

# Der Bindungsstil der Mutter und ihr perinatales Wohlbefinden beeinflussen die frühkindliche Entwicklung

## Maternal Attachment Style and her Perinatal Wellbeing Influence Early Childhood Development

### Autoren

Tamme W. Goecke<sup>1,2</sup>, Gudrun I. Schöberl<sup>3</sup>, Matthias W. Beckmann<sup>1</sup>, Andrea M. Beetz<sup>4</sup>

### Institute

- 1 Frauenklinik, Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen, Germany
- 2 Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, RoMed Klinikum Rosenheim, Rosenheim, Germany
- 3 Beratung und Training, Siegendorf, Austria
- 4 Professur für Heilpädagogik und Inklusionspädagogik, IU Internationale Hochschule, Erfurt, Germany

### Schlüsselwörter

präinatale Bindung, postpartale Depression, Verhaltensauffälligkeiten, kindliche Entwicklung

### Key words

prenatal attachment, postpartum depression, behaviour problems, child development

eingereicht 29.11.2021

akzeptiert nach Revision 30.05.2022

online publiziert 20.07.2022

### Bibliografie

Z Geburtsh Neonatol 2022; 226: 325–332

DOI 10.1055/a-1872-1046

ISSN 0948-2393

© 2022. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,  
70469 Stuttgart, Germany

### Korrespondenzadresse

Priv. Doz. Dr. Tamme W. Goecke

RoMed Kliniken

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

Pettenkoflerstrasse 10

83022 Rosenheim

Germany

Tel.: 08031–365 6262

tamme.goecke@ro-med.de

### ZUSAMMENFASSUNG

Immer mehr Kinder zeigen bereits in der frühen Kindheit Anzeichen von Verhaltensauffälligkeiten und Dysregulationen. Es wird ein Einfluss der pränatalen Bindung der Schwangeren zu ihrem ungeborenen Kind sowie ihres peripartalen Wohlbefindens angenommen. In einer prospektiven Studie an 161 Erstgebärenden wurde über standardisierte Fragebögen im dritten Trimenon und 3 Wochen, 6 Monate und 18 Monate postpartum die pränatale Bindung der Mutter zum Kind, den maternalen Bindungsstil, die Bindung in der Partnerschaft und die prä- und postpartale Depressivität, sowie Entwicklungsauffälligkeiten des Kindes im Alter von 18 Monaten erfasst. Im allgemeinen linearen Modell (ALM) waren eine länger vorliegende prä- und postpartale Depressivität der Mutter sowie Anzeichen einer unsicheren pränatalen Bindung zum Kind mit einer höheren Rate an kindlichen Verhaltensauffälligkeiten assoziiert. Die Befunde untermauern die Bedeutung der frühzeitigen Wahrnehmung von Depressivität bei Frauen während und nach der Schwangerschaft durch medizinische Fachkräfte und der Einleitung von entsprechenden Hilfen, um die Häufigkeit kindlicher Verhaltensauffälligkeiten zu reduzieren.

### ABSTRACT

An increasing number of children show signs of behavioral problems and dysregulation in early childhood. It is assumed that maternal depression and her attachment representations affect child development. This was investigated in a prospective study with 161 primiparae women. Via standardized questionnaires during the third trimester, 3 weeks, 6 months and 18 months postpartum, prenatal attachment of the mother to the unborn child, her general attachment style and postpartum depression as well as the child's dysregulation at 18 months were assessed. In the GLM, longer-lasting pre- and postpartum depression and insecure partnership attachment representation were associated with child dysregulation. Therefore, early detection of pre- and postpartum depression is important in order to support both the affected women and the children for better child development.

## Einleitung

Verhaltens- und emotionale Auffälligkeiten finden sich bei bis zu 20% der Kinder und Jugendlichen [1], und schon 10–20% der Säuglinge zeigen eine gestörte Selbstregulation (sog. frühkindliche Regulationsstörungen) [2]. Damit schon Säuglinge einen Rhythmus finden und lernen, sich nach und nach besser zu regulieren, benötigen sie die Unterstützung von erwachsenen Bezugspersonen [3]. Die Bindungstheorie bietet hier einen Ansatz zur Erklärung, wie die Bindungsfigur (in der vorliegenden Studie fokussiert auf die Mutter) Stress und negatives Befinden des Kindes, physisch und emotional, reguliert.

## Bindung, Stressregulation und peripartale Depressivität

Die Qualität der Bindung zu Bezugspersonen in den ersten Lebensjahren beeinflusst langfristig die Emotions- und Stressregulation einer Person [4, 5]. Während sichere Bindungsbeziehungen einen protektiven Faktor für die Entwicklung und psychische Gesundheit darstellen [2], so gehen unsichere Bindungsmuster mit einer schlechteren Regulation von Stress und negativem Befinden beim Kind einher, was langfristig zu einer höheren Stressbelastung und Dysregulation beitragen kann [6, 7]. Auch kann die Art der frühkindlichen Betreuung über das Stresshormon Kortisol einen Einfluss auf das kindliche Stresslevel haben. So haben gut ein Drittel der Kinder in Krippenbetreuung auch nach der Eingewöhnung (5 Monate) immer noch signifikant erhöhte Kortisolwerte mit einem veränderten Tagesverlauf [8, 9]. Die mütterliche Berufstätigkeit in der frühen Kindheit kann dagegen einen positiven Effekt auf die kommunikativen und sozialen Fähigkeiten des Kindes haben [10]. Mütter, die selbst eine sichere Bindung haben, unterstützen dagegen ihre Kinder feinfühler in ihrer Regulation [11] und zeigen schon während der Frühschwangerschaft (ab ca. 10. SSW) eine gute pränatale Bindung zum Kind [12, 13]. Die pränatale Bindung der Mutter zum Kind (auch pränatales Bonding) ist unidirektional [14] und beschreibt die Emotionen, welche eine Schwangere zu ihrem noch ungeborenen Kind aufbaut und empfindet [15, 16]. Die generelle Bindungsrepräsentation der Mutter beeinflusst zusammen mit der pränatalen Bindung zum Kind das Verhalten der Mutter in Interaktion mit ihrem Kind [17–20]. Mit einer Prävalenz von 8–15% ist die PPD die häufigste psychische Störung nach der Geburt. Depressive Symptome (ohne Erreichen der Kriterien für eine PPD) liegen in bis zu 30% der Erstgebärenden in den ersten vier Monaten nach der Geburt vor [21, 22]. Symptome umfassen neben der depressiven Verstimmung auch Ängste, Konzentrationsprobleme und Veränderungen von Schlaf und Nahrungsaufnahme. Begünstigt wird die Entstehung postpartaler Depressivität durch geringe soziale Unterstützung, unsichere Bindungsrepräsentation, niedrigen Bildungsgrad und sozioökonomischen Satus sowie vorangegangene Fehlgeburten oder Fehlbildungen des aktuellen Kindes, traumatisches Geburtserleben (Hilflosigkeit) und Unzufriedenheit mit der Partnerschaft [21–26]. Neben der maternalen Problematik ist die PPD mit Verhaltensauffälligkeiten des Kindes assoziiert [17, 27].

