeit in der Kommunikation
- die Erfahrung, das Kind zu beeinflussen und gleichzeitig von ihm beeinflusst zu werden
- die Erfahrung von Kompetenz
- die Erweiterung der Sensitivität durch die Feinfühligkeit des Kindes und dem Gefühl von Spaß und Freude
- die Verbesserung der Bindung durch Anforderungsbewältigung, Bestätigung, Bewährung und Anerkennung sowie die Herausforderung von Interaktionen und Konfrontationen
- der Einfluss auf psychische Persönlichkeitsmerkmale, zum Beispiel Abbau von Angst und Depression, durch die erfolgreiche Bewältigung von Aufgaben und Situationen beim Sprechen mit dem Kind, dem Bewusstsein der Erschließung eines neuen Kommunikationsbereiches, dem Erleben der eigenen Lernfähigkeit und der Freilegung unerwarteter (sprachlicher) Fähigkeiten

Die *sprachlichen Fähigkeiten* in der mütterlichen Sprache werden erweitert mit Hilfe:

- einer Verbesserung der sprachlichen Vielfalt (Variationsbreite) durch positives Erleben der Umwelt und des Kindes trotz psychischer Erkrankung
- der Beseitigung sprachlicher Lernbarrieren
- der Erhöhung der sprachlichen Leistungsfähigkeit durch spezifische Anforderungen an Sprachausdruck und Koordination mit dem Kind.

Die Tatsache, dass es bereits viele empirische Untersuchungen gibt, die sich mit einzelnen Aspekten der mütterlichen Sprachstruktur beschäftigen (s. Kap. 2.2), zeigt die Dringlichkeit für eine übergreifende Betrachtungsweise auf. Die vorliegende Untersuchung stellt damit ein Pilot-Projekt zu diesem Thema dar.

Welches sind die wichtigsten Sprachstrukturen in der mütterlichen Sprache, und wie sehen diese Sprachstrukturen bei PPD-Müttern im Vergleich zu gesunden Müttern aus? Verwenden PPD-Mütter seltener feinfühligere Sprache als gesunde Mütter?

Explorative Analysen einer Vorstudie (Montini, 2008) zeigten für keine der untersuchten Sprachstrukturen (Anzahl, Dauer und Varianz der Sprechpausen, Sprachintention, Sprachfokus und Sprachinhalt) signifikante Gruppenunterschiede zwischen postpartal depressiven und gesunden Müttern. Die Diskrepanz zu einigen Ergebnissen anderer Studien

II Fragestellung 4 Die Bedeutung der Sprache von PPD-Müttern für die Psychotherapie

führt deshalb zu der Frage, welche spezifischen Charakteristika des Sprachverhaltens von PPD-Müttern im Vergleich zu Gesunden es gibt.

Benutzen zum Beispiel Depressive bestimmte Strukturen sehr viel oder sehr wenig, während Gesunde eher geringe Schwankungen um den Mittelwert aufweisen? Äußern sich PPD-Mütter seltener, gleich oft oder öfter als gesunde Mütter? Unterscheiden sie sich in ihrer Pausenanzahl oder -länge? Verwenden PPD-Mütter zum Beispiel beschreibende Sprache, Kind gerichtete kurze Äußerungen oder Kurzlaute weniger, ähnlich häufig oder vermehrt? Beziehen sie sich seltener auf das Kind und auf seinen aktuellen Zustand? Benutzen PPD-Mütter „mind-related-comments“ seltener als gesunde Mütter? Sind ihre Aussagen seltener, gleich oft oder häufiger positiv und angemessen beziehungsweise mit Bezug zu Vorausgegangenem? Ist ihr Tonfall seltener positiv? Wie stellt sich das Vorkommen von Fragen dar? Folgen PPD-Mütter dem Aufmerksamkeitsfokus ihres Kindes seltener als eine gesunde Mutter? Berühren PPD-Mütter ihr Kind seltener, gleich oft oder häufiger sanft?

Hypothese 2: PPD-Mütter unterscheiden sich insgesamt hinsichtlich der Feinfühligkeit ihrer Sprache nur unerheblich von gesunden Müttern.

Hypothese 2: PPD-Mütter weisen über beide Spielphasen gemittelt zum ersten (statistisch) Messzeitpunkt (T1) keinen signifikanten Unterschied in ihrem Gesamtscore für feinfühligkeits Sprache gegenüber gesunden Müttern auf.

Im Einzelnen machen PPD-Mütter voraussichtlich ähnlich lange Pausen, verwenden vergleichsweise häufig beschreibende Sprache, einen zustandsbezogenen Sprachfokus, „mind-related-comments“, machen Äußerungen anstelle des Kindes, verwenden positive Sprachinhalte, angemessene und Bezug nehmende Antworten, einen positiven Tonfall, Fragen, sanfte Berührungen und folgen genauso oft dem Aufmerksamkeitsfokus ihres Kindes wie gesunde Mütter.

Gesunde Mütter verwenden vergleichbar häufig vorschreibende Sprache (ohne positiven, ermutigenden Inhalt), einen mutterbezogenen Sprachfokus, negativen Sprachinhalt und wortwörtliche Wiederholungen wie PPD-Mütter.

4.2 Modellmaßnahmen zum Sensitivitätstraining

Die bisher durchgeführten Modellmaßnahmen liefern ohne Zweifel einen wesentlichen Beitrag zur Erkenntnisgewinnung für die therapeutische Arbeit mit psychisch kranken Müttern und ihren Babys. Nachfolgend sind verschiedene Fallbeispiele für Sensitivitätstrainings aufgeführt.

4.2.1 B.A.S.E.®- Babywatching

Dieses Konzept hat v.a. präventive Bedeutung in Bezug auf den in Kap. 2.1 beschriebenen Teufelskreis der von den Eltern delegierten internen Arbeitsmodelle bei Kindern von PPD-Müttern, in Vorbereitung auf eine gesunde Elternschaft.

„Baby-Beobachtung im Kindergarten und in der Schule gegen Aggression und Angst zur Förderung von Sensitivität und Empathie“ ist ein **Präventionsprojekt** zur Förderung der Empathiefähigkeit von Kindern. Durch die Beobachtung einer gesunden MUKI-Interaktion im ersten Lebensjahr lernen **Kindergartenkinder, sich in die Emotionen und Motivationen**

II Fragestellung 4 Die Bedeutung der Sprache von PPD-Müttern für die Psychotherapie

von Mutter und Baby einzufühlen. Die Förderung der Wahrnehmung und des adäquaten sprachlichen Ausdrucks der Stimmungen und Bedürfnisse des Babys durch die Gruppe ist der Anspruch dieses Konzeptes (Brisch, 2007).

Die ersten Studien zur Verringerung von aggressiven Verhaltensstörungen bei Kindergartenkindern wurden in den Achtzigerjahren von Henri Parens durchgeführt (Parens, Scattergood & Singletary, 1995). Auf der Grundlage dieser Ergebnisse entwickelte der Münchner Bindungsforscher Karl Heinz Brisch sein Projekt zum **Babywatching** (2006).

Eine Kindergartengruppe wird hier für die Dauer von einem Jahr passiver Beobachter der Interaktion einer Mutter mit ihrem Baby. Im Stuhlkreis sehen und hören die Kinder, was die Mutter mit dem Baby tut und wie sie das macht. Sie erleben, wie der Säugling sich von Woche zu Woche entwickelt, wie er wächst, zu krabbeln und zu sprechen beginnt und schließlich alleine laufen kann. Die Kinder lernen mit Hilfe einer geschulten, Prozess begleitenden B.A.S.E.®-Gruppenleiterin, ihre inneren **Eindrücke in Worte zu fassen**, sie auszudrücken und sich mit den Eindrücken anderer Kinder verbal auseinander zu setzen. Die **Fähigkeit, sich empathisch einzufühlen**, wächst beständig. Nach und nach können die Kinder diese Fähigkeit auf alltägliche Situationen im Spielalltag übertragen und verhalten sich untereinander feinfühler, sozialer, weniger aggressiv und weniger ängstlich.

4.2.2 SAFE® - Sichere Ausbildung für Eltern

Neben der zum Ausdruck gebrachten „sicheren Ausbildung für Eltern“, steht der Name des Programms SAFE® auch für eine angestrebte sichere Entwicklung des Kindes, das heißt die Verhinderung von Bindungsstörungen und Weitergabe von traumatischen Erfahrungen über Generationen hinweg. Das zentrale Anliegen von SAFE® ist der **Aufbau einer sicheren Bindungsentwicklung von Babys zu ihren Eltern** durch die Unterstützung und Förderung ihrer Eltern. Das vor drei Jahren erstmals publizierte Kurskonzept beinhaltet vier verschiedene Module, die bis auf das Gruppenangebot von den Eltern individuell genutzt werden können (Brisch, 2010):

Modul I: Vorgeburtliche Elterngruppen, bei denen umfassende Informationen und der Austausch in der Gruppe über Fähigkeiten des Säuglings und der Eltern, Erwartungen Fantasien und Ängste der Eltern sowie die vorgeburtliche Bindungsentwicklung im Vordergrund stehen. Das Erlernen von Stabilisierungs- und Entspannungsverfahren ist ein weiterer wichtiger Baustein dieses Moduls, um Ängsten und Stresserleben während der Schwangerschaft und nach der Geburt besser begegnen zu können.

Nachgeburtliche Elterngruppen sollen durch den Zusammenhalt in der Gruppe die Verarbeitung von Geburtserlebnissen ermöglichen. Weitere Inhalte stellen die elterlichen Kompetenzen, die Beziehungen zwischen Mutter, Vater und Kind, Schwierigkeiten mit Schreien, Füttern, Stillen, Schlafen sowie der Aufbau der emotionalen Beziehung dar.

Modul II: Feinfühligkeitstraining und Videoaufzeichnung

In diesem Modul wird vor der Geburt ein Video-Feinfühligkeitstraining in der Gruppe und nach der Geburt ein individuelles Video-Feedback durchgeführt. Die Eltern werden darin geschult, die Signale von Babys wahrzunehmen, sie richtig zu interpretieren und sich Gedanken über eine angemessene und prompte Reaktion zu machen, sich quasi auf die Signale des Säuglings feinfühlig einzustimmen.

II Fragestellung 4 Die Bedeutung der Sprache von PPD-Müttern für die Psychotherapie

Modul III: Hotline

Dieses individuell in Anspruch zu nehmende Modul stellt einen „heißen Draht“ zur kompetenten und vertrauten SAFE®-Mentorin her, so dass Probleme im Alltag unmittelbar und zielgerichtet besprochen werden können.

Modul IV: Individuelle Traumapsychotherapie

Über ein individuelles Interview mit allen Eltern werden positive und eventuell unverarbeitete traumatische Bindungserfahrungen benannt. Ziel ist es, dass die Eltern durch individuelle Beratung und Psychotherapie ihr Muster von selbsterlebter stressvoller Traumatisierung und deren Weitergabe an ihr Kind durchbrechen können.

Das SAFE®-Programm findet in kleinen Gruppen von vier bis acht Eltern-Dyaden, später Eltern-Kind-Triaden, ab der 20. Schwangerschaftswoche anfangs monatlich, ab dem vierten Lebensmonat vierteljährlich, bis zum Ende des ersten Lebensjahres statt. Die Zuverlässigkeit und Verbindlichkeit der Teilnahme wird dabei durch den anderthalbjährigen individuellen und gruppenspezifischen Prozess gefestigt. SAFE® stellt ein chancenreiches Programm für eine sichere Bindungsentwicklung und damit die Förderung einer positiven sozialen, emotionalen und geistigen Entwicklung von Kindern dar. Das Programm wurde inzwischen u.a. für Schwangere mit einem Risiko für die Entwicklung einer PPD oder einer anderen psychischen Erkrankung modifiziert und erweitert.

4.2.3 Das Projekt „Die Chance der ersten Monate“

Das von dem Universitätsklinikums Ulm und der Techniker Krankenkasse in Baden-Württemberg auf den Weg gebrachte landesweite Projekt „Die Chance der ersten Monate“ (Ziegenhain et al., 2008) setzt direkt nach der Geburt an und möchte die **Feinfühligkeit von Eltern gegenüber ihren Kindern verbessern**, um neben einer gesunden Ernährung und viel Bewegung eine weitere wichtige Grundlage für die gesunde Entwicklung von Kindern zu schaffen (Ziegenhain et al., 2008).

Das von der Projektgruppe um Ziegenhain (2008) entwickelte Schulungsmanual für Medizinberufe enthält Anleitungen zur **Interaktionsbeobachtung von Ansprache, Blick und Körperkontakt** innerhalb der Eltern-Kind-Dyade und Informationen über gelingendes und weniger gelingendes elterliches Verhalten, die in einer auf die verkürzte Version der Ainsworth-Skala (Ainsworth et al, 1974) bezogenen siebenstufigen Skala zum elterlichen feinfühligem Verhalten zusammengefasst sind. Bei der Einschätzung werden kindliche (Fein-) Zeichen von Offenheit und Belastetheit (s. Kap. 2.2.1.1) mitberücksichtigt.

Die Illustration der Skalabewertungen, die von „sehr feinfühlig“ bis „überhaupt nicht feinfühlig“ reicht, erfolgt anhand von Videobeispielen und situationsbeschreibendem Text. Ziel ist es, die Interaktion der Eltern in drei Bereiche einzuordnen:

- **Grüner Bereich:** sehr feinfühliges Verhalten bis hin zu (noch) adäquatem feinfühligem Verhalten („good-enough-parenting“; Scarr, 1992).
- **Gelber Bereich:** (Gerade) nicht mehr hinreichend adäquates feinfühliges Verhalten bis hin zu zeitweise kritischem Verhalten (z.B. ärgerliches, feindseliges oder emotional zurückgezogenes Verhalten).
- **Roter Bereich:** Extrem wenig feinfühliges Verhalten mit ausgeprägt aggressivem beziehungsweise emotional unzulänglichem Verhalten, das zur Kindeswohlgefährdung führt. Dieses Verhalten kommt nur in 5% - 10% aller Fälle vor (Esser & Weinel, 1990).

II Fragestellung 4 Die Bedeutung der Sprache von PPD-Müttern für die Psychotherapie

Während die Darstellung des grünen Bereichs mit realen Eltern-Kind-Videobeispielen erfolgt, wird für die Demonstration des gelben und roten Bereichs aus ethischen Gründen auf eine Puppe zurückgegriffen.

Das Anwendungstraining erfolgt anhand von Videoübungen mit unterschiedlicher Ausprägung elterlicher Feinfühligkeit, die eine Bewertung nach bestimmten Kriterien erfordern:

Kriterien für die Skalenbeurteilung der Qualität elterlicher Feinfühligkeit:

1. Fähigkeit, Signale und Bedürfnisse des Kindes wahrzunehmen
2. Abstimmung des emotionalen Ausdrucksverhaltens auf das Verhalten des Kindes (z.B. Lächeln erwidern; Trost von weinendem Kind)
3. ärgerliches, feindseliges oder aggressives Verhalten
4. emotional flaches, verlangsamtes Verhalten oder ausdrucksloses Gesicht

Über ein kurzes Gespräch bei einem Hausbesuch, beim An- und Ausziehen vor und nach einer Untersuchung oder im Wartezimmer und vor allem rund um die Früherkennungsuntersuchungen kommen geschulte Kinderärzte, Hebammen, Kinderkrankenschwestern und Arzthelferinnen mit den Eltern „am Rande“ in Kontakt. So können die für eine Unterstützung offenen Eltern mit Informationen und Beratung über die Entwicklung und über die Ausdrucks- und Verhaltensweisen des Kindes in ihren Erziehungs- und Beziehungskompetenzen gestärkt, Verunsicherungen entgegen gewirkt und positives Verhalten gefördert werden (*ressourcenorientierte Kommunikation*).

Gemäß dem Konzept des sozialen Kompetenztrainings (Hinsch & Pfingsten, 2007) vermittelt das Handbuch in einem Extrateil einige Prinzipien sozial kompetenten Verhaltens im Gespräch (Sympathie gewinnen, im Gespräch bleiben) und Techniken der Gesprächsführung (Verhalten beschreiben, Verhalten umdeuten, Lösungen finden) für die Kommunikation mit Eltern.

Die Darstellung des Repertoires der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens sowie Verweise zu weiterführenden Informationen sollen als Grundlage für die Information und Weitervermittlung von Eltern dienen (www.aerztekammer-bw.de, www.arbeitsagentur.de, www.arbeitskreis-neue-erziehung.de, www.bke.de, www.bmfsfj.de, www.bw-lv.de, www.bzga.de, www.dgspj.de, www.dji.de, www.elternbriefe.de, www.familienhandbuch.de, www.fruehfoerderung-viff.de, www.fruehehilfen.de, www.gesundheitsamt-bw.de, www.integration-in-deutschland.de, www.jobcenter-ge.de, www.kinderschutzbund-bw.de, www.kinderschutz-zentren.org, www.kvjs.de, www.landesstiftung-bw.de, www.meine-schulden.de, www.peter-pelikan.de, www.sozialministerium-bw.de, www.statistik.baden-wuerttemberg.de). Kommunale und regionale Angebote können individuell ergänzt werden.

Die frühe und universell präventive Förderung der Beobachtung mütterlichen feinfühligem Verhaltens hat auch in der therapeutischen Begleitung von PPD-Müttern eine große Bedeutung.

II Fragestellung 4 Die Bedeutung der Sprache von PPD-Müttern für die Psychotherapie

4.2.4 PEKiP® - Das Prager-Eltern-Kind-Programm

Das Prager-Eltern-Kind-Programm (PEKiP®) (Ruppelt, 1994, Höltershinken & Scherer, 2011) versteht sich als ein Konzept für die präventive Arbeit mit Eltern und ihren Kindern im ersten Lebensjahr mit dem Ziel der Förderung von Eigenverantwortung für ein gesundheitsbewusstes Verhalten. Im Fokus steht die **feinfühlig**e **Entwicklungsbegleitung des Säuglings** durch ein alters- und entwicklungsspezifisches Angebot von Bewegungs- und Sinnesanregungen. Dabei bestimmt das Kind sein „Programm“ insofern selbst, als die angebotenen Spielanregungen der Mutter (oder des Vaters) von ihm angenommen oder abgelehnt werden können. Die Förderung der freien und selbstständigen Bewegung und der eigenen Aktivität des Babys und das Ernstnehmen seiner Stimmungen und Bedürfnisse ist die zentrale interaktive Aufgabe der Mutter (bzw. des Vaters).

Die dem PEKiP® zugrunde liegenden Anregungen wurden 1968 von Jaroslav Koch am Prager „Institut für Mutter und Kind“ entwickelt (Koch, 1978). Darauf aufbauend entstand durch das Ehepaar Christa und Hans Ruppelt das heutige Konzept der **Eltern-Kind-Gruppenarbeit** (Polinski, 2001; Höltershinken & Scherer, 2011). Diese spezielle Form der Elternbildung richtet sich auf die *Unterstützung* junger Familien beim Hineinwachsen in die Elternrolle, die Ermutigung, *eigene Kompetenzen* zu sehen und zu erweitern, die Stärkung der *Handlungsfähigkeit*, *Hilfen* zur Gestaltung von Alltagssituationen mit dem Kind sowie der Pflege von *Kontakten und Austausch* mit anderen Familien in ähnlichen Situationen.

Die Ziele des PEKiP® ruhen dementsprechend auf vier gleichrangigen tragenden Säulen:

1. **Das Kind** durch Bewegungs-, Sinnes – und Spielanregungen in seiner Entwicklung begleiten.
2. **Die Mutter (Vater)-Kind-Beziehung** stärken und vertiefen.
3. **Kontakte der Kinder** zu Gleichaltrigen ermöglichen.
4. Den Erfahrungsaustausch und den **Kontakt der Eltern untereinander** fördern.

Die Umsetzung des Konzeptes erfolgt typischerweise in kleinen Gruppen von sechs bis acht Mutter/Vater-Kind-Paaren ab der vierten bis sechsten Lebenswoche des Babys. Die stufenweise Vermittlung der ganzheitlichen Bewegungsanregungen erfolgt mit Hilfe und Unterstützung der PEKiP®-Gruppenleiterin, die auch die Gruppengespräche moderiert. Das gezielte alters- und entwicklungsspezifische Spielangebot richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen des Kindes und der Mutter/Vater-Kind-Beziehung und regt so das aktive Lernen des Kindes an. Die durch die vielen Mutter/Vater-Kind-Paare vorgegebene komplexe Kommunikationsstruktur liefert einen reichhaltigen Erfahrungs- und Informationshintergrund für angemessene Erziehungshaltungen. Auch werden die Eltern in großem Maße für die psychosozialen Bedürfnisse ihres Kindes sensibilisiert und können bei Bedarf konkrete pädagogische Hilfestellungen erhalten.

Pro (geschlossener) Gruppe, die idealerweise bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Säuglings zusammenbleibt, treffen sich einmal wöchentlich für anderthalb Stunden sechs bis acht Mutter/Vater-Kind-Paare mit möglichst altersgleichen Babys. Das Treffen findet in einem warmen (24-27°C), geschlossenen Gruppenraum, der mit Matten ausgelegt ist, statt. Frei von sonstigen Verpflichtungen und dem Bewusstsein, „Zeit füreinander zu haben“, spielen die Eltern mit ihren Babys am Boden. Diese oft neue Spiel- und Begegnungsform erleichtert das Wahrnehmen und den Umgang mit den Bedürfnissen des Säuglings. Während der 15-minütigen Ankommensphase werden die Babys von ihren Müttern/Vätern ausgezogen. Der nackte Säugling bewegt sich durch die neu gewonnene größere Bewegungsfreiheit spontaner und intensiver. Er hat mehr Hautkontakt zur Mutter/zum Vater, weint weniger und

II Fragestellung 4 Die Bedeutung der Sprache von PPD-Müttern für die Psychotherapie

ist insgesamt zufriedener. Nach der persönlichen Begrüßung zeigt die PEKiP®-Gruppenleiterin der Mutter in Abhängigkeit von der Angemessenheit mit Hilfe einer Puppe einige Anregungen. Dem Baby werden nur solche Lagen und Haltungen angeboten, in denen es selbst aktiv werden kann. Dabei sollen die Eltern auf die Bedürfnisse ihres Kindes achten, das heißt es anregen, wenn es wach ist und sich über ein Zusammenspiel deutlich freut, es schlafen lassen, wenn es müde ist und trinken lassen, wenn es hungrig ist. Ältere Kinder interessieren sich zunehmend auch für andere Kinder. Sie erkennen sich wieder, haben Freude am Kontakt miteinander und regen sich gegenseitig zur Bewegung an. Erwachsene haben die Möglichkeit zur Beobachtung anderer Babys und damit anderer Rhythmen, Verhaltensweisen und Entwicklungen. Eine solche Wahrnehmung fördert die elterliche Erkenntnis, dass ihr Kind eine eigenständige Person ist. Nicht zuletzt der Erfahrungsaustausch der Mütter und Väter in entspannter Atmosphäre zu zentralen Themen wie der neuen Rolle als Eltern, der Umorganisation des Arbeits- und Berufslebens, der Ernährung, der Entwicklung sowie der Pflege und Gesundheit des Kindes mit eventuell ergänzenden Informationen durch die PEKiP®-Gruppenleiterin sorgt für eine Zunahme der Sicherheit im Alltag. Ergänzend zu den Gruppentreffen können Gesprächsabende (für beide Eltern) angeboten werden. Die Integration einer PPD-Mutter in eine PEKiP®-Gruppe ist problemlos möglich und im integrativen Sinne auch erwünscht.

4.2.5 Das (Methoden) integrierende Heidelberger Psychotherapiemodell

Unter dem Dach des Zentrums für Psychosoziale Medizin (ZPM) des Universitätsklinikums Heidelberg hat sich auf der offenen Depressionsstation der Psychiatrischen Klinik seit 2001 eine alternativ ambulante oder (teil)stationäre Mutter-Kind-Einheit für postpartal depressive Mütter etabliert. Sie hat sich zum Ziel gesetzt, maladaptive Beziehungsmuster (Tress, Henry, Junkert-Tress, Hildenbrand, Hartkamp & Scheibe, 1996; Reck et al. 2004a) frühzeitig zu diagnostizieren und gegebenenfalls, das heißt unter Berücksichtigung des „therapeutischen Timings“ (erst Akutbehandlung und Stabilisierung der depressiven Mutter), in die Therapie mit einzubeziehen.

Unter Einsatz verhaltenstherapeutischer und interaktioneller Elemente orientiert sich das Modell an den Ansätzen von Papoušek (2000) und Downing (2003) und berücksichtigt primär die vorsprachliche, nonverbale Ebene des Austausches zwischen Mutter und Säugling. Der Behandlungsschwerpunkt liegt einerseits auf der (verhaltenstherapeutischen und medikamentösen) Behandlung der depressiven Symptomatik der **Mutter** und der Prävention, Diagnostik und Behandlung von Entwicklungsstörungen/ -defiziten und (psychischen) (Verhaltens-)Auffälligkeiten bei den **Säuglingen** mit gegebenenfalls spezifisch auf das Kind abgestimmten Interventionen, zum anderen auf der positiven Beeinflussung der **MUKI-Beziehung** (Reck et al., 2006).

Die gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind ist eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung, denn eine Trennung von Mutter und Kind beeinträchtigt den Aufbau einer guten MUKI-Beziehung stark (Reck, Hunt, Fuchs, Weiss, Noon, Möhler, Downing, Tronick & Mundt, 2004 b, Reck, Papst, Struben & Zipser, 2007, Reck et al, 2008). Andererseits wirkt sich eine Einbindung der MUKI-Interaktion positiv auf die PPD aus (Cramer, 1997).

Mit Hilfe der von George Downing (2003) entwickelten Video-Mikro-Analyse (VMT) können die (non-)verbalen Prozesse zwischen Mutter und Kind anhand von bewusstseinsfernen Verhaltens- und Reaktionsmustern der beiden Interaktionspartner beim

II Fragestellung 4 Die Bedeutung der Sprache von PPD-Müttern für die Psychotherapie

Spielen, Füttern oder Wickeln sichtbar gemacht werden. Kodiert werden vor allem die zeitliche Interaktionsstruktur (Stimulationsniveau), Körperhaltung (Nähe/ Distanz, Berührung, Entfernung), Mimik/ Gestik (mimisch, vokaler, emotionaler Austausch), Sprache (verbale Reaktionen/ Schweigen, beschreibend/ vorschreibend) und Grenzsetzungen.

Über die Methode der Verstärkung von günstigen Interaktionen, der Bewusstmachung von Körperabwehrphänomenen (Verspannungen, Atmungsverminderung, Haltungsfixierungen) und der Bezugfindung zur eigenen Kindheit kann die psychoanalytisch orientierte videogestützte Mutter-Kind-(Interaktions)Therapie (VIT) einen großen Schritt in eine positive Zielrichtung erreichen:

- Veränderung dysfunktionaler Interaktionsmuster in der MUKI-Interaktion
- Veränderung dysfunktionaler Kognitionen (neg. Selbstbild) durch positive Verstärkung mütterlichen Verhaltens
- Wahrnehmungsschulung und Beeinflussung eigener und kindlicher (körperlicher) Stressreaktionen
- Reflexion der eigenen Kindheit (Wiederholung von Verhaltensmustern, Traumata)

Den Eltern werden kurze Videosequenzen der zuvor aufgenommenen Spielinteraktionen gezeigt und dabei v.a. die positiven Sequenzen verbal verstärkt (Reck et al., 2006).

Eine Verknüpfung der in 2.2.1.4 beschriebenen Interventionsmöglichkeiten zur Steigerung der Sensitivität in der mütterlichen Sprache mit der VIT scheint viel versprechende Therapieoptionen bereitzustellen, die alle letztlich das gleiche Ziel haben: Kommunikation soll Spaß machen! Dass sich dabei ganz nebenbei auch noch andere positive Folgen für PPD-Mütter und ihre Kinder ergeben, kann die Anwendungsmotivation nur erhöhen.

4.2.6 Lingva Eterna® - Die heilsame Kraft der Sprache

Sprache dient zwar in erster Linie der Kommunikation, ist aber gleichzeitig ein wichtiges Handwerkszeug für Ärzte und Therapeuten. Das 2005 von der Sprachwissenschaftlerin Mechthild Roswitha von Scheurl-Defersdorf (2011) entwickelte sprachliche Metakonzept Lingva Eterna® (= ewige Sprache), nimmt die in der Sprache ruhende ordnende und heilsame Kraft ins Zentrum seiner Aufmerksamkeit. Der Blick wird auf die Ebene der Sprachstruktur gelenkt und bezieht sich vor allem auf die **Wirkung von Wörtern, Redewendungen und Satzmustern**, zeigt Alternativen auf. Grundannahme ist, dass jedes Wort und auch jeder Satz eine vielfältige Wirkung auf den Rezipienten und auch auf den Sprecher selbst hat. Durch die bewusste Aufmerksamkeitsschulung können die vielfältigen formalen und inhaltlichen Aspekte der Sprache wahrgenommen und verändert beziehungsweise gezielt eingesetzt werden. Ziel ist es, eine **aufbauende und nährnde** (wertschätzende, klare und differenzierte), **feinfühlig Sprache zu entwickeln** und einen **achtsamen Umgang** mit ihr zu pflegen. Auch alte Denk- und Verhaltensmuster, die mit der gewohnten (alten) Ausdrucksweise verknüpft sind, können auf diese Weise gezielt aufgebrochen und so die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung bezüglich Denken, Sprechen, Handeln und der inneren Haltung gefördert werden. Scheurl-Defersdorf unterscheidet zwischen *inhaltlicher Botschaft* und *Strukturbotschaft*, die einerseits kongruent sein und sich ergänzen können, sich aber andererseits auch gegenseitig einschränken oder gar widersprechen können. Unabhängig von der Bewusstheit dieser Vorgänge haben Inkongruenzen beim *Hörer* eine differenzierte emotionale Auswirkung auf die Bewertung des Vernommenen. Hinzu kommt die Tatsache, dass die Sprache auch abhängig ist von der Individualität des *Sprechers* und seinem individuell gespeicherten Kontext.

II Fragestellung 4 Die Bedeutung der Sprache von PPD-Müttern für die Psychotherapie

Das Sprachtraining nach Scheurl-Defersdorf läuft in drei unabhängigen aufeinander aufbauenden Stufen ab:

1. das **Basistraining** (85 Std.), bei dem tragfähige Bausteine für Beratungs- und Führungstätigkeiten erworben werden,
2. das **Seminar Mission Vision** (35 Std.), das stark Persönlichkeit ausbildend ist und bei dem jeder Teilnehmer darin begleitet wird, seine Mission, das heißt seine Lebensspur zu erkennen und zu formulieren und damit bisher gebundene Kräfte freizusetzen und
3. die **Ausbildung zum Dozenten** für Lingva Eterna® (zwei Jahre), die die Trainerlizenz beinhaltet.

Lingva Eterna® kann laut Scheurl-Defersdorf sowohl für den privaten Bereich, zur Entwicklung der eigenen Persönlichkeit, als auch den beruflichen Bereich (Wirtschaft, Gesundheitswesen und Pädagogik) eingesetzt werden. In der Anwendung dieses ganzheitlich orientierten Programms in der Therapie von PPD-Müttern liegt eine große Chance, da die Patientinnen mit seiner Hilfe einen aktiven Beitrag zur Stärkung ihrer Gesundheit leisten würden und lernen könnten, eigenverantwortlich auf ihr Denken und Sprechen zu achten. Der bewusste Umgang mit der Kraft der Sprache kann es ihnen erleichtern, sich auf die neue Situation mit dem Kind einzustellen und sie wirklich anzunehmen. Gleichzeitig könnten auch die behandelnden Therapeuten und Pflegenden von Lingva Eterna® profitieren, indem sie den PPD-Müttern mit einer klaren, wohlwollenden Sprache Halt und Orientierung gäben.

5 Der Einfluss des Interaktionsstils bei PPD-Müttern

Nach der genaueren Betrachtung des Einflusses einer postpartalen Depression auf die mütterliche Sprache, soll nun der mütterliche IA-Stil als spezifisches Kriterium näher untersucht werden. Dabei wird die Generierung der Hypothesen auf der Basis der bisherigen Forschungsergebnisse in den Vordergrund gestellt.

Es wird dabei der Frage nachgegangen, ob es Zusammenhänge zwischen einigen mütterlichen Sprachstrukturen und der Qualität des IA-Stils der Mutter gibt, wie es explorative Untersuchungen einer Vorstudie vermuten ließen (Montini, 2008) (s. Kap. 2.2.2.4).

Wirken sich alle IA-Stile gleich auf die Feinfühligkeit aus, oder kommt feinfühligkeit Sprache hauptsächlich innerhalb des sensitiven IA-Stils vor?

Die Wirkung des mütterlichen IA-Stils auf ihre Sprache und damit auf die MUKI-Interaktion, das heißt die aktive sprachliche Wechselbeziehung zwischen Mutter und Kind, ist weitgehend unerforscht.

Da es so viele Interaktionen wie Situationen gibt, wurde ein spezielles mehrstufiges Schema (MSCS-R) zur Klassifikation des mütterlichen IA-Stils herangezogen (s. Kap. 12).

In den vorhergehenden Kapiteln wurde der Einfluss des IA-Stils auf die mütterliche Sprache bereits angesprochen (s. Kap. 2.2.1.3).

Ainsworth et al. (1978) und viele andere Forscher (s. Kap. 2.1 und Abb. 3) konnten eine sichere Bindung in Abhängigkeit von der MUKI-Interaktion feststellen. Hinzu kommen die Erkenntnisse aus den Forschungen zum Zusammenhang der PPD mit der mütterlichen Sprache (s. Kap. 2.2.2.4), dass der Sensitivität im mütterlichen IA-Stil eine große Bedeutung zukommt.

Will man die Ergebnisse zusammen bringen, so muss man zunächst einmal feststellen, dass der Zusammenhang zwischen der MUKI-Interaktion und Sprache voraussichtlich ebenfalls stark beeinflusst wird von mütterlichen und kindlichen Determinanten wie individuellen Persönlichkeitsmerkmalen, biologischen und sozialen Risikofaktoren, auf die in dieser Studie jedoch nur peripher eingegangen werden sollte.

Hinsichtlich der Bedeutung einer gesunden mütterlichen Sprache für die Therapie sind Ergebnisse von Interesse, die eine Verbesserung der MUKI-Interaktion belegen. Tronick & Weinberg (1997) stellten eine Veränderung der verbalen (und nonverbalen) MUKI-Interaktion in Abhängigkeit vom IA-Stil der PPD-Mutter fest (s. Kap. 2.2.2.4). Je geringer die Feinfühligkeit in der mütterlichen Sprache, desto schlechter ist die Selbstregulierung des Babys vor allem wenn der IA-Stil der Mutter „zurückgezogen“ ist.

Es sollte der Frage nachgegangen werden, ob die Sprachstruktur einer PPD-Mutter feinfühlicher ist, wenn die Mutter einen günstigeren IA-Stil verwendet?

Für die vorliegenden Sprachstrukturen wollte man dementsprechend erforschen, ob es einen statistischen Zusammenhang zwischen mütterlichen Sprachstrukturen und einem sensitiven IA-Stil gibt. Gibt es auch einen Zusammenhang zwischen feinfühlicher mütterlicher Sprache und dem IA-Stil? Verbessert sich die Feinfühligkeit mütterlicher Sprache mit der Qualität des IA-Stils? Sind die Sprachstrukturen, die die mütterliche Sprache kennzeichnen, je nach

Qualität des IA-Stils verschieden? Sind bestimmte Sprachstrukturen nur bei einer sensitiven Interaktion der Mutter mit ihrem Säugling vorhanden oder umgekehrt? Welche sprachlichen Merkmale von Feinfühligkeit sind abhängig von der Qualität des IA-Stils? Unterscheiden sich postpartal depressive und gesunde Mütter in der Qualität des IA-Stils? Ist der IA-Stil einer PPD-Mutter besser, wenn die mütterliche Sprache feinfühlicher ist?

Zeichnet sich ein guter IA-Stil („sensitive“) durch eine feinfühligere mütterliche Sprache aus, als ein schlechter IA-Stil („intrusive“, „withdrawn“)?

Wie groß ist die Bedeutung, die der Verbesserung des IA-Stils zur Kompensation der PPD zukommt?

Corinna Reck und ihr Team belegten 2008 eine signifikant verringerte Feinfühligkeit von PPD-Müttern im Vergleich zu gesunden Müttern. Die explorativen Analysen von Montini (2008) lassen sprachliche Gruppenunterschiede in Bezug auf die Anzahl und Dauer von Sprechpausen, die Sprachintention und den Sprachfokus bei PPD-Müttern mit ungünstigem IA-Stil (intrusiv/ zurückgezogen) vermuten. In der Weiterführung dieser Ergebnisse sollte nun genauer untersucht werden, wie sich ein sensitiver, günstiger („high-sense“) oder intrusiver, ungünstiger („low-sense“) IA-Stil von gesunden zu PPD-Müttern verhält. Die Hypothesen hierzu lauteten:

Hypothese 3a: Sensitive gesunde Mütter haben eine feinfühligere, entwicklungsförderndere Sprache als sensitive PPD-Mütter.

Hypothese 3a: Gesunde Mütter mit hohen Werten (4+5) auf der Sensitivity-Skala (statistisch) (MSRS-R) weisen über beide Spielphasen gemittelt zum ersten Messzeitpunkt (T1) einen signifikant höheren Gesamtscore für feinfühligere Sprache auf als PPD-Mütter mit hohen Werten (4+5) auf der Sensitivity-Skala (MSRS-R).

Im Einzelnen machen sensitive gesunde Mütter voraussichtlich längere Pausen, verwenden häufiger beschreibende Sprache, einen zustandsbezogenen Sprachfokus, „mind-related-comments“, machen Äußerungen anstelle des Kindes, verwenden positive Sprachinhalte, angemessene und Bezug nehmende Antworten, einen positiven Tonfall, Fragen, sanfte Berührungen und folgen häufiger dem Aufmerksamkeitsfokus ihres Kindes.

PPD-Mütter mit hohen Werten auf der Sensitivity-Skala verwenden häufiger vorschreibende Sprache (ohne positiven, ermutigenden Inhalt), einen mutterbezogenen Sprachfokus, negativen Sprachinhalt und wortwörtliche Wiederholungen.

Hypothese 3b: Intrusive PPD-Mütter haben eine unfeinfühligere, entwicklungshemmendere Sprache als intrusive gesunde Mütter.

Hypothese 3b: PPD-Mütter mit hohen Werten (3,4+5) auf der Overcontrol-Skala (statistisch) (MSRS-R) weisen über beide Spielphasen gemittelt zum ersten Messzeitpunkt (T1) einen signifikant niedrigeren Gesamtscore für feinfühligere Sprache auf als gesunde Mütter mit hohen Werten (3,4+5) auf der Overcontrol-Skala (MSRS-R).

Im Einzelnen verwenden intrusive PPD-Mütter häufiger vorschreibende Sprache (ohne positiven, ermutigenden Inhalt), einen mutterbezogenen Sprachfokus, negativen Sprachinhalt und wortwörtliche Wiederholungen.

Gesunde Mütter mit hohen Werten auf der Overcontrol-Skala machen längere Pausen, verwenden häufiger beschreibende Sprache, einen zustandsbezogenen Sprachfokus, „mind-related-comments“, machen Äußerungen anstelle des Kindes, verwenden positiven Sprachinhalt, angemessene und Bezug nehmende Antworten, einen positiven Tonfall, Fragen, sanfte Berührungen und folgen häufiger dem Aufmerksamkeitsfokus ihres Kindes.

Hypothese 3c: **Gesunde Mütter mit einem günstigen („high-sense-“) IA-Stil haben eine feinfühlere, entwicklungsförderndere Sprache als PPD-Mütter mit einem günstigen („high-sense-“) IA-Stil .**

Hypothese 3c: Gesunde Mütter mit hohen Werten (4+5) auf der Sensitivity-Skala (MSRS-R) und niedrigen Werten (1,2) auf der Overcontrol-Skala (MSRS-R) weisen über beide Spielphasen gemittelt zum ersten Messzeitpunkt (T1) einen signifikant höheren Gesamtscore für feinfühligere Sprache auf als PPD-Mütter mit hohen Werten (4+5) auf der Sensitivity-Skala (MSRS-R) und niedrigen Werten (1,2) auf der Overcontrol-Skala (MSRS-R).

Im Einzelnen machen gesunde Mütter mit einem günstigen („high-sense-“) IA-Stil voraussichtlich längere Pausen, verwenden häufiger beschreibende Sprache, setzen einen zustandsbezogenen Sprachfokus, machen „mind-related-comments“, Äußerungen anstelle des Kindes, verwenden positive Sprachinhalte, angemessene und Bezug nehmende Antworten, einen positiven Tonfall, Fragen, sanfte Berührungen und folgen häufiger dem Aufmerksamkeitsfokus ihres Kindes.

PPD-Mütter mit hohen Werten auf der Sensitivity-Skala und niedrigen Werten auf der Overcontrol-Skala verwenden häufiger vorschreibende Sprache (ohne positiven, ermutigenden Inhalt), einen mutterbezogenen Sprachfokus, negativen Sprachinhalt und wortwörtliche Wiederholungen.

Hypothese 3d: **PPD-Mütter mit einem ungünstigen („low-sense-“) IA-Stil haben eine unfeinfühlere, entwicklungshemmendere Sprache als gesunde Mütter mit einem ungünstigen („low-sense-“) IA-Stil .**

Hypothese 3d: PPD-Mütter mit hohen Werten (4+5) auf der Overcontrol-Skala (MSRS-R) und niedrigen Werten (1,2) auf der Sensitivity-Skala (MSRS-R) weisen über beide Spielphasen gemittelt zum ersten Messzeitpunkt (T1) einen signifikant niedrigeren Gesamtscore für feinfühligere Sprache auf als gesunde Mütter mit hohen Werten (4+5) auf der Overcontrol-Skala (MSRS-R) und niedrigen Werten (1,2) auf der Sensitivity-Skala (MSRS-R).

Im Einzelnen verwenden PPD-Mütter mit einem ungünstigen („low-sense-“) IA-Stil häufiger vorschreibende Sprache (ohne positiven, ermutigenden Inhalt), sind in ihrem Sprachfokus mutterbezogenen, verwenden negativen Sprachinhalt und wortwörtliche Wiederholungen.

Gesunde Mütter mit hohen Werten auf der Overcontrol-Skala und niedrigen Werten auf der Sensitivity-Skala machen längere Pausen, verwenden häufiger beschreibende Sprache, setzen einen zustandsbezogenen Sprachfokus, machen „mind-related-comments“, Äußerungen anstelle des Kindes, verwenden positiven Sprachinhalt, angemessene und Bezug nehmende Antworten, einen positiven Tonfall, Fragen, sanfte Berührungen und folgen häufiger dem Aufmerksamkeitsfokus ihres Kindes.

6 Postpartale Depression und Interaktionsstil nach Remission

Die vorliegende Untersuchung will einerseits die mütterliche Sprachstruktur querschnittlich, andererseits variable Strukturen längsschnittlich erfassen.

Im Längsschnittvergleich sollte der Frage nachgegangen werden, ob sich die Sprachstrukturen von PPD-Müttern in der Akutphase gegenüber der Remissionsphase verändern.

Hypothese 4: PPD-Mütter mit einem ungünstigen („low-sense-“) IA-Stil weisen nach Remission eine feinfühlere, entwicklungsförderndere Sprache auf als in der Akutphase, während sich die Sprache von gesunden Müttern mit einem ungünstigen („low-sense-“) IA-Stil nicht verändert.

Hypothese 4: PPD-Mütter mit hohen Werten (4+5) auf der Overcontrol-Skala (MSRS-R) und (statistisch) niedrigen Werten (1,2) auf der Sensitivity-Skala (MSRS-R) weisen über beide Spielphasen gemittelt zum zweiten Messzeitpunkt (T2) einen signifikant höheren Gesamtscore für feinfühligere Sprache auf als zum ersten Messzeitpunkt (T1), während sich die Sprache von gesunden Müttern von T1 zu T2 nicht verändert.

PPD-Mütter mit einem ungünstigen („low-sense-“) IA-Stil machen nach Remission voraussichtlich längere Pausen, verwenden häufiger beschreibende Sprache, setzen einen zustandsbezogenen Sprachfokus, machen „mind-related-comments“, Äußerungen anstelle des Kindes, verwenden positive Sprachinhalte, angemessene und Bezug nehmende Antworten, einen positiven Tonfall, Fragen, sanfte Berührungen und folgen häufiger dem Aufmerksamkeitsfokus ihres Kindes als in der Akutphase. Sie verwenden seltener vorschreibende Sprache (ohne positiven, ermutigenden Inhalt), einen mutterbezogenen Sprachfokus, negativen Sprachinhalt und wortwörtliche Wiederholungen, während sich die Verwendung dieser Sprachstrukturen bei gesunden Müttern nicht verändert.

III Methode

7 Allgemeine Beschreibung der angewendeten Methode

Im Rahmen des Mutter-Kind-Projekts der Klinik für Allgemeine Psychiatrie und in Kooperation mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Frauenklinik und dem Psychologischen Institut der Universität Heidelberg werden seit 2001 in einem groß angelegten Gesamtstudiendesign „Mutter-Kind-Studien“ zur Prävalenz postpartaler Depressionen und Angststörungen (*T0-Prävalenzstudie*), zum Einfluss einer PPD auf die MUKI-Interaktion (*T1/T2-Depressionsstudie*) sowie zur Bedeutung einer PPD und/ oder Angststörung für die kindliche Entwicklung (*T3-Bindungsstudie*) betrieben (Reck et al., 2004a, Reck et al., 2006; Reck et al., 2008) (s. Anhang 20.1, Abb. 4 und 5). Das Projekt beschäftigt sich in vier weiteren Studien mit den Auswirkungen von Angststörungen und Depressionen in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Postpartalzeitraum (*Peripartal-Studie*, *VW-Studie*, *DFG-Angst-Studie*, *DFG-Studie* zu „*Depressionen und Angststörungen im Präpartalzeitraum: Cortisolspiegel, Gestationsalter, Geburtsgewicht und neonatale Entwicklung*“). Bei der vorliegenden kombinierten Längs- und Querschnittstudie, handelt es sich um eine Teilstudie der T1/T2-Depressionsstudie, die die Auswirkungen einer PPD auf die verbale MUKI-Interaktion in den Fokus nimmt.

Die Rekrutierung der Versuchspersonen erfolgte hauptsächlich über die Mutter-Kind-Einheit der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg (Station Jaspers) und wurde ergänzt durch Entbindungsstationen von sechs Krankenhäusern Heidelbergs und Darmstadts (s. Anhang 20.2). Sie umfasste Geburten von 2003 bis 2008.

Mit Hilfe einer standardisierten psychiatrischen beziehungsweise psychologischen Diagnostik von Mutter und Kind wurden diese ihren Zielgruppen zugeordnet. Dazu durchliefen die Mütter ein zweistufiges DSM-IV-basiertes Screening-Verfahren (s. Anhang 20.3, Abb. 6). In der ersten Stufe wurden sie hierbei zwei Wochen nach der Geburt per *Telefoninterview*¹ auf das Vorliegen einer Angststörung oder Depression hin beurteilt. Bei Vorliegen eines kritischen Wertes (EPDS: ≥ 10 ; PHQ-D: entsprechend DSM-IV Kriterien (American Psychiatric Association (APA), 2000)) absolvierten die Mütter die zweite Screening-Stufe, ein ausführlicheres *strukturiertes klinisches Interview* (SCID-I) (Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz & Zaudig, 1997). Zur Einschätzung der compliance, der positiven Affekte sowie der Selbstregulation und -kontrolle der Mutter wurde ein „Behavior Rating“ durch den Untersucher, die *Hamilton Skala für Depressionen* (HAM-D) (Hamilton, 1960), eingesetzt. Die Vorstellung bei einem unabhängigen Arzt sollte die psychiatrische Diagnose validieren.

¹ Fragebogen zur **Epidemiologie** (s. Anhang 20.3.1); **SCID-Anxiety-Screening** (s. Anhang 20.3.2); Anxiety Screening Questionnaire (**ASQ-15**) (Wittchen & Pfister, 1997) (s. Anhang 20.3.3); Salmon's Itemlist (SIL) (Stadlmayr, Bitzer, Hösli, Amsler, Leupold, Schwendke-Kliem, Simoni & Bürgin, 2001, Fragebogen zum Geburtserleben (**PPQ**) (s. Anhang 20.3.4); Edinburgh Postnatal Depression Scale (**EPDS**) (Cox, Holden & Sagovsky, 1987, dt.: Bergant, Nguyen, Heim, Ulmer, & Dapunt, 1998) (s. Anhang 20.3.5); Brief Patient Health Questionnaire (Brief PHQ), Kurzform des Gesundheitsfragebogens für Patienten (**PHQ-D**) (Spitzer, Kroenke & Williams, 1999, dt.: Löwe, Zipfel & Herzog, 2002) (s. Anhang 20.3.6)

Im Falle einer klinisch relevanten Diagnose erfolgte eine Einladung zur ersten Sitzung. Zusätzlich wurden die Mütter gebeten, ein umfangreiches *Fragebogenset*² zu bearbeiten und per Post zurückzusenden. Ein *zweites Set*³ sollte sechs Wochen nach der Geburt ausgefüllt und zurückgeschickt werden. Die *Telefoninterviews* wurden zu *fünf weiteren Zeitpunkten* (vier, sechs, acht, zehn und zwölf Wochen nach der Geburt) durchgeführt, um die Entwicklung einer PPD oder einer Angststörung im ersten Vierteljahr nach der Geburt zu erfassen und die Mütter dann, nach SCID-I-Abklärung, der entsprechenden Versuchsgruppe zuzuordnen. Alle Mütter und ihre Kinder wurden mit dem *Face-to-Face-Still-Face-Paradigma* (Tronick, Als, Adamson, Wise & Brazelton, 1978; Weinberg et al., 2006), ein Verfahren zur Erforschung der kindlichen Regulationsfähigkeit, untersucht. Dieses sechsminütige standardisierte experimentelle Versuchsdesign besteht aus drei gleich langen Phasen. Einer ersten freien Spielphase ohne Spielzeug oder Schnuller, in der sich die Mutter mit dem Kind beschäftigen soll („Face-to-face Baseline Interaction“), folgt die „Still-Face-Phase“, in der der Prozess der gegenseitigen Regulierung unterbrochen wird und die Mutter wortlos, ohne Gestik oder Mimik und ohne Berührungen des Kindes, vor ihm sitzt. Ohne Blickkontakt, schaut sie regungslos und mit unbewegtem Gesicht „über das Kind hinweg“ und verletzt dadurch seine Erwartungen an die soziale Interaktion. Die dritte Sequenz („Reunion-Phase“), eine erneute Spielphase, sorgt mit der Auflösung der für das Kind Stress auslösenden zweiten Phase für die „Wiedervereinigung“ mit der Mutter.

Über eine international standardisierte *Cortisolhebung* (Schwartz, Douglas, Granger, Susman, Gunnar, Laird, 1998; Diego et al., 2002) wurde vor und 20 Minuten nach der Videoaufnahme (und jeweils einmal täglich in den drei folgenden Tagen durch die Mutter zu Hause) die physiologische Reaktion des Säuglings anhand einer Speichelprobe untersucht. Psychische Verhaltensauffälligkeiten der Kinder wurden nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2003) erfasst. Auf Wunsch und im Beisein der Mutter wurde im Alter von zwölf Monaten ein *Entwicklungstest* (Bayley, 1993. Dt.: Reuner, Rosenkranz, Pietz & Horn, 2007) mit Bestimmung des Sprachentwicklungsstandes und des motorischen Entwicklungsstandes des Kindes durchgeführt. Über das *Beck'sche Depressionsinventar* (BDI) (Beck, 1978, dt.: Hautzinger, Bailer, Worall, Keller, 1995) wurde zur Kontrolle des Störungsverlaufs alle zwei Wochen der Schweregrad der PPD bestimmt. Bei Remission, das heißt nach Abschluss des stationären Aufenthaltes und Werten von einem festgelegten cut-off unter elf, spätestens jedoch nach sechs Monaten – wenn die depressive Störung als chronifiziert galt - erfolgte die Einladung zu den T2-Sitzungen. An diesem Untersuchungstermin erhielten die Mütter vor der *Face-to-Face-Still-Face-Videoaufnahme* noch einmal ein *Fragebogenset*⁴ mit der Bitte, es ausgefüllt in einem frankierten Rückumschlag zurückzusenden.

² Fragebogen zur **Soziodemographie** (Reck, Ballestrem & Möhler, 2004) (s. Anhang 20.3.7); Beck Depressions Inventar (**BDI**) (Beck, 1978. dt.: Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1995) (s. Anhang 20.3.8); **ASQ-15** (Wittchen & Pfister, 1997) (s. Anhang 20.3.3); Parental Bonding Questionnaire (**PBQ**) (Brockington, Oates, George, Turner, Vostanis, Sullian, Loh & Murdoch, 2001) (s. Anhang 20.3.9); Maternal Self-Confidence Scale (**MSCS**) (Lips, Bloom & Barnett, 1988, dt.: Mutter-Kind-Projekt Heidelberg & Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart) (s. Anhang 20.3.10); Infant Behavior Questionnaire (**IBQ**) (Rothbart, 1981, dt.: Pauli-Pott, Mertesacker, Beckmann, 2003) (s. Anhang 20.3.11); Traumatic Antecedent Questionnaire (**TAQ**) (Van der Kolk, 1997.Dt.: Hofmann, Fischer & Koehn, 1999) (s. Anhang 20.3.12); Parenting Stress Index (**PSI**) (Abidin, 1995, dt.: Tröster, 1999) (s. Anhang 20.3.13)

³ Fragebogen zur **Soziodemographie** (Reck et al., 2004) (s. Anhang 20.3.7) ; **EPDS** (Cox et al., 1987, dt.: Bergant et al., 1998) (s. Anhang 20.3.5) und **ASQ-15** (Wittchen & Pfister, 1997) (s. Anhang 20.3.3)

⁴ **BDI** (Beck, 1978. dt.: Hautzinger et al., 1995) (s. Anhang 20.3.8) , **ASQ-15** (Wittchen & Pfister, 1997) (s. Anhang 20.3.3), **PBQ** (Brockington et al., 2001) (s. Anhang 20.3.9), **MSCS** (Lips et al., 1988, dt.: Mutter-Kind-Projekt Heidelberg & Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart) (s. Anhang 20.3.10) , **IBQ** (Rothbart, 1981, dt.: Pauli-Pott et al., 2003) (s. Anhang 20.3.11) , **PSI** (Abidin, 1995, dt.: Tröster, 1999) (s. Anhang 20.3.13), **PHQ-D** (Spitzer et al., 1999, dt.: Löwe et al., 2002) (s. Anhang 20.3.6)

Um Anonymität zu gewährleisten, gleichzeitig aber auch eine Zuordnung der Versuchspersonen (im Folgenden kurz „Vpn“ genannt) zu den beiden Messzeitpunkten bei der Auswertung der einzelnen Videos zu ermöglichen, wurde jedes Mutter-Kind-Paar mit einem Code versehen.

8 Versuchsplan und unabhängige (UV) bzw. abhängige Variablen (AV)

Die Auswertung erfolgte über die zwei Dimensionen „Diagnose“ und „Qualität des IA-Stils“.

8.1 Diagnose (UV1)

Die diagnostische Differenzierung lehnte sich an die international gebräuchlichsten Diagnoseschemata, das DSM IV (SKID I) und das ICD-10 (Wittchen et al., 1997; Dilling, Mombour, Schmidt, Schulte-Markwort, 2005), an.

Mütter, bei denen die PPD zum ersten Mal auftrat oder solche mit einer rezidivierenden PPD wurden nach dem im vorigen Kapitel beschriebenen Vorgehen (s. Kap. 7) der klinischen Versuchsgruppe zugeordnet. Diagnostisch umfasste diese Gruppe folgende affektive Störungen: Major Depression, Dysthyme Störung, Bipolar I + II Störung und Minor Depression, alle mit und ohne Komorbiditäten. Vpn mit wahnhaften, schizoaffektiven oder psychotischen Störungen oder einer postpartalen Psychose wurden von der Studie ausgeschlossen. Alle Mütter ohne psychische Einschränkungen, dazu gehörten solche mit einem festgestellten SKID-I ohne aktuelle oder frühere Auffälligkeiten und ohne psychotherapeutische Behandlung in der Vergangenheit, wurden separat in der Kontrollgruppe der „Gesunden“ zusammengefasst.

8.2 Qualität des Interaktionsstils (UV2)

Für die Einschätzung des mütterlichen IA-Stils wurden drei spezielle Beurteilungsskalen, die „Maternal Sensitivity and Responsivity Scales-Revised“ (MSRS-R) herangezogen (Cenciotti et al., 2004) (s. Kap. 12 und Anhang 20.4.1), bei denen ein geschulter Kodierer den Redestil der Mutter hinsichtlich Feinfühligkeit, Intrusivität und Rückzug auf drei differenzierten Skalen beurteilt. Die Qualität sollte in dichotomer Weise bei „günstigem IA-Stil“ (= hohe Werte auf der Sensitivity-Skala) und „ungünstigem IA-Stil“ (= hohe Werte auf der Overcontrol- oder Uncontrol-Skala) betrachtet werden oder alternativ auch einzeln für jeden Redestil (Sensitivity, Overcontrol, Uncontrol).

8.3 Abhängige Variablen

Zu zwei Messzeitpunkten (T1/ T2) (Akutphase/ Remission) sollten vor allem die mütterlichen Sprachstrukturen im Still-Face-Paradigma untersucht und anschließend ihre Sprache mit Hilfe des „Analysesystems des Inhalts mütterlicher Sprache in der MUKI-Interaktion“ (SCMS) (Zipser et al. 2008) (s. Kap. 12 und Anhang 20.4.2) kodiert werden. Dabei zielten die einzelnen Kategorien auf spezielle inhaltliche Aspekte von Kind gerichteter mütterlicher Sprache. Die kindlichen Signale flossen nur indirekt in die Auswertung mit ein. Im Einzelnen wurden die mütterlichen Äußerungen auf die Evidenz von folgenden zehn Sprachkategorien untersucht:

1. **Äußerungen** („Utterances“)
 - Anzahl („occurrence“ – u)
 - (Sprech-)Pausen („break“ – b)
 - Unverständliches („unclear“ – x)
2. **Sprachintention** („Intention“)
 - beschreibende Sprache („description“ - a1)
(= inhaltliche Beschreibung von Objekten, Personen und Zuständen)
 - vorschreibende Sprache („prescription“ - a2)
(Bitten, Verbote, Aufforderungen und Befehle)
 - Kind gerichtete kurze Äußerungen („short utterances as adress“ - a3)
 - Imitation („imitation“ - i)
 - (Kose-)Name („name“ - n)
 - Kurzlaute („sound“ - s)
 - Anrede („salutatory address“ - sa)
 - Lachen („laugh“ - l)
 - nicht Kind gerichtete kurze Äußerungen („short utterances as no adress“ - a4)
 - Spiele/ Lieder („play/ song“ - a5)
(nach vorgegebenen Ausdrücken und Regeln)
3. **Sprachfokus** („Focus“)
 - Personen- oder Objektbezogenheit („focus: person/ object“) (nur für deskriptive Sprache)
 - kindbezogen („child-focused“ - c)
 - mutterbezogen („mother-focused“ - m)
 - objekt- oder anders bezogen („other-focused“ - o)
 - interaktionsbezogen (sowohl die Mutter als auch das Kind kommen vor)
 - auf die Handlung des Kindes bezogene Sprache („interaction child“ - ic)
(z.B. „Lachst du die Mama an?“)
 - auf die Mutter bezogen („interaction mother“ - im)
(z.B. „Die Mama hat dich lieb!“)
 - zwischen Mutter und Kind ausgeglichen („interaction balanced“ - ib)
(z.B. „Wir gehen gleich.“)

III Methode 8 Versuchsplan und unabhängige (UV) bzw. abhängige Variablen (AV)

- Handlungs- oder Zustandsbezogenheit bei Personen bezogenem Sprachfokus („focus: doing/ state“)
 - verhaltensbezogen („doing“ - d)
(= Wahrnehmungen, Handlungen, Körperteil des Kindes betreffend)
 - zustandsbezogen („state“ - s)
(= seelisches Befinden des Kindes betreffend)
- 4. **„mind-mindedness“** (Gedankenbezogenheit)
 - „mind-related-comments“ (Gedanken bezogene Kommentare - mr)
(= Mutter bezieht sich auf die internen mentalen Zustände ihres Kindes, indem sie ihm in ihren Aussagen bestimmte Gedanken, Wünsche, Interessen, Pläne, Erinnerungen zuschreibt)
 - „non-mind-related-comments“ (nicht Gedanken bezogene Kommentare - nmr)
 - Äußerungen anstelle des Kindes („utterances made in lieu of child“- a6)
(Mutter ahmt die Stimme ihres Kindes nach)
- 5. **Sprachinhalt** („Content“)
positive, neutrale oder negative Bewertung der Gesamtäußerung (ohne Affektbeurteilung) („positive“ - pos, „neutral“ - neu, „negative“ - neg)
 - Angemessenheit („appropriateness“)
(= vorrangige Befriedigung von Primärbedürfnissen des Säuglings, Eingehen auf Vokalisationen des Säuglings, richtige Einschätzung des seelischen Zustandes des Kindes)
 - angemessen und mit Bezug zu Vorausgegangenem („appropriate and related“ - ar)
 - angemessen ohne Bezug zu Vorausgegangenem („appropriate and non-related“ - anr)
 - unangemessen, aber mit Bezug zu Vorausgegangenem („inappropriate and related“ - ir)
 - unangemessen und ohne Bezug zu Vorausgegangenem („inappropriate and non-related“ - inr)
- 6. **Tonfall** („Cadence“)
(= positive, neutrale oder negative Bewertung im Vergleich zum „Durchschnittstonfall“ aller Mütter) („positive“ - pos, „neutral“ - neu, „negative“ - neg)
- 7. **Sprachweise** („Intonation“)
(= Höhe der Stimme am Ende der Äußerung)
 - Frage („question“ - q)
(= Anheben der Stimme)
 - Aussage („no question“ - nq)
(= Abfallen der Stimme)
- 8. **Wiederholung** („Repetition“)
 - wortwörtliche Wiederholungen („repetition verbal“ - rv)
(= es weichen nicht mehr als zwei Wörter von der vorherigen Aussage ab))
 - thematische Wiederholungen („repetition thematic“ - rt)
(= Wiederholung desselben Themas, wobei mindestens zwei Wörter anders als im vorigen Satz sind)
 - keine Wiederholung („no repetition“ - nr)

III Methode 8 Versuchsplan und unabhängige (UV) bzw. abhängige Variablen (AV)

9. **Objektfokus** („Reference to Object“)

(= unmittelbar sichtbare, hörbare oder greifbare Gegenstände und Personen)

- Kind gibt den Objektfokus vor („child object 1“ - co1)
- Mutter gibt den Objektfokus des Kindes vor („child object 2“ - co2)
- Mutter spricht über abwesendes Objekt („mother object“ - mo)
- kein Objekt erwähnt („no object“ - no)

10. **Berührung** („Touch“)

(= direkte oder indirekte (durch Spielzeug vermittelte) Berührung zwischen Mutter und Kind)

- grobe Berührung („touch rough“ - tr)
(= das Kind kann sich nicht aus eigener Kraft aus der Berührung lösen)
 - Kongruenz zum Sprachinhalt („fits speech“ - fs)
 - keine Kongruenz zum Sprachinhalt („not fits speech“ - nfs)
- sanfte Berührung („touch smooth“ - ts)
 - Kongruenz zum Sprachinhalt („fits speech“ - fs)
 - keine Kongruenz zum Sprachinhalt („not fits speech“ - nfs)
- keine Berührung („no touch“ - nt)

9 Angaben über die Versuchspersonen

Weit über 100 Frauen kamen in der Zeit zwischen 2003 und 2008 in die ambulante Beratung der Mutter-Kind-Einheit der Klinik für Allgemeine Psychiatrie Heidelberg, um gemeinsam mit ihrem Baby an der Mutter-Kind-Studie teilzunehmen. Die meisten von ihnen litten unter depressiven Verstimmungen, ein Viertel außerdem unter Angst- oder Panikstörungen. Häufig führten auch allgemeine, durch Regulationsstörungen oder Krankheiten des Kindes verursachte Probleme, wie Zwangsgedanken, Insuffizienzgefühle oder starke Erschöpfung, zu einer klinischen Vorstellung. Viele Mütter wurden mit einer psychischen Störung stationär aufgenommen, 44 von ihnen erklärten sich zur Studienteilnahme bereit. Bei mehr als der Hälfte lag eine persönliche oder familiäre Disposition bezüglich psychischer Erkrankungen vor. Viele hatten bereits vor oder während der Schwangerschaft psychische Probleme. Für die vorliegende Untersuchung wurden für die Experimentalgruppe nur Vpn ausgewählt, die eine erste oder rezidivierende PPD hatten. Patientinnen mit wahnhaften, schizoaffektiven oder psychotischen Störungen oder einer postpartalen Psychose wurden nicht mit einbezogen (s. Kap. 8.1).

Die gesunden Mütter der Kontrollgruppe stammten aus der Stichprobe der Prävalenzstudie (Reck et al, 2008)(s. Kap. 7 und Anhang 20.1, Abb.4). Zu ihnen wurde im Anschluss an die Geburt ihres Kindes in Heidelberger und Darmstädter (Geburts-)Kliniken Kontakt aufgenommen (s. Anhang 20.2). Nahezu 2000 Frauen konnten so seit 2003 unmittelbar nach der Geburt ihres Kindes bezüglich ihres Interesses an einer Versuchsteilnahme befragt werden. Sie wurden über das Mutter-Kind-Projekt informiert und auf Wunsch mit Informationsmaterial und dem ersten Fragebogenset (s. Kap. 7) ausgestattet. Zwei Wochen nach der Geburt erfolgte eine telefonische Anfrage bezüglich der Studienteilnahme. Mütter, die sich dazu bereit erklärten, durchliefen ein DSM-IV basierte Screening-Verfahren (s. Kap. 7 und Anhang 20.3, Abb.12). Die Auswahl für die Aufnahme in die Kontrollgruppe erfolgte in Anlehnung an das Alter und Geschlecht der Kinder aus der klinischen Stichprobe.

Da sich die Sprachproduktion in Abhängigkeit von der Sprache unterscheidet, blieben Vpn, deren Muttersprache nicht deutsch war, bei der Auswertung in beiden Gruppen unberücksichtigt. Deutsche, französische und tschechische Muttersprachler beziehen beispielsweise ein Zielobjekt in ihren Satz mit ein („Zwei Personen laufen zu einem Haus.“), während englische, spanische oder arabische Muttersprachler die Verlaufsform benutzen („Two women are walking along a road.“) (Schmiedtová, 2008).

Seit 2003 konnten für die vorliegende Studie insgesamt 73 Mutter-Kind-Dyaden, das heißt 36 in die Experimentalgruppe und 37 in die Kontrollgruppe aufgenommen werden. Bei der klinischen Stichprobe handelte es sich vorwiegend um stationäre und teilstationäre Patientinnen der Mutter-Kind-Einheit der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg. In zwei Fällen wurden schwangere Frauen bereits vor der Geburt in die Mutter-Kind-Einheit aufgenommen. Die Dauer des stationären Aufenthaltes bewegte sich zwischen einem und vier Monaten. Durchschnittlich blieben die Frauen 55 Tage auf der Station. Alle Mütter wurden durch ein Team der Mutter-Kind-Einheit der Station Jaspers betreut, wo auch die Mutter-Kind-Therapie stattfand. Die Aufnahme erfolgte überregional. Es wurden Vpn aus Baden-Württemberg und Hessen erfasst. Einige wenige Frauen wurden ambulant betreut und manche erhielten keine Behandlung. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und eine Verweigerung hatte keinen negativen Einfluss auf das Therapieangebot. Alle

Studienteilnehmer mussten vor Beginn der Untersuchung eine schriftliche Einverständniserklärung unterschreiben.

Von 73 (100%) Mutter-Kind-Dyaden insgesamt konnten 58 (79%) Mutter-Kind-Dyaden in die Auswertung dieser Sprachstudie aufgenommen werden (s. Anhang 21.1, Tab. 1).

Der **Drop-Out** (21%) von 15 (100,0%) betrug gruppenbezogen bei den PPD-Paaren 8 (53,3%), bei den gesunden Paaren 7 (46,7%) und ist statistisch nicht signifikant different zwischen den Gruppen (s. Anhang 21.1, Tab. 2).

Von 58 (100%) Paaren waren längs- und querschnittlich (**T1/T2**) verwertbar die Daten von 42 (72,4%) Mutter-Kind-Paaren, die zu beiden Messzeitpunkten erschienen, während 16 (27,6%) der Mutter-Kind-Paare nur einmal kamen.

Es lagen keine signifikanten Gruppenunterschiede in Abhängigkeit von einer PPD vor. Gesunde und PPD-Mütter erschienen gleich häufig zum zweiten Videotermin (s. Anhang 21.1, Tab. 2).

Die Mütter verteilten sich auf die verschiedenen Gruppen wie folgt (vgl. Tab. 3a-c).

Tab. 3a: Versuchspersonenverteilung in Abhängigkeit von einer Depression (DG) und der Qualität ihres sensitiven IA-Stils (QI)

DG \ QI	insensitiv (1,2,3)	sensitiv (4,5)	GESAMT
Gesund	9	21	30 (51,7%)
PPD	8	20	28 (48,3%)
GESAMT	17 (29,3%)	41 (70,7%)	58 (100%)

Die 58 (100%) Vpn gliedern sich in
 41 (70,7%) mit **sensitivem IA-Stil** und
 17 (29,3%) mit **insensitivem IA-Stil**.

Die Qualität des IA-Stils war also überwiegend sensitiv (70,7%).

Tab. 3b: Versuchspersonenverteilung in Abhängigkeit von einer Depression (DG) und der Qualität ihres intrusiven IA-Stils (QI)

DG \ QI	intrusiv (1,2,3)	nicht intrusiv (4,5)	GESAMT
Gesund	16	14	30 (51,7%)
PPD	16	12	28 (48,3%)
GESAMT	32 (55,2%)	26 (44,8%)	58 (100%)

Die 58 (100%) Vpn gliedern sich in
 32 (55,2%) mit **intrusivem IA-Stil** und
 26 (44,8%) mit **nicht intrusivem IA-Stil**.

Die Qualität des IA-Stils war also überwiegend intrusiv (55,2%).

Aufgrund der geringen Versuchspersonenzahl (nur $6 \approx 10\%$) haben die Ergebnisse der zurückgezogenen Gruppe nur marginale Bedeutung. Deshalb wurde dieser IA-Stil im weiteren Verlauf nicht näher untersucht.

Tab. 3c: Versuchspersonenverteilung in Abhängigkeit von einer Depression (DG) und der Qualität ihrer verschiedenen IA-Stile (Sensitivität/ Intrusivität) (QI)

DG \ QI		intrusiv (3,4,5)	nicht intrusiv (1,2)	GESAMT
Gesund	sensitiv (4,5)	7	14	21 (36,2%)
	insensitiv (1,2,3)	9	0	9 (15,5%)
PPD	sensitiv (4,5)	8	12	20 (34,5%)
	insensitiv (1,2,3)	8	0	8 (13,8%)
GESAMT	sensitiv (4,5)	15 (25,9%)	26 (44,8%)	58 (100%)
	insensitiv (1,2,3)	17 (29,3%)	0 (0%)	

Die 58 (100%) Vpn gliedern sich in
 26 (44,8%) mit **sensitivem und nicht intrusivem IA-Stil**,
 17 (29,3%) mit **insensitivem und intrusivem IA-Stil**,
 15 (25,9%) mit **sensitivem und intrusivem IA-Stil** und
 0 (0%) mit **insensitivem und nicht intrusivem IA-Stil**.

Die Qualität des IA-Stils war also überwiegend sensitiv und nicht intrusiv (44,8%).

Für das Ziel der Definition einer besonders feinfühligem Sprachstruktur sollte diese Vpn-Gruppe bei der Untersuchung der Sprachstrukturen noch einmal eine besondere Berücksichtigung erfahren und im weiteren Verlauf als „high-sense-“ parallel zu den anderen IA-Stilen untersucht werden. Da die MSRS-R-Skalen Sensitivität und Intrusivität hoch miteinander korrelieren ($r = -.77, p < .01$), kann man gemäß den Annahmen zu konvergenter Validität davon ausgehen, dass sie das gleiche intendierte Konstrukt – mütterliche Feinfühligkeit – erfassen (Bühner, 2010). Aufgrund dieser Überlegung wurden die Skalenwerte jeder einzelnen Mutter kumuliert (nach inverser Kodierung für Intrusivität), um die Validität einer Gruppenbildung aufgrund des MSRS-R zu erhöhen. Hieraus ergibt sich eine Skala mit dem maximal möglichen range von 2 – 10. In der Stichprobe wurde diese Skala fast vollständig ausgeschöpft ($min = 4, max = 10, M = 7,4; SD = 1,4$). Hierauf wurde das Verfahren des Median-Splits mit anschließender Eliminierung der Probanden, dessen Summenscore gleich des Medians ($med = 7; n = 16$) war, angewandt. Die Verteilung der Mütter mit hoher Feinfühligkeit (high-sense) und niedriger Feinfühligkeit (low-sense) ist in Tabelle 3d ersichtlich.

Tab. 3d: Versuchspersonenverteilung in Abhängigkeit von einer Depression (DG) und der Qualität ihres „high-sense-“ IA-Stils (QI)

DG \ QI	"low-sense"	"high-sense"	GESAMT
Gesund	9	14	23 (54,8%)
PPD	8	11	19 (45,2%)
GESAMT	17 (40,5%)	25 (59,5%)	42 (100%)

Die 42 (100%) Vpn gliedern sich in
 25 (59,5%) mit „**high-sense-“ IA-Stil** und
 17 (40,5%) mit „**low-sense-“ IA-Stil**.

Die Qualität des IA-Stils war also überwiegend „high-sense“ (59,5%).

Eine weitere Bedeutung kommt der Differenzierung der
 58 (100%) Vpn nach
 28 (48,3%) **PPD-Müttern** und
 30 (51,7%) **gesunden Müttern** zu.

Von den 28 (100%) PPD-Müttern hatten 18 (64,3%) eine rezidivierende **PPD**, während die übrigen 10 (35,7%) zum ersten Mal an dieser psychischen Störung erkrankten (s. Anhang 21.1, Tab. 2).

Aufgrund mangelnder Zellenbesetzung wurde für die Auswertung auf die angedachte Differenzierung nach Depressionsgrad verzichtet. Eine Möglichkeit, wie man eine solche Einteilung in künftigen Studien berücksichtigen könnte, findet sich im Anhang (s. Anhang 20.5, Tab. 4).

17 von 26 PPD-Mütter (65,4% der Subgruppe) hatten neben der Depression noch weitere DSM-IV Diagnosen (s. Anhang 21.1, Tab. 2).

An der Untersuchung nahmen 58 Mütter im Alter von 23-43 Jahren teil. Es handelte sich damit um eine relativ heterogene Gruppe mit einem Altersdurchschnitt von 32 Jahren. Die genaue Altersverteilung zeigt die nachfolgende Grafik (vgl. Abb. 7).

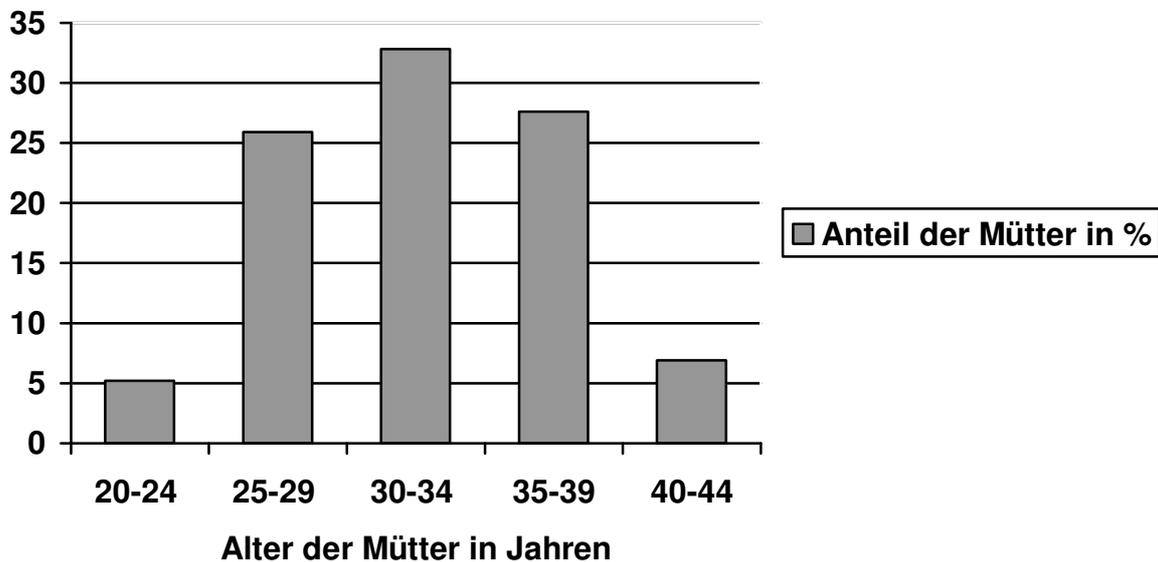


Abb. 7: Altersverteilung der Mütter

Die Altersgruppe der 25-39jährigen macht 87,8% der Gesamtteilnehmer aus.

Die Randbereiche der sehr jungen 20-24jährigen und der älteren, über 40jährigen Mütter sind allgemein schwächer besetzt. Der Mittelwertvergleich zeigte keine signifikanten Gruppenunterschiede für PPD-Mütter und gesunde Mütter (s. Anhang 21.1, Tab. 5).

Die 58 teilnehmenden Säuglinge waren termingerecht, das heißt nach der 36. SSW, geboren, gesund und zu Untersuchungsbeginn, im Alter von einem bis elf Monaten; der Altersdurchschnitt lag bei fünf Monaten. Die genaue Altersverteilung zeigt die nachfolgende Grafik (vgl. Abb. 8).

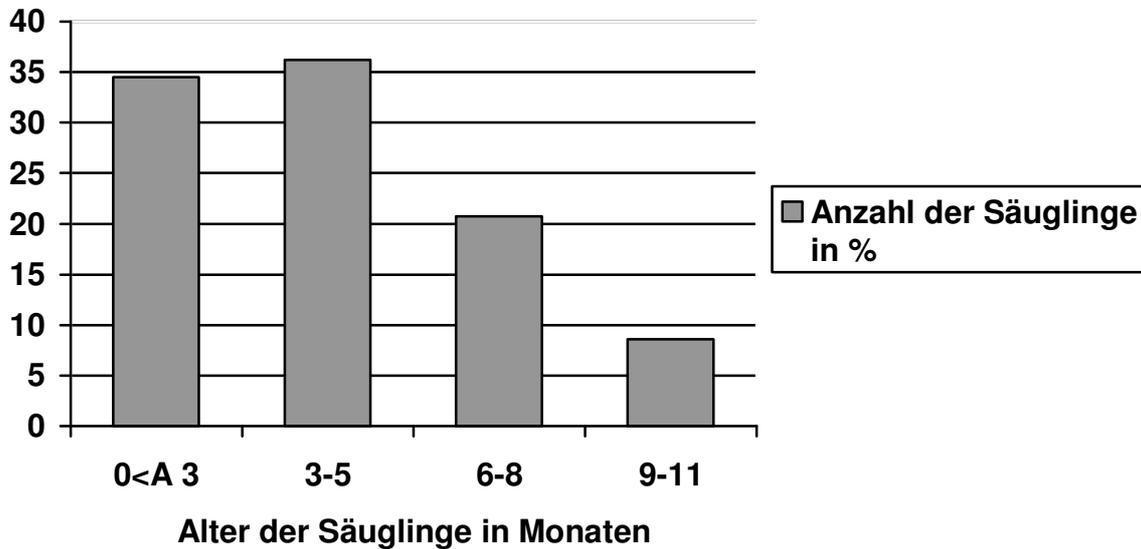


Abb. 8: Altersverteilung der Säuglinge (T1)

Der untere Altersbereich, die null- bis fünf-monatigen Säuglinge, ist mit 70,7% allgemein stärker besetzt. Babys zwischen sechs und acht Monaten nehmen zumindest 20,7% der teilnehmenden Gruppe ein. Die neun bis elf Monate alten Kinder haben einen Anteil von lediglich 8,6%. Der Mittelwertvergleich zeigte erwartungsgemäß keine signifikanten Gruppenunterschiede für Kinder von PPD- und gesunden Müttern (s. Anhang 21.1, Tab. 5).

Von 58 (100%) der Säuglinge waren

33 (56,9%) **männlich** und

25 (43,1%) **weiblich**.

Es handelte sich also um eine relativ homogene Verteilung; das Geschlecht ist statistisch nicht ungleich verteilt (vgl. Abb. 9 und Anhang 21.1, Tab. 2).

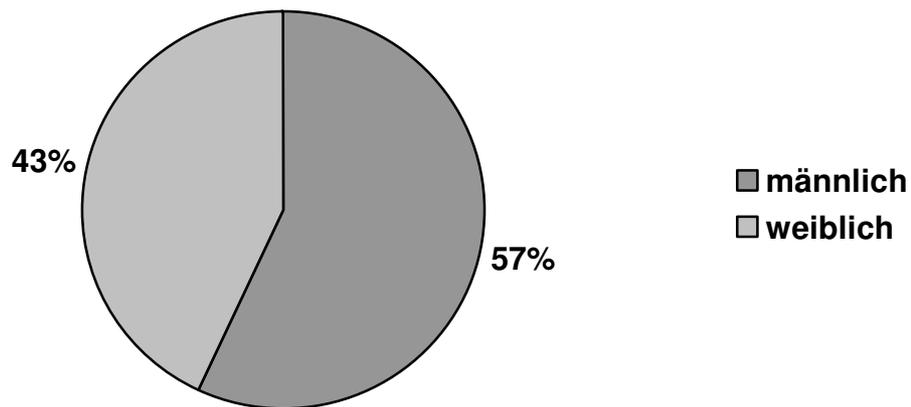


Abb. 9: Geschlechtsverteilung der Säuglinge

Von den 58 (100%) der Mütter hatten

22 (37,9%) **Hochschulabschluss**,

19 (32,8%) **allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife**,

16 (27,6%) **Realschulabschluss** und

1 (1,7%) **Hauptschulabschluss** (vgl. Abb. 10).