Neugeborene können sich selbst kaum regulieren, sondern benötigen dafür die Unterstützung einer feinfühligem Bindungsfigur. Fehlt diese, kann dies bei fortwährender Destabilisierung zur Chronifizierung einer gestörten Regulation des Kindes beitragen [28]. Während Probleme mit Dysregulation bei Säuglingen oft vorüber-

gehend sind, kann eine maternale PPD ebenso wie Probleme in der Paarbeziehung zu einer fortwährenden Destabilisierung beitragen [25, 29].

## Ziel der Untersuchung

Ziel der MATER-Studie (**M**aternal **A**ttachment in **E**rlangen) war die Untersuchung des Zusammenhangs des mütterlichen Bindungsstils und der Bindungsrepräsentation in der Paarbeziehung, pränataler Bindung zum ungeborenen Kind sowie prä- und postpartaler Depressivität mit Auffälligkeiten in der Entwicklung, insbesondere der Regulationsentwicklung des Kindes bis zum 18. Lebensmonat [17, 22]. Dafür wurden Erstgebärende ohne bekannte Risikofaktoren für eine PPD oder Auffälligkeiten der präpartalen kindlichen Entwicklung untersucht.

Die hier präsentierte Analyse sollte klären, inwieweit sich eine prä- und/oder postpartale Depressivität der Mutter, die pränatale Bindung zum Kind, der mütterliche Bindungsstil, die Bindung zum Partner, sowie weitere mögliche Belastungsfaktoren wie Fremdbetreuung des Kindes oder Berufstätigkeit der Mutter auf die Entwicklung der Kinder bis zum 18. Lebensmonat auswirken können.

Da es sich bei dem untersuchten Kollektiv um Erstgebärende mit hohem Bildungshintergrund und wenig Risikofaktoren handelte, wurden auch subklinische Ausprägungen einer PPD in die Analysen einbezogen.

## Methode

### Stichprobe und Datenerhebung

Es handelt sich um eine prospektive Studie, bei der 161 deutschsprachige Erstgebärende im Alter von 18–40 Jahren teilnahmen, die sich zwischen der 30. bis 40. Schwangerschaftswoche in der geburtshilflichen Ambulanz des Universitätsklinikums Erlangen symptomlos zur Geburtsplanung vorgestellt hatten. Ausschlusskriterien, da diese mit einer höheren Wahrscheinlichkeit mit einer PPD assoziiert sein könnten, waren Alter < 18 oder > 40 Jahre, fetale Missbildungen, habituelle oder späte Aborte (nach SSW 22), Schwangerschaft durch Reproduktionsmedizin, Epilepsie, psychiatrische Diagnosen bzw. Einnahme von Psychopharmaka, und Verlust einer nahestehenden Person während der letzten sechs Monate.

### Instrumente

Die *Child Behavior Checklist 1½–5 – Deutsche Fassung* (CBCL; [30]) erfasst Auffälligkeiten im Verhalten von Kleinkindern. Die deutsche Fassung besteht aus 99 Items zu den Problemskalen: emotionale Reaktivität ängstlich/depressiv, körperliche Beschwerden, sozialer Rückzug, Schlafprobleme, Aufmerksamkeitsprobleme und aggressives Verhalten. Aus der CBCL wurden nur 16 Items zu den 7 Problemskalen ausgewählt, da die Befragungen zum kindlichen Verhalten telefonisch 18 Monate postpartum geführt wurden und hier der Zeitaufwand für die Mütter reduziert werden sollte. Überdies sind viele Items im Hinblick auf so junge Kinder schwer zu beantworten. Die daraus erstellte Gesamtskala als Indikator für kindliche Auffälligkeiten in Verhalten bzw. Regulation zeigte – wie andersorts beschrieben [17] – eine akzeptable mittlere interne Reliabilität (Cronbach's  $\alpha = .618$ ).

Die *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS; dt. Version; [31]) erfragt als standardisierter Fragebogen Symptome einer PPD (während der vergangenen Woche) und kann ebenso depressive Symptome pränatal erfassen. Empfohlene Cut-off-Werte für eine PPD variieren [32] und in der vorliegenden Studie wurde der Cut-off von  $\geq 9$  für eine mäßig ausgeprägte Depressivität (nicht PPD) gewählt.

Der *Relationship Scales Questionnaire-Beziehungsfragebogen* (RSQ; dt. Übersetzung [33, 34]) bildet den Bindungsstil einer Person ab. Er umfasst 30 beziehungsrelevante Aussagen, welche auf zwei unabhängigen Dimensionen (‚Angst vor Nähe‘ und ‚Angst vor Trennung‘) Aspekte sicherer und unsicherer Bindungsstile erfragen.

Der *Fragebogen zur Partner-Beziehung* (BEE –FPB [35]) erfasst über 18 Items die Dimensionen ‚Sicherheit‘ und ‚Abhängigkeit‘ in der Partnerbeziehung als Indikator sicherer bzw. unsicherer Partnerbindung. *Maternal Antenatal Attachment Scale* (MAAS; deutsche Übersetzung der Autoren; Vorgeburtliche Bindung der Mutter zum Kind [36]): Über 19 Items, die zu den zwei Skalen ‚Qualität der Bindung‘ und ‚Ausmaß der Beschäftigung mit dem Ungeborenen‘ zusammengefasst werden, wird die pränatale Bindung der Mutter zum Kind erfasst. Die Gesamtskala ‚Bindung zum Kind‘ zeigte für die deutsche Übersetzung in der vorliegenden Stichprobe eine akzeptable Skalenreliabilität (Cronbach’s  $\alpha = .733$ ) [22].

Der *Fragebogen zum Schema vom Kind* (FSK; [37]) besteht aus 29 Items zu den fünf Merkmalsbereiche ‚Erwünschtheit des Kindes zum jetzigen Zeitpunkt‘, ‚Ängste über die Gesundheit des Kindes‘, ‚Mütterliches Körperschema vom Kind‘, ‚Vorstellung vom Kind als getrenntes Wesen‘ sowie ‚Kind als individuelle Person nach der Geburt‘.

*Fragebogen zu Schwangerschaft und Kind*: Zu jedem Zeitpunkt wurden relevante Fragen entsprechend zur Schwangerschaft, Wochenbett, Befinden, Aktivitäten etc. gestellt. Zudem Fragen zur Entwicklung des Kindes, Vorsorgeuntersuchungen, Erkrankungen und Selbsteinschätzung des Kindes. Zum Zeitpunkt t4 wurden auch Information zum Alter des Kindes beim Arbeitsbeginn der Mutter, Belastung im Beruf (bei Berufstätigen), Beginn einer Fremdbetreuung, Erwünschtheit und Planung der Schwangerschaft erfasst.

Die hier dargestellten Instrumente wurden zu 4 verschiedenen Zeitpunkten angewandt (► **Tab. 1**).

## Analyse

Da die Daten überwiegend nicht normalverteilt waren (Shapiro Wilk Test) wurden sowohl nicht-parametrische Test-Verfahren (Mann-Whitney-U, Kruskal-Wallis), als auch parametrische Test-

verfahren (einfaktorielle ANOVA, t-Test) angewandt. Für den Vergleich mehrerer Gruppen wurde als Post Hoc Test beim Kruskal-Wallis der Dunn’s Test und bei der einfaktoriellen ANOVA der Tukey Test verwendet. Zusätzlich zur Signifikanz wurde Cohen’s Effektgröße berechnet [38]. Ein allgemeines lineares Modell (ALM, mit SPSS 21) wurde gerechnet mit dem CBCL-Score als abhängige Variable. Folgende Variablen wurden als Einflussvariablen miteinbezogen: Relationship Scales Questionnaire (RSQ), Fragebogen zur Partner-Beziehung (BEE), Fragebogen zum Schema vom Kind (FSK) und die Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS). Als Einflussfaktor wurde die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) verwendet, welche zu vier verschiedenen Zeitpunkten nach der Geburt erfasst wurde. Die Werte der vier Messzeitpunkte wurden zu einer Variablen zusammengefasst, indem ausgezählt wurde, wie oft der kritische Wert von 9 erreicht wurde und somit depressive Symptome vorhanden waren. Weitere Einflussfaktoren waren das Alter des Kindes zu Arbeitsbeginn der Mutter, Belastung im Beruf und Geschlecht des Kindes. Diese Einflussvariablen wurden als Haupteffekte ausgewählt und mit absteigender Signifikanz ( $p > .10$ ) Schritt für Schritt aus dem Modell entfernt. Um zu kontrollieren, ob ausgeschlossene Variablen einen Einfluss haben, wurden diese einzeln in das finale Modell eingefügt. Variablen mit einem  $p < .10$  sind im finalen Modell enthalten.

Nur die Variablen mit einem  $p < .05$  wurden als signifikante Einflussfaktoren angesehen. Aufgrund der geringen Stichprobengröße mancher Gruppen wurden keine Interaktionen im Modell gerechnet, sondern Einflussvariablen und Einflussfaktoren extra auf Korrelationen und Gruppenunterschiede getestet.

## Ergebnisse

Erhobene demographische Daten sind in ► **Tab. 2** zusammengefasst.

Die Mehrheit der teilnehmenden Frauen (60,5%) hatte zu keinem der vier Messzeitpunkte depressive Symptome (Gruppe 3). Zu einem oder zwei der vier Zeitpunkte zeigten 32,6% der Frauen depressive Symptome (Gruppe 2), und nur 9 Frauen (6,8%) erreichten zu drei oder vier Zeitpunkten den Cut-Off von 9 für depressive Symptome (Gruppe 1) (► **Tab. 3**). Knapp ein Drittel der Frauen (30,1%) hatte zum 4. Befragungszeitpunkt 18 Monate postpartum noch nicht wieder angefangen beruflich zu arbeiten. Die zweitgrößte Gruppe waren Mütter, die mit der Arbeit begonnen hatten, als ihr Kind 10–12 Monate alt war (29,3%), gefolgt von jenen, deren

► **Tab. 1** Erhebungsinstrumente und Befragungszeiträume in der MATER-Studie (n = 161).

Zeitpunkt/Art der Befragung	Fragebogen SS und Kind	EPDS	CBCL7 Items	RSQ	BEE	MAAS	FSK
t1 (N = 161) 30.–40. SSW pers. Interview	X *	X		X	X	X	X
t2 (N = 157) 3 Wochen pp telef. Interview	X *	X					
t3 (N = 159) 6 Monate pp telef. Interview	X	X					
t4 (N = 132) 18 Monate pp telef. Interview	X	X	X	X	X		X <sup>#</sup>

\* zusätzlich wurden schwangerschaftsrelevante Daten aus der Patientenakte ausgewertet. Bei allen telef. Interviews wurden Veränderungen einer eventuellen Medikation erfragt. # Kind als individuelle Person wahrgenommen. pp = postpartal.