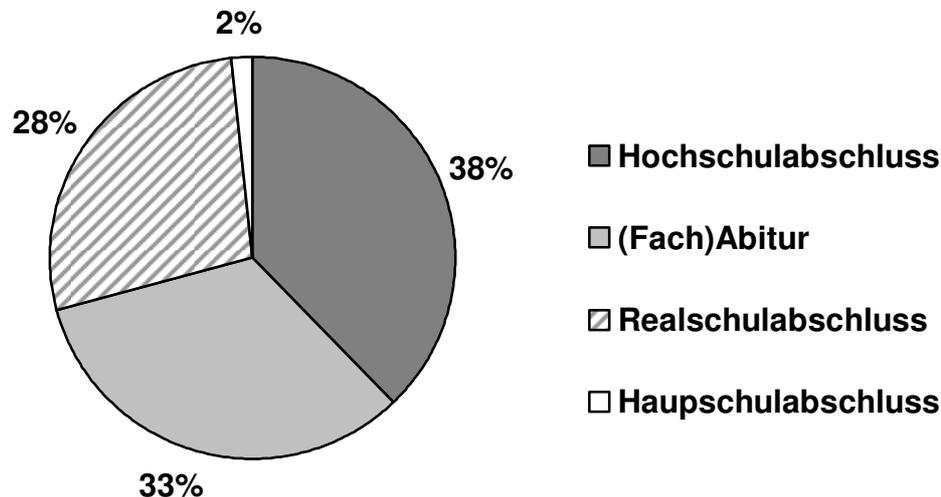


Abb. 10: Bildungsniveau der Mütter

In der Gesamtbetrachtung hatten die meisten Frauen einen Hochschulabschluss (37,9%). Damit wies die Stichprobe im Vergleich zu anderen deutschen Frauen im Untersuchungszeitraum (23,2%) einen deutlich höheren Akademikeranteil auf als der Bundesdurchschnitt (Statistisches Bundesamt, 2012). Die differenziertere Sicht auf die verschiedenen Gruppen zeigt, dass Depressive am häufigsten Abitur oder Fachabitur (42,9%) hatten, während gesunde Mütter meistens einen Hochschulabschluss (43,3%) hatten. Allerdings waren die Unterschiede nicht statistisch signifikant (s. Anhang 21.1, Tab. 2).

Erhoben wurden weiterhin folgende potentiellen Einflussfaktoren innerhalb einer Mutterschaft: Schwangerschaft, Anzahl der Kinder, Arbeit, Partnerschaft, Behandlung und Medikation.

Die Mehrheit der Frauen berichtete von einer geplanten **Schwangerschaft**. Für die meisten von ihnen war dies ihre erste Schwangerschaft. Es lagen keine bedeutsamen Unterschiede in Abhängigkeit von einer PPD vor (s. Anhang 21.1, Tab. 2).

Die Mehrheit der Studienteilnehmerinnen (67%) kam nach der Geburt des ersten Kindes, nur wenige hatten drei oder vier **Kinder** (8,6%/ 3,4%) (vgl. Abb. 11), was nicht verwundert, da die durchschnittliche Geburtenrate im Untersuchungszeitraum bei 1,3 Kindern je Frau lag (Statistisches Bundesamt, 2007)

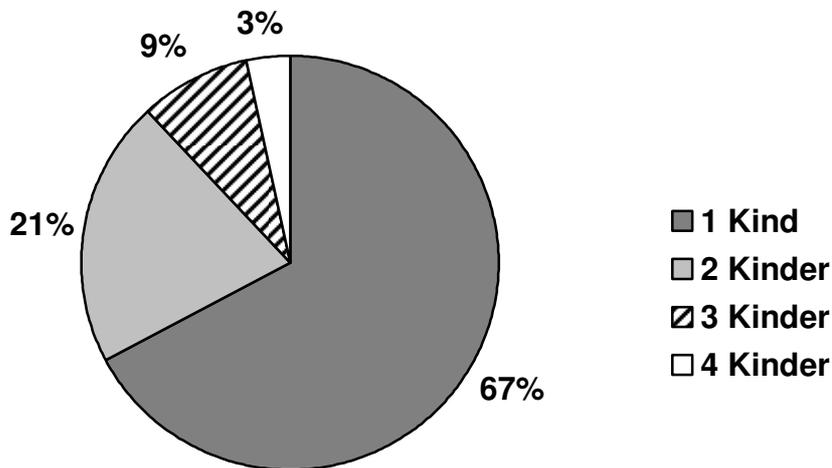


Abb. 11: Anzahl der (leiblichen) Kinder

Es lagen keine signifikanten Gruppenunterschiede vor (s. Anhang 21.1, Tab. 5).

Ungefähr zwei Drittel der Frauen gingen einer regelmäßigen Tätigkeit nach, ein Drittel der validen Prozenz (32,1%) hatte keine **Arbeit**, im Vergleich zu 44,5% des Bundesdurchschnitts (Statistisches Bundesamt, 2006). PPD-Mütter und Gesunde unterschieden sich nicht signifikant (s. Anhang 21.1, Tab. 1 und 2).

Unabhängig von einer PPD berichtete die Hälfte der Frauen bei Aufnahme von einer durch Konflikte belasteten Partnerschaft und mehr als die Hälfte der validen Prozenz (52,5%) hatte keinen **Partner**, erzog ihr Kind alleinverantwortlich (s. Anhang 21.1, Tab. 1 und 2), was ein erheblichen Unterschied zur Gruppe der Alleinerziehenden in Deutschland (19%) darstellt (Statistisches Bundesamt, 2009).

46% der Mütter erhielten eine ambulante oder stationäre **Behandlung**, 53% blieben ohne eine solche (vgl. Abb. 12). Die hochsignifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen PPD ($n = 1$ ohne Behandlung) versus Kontrolle ($n = 30$ ohne Behandlung) zwischen den Behandlungsformen verifizieren das gewählte Versuchsdesign (s. Anhang 21.2, Tab. 2).

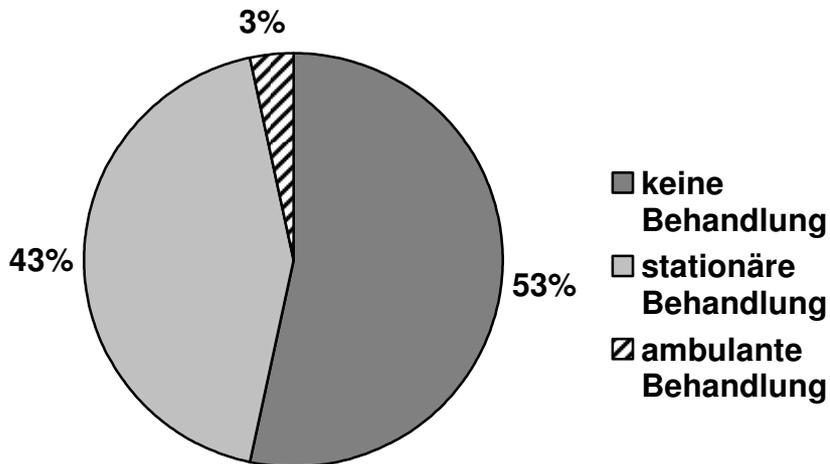


Abb. 12: Behandlung

Auch bezüglich einer **Medikation** (vgl. Abb. 13) lagen erwartungsgemäß hochsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen PPD ($n = 8$ ohne Psychopharmaka) und Kontrolle ($n = 30$ ohne Psychopharmaka) vor, obwohl immerhin 28,6% der PPD-Mütter keine Medikation erhielten (s. Anhang 21.2, Tab. 2).

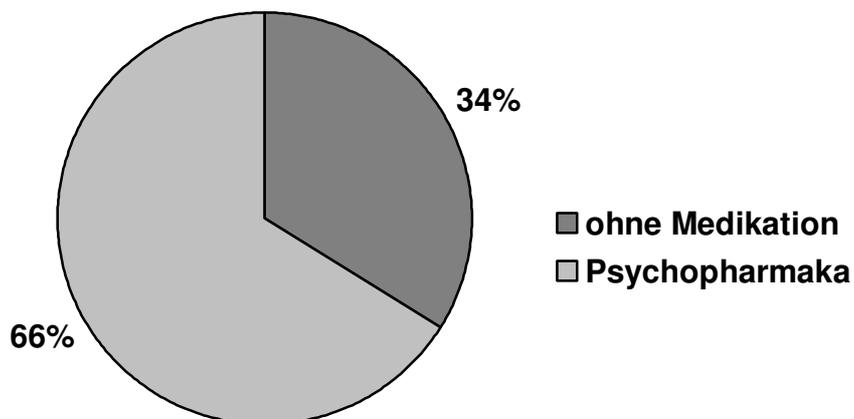


Abb. 13: Medikation

10 Instruktionen

Im Videolabor des Mutter-Kind-Projekts der psychiatrischen Uniklinik in Heidelberg wurde jede Mutter in standardisierter Form instruiert, sich im Folgenden „eine schöne Zeit“ mit ihrem Kind zu machen, wie sie es auch zu Hause tun würde. Sie wurde dazu angehalten, keinen Schnuller und kein Spielzeug zu verwenden, ihr Kind nicht aus dem Stühlchen zu nehmen und auch nicht den Tisch zu bewegen (Erste Spielphase). Beim Ertönen eines Klopfzeichens nach circa zwei Minuten, sollte sie ihr Spiel unterbrechen, sich vom Kind weg drehen, in Gedanken bis zehn zählen und sich wieder zurückdrehen. Nun sollte sie das Kind nicht mehr anschauen, sondern „ohne eine Miene zu verziehen“ oder etwas zu sagen, circa zwei Minuten regungslos über den Kopf des Kindes hinwegsehen. Auch sollte die Mutter das Kind in dieser Zeit nicht berühren oder aus dem Stühlchen heraus nehmen (Still-Face-Phase). Nach einem erneuten Klopfzeichen durfte sie zum Abschluss noch einmal „ganz normal“ zwei Minuten mit ihrem Baby „weeterspielen, wie in den ersten zwei Minuten“ (Zweite Spielphase) (s. Anhang 20.6).

11 Versuchsdurchführung

Die erste Untersuchung (T1) fand in der Akutphase zu Beginn der Therapie im Videolabor der Psychiatrie Heidelberg statt. Die Versuchsleiterin händigte der Mutter das *erste Fragebogenset* (s. Kap. 7 und Anhang 20.3) aus, informierte sie über den Ablauf der Untersuchung und holte die schriftliche *Einverständniserklärung* ein. Danach führte sie mit den Teilnehmern der klinischen Gruppe das *SKID-I* (Wittchen et al., 1997) und das Fremdrating mit der *HAM-D* (Hamilton, 1960) durch. Anschließend wurde ein *Termin für eine Untersuchung* mit einem unabhängigen Psychiater vereinbart. Die *Videoaufnahmen* im „Face-to-Face-Still-Face-Paradigma“ (Tronick et al., 1978) leiteten je zwei geschulte Mitarbeiterinnen des Mutter-Kind-Projektes der Universität Heidelberg. Die Mütter wurden mit ihren Babys entweder von der Station abgeholt beziehungsweise „externe“ Vpn in einem Warteraum empfangen. Nach dieser „Aufwärmphase“ wurden die Mutter-Kind-Paare ins Videolabor geführt, in dem ein Tisch mit einer darauf befestigten Babywippe stand. Vor dem Tisch befand sich ein Stuhl. Für ältere Kinder wurde der Tisch mit Wippe durch einen Kinderhochstuhl ersetzt. Die Säuglinge wurden durch einen Gurt in ihrer Wippe gesichert, ihre Mütter nahmen auf dem gegenüberliegenden Stuhl Platz, die Versuchsleiterin gab ihnen die Instruktionen zum Lesen (s. Anhang 20.6) und ging dann in einen Nebenraum, von dem aus sie die Videokameras steuerte. Mit Hilfe eines Split-Screen-Generators wurden die Profilaufnahmen von Mutter und Kind gleichzeitig auf den Bildschirm projiziert. Ein Klopfzeichen signalisierte den Start der Untersuchung. Die Videoaufnahme dauerte etwa sechs Minuten. Für eine weitere Studie wurden noch weitere sechs Minuten mit einer fremden Person aufgezeichnet. Über eine *Cortisolhebung* wurde vor der Videoaufnahme, 20 Minuten danach und jeweils einmal täglich in den drei folgenden Tagen die physiologische Reaktion des Säuglings und seine Stressreaktivität anhand seines Cortisolspiegels untersucht. Eine Unterbrechung oder ein Abbruch der Untersuchung wegen unzumutbarer Belastung des Kindes war seitens der Mutter oder der Versuchsleiterin jederzeit möglich.

Der zweite Untersuchungstermin (T2) fand nach Abschluss des stationären Aufenthaltes, bei Remission der Patientin spätestens jedoch nach sechs Monaten, statt. Dazu wurde der Störungsverlauf im Abstand von zwei Wochen durch ein telefonisches Depressionsscreening mit dem BDI (Beck, 1978. dt.: Hautzinger et al., 1995) (s. Anhang 20.3.8) kontrolliert. Erst bei Werten unterhalb eines vorgegebenen Cut Offs von elf erfolgte die Einladung zur zweiten Untersuchung. Sie begann mit der Aushändigung des *zweiten Fragebogensets* (s. Kap. 7 und Anhang 20.3) und wurde bei Bedarf gefolgt vom *SKID-I* und der *HAM-D*. Die *zweite „Still-Face“-Videoaufnahme* war in ihrem Ablauf mit der ersten identisch. Die gesunden Mütter wurden ebenfalls nach dem entsprechenden Zeitraum wieder einbestellt.

12 Planung der Messwertregistrierung und -auswertung

Die Sprache der Mütter wurde mittels eines umfassenden, von der Arbeitsgruppe des Heidelberger Mutter-Kind-Projekts entwickelten, mikroanalytischen Sprachkodiersystems zur Analyse des Inhalts mütterlicher Sprache in der MUKI-Interaktion (**System for Analyzing the Content of Maternal Speech in Mother-Infant-Interaction**) (SCMS) (Zipser et al., 2008) erfasst (s. Anhang 20.4.2). Dieses neue, umfassende und hoch reliable ($K = 0,865$), noch unveröffentlichte Verfahren verspricht wertvollen Erkenntnisgewinn in Bezug auf die Qualität der mütterlichen Sprachstrukturen (feinfühlig, unfeinfühlig) sowie den Einfluss mütterlicher IA-Stile (sensitiv, intrusiv, zurückgezogen) auf deren Sprachverhalten und den Zusammenhang zu psychischen Störungen im Postpartalzeitraum (Montini, 2008). Das System wurde unter Bezug auf die aktuellen Sprachforschungsergebnisse entwickelt, allen voran denen des Forschungsteams um Papoušek (1994), Meins (1998; 2001) und Murray (1986; 1993; 1996) (s. Kap. 2.2) Untersucht wurde der Inhalt der (an das Kind gerichteten) mütterlichen Sprache, kindliche Signale flossen nur peripher mit ein. Die parallele Registrierung des Zeitcodes ermöglicht eine millisekundengenaue Beurteilung der Daten. Ein mehrtägiges Training versetzte Kodierer in die Lage, die Äußerungen der Mütter folgenden zehn Hauptkategorien und verschiedenen Unterkategorien zuzuordnen: Äußerungen, Sprachintention, Sprachfokus, „mind-mindedness“, Sprachinhalt, Tonfall, Sprachweise, Wiederholung, Objektfokus, Berührung (s. Kap. 8.3). Die Auswertung der so kodierten MUKI-Interaktionen erfolgte mit dem „Noldus Observer Video-Pro®“-Computerprogramm, das die Videoaufnahmen auf einer „Frame-by-Frame Basis“ analysiert (www.noldus.com). Dabei werden 400 Millisekunden-Zeitfenster festgelegt und jedes Intervall separat ausgewertet. Die erste übersichtliche Darstellung der insgesamt circa 40.000 „utterances“ zum ersten und zweiten Messzeitpunkt (T1 u. T2) lieferte eine Excel-Tabelle, die alle kodierten Äußerungen einer Versuchsperson enthielt. Mittels eines SPSS-Zeitrasters wird die absolute Dauer jedes Codes für jede Mutter berechnet. Da es sich beim SCMS um ein Kodiersystem handelt, bei dem einige Beobachtungskategorien voneinander abhängig sind, wurden fortführend bedingte relative Zeitanteile berechnet. Das heißt die absolute Dauer eines Verhaltenscodes wurde an der absoluten Dauer der jeweiligen übergeordneten abhängigen Kategorie relativiert. Diese Prozedur, deren Ergebnis die abhängigen Variablen dieser Studie liefert, wurde für jeden Verhaltenscode und für jede Dyade durchgeführt.

Die Auswertung mit den „**Maternal Sensitivity and Responsivity Scales-Revised**“ (MSRS-R) (Cenciotti et al., 2004), ein von der Heidelberger Arbeitsgruppe des Mutter-Kind-Projekts und einem Forscherteam der Bostoner Harvard Medical School entwickeltes makroanalytisches Kodiersystem, sollte Aufklärung über den Einfluss des verwendeten mütterlichen IA-Stils geben (s. Anhang 20.4.1). Die Skalen zur mütterlichen Feinfühligkeit und Promptheit sind eine Weiterentwicklung der Skalen von Ainsworth et al. (1974). Ausgehend von der Erkenntnis, dass feinfühligere Mütter einfühlsam und angemessen auf die Signale ihrer Kinder antworten, verfeinern die MSRS-R die Betrachtung bezüglich des IA-Stils der Mutter. Auf drei differenzierten Skalen wird beurteilt, wie stark dieser charakterisiert ist durch *Feinfühligkeit* („Sensitivity“), *Intrusivität* („Overcontrol“) oder *Rückzug* („Uncontrol“). Die Skalen reichen von 1 (= minimale Feinfühligkeit/ Intrusivität/ Rückzug in der Interaktion), über 2 (= wenig), 3 (= mittlere), 4 (= durchgehend oder starke) bis 5 (= maximale, durchgehend starke Feinfühligkeit/ Intrusivität/ Rückzug in der Interaktion). Die Interrater-Reliabilitäten sind für alle Skalen hoch (Feinfühligkeit: $r = .78$). Die Beurteilungen

werden von mehrtägig geschulten Ratern in 30-Sekunden Intervallen für die erste und dritte Phase vorgenommen, daraus ergaben sich für diese Studie ergaben sich circa acht Beobachtungsstopps, aufgrund derer am Ende des Videos ein Gesamtwert für jede der einzelnen Skalen vergeben wurde. Insgesamt wurden etwa 1000 „ratings“ vorgenommen. Nach Zuordnung der Mütter zu den drei IA-Stilen erfolgte mit dem SPSS-Programm eine statistische Signifikanzüberprüfung auf sprachliche Gruppenunterschiede für PPD-Mütter und gesunde Mütter.

Aus den in der Literatur belegten feinfühligem, entwicklungsfördernden beziehungsweise unfeinfühligem entwicklungshemmenden Sprachmerkmalen (s. Kap. 2.2 und Kap. 3.1) wurden zwei ausgewählte Kataloge erstellt. Um einen systematischen Einfluss des Kindsalters zu verhindern, wurden solche mütterlichen Sprachmerkmale ausgeschlossen, die in vorangegangenen Studien mit zunehmendem Alter des Kindes variierten (Äußerungen, Kind gerichtete kurze Äußerungen, Imitation, Kurzlaute, Spiele/ Lieder, thematische Wiederholungen) oder solche, deren Einfluss auf die Entwicklung des Kindes in bisherigen Studien nicht ausreichend erforscht worden ist ((Kose-)Name, Anrede, Lachen, nicht Kind gerichtete kurze Äußerungen, kindbezogener, objekt- oder anders bezogener, interaktionsbezogener, verhaltensbezogener Sprachfokus, non-mind-related-comments, neutraler Sprachinhalt, angemessener und nicht bezogener Sprachinhalt, unangemessener Sprachinhalt, neutraler und negativer Tonfall, Aussage, keine Wiederholung, Mutter gibt den Objektfokus des Kindes vor, Mutter spricht über abwesendes Objekt, kein Objekt erwähnt, grobe Berührung und keine Berührung) (vgl. Kap. 2.2). Der in der Auswertung verwendeten **Bildung des Gesamtscores** für feinfühligem entwicklungsfördernde (= „günstige“) Sprache liegen die nachfolgenden Kataloge zugrunde:

Katalog 1 für feinfühligem, entwicklungsfördernde (= „günstige“) Sprachmerkmale

- (1) **Äußerungen:** Pausen (b)
- (2) **Sprachintention:** beschreibende Sprache (a1)
- (3) **Sprachfokus:** zustandsbezogener Sprachfokus (s)
- (4) **„mind-mindedness“:** „mind-related-comments“ (mr)
- (5) **„mind-mindedness“:** Äußerungen anstelle des Kindes (a6)
- (6) **Sprachinhalt:** positiver Sprachinhalt (pos)
- (7) **Sprachinhalt:** angemessene und bezogene Reaktion (ar)
- (8) **Tonfall:** positiver Tonfall (pos)
- (9) **Sprachweise:** Frage (q)
- (10) **Objektfokus:** Kind gibt den Objektfokus vor (co1)
- (11) **Berührung:** sanfte Berührung (ts)

Katalog 2 für unfeinfühligem, entwicklungshemmende (= „ungünstige“) Sprachmerkmale

- (1) **Sprachintention:** vorschreibende Sprache (ohne positiven ermutigenden Inhalt) (a2)
- (2) **Sprachfokus:** mutterbezogener Sprachfokus (m)
- (3) **Sprachinhalt:** negativer Sprachinhalt (neg)
- (4) **Wiederholung:** wortwörtliche Wiederholung (rv)

Dieser Sprachkatalog war die Grundlage für die Erstellung eines Gesamtscores bezüglich entwicklungsförderlicher Sprache. Hierzu wurden die bedingten relativen Zeitanteile des jeweiligen Katalogmerkmals intraindividuell summiert. Die ungünstigen Sprachmerkmale

mussten hierfür zuvor invertiert werden. Dazu wurde der Personenwert des Merkmals von dem maximal möglichen Merkmalswert von 1,00 (entspricht 100%) subtrahiert. Nach intraindividuellem Summation der 15 Merkmalswerte aus dem Katalog erhielt somit jede Versuchsperson einen individuellen Wert auf der konstruierten Skala „language composite score“ (=Gesamtscore für günstige Sprache), der alle Werte zwischen 0 und 15 einnehmen konnte, wobei 0 für sehr ungünstige und 15 für sehr günstige Sprache stand. Die Ergebnisse wurden angezeigt als Mittelwerte und Standardabweichungen (bedingter relativer Zeitanteil). Über den Gesamtscore konnten die Gruppen dann hinsichtlich signifikanter Unterschiede untersucht werden.

Mit der Erstellung solcher Kataloge günstiger Sprachmerkmale wird es zukünftig möglich sein, Sprache in ihren verschiedenen Ausprägungen von Feinfühligkeit klar voneinander abzugrenzen und im Idealfall für therapeutische Zwecke zu nutzen. Ferner könnte der Nachweis des negativen Einflusses eines ungünstigen mütterlichen IA-Stiles von PPD-Müttern auf deren Sprache einen wertvollen Beitrag für die Optimierung der Mutter-Kind-Therapie leisten.

Alle erhobenen Daten wurden mit IBM – SPSS Version 20.0 statistisch ausgewertet. Aufgrund des Intervallskalenniveaus der Sprachdaten wurde für den Ergebnisteil ein parametrisches Auswertungsverfahren angewandt.

Die Hypothesen 1 und 2 wurden mit t-Tests für unabhängige Stichproben überprüft. Hypothese 1,2 und 3 wurden mit zweifaktoriellen univariaten Varianzanalysen (2x2 Anovas: Kontrolle vs. PPD x hoher vs. niedriger IA-Stil) ohne Messwiederholung überprüft. Zur Exploration von Veränderungen bezüglich der Messzeitpunkte kamen 2x2 Anovas (Kontrolle vs. PPD x T1 vs. T2) mit Messwiederholung auf dem Faktor Messzeitpunkt zum Einsatz.

Als post-hoc-Test zur Überprüfung der Gruppenunterschiede bei signifikantem Interaktionseffekt wurde Dunn's multiple Comparison Procedure angewandt. Effekt- und Teststärken wurden mit G-Power Version 1.3.4 ermittelt.

Alle kodierten Daten wurden mit dem SPSS-Programm statistisch ausgewertet. Zur Auswertung wurden drei Grafiken, eine Teilnehmerliste und zwölf Tabellen im Anhang (s. Band 2, Kap. 20 und 21) dokumentiert.

Die Auswertung erfolgte über die zwei Dimensionen „**Diagnose**“ (PPD/ Gesunde) und „**Qualität des IA-Stils**“ (Sensitivität/ Intrusivität/ „High Sense“), deren Verteilung bereits in Tab. 3a-d (s. Kap. 9) erläutert wurde.

Zur Bestimmung des Zusammenhangs des **kindlichen Alters** und der **mütterlichen Bildung** mit den Sprachmerkmalen der Mutter wurden jeweils Korrelationen (Pearson; Spearman) zu den beiden Messzeitpunkten berechnet. Diese wurden dann in einem weiteren Schritt mittels Fisher's Z-Transformation über beide Messzeitpunkte gemittelt und wieder in Korrelationen umgerechnet. Diese gemittelten Korrelationen wurden in einem dritten Schritt mittels des Vergleichs mit dem kritischen t-Wert (G-Power) auf Signifikanz getestet.

Der Einfluss des **Geschlechts** auf die mütterliche Sprache zu den beiden Messzeitpunkten wurden mittels zweifaktorieller ANOVA (Geschlecht X Messzeitpunkt) mit Messwiederholung auf dem Faktor „Messzeitpunkt“ getestet. Hierbei wurden der Haupteffekt „Geschlecht“ und der Interaktionseffekt „Geschlecht X Messzeitpunkt“ beachtet.

IV Ergebnisse

13 Analyse der Daten in ihren Grundzügen

Um einen ersten Eindruck über die Verteilung zu erhalten, wurde für alle Sprachkennwerte (s. Kap. 8.3) ein Mittelwertvergleich zwischen postpartal depressiven und gesunden Müttern vorgenommen. Zu diesem Zweck kam der zweiseitige *t-Test* für unabhängige Stichproben für globale Gruppenunterschiede bezüglich der über beide Spielphasen gemittelten bedingten relativen Zeitanteile zur Anwendung.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt getrennt für den ersten und zweiten Messzeitpunkt (s. Anhang 21.2, Tab. 6 und 7).

Messzeitpunkt 1 (T1):

Innerhalb der Kategorie **Äußerungen** zeigte die Betrachtung der **Auftretenshäufigkeit** mütterlicher Sprache insgesamt einen durchschnittlichen bedingten relativen Zeitanteil von $M = 81\%$ ($SD = 13\%$) der gesamten Interaktionszeit. **Pausen** kamen zu $M = 14\%$ ($SD = 12\%$) vor. **Unverständliches** wurde in $M = 5\%$ ($SD = 5\%$) der Fälle kodiert.

Die Kategorie „**Sprachintention**“ ergab die folgende Verteilung der Mittelwerte: Zu durchschnittlich $M = 32\%$ ($SD = 15\%$) der Kodierzeit benutzten Mütter **beschreibende Sprache**. **Vorschreibende Sprache** (inkl. solche mit positiven Ermutigungen) wurde von ihnen in gerade einmal $M = 6\%$ ($SD = 4\%$) der Fälle benutzt. Bei vorschreibender Sprache, die nur neutrale oder negative Äußerungen enthielt, reduzierte sich dieser Wert auf $M = 3\%$ ($SD = 3\%$). Die innerhalb dieser Kategorie häufigste Verwendung fanden mit $M = 52\%$ ($SD = 17\%$) der Kodierzeit die **Kind gerichteten kurzen Äußerungen**. Die differenziertere Betrachtung zeigt, dass hier **Kurzlaute** mit $M = 75\%$ ($SD = 14\%$) den größten Anteil einnahmen, während andere Variablen eine eher untergeordnete Bedeutung hatten: Der **Name** des Kindes war noch am häufigsten vertreten ($M = 10\%$, $SD = 9\%$), grüßende **Anrede** kam im arithmetischen Mittel zu $M = 8\%$ ($SD = 9\%$), **Imitationen** ($M = 4\%$, $SD = 6\%$) und **Lachen** ($M = 4\%$, $SD = 5\%$) stellten die am seltensten verwendeten Merkmale dar. Der Code „**Spiele und Lieder**“ wurde in 10% der Fälle ($SD = 15\%$) vergeben. **Nicht Kind gerichtete kurze Äußerungen** traten im Mittel nur in weniger als 1% ($SD = 1\%$) der kodierten Zeit auf.

Der **Sprachfokus** war mit $M = 43\%$ ($SD = 18\%$) der Kodierzeit überwiegend **kindbezogen**. Ähnlich häufig aber ($M = 39\%$, $SD = 17\%$) war die mütterliche Sprache auch auf etwas **anderes bezogen** und zu nur $M = 6\%$ ($SD = 8\%$) **mutterbezogen**. Der mittlere Zeitanteil **interaktionsbezogener Sprache** lag bei $M = 13\%$ ($SD = 7\%$). Dieser Wert lässt sich wie folgt differenzieren: Zu 6% ($SD = 8\%$) war die Sprache in Bezug auf die Nennung der an der Interaktion beteiligten Personen **zwischen Mutter und Kind ausgeglichen**, zu $M = 4\%$ ($SD = 7\%$) war sie **auf die Handlung des Kindes bezogen**, zu $M = 3\%$ ($SD = 6\%$) **auf die Mutter bezogen**. Der Fokus Personen bezogener Sprache richtete sich vor allem auf den körperlichen, seelischen oder geistigen **Zustand** des Kindes ($M = 62\%$ $SD = 22\%$), war aber auch häufig **bezogen** auf sein **Verhalten** ($M = 34\%$, $SD = 20\%$).

„**Mind-mindedness**“: Den höheren Zeitanteil der Interaktion mit ihren Babys verbrachten Mütter mit „**non-mind-related-comments**“ ($M = 68\%$, $SD = 19\%$). „**Mind-related-comments**“ wurden im Mittel in 33% der Kodierzeit verwendet ($SD = 19\%$). **Äußerungen anstelle des Kindes** kamen fast nie, in nur $M < 1\%$ der Fälle, vor ($SD = 1\%$).

Der mütterliche **Sprachinhalt** war meistens **neutral** ($M = 65\%$, $SD = 14\%$), seltener **positiv** ($M = 29\%$; $SD = 14\%$), am seltensten **negativ** ($M = 6\%$, $SD = 6\%$). Mütterliche Sprache war meistens **angemessen mit Bezug** zu vorausgegangenen Signalen ($M = 86\%$, $SD = 13\%$). „**Angemessen ohne Bezug**“ ($M = 7\%$, $SD = 8\%$) war die nächst häufigere, wenn auch wesentlich seltenere Kategorie. **Unangemessene Sprachinhalte** (mit und ohne Bezug) kamen im Mittel nur zu 6% ($SD = 6\%$) vor.

Im **Tonfall** wählten die Mütter meistens einen **positiven** ($M = 68\%$, $SD = 25\%$), seltener einen **neutralen** ($M = 31\%$, $SD = 24\%$) und am seltensten einen **negativen** Tonfall ($M = 1\%$, $SD = 3\%$).

Die **Sprachweise** der Mütter differenzierte sich in **Aussagen**, die im Mittel in 74% der Kodierzeit gemacht wurden ($SD = 12\%$) und **Fragen**, die ungefähr ein Viertel der Zeit einnahmen ($M = 26\%$; $SD = 12\%$).

Thematische und **wortwörtliche Wiederholungen** nahmen zusammen einen mittleren Anteil von 41% der gesamten Kodierzeit ein ($SD = 11\%$) (thematic: $M = 22\%$, $SD = 13\%$, verbal: $M = 19\%$, $SD = 9\%$). **Keine** Wiederholungen kamen in durchschnittlich 59% der Zeit ($SD = 13\%$) vor.

Hinsichtlich des **Objektfokus** ergab sich Folgendes: Den im Mittel größten Teil ($M = 69\%$, $SD = 17\%$) der Kodierzeit erwähnte eine Mutter **kein Objekt** im Gespräch mit ihrem Kind. Im Schnitt 22 % ($SD = 15\%$) der bedingten relativen Zeitanteile **folgte die Mutter dem Aufmerksamkeitsfokus des Kindes**, und in nur 5% ($SD = 5\%$) der prozentualen Fälle **gab sie den Objektfokus des Kindes** vor. Lediglich durchschnittlich 4% ($SD = 5\%$) der Zeit war auf ein (abwesendes) **Objekt bezogen**.

Zu einer **sanften Berührung** kam es in sieben von zehn Beobachtungssituationen ($M = 72\%$, $SD = 29\%$). Seltener hatten die Mütter **keine** Berührung gegenüber ihrem Kind ($M = 21\%$, $SD = 27\%$). In $M = 7\%$ ($SD = 15\%$) der Kodierzeit wurden die Kinder **grob** berührt. Signifikante Unterschiede in diesen Kategorien kamen nur bei keiner Berührung vor ($t = 2.25$, $df = 56$, $p < .05$). Bei der Untersuchung der **Kongruenz von Sprachinhalt und Berührung** konnte man feststellen, dass in knapp der Hälfte aller Fälle der Sprachinhalt **nicht zur Berührung passte** ($M = 51\%$, $SD = 26\%$). In etwas mehr als einem Viertel der Kodierzeit interagierten die Mütter mit ihren Kindern so, dass der **Sprachinhalt zu ihrer Berührung passte** ($M = 28\%$, $SD = 19\%$).

Im Vergleich zu den bis jetzt beschriebenen Ergebnissen des ersten Untersuchungszeitpunkts verteilen sich die Rohwerte in der Nachuntersuchung folgendermaßen:

Messzeitpunkt 2 (T2):

Mütterliche **Äußerungen** kamen insgesamt zu einem durchschnittlichen bedingten relativen Zeitanteil von $M = 86\%$ ($SD = 12\%$) der gesamten Kodierzeit vor. Im Mittel nahmen **Pausen** $M = 16\%$ ($SD = 11\%$) der Kodierzeit ein. **Unverständliches** wurde in 3% ($SD = 4\%$) der Fälle kodiert.

Der Mittelwert des Zeitaufwandes der **beschreibenden Sprache** innerhalb der Kategorie **Sprachintention** lag bei $M = 29\%$ ($SD = 15\%$) der Kodierzeit. Zu $M = 5\%$ ($SD = 5\%$) der Kodierzeit benutzten die Mütter **vorschreibende Sprache**. Bezieht man nur solche Äußerungen ein, die keine positiven Ermutigungen enthielten, so reduziert sich dieser Wert auf ein M von 2% ($SD = 3\%$). Am meisten Zeit verwendet wurde für **Kind gerichtete kurze Äußerungen** mit $M = 47\%$ ($SD = 19\%$) der Kodierzeit. Unter den verschiedenen Arten der Ansprache sind die **Kurzlaute** mit im Schnitt $M = 75\%$ der Kodierzeit ($SD = 16\%$) erwähnenswert. $M = 10\%$ ($SD = 10\%$) der Kodierzeit verbrachten die Mütter mit dem Nennen des kindlichen **Namens**. Zu $M = 7\%$ ($SD = 8\%$) wurde das Kind mit persönlicher **Anrede** begrüßt. Zu $M = 4\%$ ($SD = 5\%$) der Zeit wurde das Kind **imitiert** und mit $M = 3\%$ ($SD = 4\%$) kam **Lachen** am seltensten vor. **Spiele und Lieder** kamen zu $M = 17\%$ ($SD = 19\%$) und **nicht Kind gerichtete kurze Äußerungen** nur zu $M < 1\%$ ($SD < 1\%$) vor.

Innerhalb der Kategorie **Sprachfokus** ergab sich folgende Verteilung der Mittelwerte: $M = 43\%$ ($SD = 18\%$) der Mütter benutzten einen **objekt- oder anders bezogenen** Sprachfokus, bei $M = 39\%$ ($SD = 18\%$) war er **kindbezogen**, in $M = 4\%$ ($SD = 5\%$) der bedingten relativen Zeitanteile **mutterbezogen**. In $M = 11\%$ der Fälle ($SD = 5\%$) sprachen die Mütter **interaktionsbezogen**. Dabei waren sie zu etwa gleichen Teilen **auf die Handlung des Kindes** ($M = 3\%$, $SD = 4\%$) oder **auf die Mutter bezogen** ($M = 2\%$ ($SD = 3\%$)) und zu $M = 6\%$ ($SD = 7\%$) **zwischen Mutter und Kind ausgeglichen**. Personen bezogene Sprache war zumeist auf den körperlich, seelischen, geistigen **Zustand** des Kindes **bezogen** ($M = 62\%$, $SD = 25\%$). Durchschnittlich $M = 33\%$ ($SD = 25\%$) der Kodierzeit verwendeten die Mütter eine auf die **Handlung** ihres Kindes bezogene Sprache.

„Mind-mindedness“: Die „**mind-related-comments**“ waren mit $M = 29\%$ ($SD = 22\%$) im Mittel erheblich seltener vertreten als „**non-mind-related-comments**“ ($M = 70$, $SD = 26\%$). **Äußerungen anstelle des Kindes** kamen in $M < 1\%$ ($SD = 3\%$) der Fälle vor.

Der **Sprachinhalt** war in erster Linie **neutral** ($M = 71\%$, $SD = 11\%$), bei einem mittleren Zeitanteil von $M = 23\%$ ($SD = 10\%$) jedoch **positiv**. Der Anteil **negativen** Sprachinhalts war mit $M = 6\%$ ($SD = 6\%$) gering. Zu $M = 89\%$ ($SD = 16\%$) war die Sprache meist **angemessen mit Bezug** zu vorhergehenden kindlichen Signalen. Mit nur $M = 5\%$ ($SD = 5\%$) wurde **angemessen ohne Bezug** zu Vorausgegangenem gesprochen. Zu im Mittel $M = 4\%$ ($SD = 5\%$) war die Sprache **unangemessen** mit und ohne Bezug.

Den höheren Zeitanteil der Interaktion mit ihren Babys verbrachten Mütter mit einem **positiven Tonfall** ($M = 62\%$, $SD = 23\%$). Ein **neutraler** Tonfall wurde im Mittel in $M = 38\%$ der Kodierzeit verwendet ($SD = 23\%$). Ein **negativer** Tonfall kam nur zu einem unbedeutenden mittleren Anteil von $M < 1\%$ ($SD = 1\%$) vor.

Sprachweise: Durchschnittlich $M = 74\%$ ($SD = 14\%$) der Kodierzeit verwendeten Mütter **Aussagen**. **Fragen** machten im Schnitt $M = 26\%$ der Zeit aus ($SD = 14\%$).

Die Präsenz von **Wiederholungen** lässt sich unterscheiden nach dem mittleren Anteil von $M = 26\%$ ($SD = 15\%$) an der gesamten Kodierzeit bei **thematischen** Wiederholungen und **wortwörtlichen** Wiederholungen mit $M = 17\%$ ($SD = 10\%$), zusammen 42% ($SD = 13\%$). Meistens gab es **keine** Wiederholungen sprachlicher Inhalte ($M = 58\%$, $SD = 17\%$). Die Ergebnisse variierten unbedeutend in Abhängigkeit von der Zugehörigkeit zu einer der beiden Gruppen.

Objektfokus: Die mütterliche Sprache kam meistens **ohne das Erwähnen eines Objektes** aus ($M = 69\%$; $SD = 20\%$), seltener war sie **Objekt bezogen** ($M = 28\%$, $SD = 8\%$). Situationen, in denen die **Mutter den Aufmerksamkeitsfokus des Kindes vorgab**, gab es im Mittel in 26% der Kodierzeit ($SD = 9\%$). Situationen, in denen die **Mutter** in ihrer Sprache dem **Objektfokus des Kindes folgte**, nahmen 22% der mittleren Interaktionszeit ein ($SD = 14\%$).

In der **Berührung** wählten die Mütter meistens eine **sanfte** ($M = 63\%$; $SD = 29\%$) oder gar **keine** Berührung ($M = 32\%$, $SD = 28\%$). **Grobe** Berührungen kamen nur zu 5% ($SD = 10\%$) vor. Auch die **Kongruenz von Sprachinhalt und Berührung** der Mütter wies keine signifikanten Gruppenunterschiede auf. Zum Sprachinhalt unpassende Berührungen wurden im Mittel ähnlich häufig gemacht ($M = 33\%$, $SD = 23\%$) wie passende Berührungen ($M = 36\%$, $SD = 22\%$).

14 Bindungspsychologische Ergebnisse

14.1 Spezifische mütterliche Sprachstrukturen

Die vorliegende Untersuchung sollte in erster Linie der Frage nachgehen, durch welche feinfühligsten und unfeinfühligsten Merkmale die Sprache postpartal depressiver und gesunder Mütter mit sensitivem und intrusivem IA-Stil ihrem Säugling gegenüber gekennzeichnet ist, und welche Sprachstrukturen sie überhaupt verwenden (s. Kap. 3).

Die aussagekräftigsten, im vorhergehenden Kapitel (s. Kap. 13) dargestellten sprachstrukturspezifischen Ergebnisse sollen nachfolgend noch einmal kurz zusammengefasst werden.

Die wichtigsten mütterlichen Sprachstrukturen insgesamt (über 50% der Interaktionszeit) erstreckten sich über alle zehn untersuchten Hauptkategorien und waren (s. Anhang 21.2, Tab. 6 und 7):

- Äußerungen:** - allgemein (81%/ 80%)
- Sprachintention:** - Kind gerichtete kurze Äußerungen (52%/ 47%)
- Kurzlaute (75%/ 75%)
- Sprachfokus:** - zustandsbezogen (62%/ 62%)
- „mind-mindedness“:** - „non-mind-related-comments“ (68%/ 70%)
- Sprachinhalt:** - neutral (65%/ 71%)
- angemessen und bezogen (86%/ 89%)
- Tonfall:** - positiv (68%/ 62%)
- Sprachweise:** - Aussage (74%/ 74%)
- Wiederholung:** - keine (59%/ 58%)
- Objektfokus:** - kein Objekt erwähnt (69%/ 69%)
- Berührung:** - sanft (72%/ 63%)
- keine Kongruenz zum Sprachinhalt (51%/ 33%).

Die seltensten Merkmale (unter 10% der Interaktionszeit) waren:

- Äußerungen:** - Unverständliches (5%/ 3%)
- Sprachintention:** - vorschreibende Sprache (6%/ 5%)
- Imitation (4%/ 4%)
- Anrede (8%/ 7%)
- Lachen (4%/ 3%)
- nicht Kind gerichtete kurze Äußerungen (< 1%/ 1%)
- Sprachfokus:** - mutterbezogen (6%/ 4%)
- in der Interaktion auf die Handlung des Kindes bezogene Sprache (4%/ 3%)
- in der Interaktion auf die Mutter bezogener Sprachfokus (3%/ 3%)
- in der Interaktion zwischen Mutter und Kind ausgeglichen (6%/ 6%)
- „mind-mindedness“:** - Äußerungen anstelle des Kindes (< 1%/ 1%)
- Sprachinhalt:** - negativ (6%/ %)
- angemessen und nicht bezogen (7%/ 5%)
- unangemessen und bezogen (4%/ 2%)
- unangemessen und nicht bezogen (2%/ 2%)

- Tonfall:** - negativ (1%/ 1%)
- Objektfokus:** - Mutter gibt den Objektfokus des Kindes vor (5%/ 4%)
- Mutter spricht über abwesendes Objekt (4%/ 3%)
- Berührung:** - grob (7%/ 5%).

Um detaillierter zu klären, welcher Art die Sprachstruktur ist, die der mütterlichen Sprache zugrunde liegt, wurden die einzelnen Merkmale mittels eines Gesamtscores für günstige Sprache dimensioniert (s. Kap. 12). Es wurden elf feinfühlig und vier unfeinfühlig Sprachmerkmale an zwei Messzeitpunkten für die 58 videografierten Vpn näher untersucht und dabei sowohl negative als auch positive Ausprägungen gezählt.

Für die untersuchte Stichprobe lag der **Gesamtscore** bei einem Mittelwert von $M = 8,1$ ($SD = 0,63$; min = 6,66, max = 9,25) an T1 und $M = 7,9$ ($SD = 0,88$) an T2 und somit leicht über dem Skalandurchschnitt von 7,5.

Als **abhängig von Alter des Kindes** erwiesen sich die Sprachmerkmale *Unverständliches, Anrede, interaktionsbezogene Sprache, die sich auf die Handlung des Kindes bezieht, sanfte Berührung* und *nicht zur Berührung passender Sprachinhalt*, die alle mit zunehmendem Alter rückläufig waren, während *unangemessene, aber bezogene Sprache*, bei älteren Kindern häufiger vorkam (s. Anhang 21.2, Tab. 8).

Das **Geschlecht des Kindes** wirkte sich auf drei Variablen aus (s. Anhang 21.3.1, Tab. 10): Mütter von Jungen ($M = 29\%$, $SD = 16\%$, $n = 24$) machten häufiger „*mind-related-comments*“ ($F_{3,40} = 0,03$ $p < .05$, partielles $\eta^2 = .87$) abgaben als Mütter von Mädchen ($M = 29\%$, $SD = 17\%$, $n = 18$), während der Gebrauch von *kindbezogenem Sprachfokus* ($M = 17\%$, $SD = 14\%$, $n = 24$) und *negativem Sprachinhalt* ($M = 5\%$, $SD = 5\%$, $n = 24$) bei ihnen signifikant seltener vorkam ($F_{3,40} = 4,87$ $p < .05$, partielles $\eta^2 = .11$; $F_{3,40} = 4,30$ $p < .05$, partielles $\eta^2 = .10$), als bei Müttern von Mädchen ($M = 27\%$, $SD = 15\%$, $n = 18$; $M = 8\%$, $SD = 6\%$, $n = 18$).

Bezüglich des Codes "*verhaltensbezogener Sprachfokus*" lag ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen Geschlecht und Messzeitpunkt vor ($F_{3,40} = 4.82$, $p < .05$, $\eta^2 = .11$) (vgl. Abb. 14). Somit unterschied sich die Sprache von Müttern zu Mädchen ($M = 39\%$, $SD = 27\%$, $n = 18$) von derjenigen gegenüber Jungen ($M = 28\%$, $SD = 17\%$, $n = 24$) signifikant. Die post-hoc Analyse (Dunn's multiple Comparison Procedure) ergab, dass zusätzlich die kritische Differenz von $\Psi_{Dunn} = 0,235$ ($\alpha = .05$, $C = 3$, $df_{error} = 40$, $t_{Dunn} = 2.50$, $\sigma^2_{error} = .044$, $n = 10$) zwischen der an männliche Säuglinge gerichteter Sprache an T2 ($M = 28\%$, $SD = 17\%$, $n = 24$) gegenüber T1 ($M = 40\%$, $SD = 22\%$, $n = 24$) überschritten wird. Es ergab sich also ein reziproker Effekt. Die Sprache von Müttern männlicher Säuglinge an T1 wies am häufigsten einen verhaltensbezogenen Sprachfokus auf, gefolgt von den Müttern der weiblichen Säuglinge (egal ob T2 oder T1). Am seltensten wurde ein verhaltensbezogener Sprachfokus von Müttern männlicher Säuglinge an T2 verwendet.

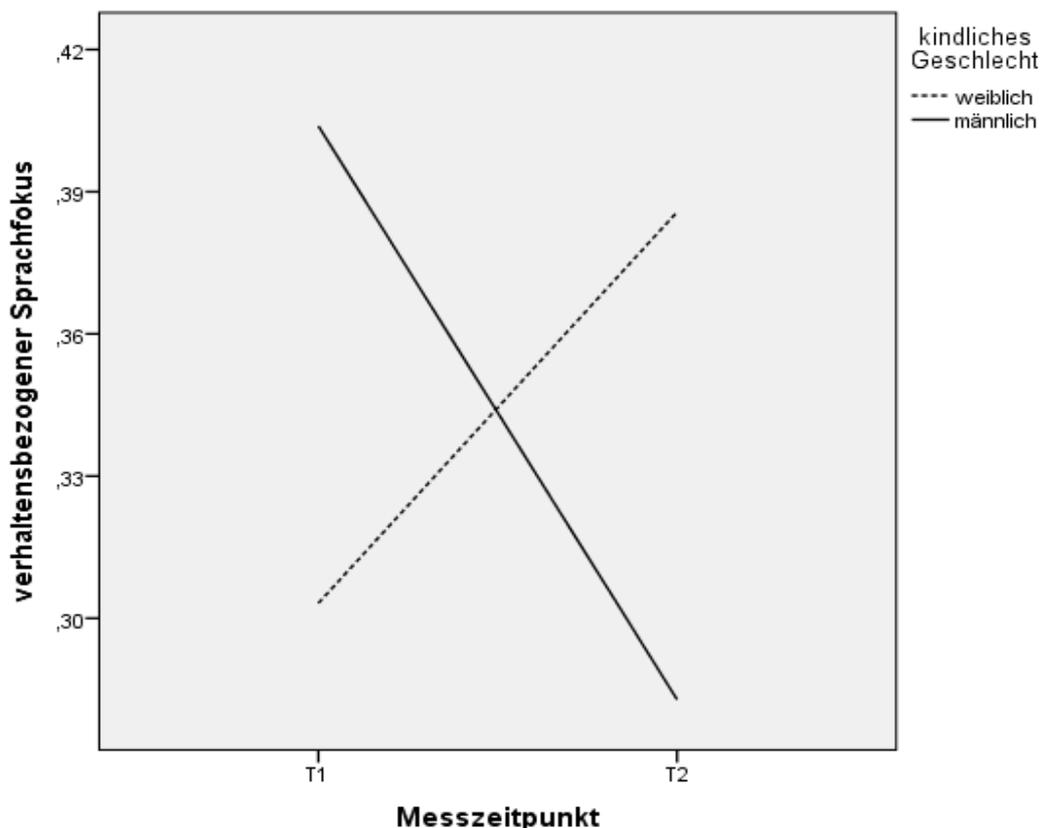


Abb. 14: Verhaltensbezogener Sprachfokus und kindliches Geschlecht

Ein weiterer Interaktionseffekt zeigte sich bezüglich des *positiven Sprachinhalts* ($F_{3,40} = 4.83$, $p < .05$, $\eta^2 = .11$) (vgl. Abb. 15). Auch hier unterschied sich die Sprache von „Mädchenmüttern“ ($M = 25\%$, $SD = 10\%$, $n = 18$) von derjenigen gegenüber Jungen ($M = 22\%$, $SD = 10\%$, $n = 24$) signifikant. Die post-hoc Analyse (Dunn's multiple Comparison Procedure) ergab, dass zusätzlich die kritische Differenz von $\Psi_{Dunn} = 0,087$ ($\alpha = .05$, $C = 3$, $df_{error} = 40$, $t_{Dunn} = 2.50$, $\sigma^2_{error} = .006$, $n = 10$) zwischen der an männliche Säuglinge gerichteten Sprache an T2 ($M = 22\%$, $SD = 10\%$, $n = 24$) gegenüber T1 ($M = 31\%$, $SD = 14\%$, $n = 24$) überschritten wird. Die Sprache von Müttern männlicher Säuglinge an T1 wies also am häufigsten einen positiven Sprachinhalt auf, gefolgt von den Müttern der weiblichen Säuglinge (egal ob T1 oder T2). Am seltensten wurde ein positiver Sprachinhalt von Müttern männlicher Säuglinge an T2 verwendet.

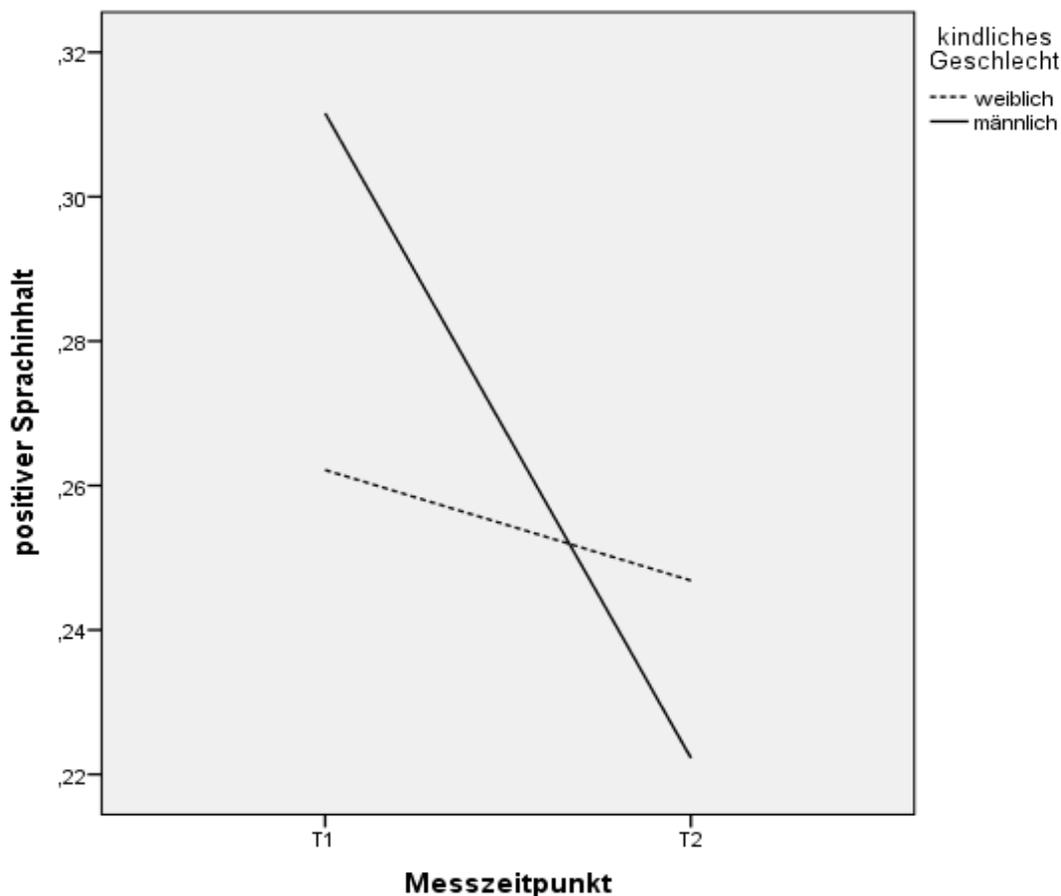


Abb. 15: Positiver Sprachinhalt und kindliches Geschlecht

Alle weiteren Gruppenvergleiche bezüglich dieses Interaktionseffektes blieben non-signifikant. Somit zeigt sich Geschlecht und Messzeitpunkt nur in Kombination als negativ hinsichtlich des Codes " verhaltensbezogener Sprachfokus " und „positiver Sprachinhalt“.

Für keine der 48 Sprachvariablen gab es Signifikanzen in Abhängigkeit von der mütterlichen Bildung (s. Anhang 21.2, Tab. 9).

14.2 Mütterliche Sprache und Interaktionsstil (Sensitivität/ Intrusivität)

Im Zusammenhang mit der Frage der spezifischen mütterlichen Sprachstruktur sollte auch der Einfluss des IA-Stils geklärt werden. Um eine ausreichend große Stichprobe zu gewährleisten, wurden in dieser Studie nur der sensitive und der intrusive IA-Stil näher untersucht (s. Kap. 9).

Die **feinfühlig Sprache bei einem sensitivem IA-Stil** wies folgende Hauptmerkmale (über 50% der Interaktionszeit) auf: ein auf den körperlichen, seelischen und geistigen Zustand gerichteter Sprachfokus (65%), angemessener und auf Vorausgegangenes bezogener Sprachinhalt (86%), positiver Tonfall (70%) und sanfte Berührung (76%). Für keine dieser Variablen gab es signifikante Unterschiede in Abhängigkeit von der Sensitivität.

Unfeinfühlig Sprachstrukturen kamen bei Sensitiven nur selten vor (s. Anhang 21.3.2, Tab. 11).

Für die Absicherung der **1A. Hypothese** (s. Kap. 3.2) sollte eine Aussage über die Enge des Zusammenhangs zwischen der Ausprägung eines sensitiven mütterlichen IA-Stils und der Feinfühligkeit in ihrer Sprache bestimmt werden. Dazu wurden 2x2 Anovas (PPD vs. Kontrolle x sensitiv vs. insensitiv) ohne Messwiederholung angewandt (s. Anhang 21.3.2, Tab. 10).

Betrachtet man die signifikanten Unterschiede bezüglich der bedingten relativen Zeitanteile der feinfühlig Sprachmerkmale des ersten Messzeitpunktes im Einzelnen, so findet man nur zwei statistisch bedeutsame Ergebnisse die sich auf den Faktor „Sensitivität“ zurückführen lassen.

Sensitive Mütter ($M = 32\%$, $SD = 14\%$, $n = 41$) verwendeten signifikant häufiger einen **positiven Sprachinhalt** ($F_{3,54} = 6,70$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .11$) als insensitive Mütter ($M = 22\%$, $SD = 11\%$, $n = 17$). Nach Cohen (1988) ist mit 11%iger Varianzaufklärung von einem mittleren Effekt auszugehen.

Ebenso machten sensitive Mütter ($M = 76\%$, $SD = 26\%$) prozentual signifikant häufiger **sanfte Berührungen** ($t = -2.01$, $df = 56$, $p < .05$) gegenüber ihrem Kind als insensitive Mütter ($M = 60\%$, $SD = 33\%$).

Sensitive Mütter benutzen deskriptiv zwar mehr beschreibende Sprache ($M = 35\%$, $SD = 14\%$) als insensitive Mütter ($M = 27\%$, $SD = 16\%$), dieser Gruppenvergleich war jedoch nicht statistisch abzusichern ($F_{3,54} = 3.41$, $p = .07$, partielles $\eta^2 = .06$).

Hinsichtlich des Sprachmerkmals „mutterbezogen“ lag ein hochsignifikanter Interaktionseffekt ($F_{3,54} = 8.26$, $p < .01$, $\eta^2 = .13$) zwischen Sensitivität und Gruppe vor (s. Kap. 16.1).

Alle anderen für den Gesamtscore relevanten Sprachmerkmale (Pausenlänge, zustandsbezogener Sprachfokus, „mind-related-comments“, Äußerungen anstelle des Kindes, angemessene und Bezug nehmende Antworten, positiver Tonfall, Fragen, vom Kind bestimmter Aufmerksamkeitsfokus, vorschreibende Sprache ohne positiven ermutigenden Inhalt, negativer Sprachinhalt und wortwörtliche Wiederholung) zeigten als Einzelmerkmal keine signifikante Abhängigkeit von der Sensitivität einer Mutter.

Die Überprüfung der Hypothese über die Betrachtung des **Sprach-Gesamtscores** ($M = 8,10$, $SD = 0,63$; $\min = 6,66$, $\max = 9,25$) zeigte jedoch einen statistisch hochsignifikant höheren Wert ($F_{3,54} = 15,86$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .23$) für die sensitiven ($M = 8,28$, $SD = 0,55$, $n = 41$) im Vergleich zu den insensitiven Müttern ($M = 7,65$, $SD = 0,60$, $n = 17$). Nach Cohen (1988) ist mit 23%iger Varianzaufklärung von einem großen Effekt auszugehen.

Damit kann die Hypothese als bestätigt betrachtet werden: **Sensitive Mütter verwenden insgesamt eine feinfühlere, entwicklungsförderndere Sprache als insensitive Mütter.** Möglicherweise wäre damit in Zukunft die Vorhersage einer sicheren Bindung anhand der summierten Wirkung bestimmter sprachlicher Merkmale möglich.

Explorativ wurden die übrigen Sprachmerkmale auf statistisch bedeutsame Differenzen zwischen den Sensitivitäts-Gruppen untersucht. Hierbei wurde herausgefunden, dass sensitive Mütter ($M = 6\%$, $SD = 5\%$, $n = 41$) häufiger **Unverständliches** ($F_{3,54} = 5,14$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .08$) sprachen und häufiger ($M = 46\%$, $SD = 16\%$, $n = 41$) einen **kindbezogenen Sprachfokus** ($F_{3,54} = 5,44$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .09$) setzten als insensitive Mütter ($M = 3\%$, $SD = 3\%$, $n = 17$; $M = 34\%$, $SD = 21\%$, $n = 17$).

Dagegen kam die Variable **Spiele/ Lieder** hochsignifikant häufiger ($F_{3,54} = 7,87$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .13$) bei insensitiven Müttern ($M = 18\%$, $SD = 21\%$, $n = 17$) als bei sensitiven Müttern ($M = 6\%$, $SD = 11\%$, $n = 41$) vor. Ebenso verwendeten diese ($M = 72\%$, $SD = 11\%$, $n = 17$) häufiger einen **neutralen Sprachinhalt** ($F_{3,54} = 6,92$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .11$) und **thematische Wiederholung** ($M = 28\%$, $SD = 15\%$, $n = 17$; $F_{3,54} = 5,60$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .09$) als sensitive Mütter ($M = 72\%$, $SD = 11\%$, $n = 17$; $M = 19\%$, $SD = 11\%$, $n = 41$). Schließlich kamen **grobe Berührungen** bei insensitiven Müttern ($M = 15\%$, $SD = 24\%$, $n = 17$) häufiger vor ($F_{3,54} = 8,58$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .14$), als bei sensitiven Müttern ($M = 4\%$, $SD = 7\%$, $n = 41$).

Unfeinfühlig Sprache ließ sich bei einem intrusivem IA-Stil auf den ersten Blick nicht nachweisen, denn es zeigten sich die gleichen Hauptmerkmale (über 50% der Interaktionszeit) wie bei den Sensitiven: ein auf den körperlich, seelischen, geistigen Zustand gerichteter Sprachfokus (61%), angemessener und auf Vorausgegangenes bezogener Sprachinhalt (83%), positiver Tonfall (63%) und sanfte Berührung (69%). Für keine dieser Variablen gab es signifikante Unterschiede in Abhängigkeit von der Intrusivität.

Unfeinfühlig Sprachstrukturen kamen auch bei Intrusiven eher selten vor (s. Anhang 21.3.3, Tab. 12).

Für die Absicherung der **1B. Hypothese** (s. Kap. 3.2) sollte eine Aussage über die Enge des Zusammenhangs zwischen der Ausprägung eines intrusiven mütterlichen IA-Stils und **unfeinfühlig Sprache** bestimmt werden. Dazu wurden 2x2 Anovas (PPD vs. Kontrolle x intrusiv vs. nicht-intrusiv) ohne Messwiederholung angewandt (s. Anhang 21.3.3 Tab. 12).

Auch hier zeigten sich bei der Einzelbetrachtung nur drei unfeinfühlig, entwicklungshemmende Spracheffekte, die auf den Faktor „Intrusivität“ zurückgingen und bei denen die bedingten relativen Zeitanteile von Sprachmerkmalen signifikant unterschiedlich waren.

Intrusive Mütter ($M = 26\%$, $SD = 14\%$, $n = 32$) verwendeten prozentual seltener beschreibende Sprache ($F_{3,54} = 17,90$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .25$) als nicht intrusive Mütter ($M = 41\%$, $SD = 12\%$, $n = 26$). Diesmal war der Gruppenvergleich statistisch hochsignifikant und mit 25%iger Varianzaufklärung, also einem, nach Cohen (1988), großen Effekt abzusichern.

Intrusive Mütter ($M = 21\%$, $SD = 9\%$, $n = 32$) verwendeten hochsignifikant **seltener Fragen** ($F_{3,54} = 13,10$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .20$) als nicht intrusive Mütter ($M = 32\%$, $SD = 13\%$, $n = 26$). Nach Cohen (1988) ist mit 20%iger Varianzaufklärung von einem großen Effekt auszugehen.

Intrusive Mütter ($M = 63\%$, $SD = 26\%$, $n = 32$) verwendeten signifikant **seltener einen positiven Tonfall** ($F_{3,54} = 3.96$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .07$) als nicht intrusive Mütter ($M = 75\%$, $SD = 24\%$, $n = 26$). Nach Cohen (1988) ist mit 7%iger Varianzaufklärung von einem mittleren Effekt auszugehen.

Intrusive Mütter ($M = 26\%$, $SD = 14\%$, $n = 32$) verwendeten deskriptiv seltener einen **positiven Sprachinhalt** ($F_{3,54} = 3.28$, $p = .08$, partielles $\eta^2 = .06$) als nicht intrusive Mütter ($M = 33\%$, $SD = 14\%$, $n = 26$). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant.

Alle anderen für den Gesamtscore relevanten Sprachmerkmale (Pausenlänge, zustandsbezogener Sprachfokus, „mind-related-comments“, Äußerungen anstelle des Kindes, angemessene und Bezug nehmende Antworten, vom Kind bestimmter Aufmerksamkeitsfokus, sanfte Berührung, vorschreibende Sprache ohne positiven ermutigenden Inhalt, mutterbezogener Sprachfokus, negativer Sprachinhalt und wortwörtliche Wiederholung) zeigten sich als Einzelmerkmal nicht signifikant in Abhängigkeit von der Intrusivität einer Mutter.

Die Betrachtung des **Sprach-Gesamtscores** zeigte jedoch hochsignifikante Ergebnisse ($F_{3,54} = 14.15$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .21$). **Intrusive Mütter** ($M = 7,84$, $SD = 0,64$, $n = 32$) hatten **niedrigere** Werte als nicht intrusive Mütter ($M = 8,41$, $SD = 0,45$, $n = 26$). Nach Cohen (1988) ist mit 21%iger Varianzaufklärung von einem großen Effekt auszugehen.

Damit kann die **Hypothese** als **bestätigt** betrachtet werden: **Intrusive Mütter verwenden insgesamt eine unfeinfühligere, entwicklungshemmendere Sprache als nicht-intrusive Mütter.** Möglicherweise wäre damit in der Zukunft die Vorhersage einer unsicheren Bindung anhand der summierten Wirkung bestimmter sprachlicher Merkmale möglich.

Explorativ wurden auch die restlichen Sprachvariablen auf statistisch bedeutsame Unterschiedlichkeit zwischen den Intrusivitäts-Gruppen untersucht. Dabei zeigte sich, dass intrusive Mütter ($M = 3\%$, $SD = 3\%$, $n = 32$) seltener **Unverständliches** ($F_{3,54} = 6.93$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .11$) sprachen und häufiger ($M = 68\%$, $SD = 14\%$, $n = 32$) **neutralen Sprachinhalt** ($F_{3,54} = 4.42$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .08$) verwendeten als nicht intrusive Mütter ($M = 6\%$, $SD = 5\%$, $n = 26$; $M = 68\%$, $SD = 14\%$, $n = 32$). Auch die Variable **Spiele/ Lieder** kam bei intrusiven Müttern signifikant häufiger ($F_{3,54} = 6.84$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .11$) ($M = 14\%$, $SD = 17\%$, $n = 32$) vor, als bei nicht intrusiven Müttern ($M = 4\%$, $SD = 12\%$, $n = 26$) vor. Ebenso machten diese ($M = 79\%$, $SD = 9\%$, $n = 32$) hochsignifikant häufiger **Aussagen** ($F_{3,54} = 12.81$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .20$) als nicht intrusive Mütter ($M = 60\%$, $SD = 14\%$, $n = 26$; $M = 68\%$, $SD = 13\%$, $n = 26$). **Thematische Wiederholungen** kamen bei intrusiven Müttern ($M = 26\%$, $SD = 13\%$, $n = 32$) hochsignifikant seltener vor ($F_{3,54} = 12.01$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .18$) als bei nicht-intrusiven Müttern ($M = 15\%$, $SD = 11\%$, $n = 26$). Entsprechend ebenfalls hochsignifikant seltener **keine Wiederholung** (also häufiger Wiederholung) ($F_{3,54} = 9.01$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .14$) bei intrusiven Müttern ($M = 55\%$, $SD = 12\%$, $n = 32$) gegenüber nicht-intrusiven Müttern ($M = 64\%$, $SD = 11\%$, $n = 26$).

Bezüglich des Sprachmerkmals „**non-mind-related comments**“ lag ein signifikanter Interaktionseffekt ($F_{3,54} = 4,25$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .07$) zwischen Intrusivität und Gruppe vor (s. Kap. 16.2).

15 Die Sprachstruktur von PPD-Müttern

Welche Sprachstrukturen wies nun die mütterliche Sprache bei PPD-Müttern auf (s. Anhang 21.2, Tab. 6 und 7)?

Die Sprache von PPD-Müttern war durch die gleichen Hauptmerkmale (über 50% der Interaktionszeit), wie die der Gesamtstichprobe, gekennzeichnet: Äußerungen insgesamt (79%), Kind gerichtete kurze Äußerungen (55%) und Kurzlaute (77%), auf den körperlichen, seelischen oder geistigen Zustand bezogener Sprachfokus (63%), „non-mind-related-comments“ (71%), neutraler Sprachinhalt (68%), angemessener und zu Vorausgegangenem bezogener Sprachinhalt (83%), positiver Tonfall (55%), Aussagen (75%), keine Wiederholung (60%), kein Objekt erwähnt (65%), sanfte Berührung (79%) und keine Kongruenz zum Sprachinhalt (57%).

Für die Variable **positiver Tonfall**, sowie auch für den in seine Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung noch eher weniger erforschten **neutralen Tonfall**, gab es signifikante Gruppenunterschiede in Abhängigkeit von einer PPD.

Für die Überprüfung der **2. Hypothese** (s. Kap. 4) sollte eine Aussage über die Enge des Zusammenhangs zwischen dem Vorliegen einer PPD und der Feinfühligkeit in der mütterlichen Sprache bestimmt werden. Zu diesem Zweck kam der zweiseitige *t-Test* für unabhängige Stichproben für globale Gruppenunterschiede bezüglich der über beide Spielphasen gemittelten bedingten relativen Zeitanteile zur Anwendung.

Betrachtet man die signifikanten Unterschiede hinsichtlich der bedingten relativen Zeitanteile der feinfühligsten und entwicklungsfördernden Sprachstrukturen des ersten Messzeitpunktes im Einzelnen, so findet man nur ein bedeutsames Ergebnis.

Der **Tonfall** war bei PPD-Müttern ($M = 55\%$, $SD = 23\%$) hochsignifikant **seltener positiv** ($t = 4.23$, $df = 56$, $p < .01$), als bei gesunden Müttern ($M = 80\%$, $SD = 21\%$). An T2 ergaben sich ähnliche signifikante Unterschiede (PPD-Mütter: $M = 53\%$, $SD = 23\%$, gesunde Mütter: $M = 69\%$, $SD = 20\%$; $t = 2.37$, $df = 40$, $p < .05$).

Eine weitere Signifikanz mittlerer Stärke weist auf unfeinfühligste Sprachstrukturen bei PPD-Müttern hin, die ($M = 8\%$, $SD = 9\%$, $n = 28$) signifikant häufiger einen mutterbezogenen Sprachfokus ($F_{3,54} = 8,09$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .13$) setzten als gesunde Mütter ($M = 5\%$, $SD = 5\%$, $n = 30$). Allerdings ist diese Aussage durch das Vorliegen eines hochsignifikanten Interaktionseffektes ($F_{3,54} = 8.26$, $p < .01$, $\eta^2 = .13$) zwischen Gruppe und Sensitivität noch weiter auszudifferenzieren und nur für bestimmte PPD-Mütter gültig (s. Kap. 16.1).

Alle anderen für den Gesamtscore relevanten Sprachmerkmale (Pausen, beschreibende Sprache, zustandsbezogener Sprachfokus, „mind-related-comments“, Äußerungen anstelle des Kindes, positiver Sprachinhalt, angemessene und Bezug nehmende Antworten, Fragen, vom Kind bestimmter Aufmerksamkeitsfokus, sanfte Berührung, vorschreibende Sprache ohne positiven ermutigenden Inhalt, mutterbezogener Sprachfokus, negativer Sprachinhalt und wortwörtliche Wiederholung) zeigten sich als Einzelmerkmal nicht signifikant in Abhängigkeit von der Depressivität einer Mutter.

Die Überprüfung der Hypothese über die Betrachtung des **Sprach-Gesamtscores** ($M = 8,10$, $SD = 0,63$, $\min = 6,66$, $\max = 9,25$) zeigte keinen statistisch signifikanten Unterschied ($t = 1,36$, $df = 56$, $p = .18$) für die depressiven ($M = 7,98$, $SD = 0,64$) im Vergleich zu den gesunden Müttern ($M = 8,20$, $SD = 0,61$). Damit kann die 2. Hypothese als bestätigt betrachtet werden: **PPD-Mütter unterscheiden sich insgesamt hinsichtlich der Feinfühligkeit in ihrer Sprache nur unerheblich von gesunden Müttern.**

Explorativ wurden die übrigen Sprachmerkmale auf statistisch bedeutsame Differenzen zwischen den Diagnosegruppen untersucht. Hierbei wurde herausgefunden, dass depressive Mütter ($M = 1\%$, $SD = 1\%$) hochsignifikant häufiger **nicht Kind gerichtete kurze Äußerungen** ($t = -3,41$, $df = 56$, $p < .01$) machten als die gesunden Kontrollmütter ($M = < 1\%$, $SD = < 1\%$). Auch ein **neutraler Tonfall** wurde von depressiven Müttern ($M = 44\%$, $SD = 22\%$) hochsignifikant häufiger verwendet ($t = -4,37$, $df = 56$, $p < .01$) als von gesunden Müttern ($M = 19\%$, $SD = 20\%$), wobei sich dieser Effekt nach Remission auf ein signifikantes Niveau abschwächte ($t = -2,37$, $df = 40$, $p < .05$). Des Weiteren wurde herausgefunden, dass PPD-Mütter ($M = 13\%$, $SD = 15\%$) ihr Kind hochsignifikant seltener nicht berührten ($t = 2,25$, $df = 56$, $p < .05$), dass sie also ihre Kinder häufiger **berührten**, als Mütter ohne Diagnose ($M = 28\%$, $SD = 33\%$). Damit schnitten die PPD-Mütter hinsichtlich Berührung besser ab als die gesunden Mütter.

Bezüglich des Sprachmerkmals „**non-mind-related comments**“ lag ein signifikanter Interaktionseffekt ($F_{3,54} = 4,25$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .07$) zwischen Intrusivität und Gruppe vor (s. Kap. 16.2).

Zur Exploration der Veränderungen von **Vor- und Nachtest** innerhalb der beiden Gruppen wurden 2×2 Anovas (PPD vs. Kontrolle x T1 vs. T2) mit Messwiederholung auf dem Faktor Messzeitpunkt angewandt (s. Kap. 16.4).

16 Interaktionsstil und PPD als gemeinsame Wirkfaktoren

16.1 Sprachstruktur und sensivier Interaktionsstil von PPD-Müttern

Zur Überprüfung des Einflusses eines sensitiven Interaktionsstils auf die Sprachstruktur von PPD- und Kontrollmüttern wurden 2x2 Anovas (PPD vs. Kontrolle x sensitiv vs. insensitiv) ohne Messwiederholung angewandt (s. Anhang 21.3.2, Tab. 10).

Die Überprüfung der **3A. Hypothese** (s. Kap. 5), ergab nur einen signifikanten Unterschied in der hypothetisierten Richtung an T1 in einem feinfühligem Sprachmerkmal.

Sensitive gesunde Mütter ($M = 83\%$, $SD = 19\%$, $n = 21$) verwendeten hochsignifikant häufiger einen **positiven Tonfall** ($F_{3,54} = 15,03$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .22$) als sensitive PPD-Mütter ($M = 58\%$, $SD = 23\%$, $n = 20$). Nach Cohen (1988) ist mit 22%iger Varianzaufklärung von einem großen Effekt auszugehen.

Außerdem zeigt sich ein signifikanter Interaktionseffekt ($F_{3,54} = 8.26$, $p < .05$, $\eta^2 = .13$) mittlerer Stärke zwischen Gruppe und Sensitivität. Bei insensitiven PPD-Müttern ($M = 14\%$, $SD = 12\%$, $n = 8$) kam dieses Merkmal häufiger vor als bei insensitiven Kontrollmüttern ($M = 3\%$, $SD = 4\%$, $n = 9$). Die post-hoc Analyse (Dunn's multiple Comparison Procedure) ergab, dass zusätzlich die kritische Differenz von $\Psi_{Dunn} = 0,061$ ($\alpha = .05$, $C = 2$, $df_{error} = 40$, $t_{Dunn} = 2.33$, $\sigma^2_{error} = .005$, $n = 14,5$) zwischen den insensitiven ($M = 14\%$, $SD = 12\%$, $n = 8$) und den sensitiven PPD-Müttern ($M = 5\%$, $SD = 7\%$, $n = 20$) überschritten wurde. Insensitive PPD-Mütter wiesen also die stärkste Mutterbezogenheit in ihrer Sprache auf, gefolgt von den sensitiven Müttern (egal ob PPD oder Kontrolle). Am seltensten wurde mutterbezogene Sprache von insensitiven Kontrollmüttern verwendet (vgl. Abb. 16).

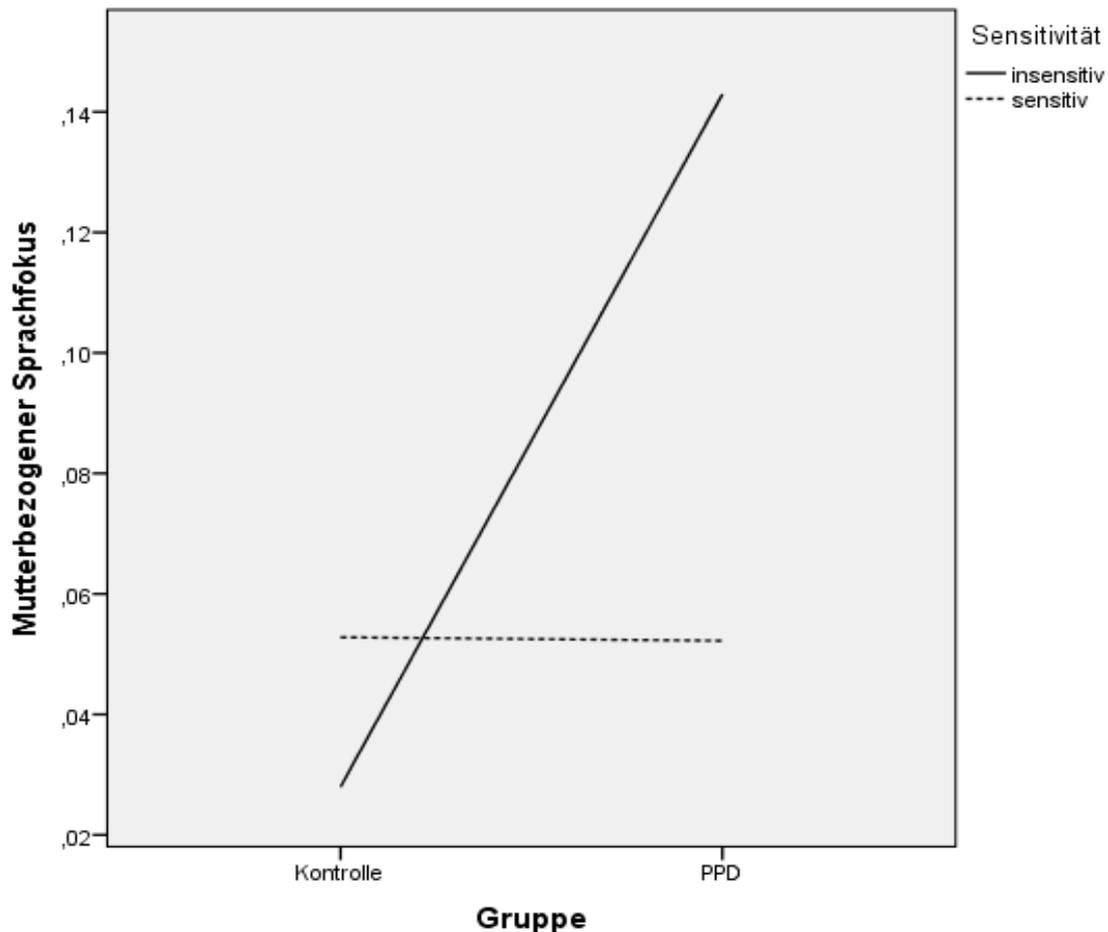


Abb. 16: Mutterbezogener Sprachfokus und Sensitivität

Alle weiteren Gruppenvergleiche bezüglich eines Interaktionseffektes hinsichtlich entwicklungsfördernder Sprachstrukturen blieben nicht signifikant. Somit zeigten sich Insensitivität und PPD nur in Kombination mit der Variable "mutterbezogen" als negativ.

Alle anderen für den Gesamtscore relevanten Sprachmerkmale zeigten als Einzelmerkmal keine signifikante Abhängigkeit von der Diagnose einer PPD.

Die Überprüfung der Hypothese über die Betrachtung des **Sprach-Gesamtscores** ($M = 8,10$, $SD = 0,63$, $\min = 6,66$, $\max = 9,25$) zeigte bei sensitiven gesunden Müttern ($M = 8,36$, $SD = 0,48$, $n = 21$) zwar deskriptiv einen höheren Gesamtscore ($F_{3,54} = 3,21$, $p = .08$, partielles $\eta^2 = .06$) als bei sensitiven PPD-Müttern ($M = 8,20$, $SD = 0,61$, $n = 20$). Dieser Zusammenhang wurde jedoch statistisch nicht signifikant. Damit kann die Hypothese als nicht bestätigt betrachtet werden: **Sensitive gesunde Mütter verwenden insgesamt keine feinfühligeren, entwicklungsförderndere Sprache als sensitive PPD-Mütter.**

Explorativ wurden die übrigen Sprachmerkmale auf statistisch bedeutsame Unterschiedlichkeit zwischen den **Diagnose-Gruppen** untersucht. Hierbei wurde herausgefunden, dass sensitive gesunde Mütter ($M = 0\%$, $SD = 0\%$, $n = 21$) hochsignifikant seltener **nicht Kind gerichtete kurze Äußerungen** ($F_{3,54} = 15,94$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .23$) machten als sensitive PPD-Mütter ($M = 17\%$, $SD = 1\%$, $n = 20$) und dass sie ($M = 17\%$,

$SD = 18\%$, $n = 21$) auch hochsignifikant weniger bedingte relative Zeitanteile ($F_{3,54} = 15,12$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .22$) hinsichtlich **neutralem Tonfall** hatten als sensitive PPD-Mütter ($M = 42\%$, $SD = 23\%$, $n = 20$). Darüber hinaus setzten sensitive gesunde Mütter ($M = 4\%$, $SD = 4\%$, $n = 21$) signifikant seltener einen auf ein **abwesendes Objekt** gerichteten Objektfokus ($F_{3,54} = 5,05$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .09$) als sensitive PPD-Mütter ($M = 5\%$, $SD = 5\%$, $n = 20$). **Keine Berührung** kam bei sensitiven gesunden Müttern ($M = 26\%$, $SD = 30\%$, $n = 21$) hochsignifikant häufiger vor ($F_{3,54} = 4,88$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .08$) als bei sensitiven PPD-Müttern ($M = 13\%$, $SD = 16\%$, $n = 20$).

In Bezug auf feinfühligkeits Sprachmerkmale ließ sich nur ein bedeutsamer Unterschied nachweisen, der auf die mütterliche **Sensitivität** zurückgeht (s. Kap. 14.2).

Sensitive PPD-Mütter ($M = 29\%$, $SD = 14\%$, $n = 20$) verwendeten signifikant häufiger einen **positiven Sprachinhalt** ($F_{3,54} = 6,70$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .11$) als insensitive PPD-Mütter ($M = 22\%$, $SD = 9\%$, $n = 8$). Nach Cohen (1988) ist mit 11%iger Varianzaufklärung von einem mittleren Effekt auszugehen.

Die Betrachtung des **Gesamtscore** zeigte jedoch hochsignifikante Ergebnisse ($F_{3,54} = 15,86$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .23$). Sensitive PPD-Mütter ($M = 8,20$, $SD = 0,61$, $n = 20$) wiesen höhere Werte als insensitive PPD-Mütter ($M = 7,43$, $SD = 0,30$, $n = 23$) auf. Nach Cohen (1988) ist mit 23%iger Varianzaufklärung von einem großen Effekt auszugehen.