► **Tab. 2** Demographische Daten des untersuchten Kollektivs (n = 161).

Alter	29,9	Jahre (Erstgebärende)
Beziehungsstatus	71 %	verheiratet
	23 %	in Partnerschaft lebend
	5 %	ledig
Bildung	43 %	Lehre, in Ausbildung
	52 %	Studium (FH, Universität)
Geschlecht der Kinder	53 %	männlich
	47 %	weiblich

Kinder 13–16 Monate alt waren (17,1 %). Neun Frauen starten mit der Arbeit, während ihr Kind 7–9 Monate alt war (7,3 %) und sechs Frauen, während ihr Kind 4–6 Monate alt war (4,9 %). Vierzehn Frauen (11,4 %) hatten bereits in den ersten 3 Monaten postpartum wieder begonnen beruflich zu arbeiten. Belastung im Beruf gaben 43,9 % der Frauen an, keine Belastungen bei der Arbeit 22,0, und 34,1 % gaben hier an, noch zuhause zu sein (► **Tab. 3**).

Das finale allgemeine lineare Modell mit CBCL als abhängige Variable war mit  $p < 0,001$  signifikant und erklärt mit einem  $R^2$  von 0,981 einen hohen Anteil der Varianz – das bedeutet, dass die untersuchten Faktoren (postpartale Depressivität) einen signifikanten Einfluss auf Auffälligkeiten in Verhalten und Regulation des Kindes haben.

Kinder, deren Mütter zu vier oder drei der Messzeitpunkte depressive Symptome berichteten, zeigten mehr Verhaltensauffälligkeiten als Kinder, deren Mütter zu zwei oder einem Zeitpunkt depressive Symptome berichteten. Am niedrigsten bezüglich Verhaltensauffälligkeiten waren Kinder, deren Mütter zu keinem Zeitpunkt von depressiven Symptomen berichteten ( $p < 0,001$ ) (► **Abb. 1a**, ► **Tab. 4**).

Mütter, die in ihrem Beruf belastet waren, hatten Kinder mit weniger Verhaltensauffälligkeiten als jene, die nicht belastet waren oder jene, die noch zuhause waren ( $p = 0,001$ , ► **Abb. 1b**, ► **Tab. 4**). Kinder, die 4–6 Monate alt waren, als ihre Mütter angefangen hatten zu arbeiten, zeigten sich in allen Verhaltenskategorien am wenigsten auffällig ( $p = 0,005$ , ► **Abb. 1c**, ► **Tab. 4**). Mütter, die hohe Werte auf der BEE-Skala ‚Unabhängigkeit vom Partner‘ angaben, hatten Kinder, die tendenziell mehr Verhaltensauffälligkeiten zeigten ( $p = 0,061$ , ► **Tab. 4**).

Bei der Analyse, ob es einen Zusammenhang zwischen der Art der Fremdbetreuung und Beginn der Arbeit gibt, zeigte sich, dass von jenen Kindern, deren Mütter nach 4–6 Monaten postpartum zu arbeiten begonnen hatten, keines in einer Kita/Krippe war, sondern nur in privater familiärer Betreuung bzw. ein Kind bei einer Tagesmutter war. Zudem berichteten diese Mütter mit Arbeitsbeginn 4–6 Monate postpartum eine geringere Arbeitsbelastung als alle anderen arbeitenden Mütter (Likelihood ratio = 155,416,  $p < 0,001$ , Effektgröße Phi = 1,029).

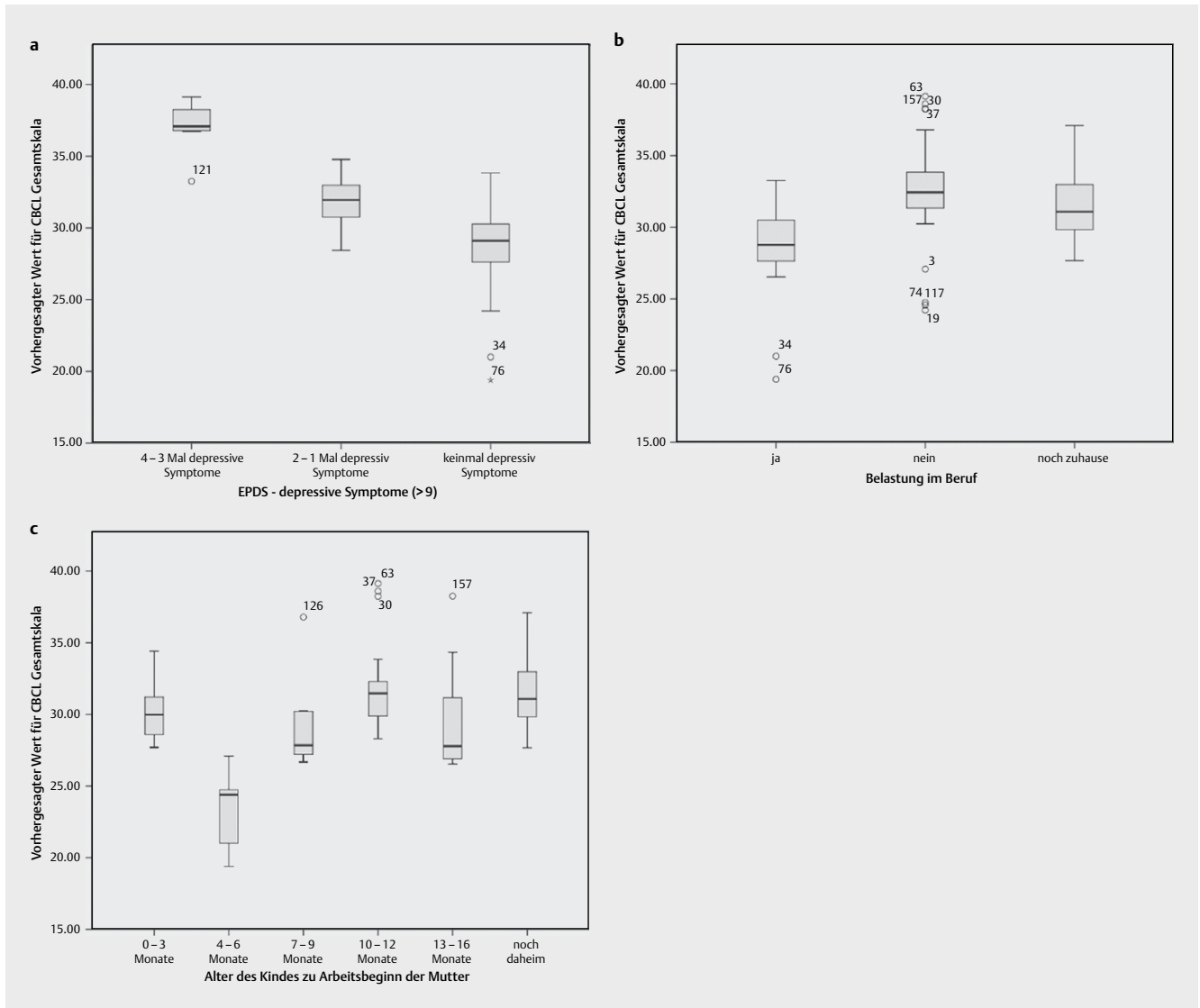
Mütter, die zu keinem Messzeitpunkt und jene, die zu einem oder zwei Zeitpunkten depressive Symptome hatten, berichteten tendenziell mehr Belastung im Beruf als Mütter, die zu 3–4 Messzeitpunkten depressive Symptome hatten (Likelihood ratio = 8,085,  $p = 0,089$ , Effektgröße Phi = 0,253).

► **Tab. 3** Häufigkeiten der Variablen EPDS – depressive Symptome, Alter des Kindes zu Arbeitsbeginn der Mutter und Belastung im Beruf.

Variable	Gruppen	Häufigkeit	Prozente
<b>EPDS – Häufigkeit depressiver Symptome (&gt;9) zu vier Messzeitpunkten</b>	zu 4 Zeitpunkten depressive Symptome	3	2,3
	zu 3 Zeitpunkten depressive Symptome	6	4,7
	zu 2 Zeitpunkten depressive Symptome	12	9,3
	zu 1nem Zeitpunkt depressive Symptome	30	23,3
	keine depressiven Symptome	78	60,5
	Gesamt	129	100,0
<b>EPDS – Häufigkeit depressiver Symptome (&gt;9) zusammengefasst zu drei Gruppen</b>	zu 4–3 Zeitpunkten depressive Symptome	9	7,0
	zu 2–1 Zeitpunkten depressive Symptome	42	32,6
	keine depressiven Symptome	78	60,5
	Gesamt	129	100,0
<b>Alter des Kindes bei Arbeitsbeginn der Mutter</b>	0–3 Monate	14	11,4
	4–6 Monate	6	4,9
	7–9 Monate	9	7,3
	10–12 Monate	36	29,3
	13–16 Monate	21	17,1
	noch zu Hause	37	30,1
	Gesamt	123	100,0
<b>Belastung im Beruf</b>	ja	58	43,9
	nein	29	22,0
	noch zu Hause	45	34,1
	Gesamt	132	100,0

Die Häufigkeit depressiver Symptome der Mutter war positiv mit ‚Angst vor Nähe‘ (RSQ) assoziiert (Kruskal-Wallis:  $n = 127$ ,  $X^2 = 7,955$ ,  $p = 0,019$ ,  $d = 0,449$ ). Der Post Hoc Test zeigte, dass jene, die zu 1–2 Zeitpunkten depressive Symptome hatten, mehr Angst vor Nähe hatten als jene, die zu keinem Messzeitpunkt depressive Symptome angaben (Dunn’s Test  $p = 0,036$ ). Der Kruskal-Wallis zeigte zwar einen ähnlichen Unterschied bei der RSQ Skala ‚fehlendes Vertrauen‘ ( $n = 126$ ,  $X^2 = 6,067$ ,  $p = 0,019$ ,  $d = 0,37$ ), jedoch war dieses Ergebnis nach dem Dunn’s Post Hoc Test nicht mehr signifikant. Mütter, die zu 1–2 Zeitpunkten depressive Symptome angaben, zeigten eine geringere Qualität der pränatalen Bindung zum ungeborenen Kind (MAAS) als jene Mütter, die zu keinem Messzeitpunkt depressive Symptome hatten (Kruskal-Wallis:  $n = 128$ ,  $X^2 = 11,772$ ,  $p = 0,003$ ,  $d = 0,582$ , post-hoc Dunn’s Test:  $p = 0,008$ ).

Für die Arbeitsbelastung gab es eine Tendenz, dass jene mit Belastung im Beruf und jene, die noch zuhause waren, eine engere pränatale Bindung zum ungeborenen Kind berichteten (MAAS prenatal quality of attachment), als jene, die im Beruf keine Belastung



► **Abb. 1** Vorhergesagter Wert der Verhaltensauffälligkeiten beim Kind (CBCL Gesamtskala) **a)** mit Häufigkeit depressiver Symptome bei der Mutter (EPDS  $\geq 9$ ), **b)** Belastung im Beruf und **c)** Alter des Kindes zu Arbeitsbeginn der Mutter.

hatten (Kruskal-Wallis:  $n = 131$ ,  $X^2 = 5,811$ ,  $p = 0,055$ ,  $d = 0,35$ ). Mütter mit Belastung im Beruf verbrachten pränatal mehr Zeit mit dem Nachdenken über das Kind (MAAS prenatal time spent in attachment mode) und zeigten allgemein eine intensivere pränatale Bindung zum Ungeborenen (MAAS total prenatal attachment score) (Kruskal-Wallis:  $n = 132$ ,  $X^2 = 11,174$ ,  $p = 0,004$ ,  $d = 0,553$ , post-hoc Dunn's Test: Belastung Ja vs Nein  $p = 0,003$  und Kruskal-Wallis:  $n = 131$ ,  $X^2 = 10,039$ ,  $p = 0,007$ ,  $d = 0,518$ , post-hoc Dunn's Test: Belastung Ja vs Nein  $p = 0,006$ ).