Auch einige andere Variablen erwiesen sich als signifikant in Abhängigkeit von der **Sensitivität** einer Mutter.

Sensitive PPD-Mütter ($M = 5\%$, $SD = 5\%$, $n = 20$) sprachen häufiger **Unverständliches** ($F_{3,54} = 5,14$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .08$) und setzten häufiger ($M = 48\%$, $SD = 18\%$, $n = 20$) einen **kindbezogenen Sprachfokus** ($F_{3,54} = 5,44$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .09$) als insensitive PPD-Mütter ($M = 2\%$, $SD = 2\%$, $n = 8$; $M = 32\%$, $SD = 18\%$, $n = 8$).

Dagegen kam die Variable **Spiele/ Lieder** hochsignifikant häufiger ($F_{3,54} = 7,87$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .13$) bei insensitive PPD-Müttern ($M = 15\%$, $SD = 17\%$, $n = 8$) als bei sensitiven PPD-Müttern ($M = 5\%$, $SD = 9\%$, $n = 20$) vor. Ebenso verwendeten insensitive PPD-Mütter ($M = 71\%$, $SD = 11\%$, $n = 8$) häufiger einen **neutralen Sprachinhalt** ($F_{3,54} = 6,92$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .11$) und **thematische Wiederholungen** ($M = 24\%$, $SD = 14\%$, $n = 8$; $F_{3,54} = 5,60$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .09$) als sensitive PPD-Mütter ($M = 66\%$, $SD = 14\%$, $n = 20$; $M = 18\%$, $SD = 9\%$, $n = 20$). Schließlich kam die Variable **grobe Berührung** bei insensitive PPD-Müttern ($M = 18\%$, $SD = 31\%$, $n = 8$) häufiger vor ($F_{3,54} = 8,58$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .14$) als bei sensitiven PPD-Müttern ($M = 3\%$, $SD = 6\%$, $n = 20$).

Bezüglich des Sprachmerkmals **„negativer Tonfall“** ließ sich ein signifikanter Interaktionseffekt ($F_{3,54} = 5,55$, $p < .01$, $\eta^2 = .09$) mittlerer Stärke zwischen Gruppe und Sensitivität nachweisen. Bei insensitive PPD-Müttern ($M = 3\%$, $SD = 5\%$, $n = 8$) kam dieses Merkmal häufiger vor als bei insensitive Kontrollmüttern ($M = 0\%$, $SD = 1\%$, $n = 9$). Die post-hoc Analyse (Dunn's multiple Comparison Procedure) ergab, dass zusätzlich die kritische Differenz von $\Psi_{Dunn} = 0,029$ ($\alpha = .05$, $C = 2$, $df_{error} = 40$, $t_{Dunn} = 2,50$, $\sigma^2_{error} = .001$, $n = 14,5$) zwischen den insensitive ($M = 3\%$, $SD = 5\%$, $n = 8$) und den sensitiven PPD-Müttern ($M = 0\%$, $SD = 0\%$, $n = 20$) überschritten wurde. Insensitive PPD-Mütter verwendeten also am häufigsten einen negativen Tonfall in ihrer Sprache, gefolgt von den gesunden Müttern (egal ob insensitive oder sensitiv). Am seltensten wurde negativer Tonfall von sensitiven PPD-Müttern verwendet (vgl. Abb.17).

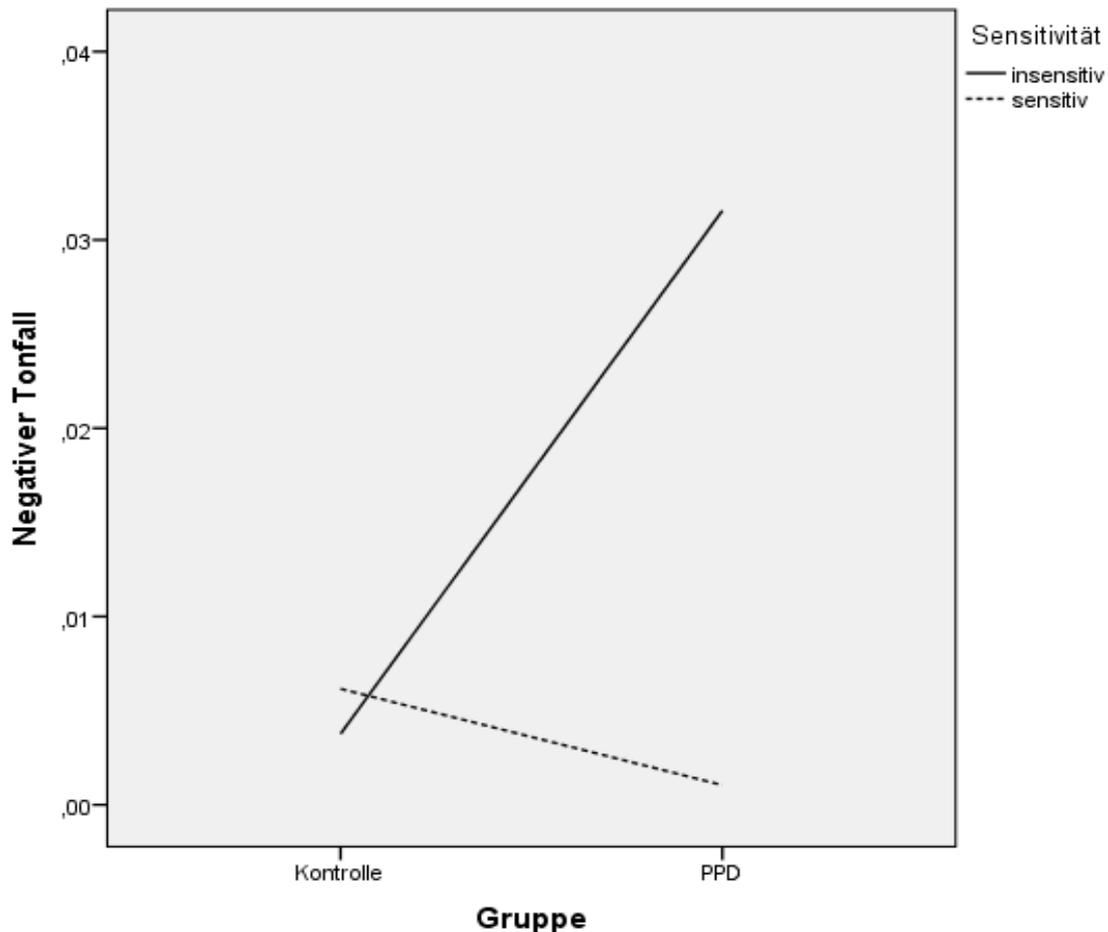


Abb. 17: Negativer Tonfall und Sensitivität

16.2 Sprachstruktur und intrusiver Interaktionsstil von PPD-Müttern

Zur Überprüfung des Einflusses des intrusiven IA-Stils auf die Sprachstruktur von PPD- und Kontrollmüttern wurden 2x2 Anovas (PPD vs. Kontrolle x intrusiv vs. nicht-intrusiv) ohne Messwiederholung angewandt (s. Anhang 21.3.3, Tab. 12).

Die Überprüfung der **3B. Hypothese** (s. Kap. 5) ergab ebenfalls nur einen signifikanten Unterschied in der hypothetisierten Richtung an T1 in einem feinfühligem Sprachmerkmal.

Intrusive PPD-Mütter ($M = 54\%$, $SD = 23\%$, $n = 16$) verwendeten hochsignifikant seltener einen **positiven Tonfall** ($F_{3,54} = 19,29$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .26$) als intrusive gesunde Mütter ($M = 72\%$, $SD = 25\%$, $n = 16$). Nach Cohen (1988) ist mit 26%iger Varianzaufklärung von einem großen Effekt auszugehen.

Alle anderen für den Gesamtscore relevanten Sprachmerkmale zeigten als Einzelmerkmal keine signifikante Abhängigkeit von der Diagnose einer PPD.

Die Überprüfung der Hypothese über die Betrachtung des **Sprach-Gesamtscores** ($M = 8,10$, $SD = 0,63$, $\min = 6,66$, $\max = 9,25$) zeigte bei intrusiven PPD-Müttern ($M = 7,74$, $SD = 0,59$, $n = 16$) zwar deskriptiv einen niedrigeren **Gesamtscore** ($F_{3,54} = 1.82$, $p = .18$, partielles $\eta^2 =$

.03) als bei intrusiven gesunden Müttern ($M = 7,94$, $SD = 0,59$, $n = 16$). Dieser Zusammenhang wurde jedoch statistisch nicht signifikant. Damit muss die Hypothese als nicht bestätigt betrachtet werden: **Intrusive PPD-Mütter verwenden insgesamt keine unfeinfühlere, entwicklungshemmendere Sprache als intrusive gesunde Mütter.**

Explorativ wurden die übrigen Sprachmerkmale auf statistisch bedeutsame Unterschiedlichkeit zwischen den Diagnose-Gruppen untersucht. Hierbei wurde herausgefunden, dass intrusive PPD-Mütter ($M = 1\%$, $SD = 1\%$, $n = 16$) hochsignifikant häufiger **nicht Kind gerichtete kurze Äußerungen** ($F_{3,54} = 10.76$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .17$) machen als intrusive gesunde Mütter ($M = 0\%$, $SD = 0\%$, $n = 16$) und dass sie ($M = 45\%$, $SD = 21\%$, $n = 16$) auch hochsignifikant mehr bedingte relative Zeitannteile ($F_{3,54} = 20.74$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .28$) bezüglich eines **neutralen Tonfalls** hatten als intrusive gesunde Mütter ($M = 27\%$, $SD = 24\%$, $n = 16$). **Keine Berührung** kam bei intrusiven PPD-Müttern ($M = 13\%$, $SD = 14\%$, $n = 16$) signifikant seltener vor ($F_{3,54} = 4,78$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .08$) als bei intrusiven gesunden Müttern ($M = 28\%$, $SD = 34\%$, $n = 16$).

In Bezug auf feinfühligkeit Sprachmerkmale ließen sich nur zwei bedeutsame Unterschiede nachweisen, die auf die mütterliche Intrusivität zurückgehen (s. Kap. 14.2).

Intrusive PPD-Mütter ($M = 25\%$, $SD = 10\%$, $n = 16$) verwendeten hochsignifikant seltener beschreibende Sprache ($F_{3,54} = 17.90$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .25$) als nicht intrusive PPD-Mütter ($M = 40\%$, $SD = 13\%$, $n = 12$). Nach Cohen (1988) ist mit 25%iger Varianzaufklärung von einem großen Effekt auszugehen.

Intrusive PPD-Mütter ($M = 23\%$, $SD = 8\%$, $n = 16$) verwendeten hochsignifikant seltener Fragen ($F_{3,54} = 13,10$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .20$) als nicht-intrusive PPD-Mütter ($M = 28\%$, $SD = 10\%$, $n = 12$). Nach Cohen (1988) ist mit 20%iger Varianzaufklärung von einem großen Effekt auszugehen.

Intrusive PPD-Mütter ($M = 54\%$, $SD = 14\%$, $n = 23$) verwendeten deskriptiv auch seltener einen **positiven Sprachinhalt** ($F_{3,54} = 3.96$, $p = .05$, partielles $\eta^2 = .07$) als nicht intrusive PPD-Mütter ($M = 58\%$, $SD = 24\%$, $n = 12$). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant.

Die Betrachtung des Gesamtscores zeigte jedoch hochsignifikante Ergebnisse ($F_{3,54} = 14.15$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .21$). Intrusive PPD-Mütter ($M = 7,84$, $SD = 0,64$, $n = 32$) wiesen niedrigere Werte auf als nicht-intrusive PPD-Mütter ($M = 8,41$, $SD = 0,59$, $n = 16$). Nach Cohen (1988) ist mit 21%iger Varianzaufklärung von einem großen Effekt auszugehen.

Auch einige andere Variablen erwiesen sich als signifikant in Abhängigkeit von der Intrusivität einer Mutter.

Intrusive PPD-Mütter ($M = 3\%$, $SD = 4\%$, $n = 16$) sprachen seltener **Unverständliches** ($F_{3,54} = 6.93$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .11$) als nicht intrusive PPD-Mütter ($M = 5\%$, $SD = 5\%$, $n = 12$).

Spiele/ Lieder kamen signifikant häufiger ($F_{3,54} = 6.84$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .11$) bei intrusiven PPD-Müttern ($M = 13\%$, $SD = 15\%$, $n = 16$) als bei nicht intrusiven PPD-Müttern ($M = 1\%$, $SD = 2\%$, $n = 12$) vor. Ebenso verwendeten diese ($M = 70\%$, $SD = 14\%$, $n = 16$) häufiger einen **neutralen Sprachinhalt** ($F_{3,54} = 4.42$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .08$) und machten hochsignifikant häufiger **Aussagen** ($M = 77\%$, $SD = 8\%$, $n = 16$; $F_{3,54} = 12.81$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .20$) als nicht intrusive PPD-Mütter ($M = 64\%$, $SD = 11\%$, $n = 12$; $M = 73\%$, $SD = 10\%$, $n = 12$). **Thematische Wiederholungen** kamen bei intrusiven PPD-Müttern ($M = 24\%$, $SD = 12\%$, $n = 16$) hochsignifikant häufiger vor ($F_{3,54} = 12.01$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .20$).

.18) als bei nicht intrusiven PPD-Müttern ($M = 15\%$, $SD = 7\%$, $n = 12$). Entsprechend ebenfalls hochsignifikant seltener **keine Wiederholung** (also häufiger Wiederholung) ($F_{3,54} = 9.01$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .14$) bei intrusiven PPD-Müttern ($M = 56\%$, $SD = 12\%$, $n = 16$) gegenüber nicht-intrusiven PPD-Müttern ($M = 65\%$, $SD = 11\%$, $n = 12$).

Bezüglich des Sprachmerkmals „non-mind-related comments“ lag ein signifikanter Interaktionseffekt ($F_{3,54} = 4,25$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .07$) mittlerer Stärke zwischen Gruppe und Intrusivität vor. Bei intrusiven PPD-Müttern ($M = 75\%$, $SD = 19\%$, $n = 16$) kam dieses Merkmal häufiger vor als bei intrusiven Kontrollmüttern ($M = 61\%$, $SD = 25\%$, $n = 16$). Die post-hoc Analyse (Dunn's multiple Comparison Procedure) ergab, dass zusätzlich die kritische Differenz von $\Psi_{Dunn} = 0,174$ ($\alpha = .04$, $C = 2$, $df_{error} = 40$, $t_{Dunn} = 2,50$, $\sigma^2_{error} = .035$, $n = 14,5$) zwischen den intrusiven ($M = 75\%$, $SD = 19\%$, $n = 16$) und den nicht intrusiven PPD-Müttern ($M = 65\%$, $SD = 13\%$, $n = 12$) überschritten wurde. Intrusive PPD-Mütter verwendeten also am häufigsten „non-mind-related comments“ in ihrer Sprache, gefolgt von den nicht intrusiven Müttern (PPD oder Kontrolle). Am seltensten wurden „non-mind-related comments“ von intrusiven Kontrollmüttern verwendet (vgl. Abb. 18).

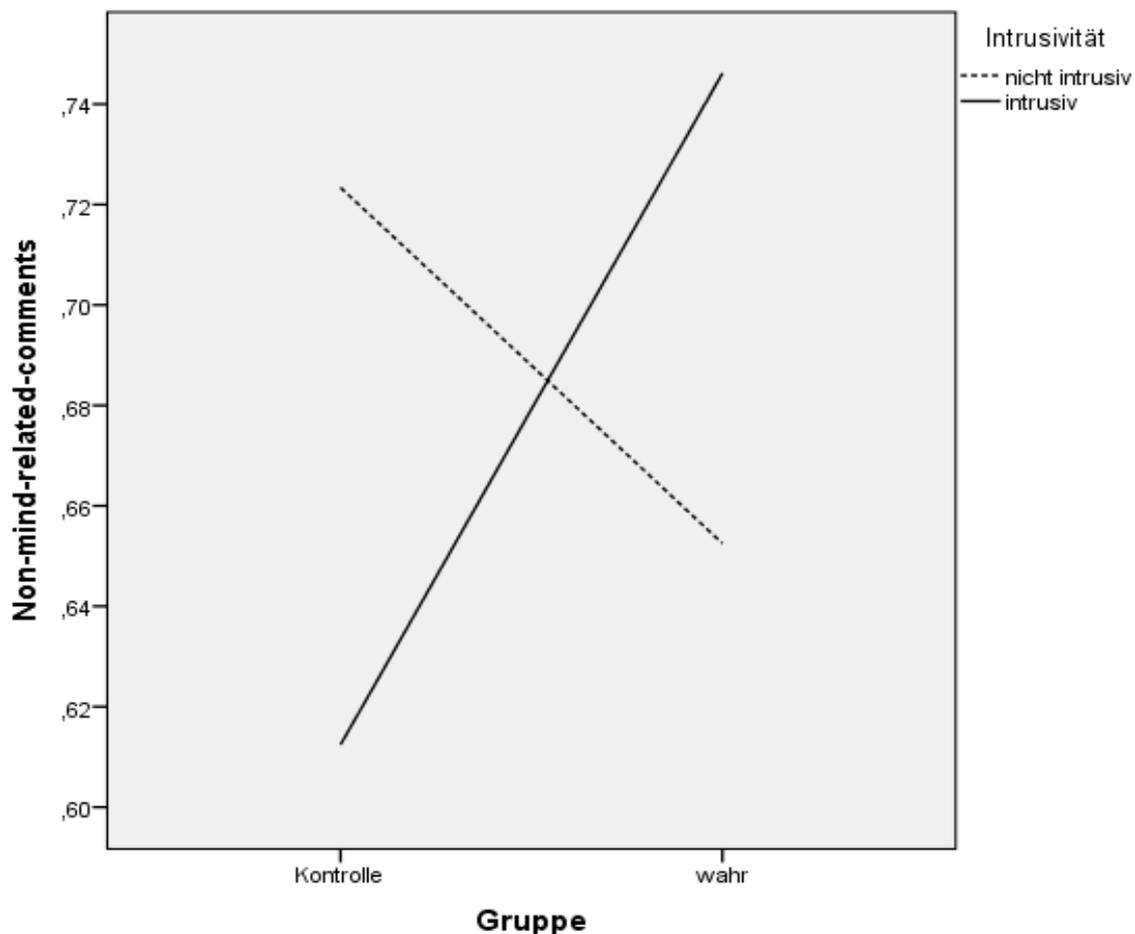


Abb. 18: „Non-mind-related-comments“ und Intrusivität

Bezüglich des Sprachmerkmals „Aussagen“ lag ein signifikanter Interaktionseffekt ($F_{3,54} = 3.95$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .07$) mittlerer Stärke zwischen Gruppe und Intrusivität vor. Bei intrusiven gesunden Müttern ($M = 80\%$, $SD = 10\%$, $n = 16$) kam dieses Merkmal häufiger vor

als bei intrusiven PPD-Müttern ($M = 77\%$, $SD = 8\%$, $n = 16$). Die post-hoc Analyse (Dunn's multiple Comparison Procedure) ergab, dass zusätzlich die kritische Differenz von $\Psi_{Dunn} = 0,097$ ($\alpha = .04$, $C = 2$, $df_{error} = 40$, $t_{Dunn} = 2.50$, $\sigma^2_{error} = .011$, $n = 14,5$) zwischen den intrusiven ($M = 77\%$, $SD = 8\%$, $n = 16$) und den nicht intrusiven PPD-Müttern ($M = 73\%$, $SD = 10\%$, $n = 12$) überschritten wurde. Intrusive gesunde Mütter verwendeten also am häufigsten Aussagen in ihrer Sprache, gefolgt von den PPD-Müttern (intrusiv oder nicht intrusiv). Am seltensten wurden Aussagen von nicht intrusiven Kontrollmüttern verwendet. (vgl. Abb. 19).

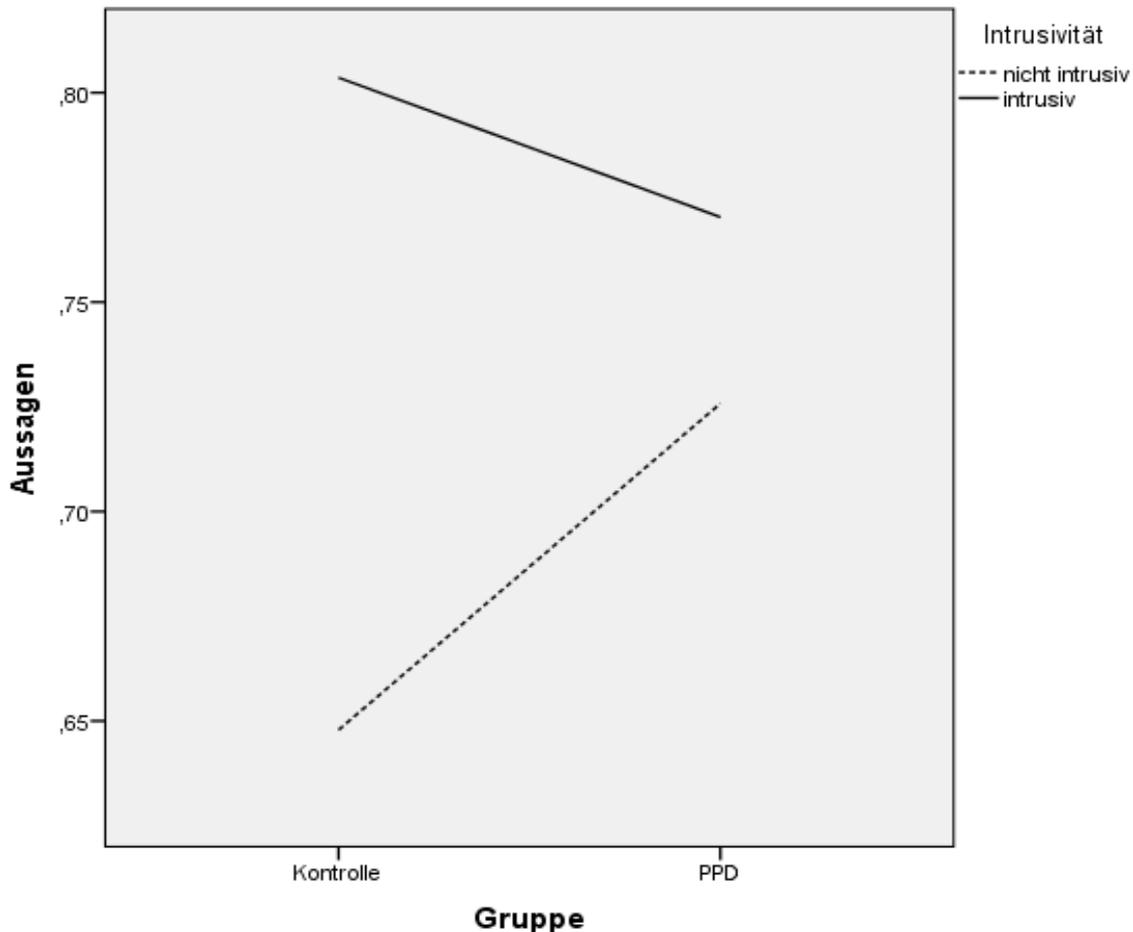


Abb. 19: Aussagen und Intrusivität

16.3 Feinfühligere Sprachstruktur und günstiger („high-sense-“) Interaktionsstil von PPD-Müttern

Zur Überprüfung des Einflusses eines günstigen („high-sense-“) beziehungsweise ungünstigen („low-sense-“) IA-Stils auf die Sprachstruktur von PPD- und Kontrollmüttern, wurden 2x2 Anovas (PPD vs. Kontrolle x high-sense vs. low-sense) ohne Messwiederholung angewandt (s. Anhang 21.3.4 Tab. 13).

Die Überprüfung der **3C. und 3D. Hypothesen** (s. Kap. 5) ergab signifikante Unterschiede in der hypothetisierten Richtung an T1 in zwei Sprachmerkmalen.

Gesunde Mütter mit einem günstigen IA-Stil ($M = 91\%$, $SD = 8\%$, $n = 14$) verwendeten signifikant häufiger einen Sprachinhalt, der **angemessen und bezogen** war ($F_{3,38} = 5,01$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .12$), als PPD-Mütter mit einem günstigen IA-Stil ($M = 86\%$, $SD = 13\%$, $n = 11$). Nach Cohen (1988) ist mit 12%iger Varianzaufklärung von einem mittleren Effekt auszugehen.

PPD-Mütter mit einem ungünstigen IA-Stil ($M = 14\%$, $SD = 12\%$, $n = 8$) setzten signifikant häufiger einen Sprachfokus, der **mutterbezogen** war ($F_{3,38} = 7,54$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .17$), als gesunde Mütter mit einem ungünstigen IA-Stil ($M = 3\%$, $SD = 4\%$, $n = 9$). Nach Cohen (1988) ist mit 17%iger Varianzaufklärung von einem großen Effekt auszugehen. Dieses Ergebnis lässt sich jedoch durch das Vorliegen eines signifikanten Interaktionseffekts ($F_{3,54} = 6.68$, $p < .05$, $\eta^2 = .15$) großer Stärke zwischen Gruppe und Qualität des IA-Stils noch weiter ausdifferenzieren. Die post-hoc Analyse (Dunn's multiple Comparison Procedure) ergab, dass zusätzlich die kritische Differenz von $\Psi_{Dunn} = 0,061$ ($\alpha = .05$, $C = 2$, $df_{error} = 40$, $t_{Dunn} = 2.50$, $\sigma^2_{error} = .005$, $n = 14,5$) zwischen den PPD-Müttern mit ungünstigem IA-Stil ($M = 14\%$, $SD = 12\%$, $n = 8$) und denen mit einem günstigen IA-Stil ($M = 5\%$, $SD = 6\%$, $n = 11$) überschritten wurde. PPD-Mütter mit einem ungünstigen IA-Stil wiesen also die stärkste Mutterbezogenheit in ihrer Sprache auf, gefolgt von den Müttern mit einem günstigen IA-Stil (egal ob PPD oder Kontrolle). Am seltensten wurde mutterbezogene Sprache von Kontrollmüttern mit einem ungünstigen IA-Stil verwendet (vgl. Abb. 20).

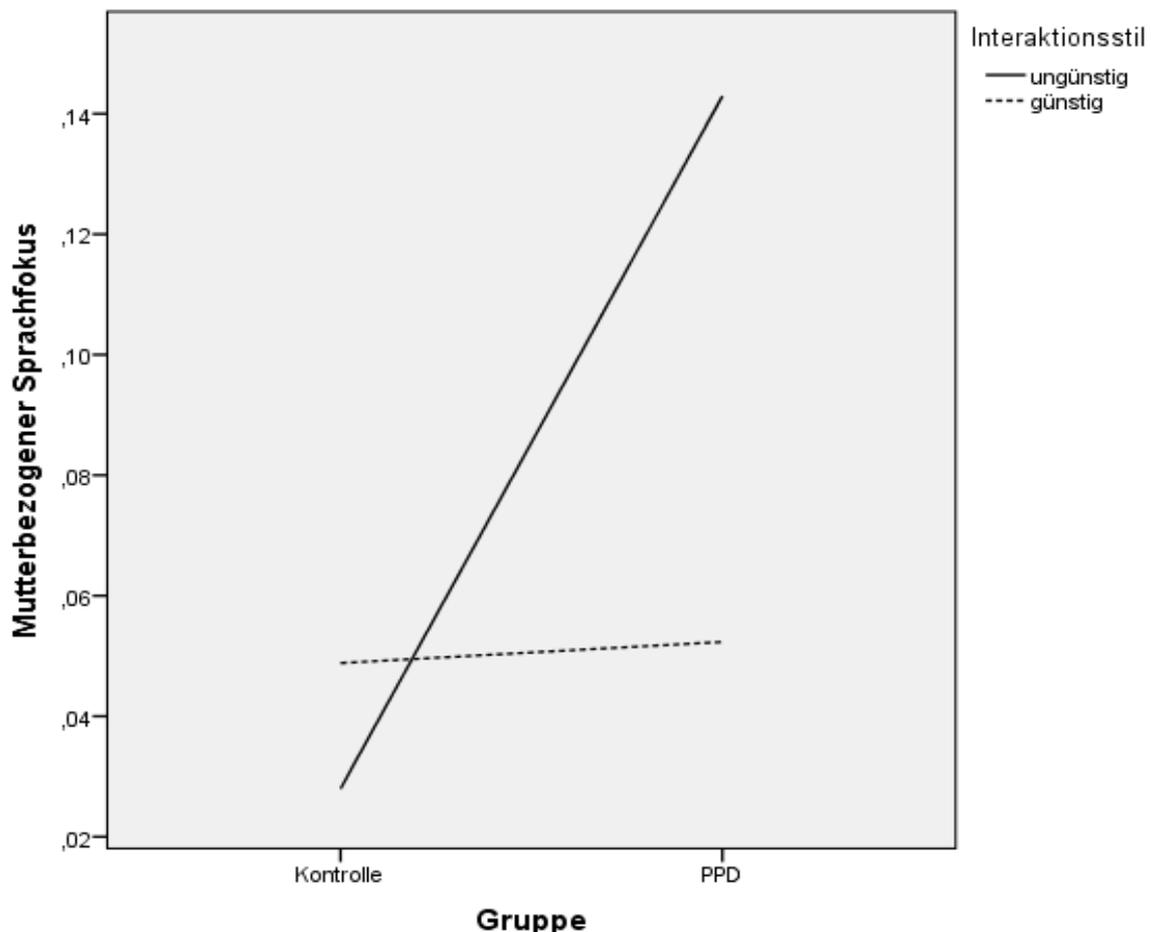


Abb. 20: Mutterbezogener Sprachfokus und Interaktionsstil

Alle weiteren Gruppenvergleiche bezüglich eines Interaktionseffektes bei entwicklungsfördernden Sprachstrukturen blieben nicht signifikant. Somit zeigten sich ungünstiger IA-Stil und PPD nur in Kombination mit dem Code "mutterbezogen" als negativ.

Alle anderen für den Gesamtscore relevanten Sprachmerkmale zeigten als Einzelmerkmal keine signifikante Abhängigkeit von der Diagnose einer PPD.

Die Überprüfung der Hypothesen über die Betrachtung des **Sprach-Gesamtscores** ($M = 8,10$, $SD = 0,64$, $\min = 6,66$, $\max = 9,25$) zeigte bei gesunden Müttern mit einem günstigen IA-Stil ($M = 8,50$, $SD = 0,30$, $n = 14$) zwar deskriptiv einen höheren **Gesamtscore** ($F_{3,38} = 3,91$, $p = .06$, partielles $\eta^2 = .09$) als bei PPD-Müttern mit einem günstigen IA-Stil ($M = 8,29$, $SD = 0,6$, $n = 11$). Dieser Zusammenhang wurde jedoch statistisch nicht signifikant. Damit müssen die Hypothesen als nicht bestätigt betrachtet werden:

Gesunde Mütter mit einem günstigen („high-sense-“) IA-Stil haben keine feinfühliger, entwicklungsförderndere Sprache als PPD-Mütter mit einem günstigen („high-sense-“) IA-Stil.

PPD-Mütter mit einem ungünstigen („low-sense-“) IA-Stil haben keine unfeinfühliger, entwicklungshemendere Sprache als gesunde Mütter mit einem ungünstigen („high-sense-“) IA-Stil.

Explorativ wurden die übrigen Sprachmerkmale auf statistisch bedeutsame Verschiedenheit zwischen den Diagnose-Gruppen untersucht. Hierbei wurde herausgefunden, dass PPD-Mütter mit einem günstigen IA-Stil ($M = 1\%$, $SD = 1\%$, $n = 11$) hochsignifikant häufiger **nicht Kind gerichtete kurze Äußerungen** ($F_{3,38} = 16,15$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .30$) verwendeten als gesunde Mütter mit einem günstigen IA-Stil ($M = 0\%$, $SD = 0\%$, $n = 14$), dass sie ($M = 4\%$, $SD = 5\%$, $n = 11$; $M = 3\%$, $SD = 6\%$, $n = 11$) mehr bedingte relative Zeitanteile bezüglich eines Sprachinhalts, der **unangemessen und bezogen** ($F_{3,38} = 7,79$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .17$) oder **unangemessen und nicht bezogen** ($F_{3,38} = 5,45$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .13$) war, hatten als gesunde Mütter mit einem günstigen IA-Stil ($M = 2\%$, $SD = 2\%$, $n = 14$; $M = 1\%$, $SD = 2\%$, $n = 14$). PPD-Mütter mit einem günstigen IA-Stil ($M = 45\%$, $SD = 23\%$, $n = 11$) benutzten hochsignifikant häufiger einen **neutralen Tonfall** ($F_{3,38} = 21,10$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .36$) als gesunde Mütter mit einem günstigen IA-Stil ($M = 10\%$, $SD = 10\%$, $n = 14$), während gesunde Mütter mit einem günstigen IA-Stil ($M = 90\%$, $SD = 10\%$, $n = 14$) hochsignifikant häufiger einen **negativen Tonfall** ($F_{3,38} = 21,13$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .36$) hatten als PPD-Mütter mit einem günstigen IA-Stil ($M = 55\%$, $SD = 23\%$, $n = 11$). Darüber hinaus hatten PPD-Mütter mit einem günstigen IA-Stil ($M = 6\%$, $SD = 6\%$, $n = 11$) signifikant häufiger einen auf ein **abwesendes Objekt** gerichteten Objektfokus ($F_{3,38} = 5,61$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .13$) als gesunde Mütter mit einem günstigen IA-Stil ($M = 4\%$, $SD = 4\%$, $n = 14$).

In Bezug auf feinfühligere Sprachmerkmale ließen sich vier bedeutsame Unterschiede nachweisen, die auf die mütterliche Qualität des IA-Stils zurückgehen.

PPD-Mütter mit einem günstigen IA-Stil ($M = 40\%$, $SD = 13\%$, $n = 11$) verwendeten hochsignifikant häufiger beschreibende Sprache ($F_{3,38} = 9,36$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .06$) als PPD-Mütter mit einem ungünstigen IA-Stil ($M = 26\%$, $SD = 13\%$, $n = 8$). Nach Cohen (1988) ist mit 6%iger Varianzaufklärung von einem schwachen Effekt auszugehen.

PPD-Mütter mit einem günstigen IA-Stil ($M = 28\%$, $SD = 12\%$, $n = 11$) verwendeten signifikant häufiger einen positiven Sprachinhalt ($F_{3,38} = 6,23$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .14$)

als PPD-Mütter mit einem ungünstigen IA-Stil ($M = 22\%$, $SD = 9\%$, $n = 8$). Nach Cohen (1988) ist mit 14%iger Varianzaufklärung von einem großen Effekt auszugehen.

PPD-Mütter mit einem günstigen IA-Stil ($M = 0\%$, $SD = 0\%$, $n = 11$) verwendeten signifikant seltener einen **positiven Tonfall** ($F_{3,38} = 4,85$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .11$) als PPD-Mütter mit einem ungünstigen IA-Stil ($M = 3\%$, $SD = 5\%$, $n = 8$). Nach Cohen (1988) ist mit 11%iger Varianzaufklärung von einem mittleren Effekt auszugehen.

PPD-Mütter mit einem günstigen IA-Stil ($M = 26\%$, $SD = 9\%$, $n = 11$) verwendeten signifikant häufiger **Fragen** ($F_{3,38} = 6,03$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .14$) als PPD-Mütter mit einem ungünstigen IA-Stil ($M = 23\%$, $SD = 10\%$, $n = 8$). Nach Cohen (1988) ist mit 14%iger Varianzaufklärung von einem großen Effekt auszugehen.

Die Betrachtung des **Gesamtscore** zeigte zudem hochsignifikante Ergebnisse ($F_{3,38} = 22,40$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .37$) in Abhängigkeit von der Art des IA-Stils: PPD-Mütter mit einem günstigen IA-Stil ($M = 8,29$, $SD = 0,6$, $n = 11$) wiesen höhere Werte auf als PPD-Mütter mit einem ungünstigen IA-Stil ($M = 7,43\%$, $SD = 0,30$, $n = 8$). Nach Cohen (1988) ist mit 37%iger Varianzaufklärung von einem großen Effekt auszugehen.

Auch einige andere Variablen erwiesen sich als signifikant in Abhängigkeit von der Art des IA-Stils einer Mutter.

PPD-Mütter mit einem günstigen IA-Stil ($M = 5\%$, $SD = 5\%$, $n = 11$) sprachen häufiger **Unverständliches** ($F_{3,38} = 6,27$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .14$) und setzten häufiger ($M = 50\%$, $SD = 18\%$, $n = 11$) einen **kindbezogenen Sprachfokus** ($F_{3,38} = 5,29$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .12$) als PPD-Mütter mit einem ungünstigen IA-Stil ($M = 2\%$, $SD = 2\%$, $n = 8$; $M = 32\%$, $SD = 18\%$, $n = 8$).

Dagegen kam die Variable **Spiele/ Lieder** hochsignifikant häufiger ($F_{3,38} = 7,64$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .17$) bei PPD-Mütter mit einem ungünstigen IA-Stil ($M = 15\%$, $SD = 17\%$, $n = 8$) als bei PPD-Mütter mit einem günstigen IA-Stil ($M = 1\%$, $SD = 3\%$, $n = 11$) vor. Ebenso verwendeten diese ($M = 71\%$, $SD = 11\%$, $n = 8$) häufiger einen **neutralen Sprachinhalt** ($F_{3,38} = 6,98$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .16$) und hochsignifikant häufiger **thematische Wiederholungen** ($M = 24\%$, $SD = 14\%$, $n = 8$; $F_{3,38} = 9,03$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .19$) als PPD-Mütter mit einem günstigen IA-Stil ($M = 65\%$, $SD = 11\%$, $n = 11$; $M = 15\%$, $SD = 7\%$, $n = 11$). Die Verwendung eines günstigen IA-Stils bei PPD-Müttern ging auch einher mit der selteneren Verwendung von **Wiederholungen** (keine Wiederholung: $M = 66\%$, $SD = 9\%$, $n = 11$; $F_{3,38} = 7,95$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .17$), **Aussagen** ($M = 74\%$, $SD = 9\%$, $n = 11$; $F_{3,38} = 5,90$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .13$) und **groben Berührungen** ($M = 3\%$, $SD = 6\%$, $n = 11$; $F_{3,38} = 6,08$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .14$) im Vergleich zu einem ungünstigen IA-Stil (keine Wiederholung: $M = 54\%$, $SD = 11\%$, $n = 8$; $M = 77\%$, $SD = 10\%$, $n = 8$; $M = 18\%$, $SD = 31\%$, $n = 8$).

16.4 Postpartale Depression und Interaktionsstil im Längsschnitt

Die Überprüfung der **4. Hypothese** (s. Kap. 6) stellt sich als statistisch invalide dar, da die Zellbesetzungen und Fehlerfreiheitsgrade bei einer dreifaktoriellen Anova (Gruppe X IA-Stil X Messzeitpunkt) zu klein werden (s. Anhang 21.4.1 Tab. 14).

Zur Exploration der Veränderungen von T1 nach T2 innerhalb der beiden Gruppen wurden deshalb 2x2 Anovas (PPD vs. Kontrolle x T1 vs. T2) mit Messwiederholung auf dem Faktor Messzeitpunkt angewandt (s. Anhang 21.4.2 Tab. 15).

Dabei wurde deutlich, dass es innerhalb der erwiesenermaßen förderlichen Sprachstrukturen im Längsschnitt nur hinsichtlich einer Variable Unterschiede gab. An T2 verwendeten Mütter ($M = 21\%$, $SD = 10\%$, $n = 20$) hochsignifikant seltener einen **positiven Sprachinhalt** ($F_{3,40} = 10.55$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .21$) als Mütter an T1 ($M = 26\%$, $SD = 12\%$, $n = 20$). Nach Cohen (1988) ist mit 21%iger Varianzaufklärung von einem großen Effekt auszugehen.

Statistisch signifikante Unterschiede in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt ergaben sich für sieben weitere Variablen:

Mütter sprachen an T2 ($M = 3\%$, $SD = 4\%$, $n = 42$) hochsignifikant seltener **Unverständliches** ($F_{3,40} = 12.96$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .25$) als Mütter an T1 ($M = 5\%$, $SD = 5\%$, $n = 42$). Sie verwendeten ($M = 47\%$, $SD = 19\%$, $n = 42$) seltener **Kind gerichtete kurze Äußerungen** ($F_{3,40} = 4.31$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .10$) als an T1 ($M = 53\%$, $SD = 18\%$, $n = 42$). Ebenfalls reduzierten sie an T2 ($M = 17\%$, $SD = 19\%$, $n = 42$) **Spiele/ Lieder** ($F_{3,40} = 6.55$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .14$) gegenüber T1 ($M = 11\%$, $SD = 17\%$, $n = 42$). Hingegen benutzten Mütter an T2 ($M = 71\%$, $SD = 11\%$, $n = 42$) hochsignifikant häufiger einen **neutralen Sprachinhalt** ($F_{3,40} = 9.17$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .19$) als Mütter an T1 ($M = 65\%$, $SD = 14\%$, $n = 42$). An T2 ($M = 5\%$, $SD = 5\%$, $n = 42$) kam **angemessener und nicht bezogener** Sprachinhalt seltener vor ($F_{3,40} = 4.56$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .10$) als an T1 ($M = 8\%$, $SD = 9\%$, $n = 42$). Mütter verwendeten an T2 ($M = 32\%$, $SD = 28\%$, $n = 42$) häufiger **keine Berührung** ($F_{3,40} = 8.77$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .18$), berührten ihr Kind also seltener als Mütter an T1 ($M = 20\%$, $SD = 28\%$, $n = 42$). Dabei bestand an T2 ($M = 33\%$, $SD = 23\%$, $n = 42$) hochsignifikant seltener eine **Kongruenz zum Sprachinhalt** ($F_{3,40} = 21.11$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .35$) als an T1 ($M = 52\%$, $SD = 26\%$, $n = 42$).

Der **Sprach-Gesamtscore** ($M = 8,10$, $SD = 0,63$, $\min = 6,66$, $\max = 9,25$) zeigte keinen statistisch signifikanten Unterschied ($F_{3,40} = .18$, $p = .68$, partielles $\eta^2 = .00$) für den zweiten ($M = 7,93$, $SD = 0,88$, $n = 42$) im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt ($M = 7,98$, $SD = 0,68$, $n = 42$).

Der Faktor **Gruppe** wurde bedeutsam für zwei entwicklungsfördernde Sprachvariablen: PPD-Mütter nach Remission ($M = 86\%$, $SD = 21\%$, $n = 20$) verwendeten signifikant seltener einen Sprachinhalt, der **angemessen und bezogen** war ($F_{3,40} = 4.76$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .11$) als gesunde Mütter nach Remission ($M = 92\%$, $SD = 9\%$, $n = 22$). Nach Cohen (1988) ist mit 11%iger Varianzaufklärung von einem großen Effekt auszugehen.

PPD-Mütter nach Remission ($M = 53\%$, $SD = 23\%$, $n = 20$) verwendeten mit einem großen Effekt auch hochsignifikant seltener einen **positiven Tonfall** ($F_{3,40} = 20.81$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .34$) als gesunde Mütter nach Remission ($M = 69\%$, $SD = 20\%$, $n = 22$).

Vier weitere Variablen wiesen statistisch signifikante Unterschiede durch eine Diagnose auf. Nach Remission sprachen PPD-Mütter ($M = 5\%$, $SD = 5\%$, $n = 11$) häufiger **Unverständliches** ($F_{3,40} = 6,27$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .14$) und sie ($M = 3\%$, $SD = 3\%$, $n = 20$) **lachten** seltener ($F_{3,40} = 4,41$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .10$) als gesunde Mütter ($M = 2\%$, $SD = 2\%$, $n = 8$; $M = 4\%$, $SD = 5\%$, $n = 22$).

PPD-Mütter nach Remission ($M = 1\%$, $SD = 2\%$, $n = 20$) verwendeten auch hochsignifikant häufiger **nicht Kind gerichtete kurze Äußerungen** ($F_{3,40} = 8,58$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .18$) und einen **neutralen Tonfall** ($M = 0\%$, $SD = 1\%$, $n = 22$; $F_{3,40} = 21,88$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .35$) als gesunde Mütter nach Remission ($M = 0\%$, $SD = 1\%$, $n = 22$; $M = 30\%$, $SD = 20\%$, $n = 22$).

Der **Gesamtscore** wurde im Längsschnitt nicht signifikant. Auch nach Remission hatten PPD-Mütter ($M = 7,74$, $SD = 0,97$, $n = 20$) nur deskriptiv einen niedrigeren **Gesamtscore** ($F_{3,40} = 2,95$, $p = .09$, partielles $\eta^2 = .07$) als gesunde Mütter ($M = 8,10$, $SD = 0,64$, $n = 20$).

Alle Gruppenvergleiche bezüglich eines Interaktionseffektes mit dem Messzeitpunkt blieben nicht signifikant.

16.5 Der Sprach-Gesamtscore („Language Composite“)

Ein zentrales Anliegen dieser Arbeit war es, den Nutzen der Bildung eines Sprach-Gesamtscores für feinfühligere mütterliche Sprache näher zu untersuchen (s. Kap. 3-6 und 12). Deshalb sind die Ergebnisse zu diesem Thema im Folgenden noch einmal kurz zusammenfassend dargestellt (s. Anhang 21.3 und 21.4.2, Tab. 10-13 und 15)

Für die **gesamte** untersuchte **Stichprobe** (58 Vpn) lag der Gesamtscore bei einem Mittelwert von $M = 8,1$ ($SD = 0,63$; $\min = 6,66$, $\max = 9,25$) an T1 und $M = 7,9$ ($SD = 0,88$) an T2 und somit leicht über dem Skalendurchschnitt von 7,5.

Sensitive Mütter ($M = 8,28$, $SD = 0,55$, $n = 41$) hatten mit großer Effektstärke einen hochsignifikant höheren Wert ($F_{3,54} = 15,86$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .23$) als insensitive Mütter ($M = 7,65$, $SD = 0,60$, $n = 17$).

Intrusive Mütter ($M = 7,84$, $SD = 0,64$, $n = 32$) hatten mit großer Effektstärke einen hochsignifikant niedrigeren Wert ($F_{3,54} = 14,15$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .21$) als nicht-intrusive Mütter ($M = 8,41$, $SD = 0,45$, $n = 26$).

Mütter mit einem günstigen IA-Stil ($M = 8,41$, $SD = 0,46$, $n = 25$) wiesen mit großer Effektstärke hochsignifikant höhere Werte auf ($F_{3,38} = 22,40$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .37$) als Mütter mit einem ungünstigen IA-Stil ($M = 7,65$, $SD = 0,60$, $n = 17$).

Dementsprechend hatten auch PPD-Mütter mit einem günstigen IA-Stil ($M = 8,29$, $SD = 0,6$, $n = 11$) hochsignifikant höhere Werte als PPD-Mütter mit einem ungünstigen IA-Stil ($M = 7,43\%$, $SD = 0,30$, $n = 8$).

PPD-Mütter ($M = 7,98$, $SD = 0,64$) hatten statistisch **vergleichbare Werte** ($t = 1,36$, $df = 56$, $p = .18$) wie gesunde Mütter ($M = 8,20$, $SD = 0,61$).

Entsprechend gab es auch für sensitive PPD-Mütter ($M = 8,20$, $SD = 0,61$, $n = 20$) keine statistisch relevanten Unterschiede ($F_{3,54} = 3,21$, $p = .08$, partielles $\eta^2 = .06$) gegenüber sensitiven gesunden Müttern ($M = 8,36$, $SD = 0,48$, $n = 21$).

Auch intrusive PPD-Mütter ($M = 7,74$, $SD = 0,59$, $n = 16$) ähnelten in ihrer sprachlichen Feinfühligkeit ($F_{3,54} = 1,82$, $p = .18$, partielles $\eta^2 = .03$) intrusiven gesunden Müttern ($M = 7,94$, $SD = 0,59$, $n = 16$).

Ebenfalls hatten auch PPD-Mütter mit einem günstigen IA-Stil ($M = 8,29$, $SD = 0,6$, $n = 11$) statistisch vergleichbare Werte ($F_{3,38} = 3,91$, $p = .06$, partielles $\eta^2 = .09$) wie gesunde Mütter mit einem günstigen IA-Stil ($M = 8,50$, $SD = 0,30$, $n = 14$).

Schließlich unterschieden sich auch die Werte von PPD-Müttern nach Remission ($M = 7,74$, $SD = 0,97$, $n = 20$) statistisch kaum ($F_{3,40} = 2,95$, $p = .09$, partielles $\eta^2 = .07$) von denen gesunder Mütter nach Remission ($M = 8,10$, $SD = 0,64$, $n = 20$).

Zum **zweiten Messzeitpunkt** hatten Mütter allgemein ($M = 7,93$, $SD = 0,88$, $n = 42$) eine **ähnliche Feinfühligkeit** in ihrer Sprache ($F_{3,40} = .18$, $p = .68$, partielles $\eta^2 = .00$) wie zum ersten Messzeitpunkt ($M = 7,98$, $SD = 0,68$, $n = 42$).

Entsprechend hatten auch PPD-Mütter nach Remission ($M = 7,74$, $SD = 0,97$, $n = 20$) vergleichbare Werte wie PPD-Mütter in der Akutphase ($M = 7,82$, $SD = 0,97$, $n = 20$).

V Diskussion

17 Interpretation der Ergebnisse

17.1 Die Präsenz mütterlicher Sprachmerkmale

Die Vielzahl der vorliegenden sprachspezifischen Daten ermöglichte eine erste empirische Anwendung des SCMS (s. Kap. 12) mit seinen zehn Hauptstrukturkomponenten und 48 Sprachmerkmalen.

Nach vorliegenden Ergebnissen ist die vorrangig verwendete bindungsrelevante mütterliche Sprachstruktur durch Sprachmerkmale aus allen diesen Kategorien geprägt (vgl. Tab. 16):

Tab. 16: Hauptmerkmale der mütterlichen Sprachstruktur

Kategorie	Sprachmerkmale	feinfühlig	un-feinfühlig	keine Effekte
1. Äußerungen	Anzahl			•
2. Sprachintention	Kurzlaute			•
3. Sprachfokus	Kind ger. kurze Äußerungen			•
4. "Mind-mindedness"	zustandsbezogen	•		
5. Sprachinhalt	"non-mind-related-comments"		•	
	neutral		•	
	angemessen und bezogen	•		
6. Tonfall	positiv	•		
7. Sprachweise	Aussagen		•	
8. Wiederholung	keine	•		
9. Objektfokus	kein Objekt erwähnt			•
10. Berührung	sanft	•		
	keine Kongruenz z. Sprachinhalt			•

Mütterliche Sprache stellt sich hier als eine Struktur dar, die sowohl durch feinfühligere, entwicklungsfördernde Merkmale, wie insbesondere durch einen zustandsbezogenen Sprachfokus, eine angemessene und bezogene Reaktion, einen positiven Tonfall, wenig Wiederholungen und sanfte Berührungen, als auch durch wenige unfeinfühligere Variablen, wie vor allem „non-mind-related-comments“, neutralen Sprachinhalt und Aussagen sowie durch in ihrer Auswirkung auf die Entwicklung des Kindes noch wenig untersuchte Sprachmerkmale, wie die Anzahl von Äußerungen, Kind gerichtete kurze Äußerungen, Kurzlaute, fehlenden Objektfokus und fehlender Kongruenz zum Sprachinhalt charakterisiert wird (s. Kap. 14.1).

Auffällig ist, dass die Merkmale für unfeinfühlig, entwicklungshemmende Sprache in Gestalt von vorschreibender Sprache, mutterbezogenem Sprachfokus und negativem Sprachinhalt nur sehr selten verwendet werden und keines dieser Merkmale, auch wortwörtliche Wiederholung (19%) nicht, unter den oben genannten zehn Hauptkomponenten mütterlicher Sprache vertreten ist (s. Anhang 21.1, Tab. 6). Im Allgemeinen, das heißt außer für intrusive Mütter oder solche mit einem ungünstigen IA-Stil, zeigt sich also deutlich, dass **mütterliche Sprache zu einem großen Teil durch bindungsfördernde Strukturen**, wie sie bereits bei Grossmann & Grossmann (1985) gefunden wurden, **charakterisiert** ist (s. Kap. 2.2.1.2). Intrusive Mütter sind weniger empathisch und ihre Sprache dementsprechend durch andere Charakteristika gekennzeichnet.

Die weitere **Betrachtung einzelner Merkmale** der mütterlichen Sprachstruktur (s. Kap. 8.3) weist neben solchen Konformitäten aber auch einige Differenzen zu vorangegangenen Studien auf (s. Kap. 2.2).

Die Ergebnisse von Kruper & Užgiris (1987) (auch Bornstein et al., 1992) hinsichtlich einer wachsenden Anzahl von *Äußerungen* mit zunehmendem Alter des Kindes konnten in keiner Weise bestätigt werden. Unabhängig von einer Diagnose äußerten sich Mütter einem älteren Kind gegenüber genauso häufig wie einem jüngeren, was zunächst nicht verwundert, denn verbale Interaktion hat, wie diese Studie zeigt, viele Gesichter (s. Kap. 14-16). In der Studie von Kruper & Užgiris gab es eine eingeschränkte Definition der „Gesamtzahl von Äußerungen“. So wurden zum Beispiel Lieder genauso wenig gezählt, wie die Wiederholung von unsinnigen Wörtern. Allein dieser Unterschied könnte wesentlich zu den abweichenden Ergebnissen beigetragen haben.

Die bedingten relativen Zeitanteile von *Pausen* bei gesunden Müttern änderten sich, wie von Szabadi et al. (1976) gefunden, auch in dieser Studie von T1 zu T2 nicht in statistisch signifikanter Weise.

Unverständliches kam mit steigendem Alter des Kindes seltener vor, was zum Einen mit der zunehmenden Lautstärke der mütterlichen Sprache in Reaktion auf die lautereren Vokalisationen des Kindes, zum Anderen aber auch durch die technisch besseren Voraussetzungen bei der Versuchsdurchführung an T2 erklärt werden kann.

Die Häufigkeiten hinsichtlich der mütterlichen Sprachintention waren für *beschreibende Sprache* mit einem Drittel ähnlich der bereits in der Vergangenheit gefundenen (Newport et al., 1977; Kruper & Užgiris, 1987).

Hinsichtlich *vorschreibender Sprache* fanden sich, trotz der Einbeziehung positiver ermutigender Sprache, mit 6% nur die Hälfte gegenüber Kruper & Užgiris (1987) beziehungsweise mit einem Drittel im Vergleich zu Newport et al. (1977) grundlegend andere Aussagen. Innerhalb dieser Kategorie besteht deshalb für die Zukunft deutlich erhöhter Klärungs- und Operationalisierungsbedarf, zumal sich vorschreibende Sprache ungünstig auf die Entwicklung auswirkt. Ein Ansatzpunkt könnte die vertiefte Einbeziehung des elterlichen (und kindlichen) Geschlechts sein, das in der Untersuchung von Kruper & Užgiris (1987) erheblichen Einfluss auf die Häufigkeiten hatte. Ein Einfluss des kindlichen Geschlechts auf vorschreibende Sprache wurde in dieser Studie nicht evident.

Kind gerichtete kurze Äußerungen bestätigen mit ihrer Auftretenshäufigkeit (52%) ungefähr die bisherigen Ergebnisse (60% bei Papoušek, 1994).

Der von Papoušek & Papoušek (1977a) bei *Imitationen* als Ausdruck der elterlichen Responsivität gefundene Rückgang mit steigendem Alter wurde nicht bestätigt.

Auch *Spiele/ Lieder* erwiesen sich, anders als bei Papoušek & Papoušek (1987), unabhängig vom Alter des Kindes, als Prädiktor für einen insensitiven oder intrusiven IA-Stil und wurden an T2, unabhängig von einer Diagnose, sogar häufiger verwendet.

Dafür kam eine direkte (grüßende) *Anrede* bei älteren Kindern seltener vor, was sich möglicherweise durch ihr zunehmendes Verständnis für differenziertere Sprache erklären lässt.

Das Setzen eines *kindbezogenen Sprachfokus* (häufiger von Müttern weiblicher Babys) erwies sich als ebenso geschlechtsabhängig wie ein *verhaltensbezogener Sprachfokus*, der am häufigsten bei Müttern von Jungen vorkam, allerdings an T2 am seltensten.

Die *in der Interaktion auf die Handlung des Kindes bezogene Sprache* war altersabhängig im Sinne von einer Abnahme über die Zeit. Die Tatsache, dass **in der Kategorie „Sprachfokus“ Alters-, Geschlechts- und Interaktionseffekte** zwischen beiden Variablen auftraten, zeigt, dass diese Komponente deutliche Forschungsrelevanz besitzt.

Mütterliche „*Äußerungen an Stelle des Kindes*“ kamen in der vorliegenden Studie wie bei Kruper & Użgiris (1987) äußerst selten ($M < 1\%$) vor.

Keine Replikation der Ergebnisse fand sich jedoch hinsichtlich einer Zunahme der mütterlichen „*mind-related-comments*“ mit steigendem Alter des Kindes, wie von Stern et al. (1983) eruiert. „Mind-related-comments“ machten aber immerhin ein relativ konstantes Drittel der bedingten relativen Zeitanteile aus und reihen sich damit in die divergierenden Ergebnisse anderer Studien ein (Beegly et al., 1986; Dunn et al., 1987. Zusammen mit den Befunden, dass sich, wie bei Kruper & Użgiris (1987), auch das Geschlecht des Kindes auf die Auftretenshäufigkeit auswirkt (**Mütter männlicher Säuglinge verwenden häufiger „mind-related-comments“**) und dass „mind-related-comments“ die Bindungssicherheit (Ainsworth et al., 1974; Meins, 1997, Meins et al., 2001) erhöhen, wird die Notwendigkeit vertiefender Forschung offensichtlich. Es ist zu vermuten, dass Jungen durch die Sprache ihrer Mütter einen gewissen Vorteil in Bezug auf ihre Bindungssicherheit mit zwölf Monaten haben, weil sie häufiger „mind-mindedness“ erfahren als Mädchen. Andererseits könnte dieses Ergebnis auch eine Art **Schutzfaktor für PPD-Mütter** von männlichen Kindern darstellen, der in der Therapie nutzbar gemacht werden könnte.

Interessant ist auch die Tatsache, dass **Mädchen** von ihren Müttern, unabhängig vom Alter, **häufiger negativen Sprachinhalt** hören als Jungen. Spannend ist dabei die Frage nach den Gründen dieses Verhaltens: Finden darin möglicherweise höhere Erwartungen an das gleichgeschlechtliche Gegenüber ihren Ausdruck? Und wie wäre die Interaktion diesbezüglich bei Vätern und ihren Söhnen? Ein solches Ergebnis regt aber auch dazu an, über die Auswirkungen auf die Entwicklung interner Arbeitsmodelle zu reflektieren. Negativer Sprachinhalt ist nachgewiesenermaßen entwicklungshemmend. Mädchen hätten also von Anfang an schlechtere Startbedingungen für den Aufbau einer sicheren Bindung, was vor allem bei Mädchen von PPD-Müttern als **Risikofaktor** Berücksichtigung finden sollte.

Die mütterliche *Responsivität* (= angemessene Sprache mit Bezug zu Vorausgegangenem) war, anders als in vorangegangenen Studien ermittelt (Papoušek & Papoušek, 1984; 1990a), unabhängig vom Alter des Kindes.

Allerdings kam *unangemessene, bezogene Sprache* bei älteren Kindern häufiger vor.

Hinsichtlich der Verwendung von *Fragen* ergab sich mit 26% abermals eine deutliche Abweichung bezüglich der Präsenz von etwa halb so vielen Fragen wie in vergangenen Ergebnissen (44% bei Newport et al., 1977; Kruper & Użgiris, 1987). Das für die „motherese“ charakteristische Anheben der Stimme in Gegenwart jüngerer Kinder kam tendenziell, jedoch statistisch nicht signifikant, eher häufiger bei älteren Kindern vor.

In Bezug auf das Vorkommen von *Wiederholungen insgesamt* ergibt sich zunächst eine Bestätigung des vorteilhaften kindgerechten „gesunden (mittleren) Maßes“ (Murray & Trevarthen, 1986) (41%). Der postulierte Alterseffekt (Stern et al., 1983) ließ sich jedoch nicht bestätigen. Die Anzahl der Wiederholungen blieb insgesamt ungefähr konstant. Der Anteil der *thematischen Wiederholungen* an der Gesamtzahl der Wiederholungen (61%) ist vergleichbar mit den von Papoušek (1994) gefundenen Werten (76%), wiederum aber nicht ansteigend, wie auch die Anzahl der *wortwörtlichen Wiederholungen* gegenüber älteren Kindern nicht rückläufig ist. Erste Widersprüche zu der bisherigen Forschung ergeben sich also aus der Tatsache, dass alle Formen der Wiederholung in ihrer Ausprägung über das Alter hinweg konstant blieben. Dabei gab es keine Effekte durch eine PPD. Eine Vertiefung des Sachverhaltes in künftigen Studien wäre wünschenswert, zumal sich thematische Wiederholungen nach bisheriger Forschung positiv auf die Sprachentwicklung des Kindes auswirken (Farrar, 1990), während wortwörtliche Wiederholungen entwicklungshemmend sind.

Schließlich zeigte sich noch, dass sowohl *sanfte Berührungen* als auch allgemein *zu Berührungen passende Sprache* mit steigendem Alter abnahm, was logisch erscheint. Durch die hohe Kongruenz zwischen Sprache und Berührung wird ein interaktiver Abstimmungsprozess zwischen Mutter und Kind in Gang gesetzt. Während das Kind anfangs noch auf das durch eine Berührung verstärkte Sprachsignal angewiesen ist, ist mit zunehmendem Lernprozess die Passung zwischen Berührung und Sprache weniger notwendig. Gleichzeitig lädt ein zunehmend aktives Kind weniger dazu ein und lässt sich auch weniger häufig sanft berühren. Außerdem eröffnen sich bei älteren Kindern auch neue Kommunikationsfelder.

17.2 Einfache Gruppeneffekte (PPD/ Kontrolle)

Die Hypothese zum Einfluss einer PPD auf die mütterliche Sprache konnte bestätigt werden. **Die Sprache depressiver Mütter unterscheidet sich insgesamt nur unwesentlich von der Sprache gesunder Mütter.** Die Vorhersage einer unsicheren Bindung anhand der summierten Wirkung bestimmter sprachlicher Merkmale allein aufgrund der Diagnose einer PPD ist daher nicht möglich.

Die Befunde der Vorstudie von Montini (2008) hinsichtlich der Variablen „Pausen“, „beschreibende Sprache“, „Personen bezogener Sprachfokus“ und „negativer Sprachinhalt“ konnten repliziert und sogar um 39 Sprachmerkmale erweitert werden, in denen es keine Unterschiede zwischen den Gruppen gab.

Gleichzeitig bedeutet dieses Ergebnis, dass einige Erkenntnisse vorangegangener Studien nicht bestätigt werden können:

1. Dass PPD-Mütter weniger mit ihrem Baby sprechen als gesunde Mütter (Aronson & Weintraub, 1972; Cohn & Tronick, 1989; Breznitz, 2001; Reck et al., 2004a; Hornstein et al., 2006; Weinberg et al., 2006), konnte hier nicht verifiziert werden.
2. Auch der bedingte relative Zeitanteil von Pausen (Bettes, 1988; Teasdale et al., 1980; Breznitz, 2001) war wie in der Vorstudie von Montini (2008) bei Depressiven vergleichbar hoch, wie bei Gesunden. Anders als bei Szabadi et al. (1976) machten PPD-Mütter nach Remission genauso viele Pausen wie in der Akutphase.
3. In der Kategorie Sprachintention zeigten PPD-Mütter, anders als bei Papoušek (1994), genauso häufig Kind gerichtete kurze Äußerungen wie gesunde Mütter.

4. Entgegen bisheriger Forschung (Bettes, 1988; Murray et al., 1993; Montini, 2008) sprachen PPD-Mütter auch gleich oft kind- oder mutterbezogen wie gesunde Mütter.
5. Unterschiede zwischen den Gruppen lagen auch in keiner der anderen auf den Sprachfokus bezogenen Kategorien (objekt- oder anders bezogen, interaktionsbezogen (Herrera et al., 2004), verhaltensbezogen (Murray et al., 1993), zustandsbezogen) vor.
6. Auch die Ergebnisse von Herrera et al. (2004) konnten in dieser Studie nicht repliziert werden. PPD-Mütter benutzten genauso häufig einen neutralen Sprachinhalt (= weniger affektive Aussagen) wie gesunde Mütter.
7. Ebenso wurden die Forschungsergebnisse, die einen höheren Anteil negativen Sprachinhalts gegenüber neutralem postulierten (Alpert et al., 1982; Radke-Yarrow, et al., 1990; Murray et al., 1993; Breznitz, 2001), durch die vorliegende Studie widerlegt.
8. Die in der Vergangenheit bei Depressiven gefundenen häufiger vorkommenden Wiederholungen (Breznitz, 2001) konnten nicht bestätigt werden.
9. Ebenfalls unbestätigt blieb der Befund, dass PPD-Mütter seltener dem Aufmerksamkeitsfokus ihres Kindes folgen (Murray et al., 1993).

Für acht Sprachmerkmale, davon nur eins mit einer nachweislich entwicklungshemmenden Auswirkung, ließen sich bedeutsame Gruppenunterschiede nachweisen (s. Kap. 15).

So kamen *nicht Kind gerichtete kurze Äußerungen* bei den Depressiven hochsignifikant häufiger vor als bei den Gesunden.

Das **PPD-Mütter** hochsignifikant häufiger einen *neutralen* (= flachen, emotionsarmen) *Tonfall* haben, was als Teilcharakteristikum ihrer Krankheit auch nicht verwundert, bestätigt bisherige Untersuchungen (Radke-Yarrow et al., 1990; Murray et al., 1996). Neu hinzuzufügen ist, dass sie auch hochsignifikant **seltener einen positiven Tonfall** verwendeten als die Kontrollmütter, was sich nachweislich negativ auf die kindliche Entwicklung auswirkt. Für beide Ergebnisse wird hier ein erheblicher medikamentöser Einfluss vermutet.

In Bezug auf *Berührungen* ergab sich sogar ein hochsignifikant konträres Bild zu früheren Erkenntnissen (Cohn & Tronick, 1989; Reck et al., 2004a; Hornstein et al., 2006; Reck et al., 2006; Weinberg et al., 2006; Field et al., 2007), allerdings mit umgekehrtem Vorzeichen. **PPD-Mütter berührten ihr Kind hochsignifikant häufiger als gesunde Mütter.** Durch die Reduktion der Betrachtung auf inhaltliche Merkmale und mit dem Wissen, dass reduziertes mimisches Ausdrucksverhalten bei Depressiven Müttern vorliegt (Field et al., 1988; Field, Sandberg, Garcia, Vega-Lahr, Goldstein, Guy, 1985; Righetti-Veltima, Conne-Perréard, Bousquet, Manzano, 2002), kann dieses Ergebnis als wertvolles Detail für eine ressourcenorientierte Psychotherapie genutzt werden. PPD-Mütter könnten über eine positive Rückmeldung gefördert werden ähnliches Verhalten auch bei anderen Variablen zu zeigen. Dabei sollten Überlegungen in Bezug auf eine stabilisierende Wirkung der PPD-Mutter durch die Berührung ihres Kindes nicht außer Acht gelassen werden.

Das Verhältnis zwischen dem Bindungsmodell von Bowlby und Ainsworth und den Forschungsergebnissen zu den Auswirkungen der psychischen Befindlichkeit auf die mütterliche Sprache (s. Kap. 2.2.2) ist durch dieses Ergebnis transparenter geworden. **Eine postpartale Depression allein ist kein ausreichender Prädiktor feinfühligere mütterlicher Sprache.**

Vielversprechend wären künftige gezielte Untersuchungen, bei denen die in dieser Studie herausgefilterten interaktionsstilabhängigen Sprachmerkmale gezielt für zwei Gruppen unterschiedlicher Behandlungsmethodik untersucht würden.

17.3 Einfache Interaktionsstileffekte (Sensitivität/ Intrusivität/ „High-sense“)

Wie bereits erwähnt, verdichtet sich die **Annahme, dass mütterliche Sprache in erster Linie entwicklungs- und bindungsfördernd ist**, denn feinfühligere Sprachmerkmale werden in der Praxis insgesamt häufiger verwendet.

Intrusive Mütter können eine feinfühligere Sprache nicht so kompetent umsetzen und haben dementsprechend eher ungünstige Muster in ihrem Sprachverhalten.

Die Existenz von feinfühligere, entwicklungs- und bindungsfördernder mütterlicher Sprache konnte ebenso nachgewiesen (s. Kap. 14.2) werden, und damit auch einige der von Grossmann & Grossmann (1985) und vielen anderen Forschern gemachten Ergebnisse (s. Kap. 2.2.1.2 und 3.1), wie zum Beispiel die Existenz von unfeinfühligere, entwicklungs- und bindungshemmender Sprache.

Die in der Literatur beschriebene begünstigende Bedingung einer sensitiven und intrusiven mütterlichen Interaktion für das Vorkommen von feinfühligere und unfeinfühligere Sprache (Papoušek, 1985, Tomasello & Todd, 1983, Meins et al., 2001, Hoff-Ginsberg, 1990, Nelson, 1973) konnte bestätigt werden. Beim Vergleich unterschiedlicher IA-Stile wurde deutlich, dass die Sprache sensitiver Mütter beziehungsweise von Müttern mit einem günstigen („high-sense-“) IA-Stil durch Merkmale geprägt ist, die entwicklungs- und bindungsfördernd sind, und feinfühligere Sprache in der Praxis von ihnen insgesamt häufiger verwendet wird als von insensitiven Müttern beziehungsweise Müttern mit einem ungünstigen IA-Stil, was die hierzu angenommene Hypothese bestätigt (s. Kap. 14.2). Als **Prädiktoren von feinfühligere beziehungsweise günstiger Sprache** konnten neben der *Sensitivität* selbst noch die Verwendung von *beschreibender Sprache*, einem *positiven Sprachinhalt*, *sanften Berührungen* und, bei insensitiven PPD-Müttern, der Nichtgebrauch eines *mutterbezogenen Sprachfokus* identifiziert werden.

Für intrusive Mütter und Mütter mit einem ungünstigen IA-Stil galt im Gegensatz, dass sie, hypothesenkonform, eine unfeinfühligere, entwicklungs- und bindungshemmendere Sprache benutzten (s. Kap. 14.2). Ihre Art der Interaktion mit dem Säugling hatte negative Auswirkungen auf die Verwendung von drei Sprachmerkmalen (*beschreibende Sprache*, *positiver Tonfall* und *Fragen*), deren selteneres Auftreten dadurch neben der *Intrusivität* als **Prädiktoren unfeinfühligere beziehungsweise ungünstiger Sprache** angesehen werden können. Vermutlich nehmen intrusive Mütter in ihrer ruhelosen Art die Bedürfnisse ihres Kindes nicht ausreichend wahr, gehen nicht genügend auf sie ein und greifen auf ihnen bekannte und alt bewährte (ungünstige) Muster zurück.

Die inhaltliche Betrachtung der Ergebnisse erlaubt des Weiteren die Interpretation einer **Verbesserung der Qualität des IA-Stils** durch die Verwendung von *Unverständlichem*, einem *kindbezogenem Sprachfokus* sowie die Abwesenheit von *Spielen/ Liedern*, *neutralem Sprachinhalt*, *Aussagen*, (*thematischen*) *Wiederholungen*, *grober Berührung* und, bei intrusiven PPD-Müttern, auch „*non-mind-related-comments*“.

Das häufigere Auftreten unverständlicher Sprache lässt sich eventuell als ein Artefakt des Untersuchungsparadigmas und seiner nicht ausreichenden technischen Ausstattung bezüglich der Sprachaufnahme interpretieren, könnte aber auch als ein Indiz für die Lautstärke beziehungsweise die besonders leise Sprache von feinfühligeren Müttern interpretiert werden.

Der im theoretischen Teil dieser Arbeit (s. Kap. 2.2.1.2) dargestellte Forschungsstand konnte in entscheidenden Teilen bestätigt werden:

Dass sensitive Mütter eher beschreibende Sprache verwenden (Grossmann & Grossmann, 1985; Cazden, 1972; Nelson, 1973; Snow, 1976; Tomasello & Farrar, 1986; Montini, 2008) als insensitive oder intrusive Mütter, wurde mit der aktuellen Studie tendenziell, das heißt auf deskriptiver Ebene, gezeigt, für die „high-sense-“ Mütter gab es sogar hochsignifikante Effekte.

Des Weiteren ist ihre Sprache unter anderem gekennzeichnet durch einen kindbezogenen Sprachfokus (Beegly et al., 1986; Meins et al., 2001; Montini, 2008), positiven Sprachinhalt (Wulbert et al., 1975; Schenk-Danziger, 1976) und sanfte Berührungen (Wulbert et al., 1975), wenig Spiele und Lieder (Papoušek & Papoušek, 1987 (komplementäres Ergebnis)), wenig mutterbezogenen Sprachfokus (Bettes, 1988; Murray et al., 1993; Klann-Delius, 2002), wenig neutralen Sprachinhalt (Schenk-Danziger, 1976), wenig (thematischen) Wiederholungen (Papoušek, 1994 (komplementäres Ergebnis)) und wenig groben Berührungen (s. Kap. 14.2).

Dass sie bei Intrusivität mehr negative vorschreibende Sprache verwenden oder sich eher vom Aufmerksamkeitsfokus des Kindes leiten lassen (Tomasello & Farrar, 1986) als insensitive Mütter, ließ sich nicht nachweisen.

Bemerkenswert sind die Ergebnisse zu den beiden Variablen „*Spiele/ Lieder*“ und „*thematische Wiederholung*“, denn von ihnen wurde bisher angenommen, dass sie altersabhängig sind, was sich aber in dieser Studie nicht bestätigen ließ.

Da sensitive Mütter sowie Mütter mit einem günstigen IA-Stil wenig mit ihren Kindern spielen und singen, dieses Merkmal hingegen bei intrusiven Mütter oder Müttern mit einem ungünstigen IA-Stil häufiger auftritt, stellt sich die Frage, ob Spiele und Lieder überhaupt positiv zu bewerten sind. Papoušek & Papoušek (1987) nahmen an, dass dies für die ersten sechs Monate der Fall ist und begründeten den Rückgang damit, dass das Kind mit zunehmendem Alter reifere Selbstregulierungskompetenzen besitzt und nun keine Unterstützung durch Spiele oder Lieder mehr braucht. Auf thematische Wiederholungen bezogen bedeutet das Ergebnis, dass die Mütter sich in diesem Merkmal konträr der postulierten Richtung verhalten oder, dass thematische Wiederholung doch nicht in der bisher angenommenen Weise entwicklungsfördernd ist. Durch diesen Befund wurde die aufgrund der angenommenen Altersabhängigkeit vermutete Elimination der beiden Variablen aus dem Gesamtscore (s. Kap. 12) nachträglich als sinnvoll verifiziert.

In der Zukunft zu klären bleibt auch der Widerspruch hinsichtlich eines verminderten positiven Tonfalls in der Gruppe der Mütter mit einem günstigen IA-Stil gegenüber den Müttern mit ungünstigem Sprachverhalten. Vermutlich treten Artefakte dadurch auf, dass es für den Kodierer schwierig ist einen positiven Tonfall zu erkennen, wenn die Mutter sehr leise spricht, was bei Hochsensitiven erheblich häufiger vorkommt. Die Tatsache, dass bei den Sensitiven auf deskriptiver Ebene der postulierte Effekt erhalten bleibt, spricht für diese Interpretation. Immerhin macht das Ergebnis deutlich, dass es für bestimmte Variablen auch nachteilig sein kann, die Betrachtung in Richtung Sensitivität durch Bildung einer neuen Gruppe („high-sense“; „low-sense“) zu verfeinern. Die Lautstärke scheint eine erhebliche Relevanz bei der Beurteilung durch außen stehende Beobachter zu haben.

Um zu einem tiefer gehenden Verständnis der Zusammenhänge, vor allem in Bezug auf die Auswirkungen für die kindlichen Bindungsmuster zu kommen, wäre es zweckmäßig, in künftigen Untersuchungen die genannten Variablen in Bezug auf ihre Auftretensform und Wirkung gezielter zu betrachten.

In jedem Fall ist anzunehmen, dass insensitive und intrusive mütterliche Sprache durch Training verbesserungsfähig ist.

17.4 Komplexe Effekte (Gruppe/ Interaktionsstil/ Zeit)

Die Zurückweisung der dritten Hypothese (s. Kap. 5) mittels der zweifaktoriellen Varianzanalyse bestätigte erneut, dass eine PPD als einziges Unterscheidungskriterium für feinfühligere Sprache nicht ausreichend ist.

Sensitive, intrusive, „high-sense-“ und „low-sense-“ Mütter mit einer PPD-Diagnose unterscheiden sich in ihrem Gesamtscore für feinfühligere Sprache nicht von gesunden Müttern mit dem gleichen IA-Stil.

Lediglich hinsichtlich zweier Merkmale gab es bedeutsame Gruppenunterschiede: **Gesunde Mütter mit einem sensitiven oder „high-sense-“ IA-Stil** zeichneten sich durch eine höhere *sprachliche Responsivität* (= angemessener und bezogener Sprachinhalt) und die häufigere Verwendung eines *positiven Tonfalls* ($p < .01$) und damit in diesem Merkmal hochsignifikant höherer Sensitivität aus als PPD-Mütter mit einem sensitiven oder „high-sense-“ IA-Stil. Es ergab sich außerdem ein hochsignifikanter positiver Effekt ($p < .01$) zwischen insensitiven PPD-Müttern und deren häufigerem Setzen eines *mutterbezogenen Sprachfokus* im Vergleich zu gesunden Müttern und sensitiven PPD-Müttern.

PPD-Mütter mit intrusivem oder „low-sense-“ IA-Stil unterschieden sich von gesunden Müttern mit einem intrusivem oder „low-sense“-IA-Stil nur bezüglich der hochsignifikant selteneren Verwendung von *positivem Tonfall* ($p < .01$).

Die Unterschiede in Einzelmerkmalen glichen den in Kap. 17.2 beschriebenen, wobei der Anzahl der abhängigen Variablen durch die differenziertere Betrachtung („high-sense“/ „low-sense“) vier weitere gruppensignifikante Merkmale hinzugefügt werden konnten: *Unangemessene Sprache (mit und ohne Bezug)*, *negativer Tonfall* und ein *„auf ein abwesendes Objekt gerichteter Objektfokus“*. Eine Klärung der Bedeutung dieser und der bereits vorher erwähnten Variablen und auf die kindliche Entwicklung würde sich vorteilhaft auf eine ressourcenorientierte Therapieplanung auswirken.

Entgegen den Forschungsergebnissen vorangegangener Studien (Murray et al., 1996; Noe, 2008; Reck et al., 2008), interagierten PPD-Mütter (48%) im Spiel mit ihrem Kind insgesamt genauso sensitiv mit ihren Babys wie gesunde Mütter (52%). Möglicherweise findet sich die Antwort auf den Widerspruch in dem erweiterten Blick auf die qualitativen Merkmale, in denen sich die sprachliche Feinfühligkeit ausdrückt, wie sie bei anderen Kodierungsverfahren (z.B. ICEP; Weinberg & Tronick, 1999) erfasst werden.

Intrusive PPD-Mütter hatten entgegen aller bisherigen Befunden (Cohn & Tronick, 1989; Reck et al., 2004a; Hornstein et al., 2006; Reck et al., 2006; Weinberg et al., 2006; Field et al., 2007) ähnlich häufig einen negativen Sprachinhalt und waren auch vergleichbar angemessen und bezogen (responsiv) wie intrusive gesunde Mütter. Eine eher *unangemessene Antwort* auf das Verhalten ihrer Babys, die deshalb als unsicher gebunden gelten (Ainsworth et al., 1974), zeigte sich bei PPD-Müttern mit einem ungünstigen IA-Stil (geringe Sensitivität + hohe Intrusivität). Sie hatten eine verringerte Fähigkeit kindliche Signale wahrzunehmen, richtig zu interpretieren, angemessen und prompt zu beantworten (Teti & Gelfand, 1997) und dementsprechend auch einen höheren Mangel an Empathie und emotionaler Verfügbarkeit.

Intrusive Depressive hatten im Unterschied zu den Ergebnissen von Murray & Trevarthen (1986) sogar hochsignifikant häufiger *Wiederholungen* in ihrer Sprache als intrusive Kontrollmütter.

Ganz anders sah die Überprüfung der von Montini (2008) aufgeworfenen Vermutung aus, dass der von PPD-Müttern verwendete IA-Stil einen systematischen Einfluss auf ihre Sprache hat. Der Gesamtscore zeigte für alle IA-Stile (sensitiv/ intrusiv/ „high-sense“/ „low-sense“) hochsignifikante Unterschiede.

1. **PPD-Mütter mit einem sensitiven oder günstigen IA-Stil zeichneten sich insgesamt durch eine feinfühligere, entwicklungsförderndere Sprache aus als insensitive PPD-Mütter.**
2. **PPD-Mütter mit einem intrusiven oder ungünstigen IA-Stil zeichneten sich insgesamt durch eine unfeinfühligere, entwicklungshemmendere Sprache aus als nicht-intrusive PPD-Mütter.**

Im Einzelnen konnten systematische Einflüsse für neun Kategorien mit 16 Sprachvariablen, bestätigt werden: Äußerungen (Unverständliches), Sprachintention (beschreibende Sprache, Spiele/ Lieder), Sprachfokus (kindbezogen, mutterbezogen - bei insensitive PPD-Müttern), „mind-mindedness“ („non-mind-related-comments“ - bei intrusiven Müttern), Sprachinhalt (positiv, neutral), Tonfall (positiv und negativ für insensitive PPD-Mütter), Sprachweise (Fragen, Aussagen), Wiederholung (thematisch, keine) und Berührung (sanft, grob) (s. Kap. 17.3).

Die Frage, ob Unverständliches, das heißt leise oder undeutliche Sprache, auf einen ungünstigen Interaktionsstil oder Depression hinweist konnte verneinend beantwortet werden. *Unverständliches*, ein *kindbezogener Sprachfokus*, *beschreibende Sprache*, *positiver Sprachinhalt*, *positiver Tonfall*, *Fragen* und *sanfte Berührungen* erhöhen die **Qualität des IA-Stils** und damit ihre bindungsfördernden Anteile, während sie sich durch *Spiele/ Lieder*, einen *mutterbezogenen Sprachfokus*, „*non-mind-related-comments*“, *neutralen Sprachinhalt*, *negativen Tonfall*, *Aussagen*, (*thematische*) *Wiederholungen* und *grobe Berührungen* verringern. Die Ergebnisse bestätigen und erweitern die Befunde anderer Forscher (s. Kap. 5 und 2.2.2.4).

So kam es zu einer Verstärkung des negativen Tonfalls und grober Berührungen (Tronick & Weinberg, 1997), ebenso des mutterbezogenen Sprachfokus, sowie auch zu einer verminderten Anzahl von kindbezogenem Sprachfokus und beschreibender Sprache (Montini, 2008) bei intrusiven PPD-Müttern im Vergleich zu nicht intrusiven (vgl. Kap. 2.2.2.4, 16.2 und 16.3). Im Gegensatz zu Murray & Trevarthen (1986) zeigte sich jedoch eine Zunahme von Wiederholungen bei Intrusiven. Nicht bestätigt werden konnten signifikante Effekte vergangener Studien hinsichtlich Responsivität und negativen Sprachinhalts ((Tronick & Weinberg, 1997, Cohn & Tronick, 1989; Reck et al., 2004a; Hornstein et al., 2006; Reck et al., 2006; Weinberg et al. 2006; Field et al., 2007) sowie zum Auftreten von Pausen (Teasdale et al., 1980, Montini, 2008) in Abhängigkeit vom IA-Stil der Mutter.

Auch in dieser Studie waren bestimmte Merkmale einer feinfühligem mütterlichen Sprache abhängig von ihrem IA-Stil, andere wiederum unterschieden sich hinsichtlich dem Vorliegen einer Diagnose, das heißt PPD-Mütter und gesunde Mütter unterschieden sich diesbezüglich (vgl. Tab. 17).

Interaktionseffekte zwischen IA-Stil und Diagnose lagen nur für vier Variablen vor (vgl. Tab. 17).

Tab. 17: Sprachprädiktoren im Überblick						
		Diagnose	IA-Stil	komplexe Effekte	keine Effekte	
1. Äußerungen	Anzahl				•	
	Pausen				•	
	Unverständliches		•			
2. Sprachintention	beschreibende Sprache		•			
	vorschreibende Sprache				•	
	Kind gerichtete kurze Äußerungen				•	
	Imitation				•	
	(Kose-)Name				•	
	Kurzlaute				•	
	Anrede				•	
	Lachen				•	
	nicht Kind gerichtete kurze Äußerungen	•				
	Spiele/ Lieder		•			
3. Sprachfokus	kindbezogen		•			
	mutterbezogen			•		
	objekt- oder anders bezogen	•				
	interaktionsbezogen				•	
	auf die Mutter bezogen				•	
	zwischen Mutter und Kind ausgeglichen				•	
	verhaltensbezogenen				•	
	zustandsbezogen				•	
4. „mind-mindedness“	„mind-related-comments“				•	
	„non-mind-related-comments“			•		
	Äußerungen anstelle des Kindes				•	
5. Sprachinhalt	positiv		•			
	neutral		•			
	negativ				•	
	angemessen und mit Bezug zu Vorausgeg.	•				
	angemessen ohne Bezug zu Vorausgeg.				•	
	unangemessen mit Bezug zu Vorausgeg.	•				
6. Tonfall	positiv	•	•			
	neutral	•				
	negativ	•		•		
7. Sprachweise	Frage		•			
	Aussage		•	•		
8. Wiederholung	wortwörtliche Wiederholung				•	
	thematische Wiederholung		•			
	keine Wiederholung		•			
9. Objektfokus	Kind gibt den Objektfokus vor				•	
	Mutter gibt Objektfokus des Kindes vor				•	
	Mutter spricht über abwesendes Objekt	•				
	kein Objekt erwähnt				•	
10. Berührung	grobe Berührung		•			
	sanfte Berührung		•			
	keine Berührung	•				
	Kongruenz zum Sprachinhalt				•	

Aufgrund zu geringer Zellbesetzung und Fehlerfreiheitsgrade konnte zwar die vierte Hypothese (s. Kap. 6) nicht überprüft werden, jedoch ließen sich einige interessante Ergebnisse in Bezug auf den Einfluss des Zeitfaktors und dem Vorliegen einer PPD finden.

Es lagen keine signifikanten Unterschiede im Gesamtscore für feinfühlig Sprache von PPD-Müttern in der Akutphase gegenüber der Remission vor.

Einzeln betrachtet hatten **PPD-Mütter nach Remission** eine signifikant schlechtere *Responsivität* (= seltener angemessene und bezogene Sprache) und hochsignifikant seltener einen *positiven Tonfall* als gesunde Mütter nach Remission, was vermutlich mit deren zwar nur ungern tolerierten, doch oft unvermeidbaren Einnahme von Psychopharmaka und der daraus resultierenden motorischen und emotionalen Verlangsamung zu erklären ist. Da diese beiden Merkmale zu den bindungsfördernden Sprachelementen gehören, stellt das Ergebnis ein wichtiges Detail für die Planung des stationären Aufenthalts dar. Ein Rückgang in ihrer Auftretenshäufigkeit von positivem Tonfall kann nicht zu den angestrebten Zielen gehören. Es sollten in naher Zukunft Lösungsstrategien für dieses Problem entwickelt werden. Möglicherweise könnten dann auch globale Entwicklungseffekte hinsichtlich der Feinfühligkeit in der Sprache von PPD-Müttern nach einer stationären Behandlung signifikant werden.

In diese Forschung sollte dann auch die Variable *Lachen* mit einem ebenfalls rückläufigen Vorkommen sowie *nicht Kind gerichtete kurze Äußerungen* und *neutraler Tonfall*, die beide häufiger verwendet wurden, einbezogen werden. *Unverständliches* kam zwar an T2 ebenfalls seltener vor, ist jedoch, wie oben erwähnt, eine altersabhängige Variable.

Die Besserung der mütterlichen Depression geht nicht zwangsläufig einher mit einer positiven Entwicklung ihrer Sprache. Die in der depressiven Phase ausgebildeten ungünstigen Muster persistieren und generalisieren (Hay, 1997; Cooper & Murray, 1997).

Zum zweiten Messzeitpunkt ist der Gesamtscore für die feinfühlig Sprache aller Mütter mit dem vom ersten Messzeitpunkt vergleichbar.

Fraglich ist, warum *positiver Sprachinhalt* und *Berührungen* zum zweiten Messzeitpunkt seltener, *neutraler Sprachinhalt* hingegen häufiger vorkam als an T1. Man könnte hypothetisieren, dass die anfängliche Begeisterung und das damit verbundene Engagement von jungen Müttern sich mit der Zeit und zunehmendem Energieverbrauch erschöpften. Für diese Hypothese würde sprechen, dass sich die Verwendung von *Spielen/ Liedern* auch rückläufig waren, was allerdings positiv im Sinne einer für das Kind entwicklungsfördernden Richtung, zu bewerten ist. Eine andere Erklärung für diesen Rückgang wäre eine zunehmend bessere Abstimmung der Mutter-Kind-Interaktion mit der Dauer der Verbindung.

Während die verminderte *Kongruenz zum Sprachinhalt* über die Zeit hinweg zu interpretieren ist (s. Kap. 17.5), bleibt der Rückgang von *angemessenem und nicht bezogenem Sprachinhalt* zum zweiten Messzeitpunkt vorerst offen.

Dass es in der Gesamtstichprobe kaum (13%) Unterschiede im Sprachverhalten über die Zeit hinweg gab, hebt die Bedeutung von Sprache deutlich hervor. **Der mütterliche IA-Stil scheint dabei ein zeitstabiler Prädiktor für die Art ihrer Sprache zu sein.**

Die Stabilität der Sprache von PPD-Müttern über die Zeit verdeutlicht die Notwendigkeit der gezielten Einflussnahme auf die sprachlichen Merkmale. Der stationäre Aufenthalt könnte hierfür den passenden Rahmen bieten.

17.5 Résumé

Die komplexen Wechselwirkungen zwischen Sprache und Interaktionsmustern sowie ihrem Einfluss auf die PPD konnten mit dieser Studie erfolgreich überprüft werden (vgl. Tab. 18).

Tab. 18: Hypothesenüberprüfung

Hypothese	Überprüfung	Ergebnis
Hypothese 1A	bestätigt	Sensitive Mütter verwenden eine entwicklungs- und bindungsförderndere Sprache als insensitive Mütter.
Hypothese 1B	bestätigt	Intrusive Mütter verwenden eine entwicklungs- und bindungshemmendere Sprache als nicht-intrusive Mütter.
Hypothese 2	bestätigt	Die sprachliche Feinfühligkeit von PPD-Müttern und gesunden Müttern unterscheidet sich insgesamt nur unwesentlich.
Hypothese 3A	nicht bestätigt	Sensitive gesunde Mütter sind insgesamt <u>nicht</u> feinfühlicher in ihrer Sprache als sensitive PPD-Mütter.
Hypothese 3B	nicht bestätigt	Intrusive PPD-Mütter sind insgesamt <u>nicht</u> unfeinfühlicher in ihrer Sprache als intrusive gesunde Mütter.
Hypothese 3C	nicht bestätigt	Gesunde Mütter mit einem günstigen IA-Stil sind insgesamt <u>nicht</u> feinfühlicher in ihrer Sprache als PPD-Mütter mit einem günstigen IA-Stil.
Hypothese 3D	nicht bestätigt	PPD-Mütter mit einem ungünstigen IA-stil sind insgesamt <u>nicht</u> unfeinfühlicher in ihrer Sprache als gesunde Mütter mit einem ungünstigen IA-Stil.
Hypothese 4	nicht untersucht	statistisch invalide

Die Qualität des IA-Stils ist also ein wesentlicher Aspekt in der Betrachtung der Sprache von PPD-Müttern.

Im **sprachtherapeutischen Sektor** lieferte diese Arbeit folgende Erkenntnisse:

1. **Zwei spezifische Sprachmerkmale („angemessener und bezogener Sprachinhalt“ und „positiver Tonfall“) erhöhten die mütterliche Feinfühligkeit beim Vorliegen einer PPD.** (PPD-Mütter zeigten eine seltenere Verwendung dieser Sprachvariablen als die gesunden Mütter) (s. Kap. 15).
2. **„Mutterbezogener Sprachfokus“ verringerte die Feinfühligkeit in der Sprache von PPD-Müttern mit einem ungünstigen IA-Stil.**

Über gezielte therapeutische Intervention könnten diese Variablen damit in Zukunft zu einer Verbesserung der PPD-Mutter-Kind-Beziehung beitragen.

Tronick und Gianino (1986) vermuteten, dass das Interaktionsverhalten der Babys von PPD-Müttern (Wegdrehen des Kopfes, aktive Vermeidung des Blickkontaktes) ein Versuch ist, sich vor dem negativen Effekt dieses nicht responsiven mütterlichen Verhaltens zu schützen.

Trotzdem kann man resümieren, dass die sprachliche Feinfühligkeit im Durchschnitt bei beiden Gruppen hoch ist, mit anderen Worten, PPD-Mütter verwenden zwar eine teilweise andere (vgl. Tab. 17), aber auch feinfühligere Sprache und sollten deshalb in ihren Bestrebungen, mit dem Kind zu kommunizieren, unterstützt werden.

Die Ergebnisse regen zum Nachdenken an.

Warum ist die Sprache von PPD-Müttern nur hinsichtlich von drei Merkmalen unfeinfühlicher? Kann man die Feinfühligkeit in der Sprache von intrusiven Müttern beziehungsweise Müttern mit einem ungünstigen IA-Stil weiter ausbauen?

In jedem Fall scheint das Merkmal „Berührung“, das in Abhängigkeit vom Kontext sowohl als eine „sichere“ als auch als eine „unsichere“ Geste gedeutet werden kann, und bei PPD-Müttern häufiger vorkam, für diese eine ausgleichende Wirkung zu haben. Die Frage ist, ob es als Nähesignal für das Kind ausreicht. Die Tatsache, dass alle anderen Hauptkomponenten der Sprache von PPD-Müttern mit denen gesunder Mütter vergleichbar waren, macht Mut in Bezug auf die therapeutische Nutzung der meisten sprachlichen Feinfühligkeitsmerkmale, denn sie sind vermutlich resistent gegenüber einer PPD.

Die Entwicklung eines sprachlichen Sensitivitätstrainings für PPD-Mütter sollte deshalb vor allem folgende Ziele haben:

1. Verstärkte Berücksichtigung der von PPD-Müttern verwendeten feinfühligsten, entwicklungs- und bindungsfördernden Sprachmerkmale, wie ein **auf den Zustand des Kindes bezogener Sprachfokus, angemessener und bezogener Sprachinhalt, positiver Tonfall, keine Wiederholung** und **sanfte Berührung** des Kindes (s. Kap. 15).
2. Konzentration auf einen **kindbezogenen** (statt mutterbezogenem) **Sprachfokus**, zum Beispiel durch gemeinsame Aktivitäten mit gesunden Müttern (s. Kap. 16.3).

Vor allem das Merkmal *positiver Tonfall* erfordert dabei in Zukunft besondere Aufmerksamkeit, denn es wurde zwar gezeigt, dass er bei PPD-Müttern seltener vorkam als bei gesunden Müttern, was nicht verwundert, wenn man die bereits in Kap. 2.2.2.1 mit einer PPD einhergehenden Symptome, wie beispielsweise Freudlosigkeit und Energiemangel und das Problem einer negativen Wahrnehmung der eigenen Person, berücksichtigt. Allerdings heißt das nicht, dass dieses Sprachmerkmal bei PPD-Müttern selten vorkommt. Es gehört zu den Hauptmerkmalen ihrer Sprache und liefert deshalb einen wertvollen Therapieansatz zur Stärkung der mütterlichen Kompetenzen.

Bei den meisten Sprachmerkmalen gab es keine Unterschiede zwischen den Gruppen, jedoch viele bezüglich des IA-Stils.

Deshalb stellen die im theoretischen Teil (s. Kap. 2.2.1.4) beschriebenen Interventionsmöglichkeiten zur Erhöhung der Sensitivität eine wertvolle Orientierungsgrundlage für die Entwicklung eines Sensitivitätstrainings für PPD-Mütter mit Berücksichtigung sprachlicher Elemente dar.

Die unterschiedliche Bedeutung der fünf bindungsrelevanten Hauptmerkmale für PPD-Mütter und gesunde Mütter, hebt noch einmal die Notwendigkeit hervor, die Konzepte für ein depressionsgerechtes Sensitivitätstrainings zu reflektieren und zu verändern.

Der praxisorientierte Leser sei zur **Entwicklung eines geeigneten Leitfadens zum Sensitivitätstraining für PPD-Mütter** auf die detaillierte Aufstellung der einzelnen Sprachmerkmale im Methodenteil (s. Kap. 8 und 12) und im Anhang (s. Kap. 20.4.2) verwiesen.

Es bestand kein systematischer Zusammenhang zwischen der Diagnose und der Sensitivität einer Mutter. PPD-Mütter waren genauso sensitiv und intrusiv wie gesunde Mütter.

Zu Bestimmung der Bindungssicherheit konnten Korrelationen zu acht Sprachmerkmalen, identifiziert werden, die von sicher gebundenen Müttern häufiger benutzt wurden. Gemeinsam mit den bereits in der Vergangenheit ermittelten Variablen (vgl. Kap. 2.2 und 3.1) ergibt sich ein stattlicher Katalog von 13 sprachlichen Prädiktorvariablen für günstige Sprache und damit wahrscheinlich sicherer Bindung im Alter von zwölf Monaten und für die Vorhersage einer gesunden kindlichen Entwicklung, das heißt seiner Autonomie und Problemlösefähigkeit, der Integration von Umwelterfahrungen, seiner Aufmerksamkeits- und Sprachentwicklung sowie seiner Redefreudigkeit (vgl. Tab. 19).

Tab. 19: Sprachliche Prädiktorvariablen für günstige Sprache

Heidelberger Studie	
beschreibende Sprache	
positiver Sprachinhalt	
Responsivität	(bei PPD-Müttern)
positiver Tonfall	(v.a. bei PPD-Müttern)
Fragen	
sanfte Berührungen	
Unverständliches	
kindbezogener Sprachfokus	
Fremdstudien	
Pausen	(Fernald, 1984; Werker & McLeod, 1989; Montini, 2008)
zustandsbezogener Sprachfokus	(Meins et al., 1998)
„mind-related-comments“	(Meins et al., 1998)
Äußerungen anstelle des Kindes	(Meins et al., 1998)
Kind gibt den Objektfokus vor	(Tomasello & Todd, 1983, Tomasello & Farrar, 1986; Meins et al., 2001)

Die Verwendung dieser Merkmale regt das Kind dazu an sich selbst zu regulieren und somit die für die kognitive und emotionale Entwicklung so wichtige Erfahrung von Selbstwirksamkeit zu machen.

Analog konnten zur Bestimmung der Bindungsunsicherheit Korrelationen zu neun Sprachmerkmalen identifiziert werden, die von unsicher gebundenen Müttern häufiger benutzt wurden. Ein Sprachmerkmal weist in eine der bisherigen Forschung entgegengesetzte Richtung. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die zwölf sprachlichen Prädiktorvariablen für ungünstige Sprache und damit wahrscheinlich unsicherer Bindung mit zwölf Monaten, das heißt für deren negativen Einfluss auf die kindliche Entwicklung (vgl. Tab. 20).

Tab. 20: Sprachliche Prädiktorvariablen für ungünstige Sprache

Heidelberger Studie	
mutterbezogener Sprachfokus	(bei insensitiven PPD-Müttern)
negativer Tonfall	(bei insensitiven PPD-Müttern)
grobe Berührung	
Spiele/ Lieder	
„non-mind-related-comments“	(bei intrusiven PPD-Müttern)
neutraler Sprachinhalt	
Aussagen	
Wiederholung	
thematische Wiederholung	
Fremdstudien	
vorschreibende Sprache	(Newport et al., 1977)
negativer Sprachinhalt	(Wulbert et al., 1975)
wortwörtliche Wiederholung	(Newport et al., 1977)

Damit ergibt sich für künftige Untersuchungen eine sehr differenzierte Möglichkeit der Untersuchung von Feinfühligkeit in der mütterlichen Sprache. Die zukünftige Bildung des Gesamtscores könnte dann 25 relevante Variablen umfassen, wobei eine Elimination der in dieser Studie nicht replizierbaren Variablen diskutiert werden sollte.

18 Kritische Anmerkungen zur eigenen Arbeit

Die Studie wurde als kombinierte **Längs- und Querschnittstudie** durchgeführt und umfasste eine Vielzahl an abhängigen und unabhängigen Variablen.

Aus ökonomischen Gründen wurden deshalb **Fragebogensets als Erhebungsmittel** ausgewählt. Sie sollten mehr Aussagen über die inneren Prozesse und die individuelle Vielfalt der Mütter und deren daraus resultierender Sprache ermöglichen.

Die zweiwöchige Befragung über ein **Telefoninterview** stellte sicher, dass auch die Kontextebene ausreichend repräsentiert war.

Die Diagnosestellung über das strukturierte klinische Interview mit dem **SCID-I** ermöglichte eine schnelle und valide Einteilung in Gruppen, brachte mit circa einer Stunde Durchführungszeit jedoch auch einen erheblichen Zeit- und Arbeitsaufwand für die Interviewer und die Versuchspersonen mit sich.

Das **Face-to-Face-Still-Face-Paradigma** ermöglichte eine standardisierte Beobachtungssituation für alle Mütter und die Vergleichbarkeit bei etwaigen Replikationsstudien. Die Spielsituation stellte zwar keine fremdartige Situation für die Mütter dar und gilt deshalb als repräsentativ für die MUKI-Interaktion, offen bleiben aber die Fragen, inwieweit sich diese künstliche Laborsituation eventuell unterschiedlich auf depressive sowie gesunde Mütter auswirkt und wie die Kinder darauf reagieren.

Die Mütter äußerten häufig eine allgemeine Abneigung gegen Fragebögen. Erschwerend kam hinzu, dass die vorliegenden Fragebogensets ungewöhnlich lang und umfangreich, die Anforderungen an die jungen Mütter, vor allem bei Vorliegen einer PPD, häufig zu hoch waren, was sicherlich eine Erklärung für einen Teil des **Drop-outs** ist. Auch in der Auswertung konnte solch´ einer Komplexität der Daten nicht in vollem Umfang gerecht werden.

Auch mussten viele Vpn aus der Studie ausgeschlossen werden, weil ihre sprachlichen Voraussetzungen („Muttersprachler“) nicht erfüllt waren. Die Entscheidung darüber erfolgte erst nachträglich und aufgrund subjektiver Eindrücke der Kodierer. Eine solche Information sollte bei sprachfokussierten Untersuchungen unbedingt im Voraus erfolgen, um unnötige Arbeitsvorgänge zu vermeiden.

Das Problem einer selektiven Stichprobe kann nicht ausgeschlossen werden, da die Vpn freiwillig teilnahmen und nicht bezahlt wurden.

Die **Videoaufnahmen** erwiesen sich als gut geeignete Messinstrumente zur Erfassung der Qualität mütterlicher Sprache. Vorteilhaft ist die Tatsache, dass prozesshafte Zustandsbeschreibungen ebenso dokumentiert werden wie die Intensität der emotionalen Wirkung von Sprache, was die spätere, eventuell vergleichende Auswertung mit anderen Kodiersystemen ermöglicht.

Eine Schwierigkeit ergab sich aus der Tatsache, dass sehr junge Kinder (1.-3. Mon.) nur für sehr kurze Zeit aufmerksam, wach und offen für Kommunikation sind (Rauh, 2002). Ihre durchschnittliche Schlafzeit liegt bei 15 Stunden, aufgeteilt in 10 Stunden Nachtschlaf und drei „Tagesschläfchen“ von ein bis zwei Stunden (Ferber, 1985). Zur Vermeidung solcher Störstimuli sollte zukünftig der Zeitpunkt der Aufnahme sensibel auf die Bedürfnisse des Kindes abgestimmt werden. Sein psychischer und physischer Zustand sollte idealerweise ausgeschlafen und satt sein.

Auch sollte darüber nachgedacht werden, ob die Videosituation eventuell doch kein realistisches Abbild alltäglicher Interaktionen darstellt.

Es handelte sich um eine relativ kleine, aber für den Aufwand respektable und ausreichend große Stichprobe. Die weitreichende individuelle Variabilität spricht für eine Wiederholung in großem Stil.

Wenn auch die **große Anzahl an untersuchten Variablen** zeitweise unüberschaubar erschien, so bestand doch gerade deshalb die Möglichkeit, für viele Fragestellungen relevante Aussagen zu erzielen. Vertiefende Untersuchungen könnten nun auch mit weniger Vpn unternommen werden, ebenso könnte Tiefenschärfe in Bezug auf den Einzelfall erlangt werden.

Als schwierig erwies sich, einzelne **intermittierende Variablen**, die die mütterliche Sprachstruktur potentiell beeinflussen, wie beispielsweise Alter, Geschlecht oder Bildungsniveau, heraus zu partialisieren.

Zur Kontrolle von Varianzen im Alter des Kindes wurde versucht eine **Parallelisierung der Gruppen („Matching“)** hinsichtlich Alter und Geschlecht vorzunehmen, was sich jedoch im Verlauf der Untersuchung als schwierig und für die statistische Auswertung auch überflüssig erwies. Insofern könnte man zugunsten der Untersuchung in Zukunft auf dieses Vorgehen verzichten. Das gleiche gilt auch für eine Parallelisierung des Zeitraums zwischen T1 und T2 bei PPD-Müttern und Kontrollmüttern und in Bezug auf den IA-Stil. Erfolgversprechend wäre allerdings eine Stichprobe, die eine Untersuchung des zurückgezogenen IA-Stils mit ausreichend großer Versuchspersonenzahl erlaubt, die hier nicht erreicht wurde.

Das Vorhandensein einer **Kontrollgruppe** ermöglichte die Untersuchung des Einflusses der beiden unabhängigen Variablen (Diagnose/ IA-Stil) durch deren Manipulation in der Experimentalgruppe. Verschiedene Effekte konnten über den Vergleich von 48 Sprachmerkmalen in beiden Gruppen eindeutig auf sie zurückgeführt werden.

Die Anordnung als **Blindstudie** verhinderte, dass die Kodierer wussten, ob eine Mutter der Experimental- oder der Kontrollgruppe angehörte und dass es einen Einfluss ihrer durch diese Information ausgelösten Erwartungen gab.

Die ausgewählten Verfahren erwiesen sich als reliable und bewährte Testinstrumente, mit denen die Analyse des Inhalts der mütterlichen Sprache (**SCMS**) und auch ihres Affektes (**MSRS-R**) möglich war. Im direkten Vergleich zu Studien, in denen ein anderes Kodiersystem (Weinberg & Tronick, 1999; Tronick, Messinger, Weinberg, Lester, LaGasse, Seifer, Bauer, Shankaran, Bada, Wright, Smeriglio, Poole, Liu, 2005) zur Erfassung der MUKI-Interaktion verwendet wurde wird deutlich, dass es sich im Gegensatz dazu beim SCMS um ein Konstrukt handelt, das mit der Sprache Verhaltensdaten erfasst, die bewusster und repräsentativer sind, und dass es einen Unterschied macht wie eine Mutter spricht und wie sie sich mikroanalytisch verhält.

Die **Klassifizierung von Sprachverhalten** zu den Kategorien war nicht immer leicht. Dennoch spricht die hohe Interraterreliabilität für eine Anwendung des neuen Systems (SCMS). Bei jedem Versuch der objektiven Beurteilung und Einordnung gilt es jedoch immer zu berücksichtigen, dass es auch Phänomene gibt, die durch die vorgegebene Form der Objektivität nicht ausreichend erfasst werden können und deshalb eine andere, für sie angemessene Form, benötigen.

Die Kodierung der Videos wurde durch einige Dinge erschwert:

1. Die Videos erlauben teilweise keine ganz exakte Beurteilung der Blickrichtung des Kindes und damit seiner kindlichen Signale.
2. Die Qualität der Videoaufnahmen (Ton und Bild) ist verbesserungswürdig.

3. Vorschreibende Sprache wird nicht nach (interaktionsbezogenem) Fokus beurteilt (z.B. „Erzähl´ du der Mama was!“).
4. Kurzlautfolgen sind oft unangemessen, werden aber diesbezüglich nicht kodiert.
5. Die Variable „a3“ (Kind gerichtete kurze Äußerungen) sollte auch auf Angemessenheit beurteilt werden, damit die „inter-modale Einstimmung“ der Mutter (Stern, 1985) bestimmt werden kann (vgl. Kap. 2.1). Sensible Mütter helfen so ihren Kindern ein Gefühl für die eigene Identität zu entwickeln.
6. Wenn (intrusive) Mütter mit ihrem Säugling spielen/ singen wird der Sprachinhalt nicht bewertet und kann so nicht negativ werden, wie bei depressiven Müttern erwartet.
7. Ebenso erfolgt in dieser Kategorie keine Beurteilung hinsichtlich Person/ Objekt, was dazu führen könnte, dass zurückgezogene Mütter mehr kindbezogen sprechen als intrusive.
8. Wenn „Objektfokus“ kodiert wird (z.B. „War das grad´ ganz doof?“ oder „Mmh, das schmeckt gut!“), wird nicht „mind-related-comments“ kodiert, obwohl die Mutter sich ins Kind hineinversetzt hat (aber sie hat nicht „für dich“ gesagt).

Die Auswertung der Ergebnisse mittels **bedingter relativer Zeitanteile** ermöglichte die gleichberechtigte Bewertung aller Variablen, auch bei seltenem Auftreten. Allerdings ist es wichtig, auch in Zukunft deren Bedeutung genau zu überprüfen, um der Gefahr einer eventuellen Überdifferenzierung und damit Überbewertung von Detailbefunden vorzubeugen. Dabei ist es andererseits erforderlich, aufmerksam gegenüber etwaigen unzulässigen Vereinfachungen zu sein. Jede Entscheidung für etwas ist verbunden mit dem Verzicht auf etwas. Die Durchführung dieser Untersuchung erforderte zu jeder Zeit Entscheidungen von Exaktheit versus Komplexität.

Besonders hervorzuheben ist, dass die Studie detaillierte Aussagen über das Sprachverhalten von **intrusiven Depressiven** in Abhängigkeit vom Interaktionsstil macht, da es bisher vor allem Untersuchungen zu zurückgezogenen beziehungsweise gehemmten Depressiven gab.

Aufgrund der geringen Versuchspersonenzahl (nur 6 Vpn \approx 10%) hätten die Ergebnisse der zurückgezogenen Gruppe nur marginale Bedeutung gehabt. Deshalb wurde dieser IA-Stil im weiteren Verlauf nicht näher untersucht, was für Folgestudien möglichst zu vermeiden ist.

Es ist möglich, dass die untersuchten Gruppen in der vorliegenden Studie nicht groß genug waren, um den Alterstendenzen zu erlauben, reliabel zu werden.

Die Bildung eines **Sprachgesamtscores** bewährte sich als nützliches Instrument bei der Erstellung globaler Aussagen in Bezug auf Feinfühligkeit in der mütterlichen Sprache. Besonders vorteilhaft erwies er sich im Hinblick auf die Untersuchung der Einflüsse der Variablen „Diagnose“ und „IA-Stil“. Wie der Ergebnisteil zeigt, wurden viele Variablen als Einzelmerkmal nicht signifikant, in der Summe wiesen sie jedoch in eine eindeutige Richtung. Insofern kann der „language composite“ in künftigen Studien für ein Verständnis der Bedeutung anderer unabhängiger Variablen wertvolle Hilfe leisten.

Auch die Zusammenführung von hochsensitiven und wenig intrusiven Müttern zur Gruppe der **„high-sense-“Mütter** beziehungsweise Mütter mit einem günstigem IA-Stil sowie die Definition eines ungünstigen IA-Stils durch hochintrusive und wenig sensitive Mütter erwies sich als probates Mittel, um noch spezialisiertere Aussagen zu erhalten. Allerdings muss auch festgestellt werden, dass es Ergebnisse gibt, die bei den Randgruppen nicht (mehr) sichtbar werden (vgl. Kap. 17.3).

Um ein umfassenderes Verständnis für die Befunde der mütterlichen Beteiligung im kindlichen Spiel zu erlangen, sind weitere Studien zur Mütter-Säuglings-Interaktion notwendig.

19 Ausblick

Die Überprüfung des Einflusses der Faktoren „Alter und Geschlecht des Kindes“ auf die mütterliche Sprachstruktur wurde für alle Sprachmerkmale vorgenommen (s. Anhang 21.3.1, Tab. 10) und ergab einige Signifikanzen. Interessant wäre die erweiterte Beantwortung der Fragen, nach **Alters- und Geschlechtseinflüssen** (Mutter/ Vater/ Kind) in den Kategorien „Sprachfokus“, „mind-mindedness“ und „Sprachinhalt“.

Die Vermutung, dass auch die Untersuchung **anderer Faktoren** wie Bildungsniveau der Mutter, Anzahl der leiblichen Kinder, Arbeit, Partnerschaft (Einfluss familiärer Disharmonie/ Scheidung), Schwangerschaft und Geburt, Behandlung, psychische Verhaltensauffälligkeiten des Kindes und die Einnahme von Psychopharmaka vielversprechende Befunde liefern, ist naheliegend. So gehört eine *Berufstätigkeit* der Mutter im ersten, für eine sichere Bindung entscheidenden Lebensjahr nach der Geburt, zu den bedeutsamen Variablen, denn größere physiologische Störungen der Mutter führen zu einer höheren Infektionsrate der Kinder, und ein sicher gebundenes Kind hat einen äußeren psychischen Schutzring, der seinen Stoffwechsel in einem stabilen Zustand hält (Brazelton & Cramer, 1991). Auch nach *medikationsinduzierten Anteilen von mütterlicher Sprache* sollte verstärkt gesucht werden, um eventuell bestehende Unterschiede zwischen der Qualität des IA-Stils als Indikator für feinfühliges Verhalten oder für körperliches Unvermögen aufzudecken.

Zu klären wäre weiterhin, ob, wie es die bisherige Forschung nahe legt, die Sprache der Mütter, die viele **umweltbedingte Risikofaktoren für eine PPD** aufweisen (vgl. Kap. 2.2.2.1), anders ist als die solcher Mütter, die kaum gefährdet sind. Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Risikofaktoren für PPD und der Sprachstruktur der Mütter?

Auch, ob eine feinfühliges Verhalten mütterliche Sprache nur unter bestimmten Bedingungen (mütterliche oder kindliche Variablen; genetisch oder Risikofaktoren; Persönlichkeitsmerkmale) abhängig vom IA-Stil ist?

Eindeutige vorhersagbare Wirkungen der mütterlichen Sprache sind so lange nicht möglich, wie die Bedeutung individueller Variablen nicht bekannt ist. In diesem Zusammenhang könnten in künftigen Studien noch Korrelationen zu **bindungsrelevanten Einflussfaktoren** wie den eigenen Kindheitserfahrungen der Eltern, geburtsnahen Ereignissen (Trennung), die Stellung in der Geschwisterreihe, den Tod eines Elternteils (oder Scheidung), das Vorhandensein einer guten Beziehung zu einem Eltern- oder Großeltern, soziale Umweltbedingungen (Großstadt) oder der Familienstand der Mutter Berücksichtigung finden. Auch, ob *allein stehende Mütter* eine geringere Sensitivität in ihrer Sprache aufweisen, wie es Chodrow (1978) postulierte und was auch 1965 in Winnicotts „Konzept des Alleinseins in Anwesenheit der Mutter“ seinen Niederschlag fand. Die durch die Exklusivität der Mutter-Kind-Bindung bestehende emotionale Bürde der Mutter erhöht die Gefahr der emotionalen Vernachlässigung des Kindes trotz (oder sogar wegen) 24-stündiger physischer Anwesenheit.

Anthropologische Studien zeigen, dass die mütterliche Fürsorge in nicht industrialisierten Ländern zwar ein wichtiger, jedoch nicht der einzige Teil der Kinderfürsorge ist, da sie normalerweise von einer stabilen Gruppe (verwandter) Erwachsener und älteren Kindern beiderlei Geschlechts geteilt wird (Mead, 1962). Da Meads Forschungen von ihren ethnologischen Kollegen stark kritisiert wurden, sind diese Ergebnisse zu relativieren (Heidemann, 2011).

Die Untersuchung der Auswirkungen der mütterlichen Sprache bei *Kindern mit Hörstörungen* oder anderen medizinischen Problemen könnte wichtige Erkenntnisse liefern.

Auch die Einbeziehung von PPD-Müttern mit einem **zurückgezogenen IA-Stil** sollte in Folgestudien angestrebt werden.

Eine **Überarbeitung des SCMS** unter Berücksichtigung der gemachten Erfahrungen (vgl. Kap. 18) könnte die Aussagekraft seiner Daten noch erhöhen.

Die Studie konnte belegen, dass das Vorliegen einer PPD, nur einen geringen Einfluss auf das mütterliche Sprachverhalten hat. Im Gegensatz dazu können Verbalisierungen durch die Bearbeitung des IA-Stils weitreichend beeinflusst und so die Entwicklungschancen eines Kindes verbessert werden. Über eine kurze objektive Sprachanalyse könnte in Zukunft für jede Mutter ein „**Interaktionsscore**“ als Screeninginstrument für sprachlich problematische Interaktionsmuster ermittelt werden. Wünschenswert wäre die **Aufnahme der „neuen“ Prädiktorvariablen** für günstige beziehungsweise ungünstige Sprache in künftige „language composites“: kindbezogener Sprachfokus, Spiele/ Lieder, „non-mind-related-comments“, neutraler Sprachinhalt, Aussagen und Wiederholung. Bezüglich der Variablen „Unverständliches“ und „thematische Wiederholung“ bedarf es zuvor einer Kontrolle von Störvariablen beziehungsweise einer Klärung von Widersprüchen bezüglich entwicklungsfördernder Wirkungen.

Aufgrund der Komplexität der vorliegenden Daten wurde auf eine **phasenspezifische Untersuchung** und damit auf stressrelevante Aussagen verzichtet, weshalb diesbezügliche vorangegangene Ergebnisse (Tronick, 1998; Montini, 2008) nicht beurteilt werden können. Ebenso wurde die **Untersuchung an T2** minimiert, weshalb bisher keine detailliertere Aussage dazu möglich ist. Eine weitere Aufgabe könnte darin liegen, die Daten diesbezüglich zu untersuchen.

Weitere interessante Fragestellungen bleiben für zukünftige Arbeiten offen:

Ist die therapeutische Bedeutung der mütterlichen Sprache auf die MUKI-Beziehung für PPD-Mütter stärker als für gesunde Mütter?

Korrelieren bestimmte Sprachmerkmale mit dem Grad der Depression (erfasst mit Hilfe des Beck Depressions Inventars)? Man könnte so über die Sprachvariablen ein Instrument erhalten, um die Stärke und das Stadium einer Depression zu messen.

Können Bindungsschemata durch therapeutische Intervention verändert werden?

Mit der Arbeit sollte ein Anfang gemacht werden, das im theoretischen Teil beschriebene **Zusammenwirken von Entwicklungspsychologie, Klinischer Psychologie und Linguistik** am Beispiel der mütterlichen Sprache zu untersuchen.

Die dargestellten Ergebnisse dieses Pilot-Projektes stellen einen Einstieg in die Materie dar. Künftige Studien werden sicherlich davon profitieren und eine gezielte wissenschaftsübergreifende Betrachtung von Einzelaspekten vornehmen.

Dass ein erheblicher Versorgungsbedarf sowohl für den klinischen als auch ambulanten Bereich besteht ist unumstritten (Fricke et al., 2006). Längere stationäre Behandlungszeiten, die es in Deutschland aufgrund der fehlenden Möglichkeiten einer ambulanten Behandlung gibt, könnten die ideale Voraussetzung zur Durchführung einer sensitivitätsorientierten

Psychotherapie (vgl. Kap. 4.2 und 17.5) liefern. **Ressourcenrelevante Ergebnisse**, wie die häufigere Berührung von PPD-Müttern und **die Qualität des IA-Stils verbessernde Sprachmerkmale** sollten dabei besondere Berücksichtigung finden. Überzeugende Forschungsergebnisse können die Bereitstellung ausreichender Mutter-Kind-Behandlungsplätze, die durch die für das Gesundheitssystem verursachten Kosten erschwert ist, begünstigen und mehr Frauen als bisher zu einer angemessenen Behandlung ihrer Erkrankung verhelfen. Wegen der erhöhten Erkrankungsdisposition für Kinder psychisch kranker Eltern könnte der Aufbau einer positiven MUKI-Beziehung durch die Realisierung einer **sprachfokussierten MUKI-Therapie im präventiven Sinne** gefördert werden und dabei gleichzeitig der Entwicklung des Kindes und der Remission der PPD-Mutter zugute kommen.

Neben den beschriebenen Sprachelementen sollten mütterliche, kindliche und interaktionelle Faktoren bei **Erstellung eines allgemeinen Therapiekonzeptes für PPD-Mütter** Berücksichtigung finden. Das Heidelberger Therapieangebot mit seiner Kombination einer auf die Mutter abgestimmten Depressionsbehandlung und videogestützten Mutter-Kind-Therapie kann hier als Vorbild dienen. Eine Erhöhung des Bewusstseins für die eigene Selbstwirksamkeit kann durch das Auffinden eigener mütterlicher Kompetenzen im Video stattfinden, wodurch die Generalisierung negativer Gefühle reduziert und Interaktionsprozesse verändert werden können. Über die Vermittlung positiver, emotional korrigierender Beziehungserfahrungen, sollte anfangs am Aufbau einer vertrauensvollen, verlässlichen, wertschätzenden und tragfähigen therapeutischen Beziehung gearbeitet werden, in deren Schutz später dysfunktionale Erlebens- und Verhaltensmuster (auch Sprachmuster) erkannt und verändert werden könnten.

Allen Ansätzen gemeinsam sollte sein, dass sie ressourcenorientiert sind und eine Entlastung für die Mutter darstellen. Voraussetzung dafür ist, die Mutter in ihrer Mutterrolle ernst zu nehmen, ihr Vorrecht auf Erziehung des Kindes anzuerkennen, sie in ihren Kompetenzen zu unterstützen und zu loben.

Um Störungen in der MUKI-Interaktion zu erkennen sollte ein stetiger interdisziplinärer Austausch stattfinden.

Auch die Einbeziehung der Umgebungsbedingungen (Paar, Familie) sollte in Gesprächen Beachtung finden, die Eltern hinsichtlich der spezifischen Disposition ihres Kindes (Gefahr der „Pseudostabilität“) beraten werden. Bowlby (1952 mit Robertson) fand heraus, dass das Streben nach größtmöglicher Harmonie in Familien eine zentrale Änderungsmotivation darstellt, was voraussichtlich positive Therapieergebnisse in relativ kurzer Zeit zur Folge hat.

Für den Säugling erscheint ein sich regelhaft wiederholender Tagesablauf mit niedrigem Reizniveau für den stationären Aufenthalt passend (Hofacker, Papoušek, Jacubeit, Malinowski, 1999).

Um eine ambulante Anbindung der Mutter vorzubereiten, sollte daran gearbeitet werden, Vorbehalte und Misstrauen gegenüber psychotherapeutischen Verfahren abzubauen.

Fernziele könnten der Ausbau des Therapieangebotes für Mütter mit älteren Kindern und die Entwicklung eines auf spezifische Entwicklungsphasen abgestimmten ambulanten Psychotherapieangebotes für PPD-Mütter sein.

Für alle zukünftigen Überlegungen gilt es immer ein Gleichgewicht zwischen den sich widersprechenden Anliegen von Einfachheit, Klarheit und allgemeinen Prinzipien in der Wissenschaft und der Notwendigkeit von Komplexität und Greifbarkeit des individuellen Falls in der Therapie zu finden. Dabei sind eine hohe Sensitivität, Offenheit und Intuition unverzichtbares Rüstzeug für die Erfassung der Dynamik im Spannungsfeld zwischen medizinischen, psychologischen und linguistischen Aspekten.

Literaturverzeichnis

- Abidin RR (1995). Parenting Stress Index (PSI). Psychological Assessment Resources, Inc. Dt.: Tröster H (1999).
- Ainsworth MDS (1982). Attachment: retrospect and prospect. In: Parkes CM, Stevenson-Hinde (eds.): *The Place of Attachment in Human Behavior*. London: Tavistock.
- Ainsworth MDS (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*; 44: 709-716.
- Ainsworth MDS, Bell SM, Stayton DJ (1971). Individual differences in strange situation behaviour of one year olds. In: Schaffer HR (ed.). *The origins of human social relations*. New York: Academic Press. Dt.: Mutter und Säugling und die Entwicklung von Kompetenz. In: Grossmann KE & Grossmann K (Hrsg.) (2009) 2. Auflage. *Bindung und menschliche Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ainsworth MDS, Bell SM, Stayton DJ (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialisation as a product of reciprocal responsiveness to signals. In: Richards PM (ed.). *The integration of a child into a social world*, 99-135. London: Cambridge University Press. Dt.: Mutter und Säugling und die Entwicklung von Kompetenz. In: Grossmann KE & Grossmann K (Hrsg.) (2009) 2. Auflage. *Bindung und menschliche Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S (1978). Patterns of Attachment: Assessed in the Strange Situation and at Home. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ainsworth MDS, Wittig BA (1969). Bindungs- und Explorationsverhalten einjähriger Kinder in einer Fremden Situation. In: Grossmann KE & Grossmann K (Hrsg.) (2003). *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta. 112-145.
- Akhtar N, Dunham F, Dunham PJ (1991). Directive interactions and early vocabulary development: the role of joint attentional focus. *Journal of Child Language*; 18: 41-49.
- Alpert, M, Murray M, Howard R (1982). A Progress Report on the Training of Probability Assessors. In: Kahneman D, Slovic P, Tversky A (ed.): *Judgment Under Uncertainty: Heuristics and Biases*, 294–305. Cambridge and New York: Cambridge University Press.
- Als H (1982). Towards a synaective theory of development: Promise for the assessment of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*; 3: 228-243.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn). DSM-IV. Washington, DC. Dt.: American Psychiatric Association (Hrsg.) (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn). Text Revision. DSM-IV-TR. –APA: Arlington, VA.
- Amsterdam B (1972). Mirror self image reactions before age two. *Developmental Psychobiology*; 5: 297-305.
- Anderson J (1972). Attachment out of doors. In: Blurton-Jones N (ed.): *Ethological Studies of Child Behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2009). 2. überarbeit. Auflage. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber.
- Aronson H, Weintraub W (1972): Verbal productivity as a measure of change in affective status. *Psychological Reports*; 20: 483-487.

Literatur

- Balint M (1964). *Primary Love and Psychoanalytic Techniques*. London: Tavistock. Dt.: *Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse*. 2. Auflage 1997. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ballestrem CL, Strauß M, Häfner, S, Kächele H (2001). Ein Modell für das Screening von Müttern mit postpartaler Depression. *Dtsch Z Nervenheilkd*; 20: 352-355.
- Bates E, Dale PS, Thal D (1995). Individual differences and their implications for theories of language development. In: Fletcher P, MacWhinney B (Hrsg.). *The handbook of child language*; 96-152. Oxford: Basil Blackwell.
- Bayley N (1993). *Bayley Scales of Infant Development-II*. Psychological Corporation: USA. Dt.: Reuner G, Rosenkranz J, Pietz J, Horn R (Hrsg.) (2007). Frankfurt/M.: Pearson Assessment.
- Beck AT (1972). *Depression: Causes and treatment*; 243. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck AT (1978). *Beck Depressions Inventar (BDI)*. Dt.: Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F (1995). *BDI Beck-Depressions-Inventar Testhandbuch*. 2. überarbeitete Auflage. Bern: Hans Huber.
- Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.
- Beebe L, Lachmann (1988). The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self-object representation. *Psychoanalytic Psychology*; 5: 305-337.
- Beegly M, Bretherton I, Mervis C (1986). Mothers' internal state language to toddlers: The socialisation of psychological understanding. *British Journal of Developmental Psychology*; 4: 247-260.
- Belsky J, Rovine M, Taylor DG (1984). The Pennsylvania Infant and Family Development Project, III: The origins of individual differences in infant-mother-attachment: Maternal and infant contributions. *Child Development*; 5: 718-728.
- Berger A (1985). The Dangers of Blues for a Boy. *New Scientist*; 147: 4.
- Bernazzani O, Saucier JF, David H, Borgeat F (1997). Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in postpartum women. *Journal of Affective Disorders*; 46: 39-49.
- Bettes BA (1988). Maternal depression and motherese: temporal and intonational features. *Child Development*; 59: 1089-1096.
- Biederman J, Rosenbaum JF, Hirshfeld DR, Faraone SV, Bolduc EA, Gersten M, Meminger SA, Kagan J, Snidman N, Reznick JS (1990). Psychiatric Correlates of behavioural inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*; 47: 21-26.
- Bion W (1978). *Second Thoughts*. London: Heinemann.
- Birnholtz J (1989). Report on „Sonochromes“. *The Medical Post*; 25: 19.
- Bischof-Köhler, D (1998). Zusammenhänge zwischen kognitiver, motivationaler und emotionaler Entwicklung in der frühen Kindheit und im Vorschulalter. In: Keller, H (Hrsg.). *Lehrbuch Entwicklungspsychologie*: 319-376. Bern: Huber.
- Blount BG (1990). Parental speech and language acquisition: An anthropological perspective. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology & Health*; Vol 4 (4), 319-337.
- Bock J, Braun K (2002). Frühkindliche Emotionen steuern die funktionelle Reifung des Gehirns. *Psychotherapie*; 7: 190- 94.
- Bornstein MH, Ruddy MG (1984). Infant attention and maternal stimulation: Prediction of cognitive and linguistic development in singletons and twins. In: Bouma H, Bouwhuis, DG (eds.). *Attention and performance X: Control of language processes*. London: Erlbaum.
- Bornstein MH, Tal J, Rahn C (1992). Functional analysis of the contents of maternal speech to infants of 5 and 13 months in four cultures: Argentina, France, Japan and the United States. *Developmental Psychology*; 28 (4): 593-603.

Literatur

- Bowlby J (1940). The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character. *International Journal of Psycho-Analysis*; 21: 154-178.
- Bowlby J (1944). Forty-four juvenile thieves: their characters and home life. *International Journal of Psychoanalysis*; 25: 19-53 und 107-128; neu aufgelegt als Monografie (1946). London: Baillière Tindall & Cox.
- Bowlby J (1951). Maternal Care and Mental Health. In: *World Health Organisation Monograph Series; No 2*. Dt.: (1973). Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit. München: Kindler.
- Bowlby J (1953b). Child Care and the Growth of Maternal Love. (gekürzte Fassung von "Maternal Care and Mental Health" 1951). Neue und erw. Auflage. 1965: London: Penguin Books.
- Bowlby J (1965). Darwin's health. *British Medical Journal*; 10. April: 999.
- Bowlby J (1969b, 1973a, 1980). Attachment and Loss. Band 1-3. London: Hogarth Press. Dt.: (2006) Bindung und Verlust. Trilogie. München: Reinhardt.
- Bowlby J (1979c). The Making and Breaking of Affectional Bonds. London: Tavistock Publications Continuing commentary on article by Rajecki DW, Lamb ME & Obmascher P: "Toward a general theory of infantile attachment: a comparative review of aspects of the social bond" (1979d). *The Behavioral and Brain Sciences*; 2: 637-638.
- Bowlby J (1991). The role of the psychotherapist's personal resources in the therapeutic situation. *Tavistock Gazette* (Autumn).
- Bowlby J, Ainsworth M, Boston, Rosenbluth D (1956). The effects of mother-child separation: a follow up study. *British Journal of Medical Psychology*; XXIX, 3/4: 211-247.
- Bowlby J, Durbin EPM (1938). Personal Agressiveness and War. London: Kegan Paul.
- Bowlby J, Robertson J, (1952a). Responses of young children to separation from their mother. *Courier. Centre International de l'Enfance*; II/ 2: 66-78, II/ 3: 131-142.
- Bowlby J, Robertson J, (1952b). A two-year-old goes to hospital: A scientific film. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*; 46: 425-427.
- Bowlby J, Robertson J, Rosenbluth D (1952). A two-year-old goes to hospital. *The Psychoanalytic Study of the Child*; VII: 82-94.
- Brack UB (1986). Rückstand der Sprachentwicklung. In: Brack UB (Hrsg.). *Frühdiagnostik und Frühtherapie*; 171-189. München, Weinheim: Psychologische Verlags Union Urban & Schwarzenberg.
- Brambring M (2005). Divergente Entwicklung blinder und sehender Kinder in vier Entwicklungsbereichen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*; 37, 273-283.
- Brandstädter J, Gräser H (1985). Entwicklungsberatung unter dem Aspekt der Lebensspanne. Göttingen: Hogrefe.
- Brazelton TB (1984). Neonatal Behavioral Assessment Scale (2nd ed.), *Handbook of parenting. Vol. 1: Children and parenting (2nd ed.)*: 3-43. Mahwah: Erlbaum.
- Brazelton TB, Cramer B. (1991). The Earliest Relationship. London: Karnak. Dt.: *Die frühe Bindung. Die erste Beziehung zwischen dem Baby und seinen Eltern*. 2. Auflage. 1994. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bretherton I (1985). Attachment Theory: retrospect and prospect. In: Bretherton I, Waters E (eds): *Growing points of attachment theory and research. Monographs of die Society for Research in Child Development*; 50, 3-35.
- Bretherton I (1991b). Roots and growing points of attachment theory. In: Parkes CM, Stevenson-Hinde J, Marris P (eds.): *Attachment across the Life Circle*. London: Routledge.
- Breznitz Z (2001). Verbal Indicators of Depression. *The Journal of General Psychology*, 199(4); 351-363.
- Breznitz Z, Sherman T (1987). Speech patterning of natural discourse of well and depressed mothers and their young children. *Child Development*; 58: 395-400.

Literatur

- Brisch KH (2007). Baby-Beobachtung gegen Aggression und Angst zur Förderung von Empathie und Feinfühligkeit. DVD. München: roll call productions.
- Brisch KH (2010). SAFE® - Sichere Ausbildung für Eltern. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch KH, Bechinger D, Betzler S, Heinemann H (2003). Early preventive attachment-oriented psychotherapeutic intervention program with parents of a very low birth weight premature infant: Results of attachment and neurological development. *Attachment & Human Development*; 5 (2): 120-135.
- Brisch KH, Grossmann KE, Grossmann K, Köhler L (Hrsg.) (2002). Bindung und seelische Entwicklungswege. (3. Auflage. 2010). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch KH, Hellbrügge T (Hrsg.) (2006). Kinder ohne Bindung. (3. Auflage. 2009). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch KH, Hellbrügge T (Hrsg.) (2010). Bindung, Angst und Aggression. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brockington IF, Oates J, George S, Turner D, Vostanis P, Sullian M, Loh G, Murdoch C (2001). Parental Bonding Questionnaire (PBQ). *Archives of Women's Health*; 3: 133-140.
- Brown G, Harris T (1978). The Social Origins of Depression. London: Tavistock.
- Bühner M (2010). Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. München: Pearson.
- Byang-Hall J (1980). Symptom bearer as marital distance regulator. *Family Process*; 19: 335-365.
- Byang-Hall J (1991a). The application of attachment theory to understanding and treatment in family therapy. In: Parkes CM, Stevenson-Hinde J & Marris P (eds): *Attachment Across the Life Cycle*. London: Routledge.
- Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Lundh W, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidsson AB, Widström AM (2009). Effects of closeness versus separation after birth and influence of swaddling on mother-infant interaction one year later: A Study in St. Petersburg. *Birth*; 36 (2): 97-109.
- Bystrova K, Matthiesen AS, Vorontsov I, Widström AM, Ransjö-Arvidsson AB, Uvnäs-Moberg K (2007). Maternal axillar and breast temperature after giving birth: Effects of delivery ward practices and relation to infant temperature. *Birth*; 34(4): 291-300.
- Bystrova K, Widström AM, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidsson AB, Welles-Nyström B, Wassberg C et al. (2003). Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": A study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatrica*; 92(3): 320-326.
- Campbell SB, Cohn JF (1997). The timing and chronicity of postpartum depression: Implication for infant development. In: Murray L & Cooper PJ (Hrsg.). *Postpartum depression and child development*; 165-197. New York: Guilford Press.
- Caspi A, Elder G (1988). Emergent family patterns. In: Hinde I & Stevenson-Hinde J (eds.): *Relationships within Families: Marital Influences*. Oxford: Oxford University Press.
- Cazden C (1972). Child language and education. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Cenciotti F, Tronick EZ, Reck C (2004). Maternal Sensitivity and Responsivity Scales-Revised (MSRS-R). Universitätsklinikum Heidelberg, Harvard Medical School Boston. Unpublished.
- Chamberlain, D (1990). 7. Auflage 2010. Woran Babys sich erinnern. München: Kösel.
- Chamberlain, D (1994). The Sentient Prenate: What every Parent should know. *Pre- and perinatal Psychology Journal*; 9: 1.
- Childs MR (1998). Prenatal Language Learning. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*; 13: 2.
- Chodorow N (1978). The Reproduction of Motherhood. Berkeley; CA: University of California Press. Dt. (1985): Das Erbe der Mütter. Psychoanalyse und Soziologie der Mütterlichkeit. München: Frauenoffensive.

Literatur

- Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P, Lagercrantz H, Puyol P, Winberg J (1992). Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatrica Scand.*; 81: 488-493.
- Cogill S, Caplan H, Alexandra H, Robson K, Kumar R (1986). Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *BMJ*; 292: 1165-1167.
- Cohen J (1988). 2. Auflage. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates
- Cohn JF, Matias R, Tronick EZ, Connell D, Lyons-Ruth K (1986). Face-to-face interactions of depressed mothers and their infants. In: Field T, Tronick TZ (Hrsg.). *Maternal depression and infant disturbances. New Directions in Child Development*; 34: 31-46. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cohn J, Tronick EZ (1983). Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. *Child. Dev.*; 54: 185-194.
- Cohn J, Tronick EZ (1989). Specificity of infants' response to mothers' affective behaviour. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*; 28(2): 242-248.
- Collis GM, Schaffer HR (1975). Synchronization of visual attention in mother-infant-pairs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 16, 315-320.
- Cooper TRP, Aslin RN (1990). Preference for infant-directed speech in the first month old infants. *Infant Behavior & Development*; 11, 493-505.
- Cooper PJ, Murray L (1995). Course and recurrence of postnatal depression. *The British Journal of Psychiatry*; 166: 191-195.
- Cooper PJ, Murray L (1997). The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and infant development. In: Murray L, Cooper PJ (eds). *Postpartum depression and child Development*; 201-220. New York: Guilford Press.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R (1987). Detection of postnatal Depression: Development of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *British Journal of Psychiatry*; 150: 782-786. Dt.: Bergant AM, Nguyen T, Heim K, Ulmer H, Dapunt O (1998). German language version and validation of the Edinburgh postnatal depression scale. *Deutsche medizinische Wochenschrift 1946*; 123(3): 35-40.
- Cox AD, Puckering C, Pound A, Mills M (1987). The impact of maternal depression in young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 28: 917-928.
- Cramer B (1997). Psychodynamic perspectives on the treatment of postpartum depression. In: Murray L & Cooper PJ (Hrsg.). *Postpartum depression and child development*. New York, London: Guilford Press.
- Cutrona CE, Troutman BR (1986). Social support, infant temperament and parenting self-efficacy: a mediational model of postpartum depression. *Child. Dev.*; 57: 1507-1518.
- De Schonen S, Deruelle C (1994). Pattern and face recognition in infancy: Do both hemispheres perceive objects in the same way? In: Vyt A, Bloch H & Bornstein, MH (Eds.), *Early child development in the French tradition. Contributions from current research*: 35-53. Hillsdale: Erlbaum.
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) (Hrsg.) (2007). Wie spricht mein Kind? 8. Auflage.. Duisburg: Basis Druck GmbH.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.) (2003). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 2. überarb. Auflage.. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Diamond A (1991). Frontal lobe involvement in cognitive changes during the first year of the life. In: Gibson, KR, Peterson AC (Eds.). *Brain maturation and cognitive development: Comparative and cross-cultural perspectives*: 127-180. New York: Aldine/de Gruyter.
- Diego MA, Field T, Hart S, Hernandez-Reif M, Jones N, Cullen C, Schanberg S, Kuhn C (2002). Facial expressions and EEG in infants of intrusive and withdrawn mothers with depressive symptoms. *Depress Anxiety*; 15: 10-15.

Literatur

- Dilling H, Freyberger HJ (2006). Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen. 3. Auflage. Bern: Huber.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort (Hrsg.) (2005). Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5. durchges. u. erg. Auflage.. Huber.
- Dittmann, J (2002). Spracherwerb des Kindes. Verlauf und Störungen. München: Beck.
- Downing G. (2003). Video-Mikroanalyse-Therapie. Einige Grundlagen und Prinzipien. In: Scheuerer-Engelich H (Hrsg.). *Wege zur Sicherheit: Bindungswissen in Diagnostik und Intervention*; 51-68. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Dunn J, Bretherton I, Munn P (1987). Conversations about feeling states between mothers and their young children. *Development Psychology*; 23, 132-139.
- Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta. Psychiatr. Scand.*; 106: 426-433.
- Ellsworth CP, Muir, DW, Hains SMJ (1993). Social competence and person-object differentiation: An analysis of the still-face effect. *Developmental Psychology*, 29: 63-73.
- England SJ, Ballard C, George S (1994). Chronicity in postnatal depression. *The European Journal of Psychiatry*; 8: 93-96.
- Esser G, Weinel H (1990). Vernachlässigende und ablehnende Mütter in Interaktion mit ihren Kindern. In: Martinius J, Frank R (Hrsg.). *Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung von Kindern. Erkennen, Bewusstmachen und Helfen*. Bern: Huber.
- Fairbairn R (1952). *Psychoanalytic Studies of die Personality*. London: Tavistock.
- Farrar M (1990). Discourse and the aquisition of grammatical morphemes. *Journal of Child Language*; 17: 607-624.
- Ferber R (1985). *Solve your child's sleep problems*. New York: Simon & Schuster.
- Ferenczi S (1955). *Final Contributions to the Problems and Methods of Psychoanalysis*. London: Hogarth.
- Fernald A (1984). The perceptual and affective salience of mothers' speech to infants. In: Feagons L, Garvey C, Golinkoff R (Hrsg.). *The origins and growth of communication*; 5-9. Norwood, NJ: Ablex.
- Fernald A, Simon T (1984). Expanded intonation contours in mothers' speech newborns. *Developmental Psychology*; 20, 104-113.
- Field T (1981). Infant arousal, attention and affect during early interactions. In: Lipsitt L (Hrsg.). *Advances in infancy*. New York: Ablex, 57-100.
- Field T (1992) Infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology*; 4: 49-66.
- Field T (1997). The treatment of depressed mothers and their infants. In: Murray L, Cooper PJ (eds.). *Postpartum depression and child development*; 221-236. New York.
- Field T, Healy B, Goldstein S, Perry S, Bendell D, Schanberg S, Zimmermann EA & Kuhn C (1988). Infants of depressed mothers show "depressed" behaviour even with nondepressed adults. *Child Development*; 59: 1569-1579.
- Field, T, Sandberg D, Garcia R, Vega-Lahr N, Goldstein S, Guy L (1985). Pregnancy problems, postpartum depression, and early mother-infant interactions. *Dev. Psychol.*; 21: 1152-1156.
- Field T, Hernandez-Reif M, Diego M, Feijo L, Vera Y, Gil K, Sanders C, (2007). Still-face and separation effects on depressed mother-infant interactions. *Infant Mental Health Journal*; 28 (3): 314-323.
- Freud S (1904a). Die Freudsche psychoanalytische Methode. *G.W.*, Bd.6.
- Freud S (1926). Inhibitions, Symptoms, and Anxiety. SE 20. London: Hogarth. Dt. (1992): Hemmung, Symptom und Angst. Frankfurt/ Main: Fischer Taschenbuch.

Literatur

- Fricke J, Fuchs T, Weiss R, Mundt C, Reck C (2006). Mutter-Kind-Behandlung bei postpartalen Störungen im internationalen Vergleich. *Fortschr. Neurol. Psychiat.*; 74, 503-510.
- Givón T (1985). Function, structure and language acquisition. In: *The crosslinguistic study of language acquisition; Vol.1: The data; Vol.2: Sloibin, DI. Theoretical Issues*; Inc. 1005-1027. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gleitman LR, Newport EL, Gleitman H (1984). The current status of the motherese hypothesis. *Journal of Child Language*; 11, 43-79.
- Golinkoff RM, Alioto A, Hirsh-Pasek K, Kaufman D (1992). Infants learning lexical items better in infant-directed speech than adult-directed speech. Boston Child Language Conference, Boston, MA.
- Grant S (1991). Psychotherapy with people who have been sexually abused. In: Holmes J (ed.). *A Textbook of Psychotherapy in Psychiatric Practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Grossmann K, Grossmann KE (1985). Sprachliche Kennzeichen mütterlicher Feinfühligkeit. In: Grossmann K (2004). *Bindungen - Das Gefüge psychischer Sicherheit*; 126-129. Klett-Cotta.
- Grossmann K, Grossmann KE, Schwann A (1986). Capturing the wider view of attachment: a re-analysis of Ainsworth's Strange Situation. In: Izard C, Read P (eds.). *Measuring Emotions in Infants and Children*. Cambridge: University Press.
- Hamilton M (1960). A Rating Scale for Depression (HAM-D). *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.*, 23, 56-62.
- Harlow H (1958). The nature of love. *American Psychologist*; 13: 673-685.
- Hartmann HP (2001). Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*; 50: 537-551.
- Hay DF (1997). Postpartum depression and cognitive development. In: Murray L, Cooper PJ (eds). *Postpartum depression and child development*; 85-110. New York: Guilford Press.
- Heard D, Lake B (1986). The attachment dynamic in adult life. *British Journal of Psychiatry*; 149: 430-438.
- Heidemann, F (2001). Ethnologie. Göttingen: UTB basics. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hepper PG, Shahidullah SB (1994). Development of Fetal Hearing. *Archives of Disease in Children*; 71: 81-87.
- Herrera E, Reissland N, Shepherd J (2004). Maternal touch and maternal child-directed speech: effects of depressed mood in the postnatal period. *Journal of Affective Disorders*; 81: 29-39.
- Hinde R, McGinnis L (1977). Some factors influencing the effects of temporary infant-mother Separation. *Psychological Medicine*; 7: 197-212.
- Hinsch R, Pfingsten U (2007). Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele (5. Auflage.). Weinheim: PVU.
- Hiscock H, Wake M (2001). Infant sleep problems and postnatal depression: a community-based study. *Pediatrics*; 107: 1317-1322.
- Höhle B (2004). Sprachwahrnehmung und Spracherwerb im ersten Lebensjahr. *Sprache, Stimme, Gehör*; 28, 2-7.
- Höltershinken D, Scherer G (2011). *PEKiP Das Prager-Eltern-Kind-Programm, theoretische Grundlagen: Ursprung und Weiterentwicklung* (4., erweiterte Auflage.). Dortmunder Beiträge zur Pädagogik. Bochum/Freiburg.
- Hofacker N von, Jacubeit T, Malinowski M, Papoušek M (1996). Diagnostik von Beeinträchtigungen der Mutter-Kind-Beziehung bei frühkindlichen Störungen der Verhaltensregulation. *Kindheit und Entwicklung*; 3: 160-167.

Literatur

- Hofacker N von, Papoušek M, Jacubeit T, Malinowski M (1999). Rätsel der Säuglingskoliken. Ergebnisse, Erfahrungen und therapeutische Interventionen aus der „Münchener Sprechstunde für Schreibabys“. *Monatssch. Kinderheilkd.*; 147: 244-253.
- Hofecker-Fallapour M, Riecher-Rössler A (2003). Depression in der frühen Mutterschaft. Erschöpft, gereizt und überängstlich. *Neurotransmitter*; 2, Sonderheft zum DGPPN-Kongress; 35-39.
- Hoff-Ginsberg E (1990). Maternal speech and the child's development of syntax: a further look. *Journal of Child Language*; 17, 85-99.
- Hoff-Ginsberg E (1998). The relation of birth order and socioeconomic status to children's language experience and language development. *Applied Psycholinguistics*; 19: 207-231.
- Holmes J (1991). A Textbook of Psychotherapy in Psychiatric Practice. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Holmes J (1992). Between Art and Science. LONDON: Routledge.
- Holmes J (1993). Psychotherapeutic aspects of the acute psychiatric admission ward, unpublished.
- Holmes J (2006). John Bowlby und die Bindungstheorie. 2. Auflage., München, Basel: Ernst Reinhardt.
- Hornstein C, De Marco A, Rave E, Schenk S, Wortmann-Fleischer S, Schwarz M (2003). Die Behandlung psychotischer Mütter in einer Mutter-Kind-Einheit. *Psychodynamische Psychotherapie 2003*; 2: 113-121.
- Hornstein C, Trautmann-Villalba P, Hohm E, Rave E, Wortmann-Fleischer S, Schwarz M (2006). Maternal bond and mother-child interaction in severe postpartum psychiatric disorders: Is there a link? *Archives of Women's mental health*; 9(5): 279-284.
- Horowitz M (1988). An Introduction to Psychodynamics. London: Routledge.
- Huber S, Brisch KH, Pohlandt F, Eckert D, Knorpp D, Mauch D, Bode H (1996). Entwicklungsneurologische Befunde bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1000g im Alter von 2-4 Jahren. In: Gross-Selbeck G (Hrsg.). *Aktuelle Neuropädiatrie 1995*; 309-312. Weinheim, Basel, Cambridge, New York: Ciba Geigy.
- Jacobsen JL, Boersma DC, Fields RB, Olson KL (1983). Paralinguistic features of adult speech to infants and small children. *Child development*; 54: 436-442.
- Jameson PB, Gelfand DM, Kulcsar E, Teti DM (1997). Mother-toddler interaction patterns associated with maternal depression. *Development and Psychopathology*; 9: 537-550.
- Janus L (2004) (Hrsg.). Pränatale Psychologie und Psychotherapie. Heidelberg: Mattes.
- Jerusalem M (2007). Gesundheitspsychologische Prävention. In Röhrle B (Hrsg.). *Prävention und Gesundheitsförderung; Bd.III Kinder und Jugendliche*: 127-149. Tübingen: dgvt.
- Jusczyk P, Houston D, Goodman M (1998). Speech perception during the first year. In: Slater A (Hrsg.). *Perceptual development: visual, auditory and speech perception in infancy*; 357-388. Hove: Psychology Press.
- Kaplan P, Jung PC, Ryther JS, Zarlengo-Strousse P (1996). Infant- directed versus adult-directed speech as signals for faces. *Developmental Psychology*, 32: 880-891.
- Kennell JH, Trause MA, Klaus MH (1975). Evidence for a sensitive period in the human mother. *Ciba Foundation Symposium*; 3: 87-101.
- Kißgen R. (2002). Bindungsqualität einjähriger motorisch entwicklungsverzögerter Kinder. *Heilpädagogische Forschung*; 28 (3): 118-130.
- Klann-Delius G (2002). Bindung und Sprache in der Entwicklung. In: Brisch KH, Grossmann KE, Grossmann K, Köhler L (Hrsg.). *Bindung und seelische Entwicklungswege*; 87-108. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Klaus MH, Jerauld R, Kregler NC, Mc Alpine W, Steffa M, Kennell JH (1972). Maternal attachment. Importance of the first post-partum days. *New England Journal of Medicine*; 286: 460-463.
- Klein M (1986). The Selected Melanie Klein. Mitchell J (ed.). London: Penguin.

Literatur

- Klier CM, Muzik M (2001). Mutter-Kind-Interaktion in der postpartalen Periode. In: Klier CM, Demal U, Katschnig H (Hrsg.). *Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression*; 91-102. Wien: Facultas.
- Klier C, Muzik M, Dervic K, Mossaheb N, Benesch T, Ulm B, Zeller M (2007). The role of estrogen and progesterone in depression after birth. *Journal of Psychiatric Research*; 41(3-4): 273-279.
- Klennert MD, Emde RN, Butterfield, P, Campos, JJ (1986). Social referencing: the infant's use of emotional signals from a friendly adult with mother present. *Developmental Psychology*, 22: 427-432.
- Knorpp, D, Mauch A, Bode H, Huber S, Paschke R, Pohlandt F, Spraul C, Brisch KH (1998). Somatic, cognitive and social developmental outcome of extremely low birthweight infants (<1000g) at age 2-4 years. In: Congress of the Society for Interdisciplinary Research in Neurology, Psychiatry, and Psychology. „Longitudinal Studies in Children At-Risk“. 18.-20. September, Wien.
- Koch J (1978). *Total baby development*. New York 1978. Tschechischer Originaltitel: *Výchova kojence v rodině*. Ausgabe London 1982 unter dem Titel: *Superbaby*.
- Kochanska G, Murray KT (2000). Mother-child mutually responsive orientation and conscience development. From toddler to early school age. *Child Development*; 71: 417-431.
- Krüger S & Bräuning P (2003). Bipolare Störungen in Postpartalphase und Stillzeit: Sicherheit für Mutter und Kind. *Neuro Transmitter*; 2, 26-34.
- Kruper JC, Uzgiris IC (1987). Fathers' and mothers' speech to young infants. *Journal of Psycholinguistic Research*; 16(6): 597-614.
- Kuhl PK, Andruski JE, Chistovich, LA, Kozehevnikova EV, Ryskina VL, Stolyarova EI, Sundberg U, Lacerda F (1997). Cross-language analysis of phonetic units in language addressed to infants. *Science*; 277, 1. August, 684-686.
- Kumar R & Robson JM (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *The British Journal of Psychiatry*; 144, 35-47.
- Lewis M, Brooks-Gunn, J (1979). *Social cognition and the acquisition of self*. New York: Plenum.
- Lips, Bloom & Barnett (1988). *Maternal Self-Confidence Scale (MSCS)*. Dt.: Mutter-Kind-Projekt Heidelberg & Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart
- Lorenz K (1952). *King Solomon's Ring*. London: Methuen.
- McMahon S.D, Washburn J, Felix ED, Yakin J & Childrey G (2000). Violence prevention: Program effects on urban preschool and kindergarten children. *Applied & Preventive Psychology*, 9, 271-281.
- Main M, Weston D (1982). Avoidance of the attachment figure in infancy. In: Parkes CM, Stevenson-Hinde J. (eds.). *The Place of Attachment in Human Behavior*. London: Tavistock.
- Malan D (1976). *Towards the Validation of Dynamic Psychotherapy*. Chichester: Plenum – (1991): *John Bowlby remembered*. Tavistock Gazette (Autumn).
- Matthiesen AS, Ransjö-Arvidsson AB, Nissen E, Uvnäs-Moberg K (2001). Postpartum maternal oxytocin release by newborns: Effects of infant hand massage and sucking. *Birth*; 28: 13-19.
- McDonough SC (2000). Interaction Guidance: an approach for difficult-to-engage families. In: Zeanah CH (ed.). *Handbook of Infant Mental Health*; 2nd edn.: 485-493. New York: Guilford Press.
- Mead M (1962). A cultural anthropologist's approach to maternal deprivation. In: *Deprivation of Maternal Care: A Reassessment of its Effects*. Geneva: World Health Organisation Publications.

Literatur

- Meins E (1997). *Security of attachment and the social development of cognition*. Hove, U.K.: Psychology Press.
- Meins E (1998a). The effects of security attachment and maternal attribution of meaning on children's linguistic acquisitional style. *Infant Behavior & Development*; 21(2): 237-252.
- Meins, E (1998b). *Mind-mindedness: A working models approach*. International Conference: Development, Structure and Functioning of Internal Working Models, University of Regensburg, Regensburg/ Germany, July 6.-7..
- Meins E, Fernyhough C, Fradley E, Tuckey M (2001). Rethinking Maternal Sensitivity: Mothers' Comments on Infants' Mental Processes Predict Security of Attachment at 12 Months. In: *J. Child. Psychol. Psychiat.*; Vol. 42; No. 5: 637-648. Cambridge University Press.
- Meins, E, Fernyhough C, Russell J, Clark-Carter D (1998). Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: A longitudinal study. *Social Development*; 7: 1-24.
- Meins, E, Fernyhough C, Wainwright R, Clark-Carter D, Das Gupta M, Fradley E, Tuckey M (2003). Pathways to understanding mind: construct validity and predictive validity of maternal mind-mindedness. *Child Development*; 74(4): 1194-1211.
- Meins, E, Fernyhough C, Wainwright R, Das Gupta M, Fradley E, Tuckey M (2002). Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. *Child Development*; 73(6): 1715-1726.
- Möhler E, Kagan J, Parzer P, Brunner R, Reck C, Wiebel A, Poustka L & Resch F (2007). Childhood behavioral inhibition and maternal symptoms of depression. *Psychopathology*; 40 (6), 446-452.
- Montini R (2008). Zur Auswirkung depressiver Störungen im Postpartalzeitraum auf die mütterliche Verbalisierung in der Mutter-Säuglings-Interaktion. Psychologische Diplomarbeit. Universität Heidelberg.
- Murray L (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 33: 543-561.
- Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, Cooper PJ (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant-interactions and later infant outcome. *Child Development*; 67: 2512-2526.
- Murray L, Kempton C, Woolgar M, Hooper R (1993). Depressed mothers' speech to their infants and its relation to infant gender and cognitive development. *Journal of Child Psychological Psychiatry*, 34 (7), 1083-1101.
- Murray L, Trevarthen C (1986). The infants role in mother-infant-communications. *Journal of Child Language*; 13, 15-29.
- Najman, JM, Andersen MJ, Bor W, O'Callaghan MJ & Williams GM (2000). Postnatal depression – myth and reality: maternal depression before and after the birth of a child. *Social Psychiatry Epidemiology*; 35: 19-27.
- Nelson K (1973). Structure and strategy in learning to talk. *Monographs for the Society of Research in Child Development*; 38, No. 149.
- Newport E, Gleitman H, Gleitman L (1977). Mother, I'd rather do it myself: some effects and non-effects of maternal speech style. In: Snow C, Ferguson C (Hrsg.). *Talking to children: Language input and acquisition*; 109-149. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nispel P (2001). Mutterglück und Tränen. Das seelische Tief nach der Geburt überwinden, 40-60. Freiburg, Basel, Wien: Herder.
- Noe D (2008). Mütterliche Sensitivität, kindlicher Affekt und dyadische Merkmale der Mutter-Kind-Interaktion. Eine kontrollierte Studie mit Müttern und ihren Säuglingen. Psychologische Diplomarbeit. Universität Heidelberg.
- Oakley A (1981). *Subject Women*. Oxford: Martin Robertson.

Literatur

- O'Connor TG, Rutter M (2000). Attachment disorder behaviour following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up. English and Romanian Adoptees Study Team. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*; 39: 703-712.
- O'Hara MW (1987). Post-partum "blues", depression and psychosis: a review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*; 7: 205-227.
- O'Hara MW (1997). The nature of postpartum depressive disorders. In: Murray L & Cooper PJ (eds.). *Postpartum depression and child development*; 3-31. New York: Guilford Press.
- O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch. Gen. Psychiatry*; 57(11): 1039-1045.
- O'Hara MW, Zekovski EM, Philipps LH et al. (1990). A controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and non-childbearing women. *J. Abnorm. Psychology*; 99: 3-15.
- Papoušek H (1985). Biologische Wurzeln der ersten Kommunikation im menschlichen Leben. In: Böhme W (Hrsg.). *Evolution und Sprache: Über Entstehen und Wesen der Sprache. Herrenalber Texte 66*; 33-64. Karlsruhe: Tron.
- Papoušek H, Papoušek M (1977a). Mothering and the cognitive headstart: Psychobiological considerations. In: Schaffer HR (Hrsg.). *Studies in mother-infant interaction*; 63-85. London, New York: Academic Press.
- Papoušek H, Papoušek M (1984). Learning and cognition in the everyday life of human infants. In: Rosenblatt JS, Beer C, Busnel MC & Slater PJB (Hrsg.). *Advances in the Study of Behavior*; Vol. 14: 127-163. New York: Academic Press.
- Papoušek H, Papoušek M (1987). Intuitive parenting: A dialectic counterpart to the infant's integrative competence. In: Osofsky JD (Ed). *Handbook of infant development, 2. Auflage*, 669-720. New York: Wiley.
- Papoušek H, Papoušek M (1996). Fragile aspects of early social integration. In: Murray L & Cooper PJ (Hrsg.). *Postpartum Depression and Child Development*; 35-53. New York, London: Guilford Press.
- Papoušek M (1994). Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation. Bern: Huber.
- Papoušek M (1995). Frühe Störungen der Eltern-Kind-Beziehungen im Säuglingsalter: Ein präventiver Ansatz zur Früherkennung und Behandlung. In: Schneider H (Hrsg.). *Die frühe Kindheit*, 1-21. Heidelberg: Mattes.
- Papoušek M (2000). Einsatz von Video in der Eltern-Säuglings-Beratung- und Psychotherapie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.*; 49: 611-627.
- Papoušek M, Papoušek H (1990a). Excessive infant crying and intuitive parental care: Buffering support and its failures in parent-infant interaction. *Early Child Development and Care*, 65, 117-126. Special Issue.
- Papoušek M, Papoušek H, Symmes D (1991). The meanings of melodies in motherese in tone and stress languages. *Infant Behavior & Development*; 14: 415-440.
- Parens, H, Scattergood E, Singletary W (1995). Kindliche Aggressionen. Kösel.
- Parton DA (1976). Learning to imitate in infancy. *Child Development*; 47: 14-31.
- Pauen S, Rauh H (2007). Frühe Kindheit. In: Hasselhorn M, Silbereisen R (Hrsg.). *Enzyklopädie der Psychologie (Band 4). Entwicklungspsychologie des Säuglings- und Kleinkindalters*. Göttingen: Hogrefe.
- Pawlow IP (1927). Conditioned Reflexes: An Investigation of the Physiological Activity of the Cerebral Cortex. (translated by G. V. Anrep). London: Oxford University Press.
- Pechmann T (1994). Sprachproduktion: Zur Generierung komplexer Nominalphasen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Pitt B (1968). „Atypical“ depression following childbirth. *The British Journal of Psychiatry*; 114: 1325-1335.

Literatur

- Polinski, Liesel (2001). PEKiP: Spiel und Bewegung mit Babys. Mehr als 100 Anregungen für das erste Jahr. Verla: Rowohlt Taschenbuch.
- Preyer W (1882). Die Seele des Kindes. Leipzig.
- Pulkkinen, Anne (2008). PEKiP - Babys spielerisch fördern. München: Gräfe und Unzer.
- Radke-Yarrow M, Belmont B, Nottelmann E, Bottomly L (1990). Young children's self-conceptions: origins in the natural Discourse of depressed and normal mothers and their children. In: Chichetti D, Beeghly M.. *The self in transition*; 345-361.
- Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor T (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development. A prospective population study. *Lancet*; 365(9478): 2201-2205.
- Rauh, H (1995). Frühe Kindheit. In: Oerter, R & Montada, L. (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie. 4. Auflage*. 131-208. Weinheim: Beltz/ PVU.
- Rauh H (2002). Vorgeburtliche Entwicklung und frühe Kindheit. In: Oerter R, Montada L (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie (4. Auflage.)*; 131-208. Weinheim: Beltz/ PVU.
- Reck C (2008). Depressionen und Angststörungen im Peripartalzeitraum. *Nervenheilkunde*; 6: Schattauer GmbH.
- Reck C, Ballestrem CL, Möhler E (2004). Fragebogen zur Soziodemografie.
- Reck C, Fuchs T, Fricke J, Möhler E (2006). Integrative stationäre Psychotherapie für psychisch erkrankte Mütter und ihre Kinder. *Psychotherapie im Dialog*; 7: 53-60.
- Reck C, Hunt A, Fuchs T, Weiss R, Noon A, Möhler E, Downing G, Tronick EZ, Mundt C (2004b). Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: an overview. *Psychopathology*; 37 (6): 272-280.
- Reck C, Klier C, Pabst K, Stehle E, Stefenelli U, Struben K, Backenstrass M (2006). The German version of the postpartum bonding instrument: Psychometric properties and association with postpartum depression. *Archives of Women's mental health*; 9(5): 265-271.
- Reck C, Pabst K, Struben K & Zipser B (2007). Interview zur Peripartalzeit.
- Reck C, Struben K, Backenstrass M, Stefenelli U, Reinig K, Fuchs T, Sohn C, Mundt C (2008). Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 118, 459-468.
- Reck C, Weiss R, Fuchs T, Möhler E, Downing G, Mundt C (2004a). Psychotherapie der postpartalen Depression: Mutter-Kind-Interaktion im Blickpunkt. *Nervenarzt*; 75: 1068-1073.
- Riecher-Rössler A (1997). Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung. *Fortschritte der Neurologie- Psychiatrie*; 65: 97-107.
- Righetti-Veltima M, Conne-Peréard E, Bousquet A (2002). Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders*; 70: 291-306.
- Righetti-Veltima M, Conne-Peréard E, Bousquet A, Manzano J (1998). Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*; 49: 167-180.
- Robertson J (1952). Film: A Two-Year-Old Goes to Hospital. London: Tavistock.
- Robertson J, Bowlby J (1952). Responses of young children to separation from their mothers. *Courier of the International Children's Centre*. Paris, II, 131-140.
- Rochat P (1999). Early social cognition: Understanding others in the first month of life. Mahwah: Erlbaum.
- Rothbart MK (1981). Measurement of temperament in infancy. Infant Behavior Questionnaire (IBQ). *Child development*; 52: 569-578. Dt.: Pauli-Pott U, Mertesacker B, Beckmann D (2003). Ein Fragebogen zur Erfassung des frühkindlichen Temperaments im Elternurteil. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 48, 311-325.
- Rowe ML (2004). A longitudinal investigation of factors related to maternal communicative input and child vocabulary growth in low-income American families. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*; 64(8B): 4087.

Literatur

- Rudolf G (2006). Strukturbezogene Psychotherapie : Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. 2., überarb. Auflage., Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf G (2010). Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma. Stuttgart: Schattauer.
- Ruppelt C (1994). Das Prager-Eltern-Kind-Programm. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades. Prag.
- Rutter M (1972). Maternal deprivation reconsidered. *Journal of Psychosomatic Research*; 16, 241-250.
- Rutter M (1980). Attachment and the development of social relations. In: Rutter M (ed.): *The Scientific Foundations of Developmental Psychiatry*. London: Heinemann.
- Rutter M (1981). Maternal Deprivation Reassessed. 2nd edn, London: Penguin.
- Ryle A (1990). Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change. Chichester: Wiley.
- Scarr S (1992). Developmental theories fort the 1990s: Development and individual differences. *Child Development*; 54, 424-435.
- Schenk-Danziger L (1976). *Entwicklungspsychologie*. Wien: Österreichischer Bundesverlag für Unterricht, Wissenschaft und Kunst (ÖBV).
- Scheurl-Defersdorf MR (2011). In der Sprache liegt die Kraft. Freiburg: Herder.
- Schmiedtová B (2008). Sprachproduktion in verschiedenen Sprachen. Unveröffentlichte Habilitation. Universität Heidelberg.
- Schore AN ((1994). Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development. Hillsdale: Erlbaum.
- Schore AN ((2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*; 22, 201-269.
- Schwartz EB, Douglas A, Granger EJ, Susman MR, Gunnar MR, Laird B (1998). Assessing Salivary Cortisol in Studies of Child Development. *Child Development*; 69 (6), 1503-1513.
- Sharp D (1993). Childbirth-related emotional disorders in primary care: A longitudinal prospective study. Unpublished doctoral dissertation. London University.
- Snow CE (1972). Mothers´ speech to children learning language. *Child development*; 43, 549-565.
- Snow CE (1976). Mothers´ speech in three social classes. *Journal of Psycholinguistic Research*; 5, 1-20.
- Spitz R (1950). Anxiety in infancy. *International Journal of Psycho-Analysis*: 31, 138-143.
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Brief Patient Health Questionnaire (Brief PHQ). *JAMA*; 282: 1737-1744. Deutsche Übersetzung und Validierung: Löwe B, Zipfel S, Herzog W (2002). Heidelberg: Medizinische Universitätsklinik.
- Sroufe LA (1979). The coherence of individual development. *American Psychologist*, 34, 834-841.
- Sroufe LA (1996). Emotional development. The organization of emotional life in the early years. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stadlmayr W, Bitzer J, Hösli I, Amsler F, Leupold J, Schwendke-Kliem A, Simoni H, Bürgin D (2001): Birth as a Multidimensional Experience: Comparison of the English- and German-Language Version of Salmon`s Item List (SIL). *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*: 22 (4): 205-214.(PPQ).
- Stein A, Gath DH, Bucher J, Bond A, Day A, Cooper PJ (1991). The relationship between postnatal depression and mother-child-interaction. *British Journal of Psychiatry*; 158: 46-52.
- Stern D (1985). The Interpersonal World of the Infant. New York: Basic Books. Dt. (2000): Die Lebenserfahrung des Säuglings. 7. Auflageage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Literatur

- Stern DN (1998). Die Mutterschaftskonstellation. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern DN, Spieker S, Barnett RK, MacKain K (1983). The prosody of maternal speech: Infant age and context related changes. *Journal of Child Language*; 10, 1-15.
- Stern DN, Spieker S, MacKain K (1982). Intonation contours as signals in maternal speech to prelinguistic infants. *Developmental Psychology*; 18, 727-735.
- Szabadi E, Bradshaw CM, Besson JAO (1976). Elongation of pause-time in speech: a simple objective measure of motor retardations in depression. *British Journal of Psychiatry*; 129: 592-597.
- Teasdale JD, Fogarty SJ, Williams JMG (1980). Speech rate as measure of short term variation in depression. *The British Journal of Social and Clinical Psychology*; 19: 271-278.
- Teti DM, Gelfand DM (1997). Maternal cognitions as mediators of child outcomes in the context of postpartum depression. In: Murray L, Cooper PJ (eds.). *Postpartum depression and child development*; 136-164. New York: Guilford Press.
- Thorndike EL (1898). Animal Intelligence: An Experimental Study of the Associative Processes in Animals. *Psychological Review, Monograph Supplements, No. 8*. New York: Macmillan.
- Tizard B (1977). Adoption: A Second Chance. London: Open Books.
- Törnåge CJ, Serenius F, Uvnäs-Moberg K, Lindberg T (1998). Plasma somatostatin and cholecystokinin levels in preterm infants during kangaroo care with and without nasogastric tube-feeding. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*; 11, 645-651.
- Tomasello M, Farrar J (1986). Joint attention and early language. *Child development*; 57, 1454-1463.
- Tomasello M, Todd J (1983). Joint attention and lexical acquisition style. *First Language*; 4, 197-212.
- Tomasello, M (1999). Social cognition before the revolution. In: Rochat, P (Ed.). *Early social cognition*: 301-314. Mahwah: Erlbaum.
- Tress W, Henry WP, Junkert-Tress B, Hildenbrand G, Hartkamp N, Scheibe G (1996). Das Modell des Zyklisch-Maladaptierten Beziehungsmusters und der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (CMP/SASB). *Psychotherapeut*; 41: 215-24.
- Tronick EZ (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*; 19(3): 290-299.
- Tronick EZ (2007). The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children. New York: Norton & Company.
- Tronick EZ, Als H, Adamson L, Wise L, Brazelton TB (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 EZ, Gianino A (1986). Interactive mismatch and repair: challenges to the coping infant. *Zero to Three: Bulletin of the National Center for Clinical Infant Programs*; 5: 1-6.
- Tronick EZ, Weinberg M (1997). Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness. In: Murray L, Cooper PJ (Hrsg.). *Postpartum depression and child development*; 54-81. New York, NY, US: Guilford Press.
- Tronick EZ, Messinger DS, Weinberg MK, Lester BM, LaGasse L, Seifer, Bauer RC, Shankaran S, Bada H, Wright LL, Smeriglio VL, Poole K, Liu (2005). Cocaine Exposure is Associated with Subtle Compromises of Infants'and Mothers'Social Emotional Behavior and Dyadic Features of their Interaction in the Face-to-Face Paradigm. *Developmental Psychology*; 41: 711-722.
- Uvnäs-Moberg K (1997). Oxytocin linked antistress effects – the relaxation and growth response. *Acta Physiologica Scandinavica, Supplement*; 640: 38-42.
- Uvnäs-Moberg K (2004). The oxytocin factor, tapping the hormone of calm, love and healing. Cambridge, Mass. (Da Capo Press).

Literatur

- Uvnäs-Moberg K, Arn I, Magnusson D (2005). The psychobiology of emotion: The role of the oxytocinergic system. *International Journal of Behavioral Medicine*; 12: 59-65.
- Van den Boom DC (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development*; 65, 1457-1477.
- Van den Boom DC, Hoeksman J (1994). The effect of irritability on mother-infant interaction: A growth curve analysis. *Developmental Psychology*; 30, 581-590.
- Van der Kolk BA (1997). Traumatic Antecedents Questionnaire (TAQ). Dt.: Hofmann A, Fischer G, Koehn F. (1999). Köln: Deutsches Institut für Psychotraumatologie.
- Van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ (2004). Maternal sensitivity and infant temperament in the formation of attachment. In: Bremner G, Slater A (Hrsg.): *Theories of infant development*. Malden, MA, US: Blackwell Publishing.
- Verny TR, Weintraub P (2003). *Das Baby von Morgen*. Hamburg: Rogner & Bernhard.
- Vygotskij LS (2002). *Denken und Sprechen – psychologische Untersuchungen*. Weinheim: Beltz.
- Waddington C (1977). *Tools for Thought*. London: Cape.
- Waxman S, Markow D (1995). Words and invitations to form categories; Evidence from 12- to 13 month old infants. *Cognitive Psychology*; 29, 257-302.
- Weinberg M, Olson K, Beeghly M, Tronick EZ (2006). Making up is hard to do, especially for mothers with high levels of depressive symptoms and their infant sons. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 47(7): 670-683.
- Weinberg MK, Tronick EZ (1998). The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *J. Clin. Psychol.*; 59: 53-61.
- Weinberg MK, Tronick EZ (1999). *Infant and Caregiver Engagement Phases (ICEP)*. Children's Hospital and Harvard Medical school. Unpublished manual, Boston.
- Weiss R (1982). Attachment in adult life. In: Parkes CM, Stevenson-Hinde J (eds.): *The Place of Attachment in Human Behavior*. London: Routledge.
- Werker JF, McLeod PJ (1989). Infant preference for both male and female infant directed talk: A developmental study of attentional and affective responsiveness. *Canadian Journal of Psychology*; 43, 230-246.
- Widström AM, Ransjö-Arvidsson AB, Christensson K, Matthiesen AS, Winberg J, Uvnäs-Moberg K (1987). Gastric suction in healthy newborn infants. Effects on circulation and developing feeding behavior. *Acta Paediatrica Scandinavica*; 76 (4): 566-572.
- Winnicott D (1965). *The Maturation Process and the Facilitating Environment*. London: Hogarth. Dt. (2001): *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Gießen: Psychosozial.
- Winnicott D (1971). *Playing and Reality*. London: Penguin. Dt.(1997): *Vom Spiel zur Kreativität*. 9. Auflage.. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wittchen HU, Pfister H (Hrsg.) (1997). *Diagnostisches Expertensystem für psychische Störungen (DIA-X)*. Frankfurt: Swets und Zeitlinger.
- Wittchen HU, Wunderlich U, Gruschwitz S, Zaudig, M (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I (SKID-I)*. Göttingen: Hogrefe.
- Wolkind S, Hall F, Pawlby S (1977). Individual differences in mothering behavior. In: Graham P (ed.). *Epidemiological Approaches in Child Psychiatry*. London: Academic Press.
- Wortmann-Fleischer S, Downing G & Hornstein C (2006). *Postpartale psychische Störungen: 15-18*: Stuttgart: Kohlhammer.
- Wright K (1991). *Vision and Separation*. London: Free Association Books.
- Wulbert M, Inglis S, Kriegsmann E, Mills B (1975). Language delay and associated mother-child-interactions. *Developmental Psychology*; 11 (1): 61-70.

Literatur

- Ziegenhain U (2004). Sozial-emotionale Entwicklung. In: Eggers C, Fegert M, Resch F (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*, 40-54. Heidelberg: Springer.
- Ziegenhain U (2007). Entwicklungs- und Erziehungsberatung für die frühe Kindheit. In: Petermann F, Schneider W (Hrsg.). *Angewandte Entwicklungspsychologie (Bd. 7). Enzyklopädie der Psychologie*, 163-204. Göttingen: Hogrefe.
- Ziegenhain U, Gebauer S, Ziesel B, Künster AK, Fegert JM (2008). Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm (Hrsg.). Die Chance der ersten Monate. Ulm: Schirmer Medien GmbH & Co. KG.
- Zipser B, Montini R, Reck C (2008). System for Analyzing the Content of Maternal Speech in Mother-Infant-Interaction (SCMS). Heidelberg University. Unpublished manual.

Internetquellen:

- Arbeitskreis Neue Erziehung e.V.. www.arbeitskreis-neue-erziehung.de (Zugriff:08.07.2013)
- Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH. <http://www.bw-lv.de> (Zugriff:08.07.2013)
- Baden-Württemberg Stiftung. www.landesstiftung-bw.de (Zugriff:08.07.2013)
- Bundesagentur für Arbeit. www.arbeitsagentur.de (Zugriff:08.07.2013)
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. www.integration-in-deutschland.de (Zugriff:08.07.2013)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Schuldnerberatung. www.meine-schulden.de (Zugriff:08.07.2013).
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V.. www.bke.de (Zugriff:08.07.2013)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. www.bmfsfj.de (Zugriff:08.07.2013)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. www.bzga.de (Zugriff: 08.07.2013)
- Das Familienhandbuch des Staatsinstituts für Frühpädagogik (IFP). www.familienhandbuch.de (Zugriff:08.07.2013)
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.. www.dgspj.de (Zugriff:08.07.2013)
- Deutscher Kinderschutzbund Baden Württemberg. www.kinderschutzbund-bw.de (Zugriff:08.07.2013)
- Deutsches Jugendinstitut. www.dji.de (Zugriff:08.07.2013)
- Die Kinderschutz-Zentren. www.kinderschutz-zentren.org (Zugriff:08.07.2013)
- Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden Württemberg. www.kvjs.de (Zugriff:08.07.2013)
- Elternbriefe. www.elternbriefe.de (Zugriff: 08.07.2013).
- Jobcenter. www.jobcenter-ge.de (Zugriff: 08.07.2013)
- Landesärztekammer Baden-Württemberg. www.aerztekammer-bw.de (Zugriff: 08.07.2013)
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden Württemberg. www.sozialministerium-bw.de (Zugriff: 08.07.2013)
- Nationales Zentrum. Frühe Hilfen. www.fruehehilfen.de (Zugriff: 08.07.2013)
- Noldus Information Technology. www.noldus.com/office/de/observer-xt (Zugriff:08.07.2013)
- Öffentlicher Gesundheitsdienst Baden-Württemberg. www.gesundheitsamt-bw.de (Zugriff:08.07.2013)
- Peter Pelikan. www.peter-pelikan.de (Zugriff: 08.07.2013)
- Statistisches Bundesamt (2006). Im Blickpunkt: Frauen in Deutschland. www.destatis.de (Zugriff: 08.07.2013)

Literatur

- Statistisches Bundesamt (2007). Geburten in Deutschland. www.destatis.de (Zugriff: 08.07.2013)
- Statistisches Bundesamt (2009). Alleinerziehende in Deutschland-Ergebnisse des Mikrozensus. www.destatis.de (Zugriff: 08.07.2013)
- Statistisches Bundesamt (2012). Hochschulen auf einen Blick. www.destatis.de (Zugriff: 08.07.2013)
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. www.statistik.baden-wuerttemberg.de (Zugriff:08.07.2013)
- Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung e.V.. www.fruehfoerderung-viff.de (Zugriff:08.07.2013)

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Demografische Daten an T1.....	228
Tab. 2: Deskriptive Kennwerte bzgl. nonparametrischer Populationsvariablen.....	229
Tab. 3a: Versuchspersonenverteilung in Abhängigkeit von einer Depression (DG) und der Qualität ihres sensitiven IA-Stils (QI).....	65
Tab. 3b: Versuchspersonenverteilung in Abhängigkeit von einer Depression (DG) und der Qualität ihres intrusiven IA-Stils (QI).....	66
Tab. 3c: Versuchspersonenverteilung in Abhängigkeit von einer Depression (DG) u. der Qualität ihrer verschiedenen IA-Stile (Sensitivität/ Intrusivität) (QI)....	66
Tab. 3d: Versuchspersonenverteilung in Abhängigkeit von einer Depression (DG) und der Qualität ihres „high-sense“ IA-Stils (QI).....	67
Tab. 4: Einteilung in Depressionsstufen.....	226
Tab. 5: Deskriptive Kennwerte bzgl. parametrischer Populationsvariablen.....	233
Tab. 6: Deskriptive Kennwerte bzgl. Sprachvariablen zu T1.....	234
Tab. 7: Deskriptive Kennwerte bzgl. Sprachvariablen zu T2.....	239
Tab. 8: Gemittelte Zusammenhänge zwischen kindlichem Alter und Sprachmerkmalen.....	244
Tab. 9: Gemittelte Zusammenhänge zwischen mütterlicher Bildung und Sprachmerkmalen.....	246
Tab. 10: 2x2 Anovas (Geschlecht x Messzeitpunkt).....	248
Tab. 11: 2x2 Anovas (Gruppe x Sensitivität) zu T1.....	265
Tab. 12: 2x2 Anovas (Gruppe x Intrusivität) zu T1.....	282
Tab. 13: 2x2 Anovas (Gruppe x Qualität des Interaktionsstils) zu T1.....	299
Tab. 14: Zellbesetzung einer dreifaktoriellen ANOVA (Gruppe x Interaktionsstil x Messzeitpunkt).....	316
Tab. 15: 2x2 Anovas (Gruppe x Messzeitpunkt).....	317
Tab. 16: Hauptmerkmale der mütterlichen Sprachstruktur.....	103

Tab. 17: Sprachprädiktoren im Überblick.....	112
Tab. 18: Hypothesenüberprüfung.....	114
Tab. 19: Sprachliche Prädiktorvariablen für günstige Sprache.....	116
Tab. 20: Sprachliche Prädiktorvariablen für ungünstige Sprache.....	117

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Zusammenschau der beteiligten Disziplinen	4
Abb. 2: Entwicklung der Bindungsforschung.....	7
Abb. 3: Prädiktoren für Bindungssicherheit (1. – 3. Mon.) in der Eltern-Kind-Interaktion.....	15
Abb. 4: Gesamtstudiendesign 2009.....	146
Abb. 5: Depressionstudie (T1/ T2) und Bindungsstudie (T3) 2009	146
Abb. 6: Übersicht der verwendeten Screening-Verfahren (DSM-IV basiert).....	149
Abb. 7: Altersverteilung der Mütter.....	68
Abb. 8: Altersverteilung der Säuglinge (T1).....	69
Abb. 9: Geschlechtsverteilung der Säuglinge.....	70
Abb. 10: Bildungsniveau der Mütter.....	71
Abb. 11: Anzahl der (leiblichen) Kinder.....	72
Abb. 12: Behandlung.....	73
Abb. 13: Medikation.....	73
Abb. 14: Verhaltensbezogener Sprachfokus und kindliches Geschlecht.....	83
Abb. 15: Positiver Sprachinhalt und kindliches Geschlecht	84
Abb. 16: Mutterbezogener Sprachfokus und Sensitivität.....	91
Abb. 17: Negativer Tonfall und Sensitivität	93
Abb. 18: „Non-mind-related-comments“ und Intrusivität.....	95
Abb. 19: Aussagen und Intrusivität	96
Abb. 20: Mutterbezogener Sprachfokus und Interaktionsstil.....	97

Inauguraldissertation
zur Erlangung des akademischen Doktorgrades (Dr. phil.)
im Fach Psychologie
an der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Feinfühligkeit in der Sprache
von postpartal depressiven und gesunden Müttern
in der Interaktion mit ihrem Säugling

BAND 2

vorgelegt von
Dipl.- Psych. Antje Bieneck

Jahr der Einreichung
2013

Dekan: Prof. Dr. Klaus Fiedler
Berater: Prof. Dr. Corinna Reck
Prof. Dr. Dr. Thomas Fuchs

INHALT - BAND 2

Anhang

20 Zusammenstellung der Versuchsunterlagen.....	145
20.1 Grafiken des Mutter-Kind-Projekts Heidelberg.....	145
20.2 Rekrutierungs-Kliniken.....	147
20.2.1 Zielgruppe postpartal depressive Mütter.....	147
20.2.2 Zielgruppe gesunde Mütter.....	147
20.3 Screening-Verfahren.....	149
20.3.1 Fragebogen zur Epidemiologie.....	150
20.3.2 SCID-Anxiety-Screening	151
20.3.3 Anxiety Screening Questionnaire (ASQ-15).....	155
20.3.4 Fragebogen zum Geburtserleben (PPQ).....	157
20.3.5 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).....	158
20.3.6 Kurzform des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-D).....	159
20.3.7 Fragebogen zur Soziodemographie.....	160
20.3.8 Beck Depressions Inventar (BDI).....	164
20.3.9 Parental Bonding Questionnaire (PBQ).....	166
20.3.10 Maternal Self-Confidence Scale (MSCS).....	169
20.3.11 Infant Behavior Questionnaire (IBQ).....	170
20.3.12 Traumatic Ancedent Questionnaire (TAQ).....	173
20.3.13 Parenting Stress Index (PSI).....	179

20.4	Kodiersysteme.....	186
20.4.1	Maternal Sensitivity and Responsivity Scales-Revised (MSRS-R).....	186
20.4.2	System for Analyzing the Content of Maternal Speech in Mother-Infant interaction (SCMS).....	210
20.5	Differenzierung nach Depressionsgrad.....	226
20.6	Instruktionen	227
21	Zusammenstellung der statistischen Auswertungen.....	228
21.1	Demografische Daten.....	228
21.2	Deskriptive Kennwerte, Signifikanztests und Korrelationsmaße.....	229
21.3	Zweifaktorielle Varianzanalyse (ANOVA).....	248
21.3.1	Mütterliche Sprachstrukturen und kindliches Geschlecht.....	248
21.3.2	Sensitiver Interaktionsstil und postpartale Depression.....	265
21.3.3	Intrusiver Interaktionsstil und postpartale Depression.....	282
21.3.4	Günstiger (“high-sense-”) und ungünstiger (“low-sense-“) Interaktionsstil....	299
21.4	Längsschnittstudien.....	316
21.4.1	Zellbesetzung einer dreifaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA).....	316
21.4.2	Messzeitpunkt und postpartale Depression.....	317
	Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchst. b) und c) der Promotionsordnung der Fakultät.....	334

BAND 2

Anhang

20 Zusammenstellung der Versuchsunterlagen

20.1 Grafiken des Mutter-Kind-Projekts Heidelberg

- der **Klinik für Allgemeine Psychiatrie**, Zentrum für Psychosoziale Medizin Universitätsklinikum Heidelberg (Corinna Reck, Kerstin Struben, Matthias Backenstrass, Ulrich Stefenelli, Kirsten Pabst, Britta Zipser, Katja Reinig, Sarah Groß, Eva Buschmann, Thomas Fuchs & Christoph Mundt)
- der **Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie**, Zentrum für Psychosoziale Medizin Universitätsklinikum Heidelberg (Eva Möhler & Franz Resch)
- der **Frauenklinik**, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg (Christof Sohn, Holger Maul & Stephanie Gawlik)
- des **Psychologischen Instituts**, Universität Heidelberg (Sabina Pauen)

Mutter- Kind- Studien

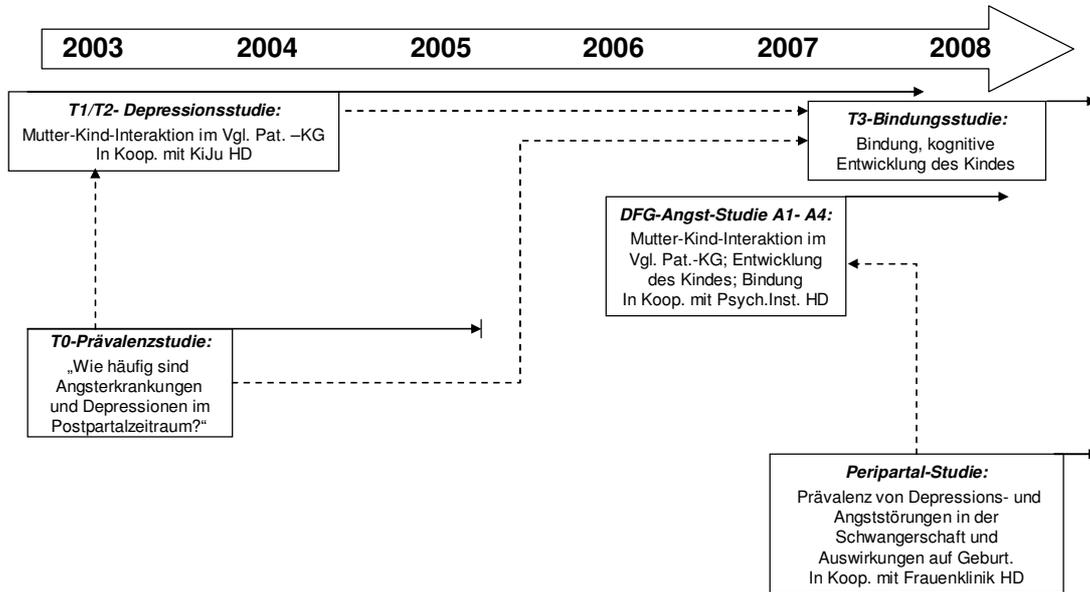


Abb. 4: Gesamtstudiendesign 2009

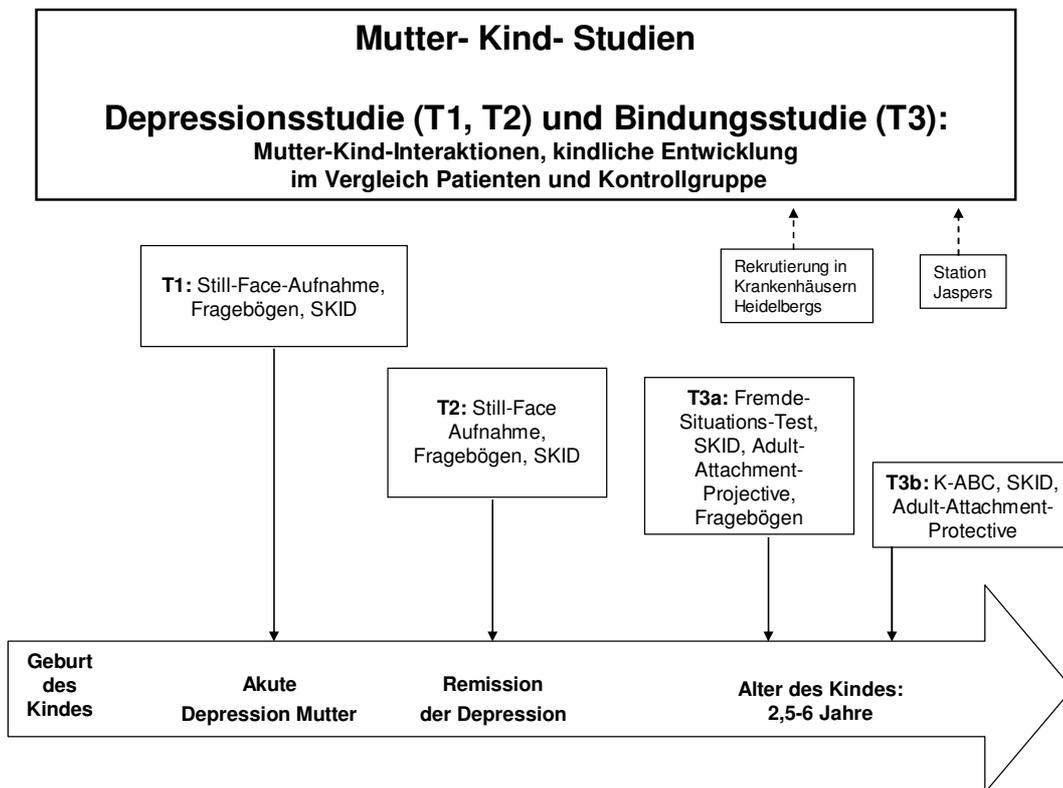


Abb. 5: Depressionsstudie (T1/ T2) und Bindungsstudie (T3) 2009

20.2 Rekrutierungs-Kliniken

20.2.1 Zielgruppe postpartal depressive Mütter

(1) Mutter-Kind-Einheit

Klinik für Allgemeine Psychiatrie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätsklinikum Heidelberg
Voßstr.2, 69115 Heidelberg, T: 06221/ 562751

Dr. Corinna Reck (Projektleitung), T: 06221/ 564465
Leitende Psychologin
E-Mail: corinna.reck@med.uni-heidelberg.de

(2) Mutter-Kind-Zentrum

Frauenklinik
Klinikum Darmstadt
Grafenstr. 9, 64283 Darmstadt, T: 06151/ 1076151

20.2.2 Zielgruppe gesunde Mütter

(1) Mutter-Kind-Einheit

Klinik für Allgemeine Psychiatrie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätsklinikum Heidelberg
Voßstr.2, 69115 Heidelberg, T: 06221/ 562751

Dr. Corinna Reck (Projektleitung), T: 06221/ 564465
Leitende Psychologin
E-Mail: corinna.reck@med.uni-heidelberg.de

(2) Perinatalzentrum

Frauenklinik
Universitätsklinikum Heidelberg
Voßstr.9, 69115 Heidelberg, T: 06221/ 567896

(3) Mutter-Kind-Station

Klinik St. Elisabeth Heidelberg
Max-Reger-Str. 5-7, 69121 Heidelberg, T: 06221/ 4882410

(4) Entbindungsstation

Krankenhaus Salem
Evangelische Stadtmission Heidelberg
Zeppelinstr.32, 69121 Heidelberg, T: 06221/ 483208

(5) Geburtshilfliche Abteilung

St. Josefskrankenhaus Heidelberg
Landhausstr. 25, 69115 Heidelberg, T: 06221/ 526236

(6) Alice-Hospital Darmstadt

Dieburger Str. 31, 64287 Darmstadt, T: 06151/ 4022400

(7) Mutter-Kind-Zentrum

Frauenklinik

Klinikum Darmstadt

Grafenstr. 9, 64283 Darmstadt, T: 06151/ 1076151

20.3 Screening-Verfahren

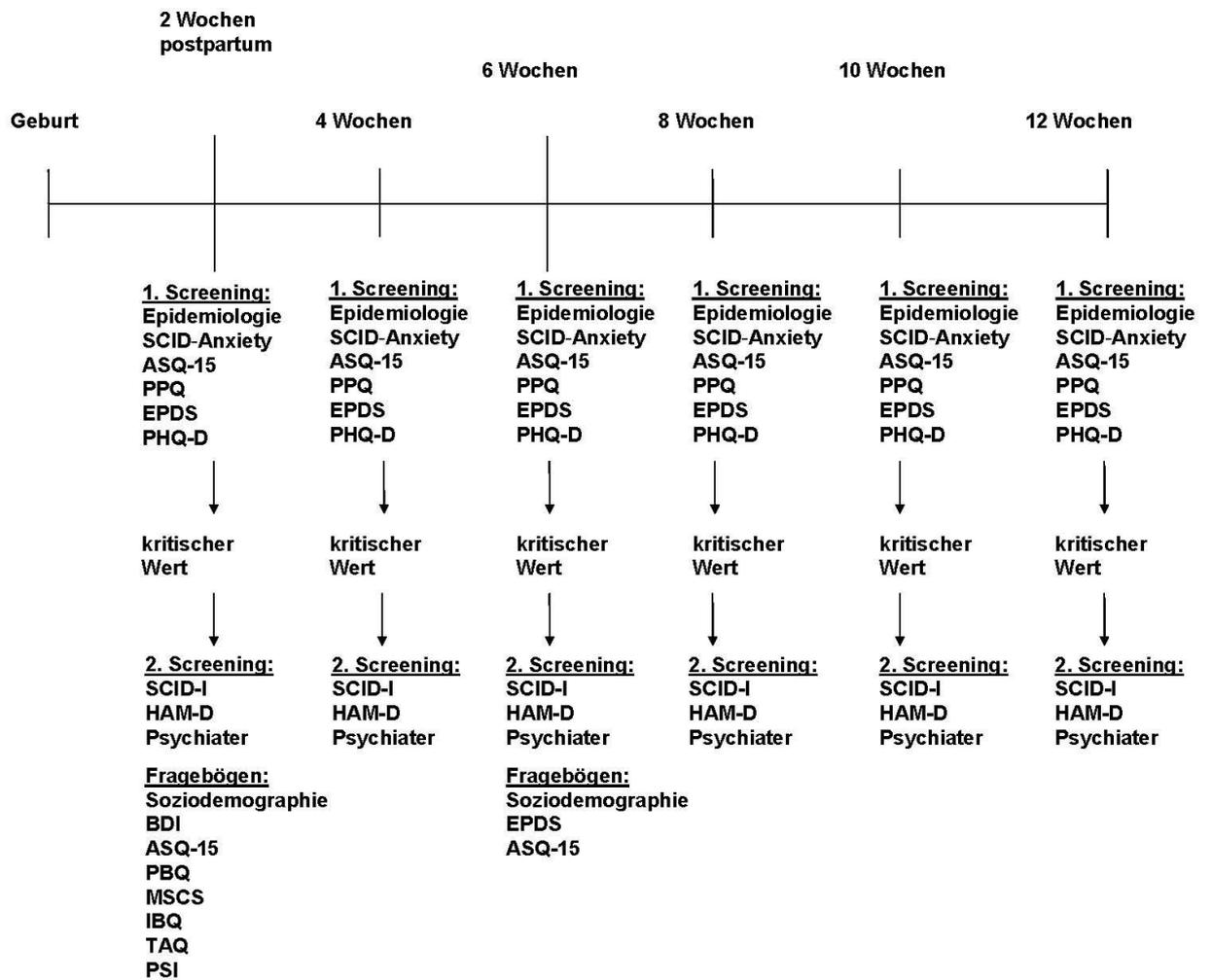


Abb. 6: Übersicht der verwendeten Screening-Verfahren (DSM-IV basiert)

20.3.1 Fragebogen zur Epidemiologie

<h2 style="margin: 0;">Allgemeine Angaben</h2> 
--

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Höchster Hoch-/Schulabschluss: _____ Ausbildung: _____

Beruf: _____ aktuell im Mutterschutz? ja nein

Planen Sie, Ihre berufliche Tätigkeit wieder aufzunehmen? ja nein

zusammen lebend seit _____ verheiratet: ja nein

in Trennung seit _____ allein lebend seit _____

Adresse

Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Lebenspartner

Alter: _____ höchster Hoch-/Schulabschluss: _____

Beruf: _____ berufstätig? nein ja → teilzeit/voll?

Kinder

1. Kind Vorname: _____ w/m Geburtsdatum: _____

2. Kind Vorname: _____ w/m Geburtsdatum: _____

3. Kind Vorname: _____ w/m Geburtsdatum: _____

Vorherige ambulante oder stationäre Psychotherapien/Klinik

Waren Sie schon einmal in ambulanter oder stationärer psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung? Wenn ja, weswegen, wann und wo (Medikamente)?

Krankheiten in der Familie

Sind in ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Verwandte) psychische Krankheiten bekannt? Wenn ja, welche?:

20.3.2 SCID-Anxiety-Screening

Screening-Fragen

Datum: _____

Code: _____

	Nein	Unklar	Ja
1. Hatten Sie jemals in Ihrem Leben einen Angstanfall, bei dem Sie ganz plötzlich in panischen Schrecken gerieten oder starke Angst hatten?	1	2	3
2. Hatten Sie jemals Angst, allein das Haus zu verlassen, sich in einer Menschenmenge zu befinden, in einer Schlange anzustehen oder mit dem Zug oder Bus zu fahren?	1	2	3
3. Hatten Sie schon einmal Angst davor oder war es Ihnen unangenehm, in Gegenwart anderer Menschen zu sprechen, zu essen oder zu schreiben?	1	2	3
4. Gibt es noch andere Dinge, vor denen Sie besonders Angst haben, wie Z.B. in einem Flugzeug zu sitzen, Blut zu sehen, sich in geschlossenen Räumen aufzuhalten, vor bestimmten Tieren oder Höhen?	1	2	3
5. Wurden Sie während der letzten Wochen oft durch Sorgen, Ängste und Gefühle von Anspannung belastet?	1	2	3

Screening-Fragen 2**Datum :****Code:**

1. Hatten Sie jemals in Ihrem Leben eine Phase, O Ja O Nein
in der Sie sich fast jeden Tag durchgängig
depressiv oder niedergeschlagen fühlten?

Bei Ja: Dauerte diese Phase mind. 2 Wochen? O Ja O Nein

2. Gab es schon einmal eine Zeitspanne, O Ja O Nein
in der Sie das Interesse oder die Freude an fast allen Aktivitäten
verloren haben, die Ihnen gewöhnlich Freude machten?

Bei Ja : Dauerte diese Zeitspanne mind. 2 Wochen? O Ja O Nein

Zusatzfragen zu Screening-Angst-Fragen 1.-5.:

Bitte zu **jeder** Frage folgende Zusatzfragen hinzufügen:

- a) Ist diese Angst jemals aufgetreten? Ja Nein
 ⇒ wenn ja:
 - Wann? _____
 - Waren Sie deswegen schon in psychotherapeutischer oder psychiatrischer
 Behandlung? Ja Nein
 - ggf.: Wann? _____
 - ggf.: In welcher? VT GT Tiefenp. Weiß nicht
 - ggf.: Medikamente _____
- b) Ist sie aktuell noch da?
 ⇒ wenn ja:
 - Wann? _____
 - Waren Sie deswegen schon in psychotherapeutischer oder psychiatrischer
 Behandlung? Ja Nein
 - ggf.: In welcher? VT GT Tiefenp. Weiß nicht
 - ggf.: Medikamente _____
- c) Ist Sie nach der Geburt neu aufgetreten?
 ⇒ wenn ja:
 - Wann? _____
 - Waren Sie deswegen schon in psychotherapeutischer oder psychiatrischer
 Behandlung? Ja Nein
 - ggf.: In welcher? VT GT Tiefenp. Weiß nicht
 - ggf.: Medikamente _____
- d) Gab es sie während der Schwangerschaft?
 ⇒ wenn ja:
 - Wann? _____
 - Waren Sie deswegen schon in psychotherapeutischer oder psychiatrischer
 Behandlung? Ja Nein
 - ggf.: In welcher? VT GT Tiefenp. Weiß nicht
 - ggf.: Medikamente _____

Zu Frage 5. noch zusätzlich zu Fragen a)-d):

⇒ wenn ja:

Waren dies auf das Kind bezogene Ängste/Sorgen/ Gefühle von Anspannung?

Ja Nein

Sollten die Mütter bei Frage b)-d) mit Ja antworten sagt mir bitte Bescheid! Ich rufe die Mütter dann an, skidde sie gegebenenfalls und schicke Ihnen noch die Fragebögen ASQ und AKV!

Fragen zu Baby Blues:

Hatten Sie in den ersten zwei Wochen nach der Geburt eine Phase, in der Sie unter Erschöpfung, Weinen, Traurigkeit, Stimmungslabilität, Ängstlichkeit oder Irritierbarkeit gelitten haben?

Ja Nein

Wenn ja: „Dauert diese Phase noch an?“

Ja Nein

Wenn nein: „Wie lange hat diese Phase ange dauert?“

20.3.3 Anxiety Screening Questionnaire (ASQ-15)

ASQ

- | | | |
|---|----|------|
| 1. Leiden Sie derzeit unter | | |
| - Schmerzen? | Ja | Nein |
| - Psychologischen oder emotionalen Problemen? | Ja | Nein |
| - Körperlichen Beschwerden oder Krankheiten? | Ja | Nein |
| Wenn ja, welchen? _____ | | |
| - anderen Problemen? | Ja | Nein |
| Wenn ja, welchen? _____ | | |
| 2. Haben Sie in den letzten Wochen die meiste Zeit unter Gefühlen von Traurigkeit und Niedergeschlagenheit oder Energieverlust gelitten? | Ja | Nein |
| 3. Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Angstattacken, bei denen Sie ganz plötzlich von einem Gefühl starker Angst, Beklommenheit oder Unruhe überfallen wurden? | Ja | Nein |
| 4. Litten Sie in den letzten Wochen unter unbegründet starken Ängsten in sozialen Situationen, wie z.B. vor anderen etwas zu tun, vor oder mit anderen Leuten zu sprechen oder im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen? | Ja | Nein |
| 5. Hatten Sie in den letzten Wochen unbegründet starke Ängste öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, in Geschäfte zu gehen oder sich auf öffentlichen Plätzen aufzuhalten? | Ja | Nein |
| 6. Haben Sie in den letzten Monaten oft unter Nachwirkungen eines oder Erinnerungen an ein ungewöhnlich schreckliches oder bedrohliches Ereignis oder Situation gelitten? | Ja | Nein |
| 7. Wurden Sie während der letzten Wochen oft durch Sorgen, Ängste und Gefühle von Anspannung belastet? | Ja | Nein |

Wenn Sie die Fragen 2 bis 7 alle verneint haben, entfallen die folgenden Fragen! Sollten Sie eine oder mehrere Fragen bejaht haben, beantworten Sie bitte die weiteren Fragen!

Lesen Sie bitte die abschließenden Fragen sorgfältig! Kreuzen Sie die für Sie zutreffende Antwort (oft, manchmal oder nie) an!

- | | | | |
|---|-----|----------|-----|
| 8. Leiden Sie unter Angst und Sorgen im Zusammenhang mit eigentlich alltäglichen Dingen, wie Haushalt, Arbeit, Familie, Beruf oder Ihren Kindern? | Oft | Manchmal | Nie |
| 9. Leiden Sie unter Angst und Sorgen im Zusammenhang mit Ihrem körperlichen Gesundheitszustand? | Oft | Manchmal | Nie |

10. Leiden Sie unter Angst und Sorgen im Zusammenhang mit anderen Dingen und Situationen? Oft Manchmal Nie
11. Haben Sie mehr Angst und Sorgen, als andere Personen in Ihrer Situation haben würden? Oft Manchmal Nie
12. Fällt es Ihnen schwer, sich von Ihren Sorgen und Ängsten abzulenken? Oft Manchmal Nie
13. Welche der folgenden Beschwerden hatten Sie in den letzten Wochen?
- ruhelos und ständig auf dem Spring? Oft Manchmal Nie
 - Schreckhaft und innerlich angespannt? Oft Manchmal Nie
 - Leicht ermüdbar und erschöpft Oft Manchmal Nie
 - Nervös und reizbar? Oft Manchmal Nie
 - Zittern oder Schwitzen? Oft Manchmal Nie
 - Herzklopfen oder Herzrasen? Oft Manchmal Nie
 - Atembeschwerden und Beklemmungsgefühle? Oft Manchmal Nie
 - Muskelschmerzen und Verspannungsgefühle? Oft Manchmal Nie
 - Schwierigkeiten sich zu konzentrieren? Oft Manchmal Nie
 - Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen? Oft Manchmal Nie
14. Beeinträchtigen diese Sorgen oder Ängste Sie bei Ihren alltäglichen Aktivitäten im Zusammenhang mit Ihrer Arbeit, Haushalt oder den Beziehungen zu anderen Menschen? Oft Manchmal Nie
15. Wann haben diese Ängste, Sorgen und Probleme ungefähr begonnen?
War das(zutreffendes Bitte ankreuzen!):
- Vor Wochen? ___
Vor Monaten? ___
Vor Jahren? ___

20.3.4 Fragebogen zum Geburtserleben (PPQ)

Fragebogen zum Geburtserleben

Datum: .../.../2000, Uhrzeit: ...h...
(Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens)

Fragebogennummer

**Bitte bis zum
.../.../200...
ausfüllen.
DANKE!**

Bitte füllen Sie Fragen der folgenden Seiten spontan und ohne ‚nach zu grübeln‘ aus: Wir sind an Ihrem Erleben interessiert. Es gibt kein ‚richtig‘ und kein ‚falsch‘!

Geburtserleben (Salomon's Item List)

(SIL-Ger)

Unserer Erfahrung nach sollten Sie für das Ausfüllen der Fragen nicht mehr als 5 Minuten benötigen.

Markieren Sie den Punkt auf der jeweiligen Skala von 1 bis 7, von dem Sie denken, daß er am besten beschreibt, wie Sie sich <u>unter der Geburt und in den ersten Stunden danach</u> fühlten;			
Falls Sie bestimmte Fragen zu unterschiedlichen Zeitpunkten Ihrer Geburt verschieden beantworten möchten, bilden Sie bitte einen Mittelwert und tragen diesen dann auf der Skala von 1 bis 7 ein.			
1	enttäuscht	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht enttäuscht
2	erfüllt	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht erfüllt
3	begeistert	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht begeistert
4	zufrieden	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht zufrieden
5	voller Freude	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	ohne Freude
6	deprimiert	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht deprimiert
7	glücklich	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht glücklich
8	voller Aufregung	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	ohne Aufregung
9	gute Erfahrung	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	schlechte Erfahrung
10	ich kam gut klar	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	ich kam schlecht klar
11	betrogen	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht betrogen
12	unter Kontrolle	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht unter Kontrolle
13	angenehm	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	unangenehm
14	entspannt	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht entspannt
15	ängstlich	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht ängstlich
16	schmerzhaft	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht schmerzhaft
17	leicht	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht leicht
18	die Zeit verging schnell	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	die Zeit verging langsam
19	erschöpft	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht erschöpft
20	voller Vertrauen	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	ohne Vertrauen

Stadlmayr W, Bitzer J, Hösli I, Amsler F, Leupold J, Schwendke-Kliem A, Simoni H, Bürgin D (2001): *Birth as a Multidimensional Experience: Comparison of the English- and German- Language Version of Salmon's Item List*, Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology; 22(4):205-14

20.3.5 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Wie mir zumute ist

Name:

Datum:

In den letzten 7 Tagen...

- ... konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen. so wie ich es immer konnte
 nicht ganz so wie sonst immer
 deutlich weniger als früher
 überhaupt nicht
- ... konnte ich mich so richtig auf etwas freuen. so wie immer
 etwas weniger als sonst
 deutlich weniger als früher
 kaum
- ... fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief. ja, meistens
 ja, manchmal
 nein, nicht so oft
 nein, niemals
- ... war ich ängstlich und besorgt aus nichtigen Gründen. nein, überhaupt nicht
 selten
 ja, manchmal
 ja, häufig
- ... erschrak ich leicht, bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen. ja, oft
 ja, manchmal
 nein, nicht oft
 nein, überhaupt nicht
- ... überforderten mich verschiedene Umstände. ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden
 ja, manchmal konnte ich damit nicht fertig werden
 nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden
 nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig.
- ... war ich so unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte. ja, die meiste Zeit
 ja, manchmal
 nein, nicht sehr oft
 nein, überhaupt nicht
- ... habe ich mich traurig oder schlecht gefühlt. ja, die meiste Zeit
 ja, manchmal
 selten
 nein, überhaupt nicht
- ... war ich so unglücklich, dass ich geweint habe. ja, die ganze Zeit
 ja, manchmal
 nur gelegentlich
 nein, niemals
- ... überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen. ja, ziemlich oft
 manchmal
 kaum
 niemals

© Cox, Holden & Sagovsky (1987)

20.3.6 Kurzform des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-D)

Gesundheitsfragebogen für Patienten (Kurzform PHQ-D)

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

Name: _____ Alter: _____ Geschlecht: weiblich männlich Datum: _____

1 Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Bei-nah-e jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Fragen zum Thema „Angst“.

	NEIN	JA
a. Hatten Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> eine Angstatacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 3.		
b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Treten manche dieser Anfälle <u>völlig unerwartet</u> auf – d. h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Litten Sie während Ihres letzten schlimmen Angstanfalls unter Kurzatmigkeit, Schwitzen, Herzrasen oder -klopfen, Schwindel oder dem Gefühl, der Ohnmacht nahe zu sein, Kribbeln oder Taubheitsgefühlen, Übelkeit oder Magenbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Wenn eines oder mehrere der in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht erschwert	Etwas erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KODIERUNG: *Maj Dep Syn*, wenn fünf oder mehr der Fragen 1a–i mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet sind und Frage 1a oder 1b darunter sind (1i auch mitzählen, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist). *And Dep Syn*, wenn zwei, drei oder vier der Fragen 1a–i mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet sind und Frage 1a oder 1b darunter sind (1i auch mitzählen, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist). *Pan Syn*, wenn alle Fragen 2a–e mit „JA“ beantwortet sind.

Deutsche Übersetzung und Validierung des „Brief Patient Health Questionnaire (Brief PHQ)“ durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg. (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999). © 2002 Pfizer

20.3.7 Fragebogen zur Soziodemographie

Reck, Ballestrem, Möhler, 2004

<h2 style="margin: 0;">Soziodemographie</h2>	
--	---

Kodierung: _____

Ausfülldatum: _____

Alltagsorganisation

- Stillen Sie Ihr Kind? nein ja
- Füttern Sie zu? nein ja
- Wie viele Stunden am Tag tragen Sie Ihr Kind am Körper? _____ Stunden
- Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit Ihrem Kind?

sehr sicher	sehr unsicher
	
○ ○ ○	○ ○ ○

- Wie lange schreit Ihr Kind am Tag?

<input type="radio"/> weniger als 30 Minuten
<input type="radio"/> weniger als 60 Minuten
<input type="radio"/> weniger als 2 Stunden
<input type="radio"/> weniger als 3 Stunden
<input type="radio"/> mehr als 3 Stunden

- Ich lasse mein Kind gelegentlich einige Minuten schreien, wenn eine änderbare Ursache nicht abzusehen ist.

<input type="radio"/> Immer	<input type="radio"/> Häufig	<input type="radio"/> Gelegentlich	<input type="radio"/> Nie
-----------------------------	------------------------------	------------------------------------	---------------------------

- Haben Sie die Möglichkeit einer Kinderbetreuung? nein ja

Wenn ja: Wer betreut das Kind über wie viele Stunden pro Woche?

<input type="radio"/> Vater	_____ Stunden
<input type="radio"/> Verwandte	_____ Stunden
<input type="radio"/> Bekannte	_____ Stunden
<input type="radio"/> Tagesmutter/Aupair/Babysitter	_____ Stunden
<input type="radio"/> Sonstiges:	_____

-
- Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht? _____
- Wie oft wacht Ihr Kind im Durchschnitt in der Nacht auf? _____
- Können Sie, nachdem Sie das Kind versorgt haben, gleich wieder einschlafen?

nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>
----------------------------	--------------------------

wenn nein: Wie lange dauert es jeweils, bis Sie wieder einschlafen können?

- Haben Sie die Möglichkeit tagsüber Schlaf nachzuholen? nein ja

Reck, Ballestrem, Möhler, 2004

Beruf

- Haben Sie während der Schwangerschaft gearbeitet? nein
 ja, Teilzeit
 ja, Vollzeit
- Ist die Wiederaufnahme des Berufs geplant? nein ja
Wenn ja:
- Wann? _____ Teilzeit Vollzeit
- Gibt es für diese Zeit eine Kinderbetreuung? Nein/Ja → Wann?

- Sonstiges: _____

Kinder

- Wie viele Kinder leben insgesamt in Ihrem Haushalt? _____
- Wie alt sind Ihre Kinder? _____

Inwieweit treffen folgende Aussagen zu?

- Ich habe den Eindruck, dass
- mein(e) Kind(er) sich seit der Geburt des jüngsten Kindes vernachlässigt fühl(t)en. stimmt stimmt gar nicht
- mein(e) Kind(er) es versuchen, mir bei der Pflege des jüngsten Kindes zu helfen.
- mein(e) Kind(er) das jüngste Kind mögen.
- mein(e) Kind(er) eifersüchtig auf das jüngste Kind sind.

Soziales Netz

- Wie häufig haben Sie sich mit oder ohne Ihr Kind innerhalb der letzten 14 Tage mit Freunden getroffen?

Mit Kind: 0 – 1 mal
 2 – 6 mal
 mehr als 6 mal

Ohne Kind: 0 – 1 mal
 2 – 6 mal
 mehr als 6 mal

Inwieweit treffen folgende Aussagen zu?

- Ich habe jemanden, den ich bei alltäglichen Sorgen mit meinem Kind fragen kann stimmt völlig stimmt gar nicht
- Ich habe seit der Geburt zu wenig Kontakte mit Menschen, die mir wichtig sind
- Es gibt Freunde/Bekannte, die seit der Geburt Kontakt mit mir halten
- Ich werde von meiner Mutter in Bezug auf das Kind unterstützt

Reck, Ballestrem, Möhler, 2004

- Ich werde von meinem Vater in Bezug auf das Kind unterstützt. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- Ich werde von meinen Schwiegereltern in Bezug auf das Kind unterstützt. ○ ○ ○ ○ ○ ○

Partnerschaft

- Wenn in Partnerschaft:

Unterstützung durch den Partner:

Inwieweit treffen folgende Aussagen zu?

stimmt völlig stimmt gar nicht



- Mein Partner hat mich während der Schwangerschaft unterstützt. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- Mein Partner hat mich bei der Geburt unterstützt. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- Mein Partner unterstützt mich seit der Geburt. ○ ○ ○ ○ ○ ○

- wenn nicht in Partnerschaft oder Partner ist nicht der Vater des Kindes:

- Der Vater des Kindes hat mich während der Schwangerschaft unterstützt. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- Der Vater des Kindes hat mich bei der Geburt unterstützt. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- Der Vater des Kindes unterstützt mich seit der Geburt. ○ ○ ○ ○ ○ ○

Seelische Probleme

- wenn derzeitige seelische Probleme:

- Leiden Sie zurzeit unter seelischen Problemen? ja ○ nein ○
wenn ja:

- Wann hat das alles begonnen, d.h., wann haben Sie zuerst bemerkt, dass irgendetwas nicht in Ordnung war? _____

- Wann haben Sie sich das letzte Mal in Ordnung gefühlt, dass heißt so, wie sie normalerweise sind? _____

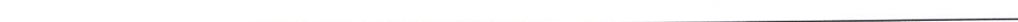
- Sind diese Beschwerden erstmals aufgetreten? ja ○ nein ○
wenn nein:

- Waren Sie deswegen schon in Behandlung? Nein/Ja → In welcher?



- wenn frühere seelische Probleme oder noch andere als oben unter derzeitige Probleme angegeben:

- Haben Sie früher schon einmal unter seelischen Problemen gelitten? Nein/Ja
wenn ja: Welche und Wann?



Reck, Ballestrem, Möhler, 2004

- Waren Sie deswegen schon in Behandlung? Nein/Ja → In welcher und wann?

Sonstiges

Gibt es noch etwas, was wir vergessen haben zu fragen?

20.3.8 Beck Depressions Inventar (BDI)

BDI

Name: _____

Geschlecht: _____

Geburtsdatum: _____

Ausfülldatum: _____

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (0, 1, 2 oder 3) an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Ziffern markieren. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

- A**
- 0 Ich bin nicht traurig.
 - 1 Ich bin traurig.
 - 2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
 - 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage.
- B**
- 0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
 - 1 Ich sehe mutlos in die Zukunft.
 - 2 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
 - 3 Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist, und dass die Situation nicht besser werden kann.
- C**
- 0 Ich fühle mich nicht als Versager.
 - 1 Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt.
 - 2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.
 - 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.
- D**
- 0 Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.
 - 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
 - 2 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.
 - 3 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.
- E**
- 0 Ich habe keine Schuldgefühle.
 - 1 Ich habe häufig Schuldgefühle.
 - 2 Ich habe fast immer Schuldgefühle.
 - 3 Ich habe immer Schuldgefühle.

- F**
- 0 Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.
 - 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
 - 2 Ich erwarte, bestraft zu werden.
 - 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.
- G**
- 0 Ich bin nicht von mir enttäuscht.
 - 1 Ich bin von mir enttäuscht.
 - 2 Ich finde mich fürchterlich.
 - 3 Ich hasse mich.
- H**
- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen.
 - 1 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.
 - 2 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
 - 3 Ich gebe mir für alles die Schuld, was schiefgeht.
- I**
- 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
 - 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
 - 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen.
 - 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte.
- J**
- 0 Ich weine nicht öfter als früher.
 - 1 Ich weine jetzt mehr als früher.
 - 2 Ich weine jetzt die ganze Zeit.
 - 3 Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.

_____ Subtotal Seite 1

K

- 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
- 1 Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
- 2 Ich fühle mich dauernd gereizt.
- 3 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.

L

- 0 Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.
- 1 Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.
- 2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
- 3 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.

M

- 0 Ich bin so entschlossen wie immer.
- 1 Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf.
- 2 Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
- 3 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.

N

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher.
- 1 Ich mache mir Sorgen, dass ich alt oder unattraktiv aussehe.
- 2 Ich habe das Gefühl, dass Veränderungen in meinem Aussehen eintreten, die mich hässlich machen.
- 3 Ich finde mich hässlich.

O

- 0 Ich kann so gut arbeiten wie früher.
- 1 Ich muss mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
- 2 Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
- 3 Ich bin unfähig zu arbeiten.

P

- 0 Ich schlafe so gut wie sonst.
- 1 Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
- 2 Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.
- 3 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.

Q

- 0 Ich ermüde nicht stärker als sonst.
- 1 Ich ermüde schneller als früher.
- 2 Fast alles ermüdet mich.
- 3 Ich bin zu müde, um etwas zu tun.

R

- 0 Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
- 1 Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
- 2 Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen.
- 3 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.

S

- 0 Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.
- 1 Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.
- 2 Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.
- 3 Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.

Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen:

- Ja
- Nein

T

- 0 Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
- 1 Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.
- 2 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken.
- 3 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass ich an nichts anderes mehr denken kann.

U

- 0 Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt.
- 1 Ich interessiere mich weniger für Sex als früher.
- 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex.
- 3 Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.

_____ Subtotal Seite 2

_____ Subtotal Seite 1

_____ Summenwert

20.3.9 Parental Bonding Questionnaire (PBQ)

PBQ: Eltern-Kind-Beziehungsfragebogen (Brockington)



Name _____ Datum _____

Bitte denken Sie an die Zeit mit Ihrem Baby, die am schwierigsten für Sie war. Kreuzen Sie bitte an, wie oft folgende Aussagen für Sie zutreffend waren. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.

Skala	Aussage	Immer	Sehr oft	Oft	Manchmal	Selten	Nie
1	Ich fühle mich meinem Baby nahe						
1	Ich wünsche mir die Zeit zurück, als ich noch kein Baby hatte						
2	Ich fühle mich meinem Baby gegenüber distanziert						
2	Ich kuschle gerne mit meinem Baby						
2	Ich bereue es, dieses Baby zu haben						
1	Das Baby scheint nicht mir zu gehören						
1	Mein Baby regt mich auf						
1	Ich liebe mein Baby über alles						
1	Ich fühle mich glücklich wenn mein Baby lächelt/lacht						
1	Mein Baby irritiert mich						
2	Ich liebe es, mit meinem Baby zu spielen						
1	Mein Baby weint zuviel						
1	Ich fühle mich als Mutter gefangen						
2	Ich bin auf mein Baby böse						
1	Mein Baby ist mir lästig						
1	Mein Baby ist das Schönste auf der ganzen Welt						
1	Ich wünschte, mein Baby würde verschwinden						
4	Ich habe meinem Baby Schaden zugefügt						
3	Mein Baby macht mich ängstlich						
3	Ich fürchte mich vor meinem Baby						
2	Mein Baby macht mich ärgerlich						
3	Ich fühle mich sicher, wenn ich mein Baby wickle						
2	Ich denke die einzige Lösung ist, wenn jemand anders mein Baby betreut						
4	Ich möchte mein Baby verletzen						
3	Mein Baby ist leicht zu beruhigen						

Scale 1.....(12 = high)

Scale 2.....(17 = high)

Scale 3.....(10 = high)

Scale 4.....(3 = high)

© Brockington I
 Brockington I F, Oates J, George S, Turner D, Vostanis P, Sullivan M, Loh C, Murdoch C. A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. Archives of Women's Mental Health, 2001; 3: 133-140.

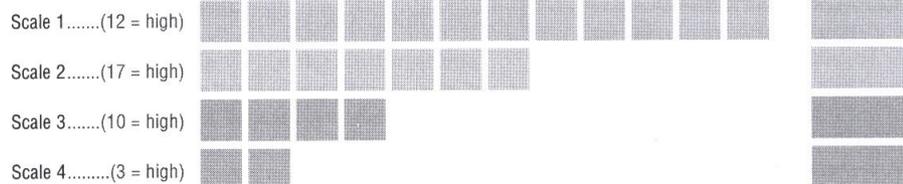
PBQ: Eltern-Kind-Beziehungsfragebogen (Brockington)



Name _____ Datum _____

Bitte denken Sie an die Zeit mit Ihrem Baby, die am schwierigsten für Sie war. Kreuzen Sie bitte an, wie oft folgende Aussagen für Sie zutreffend waren. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.

Skala		Immer	Sehr oft	Oft	Manchmal	Selten	Nie
1	Ich fühle mich meinem Baby nahe		1	2	3	4	5
1	Ich wünsche mir die Zeit zurück, als ich noch kein Baby hatte	5	4	3	2	1	
2	Ich fühle mich meinem Baby gegenüber distanziert	5	4	3	2	1	
2	Ich kuschle gerne mit meinem Baby		1	2	3	4	5
2	Ich bereue es, dieses Baby zu haben	5	4	3	2	1	
1	Das Baby scheint nicht mir zu gehören	5	4	3	2	1	
1	Mein Baby regt mich auf	5	4	3	2	1	
1	Ich liebe mein Baby über alles		1	2	3	4	5
1	Ich fühle mich glücklich wenn mein Baby lächelt/lacht		1	2	3	4	5
1	Mein Baby irritiert mich	5	4	3	2	1	
2	Ich liebe es, mit meinem Baby zu spielen		1	2	3	4	5
1	Mein Baby weint zuviel	5	4	3	2	1	
1	Ich fühle mich als Mutter gefangen	5	4	3	2	1	
2	Ich bin auf mein Baby böse	5	4	3	2	1	
1	Mein Baby ist mir lästig	5	4	3	2	1	
1	Mein Baby ist das Schönste auf der ganzen Welt		1	2	3	4	5
1	Ich wünschte, mein Baby würde verschwinden	5	4	3	2	1	
4	Ich habe meinem Baby Schaden zugefügt	5	4	3	2	1	
3	Mein Baby macht mich ängstlich	5	4	3	2	1	
3	Ich fürchte mich vor meinem Baby	5	4	3	2	1	
2	Mein Baby macht mich ärgerlich	5	4	3	2	1	
3	Ich fühle mich sicher, wenn ich mein Baby wickle		1	2	3	4	5
2	Ich denke die einzige Lösung ist, wenn jemand anders mein Baby betreut	5	4	3	2	1	
4	Ich möchte mein Baby verletzen	5	4	3	2	1	
3	Mein Baby ist leicht zu beruhigen		1	2	3	4	5



Screening mittels PBQ für Mutter-Kind-Beziehungsstörungen

Allgemeines

Mutter-Kind-Beziehungsstörungen sind noch in keinem Diagnosekriterium zu finden. Diese Störungen machen insgesamt etwa 10% aller schweren und behandlungsbedürftigen Störungen postpartal aus. Dabei kommt es entweder zur gänzlichen Ablehnung des Kindes mit dem Wunsch, es zur Adoption freizugeben oder es von Pflegeeltern betreuen zu lassen bis zu Feindseligkeiten oder Verletzungen des Babys. Diese Erkrankungen haben besonders schwere Auswirkungen auf das Kind und können nur durch ein multiprofessionelles Team behandelt werden. Diese Mütter sollten in jedem Fall zusammen mit ihren Babys stationär oder ambulant in einer spezialisierten Einrichtung behandelt werden. Diese Patientengruppe kommt in Ländern mit spezialisierten Mutter-Kind-Einheiten weitaus häufiger zur Behandlung als Frauen mit Psychosen.

Diese Störung tritt meist im Kontext einer psychiatrischen Erkrankung auf. Die Mutter kann aber auch ohne offensichtliche Psychopathologie daran leiden. Hier kann ein Fragebogen Klarheit über die Schwere und Form der Beziehungsstörung geben und der Gefährdung, die sich daraus für das Kind ergibt.

Bei zirka 22% aller Frauen, die wegen einer psychischen Erkrankung überwiesen werden, zeigten sich diese Störungen der Beziehung zum Baby und sogar bei 29% der Frauen, die wegen einer postpartalen Depression überwiesen wurden. Als Beziehungsstörung bezeichnet Brockington diejenigen Fälle, bei denen die Beziehungsstörung vor der psychischen Problematik auftrat. Nur eine milde Depression im Vergleich zur Beziehungsstörung liegt vor, wenn sich die Mutter besser fühlt, wenn sie vom Kind getrennt ist und die Verbesserung der Beziehung zu einer Verbesserung der Depression führt.

Er unterscheidet 3 verschiedene Formen von Beziehungsstörungen

- a. Verzögerung oder Verlust der Muttergefühle
- b. Pathologische Wut gegenüber dem Kind
- c. Ablehnung des Kindes

ad a. Verzögerung oder Verlust der Muttergefühle

Wenn eine Mutter eine Verzögerung oder einen Verlust der Muttergefühle erleidet, kann es sein, dass sie über diese Gefühle sehr enttäuscht ist: dass sie z.B. keine Gefühle dem Kind gegenüber empfindet, dass sie das Kind als fremd erlebt, dass es z.B. nicht ihres ist und dass sie es nur gerade für jemanden anderen versorgt.

Ad b. Pathologische Wut gegenüber dem Kind

Bei pathologischer Wut ihrem Kind gegenüber kann es sich um leichte Formen handeln, wobei sie Wut empfindet, sich aber kontrollieren kann. Bei schwereren Formen kann sie unter Impulsen leiden, das Kind zu verletzen oder zu töten oder es kann sein, dass sie die Kontrolle verliert und das Kind beschimpft und anbrüllt. Wenn ihre Wut stärker ist, kann es sein, dass die Mutter das Kind lieblos oder gewalttätig behandelt, zum Beispiel in die Wiege drückt, wirft, seine Beine verdreht, es schüttelt, seine Atmung behindert, oder es schlägt, beißt, es brennt, zu Boden wirft oder einen Versuch unternimmt, es zu töten.

Ad c. Ablehnung des Kindes

Die dritte Form der Beziehungsstörung ist die Ablehnung des Kindes, wobei die Mutter Gefühle wie Ablehnung, Hass, und Reue über die Geburt empfindet. Es fehlen zärtliche Gefühle und Gesten dem Kind gegenüber wie Küssen, Streicheln, Singen, Spielen. Sie fühlt sich besser, wenn sie nicht in der Nähe des Kindes ist und fühlt sich in der Mutterschaft gefangen. Es kann sein, dass sie sich wünscht, jemand anders würde für ihr Kind sorgen, das Kind stehen oder dass das Kind stirbt. Es kann auch sein, dass die Mutter fortläuft, um der Pflege des Kindes zu entkommen. Alle diese Erscheinungen von Beziehungsstörungen müssen ein gewisses Maß an Beeinträchtigung erreichen und müssen zum Aufsuchen eines Hilfsangebotes von Familienmitgliedern oder Professionellen geführt haben, um das Kriterium einer Störung zu erfüllen.

Fragebogen zu Elterlichen Beziehungsstörungen PBQ

(Parental Bonding Questionair)

Dieser Fragebogen ist ein 25 Fragen umfassender Selbstausfüller, der entwickelt wurde, um frühzeitig Störungen in der Mutter-Kind Beziehung erkennen zu können.

Der Fragebogen setzt sich aus 4 Skalen zusammen

Skala 1	Verzögerte Bindung	cut-off 12
Skala 2	Ablehnung und Wut	cut-off 17
Skala 3	Angst	cut-off 10
Skala 4	Gefahr von Missbrauch des Kindes	cut-off 3

Für die einzelnen Skalen kann man mittels eines Rasters eine Gesamtpunktzahl ermitteln und daraus ersehen, ob es sich in dem jeweiligen Bereich um ein Störung handelt, beziehungsweise ob eine Abklärung von Spezialisten dahingehend stattfinden soll.

Es kann wie beim EPDS keine Diagnose mittels des Fragebogens gestellt werden, aber ein Abschätzung vorgenommen werden, ob es sich um einen behandlungsbedürftigen Zustand handelt.

20.3.10 Maternal Self-Confidence Scale (MSCS)

Mütterliches Selbstvertrauen

Name: _____ Datum: _____

	stimmt völlig					stimmt gar nicht
	1	2	3	4	5	6
Ich glaube, ich bin eine gute Mutter. _____	<input type="radio"/>					
Ich bin ruhig und entspannt, wenn ich mit meinem Kind zusammen bin. _____	<input type="radio"/>					
Ich fühle mich nervös und unsicher, wenn ich mit meinem Kind umgehe. _____	<input type="radio"/>					
Ich glaube nicht, dass ich genug Geduld im Umgang mit meinem Kind habe. _____	<input type="radio"/>					
Mutter zu sein, erscheint mir sehr einfach. _____	<input type="radio"/>					
Ich gerate in Panik, wenn mein Kind zu schreien beginnt. _____	<input type="radio"/>					
Ich bin mir nicht sicher, ob ich die Mutter bin, die ich sein sollte. _____	<input type="radio"/>					
Ich mache meine Sache als Mutter nicht besonders gut. _____	<input type="radio"/>					
Ich bin sicher, dass ich lernen kann, was ich brauche, um mein Kind gut zu erziehen. _____	<input type="radio"/>					
Ich fühle mich ungeschickt und unbeholfen beim Versorgen des Babys. _____	<input type="radio"/>					
Ich bin jemand, der eine gute Mutter sein kann. _____	<input type="radio"/>					
Andere Leute meinen, dass ich eine gute Mutter bin. _____	<input type="radio"/>					
Im allgemeinen fühle ich mich als Mutter sicher und voller Selbstvertrauen. _____	<input type="radio"/>					
Manchmal scheint mir die Verantwortung einer Mutter mehr zu sein, als ich bewältigen kann. _____	<input type="radio"/>					
Ich mache mir viel Sorgen, ob ich das Beste für mein Kind tue. _____	<input type="radio"/>					
Ich bin stolz, wie ich mein Kind beruhigen kann, wenn es aufgeregt ist. _____	<input type="radio"/>					
Ich weiß, dass ich meinem Kind vieles beibringen kann. _____	<input type="radio"/>					
Ich finde gewöhnlich heraus, was mein Kind will, wenn es schreit. _____	<input type="radio"/>					
Eine Mutter zu sein, scheint mehr Energie zu verlangen, als ich manchmal zur Verfügung habe. _____	<input type="radio"/>					
Wenn ich bei meinem Kind bin, habe ich das Gefühl, stark zu sein und ihm Schutz geben zu können. _____	<input type="radio"/>					
Seit ich Mutter geworden bin, habe ich das Gefühl, ich sei viel häufiger krank gewesen. _____	<input type="radio"/>					
Viele meiner Freundinnen und Bekannten sind bessere Mütter als ich. _____	<input type="radio"/>					
Ich brauche viele Ratschläge im Umgang mit meinem Kind. _____	<input type="radio"/>					
Muttersein ist schwieriger, als ich mir vorgestellt habe. _____	<input type="radio"/>					

© Lips, Bloom & Barnett;

©Deutsche Übersetzung und laufende Evaluation: Mutter-Kind-Projekt Heidelberg & Forschungsstelle für Psychotherapie, Stuttgart

20.3.11 Infant Behavior Questionnaire (IBQ)

Fragebogen zum kindlichen Temperament

Name:

Datum:

Bitte beachten Sie

- „keine Situation“ bedeutet, dass es eine solche Situation nicht gegeben hat.
- „nie“ bedeutet, dass es eine solche Situation gab, ihr Kind hat sich aber nicht so wie beschrieben verhalten.

	keine Situation	nie	sehr selten	weniger als die Hälfte	Hälfte	mehr als die Hälfte	fast immer	immer
Wenn Ihr Kind auf sein Essen oder Getränk in der letzten Woche warten mußte, wie oft...								
...schien es ihm wenig auszumachen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...zeigte es leichtes Unbehagen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...schrie es laut?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beim Füttern, wie oft hat Ihr Kind...								
...ruhig gelegen oder dagesessen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...mit den Armen gewedelt, sich gewunden oder gestrampelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...gequengelt oder geschrien, wenn es genug hatte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn Ihr Kind etwas Neuartiges zu essen oder zu trinken bekam, wie oft hat das Kind...								
...es sofort akzeptiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...es überhaupt nicht akzeptiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie oft hat Ihr Kind in der letzten Woche...								
...abends vor dem Einschlafen nicht gequengelt oder geschrien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...nicht gequengelt oder geschrien bevor es am Tag einschlief?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Während des Schlafens, wie oft hat Ihr Kind...								
...sich im Bett umher bewegt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...an der gleichen Stelle ruhig gelegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn es aufwachte, wie oft...								
...quengelte oder schrie Ihr Kind sofort?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...spielte es ruhig im Bett?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...weinte es, wenn innerhalb weniger Minuten niemand kam?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn Ihr Kind in der letzten Woche an- oder ausgezogen wurde, wie oft hat es...								
...mit den Armen gewedelt oder gestrampelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...sich gewunden und versucht wegzukommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...gelächelt oder gelacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	keine Situation	nie	sehr selten	weniger als die Hälfte	Hälfte	mehr als die Hälfte	fast immer	immer
Wenn Ihr Kind in das Badewasser kam, wie oft...								
...ist es erschrocken (nach Luft schnappen, Arme hochwerfen, sich versteifen etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...hat es gelächelt oder gelacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...machte es einen überraschten Eindruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...hat es geplanschelt und gestrampelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...hat es sich gedreht und gewunden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...hat es viel geplappert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn sein Gesicht gewaschen wurde, wie oft hat Ihr Kind...								
...gelächelt oder gelacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...gejammert oder geschrien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beim Haare- oder Kopfwaschen, wie oft hat das Baby...								
...gelächelt oder gelacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...gejammert oder geschrien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie oft hat Ihr Kind in der letzten Woche...								
...beim Spielen viel geplappert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...laut gelacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...gelächelt oder gelacht, wenn es gekitzelt wurde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...geweint oder mit Unbehagen reagiert, wenn es gekitzelt wurde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn Ihrem Kind etwas weggenommen wurde, womit es gespielt hatte, oder ihm ein Spielzeug runtergefallen ist, wie oft...								
...schrie oder protestierte es für einen Moment?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...schrie oder protestierte es für mehrere Minuten der länger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn Ihr Kind ein neues Spielzeug bekam, wie oft...								
...zögerte es beim ersten Anblick des Spielzeugs?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...wollte es das Spielzeug sofort haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn das Kind spielerisch in die Höhe gehoben oder geworfen wurde (z.B. „Fliegen“ spielen o.ä.), wie oft...								
...lächelte es?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...lachte es?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beim Guck-guck-Spiel, wie oft...								
...lächelte es?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...lachte es?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn Sie mit Ihrem Kind gespielt hatten, dabei aber unterbrochen wurden, wie oft...								
...machte das Ihrem Kind nichts aus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...weinte es oder zeigte Unbehagen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie oft in der letzten Woche...								
...schrie Ihr Kind oder zeigte Unbehagen bei lauten Geräuschen (Küchenmaschine, Staubsauger etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...protestierte es, wenn es in seiner Bewegung eingeschränkt wurde (Kinderstuhl, Laufstall, Autositz)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...erschrak das Kind bei einer plötzlichen Änderung seiner Körperlage, z.B. wenn es schnell hochgehoben wurde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...erschrak es bei einem lauten oder plötzlichen Geräusch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...schrie es, wenn es sich erschreckte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	keine Situation	nie	sehr selten	weniger als die Hälfte	Hälfte	mehr als die Hälfte	fast immer	immer
Wenn Ihr Kind auf dem Arm war, wie oft...								
...hat es sich heftig bewegt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn das Kind auf den Rücken gelegt wurde, wie oft...								
...protestierte es?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...lächelte oder lachte es?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...wedelte es mit den Armen oder strampelte heftig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...hat es sich gedreht und gewunden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn das Kind etwas wollte, es aber nicht bekam, wie oft...								
...wurde es ärgerlich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...bekam es einen Wutanfall (Schreien, rotes Gesicht etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn das Kind in einen Kinderstuhl oder Autositz gesetzt wurde, wie oft...								
...wedelte es mit den Armen und strampelte heftig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...hat es sich gedreht und gewunden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...lag oder saß es ruhig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...zeigte es anfangs Unbehagen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Autositz, Kinderstuhl oder Kindwippe, wie oft...								
...plapperte Ihr Kind viel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn Sie wegwaren, dann wiederkamen, und Ihr Kind wach war, wie oft...								
...lächelte oder lachte es?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn Sie Ihr Kind ablegten (Bett, Sofa, Spieldecke etc.), wie oft...								
...quengelte es bald?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...war es für längere Zeit zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ihr Kind mit einer fremden Person zusammenkam, wie oft...								
...wollte es nur bei den Eltern bleiben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...wollte es mit dem Fremden keinen Kontakt aufnehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...wendete es sich sofort dem Fremden zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn Sie mit Ihrem Kind in eine fremde Umgebung kamen, wie oft...								
...reagierte es sofort interessiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...reagierte es mit Zurückhaltung oder Unbehagen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn Ihr Kind in den letzten 2 Wochen quengelte oder schrie und Sie es beruhigen wollten, wie oft ließ sich Ihr Kind schnell beruhigen durch:								
Schaukeln und Wiegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sprechen und Singen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verändern der Körperlage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schnuller geben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etwas zu Essen geben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Streicheln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etwas Interessantes zeigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein Spielzeug geben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auf den Arm nehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auf dem Arm umhertragen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20.3.12 Traumatic Ancedent Questionaire (TAQ)

Fragebogen zu traumatischen Lebenserfahrungen

Fragebogen-Nr: _____ Datum: _____
 Alter: _____ Geschlecht: _____
 Beruf: _____

Anleitung: Mit diesem Fragebogen bitten wir Sie, Erfahrungen zu beschreiben, die Sie vielleicht als Kleinkind (im Alter von 0-6 Jahren), als Schulkind (Alter 7-12 Jahre), als Jugendliche(r) (Alter 13-18) oder als Erwachsene(r) gemacht haben. Geben Sie für jeden Punkt an in welchem Ausmaß er Ihre Erfahrung für jeden der Lebensabschnitte beschreibt. Die Skala enthält sowohl Häufigkeits- als auch Intensitätswörter; wählen Sie bitte die höchste Ihrer Erfahrung entsprechende Ziffer. Falls es Alterszeiträume gibt für die Sie eine Frage nicht beantworten können, kreuzen Sie bitte WN ("weiß nicht") an.

Kreuzen Sie die größte für Sie zutreffende Ziffer an

0 = niemals oder überhaupt nicht
1 = selten oder ein klein wenig
2 = gelegentlich oder ziemlich
3 = oft oder sehr
WN = weiß nicht

	Alter	Stärke / Häufigkeit				
1. Ich habe mich immer sicher und behütet gefühlt.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
2. Ein Mitglied meiner Familie oder eine Pflegeperson sorgte immer dafür, daß ich morgens aufstand und zur Schule ging.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
3. Ich war wirklich gut in etwas (z.B. Sport, ein Hobby, in der Schule, Arbeit oder bei einer kreativen Tätigkeit).	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
4. Ich hatte gute Freunde.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
5. Ich fühlte mich mindestens einem meiner Brüder oder Schwestern nahe.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN

Kreuzen Sie die größte für Sie zutreffende Ziffer an

0 = niemals oder überhaupt nicht
 1 = selten oder ein klein wenig
 2 = gelegentlich oder ziemlich
 3 = oft oder sehr
 WN = weiß nicht

	Alter	Stärke / Häufigkeit				
6. Ein Mitglied meiner Familie hatte so viele Probleme hatte, daß sie/er sich wenig um mich kümmern konnte.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
7. Ich hatte das Gefühl, daß es niemanden interessierte, ob ich lebe oder sterbe.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
8. Wenn mich zuhause etwas quälte, gab es außerhalb meiner Familie eine Person, mit der ich darüber reden konnte.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
9. In meiner Familie gab es Geheimnisse, über die ich nichts wissen sollte.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
10. Meine Eltern vertrauten mir Dinge an, durch die ich mich unwohl fühlte.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
11. Meine Eltern waren geschieden oder getrennt.	0-6	Nein		Ja		
	7-12	Nein		Ja		
	13-18	Nein		Ja		
	erwachsen	Nein		Ja		
12. Ich lebte zu verschiedenen Zeiten bei verschiedenen Leuten (z.B. Verwandte oder Pflegeeltern)	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
13. Ein Person starb, die mir wichtig war und die ich gern mochte.	0-6	Nein		Ja		
	7-12	Nein		Ja		
	13-18	Nein		Ja		
	erwachsen	Nein		Ja		
14. Ich hatte eine schwere Krankheit und/oder mußte ins Krankenhaus.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN

Kreuzen Sie die größte für Sie zutreffende Ziffer an

0 = niemals oder überhaupt nicht
 1 = selten oder ein klein wenig
 2 = gelegentlich oder ziemlich
 3 = oft oder sehr
 WN = weiß nicht

	Alter	Stärke / Häufigkeit				
15. Ein Familienmitglied oder eine andere Person, die ich lieb hatte und die mir viel bedeutete, war sehr krank bzw. hatte einen Unfall und mußte ins Krankenhaus.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
16. Ich erhielt die Nachricht, daß eine Person, die mir sehr wichtig war und die ich lieb hatte, schwer verletzt oder durch Gewalt in einem Unfall, Kampf oder Verbrechen getötet worden war.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
17. Ich konnte meinen Eltern nichts recht machen.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
18. Ich wurde von Familienmitgliedern beschimpft und beleidigt.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
19. In meiner Familie wurden keine klaren Regeln eingehalten.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
20. Ich wurde ungerecht und unfair bestraft.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
21. Wenn meine Eltern stritten und kämpften, verletzten sie sich sogar körperlich.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
22. Ich verbrachte Zeit ausserhalb des Hauses und niemand wußte wo ich war.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
23. Mitglieder meiner Familie verhielten sich unkontrolliert.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN

Kreuzen Sie die größte für Sie zutreffende Ziffer an

0 = niemals oder überhaupt nicht
 1 = selten oder ein klein wenig
 2 = gelegentlich oder ziemlich
 3 = oft oder sehr
 WN = weiß nicht

	Alter	Stärke / Häufigkeit				
24. Niemand wußte, was wirklich in meiner Familie passierte.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
25. Ich war Zeuge körperlicher Gewalt in meiner Familie.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
26. Ein Mitglied meiner Familie mußte wegen Gewaltanwendung ärztlich behandelt werden.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
27. Ein Mitglied meiner Familie hatte ein Problem mit Alkohol oder anderen Drogen.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
28. Ich habe mehr Alkohol und/oder andere Drogen genommen, als in Ordnung war.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
29. Meine Eltern oder Pflegepersonen, waren so mit Alkohol oder Drogen beschäftigt, daß sie sich nicht um mich kümmern konnten.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
30. Ich wurde durch ein Familienmitglied, oder eine andere Person, die mir wichtig war, geschlagen, geboxt oder getreten.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
31. Ich habe eine Situation erlebt, in der ich überzeugt war, daß ich verletzt oder sterben würde.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
32. Eine Person ausserhalb meiner Familie griff mich an.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN

Kreuzen Sie die größte für Sie zutreffende Ziffer an

0 = niemals oder überhaupt nicht
 1 = selten oder ein klein wenig
 2 = gelegentlich oder ziemlich
 3 = oft oder sehr
 WN = weiß nicht

	Alter	Stärke / Häufigkeit				
33. Ich sah Leichen.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
34. Ich war in einen schweren Unfall verwickelt.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
35. Ich erlebte eine Naturkatastrophe.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
36. Ich sah sexuelle Dinge, die mich ängstigten.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
37. Eine Person, die älter war als ich, berührte mich gegen meinen Willen sexuell oder versuchte mich zu veranlassen ihn/sie sexuell zu berühren.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
38. Jemand zwang mich gegen meinen Willen zu Sex.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
39. Jemand drohte mir körperlichen Schaden an, falls ich mich gegen eine sexuelle Handlung wehren würde.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
40. Ich glaube, daß einer meiner Brüder oder Schwestern sexuell belästigt wurde.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN

Kreuzen Sie die größte für Sie zutreffende Ziffer an

0 = niemals oder überhaupt nicht
 1 = selten oder ein klein wenig
 2 = gelegentlich oder ziemlich
 3 = oft oder sehr
 WN = weiß nicht

	Alter	Stärke / Häufigkeit				
41. Ich hatte ein sehr ängstigendes oder verletzendes Erlebnis, in dem ich große Angst, Hilflosigkeit oder großen Schrecken verspürte.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
42. Ich habe das Gefühl, daß ich etwas Schreckliches erlebt habe, ich kann mich aber nicht erinnern, was das war.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
		Stärke				
43 Wie anstrengend war es für Sie, diese Fragen zu beantworten?		0	1	2	3	WN

20.3.13 Parenting Stress Index (PSI)

Abidin RR, 1990

Code:

Datum:

Eltern-Fragebogen zum kindlichen Verhalten

Wir bitten Sie, bei den folgenden Sätzen jeweils anzugeben, wie sehr sie mit Ihrem eigenen Gefühl übereinstimmen. Wenn Sie nicht genau die Antwort finden, die zu Ihrem Empfinden passt, geben Sie bitte die an, die ihm am nächsten kommt. Wenn Sie nicht sicher sind, geben Sie bitte eine ③ an.

IHRE ERSTE REAKTION AUF JEDE FRAGE SOLLTE AUCH JEWEILS IHR URTEIL SEIN.

Bitte wählen Sie für jede Frage **nur eine** der folgenden Antwortalternativen:

- Durchkreuzen Sie ① = das trifft sehr zu
- Durchkreuzen Sie ② = das trifft zu
- Durchkreuzen Sie ③ = bin mir nicht sicher
- Durchkreuzen Sie ④ = das trifft nicht zu
- Durchkreuzen Sie ⊗ = das trifft gar nicht zu

Beispiel: ① ~~②~~ ③ ④ ⊗

Ich gehe gern ins Kino
(Wenn Sie hin und wieder gern ins Kino gehen, kreuzen sie bitte 2 an)

	trifft sehr zu	trifft zu	nicht sicher	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1. Wenn mein Kind etwas haben möchte, ist es in der Regel dabei sehr ausdauernd.	①	②	③	④	⊗
2. Es ist anstrengend, wie aktiv mein Kind ist.	①	②	③	④	⊗
3. Mein Kind ist wesentlich aktiver als ich erwartet habe.	①	②	③	④	⊗
4. Mein Kind windet sich und strampelt sehr heftig, wenn es angezogen oder gebadet wird.	①	②	③	④	⊗
5. Mein Kind tut mir selten etwas Gutes.	①	②	③	④	⊗
6. Meistens habe ich das Gefühl, dass mein Kind mich mag und gern nahe bei mir ist.	①	②	③	④	⊗
7. Manchmal hab ich das Gefühl, mein Kind mag mich nicht und will nicht in meiner Nähe sein.	①	②	③	④	⊗
8. Mein Kind lächelt mich viel seltener an, als ich erwartet habe.	①	②	③	④	⊗
9. Wenn ich etwas für mein Kind tue, dann habe ich das Gefühl, dass ich für meine Anstrengungen nicht viel zurück bekomme.	①	②	③	④	⊗
10. Mein Kind scheint mehr zu schreien und zu quengeln als die meisten anderen Kinder.	①	②	③	④	⊗
11. Im Spiel lacht oder gluckst mein Kind kaum.	①	②	③	④	⊗
12. Mein Kind wacht in der Regel schlecht gelaunt auf.	①	②	③	④	⊗
13. Die Stimmung meines Kindes schwankt sehr und es ist leicht erregbar.	①	②	③	④	⊗

Abidin RR, 1990

	trifft sehr zu	trifft zu	nicht sicher	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
14. Mein Kind sieht etwas anders aus als ich erwartet habe, und das bedrückt mich manchmal.	①	②	③	④	⊗
15. Mein Kind scheint nicht so schnell zu lernen wie die meisten anderen Kinder.	①	②	③	④	⊗
16. Mein Kind scheint nicht so viel zu lächeln wie die meisten anderen Kinder.	①	②	③	④	⊗
17. Mein Kind tat einige Dinge, die mich sehr aufregen.	①	②	③	④	⊗
18. Mein Kind kann nicht so viel, wie ich erwartet habe.	①	②	③	④	⊗
19. Mein Kind mag nicht gerne schmused oder angefasst werden.	①	②	③	④	⊗
20. Als mein Kind und ich aus dem Krankenhaus kamen, habe ich daran gezweifelt, ob ich die Aufgaben als Mutter bewältigen kann.	①	②	③	④	⊗
21. Mutter zu sein ist schwerer als ich dachte.	①	②	③	④	⊗
22. Ich habe bei der Erziehung und Pflege meines Kindes alles im Griff und fühle mich sicher.	①	②	③	④	⊗
23. Im Vergleich zu anderen Kindern hat mein Kind sehr viele Schwierigkeiten, sich an Veränderungen im Tagesablauf oder in der häuslichen Umgebung zu gewöhnen.	①	②	③	④	⊗
24. Mein Kind reagiert sehr heftig, wenn etwas geschieht, was es nicht mag.	①	②	③	④	⊗
25. Es ist meist ein Problem, mein Kind bei einem Babysitter zu lassen.	①	②	③	④	⊗
26. Mein Kind gerät über die kleinsten Dinge leicht in Aufregung.	①	②	③	④	⊗
27. Mein Kind reagiert überstark auf laute Geräusche und helle Lichter.	①	②	③	④	⊗
28. Regelmäßige Schlafens- und Essenszeiten meines Kindes aufzubauen war viel schwerer als ich dachte.	①	②	③	④	⊗
29. Mein Kind ist für gewöhnlich bei einem neuen Spielzeug für einige Zeit zurückhaltend, bevor es mit ihm spielt.	①	②	③	④	⊗
30. Es braucht lange und es ist sehr schwierig für mein Kind, sich an neue Dinge zu gewöhnen.	①	②	③	④	⊗
31. In Gegenwart von Fremden scheint sich mein Kind nicht wohl zu fühlen.	①	②	③	④	⊗
32. Es gibt einige Dinge, die mein Kind tut, die mich wirklich sehr ärgern.	①	②	③	④	⊗
33. Mein Kind hat bisher schon mehr gesundheitliche Probleme gehabt als ich erwartete.	①	②	③	④	⊗
34. Mein Kind macht mehr Probleme als ich erwartete.	①	②	③	④	⊗
35. Es scheint viel schwerer zu sein, für mein Kind zu sorgen als für die meisten anderen Kinder.	①	②	③	④	⊗
36. Mein Kind beansprucht mich mehr als die meisten anderen Kinder ihre Mutter.	①	②	③	④	⊗
37. Ich kann keine Entscheidungen ohne Hilfe treffen.	①	②	③	④	⊗

Abidin RR, 1990

	trifft sehr zu	trifft zu	nicht sicher	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
38. Die Erziehung meines Kindes erwies sich bisher als problematischer als ich erwartete.	①	②	③	④	⊗
39. Ich freue mich daran, Mutter zu sein.	①	②	③	④	⊗
40. Wenn ich möchte, dass mein Kind etwas tut oder sein läßt, gelingt mir das auch meistens.	①	②	③	④	⊗
41. Seit mein Kind und ich aus dem Krankenhaus entlassen wurden, habe ich das Gefühl, nicht so gut für es sorgen zu können, wie ich dachte. Ich brauche Hilfe.	①	②	③	④	⊗
42. Ich habe oft das Gefühl, dass ich mit vielen Dingen nicht sehr gut zurechtkomme.	①	②	③	④	⊗
43. Es dauert lange, bis Eltern ein Gefühl der Nähe und Wärme zu ihren Kindern entwickelt haben.	①	②	③	④	⊗
44. Ich habe erwartet, dass ich innigere und positivere Gefühle für mein Kind haben würde, und das bedrückt mich.	①	②	③	④	⊗
45. Manchmal tut mein Kind Dinge, nur um mich zu ärgern.	①	②	③	④	⊗
46. Als ich jung war, habe ich nie gern Kinder auf dem Arm gehabt oder auf sie aufgepasst.	①	②	③	④	⊗
47. Mein Kind weiß, dass ich seine Mutter bin, und möchte mich mehr als andere Leute um sich haben.	①	②	③	④	⊗
48. Ich habe zu viele Kinder.	①	②	③	④	⊗
49. Der größte Teil meines Lebens ist mit Dingen ausgefüllt, die ich für mein Kind tue.	①	②	③	④	⊗
50. Ich finde, dass ich mehr von meinem eigenen Leben aufgebe, um den Bedürfnissen meines Kindes gerecht zu werden, als ich je dachte.	①	②	③	④	⊗
51. Ich fühle mich durch meine Verantwortung als Mutter wie gefangen.	①	②	③	④	⊗
52. Ich habe oft das Gefühl, die Bedürfnisse meines Kindes kontrollieren mein Leben.	①	②	③	④	⊗
53. Seit das Kind da ist, kann ich keine neuen oder anderen Dinge mehr tun.	①	②	③	④	⊗
54. Seit das Kind da ist, habe ich das Gefühl, daß ich fast überhaupt keine Dinge mehr machen kann, die mir Spaß machen.	①	②	③	④	⊗
55. Bei uns zu Hause ist kaum ein Platz zu finden, an dem ich einmal für mich sein kann.	①	②	③	④	⊗
56. Wenn ich darüber nachdenke, was für eine Mutter ich bin, fühle ich mich oft schuldig oder schlecht.	①	②	③	④	⊗
57. Ich bin unglücklich über die letzten Kleiderkäufe, die ich für mich gemacht habe.	①	②	③	④	⊗
58. Wenn mein Kind sich schlecht benimmt oder zu sehr quengelt, fühle ich mich verantwortlich dafür, so als ob ich etwas verkehrt gemacht hätte.	①	②	③	④	⊗
59. Jedesmal, wenn mein Kind etwas verkehrt macht, habe ich das Gefühl, es ist meine Schuld.	①	②	③	④	⊗
60. Ich habe oft ein schlechtes Gewissen wegen meiner Gefühle meinem Kind gegenüber.	①	②	③	④	⊗

Abidin RR, 1990

	trifft sehr zu	trifft zu	nicht sicher	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
61. Es gibt einige Dinge in meinem Leben, die mich bedrücken.	①	②	③	④	⊗
62. Als ich mit meinem Baby aus der Klinik kam, habe ich mich trauriger und deprimierter gefühlt als ich dachte.	①	②	③	④	⊗
63. Ich fühle mich mehr und mehr schuldig, wenn ich Wut auf mein Kind habe, und das bedrückt mich.	①	②	③	④	⊗
64. Ungefähr einen Monat nachdem ich mit meinem Kind aus der Klinik gekommen war, habe ich bemerkt, dass ich mich trauriger und depressiver fühlte als ich erwartet hätte.	①	②	③	④	⊗
65. Seit das Kind da ist, hat mein Partner mir nicht so viel Hilfe und Unterstützung gegeben, wie ich erwartet habe.	①	②	③	④	⊗
66. Ein Kind zu haben, hat mehr Probleme für meine Beziehung zu meinem Partner mit sich gebracht, als ich dachte.	①	②	③	④	⊗
67. Seit das Kind da ist, unternehmen mein Partner und ich nicht mehr so viel gemeinsam.	①	②	③	④	⊗
68. Seit das Kind da ist, verbringen mein Partner und ich nicht so viel Zeit als Familie miteinander wie ich erwartet habe.	①	②	③	④	⊗
69. Seit mein Kind da ist, habe ich weniger Interesse an Zärtlichkeiten mit meinem Partner.	①	②	③	④	⊗
70. Ein Kind zu haben, scheint die Probleme zu vermehren, die wir mit unseren Familien haben.	①	②	③	④	⊗
71. Kinder zu haben, ist viel kostspieliger als ich dachte.	①	②	③	④	⊗
72. Ich fühle mich einsam und ohne Freunde.	①	②	③	④	⊗
73. Wenn ich zu einem Fest gehe, erwarte ich gewöhnlich nicht, dass es mir Spaß machen wird.	①	②	③	④	⊗
74. Ich habe nicht mehr so viel Interesse an Leuten wie früher.	①	②	③	④	⊗
75. Ich habe oft das Gefühl, dass Gleichaltrige meine Gegenwart nicht besonders mögen.	①	②	③	④	⊗
76. Wenn sich bei der Erziehung meiner Kinder ein Problem entwickelt, kenne ich viele Leute, mit denen ich sprechen kann, um Hilfe oder Rat zu bekommen.	①	②	③	④	⊗
77. Seit das Kind da ist, habe ich viel weniger Gelegenheiten, meine Freunde zu treffen oder neue Freunde zu finden.	①	②	③	④	⊗
78. Während der letzten 6 Monate war ich kränklicher und hatte mehr Beschwerden als normalerweise.	①	②	③	④	⊗
79. Körperlich fühle ich mich meist gut.	①	②	③	④	⊗
80. Seit das Kind da ist, hat sich mein Schlaf verändert.	①	②	③	④	⊗
81. Ich habe nicht so viel Spaß an Dingen wie früher.	①	②	③	④	⊗

Abidin RR, 1990

Bei den Fragen 82 bis 93 bitte nur ankreuzen, was **am ehesten** zutrifft.
(jeweils nur eine Alternative ankreuzen)

82. Mein Kind ...

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| ... spielt fast immer gern mit mir, | <input type="checkbox"/> |
| ... spielt manchmal gern mit mir, | <input type="checkbox"/> |
| ... spielt selten gern mit mir, | <input type="checkbox"/> |
| ... spielt fast nie gern mit mir. | <input type="checkbox"/> |

83. Mein Kind schreit und quengelt:

- | | |
|--|--------------------------|
| viel weniger als ich erwartet habe, | <input type="checkbox"/> |
| weniger als ich erwartet habe, | <input type="checkbox"/> |
| ungefähr so viel wie ich erwartet habe, | <input type="checkbox"/> |
| viel mehr als ich erwartet habe, | <input type="checkbox"/> |
| sehr viel mehr als ich erwartet habe, es schreit fast immer. | <input type="checkbox"/> |

84. Wenn es aufgeregt ist, ist mein Kind:

- | | |
|--|--------------------------|
| leicht zu beruhigen, | <input type="checkbox"/> |
| schwer zu beruhigen, | <input type="checkbox"/> |
| sehr schwer zu beruhigen, | <input type="checkbox"/> |
| nichts, was ich tue kann es beruhigen. | <input type="checkbox"/> |

85. Ich habe festgestellt, mein Kind dazu zu bringen etwas zu tun oder mit etwas aufzuhören

- | | |
|---|--------------------------|
| ist viel schwerer als ich dachte, | <input type="checkbox"/> |
| ist etwas schwerer als ich dachte, | <input type="checkbox"/> |
| ist etwa so schwer wie ich erwartet habe, | <input type="checkbox"/> |
| ist etwas leichter als ich dachte, | <input type="checkbox"/> |
| ist viel leichter als ich dachte. | <input type="checkbox"/> |

86. Bitte denken Sie sorgfältig darüber nach, wie viele Dinge es gibt, die ihr Kind tut, die Sie ärgern wie z.B.: quengeln, nicht einschlafen, nicht durchschlafen, schreien, jammern etc. Auf welche Zahl kommen Sie?

- | | |
|-------------|--------------------------|
| 1-3 | <input type="checkbox"/> |
| 4-5 | <input type="checkbox"/> |
| 6-7 | <input type="checkbox"/> |
| 8-9 | <input type="checkbox"/> |
| 10 und mehr | <input type="checkbox"/> |

Abidin RR, 1990

87. Wenn mein Kind schreit, dauert das in der Regel:

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| weniger als 2 Minuten, | <input type="checkbox"/> |
| 2 - 5 Minuten, | <input type="checkbox"/> |
| 5 - 10 Minute, | <input type="checkbox"/> |
| 10 - 15 Minuten, | <input type="checkbox"/> |
| mehr als 15 Minuten. | <input type="checkbox"/> |

88. Wenn ich an mich selbst als Mutter denke,

- | | |
|--|--------------------------|
| glaube ich, dass ich alles bewältigen kann, was geschieht, | <input type="checkbox"/> |
| glaube ich, dass ich mit den meisten Dingen ziemlich gut fertig werden kann, | <input type="checkbox"/> |
| habe ich manchmal Zweifel, finde aber, dass ich die meisten Dinge ohne Probleme bewältige, | <input type="checkbox"/> |
| habe ich einige Zweifel daran, dass ich mit allem fertig werden kann, | <input type="checkbox"/> |
| glaube ich, dass ich mit den Dingen überhaupt nicht zurecht komme. | <input type="checkbox"/> |

89. Ich habe das Gefühl, ich bin

- | | |
|--|--------------------------|
| eine sehr gute Mutter, | <input type="checkbox"/> |
| besser als die durchschnittliche Mutter, | <input type="checkbox"/> |
| eine durchschnittliche Mutter, | <input type="checkbox"/> |
| jemand, dem es schwer fällt, Mutter zu sein, | <input type="checkbox"/> |
| nicht sehr gut als Mutter. | <input type="checkbox"/> |

90. Wie leicht ist es für Sie zu verstehen, was Ihr Kind möchte oder braucht?

- | | |
|--|--------------------------|
| sehr leicht, | <input type="checkbox"/> |
| leicht, | <input type="checkbox"/> |
| eher schwierig, | <input type="checkbox"/> |
| sehr schwierig, | <input type="checkbox"/> |
| Ich kann gewöhnlich nicht herausfinden, was das Problem ist. | <input type="checkbox"/> |

91. Seit ich mein Kind habe:

- | | |
|--|--------------------------|
| war ich oft krank, | <input type="checkbox"/> |
| habe ich mich nicht so gut gefühlt, | <input type="checkbox"/> |
| habe ich keine Veränderung in meiner Gesundheit bemerkt, | <input type="checkbox"/> |
| war ich gesünder. | <input type="checkbox"/> |

Abidin RR, 1990

92. Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Hauptschulabschluss | <input type="checkbox"/> |
| Realschulabschluss | <input type="checkbox"/> |
| Fachgebundene Hochschulreife | <input type="checkbox"/> |
| Allgemeine Hochschulreife | <input type="checkbox"/> |
| Hochschulabschluss | <input type="checkbox"/> |

93. Welches ist der höchste Schulabschluss des Vaters des Kindes?

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Hauptschulabschluss | <input type="checkbox"/> |
| Realschulabschluss | <input type="checkbox"/> |
| Fachgebundene Hochschulreife | <input type="checkbox"/> |
| Allgemeine Hochschulreife | <input type="checkbox"/> |
| Hochschulabschluss | <input type="checkbox"/> |
-

20.4 Kodiersysteme

20.4.1 Maternal Sensitivity and Responsivity Scales-Revised (MSRS-R)

Maternal Sensitivity and Responsivity Scales- R

F.Cenciotti¹, E.Z. Tronick² & C. Reck¹

UNIVERSITÄTSKLINIKUM
HEIDELBERG
&
HARVARD MEDICAL SCHOOL
BOSTON

¹ Universitätsklinikum Heidelberg

² Harvard Medical School, Boston

CONTENTS

An Introduction to the Theory of Maternal Sensitivity	3
The Sensitivity/Responsivity Scale	5
An Introduction to the Theory of Maternal Uncontrol	7
The Uncontrolling/Withdrawal Scale	8
An Introduction to the Theory of Maternal Overcontrol	10
The Overcontrolling/Intrusivity Scale	11
Coding Instructions	13
References	14

Appendix:

Infant's Signals and Mother's Responses: A List of Typical/Frequent Behaviors	16
---	----

An Introduction to the Theory of Maternal Sensitivity

Maternal sensitivity is measured by its three major components: consistency, contingency and appropriateness.

- Consistency: maternal ability to detect infant communication, including subtle nuances of nonverbal action and intentionally communicative behavior.
- Contingency: after identifying what she considers to be a communicative act in the stream of an infant's behavior, the mother must interpret and respond to the behavior in a contingent manner, within a short time frame.
- Appropriateness: the content of the mother's response, i.e. the way in which the mother interprets and then reacts to the infant's behavior, is of major importance when considering maternal sensitivity.

Consequently, a sensitive interaction is baby centered, well-timed, and paced to the infant's responses.

Mothers' responses to their children's behavior must be appropriate in content, timing and intensity (Martin, 1989). Sensitive mothers are aware of their infants' cues, they are tuned in to the baby's signals, needs, moods, interests and capabilities; and they interpret them correctly and respond promptly and appropriately (Ainsworth et al., 1974; Braungart-Rieker et al., 1998). They show mirroring of affects and empathy. They pace activities to keep B engaged and interested. For example, if B refuses a certain activity, M might suggest another game and, eventually, come back to the first activity later. Moreover, sensitive mothers allow their B to shape the nature of involvement and to disengage when interest is lost; they are flexible and do not over react to noncompliance (National Institute of Child Health and Human Development, NICHD, 1993). Consequently, mothers change the pace when B appears understimulated, overexcited or tired; they provide an appropriate level of stimulation and an appropriate range and variety of activities. Therefore, if B is disengaged,

sensitive mothers take time to reengage him; demonstrating awareness and sensitivity to B's mood, needs, and wishes. For example, if B is uninterested and looks the other way, M may look towards the infant's point of focus, talk to him using motherese, and later propose a new game.

Moreover, sensitive mothers also offer frequent praise and encouragement and provide the right mixture of support and autonomy.

In contrast, insensitive mothers distort the baby's communications in the interest of their own needs (e.g. by being over stimulating or intrusive), respond with developmentally inappropriate comments and behavior, or do not respond to them at all (Ainsworth et al., 1971; Goldberg et al, 1989). For example, when B shows clear negative affects (e.g. crying), an insensitive mother may smile and go on with her activity, ignoring the infant's protest.

In summary, sensitivity is a combination of attentive, appropriate, consistent, warm and contingent maternal reactivity (Ainsworth et al., 1978; Lamb & Easterbrooks, 1981; Lamb et al. 1984). In particular, it is the combination of appropriateness and contingency which is especially crucial for the dyad (Dunham & Dunham, 1995; Keller et al., 1999; Wahler, 1994).

The Sensitivity/Responsivity Scale³

5. Consistent elaboration throughout the interaction

M always appears aware of and responsive to her infant's activities and initiations throughout. She reads B's signals skillfully, even B's subtle, minimal cues. She acknowledges every action of the infant by elaborating on it, i.e. exaggerating her responses to B's engagement (*e.g., B blows a raspberry. M laughs, imitates him, and speaks to him using motherese; B whispers, M imitates the infant's vocalization and expands on it*), and by turning to B's object of attention (*e.g., B looks at the infant seat. M approaches and, alternately, looks at the seat and at the B in an attempt to get it to interact with her*), or by smoothly regaining B's attention when B averts (*e.g., she talks to him and tries to propose a game, but she does not insist; she waits for a new signal from the B*).

4. Marked elaboration

M is predominantly sensitive/responsive, but occasionally disregards or responds minimally to her child's activities or signals. M demonstrates sensitivity in many interactions, but may show one instance of ignoring or overriding a clear infant's activity (*e.g., B bats at M's hand and she goes on with her activity; B hits the pacifier and M proposes it again; B pulls away his arm to escape from M's hold and she takes B's hand*), or several (at least two) minimal responses to it (*e.g., B takes the initiative and she looks at him, neither talking to him nor smiling; B laughs and M smiles faintly; B averts his head and M caresses him, neither proposing a new activity nor talking to him*).

When M shows only one instance of minimal response to an infant's signal, use the score 5.

3. Inconsistent elaboration

M shows sensitivity for about half the time* and either minimal or inappropriate responsiveness for the remaining time.

More precisely, to get a score of "3", M should either ignore or override at least two very clear infant's actions, signals or initiatives. Another possibility to obtain a score of "3" is if M, more persistently (for about half the time), fails to respond appropriately to minimal cues (*e.g., B lets the pacifier fall and M proposes it again; B sighs and M does not try to involve him in an activity*).

³ Adapted from Ainsworth et al. (1974) for use in the Face-to-Face paradigm and from Tronick MSRS

* Does not consider the interaction as really divided into two parts. It is, on the contrary, a mixture of sensitive and inappropriate behaviors.

2. Some elaboration

M is predominantly insensitive. Her response is primarily inappropriate (*e.g., B babbles and smiles and she arranges B's clothes; B seems annoyed and M does not interrupt her own activity; B whines and M looks at him and smiles; B rises, M does not help him, but proposes another game*), minimal, or absent throughout most of the interaction, but occasionally she acknowledges and elaborates B's activity (*e.g., B rises and wants to be picked up. M picks him up*). In particular, M responds with appropriate elaboration to infant's clear signals at least on one occasion (*e.g., B arches his back and M stops her current activity and talks to him using motherese*) or to minimal cues at least on two occasions (*e.g., B smiles faintly, M smiles and makes the exaggerated facial expressions typical of motherese*).

1. No elaboration

M does not elaborate infant activity. She may ignore or override infant activity, or withdraw from the interaction, but the important point here is that the mother does not acknowledge or comment on infant activity. She neither imitates nor expands on her infant's behavior. Her behavior may appear to follow her own program and not to be contingent on the infant's.

An Introduction to the Theory of Maternal Uncontrol

This scale regards an inadequate amount of supportive maternal behavior for B's activities.

M appears underinvolved and withdrawn; the disengagement and the lack of investment lead to a passive approach to B's behavior. It may happen, for example, that B makes an effort at something and needs help, while M passively watches him, or there may be long periods of time in which M does not try to get B's attention.

Usually, she talks in an adult tone of voice, without using the exaggerated language characteristic of motherese.

The facial expression is often flat or sad, and the variety of the proposed activities is minimal.

M does not react contingently⁴ to B's activities, gaze, smiles, vocalizations, signals of frustration, or attempts to interact with her. Moreover, when she interacts, her response may be "slow" (Ainsworth et al. 1974; NICHD, 1993).

The interaction could appear flat and the coder could perceive it as boring.

⁴ See page 3.

The Uncontrolling/Withdrawal Scale⁵

5. Persistent and strong undercontrol

M is consistently underinvolved and appears withdrawn throughout; when B attends to her, M does not direct B's attention; when B averts, M consistently remains passive or withdraws from the interaction. M may seem at a loss throughout, becoming enthused and engaged only when the infant looks at her.

Examples:

- a) M begins, but does not finish actions; she is hesitant during the interaction;
- b) M passively watches the infant for relatively long periods of time with a neutral face, not talking, motioning, or otherwise engaging in interactions;
- c) When B averts, M withdraws, literally or figuratively, from the interaction. She pulls back, lapses into an "adult" tone of voice, or her face loses its enthusiasm and her voice becomes quiet or uncertain.

4. Persistent or strong undercontrol

M is predominantly withdrawn and uninvolved, but at least on one occasion she engages in interactions, or directs the infant's attention without hesitation (*e.g., when B averts, she tries to get his attention; she shows pleasure; she proposes a game*).

3. Moderate undercontrol/ Isolated and clearcut instances of undercontrol

M is undercontrolling for about half the time*, but also engages and shows pleasure interacting with her B for the remaining time.

In particular, M shows at least two strong instances of undercontrol (*e.g., B looks the other way. M looks at him with a resigned expression and then averts her eyes; M sighs and looks away while B is focused on an object; M seems to be absorbed in her thoughts while B averts his head*) or she is consistently (for about half the time), but less markedly, undercontrolling (*e.g., M watches B for more than a few seconds while B is looking at her neutrally; M caresses B with a flat expression while B is engaged in another activity such as sucking the strap of the infant seat; M repeats an action many times, for instance, she "combs" her infant's hair, neither talking to him nor watching him while he is playing alone*).

⁵ Adapted from Tronick MSRS

* Does not consider the interaction as really divided into two parts. It is, on the contrary, a mixture of sensitive and inappropriate behaviors.

2. Brief or mild undercontrol

There is some evidence of the undercontrolling behavior, but it is not typical. M shows one or two instances of mild **or** brief undercontrolling or withdrawn behaviors (*e.g., brief hesitation, passive attention or withdrawal for a few seconds after infant averts its head*), but during the rest of the interaction she is engaged and supportive.

The instances of undercontrol must be mild enough to warrant an adequate amount of investment and supportive behavior.

If M does not react contingently to B's attempt to interact with her, use a higher score.

When M shows only 1 instance of mild **and** brief undercontrol, use the score 1.

If the facial expression is always flat or sad, and the variety of the proposed activities is minimal, use the score 2.

1. No undercontrol

There is no evidence of undercontrolling behavior. M directs B's attention and she is engaged even when the infant does not look at her. She shows pleasure in interacting with her child throughout.

An Introduction to the Theory of Maternal Overcontrol

Typically, an overcontrolling behavior is apparent when the mother does not allow the B its own “turn”, or an opportunity to respond to the proposed activity. An overcontrolling, intrusive mother imposes her own program and is not contingent on the infant’s needs and wishes (Ainsworth et al., 1974). She interrupts or ignores B’s activities to redirect the interaction, while B still appears interested; she insists on a certain game even if her B engages in defensive behavior or is not interested; she overstimulates the B with a rapid succession of activities, not allowing it time to react before presenting the following ones; she does not allow her B to influence the interaction.

The mother interferes with the baby’s activity and imposes her will on the infant without regard for its moods or current activities (Ainsworth et al., 1971; Goldberg et al. 1989).

The interaction is mother centered rather than B centered; there is usually an identifiable end to the sequence in the form of a negative change in the infant’s behavior.

It should be noted that a rapid intrusion or interruption are not, by themselves, indicative of overcontrolling behavior. It depends on B’s reaction; it could respond positively with sustained interest and not engage in a defensive or passive behavior.

Consequently, overcontrol may be associated with negative affect, annoyance, and passivity in the B.

The mother’s actions that are clearly in the B’s best interest, such as removing the B from a danger (e.g. B is too unbalanced in the infant seat and M is afraid that he will fall down) are not included in consideration of intrusiveness (NICHD, 1993).

An interaction characterized by overcontrol could provoke frustration, annoyance, and bewilderment in the coder.

The Overcontrolling/Intrusivity Scale⁵

5. Persistent and strong overcontrolling

M intrudes rapidly, and consistently overrides the infant's activity throughout the interaction. Strong instances are those in which the B has no choice but to attend: M either moves the B's body/head to face her, uses a loud, abrupt voice, makes movements (hand or facial), or makes noises close to the B's face to try to get his attention.

Examples:

- a) M persistently escalates her behavior when B averts, and in one instance quickly adjusts B's body or head to face her after it averts (does not refer to postural adjustments when B is slumped in chair);
- b) M persistently escalates as in a) and, in addition, ignores or interrupts at least one infant activity;
- c) When B averts, M persistently makes hand movements near the B or uses her voice in such a way as to allow the infant no choice but to attend. Her voice is aggressive, abrupt or loud.

4. Persistent or strong overcontrol

M is predominantly overcontrolling, but at least on one occasion does not intrude on infant's activity (e.g., *B takes the initiative and she does not interrupt; she gives her infant enough time to react to a proposed activity*).

3. Moderate overcontrol / isolated and clearcut instances of overcontrol

M is overcontrolling for about half the time*, but also gives B the chance to take the initiative for the remaining time.

In particular, M shows at least two strong instances of overcontrol (e.g., *she supplants the child's activity with her own; she proposes activities without allowing her B enough time to react; she takes her infant's head, who is looking the other way, and turns it towards her; she approaches too quickly and B startles;*) or she is consistently (for about half the time), but less markedly, overcontrolling (e.g., *B wriggles. M continues the current activity, B averts and she stops; B averts and she shakes him for a few seconds; B frowns and M continues to talk, disregarding the infant's signal*).

⁵ Adapted from Tronick MSRS

* Does not consider the interaction as really divided into two parts. It is, on the contrary, a mixture of sensitive and inappropriate behaviors.

2. Brief or mild overcontrol

There is some evidence of overcontrolling behavior, but it is not typical.

M shows one or two instances of mild or brief overcontrolling behaviors. She may show very quick reactions when the infant averts (*e.g., she tries to lift the infant's face towards her for a few seconds, but without insisting; M approaches ever closer and calls the infant briefly, while B is interested in something else*), or instances of intrusive use of her hands or voice (*e.g., B looks at the infant seat and M briefly tickles her infant's mouth to attract its attention*). These instances must be mild enough to allow the infant a choice of attending or ignoring it.

If M interrupts the infants activity, use a higher score.

When the mother shows only 1 instance of mild and brief overcontrol and the baby has fun or does not mind, use the score 1.

1. No overcontrol

M does not intrude on infant's activities, but is aware of them throughout. There are no intrusions nor impositions.

Coding Instructions

The MSRS-R are used to code the behavior of mothers in the Face-to-Face paradigm.

Coders will watch the entire video at one time to get an impression of the interaction. Subsequently, they will view the first and the third episodes each twice. The score will be assigned only for the first two minutes of the first (face-to-face) and the third phase (reunion). If the episode is longer than two minutes, coders will merely take into consideration the first two minutes.

The three scales are not completely interdependent. A sensitive mother could receive the score “5” in the Sensitivity/Responsivity Scale and the score “2” in the Overcontrolling/Intrusivity Scale or in the Uncontrolling/Withdrawal Scale. Moreover, an insensitive mother (2) could show a strong overcontrolling behavior (4) and low (2) uncontrol and vice versa, or moderate overcontrol and uncontrol.

A person could show overcontrolling behaviors on some occasions and uncontrolling behaviors on others occasions, but the two “classes” of behavior are not mutually excluding. Consequently, a same behavior can be overcontrolling and uncontrolling at the same time.

REFERENCES

Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E., & Wall S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Ainsworth M.D.S., Bell S.M., & Stayton D.J. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M.P.M. Richards (Ed.), *The integration of a child into a social world*. London, Cambridge University Press.

Ainsworth M.D.S., Bell S.M., & Stayton D.J. (1971). Individual differences in Strange-Situation behavior of One-Years-Olds. In H.R. Schaffer (Ed.), *The origins of human social relations*, London, Academic Press.

Braungart-Rieker J., Murphy Garwood M., Powers B.P., & Notaro P.C. (1998). Infant affect and affect regulation during the Still-Face paradigm with mothers and fathers: the role of infant characteristics and parental sensitivity. *Developmental Psychology*, Vol. 34, 6, 1428-1437.

Dunham P.J., & Dunham F. (1995). Optimal social structures and adaptive infant development. In C. Moore & P.J. Dunham (Eds.), *Joint attention: Its origins and role in development*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Goldberg S.M Lojkasek M., Gartner G., & Corter C. (1989). Maternal responsiveness and social development in preterm infants. In Bornstein M.H. (Ed.), *Maternal responsiveness: characteristics and consequences*. *New directions for child development*, No. 43. San Francisco, Jossey Bass Spring.

Keller H., Lohaus A., Völker S., Cappenberg M., & Chasiotis A. (1999). Temporal contingency as an independent component of parenting behavior. *Child Development*, Vol. 70, 2, 474-485.

Lamb M.E., Thompson R.A., Gardner W., Charnov E.L., & Estes D. (1984). Security of infantile attachment as assessed in the Strange Situation: its study and biological interpretation. *Behavioral Brain Sciences*, 7, 127-147.

Lamb M.E., & Easterbrooks, M.A. (1981). Individual differences in parental sensitivity: Origins, components, consequences. In M.E. Lamb & L.R. Sherrod (Eds.), *Infant social cognition: Empirical and theoretical considerations*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

National Institute of Child Health and Human Development (1993). Study of Early Child Care, *Coding manual for the 36 month lab* (chapter 29.12, internet version)

Martin J.A. (1989). Personal and interpersonal components of responsiveness. In M.H. Bornstein (Ed.), *Maternal Responsiveness: characteristics and consequences. New directions for child development* , No. 43. San Francisco, Jossey Bass Spring.

Wahler R.G. (1994). Child conduct problems: Disorders in conduct a social continuity. *Journal of Child and Family Studies*, 3, 143-156.

APPENDIX

INFANT'S SIGNALS AND MOTHER'S RESPONSES⁶

PLAY

◆ **Passive:**

- *B looks the other way, M takes his hands, and he follows her play without engaging or showing pleasure;*
- *B looks at her. M proposes a game and tries to pick him up. B does not react. M tries again. B does not respond;*

◆ **Engaged:**

- *B takes the initiative, M tries to interrupt the infant's activity, B continues its activity;*
- *B takes the initiative. M talks to him and smiles. B babbles.*
- *B takes the initiative. M interrupts the infant's activity. B frowns;*
- *B clings to his mother. M approaches B and looks at its object of attention;*
- *B blows a raspberry, M laughs, imitates him, and talks using motherese;*
- *B proposes an activity. M imitates B;*

VOCALIZATION

◆ **Whispering/Babbling:**

- *M talks to B, smiles, caresses him, and looks at him;*
- *B squirms faintly;*
- *M talks using motherese. B looks at her and whispers. M makes exaggerated facial expressions;*
- *M imitates B and smiles. B babbles again;*

◆ **Grumbling:**

- *M talks to B. He turns aside. M looks towards infant's object of focus, then looks at him. B takes M's hand again;*

◆ **Whimpering:**

- *B opposes to M's activity. M imitates B. B averts. M proposes the initial activity again; (insensitivity)*
- *B wriggles. M imitates B and talks to him. B takes the initiative;*
- *M makes an exaggerated facial expression and caresses B. She proposes an activity and B accepts; (sensitivity)*

⁶ It is a list of maternal and infant's behaviors which may occur during the Face-to-Face interaction. Within brackets some clear examples of sensitivity, overcontrol and uncontrol.

- *M talks to B in an adult tone or using motherese. B whispers and looks at her. M grimaces and talks to B;*
- *M talks using motherese and makes exaggerated facial expressions. B takes the initiative and looks at M. She talks to him;*
- *M continues the current activity, B arches its back, M stops; (insensitivity)*
- *M smiles and waits until B takes the initiative;*
- ◆ **Whining**
 - *B then squeals. M picks him up and talks to him. B looks the other way;*
 - *B sucks its hand. M looks at him and smiles. B averts;*
 - *M looks at B. He squeals and M looks at him apprehensively. B stops and looks the other way;*
 - *M approaches, hugs and kisses him. B sucks its finger. M interrupts and proposes a game;*
 - *M takes B's hands. B wriggles and averts its head. M stops;*
- ◆ **Squealing:**
 - *M smiles, talks to B, and caresses him. She approaches and proposes a new activity. She talks using motherese. B whines;*
- ◆ **Sighing:**
 - *M talks using motherese and smiles. B looks at her with a bland expression;*

GAZE

- ◆ **B looks at mother:**
 - *and babbles. M talks to him using motherese and she smiles;*
 - *with a surprised expression. M is very close and proposes activities without allowing her B enough time to react; (intrusive behavior)*
 - *M talks to B and looks at him;*
 - *M looks at B and smiles;*
 - *M looks the other way, then looks at B, and talks to him;*
 - *M shakes B. B pulls away;(overcontrol)*
 - *M imitates B. He smiles slightly and babbles. She caresses him, proposes a game, talks using motherese, and smiles. B smiles faintly; (sensitivity)*
 - *M proposes a game. B looks the other way. M looks at him with a resigned expression and then looks the other way; (withdrawal)*
 - *M sings and makes faces. B shows interest;*
- ◆ **B looks at the proposed game:**
 - *and smiles faintly. M also smiles faintly and looks at him. B averts and bats at the mother;*
 - *and smiles faintly. M continues with the current activity. B closes its eyes and appears irritated. M continues. B looks the other way; (insensitivity)*

- *M talks to him. B approaches. M does the same and kisses her infant's head. B averts;*
- *M looks at B with a serious expression. B averts its head, bats at M's hand. M looks at him with an expressionless face;*
- *M gives a slight smile. B looks at M. M smiles and talks to him. B smiles;*
- ◆ *B looks towards mother's point of focus:*
 - *M proposes a game. B follows the game. M interrupts and proposes another game without allowing him an opportunity to respond. She changes the activity too quickly. B looks at her wide-eyed; (overcontrol)*
- ◆ **B looks at infant seat:**
 - *and wriggles. M looks at B, talks to him, and proposes a game. B looks at her and smiles;*
 - *and plays with the strap of the infant seat. M proposes a new game without interrupting the current activity. B continues to play with the strap of the infant seat;*
 - *M looks at B and then towards infant's point of interest. She proposes a game. B tries to pull away;*
 - *M looks at B and proposes a game. She approaches in order to see the infant's object of interest. B does not respond. M pulls her infant's arms. B is expressionless; (overcontrol)*
 - *M approaches, talks using motherese, smiles, and tries to lift infant's face towards her. B wriggles and looks the other way;*
 - *M approaches and proposes a new activity. B does not respond. He is expressionless. M tries to give him the pacifier;*
 - *M tickles B and approaches in order to touch the infant's head. B seems annoyed;*
- ◆ **B looks at other objects:**
 - *and turns its head towards M. M looks at B and caresses him;*
 - *M leans her head towards her infant's head. B turns away;*
 - *M looks at B, then at his point of focus and at him again;*
 - *M looks at B and then, sighing, she looks the other way; (withdrawal)*
 - *M averts and tickles B. B looks at M;*
 - *M inserts her finger in B's mouth. B averts; (intrusive behavior)*
- ◆ **B looks the other way:**
 - *and sucks M's hand. M talks to B, looks at him, and caresses him;*
 - *and sucks M's hand. M tries to withdraw her hand, but B takes it again. She looks at him, smiles, and tickles him;*
 - *and averts. M approaches and B averts again;*
 - *M talks to B and looks the other way;*
 - *M looks the other way too, then looks at B and caresses him;*
 - *M looks the other way too, but leans her head toward the infant's head;*
 - *M withdraws, she seems to be absorbed in her thoughts. B continues to look the other way; (uncontrol)*
 - *M talks to B, looks at him and complies with his wishes;*

- *M points at the infant's object of focus and then looks at him. B approaches her and takes mother's hand to suck it. M withdraws her hand and looks the other way. Then she looks at him and reaches out her hand. B approaches her, M withdraws her hand again;*
- *M looks at B and proposes a game. B opposes, but she tries again with the same activity. She talks using motherese and smiles. B looks at her;*
- *M looks at B without expression and does nothing. B looks briefly at M. M approaches and proposes a game;*
- *M looks at B, talks using motherese, and massages his back. She points at the infant's object of focus. B looks at her and whimpers;*
- *M looks at B and caresses him. B hits M's hand. M looks the other way with a serious expression and does nothing. B takes M's hand and looks the other way; (withdrawal)*
- *M looks at B, talks to him, smiles, and caresses him. B looks the other way;*
- *M averts and tickles B. B looks the other way; M insists. B averts his head;*
- *M gets too close. B looks at her and then immediately at other objects;*
- *M lifts B, pulling his hands, and kisses him. B continues to look the other way;*
- *M takes her infant's head and turns it towards her. B continues to look the other way; (intrusive behavior)*
- *M calls B and proposes a new activity. B looks at her;*

PHYSICAL ACTIVITY

◆ Relaxed body

- *B looks at M. She looks at B, who approaches her. M facilitates the infant's activity;*
- *B looks the other way. He shows a neutral expression. M averts and leans back in her chair. B averts its head. M proposes a game. B looks the other way;*
- *B looks the other way. M looks the other way, too. She seems at a loss. She does not try to do anything; (withdrawal)*
- *M approaches very quickly. B is startled and shows signs of fear; (intrusive behaviour)*
- *M tickles B's face. B seems annoyed and averts its head;*

◆ Squirming/wriggling/twisting (faint/marked):

- *B tries to wriggle his arm out of M's hold. M opposes and B follows the new proposed activity;*
- *B then arches its back, grumbles, and averts its head. M takes B's hands and proposes another activity. She smiles and waits until he looks at her;*

- *B becomes serious. M caresses him. B frowns. She stops to caress him;*
- *B whines. Then B arches its back and squeals. M talks using motherese. She approaches and caresses him. She imitates B. B continues to squeal;*
- *B averts, M approaches, and kisses B. B does not react;*
- *M continues with the current activity and approaches ever closer. B looks at her. M tickles her infant's mouth. B babbles and looks the other way;*
- *M stops and changes activity;*
- ◆ **Cycling of limbs (faint/marked)**
 - *(Faint) B looks the other way. M responds by looking at B with a smile. B arches its back. M looks at him and arranges his clothes;*
 - *(faint) B looks at M. M approaches, proposes a game, and smiles. B smiles. M smiles and makes exaggerated facial expressions;*
- ◆ **Arching of back (faint/slight; pronounced/marked):**
 - *(faint) M talks to B using motherese, B approaches, M facilitates his efforts; (sensitivity)*
 - *(pronounced) M looks towards infant's point of focus. B squirms and whimpers. She talks to him and appears annoyed. He looks at her;*
 - *(faint) B whimpers. M imitates B, making faces, and vocalizing. B relaxes;*
 - *M talks to B and proposes another game;*
 - *M tickles B and talks to him. B grumbles.*
- ◆ **Startling**
- ◆ **Rising**
 - *B approaches M. He looks the other way. M approaches B, talks using motherese, and makes faces. B continues to look the other way;*
 - *B approaches M. He looks the other way. M approaches too closely. B looks the other way. M kisses B, B continues to look the other way;*
 - *M approaches him;*
 - *M helps him. B looks at her;*
 - *B wants to be picked up, M approaches, smiling, and makes exaggerated facial expressions. B twists slightly;*
 - *M talks using motherese. B takes her hand and sucks it;*
 - *M does not help him and proposes another game. B whimpers; (overcontrol)*
- ◆ **Drowsy**
 - *B rubes eyes/face. M ignores B's signal;*
 - *B yawns and M talks using motherese. She smiles and caresses him. B looks at her;*
 - *B yawns and M imitates him;*

FACIAL EXPRESSION

- ◆ **B smiles faintly (half smiles):**
 - *M looks at B, smiles, and proposes a game. B looks the other way;*
- ◆ **B smiles (closed):**
 - *M makes faces. B whispers and M makes faces again;*
- ◆ **B laughs (open):**
 - *and looks at M. M talks using motherese, makes exaggerated facial expressions, and smiles. B laughs and moves its limbs; (sensitivity)*
 - *and babbles. M talks using motherese. B laughs...*
- ◆ **B whines**
- ◆ **B cries**
- ◆ **B grimaces**
 - *B imitates mother's facial expression and then looks the other way. M insists and lifts her infant's face. B looks the other way; (overcontrol)*
 - *and tries to imitate M. M does not understand and continues with her own activity. She does not reinforce infant's behavior. B babbles, grumbles, and arches its back;*
- ◆ **B frowns:**
 - *and sucks M's hand. M talks to B and looks at him. B looks at her;*
 - *M continues to talk disregarding B's signals;*
 - *M imitates B. B looks at her;*
- ◆ **B closes its eyes**
- ◆ **B coughs**
 - *to attract M's attention, she looks at him and B smiles;*
 - *M makes faces to imitate him and talks using motherese;*
- ◆ **B has a neutral/bland expression**
- ◆ **B displays anger**
- ◆ **B appears annoyed:**
 - *and resumes the interrupted activity. M does not oppose; she takes part in the activity;*
 - *M caresses him. B grumbles;*

ORAL SELF-COMFORTING

- ◆ **B sucks part of his body:**
 - *B sucks his hand and whimpers. M does not interrupt and talks to him using motherese;*
 - *M rocks him. B seems annoyed and whimpers;*
 - *M opposes and proposes a new activity. B tries again;*

◆ **B sucks his clothing:**

- *and looks the other way. M looks at B and tries to engage him in another activity. B does not respond. M interrupts infant's activity. B follows the game without engagement;*
- *M looks at B, talks to him, and interrupts infant's activity taking his hands;*

◆ **B sucks the strap of the infant seat:**

- *and looks the other way. M talks to him using motherese, plays and smiles. B looks at her;*
- *M caresses him, yawns, and withdraws. B goes on with its activity; (withdrawal)*
- *M tries to interrupt her B. B grumbles. She gives up and imitates B;*

◆ **B sucks mother's hand or finger:**

- *B stops, averts, and looks the other way. M does nothing; (withdrawal)*
- *and looks the other way. M looks at B and smiles, looks towards infant's object of interest, looks at him again, and talks to him using motherese;*
- *and looks the other way. M makes faces to imitate B, withdraws her hand and talks to him;*
- *M talks to B and interrupts infant's activity to propose another game. B looks the other way, keeps on sucking M's hand, averts, squirms and whimpers. M talks to B and caresses him;*
- *M imitates B, talks to him, and smiles. B continues its activity;*
- *M interrupts B's activity. B approaches her, M facilitates infant's activity and they smile together;*
- *Frowning, M looks at her hand, then looks at B, talks to him, and approaches. B grumbles;*

HEAD AVERSION

- *B vocalizes. M looks at B and approaches him, pulling him by the hands. B turns its head towards M, approaches her, and takes her finger;*
- *B takes M's finger. M plays and looks at B without engagement;*
- *B approaches its M and clings to her clothes. M looks at her own clothes, talks to him, and withdraws from B's hold;*
- *M looks towards infant's object of focus, she turns towards B, talks to him and caresses him;*
- *M looks at B, then towards infant's point of focus. B turns its head towards M;*
- *M looks at B and sighs; (withdrawal)*
- *M waits quietly until B turns towards her;*
- *M takes B's hands and talks using motherese. B does not react;*

- *M tickles B. B smiles faintly. M waits and calls him. He looks at her and bats at her, smiling;*

OTHERS SIGNALS OF OPPOSITION

- ◆ **B pushes away or pulls M's arm or hand:**
 - *and bats at M's hand. M changes hand in order to continue her activity;*
 - *M does not oppose. B relaxes;*
 - *M does not oppose, but she is surprised;*
 - *M averts and pulls away from her infant;*
- ◆ **B bats at M:**
 - *B refuses the pacifier. M insists. B refuses again and looks the other way. M insists. B bats at M's hand; (overcontrol)*
 - *M pursues her activity, ignoring B's signal. B grumbles;*
- ◆ **B pulls himself/his head/part of his body away:**
 - *B pulls its arm away to escape from M's hold/caress. M averts, looks at him, and smiles. B grumbles;*
 - *B averts, frowns, and scurries. M talks to him. B whimpers and approaches;*
 - *B pulls away its trunk. M approaches in order to touch heads with her infant. B laughs. M proposes the same game;*
- ◆ **B pushes away pacifier:**
 - *B lets it fall. M proposes it again. B refuses it;*
 - *B hits it. M does not propose it again. B looks at her;*
- ◆ **B allows mother to do something with him while he pursues his own activity)**
 - *B is playing with the strap of the infant seat, while M is combing his hair, without talking or looking at him;*

20.4.2 System of Analyzing the Content of Maternal Speech (SCMS)
(Zipser, Montini & Reck, 2008)

**Manual zum Analysesystem des Inhalts mütterlicher Sprache in der Mutter-
Kind-Interaktion**

**System for Analyzing the Content of Maternal Speech in Mother-
Infant-Interaction (SCMS)**

B. Zipser, R. Montini & C. Reck

2008

Inhaltsverzeichnis

Kodier-Erläuterungen.....	4
A: Time.....	4
B: Utterance/ Break.....	4
C: Intention.....	5
D&E: Focus : Person/Object & Doing/State.....	6
D: Focus : Person/Object (nur für Description).....	6
E : Focus: Doing/State.....	7
F: Mind-related Comments.....	7
G: Appropriateness of Content.....	8
H&I: Evaluation (Content and Cadence).....	9
H: Evaluation Content.....	9
I: Evaluation / Style Cadence.....	10
J: Intonation.....	10
K: Repetition.....	11
L: Reference to object.....	11
M: Kind of address.....	12
N&O: Touch & Touch fits speech.....	12
N: Touch.....	12
O: Touch fits speech.....	12
Literatur.....	15
Kodiertabelle.....	16

Vorbemerkung:

Das System zur Analyse des Inhaltes mütterlicher Sprache in der Mutter-Säuglings-Interaktion (SCMS) wurde im Rahmen der Mutter-Kind-Studie der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg (Reck, 2008) entwickelt, um die inhaltlichen Aspekte mütterlicher Sprache während des so genannten Still-Face-Paradigmas untersuchen zu können.

Den Rahmen für die erste Anwendung dieses Analysesystems bildete eine Interaktionsstudie, in der die Auswirkungen depressiver Erkrankungsformen auf die Mutter-Säuglings-Interaktion untersucht wurden.

Bei der Entwicklung des Systems waren uns verschiedene Komponenten wichtig. Einerseits sollte es möglich sein, jegliche Laute der Mutter komplett und eindeutig in dieses Kategoriensystem einzuordnen und andererseits sollte die Beurteilung des Affektes soweit außer Acht gelassen werden, als dass das parallel dazu angewandte Diagnosesystem ICEP diesen Bereich abdeckte.

Das SCMS ist ein Analysesystem ausschließlich der an das Kind gerichteten mütterlichen Sprache (infant-directed speech) und lässt kindliche Signale nur insoweit in die Beurteilung mit einfließen, als sie für die Auswertungen des mütterlichen Sprachinhaltes richtungweisend sind. Eine Auswertung der kindlichen Signale per se erfolgt aufgrund des altersbedingten kaum zu wertenden Sprachinhaltes nicht.

Das SCMS lehnt sich an verschiedene Sprachkodiersysteme von Papoušek, Murray, Meins u.a. an und berücksichtigt Studien zur kindlichen Sprachentwicklung, Erkenntnisse zur Sprache der Mutter und inhaltliche Merkmale der Sprache depressiv erkrankter Mütter.

Wir danken dem Leiter der Psychiatrischen Klinik Herrn Prof. Mundt für sein Interesse und die Unterstützung dieses Projektes.

Ebenso gilt unser Dank allen Mitarbeitern/Innen des Mutter-Kind-Projektes, die mit Ideen und teilweise unerschöpflicher Geduld zur Entwicklung dieses komplexen Systems beigetragen haben.

Nicht zuletzt danken wir allen Müttern und ihren Kindern herzlichst, die an unserer Studie teilgenommen haben und diese Forschung erst ermöglichen.

Kodier-Erläuterungen

Das Grundgerüst des Kategoriensystems bilden die

neun Hauptkategorien :

Intention (of speech)
Focus (person and object and doing/state)
Mind-related comments
Appropriateness (of content)
Evaluation (content and cadence)
Intonation
Repetition
Reference to object
Touch

Auf deren Unterkategorien wird in der jeweiligen Hauptkategorie näher eingegangen.

Im Nachfolgenden wird erläutert, wie es in den Spalten A-O (Haupt- und- Unterkategorienwertung) zu Eintragungen kommt.

Jede von der Mutter zu wertende Lautäußerung wird im Folgenden als **Utterance** benannt (siehe **B**).

A: Time

Die Zeit wird immer am Ende eines Utterance beziehungsweise einer Pause durch Klick im Kodierprogramm gestoppt. Dadurch wird die Länge jedes einzelnen Utterance und jeder einzelnen Pause gemessen.

B: Utterance/ Break

(u) Was ist ein Utterance?

Ein Utterance (*engl.: Äußerung*) ist eine Äußerung der Mutter, die in die Kategorienwertung aufgenommen wird. Ein Utterance muss grammatikalisch kein kompletter Satz sein. Die Utterances werden in der Exceltabelle unter der Spalte B durchnummeriert (von **u1** bis **un**).

Zur Einteilung in ein zu bewertendes „Utterance“ gilt:

Wenn es sich um eine klare in sich schlüssige Aussage einer Kategorie des Systems handelt, wird sie als ein Utterance kodiert.

Wenn eine Aussage und länger zusammengesetzte Sätze verschiedene Kategorien und/oder Unterkategorien enthalten, werden mehrere Utterances kodiert.

Eine Aussage innerhalb eines Satzes, die allein steht, wird als eigenes Utterance gewertet.

Ein Relativsatz wird generell nicht als eigenes Utterance gewertet, sondern zu dem Utterance dazugehörend angesehen, auf das es sich bezieht.

Wenn eine Aussage von der Mutter unterbrochen wird, führt dies ab mindestens 0,5 Sekunden Unterbrechung zur Wertung eines neuen Utterances.

(b) Was ist eine Pause?

Zu wertende Pausen müssen eine Länge von mindestens zwei Sekunden haben. Das bedeutet, dass ab einer sprachlichen Unterbrechung von zwei Sekunden oder länger eine Pause kodiert und in der Tabelle mit einem **b** markiert wird.

Auch die Pausen werden durchnummeriert (von **b1** bis **bn**).

Pausen werden auch kodiert, wenn die sprachliche Seite der Mutter-Kind-Aktion unterbrochen ist, die nonverbale Kommunikation aber weiterhin vonstatten geht, wie z.B. durch Mimik oder Gestik.

x: nicht verständlich

Wenn etwas nicht verständlich ist, werden alle nachfolgenden Kategorien nicht gewertet, bis auf **N** (Touch).

C: Intention

Bei der Sprachintention werden verschiedene Kategorien (**a1 - a6**) unterschieden.

(a1) Description (beschreibende Sprache)

Die Intention in dieser Kategorie ist die inhaltliche Beschreibung von Objekten, Personen, Zuständen etc.

Du strampelst aber schön.

Darunter fallen aber auch Aussagen, die im weiteren Sinne der deskriptiven Sprache zuordenbar sind, wie:

Was denn?

Alles ok.

(a2) Prescription (vorschreibende Sprache)

In diese Kategorie fallen Bitten, Verbote, Aufforderungen, Befehle.

Bsp.: *Lach mal!*
Erzähl mir was!
Lass das!
Brauchst nicht weinen!

(a3 & a4) Short Utterance

Sammelgebiet, für alle Äußerungen, die in keine der anderen Kategorien fallen. Es wird unterschieden zwischen **address (a3)** und **no address (a4)**. Der Unterschied besteht hier zwischen direkt an das Kind gewandten Äußerungen, die zur Kontaktaufnahme mit dem Kind dienen (**address**) und Lauten, Lachen, Wörtern, die die Mutter vor sich her sagt und nicht an das Kind adressiert (**no address**) sind.

Weitere Unterteilungen von **address** werden in der Spalte **M** genauer differenziert.

Zu **address** gehören:

i (imitation) : Imitation
l (laugh) : Lachen losgelöst, nicht gleichzeitig mit einem erkennbaren Wort
n (name) : Name
s (short syllable) : Kurzlaut/-folge (inklusive Lachen während eines Wortes)
sa (salutatory address) : Anrede, Floskeln (Gesundheit!)

Fragenanhängsel wie „gell, hm, ne“, die gleich nach einem Utterance vom Typ **a1** oder **a2** folgen, werden zur beschreibenden Sprache dazu gezählt und **a1/a2** damit als Frage kodiert. Genauso werden „*Mhm, na*“ usw. am Anfang eines Satzes nicht isoliert kodiert, wenn keine kurze Intonationspause (mindestens 0,5 s) dazwischen liegt. Wenn jedoch der Name/Kosename des Kindes gesprochen wird, dann erfolgt die Wertung als eigenes Utterance **a3**. (siehe auch „Was ist ein Utterance?“)

(a5) Play / Song

Dies betrifft Situationen, in denen die Mutter ein Lied singt oder ein Spiel spielt, das verbale Ausdrücke und Regeln vorgibt.

Bsp.: *Das ist der Daumen; der schüttelt die Pflaumen...*

Wenn die Mutter beim Singen eine kurze Atempause macht, wird das Lied als ein Utterance gewertet. Wenn die Pause zwei Sekunden oder länger als normalerweise in dem Lied andauert, dann werden zwei Utterances oder auch mehr kodiert.

Wenn eine Mutter nach einer Pause das Lied fortsetzt, dann kodieren wir mit **rt** (thematische Wiederholung; siehe Kategorie **K**).

(a6) Utterances made in lieu of the child

Die Mutter spricht anstelle des Kindes, meist mit verstellter Stimme, eine Kinderstimme nachahmend. Dies ist eine extra zu wertende Kategorie, da zum Beispiel die Aussage

„Mama, hol mich raus“

grammatikalisch eine Aufforderung ist, die Mutter damit aber ausdrückt, was ihr Baby ihrer Meinung nach gerade denkt/wünscht.

Die Inhalte sind also nicht klar der deskriptiven oder präskriptiven Sprache zuordenbar und werden daher getrennt gewertet.

Der mütterlichen Intention bei dem Gebrauch dieser Sprachform entsprechend, gelten diese Aussagen somit immer als mind-related (Kategorie **F**).

D&E: Focus : Person/Object & Doing/State

D: Focus : Person/Object (nur für Description)

- **c (Child focused)** *Du bist eine süße Maus.*
- **m (Mother-focused)** *Die Mama ist müde.*
- **o (Other-focused)** *Hier ist es schön.*

Interaktionsbezogen

- **ic (interaction child)** *Lachst du die Mama an?*
- **im (interaction mother)** *Die Mama hat dich lieb.*
- **ib (interaction balanced)** *Wir gehen gleich.*

Unterscheidung Child/Mother-focused:

- **Mother-focused** : Wenn nur die Mutter im Satz vorkommt.
- **Child-focused** : Nur das Kind kommt in der Aussage vor.
- **Other-focused** : Das Utterance ist auf den Raum/die Situation etc. bezogen ohne Einbeziehung der Mutter oder des Kindes.
- **Interaktionsbezogen** : Sowohl Mutter als auch Kind werden in der Aussage benannt.

Interaktionsbezogen:

Wenn sowohl die Mutter als auch das Kind in der Aussage vorkommen, entscheidet das Video/ die Situation mit, wie das Utterance zu werten ist.

Wenn auf dem Video zu sehen ist, dass die Mutter sich über die kindliche Situation äußert, bzw. beschreibt, was das Kind aktuell tut, gehört die Aussage zu **ic**.

Sagt die Mutter etwas über sich und das Kind, was Einfluss auf das Kind haben soll, ohne dass das Kind einen Anhalt dafür gibt, dann wird **im** gewertet.

Spricht die Mutter über ihre Gefühle, die auch das Kind einbeziehen, dann **im**.

Bsp.: *Kannst du mich sehen?*

Mutter möchte, dass das Kind zu ihr schaut, das Kind zeigt aber kein Interesse: **im**.

Beide spielen zusammen und das Kind schaut seine Mutter an: **ic**.

Die Mama hat dich lieb: **im**.

„Wir“-Sätze oft **ib**, wenn keine Richtung durch die anderen Kriterien vorgegeben ist.

E : Focus: Doing/State

- **d (doing)** : Wahrnehmung/Handlung, Körperteil des Kindes
Bsp. : *gucken, kriegen, sehen, hören*
- **s (state physical & mental)** : Zustand, körperlich und seelisch/geistig, Körperteil des Kindes
Bsp. : *Bist du ungeduldig? Hast du Bauchweh? Willst du strampeln?
können, mögen, sein, haben, wissen, gefallen, wollen, müssen, dürfen*

Die objektbezogene beschreibende Sprache **o** wird hier nicht mehr gewertet, nur noch die personenbezogene. Hier wird unterschieden zwischen der Beschreibung einer Handlung **d** (dazu zählen auch Wahrnehmungen) und Zuständen **s** (körperliche Zustände, sowie geistig/seelisch).

Körperteil des Kindes

Wenn in einem Utterance der Körperteil des Kindes benannt wird, kommt es auf den Inhalt der Aussage und den Kontext an, wie das Utterance zu werten ist. Im Zusammenhang einer Aktivität des Kindes wird er dann als **doing** kodiert. Wenn die Mutter z.B. fragt „Strampelst du?“ und danach gleich „Ja, das sind deine Füßchen“ sagt, wird das als **doing** kodiert. Wenn die Mutter aber ohne Zusammenhang fragt „Sind das deine Füßchen?“, wird es als **state** kodiert.

F: Mind-related Comments

In dieser Kategorie wird untersucht, ob die Mutter in ihren Aussagen dem Kind gewisse Gedanken, Wünsche, Pläne, Erinnerungen zuschreibt. Diese Aussagen werden dann **mind-related** genannt.

mr (mind related) /nmr (not mind related)**Kategorien von mind- related Aussagen:**

- Aussagen über die Befindlichkeit des Kindes (mental states): Wissen, Gedanken, Wünsche, Interessen
*Du weißt, was das ist – das ist ein Ball.
Welches Spielzeug magst du lieber?
Ich denke, dass du denkst, es ist eine Trommel.
Willst du aus dem Sitz raus?
Träumst du?*
- Aussagen über kognitive Prozesse (mental processes):
*Erinnerst du dich an den Bär im Zoo?
Verstehst/erkennst du das?
Worüber denkst du gerade nach?*
- Bezugnahme auf das Level der emotionalen Eingebundenheit (emotional engagement): gelangweilt/besorgt/selbstbewusst/ernst/beeindruckt/aufgeregt sein
Bist du gelangweilt? Bist du genervt? Du machst dir wohl Sorgen. Bist du heute aufgeregt.
- Aussagen über Versuche, andere zu manipulieren (manipulate people's beliefs).
*Willst du, dass die Mama meint, du seist der Beste?
Willst du mich veräppeln?
Du ziehst mich doch auf!*
- Die Mutter legt dem Kind Worte in den Mund. (putting words).
*Mama, hol mich raus!
Mama, ich hab Hunger!*
(a6) ist also eine Unterkategorie der Kategorie Mind-related comments.

Not mind-related (**nmr**) sind physiologische Zustände. Beispielsätze sind „*ist dir heiß?*“ oder „*Hast du Hunger?*“, „*So stark bist du schon*“.

G: Appropriateness of Content

In dieser Kategorie der Angemessenheit werden **a1**, **a2** und **a6** bewertet.
Für die Kategorien **a3**, **a4** und **a5** wäre eine objektive Beurteilung kaum möglich.

Es wird bestimmt, ob die Aussage einer Mutter angemessen ist oder nicht, was mit Hilfe des Verhaltens des Kindes und des allgemeinen Umfeldes beurteilt wird.

app (angemessen):

- zuverlässige Reaktion auf Laute der Unzufriedenheit des Säuglings/Beruhigung/Trost
- Eingehen auf Vokalisationen des Säuglings
- Übereinstimmung der Interpretation des Zustandes des Kindes bei Mutter und unabhängigem Kodierer
- Bezug der Sprache auf Vorausgegangenes oder Zukünftiges

iap (unangemessen):

- keine Reaktion auf Laute der Unzufriedenheit des Säuglings/Beruhigung/Trost
- Ignorieren von Vokalisationen des Säuglings
- Differenz zwischen Mutter und unabhängigem Kodierer bei der Beurteilung des Zustandes des Kindes
- Kein (eindeutiger) Bezug zwischen Sprache der Mutter und vorausgegangener oder zukünftiger Aktivität des Kindes

Eine Aussage wird als angemessen kodiert, wenn ein unabhängiger Kodierer in dem Moment der Aussage die Situation, die Aktivität und den Zustand des Kindes und die Situation der Mutter sowohl in Bezug auf Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft entsprechend der Aussage der Mutter einschätzt. Dies bezieht sich auch auf das Alter des Kindes.

In unserem System wird nicht nur die Angemessenheit betrachtet, sondern wir differenzieren zusätzlich, ob eine Aussage Bezug zu der vorausgegangenen Situation hat. Daraus ergeben sich die Kombinationen **1,2,3**, oder **4** der folgenden Tabelle.

		Angemessenheit	
		ja, app	nein, iap
Bezug zu Vorausgegangenen	Ja	1	3
	nein	2	4

1. Die Mutter nimmt inhaltlich Bezug zu vorausgegangenen Signalen des Kindes und beschreibt angemessen, was zu sehen ist. **ar (appropriate, reference)**
2. Die Aussage der Mutter erscheint angemessen, hat aber keinen Bezug zu Vorausgegangenen. **anr (appropriate, no reference)**
3. Die Mutter bezieht sich inhaltlich auf das gerade Geschehene, aber es erscheint unangemessen. **ir (inappropriate, reference)**
4. Das, was die Mutter sagt, erscheint weder angemessen, noch hat es einen Bezug zu dem, was gerade geschieht. **inr (inappropriate, no reference)**

x : no decision

Wenn man nicht entscheiden kann, ob eine Aussage angemessen ist oder nicht, ist das Utterance mit **x** zu bewerten. Dies sollte aber wirklich nur in Ausnahmen der Fall sein.

Bei der Kodierung ist das genaue Alter des Kindes ein Kriterium, das beachtet werden soll, insbesondere im Hinblick darauf, dass die Säuglinge in dieser Studie zwischen 1 und 11 Monaten alt sind.

Das Alter der Säuglinge ist aus diesem Grunde dem Kodierer bekannt.

H&I: Evaluation (Content and Cadence)

Sprachinhalt (Content) und Intonation/Tonfall (Cadence) werden immer getrennt bewertet!

Zunächst sollte der sprachliche Inhalt der Mutter ohne Affektbeurteilung der Mutter bewertet werden, da der Affekt mit Hilfe der ICEP Auswertungen parallel zu der Sprachkodierung ausgewertet wird. Wir versuchen hier mit Hilfe der Sprachkodierung durch die Teilung in Inhalt und Tonfall eine größere Genauigkeit zu erreichen.

H: Evaluation Content

In dieser Kategorie wird bewertet, ob der Inhalt einer Aussage positiv, negativ oder neutral ist. Ein einzelnes „Ja“ wird positiv und ein einzelnes „Nein“ negativ bewertet.

Es folgt eine Liste von einzelnen Wörtern, deren Inhaltsbewertung exemplarisch zur Orientierung vorgegeben wird.

Positiv	Neutral	Negativ
interessant können dürfen gefallen etwas geschafft haben kuscheln zufrieden	probieren essen schlafen schauen	müssen Schmerz weinen

Wenn eine Aussage nach ihrem Inhalt bewertet wird, kommt es jedoch nicht nur auf die einzelnen Worte an, die der Satz enthält, sondern die Aussage muss als Ganzes betrachtet werden. So ist der Satz „Hier ist es nicht schön“ als negativ zu bewerten und nicht etwa neutral, weil sowohl ein positives wie auch ein negatives Wort darin vorkommen.

Es folgen Beispiele für die einzelnen Kategorien.

(a1) Description

- **pos:** *Das sind aber schöne Schuhe! Du weißt aber viel!*
- **neg:** *Der Sitz ist unbequem. Hier ist es nicht schön.*
- **neu:** *Nach was riecht es denn hier?*

(a2) Prescription

Positiv: Motivation/Aufforderung zu positiven Tätigkeit; liebe Bitte; Ansporn

- **Bitte:** *Gib mir bitte ein Küsschen!*
- **Ansporn, Unterstützen, Stärken; weiter motivieren in dem, was Kind schon tut:**
Na, komm, feste strampeln!
- **Positive Aufforderung:** *Ja, lach mal mit der Mama!*

Neutral: neutrale Aufforderung

- **Aufforderung:** *Achtung! Guck mal!*

Negativ: intrusive/negative Befehle, Verbote, negative Aufforderung

- **Befehl, „Richtungswechsel“:** *Guck jetzt mal her!*

SCMS: B. Zipser, R. Montini & C. Reck (2008)

9

- **Verbot:** *Nicht in den Mund nehmen!*
- **Negative Aufforderung:** *Dann schrei doch!*

(a3&a4) Short utterances:

- **pos:** Kosenamen, *Mama, Papa, Ja*
- **neg:** Schimpfwörter, „*Nein*“, *nicht*, negative Kosenamen: *Scheißer, Quälgeist, Nervensäge*,
- **neu:** *Hallo, Oh*

(a5) Play/Song

Hier entfällt die Bewertung des Inhaltes! Nur der Tonfall wird gewertet (Kategorie I)!

(a6) Utterances made in lieu of the child

- **pos:** *Mama, hier ist es schön. Ich fühle mich wohl.*
- **neu:** *Gib mir mal den Schnuller.*
- **neg:** *Ich will aus dem Sitz raus.*

I: Evaluation / Style Cadence

Der Tonfall wird im Vergleich zum Durchschnitt des Tonfalles aller Mütter bewertet.
(setzt voraus, dass der Kodierer/In vor der Kodierung einige Videos angeschaut hat.)
Im Folgenden einige Beispiele für die verschiedenen Unterkategorien der Intention.

(a1) Description

- **pos:** geduldig, freundlich
- **neg:** ungeduldig, unfreundlich
- **neu:** neutral

(a2) Prescription

- **pos:** bittend, freundlich motivierend, Unterstützung der Aktivität des Kindes
- **neg:** befehlend, unfreundlich, intrusiv, ungeduldig
- **neu:** neutral (weder intrusiv noch unterstützend)

(a3 & a4) Short utterances:

- **pos:** geduldig, freundlich
- **neg:** ungeduldig, unfreundlich
- **neu:** neutral, zum Beispiel schnalzen, gurren, kskks, atmen, räuspern

(a5) Play/Song

- **pos:** Bei freundlichem Tonfall
- **neg:** Bei gelangweiltem oder intrusivem Tonfall
- **neu:** Kombination freundlicher Tonfall, aber hektisch und ungeduldig

(a6) Utterances made in lieu of the child

- **pos:** geduldig, freundlich
- **neg:** ungeduldig, unfreundlich
- **neu:** neutral

J: Intonation

Wir unterscheiden hier zwischen Frage und Aussage. Dies wird an der Anhebung der Stimme festgemacht.

- **q (question):** Frage
- **nq (no question):** Alles, was keine Frage ist (Aussage / Ausruf)

Zu **q** zählt auch, wenn am Ende eines Utterances die Stimme mit Hilfe von „*mhhh/gell*“ angehoben wird.

K: Repetition

Wir schauen uns in dieser Kategorie die Wiederholungen in der mütterlichen Sprache genauer an. Bei den Wiederholungen werden wortwörtliche (**repetition verbatim**) und thematische (**repetition thematic**) unterschieden. Ein kleines Beispiel zur Verdeutlichung:

Bsp.: *Hast du Bauchweh, kleine Maus?*
Hast du wieder Bauchweh, Kleine? (rv)
Dein Bauch macht dir auch immer Kummer, gell? (rt)

- **rv (repetition verbatim)**

Wortwörtliche Wiederholung bedeutet, dass maximal zwei Wörter anders als im Utterance davor sind. Das heißt, dass zwei Wörter vom Ausgangssatz ausgetauscht werden können – entweder gegen zwei andere Worte oder gegen nichts, also weg fallen. Grundbestimmend ist aber, dass der Sinn derselbe sein muss!

Es darf hierbei kein Utterance der Kategorien **a1**, **a2**, **a5** zwischen zwei Utterances auftreten, die als Wiederholung kodiert werden sollen.

Von der Kategorie **a3/a4** dürfen drei Utterances dazwischen sein.

Bei der Wiederholung eines Ausgangs-Utterance der Kategorie **a3/a4** darf nur ein anderes Utterance der Kategorie **a3/a4** dazwischen sein, damit es noch als wörtliche Wiederholung gilt.

Wenn zuvor ein unverständliches Utterance vom Kodierer vergeben wurde und dieser nur kurz dauerte, wird er behandelt, als ob er von der Kategorie **a3/a4** gewesen wäre. Falls es ein längeres Utterance sein sollte und auch im Zweifelsfall, sollte man ihn als Utterance der Kategorie **a1** behandeln. Somit wäre keine wörtliche Wiederholung mehr möglich.

- **rt (repetition thematic)**

Thematische oder inhaltliche Wiederholung wird kodiert, wenn dasselbe Thema ganz anders oder sehr ähnlich ausgedrückt wird. Aber auf jeden Fall sind hier mehr als zwei andere Wörter im Satz vorhanden.

Es darf entweder ein Utterance der Kategorien **a1**, **a2**, **a4**, **a5** zwischen den zwei Utterances sein oder bis zu fünf Utterances der Kategorie **a3**.

Ein wiederholtes Lachen fällt auch in diese Kategorie.

Wenn das Kind von der Mutter unterschiedlich angesprochen wird, wird dies auch als thematische Wiederholung kodiert.

Bsp.: *Auge, gucken, schauen*

- **nr (no repetition)**

Wenn keine Wiederholung vorliegt, wird **nr** kodiert.

Für **a3** gilt:

- **rv:** genau derselbe Laut
- **rt:** passt zur Unterkategorie Ansprachenart
- **nr:** wechselt Unterkategorie und Laut

Anmerkung: Wenn die Sprache im Rahmen des Face-to-Face-Still-Face-Paradigmas betrachtet wird, wird ein Utterance, das nach den zwei Minuten Still-Face wieder aufgenommen wird, nicht als Wiederholung kodiert, da die Pause dazwischen zu lange ist.

L: Reference to object

Um in dieser Kategorie kodiert zu werden, muss ein Objekt ein greifbarer/sichtbarer/hörbarer Gegenstand/Person sein (Ball, Sitz, Körperteile, Bagger, Martinshorn; die Mutter selbst).

Nicht dazu zählen abstrakte Begriffe wie Geschichte, Gerechtigkeit etc.

Kind hat mit Objekt zu tun...

- **co1**: ... und Mutter spricht danach darüber. *Ja, der Hase ist klein.*
- **co2**: ... worüber die Mutter zuvor gesprochen hat. Kind richtet also deswegen seine Aufmerksamkeit darauf. *Kuck mal den Hasen an.*
- **mo**: - Mutter spricht über ein Objekt, ohne dass das Kind seine Aufmerksamkeit darauf lenkt. *Nimm den Ball!*
- **no**: - Es wird kein Objekt erwähnt. *Du brauchst nicht weinen!*

Aufpassen! Wenn die Mutter sagt: „*Das ist die Mama!*“, wird *Mama* unter **L** zur Kategorie „Objekt“ (kein abstraktes Wesen), weil sie ein für das Kind sichtbares Objekt ist. Gleichzeitig wird dieser Satz unter **D** als **m** gewertet. Es geht hier nicht um grammatikalische Dinge! Dasselbe gilt, wenn das Kind als Ganzes in einem Satz verbalisiert wird. Dabei wird **co1** kodiert, da das Kind immer schon mit sich selbst zu tun hat. Wenn ein Körperteil des Kindes auftaucht, muss man genauer hinschauen, ob **co1** oder **co2** zu kodieren ist.

M: Kind of address

Dies ist eine Unterkategorie der Kategorie **a3 Short utterances as address**.

Hier werden auch einzelne Wörter, wie z.B. „*super*“ oder „*Mama*“ eingeordnet, da es hierbei oft zuviel Interpretation der Kodierer wäre, zu entscheiden, ob es in **a1** oder **a6** einzuordnen ist. Wenn es nicht aus dem Kontext ersichtlich ist, werden diese einzelnen Worte als Kurzlaut aufgefasst.

- **i (imitation)** : Imitation der Laute des Kindes, z.B. ein Husten oder Niesen
- **l (laugh)** : Mutter lacht
- **n (name)** : Es wird der Name des Kindes oder ein Kosenamen/Schimpfwort als Name benutzt.
- **s (short syllable)** : Kurzlaute oder Kurzlautfolgen, (*ach, eijejei, hmm, ohh, ksks*).
- **sa (salutatory address)** : Ansprachen wie *hallo/hey/ja /na?/ He du/ Du/ guckuck*

N&O: Touch & Touch fits speech

N: Touch

Diese Kategorie wird immer ausgewertet, auch wenn die gesprochenen Worte unverständlich sind oder gerade eine Pause kodiert wird.

- **tr** : **touch rough**
- **ts** : **touch smooth**
- **nt** : **no touch**
- **x** : **nicht zu entscheiden**

Zu **rough touch** gehört z.B. auch, wenn die Mutter das Kind so mit geschlossenem, festem Griff an der Hand hält, dass das Kind sich nicht aus eigener Kraft lösen kann.

O: Touch fits speech

In dieser Kategorie wird kodiert, ob die Art des Anfassens zu dem Wortinhalt passt, also praktisch in Worten erklärt wird.

- **fs** : **fits speech**
Der Sprachinhalt passt zu der Art des Anfassens.
Bsp.: *feste strampeln* → fasst Füße an
Wenn die Mutter ihr Kind mit Namen anspricht (**a3, n**) und dabei das Kind „passend“ anfasst.
Wenn in einem Lied *krabbeln/kitzeln* vorkommt und die Mutter das Kind kitzelt.
Wenn die Mutter rhythmische Laute macht und das Kind auch im selben Rhythmus dazu berührt.
- **nfs** : **not fits speech**
Der Sprachinhalt passt nicht zu der Art des Anfassens oder enthält keinerlei Bezug zur Berührung.

Abschließende Anmerkungen

- Das SCMS ermöglicht nach der Kodierung zusätzlich die gesamte Pausenzeit, gesamte Sprechzeit, die relative Anzahl der Pausen gemessen an der Gesamtpausenzeit, relative Anzahl der Utterances gemessen an der Gesamtsprechzeit, Sprechzeit relativiert an der Gesamtzeit, Pausenzeit relativiert an der Gesamtzeit und die Anzahl der Utterances relativiert an der Gesamtzeit zu erfassen.
- **Reliabilität:**
Zur Überprüfung der Interrater-Reliabilität wurden 15 sprachkodierte Videos herangezogen. Cohen's Kappa (Cohen, 1960) lag für die zwei Rater mit einem Konfidenzintervall von 95% durchschnittlich bei $\kappa = 0.856$, was nach Landis und Koch (1977) als substantiell einzuschätzen ist. Die Absoluthöhe kann man somit als exzellent beschreiben. Details zur Berechnung der Interrater-Reliabilität sind im Anhang zu finden.
- Bei der Auswertung anderer Krankheits- oder Altersgruppen kann das System an die abweichende Fragestellung angepasst werden, zum Beispiel bei Angststörungen die Kategorie „über Angst sprechen“ hinzufügen.
- **Praktische Durchführung:**
Die Mutter-Kind-Interaktion wird mittels vier Kameras in Bild und Ton während des Still-Face-Paradigmas aufgenommen.
Die Videosequenzen werden in gleicher Weise wie die mithilfe des ICEPs zu kodierenden Sequenzen auf den Kodier-PC überspielt, sodass Auswertungen beider Systeme zeitlich deckungsgleich vergleichbar bleiben.
Kodiert werden die erste Spielphase (2 min) und die Reunion-Phase (2 min, entscheidend zum Kodierbeginn ist das Klopfzeichen, das den Müttern zum Wiederspielen gegeben wurde). In einem speziell entwickelten Computersystem werden millisekundengenaue Einteilungen zu wertender Laute festgehalten und in einer für jede Kodiereinheit (à 2 min) neuen Excel-Tabelle den Spalten A-O zugeordnet.

Es werden nur Videos von deutschen Muttersprachlerinnen kodiert, da Sprachen verschiedener Nationalitäten nicht miteinander vergleichbar und Unterschiede in den einzelnen Kategorien möglich sind (Caroll und Stutterheim, 1993). Die KodiererInnen sind blind bezüglich der mütterlichen Diagnose bzw. Gruppenzugehörigkeit. Den KodiererInnen liegt ein Übersichtsplan vor, anhand dessen die Einteilung erfolgt. Laute/Wörter/Aussagen, die in Übungsdurchgängen als schwer zwischen zwei Kategorien zuordenbar gelten, werden zuvor fest in eine Kategorie eingeteilt.
- Die Art der Eintragung ist im vorliegenden Manual durch Fettdruck hervorgehoben.

Literatur

- Bornstein, M.H., Tal, J. & Rahn, C. (1992). Functional analysis of the contents of maternal speech to infants of 5 and 13 months in four cultures: Argentina, France, Japan, and the United States. *Developmental Psychology*, 28 (4), 593-603.
- Caroll, M. & von Stutterheim, C. (1993). The representation of spatial configurations in English and German and the grammatical structure of locative and anaphoric expressions. *Linguistics*, Vol 31(6), 1011-1041.
- Grossmann, K. & Grossmann, K.E. (2004). Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. Klett Cotta, 126-129.
- Herrera, E., Reissland, N. & Shepherd, J. (2004). Maternal touch and maternal child-directed speech: effects of depressed mood in the postnatal period. *Journal of Affective Disorders*, 81, 29-39.
- Kruper, J. C. & Uzgiris, I.C. (1987). Fathers' and mothers' speech to young infants. *Journal of Psycholinguistic Research*, 16(6), 597-614.
- Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychological Psychiatry*, 42 (5), 637-648.
- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Das Gupta, M., Fradley, E. & Tuckey, M. (2002). Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. *Child Development*, 73 (6), 1715-1726.
- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Clark-Carter, D., Das Gupta, M., Fradley, E. & Tuckey, M. (2003). Pathways to understanding mind: construct validity and predictive validity of maternal mind-mindedness. *Child Development*, 74(4), 1194-1211.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R. & Cooper, P. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcomes. *Child Development*, 67, 2512-2526.
- Murray, L., Kempton, C., Woolgar, M. & Hooper, R. (1993). Depressed mothers' speech to their Infants and its relation to infant gender and cognitive development. *Journal of Child Psychological Psychiatry*, 34(7), 1083-1101.
- Murray, L. & Trevarthen, C. (1986). The infant's role in mother-infant communications. *Journal of Child Language*, 13, 15-29.
- Reck, C. (2008). Depressionen und Angststörungen im Peripartalzeitraum. Epidemiologie, Mutter-Kind-Beziehung und Behandlungskonzept. *Nervenheilkunde*. (Under review).
- Tomasello, M. & Todd, J. (1983). Joint attention and lexical acquisition style. 197-212.

SCMS

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	
Zeit	Phase	Utterances / Break / x = Unverständlich	Intention	Focus Person/Object	Focus Doing/ State	Mind-related Comments	Appropriateness of content	Evaluation / Style/ Content	Evaluation / Style/ Cadence	Intonation	Repetition	Reference to Object	Kind of Address	Touch	Touch fits speech	
1 über 3		1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000	a1	o = Other bezogen m = mütter- bezogen c = kindbezogen d = Wahr- nehmung, Handlung, Körperpart des Kindes betref- fend s = Zustand Interaktionsbezogen ic = Ausgerichtetung kic > Mutter im = Ausgerichtetung Mutter > Kind ib = Mutter und Kind gleichwertig (wir)	ar = angemessen, Bezug zu Vorausgegangenem anr = angemessen, kein Bezug ir = unangemessen, Bezug inr = unangemessen, kein Bezug x = nicht zu unterscheiden	pos neg neu	q = Frage nq = Aussage	rv = wört- lich rt = thematische oder inhaltl. Wdh. nr = keine Wdh.	co1 = Kind hat mit Objekt zu tun & Mutter spricht darüber co2 = Mutter spricht über Objekt & Kind richtet, deswegen Aufmerksamkeit darauf mo = Mutter spricht über ein Objekt no = kein Objekt erwähnt	tr = touch rough ts = touch smooth nt = no touch x = nicht zu unterscheiden	fs = fits speech nfs = not fits speech x					
			a2			pos = Bitte, Anforderung mit pos Inhalt neg = neutr. Anforderung neu = Auffor- derung intrusiv, Verbot	ar anr ir inr x	pos neg neu	q = Frage nq = Aussage	rv rt nr	co1 co2 mo no	tr ts nt x	fs nfs			
			a3			pos = (Kose- namen) neu neg (Schimpf- wörter, neg. Kosenamen)		pos = geduldig / freundlich neu = neutral neg = ungeduldig / unfreundlich	q = Frage nq = Aussage	rv rt nr	l = Initiation n = Name s = Kurzlaut/ Folge sa = Anrede l = lachen		tr ts nt x	fs nfs		
			a4						immer nq	rv rt nr			tr ts nt x	fs nfs		
			a5					pos neg neu		rv rt nr			tr ts nt x	fs nfs		
			a6			alle inr pw	ar anr ir inr x	pos neg neu	q = Frage nq = Aussage	rv rt nr	co1 co2 mo no	tr ts nt x	fs nfs			

20.5 Differenzierung nach Depressionsgrad

Tab. 4: Einteilung in Depressionsstufen

Stufeneinteilung	Postpartale Depression	Anzahl
Stufe 3	Mütter mit rez. postpartaler Depression a) Rez. MDE mit postpartalem Beginn (+ Komorbiditäten) b) Rez. MDE mit postpart. Beginn c) Rez. MDE (+ Komorbiditäten) d) Rez. depressive Störung (+ Komorbiditäten) e) Rez. depressive Störung	18
Stufe 2	Mütter mit erster postpartaler Depression a) MDE mit postpart. Beginn (Komorbiditäten) b) MDE mit postpart. Beginn c) Postpartale Depression (+ Komorbiditäten) d) Postpartale Depression e) MDE (+ Komorbiditäten) f) MDE g) Bipolar II-Störung (akt. depr. Episode) (+ Komorb.) h) Bipolar II-Störung (akt. depr. Episode) i) Depressive Episode (leicht, mittelgradig, schwer) (+ Ko.) j) Depressive Episode (leicht, mittelgradig, schwer)	8
Stufe 1	Mütter mit leichter postpartal depressiver Störung a) Dysthyme Störung (+ Komorbiditäten) b) Minor Depression mit postpart. Beginn c) Minor Depression d) Anpassungsstörung	2
Stufe 0	Gesunde Mütter a) Mütter ohne psychische Einschränkung b) Mütter ohne wesentliche psychische Einschränkung (GdB unter 30%)	30

20.6 Instruktion

„Im Folgenden sollen Sie sich mit Ihrem Kind eine schöne Zeit machen. Sie sollen nichts Besonderes tun; verhalten Sie sich einfach so, wie Sie es auch zu Hause tun würden. Bitte verwenden Sie dazu keinen Schnuller und auch kein Spielzeug! Bitte nehmen Sie Ihr Kind nicht aus dem Stühlchen und bewegen Sie auch nicht den Tisch!

Nach ca. zwei Minuten werde ich an die Scheibe klopfen. Von da ab hören Sie bitte auf und drehen sich von dem Kind weg, zählen in Gedanken bis zehn, dann drehen Sie sich wieder zu Ihrem Kind hin. Ab jetzt schauen Sie ihr Kind nicht mehr an, sondern schauen über das Kind hinweg „ohne eine Mine zu verziehen“ und ohne etwas zu sagen. Bitte berühren Sie das Kind in dieser Zeit auch nicht und nehmen Sie es auch nicht aus dem Stühlchen. In dieser Haltung bleiben Sie bitte zwei Minuten, bis ich wieder an die Scheibe klopfe. Dann können Sie ganz normal mit Ihrem Kind weiterspielen, wie in den ersten zwei Minuten.“

21 Zusammenstellung der statistischen Auswertungen

21.1 Demografische Daten

Tab. 1: Demografische Daten an T1

Demographische Daten an T1

Vidcorr.	FPD	Kom	Alter	Alter d Kd	Geschl.	Bildg.	Kinderz.	Arbit	Partner	Behandlg.
M0001	D	nein	/	2,09	m	RS	1	/	/	keine
13	D(erste)	ja	27	4,00	m	FA	1	/	ja	stat.
18	KG	nein	35	3,21	w	U	3	nein	ja	keine
28	KG	nein	32	3,14	m	U	2	ja	nein	keine
31	KG	nein	40	2,28	m	U	1	/	nein	keine
33	KG	nein	36	2,10	m	RS	2	ja	ja	keine
34	D(rez)	ja	30	1,15	m	U	1	nein	ja	stat.
35	D(erste)	ja	33	2,21	m	A	4	ja	ja	stat.
43	D(erste)	ja	37	5,19	m	A	1	nein	ja	ant.
44	KG	nein	40	4,18	m	U	2	ja	nein	keine
45	D(rez)	nein	26	4,19	m	A	1	ja	nein	stat.
46	D(erste)	nein	30	2,04	m	U	1	nein	ja	stat.
47	D(erste)	nein	29	2,22	m	RS	1	ja	ja	stat.
48	D(ste)	ja	27	3,23	w	A	1	nein	nein	stat.
55	D(rez)	ja	34	1,05	w	RS	2	nein	ja	stat.
56	D(rez)	nein	25	3,01	w	A	2	ja	ja	stat.
57	D(rez)	nein	43	7,01	m	FA	1	ja	nein	stat.
58	KG	nein	37	5,02	w	RS	3	/	/	keine
60	KG	nein	30	4,26	m	RS	1	ja	nein	keine
61	D(rez)	ja	25	2,13	m	FA	1	ja	ja	ant.
64	KG	nein	31	2,20	m	A	1	ja	nein	keine
65	KG	nein	34	2,21	m	A	2	ja	ja	keine
66	KG	nein	36	5,15	m	U	2	nein	nein	keine
68	KG	nein	33	2,22	m	U	1	nein	ja	keine
74	D(rez)	ja	31	1,18	w	RS	3	/	/	stat.
75	D(erste)	ja	41	5,30	w	U	1	/	/	stat.
76	KG	nein	32	1,09	w	A	2	Nein	ja	keine
77	KG	nein	37	1,20	m	RS	2	ja	nein	keine
78	D(rez)	nein	35	8,00	m	U	2	ja	/	stat.
80	KG	nein	38	3,26	m	A	3	ja	nein	keine
83	KG	nein	29	7,01	m	RS	1	ja	ja	keine
84	KG	nein	34	4,17	w	RS	1	/	ja	keine
89a	KG	nein	27	1,20	w	A	1	ja	nein	keine

21.2 Deskriptive Kennwerte, Signifikanztests und Korrelationsmaße

Tab. 2: Deskriptive Kennwerte bzgl. nonparametrischer Populationsvariablen

	Gruppe		Total	χ^2	p
	Kontrolle	PPD			
Drop-Out			58		
nein	n	28	58		
	% innerhalb Gruppe	77,8%	79,5%		
ja	n	8	15	.12	.73
	% innerhalb Gruppe	22,2%	20,5%		
Total	n	36	73		
	% innerhalb Gruppe	100,0%	100,0%		
kindliches Geschlecht			25		
weiblich	n	13	25		
	% innerhalb Gruppe	46,4%	43,1%		
männlich	n	15	33	.24	.62
	% innerhalb Gruppe	53,6%	56,9%		
Total	n	28	58		
	% innerhalb Gruppe	100,0%	100,0%		
Parität			39		
primipara	n	21	39		
	% innerhalb Gruppe	75,0%	67,2%		
multipara	n	7	19	1.48	.22
	% innerhalb Gruppe	25,0%	32,8%		
Total	n	28	58		
	% innerhalb Gruppe	100,0%	100,0%		

Berufstätigkeit	nein	<i>n</i>	4	5	9	
		% innerhalb Gruppe	25,0%	41,7%	32,1%	
	ja	<i>n</i>	12	7	19	.87
		% innerhalb Gruppe	75,0%	58,3%	67,9%	.35
Total	<i>n</i>	16	12	28		
	% innerhalb Gruppe	100,0%	100,0%	100,0%		
Partnerschaft	nein	<i>n</i>	18	3	21	
	% innerhalb Gruppe		64,3%	25,0%	52,5%	
ja	<i>n</i>	10	9	19	5.20	
	% innerhalb Gruppe		35,7%	75,0%	47,5%	.02
Total	<i>n</i>	28	12	40		
	% innerhalb Gruppe		100,0%	100,0%	100,0%	
Sensitivität	insensitiv	<i>n</i>	9	8	17	
	% innerhalb Gruppe		30,0%	28,6%	29,3%	
sensitiv	<i>n</i>	21	20	41	.01	
	% innerhalb Gruppe		70,0%	71,4%	70,7%	.91
Total	<i>n</i>	30	28	58		
	% innerhalb Gruppe		100,0%	100,0%	100,0%	
Intrusivität	nicht-intrusiv	<i>n</i>	14	12	26	
	% innerhalb Gruppe		46,7%	42,9%	44,8%	
intrusiv	<i>n</i>	16	16	32	.09	
	% innerhalb Gruppe		53,3%	57,1%	55,2%	.77
Total	<i>n</i>	30	28	58		
	% innerhalb Gruppe		100,0%	100,0%	100,0%	

Feinfähigkeit zu TI		low-sense		high-sense		Total	
		<i>n</i>	% innerhalb Gruppe	<i>n</i>	% innerhalb Gruppe	<i>n</i>	% innerhalb Gruppe
						8	17
			39,1%	14	60,9%	42,1%	40,5%
						11	25
			60,9%	23	100,0%	57,9%	59,5%
			100,0%			19	42
						100,0%	100,0%
						8	16
			26,7%	22	73,3%	28,6%	27,6%
						20	42
			73,3%	30	100,0%	71,4%	72,4%
			100,0%			28	58
						100,0%	100,0%
						10	10
			35,7%	---		35,7%	35,7%
						18	18
			---			64,3%	64,3%
			100,0%			28	28
						100,0%	100,0%
						9	9
			34,6%	---		34,6%	34,6%
						17	17
			---			65,4%	65,4%
			100,0%			26	26
						100,0%	100,0%

Teilnahme zu TII		nein		ja		Total	
		<i>n</i>	% innerhalb Gruppe	<i>n</i>	% innerhalb Gruppe	<i>n</i>	% innerhalb Gruppe
			26,7%	22	73,3%	30	100,0%
						10	10
			35,7%	---		35,7%	35,7%
						18	18
			---			64,3%	64,3%
			100,0%			28	28
						100,0%	100,0%

Rezidiv		nein		ja		Total	
		<i>n</i>	% innerhalb Gruppe	<i>n</i>	% innerhalb Gruppe	<i>n</i>	% innerhalb Gruppe
			35,7%	---		35,7%	35,7%
						18	18
			---			64,3%	64,3%
			100,0%			28	28
						100,0%	100,0%

Komorbidität		nein		ja		Total	
		<i>n</i>	% innerhalb Gruppe	<i>n</i>	% innerhalb Gruppe	<i>n</i>	% innerhalb Gruppe
			34,6%	---		34,6%	34,6%
						17	17
			---			65,4%	65,4%
			100,0%			26	26
						100,0%	100,0%

Behandlung	nein	n	1	1
	% innerhalb Gruppe		0,04%	0,04%
ja	n	27	27	27
	% innerhalb Gruppe		99,96%	99,96%
Total	n	28	28	28
	% innerhalb Gruppe		100,0%	100,0%
Psychopharmaka	nein	n	8	38
	% innerhalb Gruppe		28,6%	65,5%
ja	n	20	20	20
	% innerhalb Gruppe		71,4%	34,5%
Total	n	28	28	58
	% innerhalb Gruppe		100,0%	100,0%
mütterliche Bildung	Hauptschulabschluss	n	0	1
	% innerhalb Gruppe		0,0%	1,7%
Realschulabschluss	n	10	6	16
	% innerhalb Gruppe		33,3%	27,6%
Abitur	n	7	12	19
	% innerhalb Gruppe		23,3%	32,8%
Hochschulabschluss	n	13	9	22
	% innerhalb Gruppe		43,3%	37,9%
Mann-Whitney-U-test	n	30	28	58
	mittlerer Rang		30,1	28,9
	Rangsumme		901,5	809,5
				U = 403,5
				.79

Tab.: 5: Deskriptive Kennwerte bzgl. parametrischer Populationsvariablen

		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
mütterliches Alter zu T1 (Jahre)	Gesund	30	32,6	4,8	0,9	0,6	55	0,5
	PPD	27	31,8	5,4	1,0			
	Gesamt	57	32,2	5,1	0,7			
kindliches Alter zu T1 (Monate)	Gesund	30	4,2	2,0	0,4	-1,3	56	0,2
	PPD	28	5,1	2,9	0,5			
	Gesamt	58	4,6	2,5	0,3			
Anzahl der Kinder zu T1	Gesund	30	1,6	0,8	0,1	0,8	56	0,4
	PPD	28	1,4	0,8	0,1			
	Gesamt	58	1,5	0,8	0,1			
Feinfühligkeit zu T1	Gesund	30	7,5	1,5	0,3	0,9	56	0,4
	PPD	28	7,2	1,3	0,2			
	Gesamt	58	7,4	1,4	0,2			
mütterliches Alter zu TII (Jahre)	Gesund	22	33,8	4,0	0,9	1,0	40	0,3
	PPD	20	32,5	4,9	1,1			
	Gesamt	42	33,2	4,4	0,7			
kindliches Alter zu TII (Monate)	Gesund	22	198,0	100,9	21,5	-1,1	40	0,3
	PPD	20	233,9	104,1	23,3			
	Gesamt	42	215,1	102,8	15,9			
Anzahl der Kinder zu TII	Gesund	22	1,7	0,9	0,2	0,7	40	0,5
	PPD	20	1,5	0,9	0,2			
	Gesamt	42	1,6	0,9	0,1			

Tab. 6: Deskriptive Kennwerte bzgl. Sprachvariablen zu T1.

		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
utterances	Gesund	30	0,83	0,11	0,02	1,11	56	0,27
	PPD	28	0,79	0,15	0,03			
	Gesamt	58	0,81	0,13	0,02			
breaks	Gesund	30	0,12	0,09	0,02	-1,56	56	0,13
	PPD	28	0,17	0,15	0,03			
	Gesamt	58	0,14	0,12	0,02			
unclear	Gesund	30	0,05	0,05	0,01	0,90	56	0,37
	PPD	28	0,04	0,04	0,01			
	Gesamt	58	0,05	0,05	0,01			
description	Gesund	30	0,34	0,17	0,03	0,53	56	0,60
	PPD	28	0,31	0,14	0,03			
	Gesamt	58	0,32	0,15	0,02			
prescription	Gesund	30	0,06	0,04	0,01	0,17	56	0,87
	PPD	28	0,05	0,04	0,01			
	Gesamt	58	0,06	0,04	0,01			
short utterances adress	Gesund	30	0,49	0,18	0,03	-1,36	56	0,18
	PPD	28	0,55	0,16	0,03			
	Gesamt	58	0,52	0,17	0,02			
imitation	Gesund	30	0,03	0,04	0,01	-0,87	56	0,39
	PPD	28	0,05	0,08	0,02			
	Gesamt	58	0,04	0,06	0,01			
name	Gesund	30	0,12	0,11	0,02	1,69	56	0,10
	PPD	28	0,08	0,07	0,01			
	Gesamt	58	0,10	0,09	0,01			
sound	Gesund	30	0,72	0,14	0,03	-1,10	56	0,27
	PPD	28	0,77	0,15	0,03			
	Gesamt	58	0,75	0,14	0,02			

salutatory adress	Gesund	30	0,07	0,08	0,02	-0,35	56	0,72
	PPD	28	0,08	0,09	0,02			
	Gesamt	58	0,08	0,09	0,01			
laugh	Gesund	30	0,05	0,07	0,01	1,59	56	0,12
	PPD	28	0,03	0,03	0,01			
	Gesamt	58	0,04	0,05	0,01			
short utterances no adress	Gesund	30	< ,01	< ,01	< ,01	-3,41	56	< ,01
	PPD	28	0,01	0,01	< ,01			
	Gesamt	58	< ,01	0,01	< ,01			
play / song	Gesund	30	0,12	0,18	0,03	1,00	56	0,32
	PPD	28	0,08	0,12	0,02			
	Gesamt	58	0,10	0,15	0,02			
child-focused	Gesund	30	0,42	0,17	0,03	-0,34	56	0,74
	PPD	28	0,43	0,19	0,04			
	Gesamt	58	0,43	0,18	0,02			
mother-focused	Gesund	30	0,05	0,05	0,01	-1,67	56	0,10
	PPD	28	0,08	0,09	0,02			
	Gesamt	58	0,06	0,08	0,01			
other-focused	Gesund	30	0,41	0,16	0,03	0,93	56	0,36
	PPD	28	0,37	0,18	0,03			
	Gesamt	58	0,39	0,17	0,02			
interaction child	Gesund	30	0,03	0,05	0,01	-0,70	56	0,49
	PPD	28	0,04	0,09	0,02			
	Gesamt	58	0,04	0,07	0,01			
interaction mother	Gesund	30	0,03	0,08	0,01	0,32	56	0,75
	PPD	28	0,03	0,04	0,01			
	Gesamt	58	0,03	0,06	0,01			
interaction balanced	Gesund	30	0,07	0,08	0,01	0,75	56	0,46
	PPD	28	0,05	0,07	0,01			
	Gesamt	58	0,06	0,08	0,01			

doing	Gesund	30	0,35	0,22	0,04	0,49	56	0,63
	PPD	28	0,33	0,18	0,03			
	Gesamt	58	0,34	0,20	0,03			
state	Gesund	30	0,62	0,21	0,04	-0,12	56	0,90
	PPD	28	0,63	0,23	0,04			
	Gesamt	58	0,62	0,22	0,03			
mind-related	Gesund	30	0,34	0,21	0,04	0,68	56	0,50
	PPD	28	0,31	0,17	0,03			
	Gesamt	58	0,33	0,19	0,03			
non mind-related	Gesund	30	0,66	0,21	0,04	-0,83	56	0,41
	PPD	28	0,71	0,17	0,03			
	Gesamt	58	0,68	0,19	0,03			
in lieu of child	Gesund	30	< ,01	0,02	< ,01	0,48	56	0,63
	PPD	28	< ,01	0,01	< ,01			
	Gesamt	58	< ,01	0,01	< ,01			
positive content	Gesund	30	0,31	0,15	0,03	1,17	56	0,25
	PPD	28	0,27	0,13	0,02			
	Gesamt	58	0,29	0,14	0,02			
neutral content	Gesund	30	0,62	0,15	0,03	-1,46	56	0,15
	PPD	28	0,68	0,13	0,02			
	Gesamt	58	0,65	0,14	0,02			
negative content	Gesund	30	0,07	0,06	0,01	0,81	56	0,42
	PPD	28	0,06	0,05	0,01			
	Gesamt	58	0,06	0,06	0,01			
appropriate and related	Gesund	30	0,88	0,12	0,02	1,65	56	0,10
	PPD	28	0,83	0,13	0,02			
	Gesamt	58	0,86	0,13	0,02			
appropriate and non-related	Gesund	30	0,07	0,07	0,01	-0,54	56	0,59
	PPD	28	0,08	0,10	0,02			
	Gesamt	58	0,07	0,08	0,01			

inappropriate and related	Gesund	30	0,03	0,08	0,02	-0,80	56	0,43
	PPD	28	0,05	0,07	0,01			
	Gesamt	58	0,04	0,08	0,01			
inappropriate and non-related	Gesund	30	0,01	0,03	0,01	-1,28	56	0,21
	PPD	28	0,03	0,05	0,01			
	Gesamt	58	0,02	0,04	0,01			
positive cadence	Gesund	30	0,80	0,21	0,04	4,23	56	< ,01
	PPD	28	0,55	0,23	0,04			
	Gesamt	58	0,68	0,25	0,03			
neutral cadence	Gesund	30	0,19	0,20	0,04	-4,37	56	< ,01
	PPD	28	0,44	0,22	0,04			
	Gesamt	58	0,31	0,24	0,03			
negative cadence	Gesund	30	0,01	0,02	< ,01	-0,64	56	0,52
	PPD	28	0,01	0,03	0,01			
	Gesamt	58	0,01	0,03	< ,01			
question	Gesund	30	0,27	0,14	0,03	0,64	56	0,52
	PPD	28	0,25	0,09	0,02			
	Gesamt	58	0,26	0,12	0,02			
no question	Gesund	30	0,73	0,14	0,03	-0,65	56	0,52
	PPD	28	0,75	0,09	0,02			
	Gesamt	58	0,74	0,12	0,02			
verbal repetition	Gesund	30	0,19	0,09	0,02	-0,67	56	0,51
	PPD	28	0,20	0,09	0,02			
	Gesamt	58	0,19	0,09	0,01			
thematic repetition	Gesund	30	0,23	0,15	0,03	0,92	56	0,36
	PPD	28	0,20	0,11	0,02			
	Gesamt	58	0,22	0,13	0,02			
no repetition	Gesund	30	0,58	0,14	0,03	-0,50	56	0,62
	PPD	28	0,60	0,12	0,02			
	Gesamt	58	0,59	0,13	0,02			

child object 1	Gesund	30	0,20	0,15	0,03	-0,82	56	0,42
	PPD	28	0,24	0,15	0,03			
	Gesamt	58	0,22	0,15	0,02			
child object 2	Gesund	30	0,04	0,04	0,01	-0,78	56	0,44
	PPD	28	0,05	0,06	0,01			
	Gesamt	58	0,05	0,05	0,01			
mother object	Gesund	30	0,03	0,04	0,01	-1,74	56	0,09
	PPD	28	0,05	0,05	0,01			
	Gesamt	58	0,04	0,05	0,01			
no object	Gesund	30	0,72	0,15	0,03	1,54	56	0,13
	PPD	28	0,65	0,20	0,04			
	Gesamt	58	0,69	0,17	0,02			
rough touch	Gesund	30	0,07	0,12	0,02	-0,19	56	0,85
	PPD	28	0,08	0,18	0,03			
	Gesamt	58	0,07	0,15	0,02			
smooth touch	Gesund	30	0,65	0,31	0,06	-1,93	56	0,06
	PPD	28	0,79	0,24	0,05			
	Gesamt	58	0,72	0,29	0,04			
no touch	Gesund	30	0,28	0,33	0,06	2,25	56	0,03
	PPD	28	0,13	0,15	0,03			
	Gesamt	58	0,21	0,27	0,03			
fitting speech	Gesund	30	0,28	0,21	0,04	-0,29	56	0,77
	PPD	28	0,29	0,15	0,03			
	Gesamt	58	0,28	0,19	0,02			
not fitting speech	Gesund	30	0,45	0,26	0,05	-1,89	56	0,06
	PPD	28	0,57	0,25	0,05			
	Gesamt	58	0,51	0,26	0,03			
language composite	Gesund	30	8,20	0,61	0,11	1,36	56	0,18
	PPD	28	7,98	0,64	0,12			
	Gesamt	58	8,10	0,63	0,08			

Tab. 7: Deskriptive Kennwerte bzgl. Sprachvariablen zu TII.

		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
utterances	Gesund	22	0,80	0,13	0,03	-0,21	40	0,83
	PPD	20	0,81	0,12	0,03			
	Gesamt	42	0,80	0,12	0,02			
breaks	Gesund	22	0,16	0,11	0,02	-0,36	40	0,72
	PPD	20	0,17	0,12	0,03			
	Gesamt	42	0,16	0,11	0,02			
unclear	Gesund	22	0,04	0,04	0,01	1,60	40	0,12
	PPD	20	0,02	0,02	0,01			
	Gesamt	42	0,03	0,04	0,01			
description	Gesund	22	0,33	0,16	0,03	1,84	40	0,07
	PPD	20	0,25	0,14	0,03			
	Gesamt	42	0,29	0,15	0,02			
prescription	Gesund	22	0,05	0,05	0,01	0,49	40	0,63
	PPD	20	0,05	0,04	0,01			
	Gesamt	42	0,05	0,05	0,01			
short utterances adress	Gesund	22	0,45	0,18	0,04	-0,80	40	0,43
	PPD	20	0,50	0,19	0,04			
	Gesamt	42	0,47	0,19	0,03			
imitation	Gesund	22	0,04	0,06	0,01	0,52	40	0,60
	PPD	20	0,04	0,03	0,01			
	Gesamt	42	0,04	0,05	0,01			
name	Gesund	22	0,13	0,13	0,03	1,58	40	0,12
	PPD	20	0,08	0,06	0,01			
	Gesamt	42	0,10	0,10	0,02			
sound	Gesund	22	0,70	0,17	0,04	-1,82	40	0,08
	PPD	20	0,79	0,13	0,03			
	Gesamt	42	0,75	0,16	0,02			

salutatory adress	Gesund	22	0,08	0,08	0,02	0,45	40	0,65
	PPD	20	0,07	0,08	0,02			
	Gesamt	42	0,07	0,08	0,01			
laugh	Gesund	22	0,04	0,05	0,01	1,17	40	0,25
	PPD	20	0,03	0,03	0,01			
	Gesamt	42	0,03	0,04	0,01			
short utterances no adress	Gesund	22	< .01	0,01	< .01	-1,94	40	0,06
	PPD	20	0,01	0,02	< .01			
	Gesamt	42	0,01	0,01	< .01			
play / song	Gesund	22	0,15	0,18	0,04	-0,80	40	0,43
	PPD	20	0,20	0,19	0,04			
	Gesamt	42	0,17	0,19	0,03			
child-focused	Gesund	22	0,38	0,17	0,04	-0,42	40	0,68
	PPD	20	0,40	0,19	0,04			
	Gesamt	42	0,39	0,18	0,03			
mother-focused	Gesund	22	0,04	0,05	0,01	-0,31	40	0,76
	PPD	20	0,04	0,04	0,01			
	Gesamt	42	0,04	0,05	0,01			
other-focused	Gesund	22	0,44	0,17	0,04	0,42	40	0,68
	PPD	20	0,42	0,19	0,04			
	Gesamt	42	0,43	0,18	0,03			
interaction child	Gesund	22	0,04	0,04	0,01	1,54	40	0,13
	PPD	20	0,02	0,03	0,01			
	Gesamt	42	0,03	0,04	0,01			
interaction mother	Gesund	22	0,02	0,04	0,01	0,52	40	0,61
	PPD	20	0,02	0,03	0,01			
	Gesamt	42	0,02	0,03	< .01			
interaction balanced	Gesund	22	0,08	0,07	0,02	1,40	40	0,17
	PPD	20	0,05	0,06	0,01			
	Gesamt	42	0,06	0,07	0,01			

doing	Gesund	22	0,32	0,16	0,03	-0,36	40	0,72
	PPD	20	0,34	0,27	0,06			
	Gesamt	42	0,33	0,22	0,03			
state	Gesund	22	0,63	0,21	0,04	0,29	40	0,77
	PPD	20	0,61	0,29	0,07			
	Gesamt	42	0,62	0,25	0,04			
mind-related	Gesund	22	0,28	0,22	0,05	-0,32	40	0,75
	PPD	20	0,30	0,23	0,05			
	Gesamt	42	0,29	0,22	0,03			
non mind-related	Gesund	22	0,73	0,27	0,06	0,75	40	0,46
	PPD	20	0,66	0,26	0,06			
	Gesamt	42	0,70	0,26	0,04			
in lieu of child	Gesund	22	0,01	0,04	0,01	0,99	40	0,33
	PPD	20	< .01	0,01	< .01			
	Gesamt	42	0,01	0,03	< .01			
positive content	Gesund	22	0,25	0,10	0,02	1,16	40	0,25
	PPD	20	0,21	0,10	0,02			
	Gesamt	42	0,23	0,10	0,02			
neutral content	Gesund	22	0,68	0,12	0,03	-1,61	40	0,12
	PPD	20	0,74	0,10	0,02			
	Gesamt	42	0,71	0,11	0,02			
negative content	Gesund	22	0,07	0,07	0,01	1,08	40	0,29
	PPD	20	0,05	0,04	0,01			
	Gesamt	42	0,06	0,06	0,01			
appropriate and related	Gesund	22	0,92	0,09	0,02	1,20	40	0,24
	PPD	20	0,86	0,21	0,05			
	Gesamt	42	0,89	0,16	0,03			
appropriate and non-related	Gesund	22	0,05	0,06	0,01	-0,04	40	0,97
	PPD	20	0,05	0,04	0,01			
	Gesamt	42	0,05	0,05	0,01			

inappropriate and related	Gesund	22	0,01	0,03	0,01	-0,77	40	0,45
	PPD	20	0,02	0,05	0,01			
	Gesamt	42	0,02	0,04	0,01			
inappropriate and non-related	Gesund	22	0,02	0,06	0,01	0,86	40	0,39
	PPD	20	0,01	0,02	< .01			
	Gesamt	42	0,02	0,05	0,01			
positive cadence	Gesund	22	0,69	0,20	0,04	2,39	40	0,02
	PPD	20	0,53	0,23	0,05			
	Gesamt	42	0,62	0,23	0,03			
neutral cadence	Gesund	22	0,30	0,20	0,04	-2,37	40	0,02
	PPD	20	0,46	0,23	0,05			
	Gesamt	42	0,38	0,23	0,03			
negative cadence	Gesund	22	< .01	0,01	< .01	-1,00	40	0,32
	PPD	20	0,01	0,02	< .01			
	Gesamt	42	0,01	0,01	< .01			
question	Gesund	22	0,30	0,16	0,03	1,85	40	0,07
	PPD	20	0,22	0,11	0,02			
	Gesamt	42	0,26	0,14	0,02			
no question	Gesund	22	0,70	0,16	0,03	-1,89	40	0,07
	PPD	20	0,79	0,11	0,02			
	Gesamt	42	0,74	0,14	0,02			
verbal repetition	Gesund	22	0,18	0,10	0,02	0,68	40	0,50
	PPD	20	0,15	0,10	0,02			
	Gesamt	42	0,17	0,10	0,02			
thematic repetition	Gesund	22	0,22	0,16	0,03	-1,73	40	0,09
	PPD	20	0,30	0,14	0,03			
	Gesamt	42	0,26	0,15	0,02			
no repetition	Gesund	22	0,60	0,18	0,04	1,05	40	0,30
	PPD	20	0,55	0,16	0,04			
	Gesamt	42	0,58	0,17	0,03			

child object 1	Gesund	22	0,22	0,14	0,03	0,30	40	0,76
	PPD	20	0,21	0,13	0,03			
	Gesamt	42	0,22	0,14	0,02			
child object 2	Gesund	22	0,04	0,05	0,01	-0,55	40	0,58
	PPD	20	0,05	0,05	0,01			
	Gesamt	42	0,04	0,05	0,01			
mother object	Gesund	22	0,02	0,05	0,01	-0,26	40	0,80
	PPD	20	0,03	0,05	0,01			
	Gesamt	42	0,03	0,05	0,01			
no object	Gesund	22	0,71	0,17	0,04	0,75	40	0,46
	PPD	20	0,67	0,23	0,05			
	Gesamt	42	0,69	0,20	0,03			
rough touch	Gesund	22	0,05	0,11	0,02	0,22	40	0,83
	PPD	20	0,04	0,09	0,02			
	Gesamt	42	0,05	0,10	0,02			
smooth touch	Gesund	22	0,62	0,31	0,07	-0,29	40	0,77
	PPD	20	0,64	0,27	0,06			
	Gesamt	42	0,63	0,29	0,04			
no touch	Gesund	22	0,33	0,30	0,06	0,29	40	0,77
	PPD	20	0,31	0,27	0,06			
	Gesamt	42	0,32	0,28	0,04			
fitting speech	Gesund	22	0,35	0,22	0,05	-0,32	40	0,75
	PPD	20	0,37	0,22	0,05			
	Gesamt	42	0,36	0,22	0,03			
not fitting speech	Gesund	22	0,34	0,21	0,04	0,32	40	0,75
	PPD	20	0,32	0,26	0,06			
	Gesamt	42	0,33	0,23	0,04			
language composite	Gesund	22	8,10	0,79	0,17	1,34	40	0,19
	PPD	20	7,74	0,97	0,22			
	Gesamt	42	7,93	0,88	0,14			

Tab. 8: Gemittelte Zusammenhänge zwischen kindlichem Alter und Sprachmerkmalen

Variable	r_{mean}	t_{emp}	p
utterances	0,07	0,46	$\geq .05$
breaks	0,04	0,25	$\geq .05$
unclear	-0,28	-2,03	$< .05$
description	-0,10	-0,68	$\geq .05$
prescription	-0,11	-0,75	$\geq .05$
short utterances adress	0,04	0,26	$\geq .05$
imitation	0,09	0,62	$\geq .05$
name	-0,11	-0,78	$\geq .05$
sound	0,17	1,23	$\geq .05$
salutatory adress	-0,30	-2,15	$< .05$
laugh	0,13	0,92	$\geq .05$
short utterances no adress	0,00	0,03	$\geq .05$
play / song	0,08	0,55	$\geq .05$
child-focused	-0,15	-1,06	$\geq .05$
mother-focused	0,13	0,91	$\geq .05$
other-focused	0,16	1,15	$\geq .05$
interaction child	-0,28	-2,05	$< .05$
interaction mother	-0,21	-1,50	$\geq .05$
interaction balanced	0,08	0,53	$\geq .05$
doing	-0,09	-0,66	$\geq .05$
state	0,07	0,50	$\geq .05$
mind-related	0,15	1,04	$\geq .05$
non mind-related	-0,19	-1,36	$\geq .05$

in lieu of child	-0,04	-0,29	≥ .05
positive content	-0,26	-1,84	≥ .05
neutral content	0,17	-0,29	≥ .05
negative content	0,15	0,71	≥ .05
appropriate and related	-0,18	1,71	≥ .05
appropriate and non-related	-0,27	-1,91	≥ .05
inappropriate and related	0,23	1,64	≥ .05
inappropriate and non-related	0,32	2,34	< .05
positive cadence	0,06	0,44	≥ .05
neutral cadence	0,04	0,31	≥ .05
negative cadence	0,11	0,77	≥ .05
question	-0,19	-1,36	≥ .05
no question	0,19	1,37	≥ .05
verbal repetition	-0,15	-1,03	≥ .05
thematic repetition	0,25	1,80	≥ .05
no repetition	-0,15	-1,07	≥ .05
child object 1	0,05	0,37	≥ .05
child object 2	0,17	1,17	≥ .05
mother object	0,14	1,00	≥ .05
no object	-0,19	-1,37	≥ .05
rough touch	0,16	1,11	≥ .05
smooth touch	-0,32	-2,31	< .05
no touch	0,26	1,85	≥ .05
fitting speech	0,25	1,82	≥ .05
not fitting speech	-0,45	-3,48	< .05
language composite	-0,20	-1,41	≥ .05

Tab. 9: Gemittelte Zusammenhänge zwischen mütterlicher Bildung und Sprachmerkmalen

Variable	r_{mean}	t_{emp}	p
utterances	-0,19	-1,35	≥ .05
breaks	0,19	1,31	≥ .05
unclear	0,10	0,67	≥ .05
description	-0,06	-0,45	≥ .05
prescription	-0,06	-0,43	≥ .05
short utterances adress	-0,03	-0,20	≥ .05
imitation	0,06	0,40	≥ .05
name	-0,04	-0,29	≥ .05
sound	-0,05	-0,34	≥ .05
salutatory adress	-0,07	-0,50	≥ .05
laugh	-0,04	-0,26	≥ .05
short utterances no adress	0,04	0,24	≥ .05
play / song	0,04	0,29	≥ .05
child-focused	-0,11	-0,78	≥ .05
mother-focused	0,00	-0,01	≥ .05
other-focused	0,22	1,58	≥ .05
interaction child	-0,20	-1,40	≥ .05
interaction mother	-0,04	-0,26	≥ .05
interaction balanced	-0,04	-0,29	≥ .05
doing	-0,20	-1,41	≥ .05
state	0,08	0,56	≥ .05
mind-related	-0,10	-0,69	≥ .05
non mind-related	-0,02	-0,11	≥ .05

in lieu of child	0,04	0,25	≥ .05
positive content	-0,04	-0,29	≥ .05
neutral content	0,11	-0,29	≥ .05
negative content	-0,07	0,71	≥ .05
appropriate and related	0,09	1,71	≥ .05
appropriate and non-related	0,00	0,02	≥ .05
inappropriate and related	-0,17	-1,17	≥ .05
inappropriate and non-related	-0,11	-0,77	≥ .05
positive cadence	0,06	0,41	≥ .05
neutral cadence	0,11	0,80	≥ .05
negative cadence	-0,11	-0,78	≥ .05
question	-0,19	-1,37	≥ .05
no question	0,19	1,37	≥ .05
verbal repetition	0,06	0,41	≥ .05
thematic repetition	0,23	1,64	≥ .05
no repetition	-0,24	-1,73	≥ .05
child object 1	0,02	0,15	≥ .05
child object 2	0,12	0,84	≥ .05
mother object	0,11	0,78	≥ .05
no object	-0,08	-0,57	≥ .05
rough touch	0,08	0,53	≥ .05
smooth touch	-0,11	-0,75	≥ .05
no touch	0,04	0,26	≥ .05
fitting speech	0,02	0,13	≥ .05
not fitting speech	-0,10	-0,66	≥ .05
language composite	-0,05	-0,36	≥ .05

21.3 Zweifaktorielle Varianzanalyse (ANOVA)

21.3.1 Mütterliche Sprachstrukturen und kindliches Geschlecht

Tab. 10. 2 x 2 Anovas (Geschlecht x Messzeitpunkt).

Variable		M	SD	N	Faktor	df _{error}	F	p	partielles η^2
utterances	TI	weiblich	0,78	18	Geschlecht	40	,43	,51	,01
		männlich	0,82	24					
		Total	0,80	42					
	TII	weiblich	0,80	18	Messzeitpunkt	40	,00	,97	,00
		männlich	0,80	24					
		Total	0,80	42					
					Geschlecht * Messzeitpunkt	40	,63	,43	,02
breaks	TI	weiblich	0,17	18	Geschlecht	40	1,56	,22	,04
		männlich	0,13	24					
		Total	0,15	42					
	TII	weiblich	0,18	18	Messzeitpunkt	40	,59	,45	,01
		männlich	0,15	24					
		Total	0,16	42					
					Geschlecht * Messzeitpunkt	40	,06	,81	,00
unclear	TI	weiblich	0,05	18	Geschlecht	40	,88	,35	,02
		männlich	0,05	24					
		Total	0,05	42					
	TII	weiblich	0,02	18	Messzeitpunkt	40	14,51	< ,01	,27
		männlich	0,04	24					
		Total	0,03	42					
					Geschlecht * Messzeitpunkt	40	1,72	,20	,04

description	TI	weiblich	0,31	0,14	18						
		männlich	0,29	0,15	24	Geschlecht	40	1,42	.24	.03	
		Total	0,30	0,15	42						
	TII	weiblich	0,33	0,16	18						
		männlich	0,26	0,14	24	Messzeitpunkt	40	.07	.79	.00	
		Total	0,29	0,15	42						
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	.92	.34	.02	
	prescription	TI	weiblich	0,06	0,05	18					
			männlich	0,05	0,04	24	Geschlecht	40	.88	.35	.02
			Total	0,05	0,04	42					
TII		weiblich	0,06	0,04	18						
		männlich	0,04	0,05	24	Messzeitpunkt	40	.36	.57	.01	
		Total	0,05	0,05	42						
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	.02	.89	.00	
short utterances adress		TI	weiblich	0,51	0,16	18					
			männlich	0,54	0,19	24	Geschlecht	40	1,98	.17	.05
			Total	0,53	0,18	42					
	TII	weiblich	0,41	0,16	18						
		männlich	0,52	0,20	24	Messzeitpunkt	40	5,17	.03	.11	
		Total	0,47	0,19	42						
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	1,71	.20	.04	

imitation	TI	weiblich	0,06	0,09	18						
		männlich	0,04	0,05	24	Geschlecht	40	,50	,48	,01	
		Total	0,05	0,07	42						
	TII	weiblich	0,04	0,04	18						
		männlich	0,04	0,05	24	Messzeitpunkt	40	,42	,52	,01	
		Total	0,04	0,05	42						
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	1,24	,27	,03	
	name	TI	weiblich	0,11	0,10	18					
			männlich	0,09	0,11	24	Geschlecht	40	1,88	,18	,05
			Total	0,10	0,10	42					
TII		weiblich	0,13	0,13	18						
		männlich	0,08	0,07	24	Messzeitpunkt	40	,09	,77	,00	
		Total	0,10	0,10	42						
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	1,25	,27	,03	
sound		TI	weiblich	0,72	0,13	18					
			männlich	0,74	0,16	24	Geschlecht	40	,35	,56	,01
			Total	0,73	0,15	42					
	TII	weiblich	0,73	0,16	18						
		männlich	0,76	0,16	24	Messzeitpunkt	40	,31	,58	,01	
		Total	0,75	0,16	42						
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	,00	,99	,00	

salutatory adress	TI	weiblich	0,08	0,07	18						
		maennlich	0,08	0,09	24	Geschlecht	40	.14	.71	.00	
		Total	0,08	0,08	42						
	TII	weiblich	0,07	0,07	18						
		maennlich	0,08	0,09	24	Messzeitpunkt	40	.24	.63	.01	
		Total	0,07	0,08	42						
						Geschlecht *	40	.15	.71	.00	
						Messzeitpunkt					
	laugh	TI	weiblich	0,03	0,03	18					
			maennlich	0,05	0,07	24	Geschlecht	40	3,83	.06	.09
Total			0,04	0,06	42						
TII		weiblich	0,02	0,02	18						
		maennlich	0,04	0,05	24	Messzeitpunkt	40	.32	.58	.01	
		Total	0,03	0,04	42						
						Geschlecht *	40	.01	.92	.00	
						Messzeitpunkt					
short utterances no adress		TI	weiblich	0,00	0,01	18					
			maennlich	0,00	0,01	24	Geschlecht	40	.27	.61	.01
	Total		0,00	0,01	42						
	TII	weiblich	0,01	0,01	18						
		maennlich	0,01	0,01	24	Messzeitpunkt	40	2,58	.12	.06	
		Total	0,01	0,01	42						
						Geschlecht *	40	.03	.86	.00	
						Messzeitpunkt					

play / song	TI	weiblich	0,11	0,19	18						
		männlich	0,12	0,16	24	Geschlecht	40	.05	.82	.00	
		Total	0,11	0,17	42						
	TII	weiblich	0,19	0,24	18						
		männlich	0,16	0,14	24	Messzeitpunkt	40	6,10	.02	.13	
		Total	0,17	0,19	42						
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	.48	.49	.01	
	child-focused	TI	weiblich	0,43	0,19	18					
			männlich	0,42	0,18	24	Geschlecht	40	.09	.76	.00
			Total	0,42	0,18	42					
TII		weiblich	0,37	0,18	18						
		männlich	0,41	0,19	24	Messzeitpunkt	40	1,13	.29	.03	
		Total	0,39	0,18	42						
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	.61	.44	.02	
mother-focused		TI	weiblich	0,07	0,08	18					
			männlich	0,06	0,08	24	Geschlecht	40	.02	.89	.00
			Total	0,06	0,08	42					
	TII	weiblich	0,03	0,03	18						
		männlich	0,04	0,06	24	Messzeitpunkt	40	2,79	.10	.07	
		Total	0,04	0,05	42						
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	.68	.42	.02	

other-focused	TI	weiblich	0,39	0,18	18						
		männlich	0,36	0,15	24	Geschlecht	40	2,60	.12	.06	
		Total	0,37	0,16	42						
	TII	weiblich	0,49	0,15	18						
		männlich	0,39	0,20	24	Messzeitpunkt	40	3,34	.08	.08	
		Total	0,43	0,18	42						
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	.68	.41	.02	
	interaction child	TI	weiblich	0,03	0,10	18					
			männlich	0,06	0,07	24	Geschlecht	40	.45	.51	.01
			Total	0,05	0,08	42					
TII		weiblich	0,03	0,04	18						
		männlich	0,02	0,04	24	Messzeitpunkt	40	1,36	.25	.03	
		Total	0,03	0,04	42						
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	2,11	.15	.05	
interaction mother		TI	weiblich	0,03	0,05	18					
			männlich	0,05	0,09	24	Geschlecht	40	.68	.42	.02
			Total	0,04	0,07	42					
	TII	weiblich	0,02	0,03	18						
		männlich	0,02	0,03	24	Messzeitpunkt	40	2,01	.17	.05	
		Total	0,02	0,03	42						
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	.34	.56	.01	

interaction balanced	TI	weiblich	0,10	0,05	18						
		männlich	0,07	0,06	24	Geschlecht	40	.14	.71	.00	
		Total	0,08	0,06	42						
	TII	weiblich	0,08	0,06	18						
		männlich	0,06	0,06	24	Messzeitpunkt	40	.04	.85	.00	
		Total	0,07	0,06	42						
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	.00	1,00	.00	
	dong	TI	weiblich	0,17	0,30	18					
			männlich	0,22	0,40	24	Geschlecht	40	.00	.98	.00
			Total	0,20	0,36	42					
TII		weiblich	0,27	0,39	18						
		männlich	0,17	0,28	24	Messzeitpunkt	40	.17	.68	.00	
		Total	0,22	0,33	42						
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	4,82	.03	.11	
state		TI	weiblich	0,19	0,65	18					
			männlich	0,24	0,55	24	Geschlecht	40	.49	.49	.01
			Total	0,22	0,60	42					
	TII	weiblich	0,27	0,61	18						
		männlich	0,24	0,63	24	Messzeitpunkt	40	.15	.70	.00	
		Total	0,25	0,62	42						
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	1,32	.26	.03	

mind-related	TI	weiblich	0,29	0,17	18					
		männlich	0,29	0,16	24	Geschlecht	40	.03	.87	
		Total	0,29	0,16	42					
	TII	weiblich	0,28	0,23	18					
		männlich	0,29	0,22	24	Messzeitpunkt	40	.01	.93	
		Total	0,29	0,22	42				.00	
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	.02	.89	
									.00	
	non mind-related	TI	weiblich	0,72	0,17	18				
			männlich	0,71	0,16	24	Geschlecht	40	1,20	.28
Total			0,72	0,16	42				.03	
TII		weiblich	0,75	0,22	18					
		männlich	0,65	0,28	24	Messzeitpunkt	40	.10	.75	
		Total	0,70	0,26	42				.00	
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	.94	.34	
									.02	
in lieu of child		TI	weiblich	0,00	0,01	18				
			männlich	0,00	0,00	24	Geschlecht	40	.33	.57
	Total		0,00	0,01	42				.01	
	TII	weiblich	0,00	0,01	18					
		männlich	0,01	0,04	24	Messzeitpunkt	40	1,09	.30	
		Total	0,01	0,03	42				.03	
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	.85	.36	
									.02	

positive content	TI	weiblich	0,26	0,13	18					
		männlich	0,31	0,14	24	Geschlecht	40	.14	.71	.00
		Total	0,29	0,14	42					
	TII	weiblich	0,25	0,10	18					
		männlich	0,22	0,10	24	Messezeitpunkt	40	9,66	.00	.19
		Total	0,23	0,10	42					
						Geschlecht *	40	4,83	.03	.11
						Messezeitpunkt				
	neutral content	TI	weiblich	0,65	0,13	18				
			männlich	0,64	0,15	24	Geschlecht	40	.27	.61
Total			0,65	0,14	42					
TII		weiblich	0,68	0,12	18					
		männlich	0,73	0,11	24	Messezeitpunkt	40	8,28	< .01	.17
		Total	0,71	0,11	42					
						Geschlecht *	40	2,27	.14	.05
						Messezeitpunkt				
negative content		TI	weiblich	0,08	0,06	18				
			männlich	0,05	0,05	24	Geschlecht	40	4,30	< .05
	Total		0,06	0,06	42					
	TII	weiblich	0,07	0,07	18					
		männlich	0,05	0,04	24	Messezeitpunkt	40	.50	.48	.01
		Total	0,06	0,06	42					
						Geschlecht *	40	.30	.59	.01
						Messezeitpunkt				

appropriate and related	TI	weiblich	0,88	0,12	18					
		männlich	0,84	0,13	24	Geschlecht	40	1,17	.29	.03
		Total	0,85	0,13	42					
	TII	weiblich	0,91	0,09	18					
		männlich	0,87	0,20	24	Messzeitpunkt	40	1,32	.26	.03
		Total	0,89	0,16	42					
						Geschlecht *	40	.02	.90	.00
						Messzeitpunkt				
	appropriate and non-related	TI	weiblich	0,06	0,06	18				
			männlich	0,10	0,10	24	Geschlecht	40	1,90	.18
Total			0,08	0,09	42					
TII		weiblich	0,04	0,04	18					
		männlich	0,06	0,06	24	Messzeitpunkt	40	3,86	.06	.09
		Total	0,05	0,05	42					
						Geschlecht *	40	.46	.50	.01
						Messzeitpunkt				
inappropriate and related		TI	weiblich	0,03	0,07	18				
			männlich	0,04	0,06	24	Geschlecht	40	.84	.56
	Total		0,04	0,07	42					
	TII	weiblich	0,03	0,06	18					
		männlich	0,01	0,02	24	Messzeitpunkt	40	1,55	.22	.04
		Total	0,02	0,04	42					
						Geschlecht *	40	1,40	.24	.03
						Messzeitpunkt				

inappropriate and non-related	TI	weiblich	0,01	0,04	18	Geschlecht	40	0,01	0,76	0,00	
		männlich	0,02	0,04	24						
		Total	0,02	0,04	42						
	TII	weiblich	0,02	0,04	18	Messzeitpunkt	40	0,00	0,99	0,00	
		männlich	0,02	0,06	24						
		Total	0,02	0,05	42						
						Geschlecht*	40	0,14	0,71	0,00	
						Messzeitpunkt					
	positive cadence	TI	weiblich	0,63	0,28	18	Geschlecht	40	0,03	0,88	0,00
			männlich	0,69	0,27	24					
Total			0,66	0,27	42						
TII		weiblich	0,63	0,25	18	Messzeitpunkt	40	0,85	0,37	0,02	
		männlich	0,60	0,21	24						
		Total	0,62	0,23	42						
						Geschlecht*	40	0,83	0,37	0,02	
						Messzeitpunkt					
neutral cadence		TI	weiblich	0,35	0,25	18	Geschlecht	40	0,00	0,97	0,00
			männlich	0,31	0,26	24					
	Total		0,33	0,26	42						
	TII	weiblich	0,36	0,25	18	Messzeitpunkt	40	1,09	0,30	0,03	
		männlich	0,40	0,21	24						
		Total	0,38	0,23	42						
						Geschlecht*	40	0,68	0,42	0,02	
						Messzeitpunkt					

negative cadence	TI	weiblich	0,02	0,04	18	Geschlecht	40	3,31	.08	.08	
		männlich	0,00	0,01	24						
		Total	0,01	0,03	42						
	TII	weiblich	0,01	0,02	18	Messzeitpunkt	40	1,26	.27	.03	
		männlich	0,00	0,01	24						
		Total	0,01	0,01	42						
						Geschlecht *	40	2,25	.14	.05	
						Messzeitpunkt					
	question	TI	weiblich	0,26	0,14	18	Geschlecht	40	.34	.57	.01
			männlich	0,25	0,11	24					
Total			0,25	0,12	42						
TII		weiblich	0,28	0,12	18	Messzeitpunkt	40	.18	.68	.00	
		männlich	0,24	0,16	24						
		Total	0,26	0,14	42						
						Geschlecht *	40	1,24	.27	.03	
						Messzeitpunkt					
no question		TI	weiblich	0,74	0,14	18	Geschlecht	40	.34	.56	.01
			männlich	0,75	0,11	24					
	Total		0,75	0,12	42						
	TII	weiblich	0,72	0,12	18	Messzeitpunkt	40	.11	.74	.00	
		männlich	0,76	0,16	24						
		Total	0,74	0,14	42						
						Geschlecht *	40	1,23	.27	.03	
						Messzeitpunkt					

verbal repetition	TI	weiblich	0,16	0,09	18					
		männlich	0,20	0,09	24	Geschlecht	40	.05	.83	.00
		Total	0,19	0,09	42					
	TII	weiblich	0,17	0,07	18					
		männlich	0,16	0,12	24	Messzeitpunkt	40	2,01	.16	.05
		Total	0,17	0,10	42					
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	.50	.48	.01
	<hr/>									
	thematic repetition	TI	weiblich	0,23	0,15	18				
			männlich	0,22	0,13	24	Geschlecht	40	.27	.61
Total			0,22	0,14	42					
TII		weiblich	0,27	0,16	18					
		männlich	0,25	0,15	24	Messzeitpunkt	40	1,44	.24	.04
		Total	0,26	0,15	42					
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	.01	.91	.00
<hr/>										
no repetition		TI	weiblich	0,59	0,13	18				
			männlich	0,59	0,13	24	Geschlecht	40	.15	.70
	Total		0,59	0,13	42					
	TII	weiblich	0,56	0,13	18					
		männlich	0,59	0,20	24	Messzeitpunkt	40	.11	.74	.00
		Total	0,58	0,17	42					
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	.25	.62	.01

child object 1	TI	weiblich	0,27	0,15	18						
		männlich	0,17	0,14	24	Geschlecht	40	4,87	03	.11	
		Total	0,21	0,15	42						
	TII	weiblich	0,24	0,13	18						
		männlich	0,20	0,14	24	Messzeitpunkt	40	.00	98	.00	
		Total	0,22	0,14	42						
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	.69	41	.02	
	child object 2	TI	weiblich	0,03	0,04	18					
			männlich	0,05	0,05	24	Geschlecht	40	.56	46	.01
			Total	0,04	0,05	42					
TII		weiblich	0,04	0,03	18						
		männlich	0,04	0,06	24	Messzeitpunkt	40	.00	95	.00	
		Total	0,04	0,05	42						
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	.11	74	.00	
mother object		TI	weiblich	0,03	0,03	18					
			männlich	0,05	0,06	24	Geschlecht	40	.37	55	.01
			Total	0,04	0,05	42					
	TII	weiblich	0,03	0,04	18						
		männlich	0,02	0,06	24	Messzeitpunkt	40	1,27	27	.03	
		Total	0,03	0,05	42						
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	1,51	23	.04	

no object	TI	weiblich	0,67	0,17	18						
		männlich	0,72	0,17	24	Geschlecht	40	,38	,54	,01	
		Total	0,70	0,17	42						
	TII	weiblich	0,69	0,15	18						
		männlich	0,69	0,23	24	Messzeitpunkt	40	,01	,92	,00	
		Total	0,69	0,20	42						
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	,68	,41	,02	
	rough touch	TI	weiblich	0,07	0,21	18					
			männlich	0,09	0,14	24	Geschlecht	40	,47	,50	,01
			Total	0,08	0,17	42					
TII		weiblich	0,03	0,08	18						
		männlich	0,06	0,12	24	Messzeitpunkt	40	1,70	,20	,04	
		Total	0,05	0,10	42						
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	,00	,97	,00	
smooth touch		TI	weiblich	0,69	0,35	18					
			männlich	0,74	0,27	24	Geschlecht	40	,98	,33	,02
			Total	0,72	0,31	42					
	TII	weiblich	0,57	0,31	18						
		männlich	0,67	0,27	24	Messzeitpunkt	40	3,54	,07	,08	
		Total	0,63	0,29	42						
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	,25	,62	,01	

no touch	TI	weiblich	0,24	0,32	18						
		männlich	0,16	0,25	24	Geschlecht	40	1,95	.17	.05	
		Total	0,20	0,28	42						
	TII	weiblich	0,39	0,32	18						
		männlich	0,26	0,25	24	Messzeitpunkt	40	8,25	< .01	.17	
		Total	0,32	0,28	42						
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	.28	.60	.01	
	fitting speech	TI	weiblich	0,22	0,16	18					
			männlich	0,33	0,20	24	Geschlecht	40	1,58	.22	.04
			Total	0,28	0,19	42					
TII		weiblich	0,35	0,23	18						
		männlich	0,36	0,21	24	Messzeitpunkt	40	4,10	.05	.09	
		Total	0,36	0,22	42						
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	1,49	.23	.04	
not fitting speech		TI	weiblich	0,53	0,29	18					
			männlich	0,51	0,23	24	Geschlecht	40	.72	.40	.02
			Total	0,52	0,26	42					
	TII	weiblich	0,26	0,17	18						
		männlich	0,38	0,26	24	Messzeitpunkt	40	21,91	< .01	.35	
		Total	0,33	0,23	42						
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	2,57	.12	.06	

language composite	TI	weiblich	8,04	0,69	18					
		männlich	7,94	0,68	24	Geschlecht	40	.23	.63	.01
		Total	7,98	0,68	42					
	TII	weiblich	7,98	0,77	18					
		männlich	7,88	0,98	24	Messzeitpunkt	40	.17	.68	.00
		Total	7,93	0,88	42					
						Geschlecht * Messzeitpunkt	40	.00	.99	.00

21.3.2 Sensitiver Interaktionsstil und postpartale Depression

Tab. 11: 2 x 2 Anovas (Gruppe x Sensitivität) zu TI

Variable	M	SD	N	Faktor	df _{error}	F	p	partielles η^2		
utterances	Kontrolle	insensitiv	9							
		sensitiv	0,81	0,12	21	Gruppe	1,64	,21	,03	
		Total	0,83	0,11	30					
	PPD	insensitiv	0,81	0,18	8					
		sensitiv	0,79	0,15	20	Sensitivität	1,35	,25	,02	
		Total	0,79	0,15	28					
	Total	insensitiv	0,85	0,14	17					
		sensitiv	0,80	0,13	41	Gruppe * Sensitivität	,49	,49	,01	
		Total	0,81	0,13	58					
	breaks	Kontrolle	insensitiv	9						
			sensitiv	0,13	0,10	21	Gruppe	3,01	,09	,05
			Total	0,12	0,09	30				
PPD		insensitiv	0,18	0,18	8					
		sensitiv	0,16	0,14	20	Sensitivität	,19	,67	,00	
		Total	0,17	0,15	28					
Total		insensitiv	0,13	0,14	17					
		sensitiv	0,14	0,12	41	Gruppe * Sensitivität	,67	,42	,01	
		Total	0,14	0,12	58					
unclear		Kontrolle	insensitiv	9						
			sensitiv	0,06	0,05	21	Gruppe	,90	,35	,02
			Total	0,05	0,05	30				
	PPD	insensitiv	0,02	0,02	8					
		sensitiv	0,05	0,05	20	Sensitivität	5,14	,03	,09	
		Total	0,04	0,04	28					
	Total	insensitiv	0,03	0,03	17					
		sensitiv	0,06	0,05	41	Gruppe * Sensitivität	,03	,87	,00	
		Total	0,05	0,05	58					

description	Kontrolle	insensitiv	0,28	0,19	9					
		sensitiv	0,36	0,15	21	Gruppe	54	.22	.64	.00
		Total	0,34	0,17	30					
	FPD	insensitiv	0,26	0,13	8					
		sensitiv	0,34	0,14	20	Sensitivitat	54	3,41	.07	.06
		Total	0,31	0,14	28					
	Total	insensitiv	0,27	0,16	17					
		sensitiv	0,35	0,14	41	Gruppe*	54	.01	.91	.00
		Total	0,32	0,15	58	Sensitivitat				
	prescription	Kontrolle	insensitiv	0,03	0,01	9				
sensitiv			0,07	0,05	21	Gruppe	54	.31	.58	.01
Total			0,06	0,04	30					
FPD		insensitiv	0,06	0,05	8					
		sensitiv	0,05	0,04	20	Sensitivitat	54	.86	.36	.02
		Total	0,05	0,04	28					
Total		insensitiv	0,05	0,04	17					
		sensitiv	0,06	0,04	41	Gruppe*	54	3,06	.09	.05
		Total	0,06	0,04	58	Sensitivitat				
short utterances adress		Kontrolle	insensitiv	0,47	0,23	9				
	sensitiv		0,49	0,15	21	Gruppe	54	1,25	.27	.02
	Total		0,49	0,18	30					
	FPD	insensitiv	0,52	0,20	8					
		sensitiv	0,56	0,15	20	Sensitivitat	54	.39	.53	.01
		Total	0,55	0,16	28					
	Total	insensitiv	0,49	0,21	17					
		sensitiv	0,53	0,15	41	Gruppe*	54	.05	.82	.00
		Total	0,52	0,17	58	Sensitivitat				

imitation	Kontrolle	insensitiv	0,04	0,04	9			
		sensitiv	0,03	0,04	21	Gruppe	54	.74 .00
		Total	0,03	0,04	30			
	FPD:	insensitiv	0,03	0,03	8			
		sensitiv	0,06	0,09	20	Sensitivitat	54	.19 .66 .00
		Total	0,05	0,08	28			
	Total	insensitiv	0,03	0,03	17			
		sensitiv	0,04	0,07	41	Gruppe*	54	1.15 .29 .02
		Total	0,04	0,06	58	Sensitivitat		
name	Kontrolle	insensitiv	0,09	0,08	9			
		sensitiv	0,13	0,12	21	Gruppe	54	.81 .37 .02
		Total	0,12	0,11	30			
	FPD:	insensitiv	0,10	0,08	8			
		sensitiv	0,07	0,06	20	Sensitivitat	54	.05 .83 .00
		Total	0,08	0,07	28			
	Total	insensitiv	0,09	0,08	17			
		sensitiv	0,10	0,10	41	Gruppe*	54	2.41 .13 .04
		Total	0,10	0,09	58	Sensitivitat		
sound	Kontrolle	insensitiv	0,73	0,14	9			
		sensitiv	0,72	0,15	21	Gruppe	54	.43 .52 .01
		Total	0,72	0,14	30			
	FPD:	insensitiv	0,72	0,13	8			
		sensitiv	0,78	0,15	20	Sensitivitat	54	.46 .50 .01
		Total	0,77	0,15	28			
	Total	insensitiv	0,73	0,13	17			
		sensitiv	0,75	0,15	41	Gruppe*	54	.65 .42 .01
		Total	0,75	0,14	58	Sensitivitat		

salutatory adress	Kontrolle	insensitiv	0,10	0,13	9			
		sensitiv	0,06	0,06	21	Gruppe	54	.56
		Total	0,07	0,08	30			.01
	FPD:	insensitiv	0,13	0,09	8			
		sensitiv	0,06	0,09	20	Sensitivitat	54	3,85
		Total	0,08	0,09	28			.06
	Total	insensitiv	0,11	0,11	17			
		sensitiv	0,06	0,07	41	Gruppe*	54	.33
		Total	0,08	0,09	58	Sensitivitat		.57
								.01
laugh	Kontrolle	insensitiv	0,04	0,04	9			
		sensitiv	0,05	0,07	21	Gruppe	54	2,34
		Total	0,05	0,07	30			.13
	FPD:	insensitiv	0,02	0,03	8			
		sensitiv	0,03	0,03	20	Sensitivitat	54	.30
		Total	0,03	0,03	28			.59
	Total	insensitiv	0,03	0,04	17			
		sensitiv	0,04	0,06	41	Gruppe*	54	.05
		Total	0,04	0,05	58	Sensitivitat		.82
								.00
short utterances no adress	Kontrolle	insensitiv	0,00	0,00	9			
		sensitiv	0,00	0,00	21	Gruppe	54	15,94
		Total	0,00	0,00	30			<.01
	FPD:	insensitiv	0,01	0,01	8			
		sensitiv	0,00	0,01	20	Sensitivitat	54	3,48
		Total	0,01	0,01	28			.07
	Total	insensitiv	0,01	0,01	17			
		sensitiv	0,00	0,01	41	Gruppe*	54	3,20
		Total	0,00	0,01	58	Sensitivitat		.08
								.06

play / song	Kontrolle	insensitiv	0,22	0,24	9					
		sensitiv	0,07	0,13	21	Gruppe	54	1,29	,26	,02
		Total	0,12	0,18	30					
	PPD	insensitiv	0,15	0,17	8					
		sensitiv	0,05	0,09	20	Sensitivität	54	7,87	<,01	,13
		Total	0,08	0,12	28					
	Total	insensitiv	0,18	0,21	17					
		sensitiv	0,06	0,11	41	Gruppe*	54	,27	,61	,01
		Total	0,10	0,15	58	Sensitivität				
	child-focused	Kontrolle	insensitiv	0,37	0,23	9				
sensitiv			0,44	0,14	21	Gruppe	54	,01	,91	,00
Total			0,42	0,17	30					
PPD		insensitiv	0,32	0,18	8					
		sensitiv	0,48	0,18	20	Sensitivität	54	5,44	,02	,09
		Total	0,43	0,19	28					
Total		insensitiv	0,34	0,21	17					
		sensitiv	0,46	0,16	41	Gruppe*	54	,95	,33	,02
		Total	0,43	0,18	58	Sensitivität				
mother-focused		Kontrolle	insensitiv	0,03	0,04	9				
	sensitiv		0,05	0,06	21	Gruppe	54	8,09	<,01	,13
	Total		0,05	0,05	30					
	PPD	insensitiv	0,14	0,12	8					
		sensitiv	0,05	0,07	20	Sensitivität	54	2,68	,11	,05
		Total	0,08	0,09	28					
	Total	insensitiv	0,08	0,10	17					
		sensitiv	0,05	0,06	41	Gruppe*	54	8,26	<,01	,13
		Total	0,06	0,08	58	Sensitivität				

other-focused	Kontrolle	insensitiv	0,47	0,21	9					
		sensitiv	0,38	0,12	21	Gruppe	54	1,25	.27	.02
		Total	0,41	0,16	30					
	PPD	insensitiv	0,38	0,24	8					
		sensitiv	0,36	0,16	20	Sensitivitat	54	1,56	.22	.03
		Total	0,37	0,18	28					
	Total	insensitiv	0,43	0,22	17					
		sensitiv	0,37	0,14	41	Gruppe*	54	.50	.48	.01
		Total	0,39	0,17	58	Sensitivitat				
interaction child	Kontrolle	insensitiv	0,06	0,07	9					
		sensitiv	0,02	0,04	21	Gruppe	54	.20	.65	.00
		Total	0,03	0,05	30					
	PPD	insensitiv	0,06	0,15	8					
		sensitiv	0,04	0,06	20	Sensitivitat	54	2,71	.11	.05
		Total	0,04	0,09	28					
	Total	insensitiv	0,06	0,11	17					
		sensitiv	0,03	0,05	41	Gruppe*	54	.27	.61	.01
		Total	0,04	0,07	58	Sensitivitat				
interaction mother	Kontrolle	insensitiv	0,00	0,00	9					
		sensitiv	0,05	0,09	21	Gruppe	54	.08	.79	.00
		Total	0,03	0,08	30					
	PPD	insensitiv	0,03	0,03	8					
		sensitiv	0,03	0,05	20	Sensitivitat	54	1,50	.23	.03
		Total	0,03	0,04	28					
	Total	insensitiv	0,02	0,03	17					
		sensitiv	0,04	0,07	41	Gruppe*	54	2,00	.16	.04
		Total	0,03	0,06	58	Sensitivitat				

interaction balanced	Kontrolle	insensitiv	0,10	9					
		sensitiv	0,07	21	Gruppe	54	.25	.62	.01
		Total	0,08	30					
	PPD	insensitiv	0,13	8					
		sensitiv	0,04	20	Sensitivitat	54	.19	.66	.00
		Total	0,07	28					
	Total	insensitiv	0,07	17					
		sensitiv	0,06	41	Gruppe*	54	.16	.69	.00
		Total	0,06	58	Sensitivitat				
	doing	Kontrolle	insensitiv	0,30	9				
		sensitiv	0,18	21	Gruppe	54	.22	.64	.00
		Total	0,22	30					
PPD		insensitiv	0,36	8					
		sensitiv	0,31	20	Sensitivitat	54	.86	.36	.02
		Total	0,33	28					
Total		insensitiv	0,38	17					
		sensitiv	0,32	41	Gruppe*	54	.01	.93	.00
		Total	0,34	58	Sensitivitat				
state		Kontrolle	insensitiv	0,27	9				
		sensitiv	0,19	21	Gruppe	54	.06	.80	.00
		Total	0,21	30					
	PPD	insensitiv	0,51	8					
		sensitiv	0,67	20	Sensitivitat	54	2.77	.10	.05
		Total	0,63	28					
	Total	insensitiv	0,55	17					
		sensitiv	0,65	41	Gruppe*	54	.67	.42	.01
		Total	0,62	58	Sensitivitat				

mind-related	Kontrolle	insensitiv	0,35	0,24	9					
		sensitiv	0,34	0,20	21	Gruppe	54	.69	.41	.01
		Total	0,34	0,21	30					
	FPD	insensitiv	0,27	0,15	8					
		sensitiv	0,32	0,18	20	Sensitivitat	54	.15	.71	.00
		Total	0,31	0,17	28					
	Total	insensitiv	0,31	0,20	17					
		sensitiv	0,33	0,19	41	Gruppe* Sensitivitat	54	.29	.60	.01
		Total	0,33	0,19	58					
	non mind-related	Kontrolle	insensitiv	0,66	0,24	9				
sensitiv			0,67	0,20	21	Gruppe	54	1,37	.25	.03
Total			0,66	0,21	30					
FPD		insensitiv	0,77	0,13	8					
		sensitiv	0,68	0,18	20	Sensitivitat	54	.55	.46	.01
		Total	0,71	0,17	28					
Total		insensitiv	0,71	0,20	17					
		sensitiv	0,67	0,19	41	Gruppe* Sensitivitat	54	.96	.33	.02
		Total	0,68	0,19	58					
in lieu of child		Kontrolle	insensitiv	0,00	0,00	9				
	sensitiv		0,00	0,02	21	Gruppe	54	.01	.95	.00
	Total		0,00	0,02	30					
	FPD	insensitiv	0,01	0,01	8					
		sensitiv	0,00	0,00	20	Sensitivitat	54	.02	.88	.00
		Total	0,00	0,01	28					
	Total	insensitiv	0,00	0,01	17					
		sensitiv	0,00	0,01	41	Gruppe* Sensitivitat	54	1,47	.23	.03
		Total	0,00	0,01	58					

positive content	Kontrolle	insensitiv	0,22	0,12	9			
		sensitiv	0,35	0,14	21	Gruppe	54	.42 .01
		Total	0,31	0,15	30			
	PPD	insensitiv	0,22	0,09	8			
		sensitiv	0,29	0,14	20	Sensitivität	54	6,70 .01 .11
		Total	0,27	0,13	28			
	Total	insensitiv	0,22	0,11	17			
		sensitiv	0,32	0,14	41	Gruppe* Sensitivität	54	.71 .40 .01
		Total	0,29	0,14	58			
	neutral content	Kontrolle	insensitiv	0,73	0,12	9		
sensitiv			0,57	0,15	21	Gruppe	54	.81 .37 .02
Total			0,62	0,15	30			
PPD		insensitiv	0,71	0,11	8			
		sensitiv	0,66	0,14	20	Sensitivität	54	6,92 .01 .11
		Total	0,68	0,13	28			
Total		insensitiv	0,72	0,11	17			
		sensitiv	0,62	0,15	41	Gruppe* Sensitivität	54	1,70 .20 .03
		Total	0,65	0,14	58			
negative content		Kontrolle	insensitiv	0,05	0,07	9		
	sensitiv		0,07	0,06	21	Gruppe	54	.07 .79 .00
	Total		0,07	0,06	30			
	PPD	insensitiv	0,07	0,05	8			
		sensitiv	0,05	0,04	20	Sensitivität	54	.03 .87 .00
		Total	0,06	0,05	28			
	Total	insensitiv	0,06	0,06	17			
		sensitiv	0,06	0,06	41	Gruppe* Sensitivität	54	1,30 .26 .02
		Total	0,06	0,06	58			

appropriate and related	Kontrolle	insensitiv	0,90	0,10	9					
		sensitiv	0,88	0,13	21	Gruppe	54	3,41	0,07	0,06
		Total	0,88	0,12	30					
	FPD:	insensitiv	0,80	0,14	8					
		sensitiv	0,84	0,12	20	Sensitivität	54	0,06	0,81	0,00
		Total	0,83	0,13	28					
	Total	insensitiv	0,85	0,12	17					
		sensitiv	0,86	0,13	41	Gruppe * Sensitivität	54	0,75	0,39	0,01
		Total	0,86	0,13	58					
	appropriate and non-related	Kontrolle	insensitiv	0,08	0,08	9				
		sensitiv	0,06	0,06	21	Gruppe	54	0,03	0,86	0,00
		Total	0,07	0,07	30					
FPD:		insensitiv	0,06	0,03	8					
		sensitiv	0,08	0,11	20	Sensitivität	54	0,00	0,95	0,00
		Total	0,08	0,10	28					
Total		insensitiv	0,07	0,06	17					
		sensitiv	0,07	0,09	41	Gruppe * Sensitivität	54	0,55	0,46	0,01
		Total	0,07	0,08	58					
inappropriate and related		Kontrolle	insensitiv	0,01	0,01	9				
		sensitiv	0,04	0,10	21	Gruppe	54	1,71	0,20	0,03
		Total	0,03	0,08	30					
	FPD:	insensitiv	0,07	0,08	8					
		sensitiv	0,04	0,06	20	Sensitivität	54	0,03	0,87	0,00
		Total	0,05	0,07	28					
	Total	insensitiv	0,04	0,07	17					
		sensitiv	0,04	0,08	41	Gruppe * Sensitivität	54	2,00	0,16	0,04
		Total	0,04	0,08	58					

inappropriate and non-related	Kontrolle	insensitiv	0,00	0,01	9					
		sensitiv	0,02	0,04	21	Gruppe	54	2,75	,10	,05
		Total	0,01	0,03	30					
	PPD	insensitiv	0,04	0,04	8					
		sensitiv	0,02	0,05	20	Sensitivität	54	,01	,91	,00
		Total	0,03	0,05	28					
	Total	insensitiv	0,02	0,03	17					
		sensitiv	0,02	0,05	41	Gruppe * Sensitivität	54	1,46	,23	,03
		Total	0,02	0,04	58					
	positive cadence	Kontrolle	insensitiv	0,75	0,26	9				
sensitiv			0,83	0,19	21	Gruppe	54	15,03	<,01	,22
Total			0,80	0,21	30					
PPD		insensitiv	0,50	0,25	8					
		sensitiv	0,58	0,23	20	Sensitivität	54	1,46	,23	,03
		Total	0,55	0,23	28					
Total		insensitiv	0,63	0,28	17					
		sensitiv	0,70	0,24	41	Gruppe * Sensitivität	54	,01	,94	,00
		Total	0,68	0,25	58					
neutral cadence		Kontrolle	insensitiv	0,24	0,25	9				
	sensitiv		0,17	0,18	21	Gruppe	54	15,12	<,01	,22
	Total		0,19	0,20	30					
	PPD	insensitiv	0,47	0,21	8					
		sensitiv	0,42	0,23	20	Sensitivität	54	1,09	,30	,02
		Total	0,44	0,22	28					
	Total	insensitiv	0,35	0,26	17					
		sensitiv	0,29	0,24	41	Gruppe * Sensitivität	54	,03	,86	,00
		Total	0,31	0,24	58					

negative cadence	Kontrolle	insensitiv	0,00	0,01	9					
		sensitiv	0,01	0,02	21	Gruppe	54	2,64	,11	,05
		Total	0,01	0,02	30					
	PPD	insensitiv	0,03	0,05	8					
		sensitiv	0,00	0,00	20	Sensitivitat	54	4,06	<,05	,07
		Total	0,01	0,03	28					
	Total	insensitiv	0,02	0,04	17					
		sensitiv	0,00	0,02	41	Gruppe*	54	5,55	,02	,09
		Total	0,01	0,03	58	Sensitivitat				
		Total	0,01	0,03	58					
question	Kontrolle	insensitiv	0,21	0,10	9					
		sensitiv	0,29	0,15	21	Gruppe	54	,09	,77	,00
		Total	0,27	0,14	30					
	PPD	insensitiv	0,23	0,10	8					
		sensitiv	0,26	0,09	20	Sensitivitat	54	2,63	,11	,05
		Total	0,25	0,09	28					
	Total	insensitiv	0,22	0,10	17					
		sensitiv	0,28	0,12	41	Gruppe*	54	,57	,45	,01
		Total	0,26	0,12	58	Sensitivitat				
		Total	0,26	0,12	58					
no question	Kontrolle	insensitiv	0,79	0,10	9					
		sensitiv	0,71	0,15	21	Gruppe	54	,10	,76	,00
		Total	0,73	0,14	30					
	PPD	insensitiv	0,77	0,10	8					
		sensitiv	0,74	0,08	20	Sensitivitat	54	2,63	,11	,05
		Total	0,75	0,09	28					
	Total	insensitiv	0,78	0,10	17					
		sensitiv	0,72	0,12	41	Gruppe*	54	,56	,46	,01
		Total	0,74	0,12	58	Sensitivitat				
		Total	0,74	0,12	58					

verbal repetition	Kontrolle	insensitiv	0,15	0,08	9					
		sensitiv	0,20	0,09	21	Gruppe	54	1,52	.22	.03
		Total	0,19	0,09	30					
	PPD	insensitiv	0,22	0,08	8					
		sensitiv	0,20	0,09	20	Sensitivitat	54	.51	.48	.01
		Total	0,20	0,09	28					
	Total	insensitiv	0,18	0,09	17					
		sensitiv	0,20	0,09	41	Gruppe*	54	2,32	.13	.04
		Total	0,19	0,09	58	Sensitivitat				
	<hr/>									
thematic repetition	Kontrolle	insensitiv	0,31	0,16	9					
		sensitiv	0,20	0,13	21	Gruppe	54	1,20	.28	.02
		Total	0,23	0,15	30					
	PPD	insensitiv	0,24	0,14	8					
		sensitiv	0,18	0,09	20	Sensitivitat	54	5,60	.02	.09
		Total	0,20	0,11	28					
	Total	insensitiv	0,28	0,15	17					
		sensitiv	0,19	0,11	41	Gruppe*	54	.40	.53	.01
		Total	0,22	0,13	58	Sensitivitat				
	<hr/>									
no repetition	Kontrolle	insensitiv	0,54	0,16	9					
		sensitiv	0,60	0,13	21	Gruppe	54	.07	.79	.00
		Total	0,58	0,14	30					
	PPD	insensitiv	0,54	0,11	8					
		sensitiv	0,62	0,11	20	Sensitivitat	54	3,49	.07	.06
		Total	0,60	0,12	28					
	Total	insensitiv	0,54	0,14	17					
		sensitiv	0,61	0,12	41	Gruppe*	54	.16	.69	.00
		Total	0,59	0,13	58	Sensitivitat				

child object 1	Kontrolle	insensitiv	0,19	0,14	9					
		sensitiv	0,21	0,16	21	Gruppe	54	.72	.40	.01
		Total	0,20	0,15	30					
	PPD	insensitiv	0,24	0,17	8					
		sensitiv	0,23	0,15	20	Sensitivitat	54	.00	.96	.00
		Total	0,24	0,15	28					
	Total	insensitiv	0,22	0,15	17					
		sensitiv	0,22	0,15	41	Gruppe*	54	.08	.78	.00
		Total	0,22	0,15	58	Sensitivitat				
	child object 2	Kontrolle	insensitiv	0,03	0,03	9				
sensitiv			0,05	0,05	21	Gruppe	54	.07	.80	.00
Total			0,04	0,04	30					
PPD		insensitiv	0,02	0,03	8					
		sensitiv	0,07	0,06	20	Sensitivitat	54	3,99	.05	.07
		Total	0,05	0,06	28					
Total		insensitiv	0,03	0,03	17					
		sensitiv	0,06	0,05	41	Gruppe*	54	1,12	.30	.02
		Total	0,05	0,05	58	Sensitivitat				
mother object		Kontrolle	insensitiv	0,00	0,01	9				
	sensitiv		0,04	0,04	21	Gruppe	54	5,05	.03	.09
	Total		0,03	0,04	30					
	PPD	insensitiv	0,05	0,07	8					
		sensitiv	0,05	0,05	20	Sensitivitat	54	1,39	.24	.03
		Total	0,05	0,05	28					
	Total	insensitiv	0,03	0,05	17					
		sensitiv	0,04	0,04	41	Gruppe*	54	2,48	.12	.04
		Total	0,04	0,05	58	Sensitivitat				

no object	Kontrolle	insensitiv	0,77	0,15	9					
		sensitiv	0,71	0,15	21	Gruppe	54	2,21	,14	,04
		Total	0,72	0,15	30					
	FPD	insensitiv	0,68	0,24	8					
		sensitiv	0,64	0,18	20	Sensitivität	54	1,09	,30	,02
		Total	0,65	0,20	28					
	Total	insensitiv	0,73	0,19	17					
		sensitiv	0,68	0,17	41	Gruppe* Sensitivität	54	,07	,79	,00
		Total	0,69	0,17	58					
	rough touch	Kontrolle	insensitiv	0,13	0,17	9				
sensitiv			0,04	0,08	21	Gruppe	54	,30	,59	,01
Total			0,07	0,12	30					
FPD		insensitiv	0,18	0,31	8					
		sensitiv	0,03	0,06	20	Sensitivität	54	8,58	< ,01	,14
		Total	0,08	0,18	28					
Total		insensitiv	0,15	0,24	17					
		sensitiv	0,04	0,07	41	Gruppe* Sensitivität	54	,60	,44	,01
		Total	0,07	0,15	58					
smooth touch		Kontrolle	insensitiv	0,53	0,35	9				
	sensitiv		0,70	0,29	21	Gruppe	54	3,18	,08	,06
	Total		0,65	0,31	30					
	FPD	insensitiv	0,68	0,31	8					
		sensitiv	0,84	0,20	20	Sensitivität	54	4,02	,05	,07
		Total	0,79	0,24	28					
	Total	insensitiv	0,60	0,33	17					
		sensitiv	0,76	0,26	41	Gruppe* Sensitivität	54	,00	,95	,00
		Total	0,72	0,29	58					

no touch	Kontrolle	insensitiv	0,33	0,40	9					
		sensitiv	0,26	0,30	21	Gruppe	54	4,88	0,03	0,08
		Total	0,28	0,33	30					
	FPD	insensitiv	0,13	0,13	8					
		sensitiv	0,13	0,16	20	Sensitivität	54	3,32	0,58	0,01
		Total	0,13	0,15	28					
	Total	insensitiv	0,24	0,31	17					
		sensitiv	0,19	0,25	41	Gruppe*	54	2,33	0,64	0,00
		Total	0,21	0,27	58	Sensitivität				
		Total								
fitting speech	Kontrolle	insensitiv	0,30	0,24	9					
		sensitiv	0,26	0,21	21	Gruppe	54	0,08	0,78	0,00
		Total	0,28	0,21	30					
	FPD	insensitiv	0,32	0,17	8					
		sensitiv	0,28	0,15	20	Sensitivität	54	0,60	0,44	0,01
		Total	0,29	0,15	28					
	Total	insensitiv	0,31	0,21	17					
		sensitiv	0,27	0,18	41	Gruppe*	54	0,00	0,98	0,00
		Total	0,28	0,19	58	Sensitivität				
		Total								
not fitting speech	Kontrolle	insensitiv	0,36	0,28	9					
		sensitiv	0,49	0,24	21	Gruppe	54	3,34	0,07	0,06
		Total	0,45	0,26	30					
	FPD	insensitiv	0,52	0,24	8					
		sensitiv	0,60	0,25	20	Sensitivität	54	2,04	0,16	0,04
		Total	0,57	0,25	28					
	Total	insensitiv	0,43	0,27	17					
		sensitiv	0,54	0,25	41	Gruppe*	54	0,09	0,76	0,00
		Total	0,51	0,26	58	Sensitivität				
		Total								

language composite	Kontrolle	insensitiv	7,85	0,74	9				
		sensitiv	8,36	0,48	21	Gruppe	54	3,21	0,08
		Total	8,20	0,61	30				0,06
	FPD:	insensitiv	7,43	0,30	8				
		sensitiv	8,20	0,61	20	Sensitivitat	54	15,86	< ,01
		Total	7,98	0,64	28				0,23
	Total	insensitiv	7,65	0,60	17				
		sensitiv	8,28	0,55	41	Gruppe*	54	.69	.41
		Total	8,10	0,63	58	Sensitivitat			0,01

21.3.3 Intrusiver Interaktionsstil und postpartale Depression

Tab. 12: 2 x 2 Anovas (Gruppe x Intrusivität) zu Π

Variable		M	SD	N	Faktor	df _{error}	F	p	partielles η^2	
utterances	Kontrolle	nicht intrusiv	0,80	0,13	14					
		intrusiv	0,86	0,08	16	Gruppe	54	1,09	,30	,02
		Total	0,83	0,11	30					
	PPD	nicht intrusiv	0,79	0,16	12					
		intrusiv	0,79	0,15	16	Intrusivität	54	,91	,34	,02
		Total	0,79	0,15	28					
	Total	nicht intrusiv	0,80	0,14	26					
		intrusiv	0,83	0,12	32	Gruppe * Intrusivität	54	,79	,38	,01
		Total	0,81	0,13	58					
	breaks	Kontrolle	nicht intrusiv	0,13	0,11	14				
		intrusiv	0,10	0,07	16	Gruppe	54	2,15	,15	,04
		Total	0,12	0,09	30					
PPD		nicht intrusiv	0,16	0,16	12					
		intrusiv	0,17	0,15	16	Intrusivität	54	,01	,92	,00
		Total	0,17	0,15	28					
Total		nicht intrusiv	0,14	0,13	26					
		intrusiv	0,14	0,12	32	Gruppe * Intrusivität	54	,35	,56	,01
		Total	0,14	0,12	58					
unclear		Kontrolle	nicht intrusiv	0,07	0,06	14				
		intrusiv	0,03	0,03	16	Gruppe	54	,92	,34	,02
		Total	0,05	0,05	30					
	PPD	nicht intrusiv	0,05	0,05	12					
		intrusiv	0,03	0,04	16	Intrusivität	54	6,93	,01	,11
		Total	0,04	0,04	28					
	Total	nicht intrusiv	0,06	0,05	26					
		intrusiv	0,03	0,03	32	Gruppe * Intrusivität	54	1,10	,30	,02
		Total	0,05	0,05	58					

description	Kontrolle	nicht intrusiv	0,41	0,12	14					
		intrusiv	0,27	0,17	16	Gruppe	54	,18	,67	,00
		Total	0,34	0,17	30					
	FPD:	nicht intrusiv	0,40	0,13	12					
		intrusiv	0,25	0,10	16	Intrusivität	54	17,90	<,01	,25
		Total	0,31	0,14	28					
	Total	nicht intrusiv	0,41	0,12	26					
		intrusiv	0,26	0,14	32	Gruppe* Intrusivität	54	,02	,89	,00
		Total	0,32	0,15	58					
	prescription	Kontrolle	nicht intrusiv	0,07	0,05	14				
		intrusiv	0,05	0,03	16	Gruppe	54	,02	,90	,00
		Total	0,06	0,04	30					
FPD:		nicht intrusiv	0,06	0,04	12					
		intrusiv	0,05	0,04	16	Intrusivität	54	2,66	,11	,05
		Total	0,05	0,04	28					
Total		nicht intrusiv	0,07	0,05	26					
		intrusiv	0,05	0,04	32	Gruppe* Intrusivität	54	,03	,87	,00
		Total	0,06	0,04	58					
short utterances adress		Kontrolle	nicht intrusiv	0,44	0,12	14				
		intrusiv	0,52	0,21	16	Gruppe	54	1,78	,19	,03
		Total	0,49	0,18	30					
	FPD:	nicht intrusiv	0,52	0,11	12					
		intrusiv	0,57	0,19	16	Intrusivität	54	2,22	,14	,04
		Total	0,55	0,16	28					
	Total	nicht intrusiv	0,48	0,12	26					
		intrusiv	0,55	0,20	32	Gruppe* Intrusivität	54	,09	,77	,00
		Total	0,52	0,17	58					

imitation	Kontrolle	nicht intrusiv	0,03	0,05	14					
		intrusiv	0,03	0,03	16	Gruppe	54	.56	.46	.01
		Total	0,03	0,04	30					
	FPD:	nicht intrusiv	0,03	0,05	12					
		intrusiv	0,06	0,10	16	Intrusivität	54	.65	.42	.01
		Total	0,05	0,08	28					
	Total	nicht intrusiv	0,03	0,05	26					
		intrusiv	0,05	0,07	32	Gruppe* Intrusivität	54	.67	.42	.01
		Total	0,04	0,06	58					
	name	Kontrolle	nicht intrusiv	0,14	0,13	14				
		intrusiv	0,10	0,09	16	Gruppe	54	3,39	.07	.06
		Total	0,12	0,11	30					
FPD:		nicht intrusiv	0,06	0,05	12					
		intrusiv	0,10	0,07	16	Intrusivität	54	.01	.94	.00
		Total	0,08	0,07	28					
Total		nicht intrusiv	0,10	0,11	26					
		intrusiv	0,10	0,08	32	Gruppe* Intrusivität	54	2,25	.14	.04
		Total	0,10	0,09	58					
sound		Kontrolle	nicht intrusiv	0,71	0,16	14				
		intrusiv	0,74	0,13	16	Gruppe	54	1,62	.21	.03
		Total	0,72	0,14	30					
	FPD:	nicht intrusiv	0,81	0,15	12					
		intrusiv	0,73	0,13	16	Intrusivität	54	.47	.50	.01
		Total	0,77	0,15	28					
	Total	nicht intrusiv	0,76	0,16	26					
		intrusiv	0,74	0,13	32	Gruppe* Intrusivität	54	1,94	.17	.04
		Total	0,75	0,14	58					

salutatory address	Kontrolle	nicht intrusiv	0,06	0,06	14					
		intrusiv	0,08	0,11	16	Gruppe	54	,11	,74	,00
		Total	0,07	0,08	30					
	FPD:	nicht intrusiv	0,08	0,11	12					
		intrusiv	0,09	0,08	16	Intrusivität	54	,36	,55	,01
		Total	0,08	0,09	28					
	Total	nicht intrusiv	0,07	0,09	26					
		intrusiv	0,08	0,09	32	Gruppe*	54	,01	,91	,00
		Total	0,08	0,09	58	Intrusivität				
	laugh	Kontrolle	nicht intrusiv	0,05	0,09	14				
		intrusiv	0,05	0,04	16	Gruppe	54	2,46	,12	,04
		Total	0,05	0,07	30					
FPD:		nicht intrusiv	0,03	0,03	12					
		intrusiv	0,03	0,03	16	Intrusivität	54	,03	,87	,00
		Total	0,03	0,03	28					
Total		nicht intrusiv	0,04	0,07	26					
		intrusiv	0,04	0,04	32	Gruppe*	54	,04	,85	,00
		Total	0,04	0,05	58	Intrusivität				
short utterances no address		Kontrolle	nicht intrusiv	0,00	0,00	14				
		intrusiv	0,00	0,00	16	Gruppe	54	10,76	<,01	,17
		Total	0,00	0,00	30					
	FPD:	nicht intrusiv	0,00	0,01	12					
		intrusiv	0,01	0,01	16	Intrusivität	54	1,08	,30	,02
		Total	0,01	0,01	28					
	Total	nicht intrusiv	0,00	0,01	26					
		intrusiv	0,00	0,01	32	Gruppe*	54	,23	,63	,00
		Total	0,00	0,01	58	Intrusivität				

play / song	Kontrolle	nicht intrusiv	0,07	0,16	14					
		intrusiv	0,16	0,19	16	Gruppe	54	1,38	.25	.03
		Total	0,12	0,18	30					
	PPD	nicht intrusiv	0,01	0,02	12					
		intrusiv	0,13	0,15	16	Intrusivität	54	6,84	.01	.11
		Total	0,08	0,12	28					
	Total	nicht intrusiv	0,04	0,12	26					
		intrusiv	0,14	0,17	32	Gruppe * Intrusivität	54	.10	.76	.00
		Total	0,10	0,15	58					
	child-focused	Kontrolle	nicht intrusiv	0,45	0,15	14				
intrusiv			0,39	0,18	16	Gruppe	54	.19	.66	.00
Total			0,42	0,17	30					
PPD		nicht intrusiv	0,49	0,17	12					
		intrusiv	0,39	0,20	16	Intrusivität	54	2,93	.09	.05
		Total	0,43	0,19	28					
Total		nicht intrusiv	0,47	0,16	26					
		intrusiv	0,39	0,19	32	Gruppe * Intrusivität	54	.10	.75	.00
		Total	0,43	0,18	58					
mother-focused		Kontrolle	nicht intrusiv	0,05	0,05	14				
	intrusiv		0,04	0,05	16	Gruppe	54	2,24	.14	.04
	Total		0,05	0,05	30					
	PPD	nicht intrusiv	0,05	0,06	12					
		intrusiv	0,10	0,11	16	Intrusivität	54	.91	.34	.02
		Total	0,08	0,09	28					
	Total	nicht intrusiv	0,05	0,05	26					
		intrusiv	0,07	0,09	32	Gruppe * Intrusivität	54	1,65	.20	.03
		Total	0,06	0,08	58					

other-focused	Kontrolle	nicht intrusiv	0,37	0,14	14					
		intrusiv	0,44	0,18	16	Gruppe	54	.74	.39	.01
		Total	0,41	0,16	30					
	PPD	nicht intrusiv	0,37	0,19	12					
		intrusiv	0,36	0,18	16	Intrusivität	54	.52	.47	.01
		Total	0,37	0,18	28					
	Total	nicht intrusiv	0,37	0,16	26					
		intrusiv	0,40	0,18	32	Gruppe* Intrusivität	54	.62	.43	.01
		Total	0,39	0,17	58					
	interaction child	Kontrolle	nicht intrusiv	0,02	0,04	14				
intrusiv			0,04	0,06	16	Gruppe	54	.40	.53	.01
Total			0,03	0,05	30					
PPD		nicht intrusiv	0,03	0,05	12					
		intrusiv	0,05	0,12	16	Intrusivität	54	1,01	.32	.02
		Total	0,04	0,09	28					
Total		nicht intrusiv	0,03	0,05	26					
		intrusiv	0,05	0,09	32	Gruppe* Intrusivität	54	.03	.87	.00
		Total	0,04	0,07	58					
interaction mother		Kontrolle	nicht intrusiv	0,03	0,05	14				
	intrusiv		0,04	0,10	16	Gruppe	54	.11	.75	.00
	Total		0,03	0,08	30					
	PPD	nicht intrusiv	0,03	0,03	12					
		intrusiv	0,03	0,05	16	Intrusivität	54	.23	.63	.00
		Total	0,03	0,04	28					
	Total	nicht intrusiv	0,03	0,04	26					
		intrusiv	0,04	0,07	32	Gruppe* Intrusivität	54	.00	.95	.00
		Total	0,03	0,06	58					

interaction balanced	Kontrolle	nicht intrusiv	0,07	14					
		intrusiv	0,06	16	Gruppe	54	.68	.41	.01
		Total	0,08	30					
	PPD	nicht intrusiv	0,05	12					
		intrusiv	0,09	16	Intrusivität	54	.01	.91	.00
		Total	0,07	28					
	Total	nicht intrusiv	0,06	26					
		intrusiv	0,09	32	Gruppe* Intrusivität	54	.69	.41	.01
		Total	0,08	58					
	doing	Kontrolle	nicht intrusiv	0,35	14				
intrusiv			0,36	16	Gruppe	54	.25	.62	.01
Total			0,35	30					
PPD		nicht intrusiv	0,31	12					
		intrusiv	0,33	16	Intrusivität	54	.07	.79	.00
		Total	0,33	28					
Total		nicht intrusiv	0,33	26					
		intrusiv	0,35	32	Gruppe* Intrusivität	54	.01	.91	.00
		Total	0,34	58					
state		Kontrolle	nicht intrusiv	0,61	14				
	intrusiv		0,63	16	Gruppe	54	.04	.85	.00
	Total		0,62	30					
	PPD	nicht intrusiv	0,66	12					
		intrusiv	0,60	16	Intrusivität	54	.12	.74	.00
		Total	0,63	28					
	Total	nicht intrusiv	0,63	26					
		intrusiv	0,61	32	Gruppe* Intrusivität	54	.34	.57	.01
		Total	0,62	58					

mind-related	Kontrolle	nicht intrusiv	0,29	0,14	14					
		intrusiv	0,39	0,25	16	Gruppe	54	,26	,61	,01
		Total	0,34	0,21	30					
	FPD	nicht intrusiv	0,35	0,14	12					
		intrusiv	0,28	0,19	16	Intrusivität	54	,10	,76	,00
		Total	0,31	0,17	28					
	Total	nicht intrusiv	0,32	0,14	26					
		intrusiv	0,33	0,23	32	Gruppe*	54	3,06	,09	,05
		Intrusivität				Intrusivität				
		Total	0,33	0,19	58					
non mind-related	Kontrolle	nicht intrusiv	0,72	0,12	14					
		intrusiv	0,61	0,25	16	Gruppe	54	,40	,53	,01
		Total	0,66	0,21	30					
	FPD	nicht intrusiv	0,65	0,13	12					
		intrusiv	0,75	0,19	16	Intrusivität	54	,03	,86	,00
		Total	0,71	0,17	28					
	Total	nicht intrusiv	0,69	0,13	26					
		intrusiv	0,68	0,23	32	Gruppe*	54	4,25	,04	,07
		Intrusivität				Intrusivität				
		Total	0,68	0,19	58					
in lieu of child	Kontrolle	nicht intrusiv	0,01	0,02	14					
		intrusiv	0,00	0,00	16	Gruppe	54	,32	,57	,01
		Total	0,00	0,02	30					
	FPD	nicht intrusiv	0,00	0,00	12					
		intrusiv	0,00	0,01	16	Intrusivität	54	,25	,62	,01
		Total	0,00	0,01	28					
	Total	nicht intrusiv	0,00	0,02	26					
		intrusiv	0,00	0,01	32	Gruppe*	54	1,18	,28	,02
		Intrusivität				Intrusivität				
		Total	0,00	0,01	58					

positive content	Kontrolle	nicht intrusiv	0,36	0,15	14					
		intrusiv	0,27	0,14	16	Gruppe	54	1,35	,25	,02
		Total	0,31	0,15	30					
	FPD	nicht intrusiv	0,30	0,12	12					
		intrusiv	0,25	0,14	16	Intrusivität	54	3,28	,08	,06
		Total	0,27	0,13	28					
	Total	nicht intrusiv	0,33	0,14	26					
		intrusiv	0,26	0,14	32	Gruppe* Intrusivität	54	,23	,64	,00
	Total		0,29	0,14	58					
	neutral content	Kontrolle	nicht intrusiv	0,57	0,16	14				
intrusiv			0,66	0,14	16	Gruppe	54	2,06	,16	,04
Total			0,62	0,15	30					
FPD		nicht intrusiv	0,64	0,11	12					
		intrusiv	0,70	0,14	16	Intrusivität	54	4,42	,04	,08
		Total	0,68	0,13	28					
Total		nicht intrusiv	0,60	0,14	26					
		intrusiv	0,68	0,14	32	Gruppe* Intrusivität	54	,12	,73	,00
Total			0,65	0,14	58					
negative content		Kontrolle	nicht intrusiv	0,07	0,06	14				
	intrusiv		0,06	0,07	16	Gruppe	54	,54	,47	,01
	Total		0,07	0,06	30					
	FPD	nicht intrusiv	0,07	0,05	12					
		intrusiv	0,05	0,05	16	Intrusivität	54	,66	,42	,01
		Total	0,06	0,05	28					
	Total	nicht intrusiv	0,07	0,06	26					
		intrusiv	0,06	0,06	32	Gruppe* Intrusivität	54	,10	,75	,00
	Total		0,06	0,06	58					

appropriate and related	Kontrolle	nicht intrusiv	0,91	0,08	14					
		intrusiv	0,86	0,15	16	Gruppe	54	2,53	,12	,05
		Total	0,88	0,12	30					
	FPD:	nicht intrusiv	0,86	0,12	12					
		intrusiv	0,81	0,13	16	Intrusivität	54	2,29	,14	,04
		Total	0,83	0,13	28					
	Total	nicht intrusiv	0,89	0,10	26					
		intrusiv	0,83	0,14	32	Gruppe* Intrusivität	54	,00	,97	,00
		Total	0,86	0,13	58					
		Kontrolle	nicht intrusiv	0,06	0,07	14				
appropriate and non-related		intrusiv	0,07	0,07	16	Gruppe	54	,26	,62	,01
		Total	0,07	0,07	30					
	FPD:	nicht intrusiv	0,07	0,12	12					
		intrusiv	0,08	0,08	16	Intrusivität	54	,16	,69	,00
		Total	0,08	0,10	28					
	Total	nicht intrusiv	0,07	0,09	26					
		intrusiv	0,08	0,08	32	Gruppe* Intrusivität	54	,01	,91	,00
		Total	0,07	0,08	58					
		Kontrolle	nicht intrusiv	0,02	0,02	14				
	inappropriate and related		intrusiv	0,05	0,11	16	Gruppe	54	,57	,45
		Total	0,03	0,08	30					
FPD:		nicht intrusiv	0,03	0,05	12					
		intrusiv	0,06	0,08	16	Intrusivität	54	1,89	,18	,03
		Total	0,05	0,07	28					
Total		nicht intrusiv	0,02	0,04	26					
		intrusiv	0,05	0,10	32	Gruppe* Intrusivität	54	,03	,87	,00
		Total	0,04	0,08	58					

inappropriate and non-related	Kontrolle	nicht intrusiv	0,01	0,02	14					
		intrusiv	0,02	0,04	16	Gruppe	54	1,62	.21	.03
		Total	0,01	0,03	30					
	PPD	nicht intrusiv	0,03	0,06	12					
		intrusiv	0,03	0,04	16	Intrusivität	54	.15	.70	.00
		Total	0,03	0,05	28					
	Total	nicht intrusiv	0,02	0,04	26					
		intrusiv	0,02	0,04	32	Gruppe * Intrusivität	54	.13	.72	.00
		Total	0,02	0,04	58					
positive cadence	Kontrolle	nicht intrusiv	0,90	0,10	14					
		intrusiv	0,72	0,25	16	Gruppe	54	19,29	< .01	.26
		Total	0,80	0,21	30					
	PPD	nicht intrusiv	0,58	0,24	12					
		intrusiv	0,54	0,23	16	Intrusivität	54	3,96	.05	.07
		Total	0,55	0,23	28					
	Total	nicht intrusiv	0,75	0,24	26					
		intrusiv	0,63	0,26	32	Gruppe * Intrusivität	54	1,52	.22	.03
		Total	0,68	0,25	58					
neutral cadence	Kontrolle	nicht intrusiv	0,10	0,10	14					
		intrusiv	0,27	0,24	16	Gruppe	54	20,74	< .01	.28
		Total	0,19	0,20	30					
	PPD	nicht intrusiv	0,42	0,24	12					
		intrusiv	0,45	0,21	16	Intrusivität	54	3,55	.07	.06
		Total	0,44	0,22	28					
	Total	nicht intrusiv	0,25	0,24	26					
		intrusiv	0,36	0,24	32	Gruppe * Intrusivität	54	1,84	.18	.03
		Total	0,31	0,24	58					

negative cadence	Kontrolle	nicht intrusiv	0,00	0,00	14					
		intrusiv	0,01	0,03	16	Gruppe	54	,29	,60	,01
		Total	0,01	0,02	30					
	PPD	nicht intrusiv	0,00	0,00	12					
		intrusiv	0,02	0,04	16	Intrusivität	54	2,78	,10	,05
		Total	0,01	0,03	28					
	Total	nicht intrusiv	0,00	0,00	26					
		intrusiv	0,01	0,03	32	Gruppe* Intrusivität	54	,17	,68	,00
		Total	0,01	0,03	58					
	question	Kontrolle	nicht intrusiv	0,35	0,14	14				
intrusiv			0,20	0,10	16	Gruppe	54	,63	,43	,01
Total			0,27	0,14	30					
PPD		nicht intrusiv	0,28	0,10	12					
		intrusiv	0,23	0,08	16	Intrusivität	54	13,10	< ,01	,20
		Total	0,25	0,09	28					
Total		nicht intrusiv	0,32	0,13	26					
		intrusiv	0,21	0,09	32	Gruppe* Intrusivität	54	3,97	,05	,07
		Total	0,26	0,12	58					
no question		Kontrolle	nicht intrusiv	0,65	0,14	14				
	intrusiv		0,80	0,10	16	Gruppe	54	,64	,43	,01
	Total		0,73	0,14	30					
	PPD	nicht intrusiv	0,73	0,10	12					
		intrusiv	0,77	0,08	16	Intrusivität	54	12,81	< ,01	,20
		Total	0,75	0,09	28					
	Total	nicht intrusiv	0,68	0,13	26					
		intrusiv	0,79	0,09	32	Gruppe* Intrusivität	54	3,95	,05	,07
		Total	0,74	0,12	58					

verbal repetition	Kontrolle	nicht intrusiv	0,20	0,09	14					
		intrusiv	0,18	0,09	16	Gruppe	54	.42	.52	.01
		Total	0,19	0,09	30					
	PPD	nicht intrusiv	0,21	0,09	12					
		intrusiv	0,20	0,09	16	Intrusivität	54	.37	.55	.01
		Total	0,20	0,09	28					
	Total	nicht intrusiv	0,20	0,08	26					
		intrusiv	0,19	0,09	32	Gruppe* Intrusivität	54	.09	.76	.00
		Total	0,19	0,09	58					
	thematic repetition	Kontrolle	nicht intrusiv	0,16	0,14	14				
intrusiv			0,29	0,14	16	Gruppe	54	1,12	.29	.02
Total			0,23	0,15	30					
PPD		nicht intrusiv	0,15	0,07	12					
		intrusiv	0,24	0,12	16	Intrusivität	54	12,01	< .01	.18
		Total	0,20	0,11	28					
Total		nicht intrusiv	0,15	0,11	26					
		intrusiv	0,26	0,13	32	Gruppe* Intrusivität	54	.41	.52	.01
		Total	0,22	0,13	58					
no repetition		Kontrolle	nicht intrusiv	0,64	0,12	14				
	intrusiv		0,53	0,13	16	Gruppe	54	.36	.55	.01
	Total		0,58	0,14	30					
	PPD	nicht intrusiv	0,65	0,11	12					
		intrusiv	0,56	0,12	16	Intrusivität	54	9,01	< .01	.14
		Total	0,60	0,12	28					
	Total	nicht intrusiv	0,64	0,11	26					
		intrusiv	0,55	0,12	32	Gruppe* Intrusivität	54	.16	.69	.01
		Total	0,59	0,13	58					

child object 1	Kontrolle	nicht intrusiv	0,21	0,12	14					
		intrusiv	0,20	0,17	16	Gruppe	54	,66	,42	,01
		Total	0,20	0,15	30					
	PPD	nicht intrusiv	0,24	0,15	12					
		intrusiv	0,23	0,15	16	Intrusivität	54	,11	,74	,00
		Total	0,24	0,15	28					
	Total	nicht intrusiv	0,23	0,14	26					
		intrusiv	0,21	0,16	32	Gruppe * Intrusivität	54	,00	1,00	,00
		Total	0,22	0,15	58					
	child object 2	Kontrolle	nicht intrusiv	0,05	0,05	14				
intrusiv			0,03	0,03	16	Gruppe	54	,76	,39	,01
Total			0,04	0,04	30					
PPD		nicht intrusiv	0,07	0,06	12					
		intrusiv	0,04	0,05	16	Intrusivität	54	3,01	,09	,05
		Total	0,05	0,06	28					
Total		nicht intrusiv	0,06	0,06	26					
		intrusiv	0,04	0,04	32	Gruppe * Intrusivität	54	,06	,81	,00
		Total	0,05	0,05	58					
mother object		Kontrolle	nicht intrusiv	0,04	0,04	14				
	intrusiv		0,02	0,03	16	Gruppe	54	3,21	,08	,06
	Total		0,03	0,04	30					
	PPD	nicht intrusiv	0,06	0,06	12					
		intrusiv	0,04	0,05	16	Intrusivität	54	2,39	,13	,04
		Total	0,05	0,05	28					
	Total	nicht intrusiv	0,05	0,05	26					
		intrusiv	0,03	0,04	32	Gruppe * Intrusivität	54	,00	,99	,00
		Total	0,04	0,05	58					

no object	Kontrolle	nicht intrusiv	0,70	0,12	14					
		intrusiv	0,75	0,16	16	Gruppe	54	2,42	,13	,04
		Total	0,72	0,15	30					
	FPD	nicht intrusiv	0,63	0,19	12					
		intrusiv	0,68	0,21	16	Intrusivität	54	1,18	,28	,02
		Total	0,65	0,20	28					
	Total	nicht intrusiv	0,67	0,16	26					
		intrusiv	0,71	0,19	32	Gruppe* Intrusivität	54	,00	,95	,00
	Total		0,69	0,17	58					
	rough touch	Kontrolle	nicht intrusiv	0,03	0,08	14				
intrusiv			0,10	0,14	16	Gruppe	54	,01	,93	,00
Total			0,07	0,12	30					
FPD		nicht intrusiv	0,03	0,06	12					
		intrusiv	0,11	0,22	16	Intrusivität	54	3,81	,06	,07
		Total	0,08	0,18	28					
Total		nicht intrusiv	0,03	0,07	26					
		intrusiv	0,11	0,18	32	Gruppe* Intrusivität	54	,07	,79	,00
Total			0,07	0,15	58					
smooth touch		Kontrolle	nicht intrusiv	0,68	0,32	14				
	intrusiv		0,62	0,32	16	Gruppe	54	3,77	,06	,07
	Total		0,65	0,31	30					
	FPD	nicht intrusiv	0,63	0,19	12					
		intrusiv	0,76	0,27	16	Intrusivität	54	,92	,34	,01
		Total	0,79	0,24	28					
	Total	nicht intrusiv	0,75	0,28	26					
		intrusiv	0,69	0,30	32	Gruppe* Intrusivität	54	,00	,95	,00
	Total		0,72	0,29	58					

no touch	Kontrolle	nicht intrusiv	0,28	0,33	14					
		intrusiv	0,28	0,34	16	Gruppe	54	4,78	0,03	0,08
		Total	0,28	0,33	30					
	FPD	nicht intrusiv	0,13	0,16	12					
		intrusiv	0,13	0,14	16	Intrusivität	54	0,00	0,98	0,00
		Total	0,13	0,15	28					
	Total	nicht intrusiv	0,21	0,27	26					
		intrusiv	0,20	0,27	32	Gruppe* Intrusivität	54	0,00	0,96	0,00
	Total		0,21	0,27	58					
	fitting speech	Kontrolle	nicht intrusiv	0,22	0,19	14				
intrusiv			0,33	0,23	16	Gruppe	54	0,08	0,78	0,00
Total			0,28	0,21	30					
FPD		nicht intrusiv	0,26	0,16	12					
		intrusiv	0,31	0,15	16	Intrusivität	54	2,95	0,09	0,05
		Total	0,29	0,15	28					
Total		nicht intrusiv	0,23	0,18	26					
		intrusiv	0,32	0,19	32	Gruppe* Intrusivität	54	0,26	0,61	0,01
Total			0,28	0,19	58					
not fitting speech		Kontrolle	nicht intrusiv	0,51	0,25	14				
	intrusiv		0,40	0,26	16	Gruppe	54	3,56	0,07	0,06
	Total		0,45	0,26	30					
	FPD	nicht intrusiv	0,61	0,26	12					
		intrusiv	0,55	0,24	16	Intrusivität	54	1,63	0,21	0,03
		Total	0,57	0,25	28					
	Total	nicht intrusiv	0,55	0,26	26					
		intrusiv	0,47	0,26	32	Gruppe* Intrusivität	54	0,12	0,73	0,00
	Total		0,51	0,26	58					

language composite	Kontrolle	nicht intrusiv	8,50	0,30	14				
		intrusiv	7,94	0,69	16	Gruppe	54	1,82	,18
		Total	8,20	0,61	30				
PPD:	nicht intrusiv		8,30	0,58	12				
	intrusiv		7,74	0,59	16	Intrusivität	54	14,15	<,01
		Total	7,98	0,64	28				
Total	nicht intrusiv		8,41	0,45	26				
	intrusiv		7,84	0,64	32	Gruppe* Intrusivität	54	,00	,98
		Total	8,10	0,63	58				

21.3.2 Günstiger („high-sense-“) und ungünstiger („low-sense-“) Interaktionsstil

Tab. 13: 2 x 2 Anovas (Gruppe x Qualität des Interaktionsstils) zu TI

Variable		M	SD	N	Faktor	df _{error}	F	p	partielles η^2	
utterances	Kontrolle	low-sense	0,88	0,08	9					
		high-sense	0,80	0,13	14	Gruppe	38	1,04	0,31	0,03
		Total	0,83	0,12	23					
	PPD	low-sense	0,81	0,18	8					
		high-sense	0,78	0,17	11	Feindlichkeit	38	1,47	0,23	0,04
		Total	0,79	0,17	19					
	Total	low-sense	0,85	0,14	17					
		high-sense	0,79	0,15	25	Gruppe * Feindlichkeit	38	0,45	0,51	0,01
		Total	0,81	0,14	42					
breaks	Kontrolle	low-sense	0,08	0,06	9					
		high-sense	0,13	0,11	14	Gruppe	38	2,50	0,12	0,06
		Total	0,11	0,09	23					
	PPD	low-sense	0,18	0,18	8					
		high-sense	0,17	0,16	11	Feindlichkeit	38	0,19	0,66	0,01
		Total	0,17	0,16	19					
	Total	low-sense	0,13	0,14	17					
		high-sense	0,15	0,13	25	Gruppe * Feindlichkeit	38	0,36	0,55	0,01
		Total	0,14	0,13	42					
unclear	Kontrolle	low-sense	0,03	0,03	9					
		high-sense	0,07	0,06	14	Gruppe	38	1,80	0,19	0,05
		Total	0,06	0,05	23					
	PPD	low-sense	0,02	0,02	8					
		high-sense	0,05	0,05	11	Feindlichkeit	38	6,27	0,02	0,14
		Total	0,04	0,04	19					
	Total	low-sense	0,03	0,03	17					
		high-sense	0,06	0,06	25	Gruppe * Feindlichkeit	38	0,13	0,72	0,00
		Total	0,05	0,05	42					

description	Kontrolle	low-sense	0,28	0,19	9			
		high-sense	0,41	0,12	14	Gruppe	38	0,12 0,73 0,00
		Total	0,36	0,16	23			
	PPD	low-sense	0,26	0,13	8			
		high-sense	0,40	0,13	11	Feinfähigkeit	38	9,36 <.01 0,20
		Total	0,34	0,14	19			
	Total	low-sense	0,27	0,16	17			
		high-sense	0,41	0,12	25	Gruppe*	38	0,00 1,00 0,00
		Total	0,35	0,15	42	Feinfähigkeit		
	prescription	Kontrolle	low-sense	0,03	0,01	9		
high-sense			0,07	0,05	14	Gruppe	38	0,68 0,41 0,02
Total			0,05	0,04	23			
PPD		low-sense	0,06	0,05	8			
		high-sense	0,06	0,05	11	Feinfähigkeit	38	1,49 0,23 0,04
		Total	0,06	0,05	19			
Total		low-sense	0,05	0,04	17			
		high-sense	0,07	0,05	25	Gruppe*	38	1,33 0,26 0,03
		Total	0,06	0,04	42	Feinfähigkeit		
short utterances adress		Kontrolle	low-sense	0,47	0,23	9		
	high-sense		0,44	0,12	14	Gruppe	38	1,41 0,24 0,04
	Total		0,46	0,17	23			
	PPD	low-sense	0,52	0,20	8			
		high-sense	0,52	0,11	11	Feinfähigkeit	38	0,05 0,82 0,00
		Total	0,52	0,15	19			
	Total	low-sense	0,49	0,21	17			
		high-sense	0,48	0,12	25	Gruppe*	38	0,11 0,74 0,00
		Total	0,48	0,16	42	Feinfähigkeit		

imitation	Kontrolle	low-sense	0,04	0,04	9	Gruppe	38	0,17	0,68	0,00
		high-sense	0,03	0,05	14		38	0,68	0,00	
		Total	0,04	0,05	23		38	0,68	0,00	
	PPD	low-sense	0,03	0,03	8	Feinfähigkeit	38	0,00	0,97	0,00
		high-sense	0,03	0,05	11		38	0,00	0,97	0,00
		Total	0,03	0,04	19		38	0,00	0,97	0,00
	Total	low-sense	0,03	0,03	17	Gruppe* Feinfähigkeit	38	0,28	0,60	0,01
		high-sense	0,03	0,05	25		38	0,28	0,60	0,01
		Total	0,03	0,04	42		38	0,28	0,60	0,01
	name	Kontrolle	low-sense	0,09	0,08	9	Gruppe	38	1,11	0,30
high-sense			0,14	0,13	14	38		1,11	0,30	0,03
Total			0,12	0,12	23	38		1,11	0,30	0,03
PPD		low-sense	0,10	0,08	8	Feinfähigkeit	38	0,00	0,95	0,00
		high-sense	0,06	0,06	11		38	0,00	0,95	0,00
		Total	0,08	0,07	19		38	0,00	0,95	0,00
Total		low-sense	0,09	0,08	17	Gruppe* Feinfähigkeit	38	2,62	0,11	0,06
		high-sense	0,10	0,11	25		38	2,62	0,11	0,06
		Total	0,10	0,10	42		38	2,62	0,11	0,06
sound		Kontrolle	low-sense	0,73	0,14	9	Gruppe	38	0,76	0,39
	high-sense		0,71	0,16	14	38		0,76	0,39	0,02
	Total		0,72	0,15	23	38		0,76	0,39	0,02
	PPD	low-sense	0,72	0,13	8	Feinfähigkeit	38	0,39	0,54	0,01
		high-sense	0,80	0,16	11		38	0,39	0,54	0,01
		Total	0,77	0,15	19		38	0,39	0,54	0,01
	Total	low-sense	0,73	0,13	17	Gruppe* Feinfähigkeit	38	1,01	0,32	0,03
		high-sense	0,75	0,16	25		38	1,01	0,32	0,03
		Total	0,74	0,15	42		38	1,01	0,32	0,03

salutatory address	Kontrolle	low-sense	0,10	0,13	9			
		high-sense	0,06	0,06	14	Gruppe	38	0,58 0,45 0,01
		Total	0,08	0,09	23			
	PPD:	low-sense	0,13	0,09	8			
		high-sense	0,08	0,12	11	Feinfähigkeit	38	1,63 0,21 0,04
		Total	0,10	0,10	19			
	Total	low-sense	0,11	0,11	17			
		high-sense	0,07	0,09	25	Gruppe*	38	0,04 0,85 0,00
		Total	0,09	0,10	42	Feinfähigkeit		
		Total						
laugh	Kontrolle	low-sense	0,04	0,04	9			
		high-sense	0,05	0,09	14	Gruppe	38	1,79 0,19 0,04
		Total	0,05	0,07	23			
	PPD:	low-sense	0,02	0,03	8			
		high-sense	0,03	0,03	11	Feinfähigkeit	38	0,21 0,65 0,01
		Total	0,02	0,03	19			
	Total	low-sense	0,03	0,04	17			
		high-sense	0,04	0,07	25	Gruppe*	38	0,02 0,90 0,00
		Total	0,04	0,06	42	Feinfähigkeit		
		Total						
short utterances no address	Kontrolle	low-sense	0,00	0,00	9			
		high-sense	0,00	0,00	14	Gruppe	38	16,15 <.01 0,30
		Total	0,00	0,00	23			
	PPD:	low-sense	0,01	0,01	8			
		high-sense	0,01	0,01	11	Feinfähigkeit	38	2,63 0,11 0,06
		Total	0,01	0,01	19			
	Total	low-sense	0,01	0,01	17			
		high-sense	0,00	0,01	25	Gruppe*	38	1,71 0,20 0,04
		Total	0,00	0,01	42	Feinfähigkeit		
		Total						

play / song	Kontrolle	low-sense	0,22	0,24	9			
		high-sense	0,07	0,16	14	Gruppe	38	1,57 0,22 0,04
		Total	0,13	0,20	23			
	PPD	low-sense	0,15	0,17	8			
		high-sense	0,01	0,03	11	Feinfähigkeit	38	7,64 <.01 0,17
		Total	0,07	0,13	19			
	Total	low-sense	0,18	0,21	17			
		high-sense	0,04	0,12	25	Gruppe*	38	0,02 0,90 0,00
		Total	0,10	0,17	42	Feinfähigkeit		
	child-focused	Kontrolle	low-sense	0,37	0,23	9		
high-sense			0,45	0,15	14	Gruppe	38	0,01 0,93 0,00
Total			0,42	0,19	23			
PPD		low-sense	0,32	0,18	8			
		high-sense	0,50	0,18	11	Feinfähigkeit	38	5,29 0,03 0,12
		Total	0,42	0,20	19			
Total		low-sense	0,34	0,21	17			
		high-sense	0,47	0,16	25	Gruppe*	38	0,74 0,39 0,02
		Total	0,42	0,19	42	Feinfähigkeit		
mother-focused		Kontrolle	low-sense	0,03	0,04	9		
	high-sense		0,05	0,05	14	Gruppe	38	7,54 <.01 0,17
	Total		0,04	0,05	23			
	PPD	low-sense	0,14	0,12	8			
		high-sense	0,05	0,06	11	Feinfähigkeit	38	2,61 0,11 0,06
		Total	0,09	0,10	19			
	Total	low-sense	0,08	0,10	17			
		high-sense	0,05	0,05	25	Gruppe*	38	6,68 0,01 0,15
		Total	0,06	0,08	42	Feinfähigkeit		

other-focused	Kontrolle	low-sense	0,47	0,21	9			
		high-sense	0,37	0,14	14	Gruppe	38	0,73 0,40 0,02
		Total	0,41	0,17	23			
	PPD	low-sense	0,38	0,24	8			
		high-sense	0,36	0,20	11	Feinfähigkeit	38	1,19 0,28 0,03
		Total	0,37	0,21	19			
	Total	low-sense	0,43	0,22	17			
		high-sense	0,36	0,16	25	Gruppe*	38	0,40 0,53 0,01
		Total	0,39	0,19	42	Feinfähigkeit		
	interaction child	Kontrolle	low-sense	0,06	0,07	9		
high-sense			0,02	0,04	14	Gruppe	38	0,01 0,92 0,00
Total			0,04	0,05	23			
PPD		low-sense	0,06	0,15	8			
		high-sense	0,03	0,05	11	Feinfähigkeit	38	2,18 0,15 0,05
		Total	0,04	0,10	19			
Total		low-sense	0,06	0,11	17			
		high-sense	0,02	0,05	25	Gruppe*	38	0,02 0,88 0,00
		Total	0,04	0,08	42	Feinfähigkeit		
interaction mother		Kontrolle	low-sense	0,00	0,00	9		
	high-sense		0,03	0,05	14	Gruppe	38	1,34 0,25 0,03
	Total		0,02	0,04	23			
	PPD	low-sense	0,03	0,03	8			
		high-sense	0,03	0,04	11	Feinfähigkeit	38	0,99 0,33 0,03
		Total	0,03	0,03	19			
	Total	low-sense	0,02	0,03	17			
		high-sense	0,03	0,04	25	Gruppe*	38	1,79 0,19 0,05
		Total	0,02	0,04	42	Feinfähigkeit		

interaction balanced	Kontrolle	low-sense	0,07	0,10	9			
		high-sense	0,07	0,07	14	Gruppe	38	0,55
		Total	0,07	0,08	23			0,01
	PPD:	low-sense	0,06	0,13	8			
		high-sense	0,04	0,05	11	Feinfähigkeit	38	0,06
		Total	0,05	0,09	19			0,80
	Total	low-sense	0,07	0,11	17			
		high-sense	0,06	0,06	25	Gruppe *	38	0,26
		Total	0,06	0,08	42	Feinfähigkeit		0,61
								0,01
<hr/>								
doing	Kontrolle	low-sense	0,39	0,30	9			
		high-sense	0,35	0,17	14	Gruppe	38	0,55
		Total	0,37	0,22	23			0,46
	PPD:	low-sense	0,36	0,07	8			
		high-sense	0,29	0,19	11	Feinfähigkeit	38	0,92
		Total	0,32	0,16	19			0,34
	Total	low-sense	0,38	0,22	17			
		high-sense	0,32	0,18	25	Gruppe *	38	0,05
		Total	0,34	0,19	42	Feinfähigkeit		0,83
								0,00
<hr/>								
state	Kontrolle	low-sense	0,58	0,27	9			
		high-sense	0,61	0,17	14	Gruppe	38	0,01
		Total	0,60	0,21	23			0,92
	PPD:	low-sense	0,51	0,21	8			
		high-sense	0,69	0,22	11	Feinfähigkeit	38	2,35
		Total	0,62	0,23	19			0,13
	Total	low-sense	0,55	0,24	17			
		high-sense	0,65	0,19	25	Gruppe *	38	1,19
		Total	0,61	0,22	42	Feinfähigkeit		0,28
								0,03

mind-related	Kontrolle	low-sense	0,35	0,24	9					
		high-sense	0,29	0,14	14	Gruppe	38	0,01	0,92	0,00
		Total	0,31	0,18	23					
	PPD	low-sense	0,27	0,15	8					
		high-sense	0,35	0,14	11	Feinfähigkeit	38	0,04	0,85	0,00
		Total	0,32	0,15	19					
	Total	low-sense	0,31	0,20	17					
		high-sense	0,32	0,14	25	Gruppe*	38	1,82	0,19	0,05
		Total	0,31	0,17	42	Feinfähigkeit				
	non mind-related	Kontrolle	low-sense	0,66	0,24	9				
high-sense			0,72	0,12	14	Gruppe	38	0,20	0,66	0,01
Total			0,70	0,18	23					
PPD		low-sense	0,77	0,13	8					
		high-sense	0,65	0,14	11	Feinfähigkeit	38	0,31	0,58	0,01
		Total	0,70	0,15	19					
Total		low-sense	0,71	0,20	17					
		high-sense	0,69	0,13	25	Gruppe*	38	3,62	0,06	0,09
		Total	0,70	0,16	42	Feinfähigkeit				
in lieu of child		Kontrolle	low-sense	0,00	0,00	9				
	high-sense		0,01	0,02	14	Gruppe	38	0,01	0,93	0,00
	Total		0,00	0,02	23					
	PPD	low-sense	0,01	0,01	8					
		high-sense	0,00	0,00	11	Feinfähigkeit	38	0,01	0,92	0,00
		Total	0,00	0,01	19					
	Total	low-sense	0,00	0,01	17					
		high-sense	0,00	0,02	25	Gruppe*	38	1,16	0,29	0,03
		Total	0,00	0,01	42	Feinfähigkeit				

positive content	Kontrolle	low-sense	0,22	0,12	9			
		high-sense	0,36	0,15	14	Gruppe	38	0,81 0,37 0,02
		Total	0,30	0,15	23			
	PPD	low-sense	0,22	0,09	8			
		high-sense	0,28	0,12	11	Feinfähigkeit	38	6,23 0,02 0,14
		Total	0,26	0,11	19			
	Total	low-sense	0,22	0,11	17			
		high-sense	0,32	0,14	25	Gruppe*	38	0,88 0,35 0,02
		Total	0,28	0,13	42	Feinfähigkeit		
	neutral content	Kontrolle	low-sense	0,73	0,12	9		
high-sense			0,57	0,16	14	Gruppe	38	0,58 0,45 0,02
Total			0,63	0,16	23			
PPD		low-sense	0,71	0,11	8			
		high-sense	0,65	0,11	11	Feinfähigkeit	38	6,98 0,01 0,16
		Total	0,68	0,11	19			
Total		low-sense	0,72	0,11	17			
		high-sense	0,61	0,14	25	Gruppe*	38	1,30 0,26 0,03
		Total	0,65	0,14	42	Feinfähigkeit		
negative content		Kontrolle	low-sense	0,05	0,07	9		
	high-sense		0,07	0,06	14	Gruppe	38	0,06 0,80 0,00
	Total		0,06	0,06	23			
	PPD	low-sense	0,07	0,05	8			
		high-sense	0,07	0,05	11	Feinfähigkeit	38	0,25 0,62 0,01
		Total	0,07	0,05	19			
	Total	low-sense	0,06	0,06	17			
		high-sense	0,07	0,06	25	Gruppe*	38	0,27 0,61 0,01
		Total	0,07	0,06	42	Feinfähigkeit		

appropriate and related	Kontrolle	low-sense	0,90	0,10	9				
		high-sense	0,91	0,08	14	Gruppe	38	5,01 0,03 0,12	
		Total	0,91	0,08	23				
	PPD	low-sense	0,80	0,14	8				
		high-sense	0,86	0,13	11	Feinfähigkeit	38	0,91 0,35 0,02	
		Total	0,83	0,13	19				
	Total	low-sense	0,85	0,12	17				
		high-sense	0,89	0,10	25	Gruppe*	38	0,39 0,54 0,01	
		Total	0,87	0,11	42	Feinfähigkeit			
	appropriate and non-related	Kontrolle	low-sense	0,08	0,08	9			
			high-sense	0,06	0,07	14	Gruppe	38	0,03 0,85 0,00
			Total	0,07	0,07	23			
		PPD	low-sense	0,06	0,03	8			
high-sense			0,07	0,12	11	Feinfähigkeit	38	0,05 0,82 0,00	
Total			0,07	0,09	19				
Total		low-sense	0,07	0,06	17				
		high-sense	0,07	0,09	25	Gruppe*	38	0,12 0,73 0,00	
		Total	0,07	0,08	42	Feinfähigkeit			
inappropriate and related		Kontrolle	low-sense	0,01	0,01	9			
			high-sense	0,02	0,02	14	Gruppe	38	7,79 <.01 0,17
			Total	0,01	0,02	23			
		PPD	low-sense	0,07	0,08	8			
	high-sense		0,04	0,05	11	Feinfähigkeit	38	0,60 0,44 0,02	
	Total		0,05	0,07	19				
	Total	low-sense	0,04	0,07	17				
		high-sense	0,02	0,04	25	Gruppe*	38	1,71 0,20 0,04	
		Total	0,03	0,05	42	Feinfähigkeit			

inappropriate and non-related	Kontrolle	low-sense	0,00	0,01	9			
		high-sense	0,01	0,02	14	Gruppe	38	5,45 0,02 0,13
		Total	0,01	0,02	23			
	PPD	low-sense	0,04	0,04	8			
		high-sense	0,03	0,06	11	Feinfähigkeit	38	0,03 0,86 0,00
		Total	0,03	0,05	19			
	Total	low-sense	0,02	0,03	17			
		high-sense	0,02	0,04	25	Gruppe*	38	0,35 0,56 0,01
		Total	0,02	0,04	42	Feinfähigkeit		
	positive cadence	Kontrolle	low-sense	0,00	0,01	9		
high-sense			0,00	0,00	14	Gruppe	38	3,80 0,06 0,09
Total			0,00	0,01	23			
PPD		low-sense	0,03	0,05	8			
		high-sense	0,00	0,00	11	Feinfähigkeit	38	4,85 0,03 0,11
		Total	0,01	0,04	19			
Total		low-sense	0,02	0,04	17			
		high-sense	0,00	0,00	25	Gruppe*	38	3,32 0,08 0,08
		Total	0,01	0,03	42	Feinfähigkeit		
neutral cadence		Kontrolle	low-sense	0,24	0,25	9		
	high-sense		0,10	0,10	14	Gruppe	38	21,10 <.01 0,36
	Total		0,16	0,19	23			
	PPD	low-sense	0,47	0,21	8			
		high-sense	0,45	0,23	11	Feinfähigkeit	38	1,95 0,17 0,05
		Total	0,46	0,22	19			
	Total	low-sense	0,35	0,26	17			
		high-sense	0,25	0,24	25	Gruppe*	38	0,90 0,35 0,02
		Total	0,29	0,25	42	Feinfähigkeit		

negative cadence	Kontrolle	low-sense	0,75	0,26	9					
		high-sense	0,90	0,10	14	Gruppe	38	21,13	<.01	0,36
		Total	0,84	0,19	23					
	PPD	low-sense	0,50	0,25	8					
		high-sense	0,55	0,23	11	Feinfähigkeit	38	2,49	0,12	0,06
		Total	0,53	0,23	19					
	Total	low-sense	0,63	0,28	17					
		high-sense	0,75	0,24	25	Gruppe*	38	0,49	0,49	0,01
		Total	0,70	0,26	42	Feinfähigkeit				
	question	Kontrolle	low-sense	0,21	0,10	9				
	high-sense	0,35	0,14	14	Gruppe	38	1,14	0,29	0,03	
	Total	0,30	0,14	23						
	PPD	low-sense	0,23	0,10	8					
	high-sense	0,26	0,09	11	Feinfähigkeit	38	6,03	0,02	0,14	
	Total	0,25	0,09	19						
	Total	low-sense	0,22	0,10	17					
	high-sense	0,31	0,13	25	Gruppe*	38	2,26	0,14	0,06	
	Total	0,28	0,12	42	Feinfähigkeit					
no question	Kontrolle	low-sense	0,79	0,10	9					
		high-sense	0,65	0,14	14	Gruppe	38	1,16	0,29	0,03
		Total	0,70	0,14	23					
	PPD	low-sense	0,77	0,10	8					
		high-sense	0,74	0,09	11	Feinfähigkeit	38	5,90	0,02	0,13
		Total	0,75	0,09	19					
	Total	low-sense	0,78	0,10	17					
		high-sense	0,69	0,13	25	Gruppe*	38	2,23	0,14	0,06
		Total	0,73	0,12	42	Feinfähigkeit				

verbal repetition	Kontrolle	low-sense	0,15	0,08	9				
		high-sense	0,20	0,09	14	Gruppe	38	1,47 0,23 0,04	
		Total	0,18	0,09	23				
	PPD	low-sense	0,22	0,08	8				
		high-sense	0,19	0,07	11	Feinfähigkeit	38	0,24 0,63 0,01	
		Total	0,20	0,08	19				
	Total	low-sense	0,18	0,09	17				
		high-sense	0,20	0,08	25	Gruppe*	38	2,23 0,14 0,06	
		Total	0,19	0,08	42	Feinfähigkeit			
	thematic repetition	Kontrolle	low-sense	0,31	0,16	9			
			high-sense	0,16	0,14	14	Gruppe	38	0,91 0,35 0,02
			Total	0,22	0,16	23			
PPD		low-sense	0,24	0,14	8				
		high-sense	0,15	0,07	11	Feinfähigkeit	38	9,03 < .01 0,19	
		Total	0,19	0,11	19				
Total		low-sense	0,28	0,15	17				
		high-sense	0,15	0,11	25	Gruppe*	38	0,36 0,55 0,01	
		Total	0,20	0,14	42	Feinfähigkeit			
no repetition		Kontrolle	low-sense	0,54	0,16	9			
			high-sense	0,64	0,12	14	Gruppe	38	0,05 0,82 0,00
			Total	0,60	0,14	23			
	PPD	low-sense	0,54	0,11	8				
		high-sense	0,66	0,09	11	Feinfähigkeit	38	7,95 < .01 0,17	
		Total	0,61	0,12	19				
	Total	low-sense	0,54	0,14	17				
		high-sense	0,65	0,11	25	Gruppe*	38	0,13 0,72 0,00	
		Total	0,61	0,13	42	Feinfähigkeit			

child object 1	Kontrolle	low-sense	0,19	0,14	9	Gruppe	38	0,56	0,46	0,01	
		high-sense	0,21	0,12	14		38	0,56	0,46	0,01	
		Total	0,20	0,13	23		38	0,56	0,46	0,01	
	PPD	low-sense	0,24	0,17	8	Feinfähigkeit	38	0,00	0,98	0,00	
		high-sense	0,23	0,15	11		38	0,00	0,98	0,00	
		Total	0,23	0,15	19		38	0,00	0,98	0,00	
	Total	low-sense	0,22	0,15	17	Gruppe* Feinfähigkeit	38	0,14	0,71	0,00	
		high-sense	0,22	0,13	25		38	0,14	0,71	0,00	
		Total	0,22	0,14	42		38	0,14	0,71	0,00	
	child object 2	Kontrolle	low-sense	0,03	0,03	9	Gruppe	38	0,03	0,87	0,00
			high-sense	0,05	0,05	14		38	0,03	0,87	0,00
			Total	0,05	0,05	23		38	0,03	0,87	0,00
		PPD	low-sense	0,02	0,03	8	Feinfähigkeit	38	3,62	0,06	0,09
high-sense			0,06	0,06	11	38		3,62	0,06	0,09	
Total			0,04	0,05	19	38		3,62	0,06	0,09	
Total		low-sense	0,03	0,03	17	Gruppe* Feinfähigkeit	38	0,34	0,56	0,01	
		high-sense	0,06	0,05	25		38	0,34	0,56	0,01	
		Total	0,04	0,05	42		38	0,34	0,56	0,01	
mother object		Kontrolle	low-sense	0,00	0,01	9	Gruppe	38	5,61	0,02	0,13
			high-sense	0,04	0,04	14		38	5,61	0,02	0,13
			Total	0,02	0,03	23		38	5,61	0,02	0,13
		PPD	low-sense	0,05	0,07	8	Feinfähigkeit	38	1,97	0,17	0,05
	high-sense		0,06	0,06	11	38		1,97	0,17	0,05	
	Total		0,06	0,06	19	38		1,97	0,17	0,05	
	Total	low-sense	0,03	0,05	17	Gruppe* Feinfähigkeit	38	0,85	0,36	0,02	
		high-sense	0,05	0,05	25		38	0,85	0,36	0,02	
		Total	0,04	0,05	42		38	0,85	0,36	0,02	

no object	Kontrolle	low-sense	0,77	0,15	9				
		high-sense	0,70	0,12	14	Gruppe	38	1,55 0,22 0,04	
		Total	0,73	0,13	23				
	PPD	low-sense	0,68	0,24	8				
		high-sense	0,65	0,18	11	Feinfähigkeit	38	0,97 0,33 0,02	
		Total	0,67	0,20	19				
	Total	low-sense	0,73	0,19	17				
		high-sense	0,68	0,15	25	Gruppe*	38	0,17 0,68 0,00	
		Total	0,70	0,17	42	Feinfähigkeit			
	rough touch	Kontrolle	low-sense	0,13	0,17	9			
			high-sense	0,03	0,08	14	Gruppe	38	0,23 0,63 0,01
			Total	0,07	0,13	23			
		PPD	low-sense	0,18	0,31	8			
high-sense			0,03	0,06	11	Feinfähigkeit	38	6,08 0,02 0,14	
Total			0,09	0,21	19				
Total		low-sense	0,15	0,24	17				
		high-sense	0,03	0,07	25	Gruppe*	38	0,33 0,57 0,01	
		Total	0,08	0,17	42	Feinfähigkeit			
smooth touch		Kontrolle	low-sense	0,53	0,35	9			
			high-sense	0,68	0,32	14	Gruppe	38	2,48 0,12 0,06
			Total	0,62	0,33	23			
		PPD	low-sense	0,68	0,31	8			
	high-sense		0,83	0,20	11	Feinfähigkeit	38	2,62 0,11 0,06	
	Total		0,77	0,26	19				
	Total	low-sense	0,60	0,33	17				
		high-sense	0,75	0,28	25	Gruppe*	38	0,00 0,99 0,00	
		Total	0,69	0,31	42	Feinfähigkeit			

no touch	Kontrolle	low-sense	0,33	0,40	9				
		high-sense	0,28	0,33	14	Gruppe	3,86	0,06	
		Total	0,30	0,35	23				
	PPD	low-sense	0,13	0,13	8				
		high-sense	0,13	0,17	11	Feinfähigkeit	0,11	0,74	
		Total	0,13	0,15	19				
	Total	low-sense	0,24	0,31	17				
		high-sense	0,21	0,28	25	Gruppe *	0,08	0,78	
		Total	0,22	0,29	42	Feinfähigkeit		0,00	
	fitting speech	Kontrolle	low-sense	0,30	0,24	9			
			high-sense	0,22	0,19	14	Gruppe	0,20	0,66
			Total	0,25	0,21	23			
PPD		low-sense	0,32	0,17	8				
		high-sense	0,25	0,17	11	Feinfähigkeit	1,54	0,22	
		Total	0,28	0,17	19				
Total		low-sense	0,31	0,21	17				
		high-sense	0,23	0,18	25	Gruppe *	0,03	0,87	
		Total	0,27	0,19	42	Feinfähigkeit		0,00	
not fitting speech		Kontrolle	low-sense	0,36	0,28	9			
			high-sense	0,51	0,25	14	Gruppe	2,46	0,13
			Total	0,45	0,27	23			
	PPD	low-sense	0,52	0,24	8				
		high-sense	0,61	0,27	11	Feinfähigkeit	2,14	0,15	
		Total	0,57	0,26	19				
	Total	low-sense	0,43	0,27	17				
		high-sense	0,55	0,26	25	Gruppe *	0,09	0,76	
		Total	0,50	0,27	42	Feinfähigkeit		0,00	

language composite	Kontrolle	low-sense	7,85	0,74	9				
		high-sense	8,50	0,30	14	Gruppe	38	3,91	0,06
		Total	8,25	0,60	23				
PPD	low-sense	7,43	0,30	8					
	high-sense	8,29	0,60	11	Feinfähigkeit	38	22,40	< .01	0,37
	Total	7,93	0,66	19					
Total	low-sense	7,65	0,60	17					
	high-sense	8,41	0,46	25	Gruppe * Feinfähigkeit	38	0,43	0,52	0,01
	Total	8,10	0,64	42					

21.4 Längsschnittstudien

21.4.1 Zellbesetzung einer dreifaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA)

	low-sense	high-sense	low-sense	high-sense
Kontrolle	7	10	7	10
PPD	8	6	8	6

Die Überprüfung der Hypothese 4 stellt sich als statistisch invalide dar, da die Zellbesetzungen und Fehlerfreiheitsgrade zu klein werden.

21.4.2 Messzeitpunkt und postpartale Depression

Tab. 15: 2 x 2 Anovas (Gruppe x Messzeitpunkt)

Variable		M	SD	N	Faktor	df _{error}	F	p	partielles η^2	
utterances	TI	Kontrolle	0,81	0,11	22					
		PPD	0,79	0,14	20	Gruppe	40	.01	.92	.00
		Total	0,80	0,13	42					
	TII	Kontrolle	0,80	0,13	22					
		PPD	0,81	0,12	20	Messzeitpunkt	40	.00	.96	.00
		Total	0,80	0,12	42					
					Gruppe * Messzeitpunkt	40	.34	.56	.01	
breaks	TI	Kontrolle	0,13	0,09	22					
		PPD	0,16	0,14	20	Gruppe	40	.49	.49	.01
		Total	0,15	0,12	42					
	TII	Kontrolle	0,16	0,11	22					
		PPD	0,17	0,12	20	Messzeitpunkt	40	.63	.43	.02
		Total	0,16	0,11	42					
					Gruppe * Messzeitpunkt	40	.18	.68	.00	
unclear	TI	Kontrolle	0,06	0,05	22					
		PPD	0,04	0,05	20	Gruppe	40	1,64	.21	.04
		Total	0,05	0,05	42					
	TII	Kontrolle	0,04	0,04	22					
		PPD	0,02	0,02	20	Messzeitpunkt	40	12,96	< .01	.25
		Total	0,03	0,04	42					
					Gruppe * Messzeitpunkt	40	.11	.75	.00	

description	TI	Kontrolle	0,31	0,16	22					
		PPD	0,28	0,13	20	Gruppe	40	1,98	.17	.05
		Total	0,30	0,15	42					
	TII	Kontrolle	0,33	0,16	22					
		PPD	0,25	0,14	20	Messzeitpunkt	40	.23	.64	.01
		Total	0,29	0,15	42					
						Gruppe *	40	1,61	.21	.04
						Messzeitpunkt				
	<hr/>									
	prescription	TI	Kontrolle	0,05	0,04	22				
PPD			0,05	0,04	20	Gruppe	40	.06	.80	.00
Total			0,05	0,04	42					
TII		Kontrolle	0,05	0,05	22					
		PPD	0,05	0,04	20	Messzeitpunkt	40	.40	.53	.01
		Total	0,05	0,05	42					
						Gruppe *	40	.34	.56	.01
						Messzeitpunkt				
<hr/>										
short utterances adress		TI	Kontrolle	0,50	0,18	22				
	PPD		0,56	0,17	20	Gruppe	40	1,19	.28	.03
	Total		0,53	0,18	42					
	TII	Kontrolle	0,45	0,18	22					
		PPD	0,50	0,19	20	Messzeitpunkt	40	4,31	.04	.10
		Total	0,47	0,19	42					
						Gruppe *	40	.07	.79	.00
						Messzeitpunkt				
	<hr/>									

imitation	TI	Kontrolle	0,04	0,05	22					
		PPD	0,06	0,09	20	Gruppe	40	,17	,68	,00
		Total	0,05	0,07	42					
	TII	Kontrolle	0,04	0,06	22					
		PPD	0,04	0,03	20	Messzeitpunkt	40	,30	,59	,01
		Total	0,04	0,05	42					
						Gruppe *	40	1,35	,25	,03
						Messzeitpunkt				
	name	TI	Kontrolle	0,11	0,13	22				
			PPD	0,09	0,07	20	Gruppe	40	1,94	,17
Total			0,10	0,10	42					
TII		Kontrolle	0,13	0,13	22					
		PPD	0,08	0,06	20	Messzeitpunkt	40	,01	,92	,00
		Total	0,10	0,10	42					
						Gruppe *	40	,48	,49	,01
						Messzeitpunkt				
sound		TI	Kontrolle	0,73	0,15	22				
			PPD	0,73	0,15	20	Gruppe	40	1,23	,27
	Total		0,73	0,15	42					
	TII	Kontrolle	0,70	0,17	22					
		PPD	0,79	0,13	20	Messzeitpunkt	40	,44	,51	,01
		Total	0,75	0,16	42					
						Gruppe *	40	2,73	,11	,06
						Messzeitpunkt				

salutatory address	TI	Kontrolle	0,06	0,06	22					
		PPD	0,10	0,09	20	Gruppe	40	.54	.47	.01
		Total	0,08	0,08	42					
	TII	Kontrolle	0,08	0,08	22					
		PPD	0,07	0,08	20	Messzeitpunkt	40	.27	.61	.01
		Total	0,07	0,08	42					
						Gruppe *	40	2.43	.13	.06
						Messzeitpunkt				
	<hr/>									
	laugh	TI	Kontrolle	0,06	0,07	22				
PPD			0,03	0,03	20	Gruppe	40	4.41	.04	.10
Total			0,04	0,06	42					
TII		Kontrolle	0,04	0,05	22					
		PPD	0,03	0,03	20	Messzeitpunkt	40	.31	.58	.01
		Total	0,03	0,04	42					
						Gruppe *	40	.40	.53	.01
						Messzeitpunkt				
<hr/>										
short utterances no address		TI	Kontrolle	0,00	0,00	22				
	PPD		0,01	0,01	20	Gruppe	40	8.58	<.01	.18
	Total		0,00	0,01	42					
	TII	Kontrolle	0,00	0,01	22					
		PPD	0,01	0,02	20	Messzeitpunkt	40	2.54	.12	.06
		Total	0,01	0,01	42					
						Gruppe *	40	.00	.98	.00
						Messzeitpunkt				
	<hr/>									

play / song	TI	Kontrolle	0,13	0,20	22						
		PPD	0,09	0,13	20	Gruppe	40	.00	.97	.00	
		Total	0,11	0,17	42						
	TII	Kontrolle	0,15	0,18	22						
		PPD	0,20	0,19	20	Messzeitpunkt	40	6,55	.01	.14	
		Total	0,17	0,19	42						
						Gruppe *	40	3,29	.08	.08	
						Messzeitpunkt					
	child-focused	TI	Kontrolle	0,44	0,18	22					
			PPD	0,41	0,19	20	Gruppe	40	.00	.97	.00
Total			0,42	0,18	42						
TII		Kontrolle	0,38	0,17	22						
		PPD	0,40	0,19	20	Messzeitpunkt	40	.86	.36	.02	
		Total	0,39	0,18	42						
						Gruppe *	40	.53	.47	.01	
						Messzeitpunkt					
mother-focused		TI	Kontrolle	0,05	0,05	22					
			PPD	0,08	0,10	20	Gruppe	40	1,63	.21	.04
	Total		0,06	0,08	42						
	TII	Kontrolle	0,04	0,05	22						
		PPD	0,04	0,04	20	Messzeitpunkt	40	2,59	.12	.06	
		Total	0,04	0,05	42						
						Gruppe *	40	.74	.40	.02	
						Messzeitpunkt					

other-focused	TI	Kontrolle	0,37	0,14	22				
		PPD	0,37	0,18	20	Gruppe	40	.12 .73 .00	
		Total	0,37	0,16	42				
	TII	Kontrolle	0,44	0,17	22				
		PPD	0,42	0,19	20	Messzeitpunkt	40	2,89 .10 .07	
		Total	0,43	0,18	42				
						Gruppe *	40	.08 .78 .00	
						Messzeitpunkt			
	interaction child	TI	Kontrolle	0,04	0,06	22			
			PPD	0,06	0,11	20	Gruppe	40	.04 .85 .00
Total			0,05	0,08	42				
TII		Kontrolle	0,04	0,04	22				
		PPD	0,02	0,03	20	Messzeitpunkt	40	2,13 .15 .05	
		Total	0,03	0,04	42				
						Gruppe *	40	2,16 .15 .05	
						Messzeitpunkt			
interaction mother		TI	Kontrolle	0,04	0,09	22			
			PPD	0,04	0,05	20	Gruppe	40	.31 .58 .01
	Total		0,04	0,07	42				
	TII	Kontrolle	0,02	0,04	22				
		PPD	0,02	0,03	20	Messzeitpunkt	40	2,25 .14 .05	
		Total	0,02	0,03	42				
						Gruppe *	40	.01 .91 .00	
						Messzeitpunkt			

interaction balanced	TI	Kontrolle	0,07	0,09	22						
		PPD	0,05	0,08	20	Gruppe	40	1,56	.22	.04	
		Total	0,06	0,08	42						
	TII	Kontrolle	0,08	0,07	22						
		PPD	0,05	0,06	20	Messzeitpunkt	40	.03	.87	.00	
		Total	0,06	0,07	42						
						Gruppe *	40	.23	.63	.01	
						Messzeitpunkt					
	dong	TI	Kontrolle	0,37	0,23	22					
			PPD	0,35	0,16	20	Gruppe	40	.00	.99	.00
Total			0,36	0,20	42						
TII		Kontrolle	0,32	0,16	22						
		PPD	0,34	0,27	20	Messzeitpunkt	40	.45	.51	.01	
		Total	0,33	0,22	42						
						Gruppe *	40	.25	.62	.01	
						Messzeitpunkt					
state		TI	Kontrolle	0,59	0,23	22					
			PPD	0,60	0,22	20	Gruppe	40	.04	.85	.00
	Total		0,60	0,22	42						
	TII	Kontrolle	0,63	0,21	22						
		PPD	0,61	0,29	20	Messzeitpunkt	40	.29	.59	.01	
		Total	0,62	0,25	42						
						Gruppe *	40	.06	.80	.00	
						Messzeitpunkt					

mind-related	TI	Kontrolle	0,28	0,16	22					
		PPD	0,30	0,17	20	Gruppe	40	.27	.61	.01
		Total	0,29	0,16	42					
	TII	Kontrolle	0,28	0,22	22					
		PPD	0,30	0,23	20	Messzeitpunkt	40	.01	.94	.00
		Total	0,29	0,22	42					
						Gruppe *	40	.00	.95	.00
						Messzeitpunkt				
	non mind-related	TI	Kontrolle	0,72	0,16	22				
			PPD	0,72	0,16	20	Gruppe	40	.35	.56
Total			0,72	0,16	42					
TII		Kontrolle	0,73	0,27	22					
		PPD	0,66	0,26	20	Messzeitpunkt	40	.24	.62	.01
		Total	0,70	0,26	42					
						Gruppe *	40	.48	.50	.01
						Messzeitpunkt				
in lieu of child		TI	Kontrolle	0,00	0,00	22				
			PPD	0,00	0,01	20	Gruppe	40	.55	.46
	Total		0,00	0,01	42					
	TII	Kontrolle	0,01	0,04	22					
		PPD	0,00	0,01	20	Messzeitpunkt	40	1,29	.26	.03
		Total	0,01	0,03	42					
						Gruppe *	40	1,47	.23	.04
						Messzeitpunkt				

positive content	TI	Kontrolle	0,32	0,15	22						
		PPD	0,26	0,12	20	Gruppe	40	1,96	.17	.05	
		Total	0,29	0,14	42						
	TII	Kontrolle	0,25	0,10	22						
		PPD	0,21	0,10	20	Messzeitpunkt	40	10,55	< .01	.21	
		Total	0,23	0,10	42						
						Gruppe *	40	.27	.61	.01	
						Messzeitpunkt					
	neutral content	TI	Kontrolle	0,62	0,16	22					
			PPD	0,68	0,12	20	Gruppe	40	3,28	.08	.08
Total			0,65	0,14	42						
TII		Kontrolle	0,68	0,12	22						
		PPD	0,74	0,10	20	Messzeitpunkt	40	9,17	< .01	.19	
		Total	0,71	0,11	42						
						Gruppe *	40	.04	.84	.00	
						Messzeitpunkt					
negative content		TI	Kontrolle	0,07	0,07	22					
			PPD	0,06	0,05	20	Gruppe	40	.96	.33	.02
	Total		0,06	0,06	42						
	TII	Kontrolle	0,07	0,07	22						
		PPD	0,05	0,04	20	Messzeitpunkt	40	.43	.52	.01	
		Total	0,06	0,06	42						
						Gruppe *	40	.19	.67	.01	
						Messzeitpunkt					

appropriate and related	TI	Kontrolle	0,89	0,12	22						
		PPD	0,81	0,13	20	Gruppe	40	4,76	.04	.11	
		Total	0,85	0,13	42						
	TII	Kontrolle	0,92	0,09	22						
		PPD	0,86	0,21	20	Messzeitpunkt	40	1,43	.24	.03	
		Total	0,89	0,16	42						
						Gruppe *	40	.13	.72	.00	
						Messzeitpunkt					
	appropriate and non-related	TI	Kontrolle	0,07	0,07	22					
			PPD	0,10	0,11	20	Gruppe	40	.60	.44	.02
Total			0,08	0,09	42						
TII		Kontrolle	0,05	0,06	22						
		PPD	0,05	0,04	20	Messzeitpunkt	40	4,56	.04	.10	
		Total	0,05	0,05	42						
						Gruppe *	40	.88	.35	.02	
						Messzeitpunkt					
inappropriate and related		TI	Kontrolle	0,02	0,07	22					
			PPD	0,05	0,07	20	Gruppe	40	1,90	.18	.05
	Total		0,04	0,07	42						
	TII	Kontrolle	0,01	0,03	22						
		PPD	0,02	0,05	20	Messzeitpunkt	40	2,08	.16	.05	
		Total	0,02	0,04	42						
						Gruppe *	40	.49	.49	.01	
						Messzeitpunkt					

inappropriate and non-related	TI	Kontrolle	0,01	0,04	22					
		PPD	0,02	0,04	20	Gruppe	40	.00	.99	.00
		Total	0,02	0,04	42					
	TII	Kontrolle	0,02	0,06	22					
		PPD	0,01	0,02	20	Messzeitpunkt	40	.02	.87	.00
		Total	0,02	0,05	42					
						Gruppe *	40	2,27	.14	.05
						Messzeitpunkt				
	<hr/>									
	positive cadence	TI	Kontrolle	0,81	0,21	22				
PPD			0,50	0,24	20	Gruppe	40	20,81	< .01	.34
Total			0,66	0,27	42					
TII		Kontrolle	0,69	0,20	22					
		PPD	0,53	0,23	20	Messzeitpunkt	40	1,01	.32	.03
		Total	0,62	0,23	42					
						Gruppe *	40	2,62	.11	.06
						Messzeitpunkt				
<hr/>										
neutral cadence		TI	Kontrolle	0,18	0,20	22				
	PPD		0,48	0,23	20	Gruppe	40	21,88	< .01	.35
	Total		0,33	0,26	42					
	TII	Kontrolle	0,30	0,20	22					
		PPD	0,46	0,23	20	Messzeitpunkt	40	1,26	.27	.03
		Total	0,38	0,23	42					
						Gruppe *	40	2,53	.12	.06
						Messzeitpunkt				

negative cadence	TI	Kontrolle	0,01	0,02	22						
		PPD	0,01	0,04	20	Gruppe	40	.80	.38	.02	
		Total	0,01	0,03	42						
	TII	Kontrolle	0,00	0,01	22						
		PPD	0,01	0,02	20	Messzeitpunkt	40	.83	.37	.02	
		Total	0,01	0,01	42						
						Gruppe *	40	.12	.73	.00	
					Messzeitpunkt						
	question	TI	Kontrolle	0,26	0,15	22					
			PPD	0,25	0,08	20	Gruppe	40	1,74	.19	.04
Total			0,25	0,12	42						
TII		Kontrolle	0,30	0,16	22						
		PPD	0,22	0,11	20	Messzeitpunkt	40	.04	.85	.00	
		Total	0,26	0,14	42						
						Gruppe *	40	3,14	.08	.07	
					Messzeitpunkt						
no question		TI	Kontrolle	0,74	0,15	22					
			PPD	0,76	0,08	20	Gruppe	40	1,81	.19	.04
	Total		0,75	0,12	42						
	TII	Kontrolle	0,70	0,16	22						
		PPD	0,79	0,11	20	Messzeitpunkt	40	.01	.92	.00	
		Total	0,74	0,14	42						
						Gruppe *	40	3,39	.07	.08	
					Messzeitpunkt						

verbal repetition	TI	Kontrolle	0,18	0,09	22				
		PPD	0,20	0,09	20	Gruppe	40	.97 .00	
		Total	0,19	0,09	42				
	TII	Kontrolle	0,18	0,10	22				
		PPD	0,15	0,10	20	Messzeitpunkt	40	2,64 .11 .06	
		Total	0,17	0,10	42				
						Gruppe *	40	1,88 .18 .05	
						Messzeitpunkt			
	thematic repetition	TI	Kontrolle	0,23	0,16	22			
			PPD	0,21	0,10	20	Gruppe	40	.54 .47 .01
Total			0,22	0,14	42				
TII		Kontrolle	0,22	0,16	22				
		PPD	0,30	0,14	20	Messzeitpunkt	40	1,81 .19 .04	
		Total	0,26	0,15	42				
						Gruppe *	40	3,82 .06 .09	
						Messzeitpunkt			
no repetition		TI	Kontrolle	0,58	0,15	22			
			PPD	0,59	0,10	20	Gruppe	40	.50 .48 .01
	Total		0,59	0,13	42				
	TII	Kontrolle	0,60	0,18	22				
		PPD	0,55	0,16	20	Messzeitpunkt	40	.10 .76 .00	
		Total	0,58	0,17	42				
						Gruppe *	40	1,03 .32 .03	
						Messzeitpunkt			

child object 1	TI	Kontrolle	0,20	0,15	22					
		PPD	0,23	0,14	20	Gruppe	40	0,2	90	0,00
		Total	0,21	0,15	42					
	TII	Kontrolle	0,22	0,14	22					
		PPD	0,21	0,13	20	Messzeitpunkt	40	0,00	95	0,00
		Total	0,22	0,14	42					
						Gruppe *	40	0,29	59	0,01
						Messzeitpunkt				
	<hr/>									
	child object 2	TI	Kontrolle	0,04	0,05	22				
PPD			0,04	0,05	20	Gruppe	40	0,22	65	0,01
Total			0,04	0,05	42					
TII		Kontrolle	0,04	0,05	22					
		PPD	0,05	0,05	20	Messzeitpunkt	40	0,00	97	0,00
		Total	0,04	0,05	42					
						Gruppe *	40	0,11	74	0,00
						Messzeitpunkt				
<hr/>										
mother object		TI	Kontrolle	0,03	0,04	22				
	PPD		0,05	0,06	20	Gruppe	40	2,20	15	0,05
	Total		0,04	0,05	42					
	TII	Kontrolle	0,02	0,05	22					
		PPD	0,03	0,05	20	Messzeitpunkt	40	1,82	19	0,04
		Total	0,03	0,05	42					
						Gruppe *	40	0,87	36	0,02
						Messzeitpunkt				
	<hr/>									

no object	TI	Kontrolle	0,72	0,15	22					
		PPD	0,67	0,19	20	Gruppe	40	1,19	,28	,03
		Total	0,70	0,17	42					
	TII	Kontrolle	0,71	0,17	22					
		PPD	0,67	0,23	20	Messzeitpunkt	40	,04	,84	,00
		Total	0,69	0,20	42					
						Gruppe *	40	,02	,89	,00
						Messzeitpunkt				
	<hr/>									
	rough touch	TI	Kontrolle	0,08	0,13	22				
PPD			0,09	0,21	20	Gruppe	40	,00	,97	,00
Total			0,08	0,17	42					
TII		Kontrolle	0,05	0,11	22					
		PPD	0,04	0,09	20	Messzeitpunkt	40	1,76	,19	,04
		Total	0,05	0,10	42					
						Gruppe *	40	,11	,75	,00
						Messzeitpunkt				
<hr/>										
smooth touch		TI	Kontrolle	0,65	0,34	22				
	PPD		0,79	0,25	20	Gruppe	40	1,12	,29	,03
	Total		0,72	0,31	42					
	TII	Kontrolle	0,62	0,31	22					
		PPD	0,64	0,27	20	Messzeitpunkt	40	3,66	,06	,08
		Total	0,63	0,29	42					
						Gruppe *	40	1,50	,23	,04
						Messzeitpunkt				

no touch	TI	Kontrolle	0,27	0,35	22	Gruppe	40	1,41	.24	.03	
		PPD	0,12	0,14	20		40				
		Total	0,20	0,28	42						
	TII	Kontrolle	0,33	0,30	22	Messzeitpunkt	40	8,77	< .01	.18	
		PPD	0,31	0,27	20						
		Total	0,32	0,28	42						
		Gruppe *					40	2,23	.14	.05	
	Messzeitpunkt										
	fitting speech	TI	Kontrolle	0,28	0,23	22	Gruppe	40	.12	.74	.00
			PPD	0,29	0,14	20		40			
Total			0,28	0,19	42						
TII		Kontrolle	0,35	0,22	22	Messzeitpunkt	40	3,38	.07	.08	
		PPD	0,37	0,22	20						
		Total	0,36	0,22	42						
		Gruppe *					40	.01	.91	.00	
Messzeitpunkt											
not fitting speech		TI	Kontrolle	0,46	0,28	22	Gruppe	40	.61	.44	.02
			PPD	0,58	0,22	20		40			
	Total		0,52	0,26	42						
	TII	Kontrolle	0,34	0,21	22	Messzeitpunkt	40	21,11	<.01	.35	
		PPD	0,32	0,26	20						
		Total	0,33	0,23	42						
		Gruppe *					40	2,95	.09	.07	
	Messzeitpunkt										



UNIVERSITÄT
HEIDELBERG
ZUKUNFT
SEIT 1386

FAKULTÄT FÜR VERHALTENS-
UND EMPIRISCHE KULTURWISSENSCHAFTEN

**Promotionsausschuss der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg**

**Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchst. b) der Promotionsordnung
der Universität Heidelberg
für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften**

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation selbstständig angefertigt, nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt und die Zitate gekennzeichnet habe.

**Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchst. c) der Promotionsordnung
der Universität Heidelberg
für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften**

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation in dieser oder einer anderen Form nicht anderweitig als Prüfungsarbeit verwendet oder einer anderen Fakultät als Dissertation vorgelegt habe.

Name, Vorname _____

Datum, Unterschrift _____

Impressum:

© 2013 by
Dipl.-Psych. Antje Bieneck
Institut für Psychologie
Universität Heidelberg
Hauptstr. 47-51, 69117 Heidelberg
Tel. 06221/ 547346
Fax 06221/ 547734
antje.bieneck@t-online.de