Mütter, deren Schwangerschaft erwünscht war, gaben zu weniger Messzeitpunkten depressive Symptome an, als Mütter deren Schwangerschaft weniger erwünscht war. So gaben 74,4% der Frauen, die zu keinem Zeitpunkt depressive Symptome hatten, jedoch nur 44,4% der Frauen, die zu 3–4 Zeitpunkten depressive Symptome hatten an, dass ihre Schwangerschaft erwünscht war (Likelihood ratio = 16,281,  $p = 0,012$ , Effektgröße Phi = 0,403). Mütter, deren Schwangerschaft geplant war, konnten sich den Körper des Kindes bereits in ihrer

Schwangerschaft vorstellen, im Vergleich zu Müttern, deren Schwangerschaft nicht geplant war (FSK Skala Körper des Kindes vorstellbar; Kruskal-Wallis:  $n = 159$ ,  $X^2 = 9,703$ ,  $p = 0,021$ ,  $d = 0,456$ , post-hoc Dunn's Test: nein vs ja  $p = 0,057$ , nein vs eher ja  $p = 0,090$ ).

## Diskussion

Es existieren unterschiedliche Einflüsse auf die Entwicklung frühkindlicher Dysregulation [39]. Gerade in den ersten Lebensjahren scheinen die Beziehungen und Interaktionen mit den Bezugspersonen eine entscheidende Rolle zu spielen. In unserem Modell bestätigte sich, dass eine prä- und postpartale Depressivität der Mutter (EPDS  $\geq 9$ ) sowie Aspekte unsicherer Bindung in der Partnerschaft, ebenso aber auch der Zeitpunkt der Wiederaufnahme des Berufs und die Belastung der Mutter im Beruf einen Einfluss auf die Entwicklung von Auffälligkeiten der Regulation des Kindes mit 18 Monaten haben. Hauptsächlich zeigte sich, dass je häufiger bzw. je

► **Tab. 4** Einfluss von depressiver Symptomatik, Belastung im Beruf, Arbeitsbeginn der Mutter und Beziehung in der Partnerschaft auf Verhaltensauffälligkeiten beim Kind (CBCL Gesamtskala).

Erklärende Variablen	Df	F	p
EPDS – depressive Symptome ( $\geq 9$ )	2	9,526	<b>&lt;0,000</b>
Belastung im Beruf	1	11,597	<b>0,001</b>
Alter des Kindes zu Arbeitsbeginn der Mutter	4	3,950	<b>0,005</b>
BEE Unabhängigkeit vom Partner	1	3,588	0,061

ALM mit CBCL Gesamtskala als abhängige Variable; n = 120,  $R^2 = 0.981$ , korrigiertes  $R^2 = 0.979$ .

andauernder von prä- und/oder postpartaler Depressivität berichtet wurde, desto öfter wurden Auffälligkeiten in der Regulation des Kindes mit 18 Monaten benannt (Selbsteinschätzung der Mutter). Es zeigt sich also, dass nicht nur eine manifeste postpartale Depression, sondern bereits eine (klinisch oft übersehene) mittelgradig ausgeprägte Depressivität ( $EPDS \geq 9$ ) einen negativen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes haben kann.

Weiterhin waren Anzeichen unsicherer Bindung der Mutter zum Partner (BEE) ebenso tendenziell mit mehr Verhaltensauffälligkeiten der Kinder assoziiert. Für eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Depressivität spielten die Angst vor Nähe in Beziehungen (RSQ) sowie eine gering ausgeprägte pränatale Bindung zum ungeborenen Kind (MAAS) eine Rolle. Es kann angenommen werden, dass diese Faktoren dadurch indirekt negative Auswirkungen auf die kindliche (Selbst-)Regulation haben, was in der vorliegenden Untersuchung allerdings nicht in Mediatormodellen geprüft wurde und für zukünftige Untersuchungen aussteht.

Die Befunde zum negativen Einfluss von Depressivität und Aspekte unsicherer Bindung sind gut interpretierbar und werden durch weitere Analysen des gleichen Datensatzes gestützt [17, 22].

Komplexer sind die Zusammenhänge des Zeitpunkts der Aufnahme einer Berufstätigkeit der Mutter, ihrer Belastung durch und in ihrem Beruf, der Beginn der Fremdbetreuung des Kindes, der maternalen Depressivität und den untersuchten Auffälligkeiten in der kindlichen Regulation.

Kinder, deren Mütter 4–6 Monate nach der Geburt bereits zu arbeiten begonnen hatten, und deren Kind familiär (bzw. ein Kind von einer Tagesmutter) betreut wurde, zeigten in der vorliegenden Studie mit 18 Monaten weniger Verhaltensauffälligkeiten. Mütter, die früh postpartum mit ihrer Arbeitstätigkeit begonnen hatten, berichteten zudem eine geringere Arbeitsbelastung als alle anderen arbeitenden Mütter, was evtl. auch mit der Art der Betreuung des Kindes in Verbindung steht. Mütter, die angaben sich in und durch ihre berufliche Tätigkeit belastet zu fühlen, hatten Kinder mit weniger Verhaltensauffälligkeiten als solche, die sich nicht durch ihren Beruf belastet fühlten oder solche, die noch zuhause beim Kind waren. Tendenziell hatten Mütter, die sich im Beruf belastet fühlten, und solche die noch zuhause beim Kind waren, in der vor-

liegenden Studie schon vor der Geburt eine bessere pränatale Bindung zum Kind und waren prä- und postpartal weniger depressiv.

Eine Erklärung für diese Zusammenhänge könnte sein, dass Mütter, die eine bessere pränatale Bindung zum Kind haben und schon pränatal nicht depressiv sind, eine sichere Bindungsrepräsentation aufweisen und (daher) auf stabilere Unterstützungsmodelle in der Familie und Partnerschaft zurückgreifen können. Vor allem solche Mütter, die eine familiäre Betreuung des Kindes gewährleisten können, fangen früh an wieder zu arbeiten. Allerdings fühlen sich Mütter mit unauffällig entwickelten Kindern anscheinend von der Trennung aufgrund von Berufstätigkeit mehr belastet als Mütter, die eine weniger intensive Bindung zum in der Selbsteinschätzung auffälligerem Kind haben. Für die Interpretation sei noch einmal darauf hingewiesen, dass die Auffälligkeiten des Kindes über die Auskunft der Mutter erfasst wurden, was natürlich eine Subjektivität in der Einschätzung mit sich bringt, welche auch durch eine mögliche maternale Depressivität negativer gefärbt sein könnte. Zudem erlaubt das Modell (ALM) keine Zuschreibung von Ursache und Wirkung, sondern zeigt lediglich korrelative Zusammenhänge auf. Es liegt nahe, dass sich die Faktoren pränatale Bindung, Depressivität, Bindung in der Paarbeziehung, Zeitpunkt des Einstiegs in den Beruf postpartal und Art der Fremdbetreuung gegenseitig beeinflussen können.

Auch wenn ein prospektives Studiendesign vorlag, weist die Studie wegen der z.T. sehr geringen Subgruppen, der subjektiven Selbsteinschätzung des Kindes durch die (eventuell depressive) Mutter sowie des kurzen Beobachtungszeitraums von 18 Monaten klare Limitationen in der Aussagekraft auf. Umso mehr müssen gerade die beschriebenen Zusammenhänge, dass Kinder, deren Mütter 4–6 Monate postpartum bereits wieder eine Berufstätigkeit aufgenommen hatten, weniger Verhaltensauffälligkeiten zeigten als Kinder von Müttern, die in dieser Zeit noch zuhause waren oder erst zu einem späteren Zeitpunkt in den Beruf einstiegen, mit Zurückhaltung interpretiert und an einem größeren Kollektiv verifiziert werden. Auch wurde der möglicherweise nicht unerhebliche Teil der Bindung des Vaters zum Kind besonders in der Situation des früheren Berufseinstiegs der Mutter (Hauptbetreuung durch den Vater) in dieser Studie noch nicht berücksichtigt.

## Konsequenzen für Klinik und Praxis

Da bereits eine leicht erhöhte Depressivität ( $EPDS \geq 9$ ) in der prä- und postpartalen Phase ebenso wie eine unsichere Paarbindung sowie berufliche Belastungen die frühkindliche Entwicklung negativ beeinflussen können, sollte durch eine gezielte Anamnese und hohe Sensibilität des betreuenden medizinischen Personals (Hebamme, Gynäkologen, Sozialbetreuer) bereits in der Schwangerschaft, besonders aber in der postpartalen Phase auf Zeichen einer erhöhten Depressivität, einer beeinträchtigten Paarbeziehung, Belastungen im Beruf oder kindlichen Dysregulation geachtet werden. Aufgrund des hohen Nutzens für die betroffenen Kinder und Familien [40] ist zu wünschen, dass sich gelebte Netzwerke aus Hebammen, Gynäkologen, Sozialbetreuern und Psychotherapeuten etablieren, um ausreichend spezifische Angebote für betroffene Familien zu schaffen.



## Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- [1] Ravens-Sieberer U, Wille N, Erhart M et al. Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17: 22–33. doi:10.1007/s00787-008-1003-2
- [2] Postert C, Averbeck-Holocher M, Achtergarde S et al. Regulatory disorders in early childhood: Correlates in child behavior, parent-child relationship, and parental mental health. *Infant Ment Health J* 2012; 33: 173–186. doi:10.1002/imhj.20338
- [3] Friedlmeier W. Emotionsregulation in der Kindheit. In: Holodynski M, Friedlmeier W, Hrsg. *Emotionale Entwicklung. Funktion, Regulation und soziokultureller Kontext von Emotionen*. Spektrum Psychologie. Heidelberg, Berlin: Spektrum Akad. Verl; 1999: 197–218
- [4] Diamond LM, Hicks AM, Otter-Henderson KD. Every time you go away: Changes in affect, behavior, and physiology associated with travel-related separations from romantic partners. *J Pers Soc Psychol* 2008; 95: 385–403. doi:10.1037/0022-3514.95.2.385
- [5] Lengning A, Mackowiak K, Matheis N. Bindung und Emotionsregulation bei klinischen Stichproben. *Heilpädagog Online* 2010; 68–91
- [6] Julius H. Die Bindungsorganisation von Kindern, die an Erziehungshilfeschulen unterrichtet werden. *Sonderpädagogik* 2001; 31: 74–93
- [7] Spangler G, Schieche M. Emotional and adrenocortical responses of infants to the strange situation: The differential function of emotional expression. *International Journal of Behavioral Development* 1998; 22: 681–706. doi:10.1080/016502598384126
- [8] Ahnert L, Gunnar MR, Lamb ME et al. Transition to child care: associations with infant-mother attachment, infant negative emotion, and cortisol elevations. *Child Dev* 2004; 75: 639–650. doi:10.1111/j.1467-8624.2004.00698.x
- [9] Vermeer HJ, van IJzendoorn MH. Children's elevated cortisol levels at daycare: A review and meta-analysis. *Early Childhood Research Quarterly* 2006; 21: 390–401. doi:10.1016/j.ecresq.2006.07.004
- [10] Koutra K, Chatzi L, Roumeliotaki T et al. Socio-demographic determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age: Mother-Child Cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Infant Behav Dev* 2012; 35: 48–59. doi:10.1016/j.infbeh.2011.09.005
- [11] Solomon J, George C. The caregiving system. A behavioral systems approach to parenting. In: Cassidy J, Shaver P R, Hrsg. *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: Guilford; 2008: 833–856
- [12] Lindgren K. Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Res Nurs Health* 2001; 24: 203–217. doi:10.1002/nur.1023
- [13] Condon JT, Corkindale C. The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *Br J Med Psychol* 1997; 70: 359–372. doi:10.1111/j.2044-8341.1997.tb01912.x
- [14] Tichelman E, Westerneng M, Witteveen AB et al. Correlates of prenatal and postnatal mother-to-infant bonding quality: A systematic review. *PLoS one* 2019; 14: e0222998. doi:10.1371/journal.pone.0222998
- [15] Gloger-Tippelt G. Das Bild vom Kind während der Schwangerschaft. In: Deutscher Familienverband, Hrsg. *Handbuch Elternbildung, Band 1: Wenn aus Partnern Eltern werden*. Opladen: Leske & Budrich. 1999: 209–230
- [16] Cranley MS. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nurs Res* 1981; 30: 281–284
- [17] Beetz A, Gaass K, Beckmann M et al. Der Einfluss mütterlicher Bindung und postpartaler Depressivität auf Entwicklungsauffälligkeiten des Kindes bis zum 18. Lebensmonat 2013; 5: 300–314. doi:10.25656/01:9227
- [18] Beetz A. Bindung und Emotionsregulationsstrategien bei Jugendlichen mit und ohne emotionale Störungen und Verhaltensauffälligkeiten. *Empirische Sonderpädagogik* 2013; 5: 144–159. doi:10.25656/01:8914
- [19] Niederhofer H. Langzeitauswirkungen der pränatalen Mutter-Kind-Bindung. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2007; 211: 82–86. doi:10.1055/s-2006-921354
- [20] Carter AS, Garrity-Rokous FE, Chazan-Cohen R et al. Maternal depression and comorbidity: predicting early parenting, attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 18–26. doi:10.1097/00004583-200101000-00012
- [21] McMahon C, Barnett B, Kowalenko N et al. Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *J Affect Disord* 2005; 84: 15–24. doi:10.1016/j.jad.2004.05.005
- [22] Goecke TW, Voigt F, Faschingbauer F et al. The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre- and postpartum depression in first-time mothers. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 286: 309–316. doi:10.1007/s00404-012-2286-6
- [23] Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Front Psychiatry* 2017; 8: 248. doi:10.3389/fpsy.2017.00248
- [24] Hein A, Rauh C, Engel A et al. Socioeconomic status and depression during and after pregnancy in the Franconian Maternal Health Evaluation Studies (FRAMES). *Arch Gynecol Obstet* 2014; 289: 755–763. doi:10.1007/s00404-013-3046-y
- [25] Mehta D, Quast C, Fasching PA et al. The 5-HTTLPR polymorphism modulates the influence on environmental stressors on peripartum depression symptoms. *J Affect Disord* 2012; 136: 1192–1197. doi:10.1016/j.jad.2011.11.042
- [26] Reulbach U, Bleich S, Knörr J et al. Prä-, peri- und postpartale Depressivität. First Cognition from FRAMES (Franconian Maternal Health Evaluation Studies). *Fortschr Neurol Psychiatr* 2009; 77: 708–713. doi:10.1055/s-0028-1109822
- [27] Netsi E, Pearson RM, Murray L et al. Association of Persistent and Severe Postnatal Depression With Child Outcomes. *JAMA Psychiatry* 2018; 75: 247–253. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.4363
- [28] Rollè L, Giordano M, Santoniccolo F et al. Prenatal Attachment and Perinatal Depression: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17. doi:10.3390/ijerph17082644
- [29] Natsuaki MN, Ge X, Leve LD et al. Genetic liability, environment, and the development of fussiness in toddlers: the roles of maternal depression and parental responsiveness. *Dev Psychol* 2010; 46: 1147–1158. doi:10.1037/a0019659
- [30] Achenbach TM. *Child Behavior Checklist 1½–5 – Deutsche Fassung. Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder*. Göttingen: Hogrefe; 2000
- [31] Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782–786. doi:10.1192/bjp.150.6.782
- [32] Lagerberg D, Magnusson M, Sundelin C. Drawing the line in the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): a vital decision. *Int J Adolesc Med Health* 2011; 23: 27–32. doi:10.1515/IJAMH.2011.005
- [33] Mestel R. *Deutsche Übersetzung des RSQ*. Unveröff Grönenbach Klin Für Psychosom Med 1994

- [34] Griffin DW, Bartholomew K. Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *J Pers Soc Psychol* 1994; 67: 430–445. doi:10.1037/0022-3514.67.3.430
- [35] Asendorpf JB, Banse R, Wilpers S et al. Beziehungsspezifische Bindungsskalen für Erwachsene und ihre Validierung durch Netzwerk- und Tagebuchverfahren. *Diagnostica* 1997; 43: 289–313
- [36] Condon JT. The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *Br J Med Psychol* 1993; 66: 167–183. doi:10.1111/j.2044-8341.1993.tb01739.x
- [37] Gloger-Tippelt G. Zusammenhänge zwischen dem Schema vom eigenen Kind vor der Geburt und dem Bindungsverhalten nach der Geburt bei erstmaligen Müttern. *Z Entwicklungspsychol Pädagog Psychol* 1991; 23:
- [38] Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2. Aufl. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988
- [39] Georg A, Schröder P, Cierpka M et al. Elterliche Mentalisierungsfähigkeit und der Zusammenhang mit elterlicher Belastung bei frühkindlichen Regulationsstörungen. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2018; 67: 421–441. doi:10.13109/prkk.2018.67.5.421
- [40] Euper Y, Häußermann S, Müller R et al. Frühe Hilfen: Prävention durch Kooperation. *Deutsches Ärzteblatt* 2020; 117: