

Bundesgesundheitsbl 2020 · 63:1538–1547  
<https://doi.org/10.1007/s00103-020-03242-4>  
 Eingegangen: 2. März 2020  
 Angenommen: 13. Oktober 2020  
 Online publiziert: 4. November 2020  
 © Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil  
 von Springer Nature 2020



Melanie Eckert<sup>1</sup> · Katharina M. Richter<sup>1,2</sup> · Janna Mattheß<sup>1</sup> · Gabriele Koch<sup>1</sup> ·  
 Thomas Reinhold<sup>3</sup> · Petra Vieniues<sup>2</sup> · Anne Berghöfer<sup>3</sup> · Stephanie Roll<sup>3</sup> ·  
 Thomas Keil<sup>3,4,5</sup> · Franziska Schlenso-Schuster<sup>6</sup> · Kai von Klitzing<sup>6</sup> ·  
 Christiane Ludwig-Körner<sup>1</sup> · Lars Kuchinke<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Psychosoziale Intervention, International Psychoanalytic University, Berlin, Deutschland

<sup>2</sup> Fachklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, DIAKO Nordfriesland, Flensburg, Deutschland

<sup>3</sup> Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

<sup>4</sup> Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie, Universität Würzburg, Würzburg, Deutschland

<sup>5</sup> Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Bad Kissingen, Deutschland

<sup>6</sup> Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Leipzig, Leipzig, Deutschland

<sup>7</sup> Methodenlehre und Evaluation, International Psychoanalytic University, Berlin, Deutschland

# Postpartale psychische Erkrankungen: Versorgungslage und Wirksamkeit der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie. Vorstellung des Innovationsfondprojektes SKKIPPI

## Einleitung

Wochenbettdepressionen, die überwiegend innerhalb der ersten 3–5 Wochen nach der Geburt auftreten und in der Regel mehrere Wochen andauern, klingen bei der Hälfte der Erkrankten nach 1–3 Monaten wieder ab, bei einem Viertel jedoch erst nach 3–6 Monaten, bei einem weiteren Viertel noch später. Auch bei den schneller gesunden Müttern fanden sich bei 40 % nach 12 Monaten noch depressive Symptome, sodass von einer längerfristigen Belastung der frühen kindlichen Entwicklung auszugehen ist. Kinder depressiver Mütter und Väter tragen ein hohes Risiko für soziale, emotionale und kognitive Probleme [1]. Demgegenüber nennt die psy-

chologische Forschung den Aufbau einer positiven Mutter-Kind-Beziehung als einen wesentlichen Resilienzfaktor für die kindliche Entwicklung. Die mütterliche Feinfühligkeit im Umgang mit dem Säugling gilt dabei als eine Schlüsselvariable der Mutter-Kind-Interaktion und der kindlichen Bindungsentwicklung [2–4]. So werden eine gute Eltern-Kind-Beziehung und eine sichere kindliche Bindung als Moderatoren einer gesunden psychischen und physischen Entwicklung eines Kindes benannt [4].

Als häufige Faktoren für eine belastete Eltern-Kind-Beziehung gelten Stress, psychische Belastungen und auch Störungen. Solche Faktoren schränken die elterliche Fähigkeit ein, Signale des Kindes feinfühlig wahrzunehmen, richtig zu interpretieren und angemessen zu beantworten [2, 5]. Ferner beeinflussen diese Belastungsfaktoren die reflexive Fähig-

keit der Eltern sich in die Gefühle und Bedürfnisse ihres Kindes hineinzusetzen und diese von ihren eigenen inneren Zuständen zu differenzieren [6]. Sind die elterliche Mentalisierungsfähigkeit und die Feinfühligkeit beeinträchtigt, etablieren sich negative Interaktionskreisläufe, die erhebliche Auswirkungen auf die Entwicklung von Regulationsstörungen, unsicheren Bindungsmustern, kindlichen Verhaltensauffälligkeiten und Psychopathologien haben [7–9].

Viele Eltern erleben nach der Geburt ihres Kindes eine besondere Stresssituation. Die Prävalenzraten für postpartale Depressionen werden mit ca. 15–20 %, für postpartale Angst- und Zwangserkrankungen mit ca. 21 % und mit 0,1 % für postpartale Psychosen angegeben [10]. Dabei sollten betroffene Eltern und Kinder nicht getrennt voneinander betrachtet werden. So zeigen bis zu 18 %

Die Autorinnen M. Eckert und K. M. Richter teilen sich die Erstautorinnenschaft.

**Tab. 1** Übersicht über vorhandene Versorgungsangebote in Deutschland für psychosozial belastete Eltern und Kinder im Alter von 0–3 Jahren

	<b>Prävention und Begleitung</b>	<b>Behandlung</b>
Zielgruppe	Risikobelastete und belastete Eltern/Bezugspersonen und Kinder von 0–3 Jahren	Eltern und Kinder von 0–3 Jahren mit psychopathologischen Symptomen
Programme	<p><i>SAFE</i> [45] Sichere Ausbildung für Eltern <i>Familienhebammen</i> [46] Unterschiedliche Weiterbildungen (Bsp. „Pro Kind“, „Früh-Start“, „Keiner fällt durchs Netz“) <i>Babylotsen Plus</i> [47] <i>Roots of Empathy</i> [48] <i>PALME</i> [49] Präventives Elterntaining für alleinerziehende Mütter <i>EPB</i> [50] Entwicklungspsychologische Beratung <b>STEEP™</b> [25] „Steps toward effective and enjoying parenting“</p>	<p><i>Watch Wait and Wonder</i> [35] <i>Circle of Security®</i> [26] <i>Münchener interaktionszentrierte Eltern-Säuglings-/ Kleinkind-Beratung und Psychotherapie</i> [51] <i>SKEPT/FSKEPT</i> [27, 28] Säugling-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie <i>ESKP</i> [33] Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie <i>InterActPlus-Konzept®</i> [52] <i>Interaktionales Therapieprogramm für Mütter mit postpartalen Störungen</i> [53]</p>
Inhalte	<p><i>Präventive Unterstützungsangebote, Beratung und Begleitung</i> von risikobelasteten Familien während Schwangerschaft und Geburt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Psychoedukation über kindliche Entwicklung</li> <li>– Stärkung der Elternkompetenzen in Bezug auf die Pflege und Versorgung des Kindes</li> <li>– Unterstützung Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung</li> <li>– Unterstützung sozialer, familiärer Netzwerke</li> <li>– Psychoedukation über kindliche Entwicklung</li> <li>– Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung</li> <li>– Aktivierung der elterlichen Ressourcen in Bezug auf die Pflege und Versorgung des Kindes</li> <li>– Förderung der Feinfühligkeit</li> </ul>	<p><i>Therapeutische Intervention</i> bei belasteten Eltern-Kind-Beziehungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Klärung unbewusster Konflikte in der Eltern-Kind-Interaktion und Beziehung die zur Symptombelastung von Eltern und Kind führen</li> <li>– Fokussierung auf die Eltern-Kind-Interaktion, Beziehungs- und Bindungsentwicklung</li> <li>– Förderung der Feinfühligkeit und Mentalisierungsfähigkeit</li> <li>– überwiegend psychotherapeutische Ansätze, kann jedoch auch körpertherapeutisch orientiert sein</li> </ul>

der Säuglinge und Kleinkinder ebenfalls psychische und/oder psychosomatische Symptome in Form frühkindlicher Regulationsstörungen [11, 12]. Frühkindliche Regulationsstörungen umfassen als Sammelbegriff entwicklungsbedingte Schwierigkeiten eines Kindes bei der Regulation von Verhalten sowie bei seinen physiologischen, sensorischen, aufmerksamkeitsbezogenen, motorischen oder affektiven Prozessen. Sie äußern sich in alters- und entwicklungstypischen Symptomen wie Schlafstörungen, exzessiven Schreistörungen, Fütterstörungen, exzessivem Trotzen oder einer depressiven Symptomatik [12]. Sind somatische Ursachen ausgeschlossen, werden Regulationsstörungen im Kontext einer belasteten Eltern-Kind-Beziehung gesehen [12, 13]. Für fast alle der späteren psychischen Störungen werden die Ursachen in frühkindlichen Erfahrungen diskutiert, seien es Angst- und Panikstörungen [14], Depressionen [15], Hypochondrie, Zwänge, narzisstische oder Borderlinestörungen [9]. Ferner stellt eine ungünstige Eltern-Kind-Beziehung

einen Risikofaktor für Kindeswohlgefährdung dar [16]. Neben epigenetischen Einflussfaktoren, welche die Entstehung einer psychischen Störung begünstigen können, werden in der Forschung verschiedene Umwelteinflüsse genannt, die als Resilienzfaktoren eine schützende Rolle einnehmen können [17, 18]. Dazu zählen neben einer positiven Eltern-Kind-Beziehung besonders auch frühe Interaktionserfahrungen im Alter von 2 Jahren [19].

Bisher liegen für Deutschland nur wenige bevölkerungsbasierte Daten zur Häufigkeit von psychischen Belastungen und Regulationsstörungen sowie zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgungsangebote in den ersten Jahren nach der Geburt vor (vgl. KiD 0–3 [20]). Um mehr Wissen über die Häufigkeit psychosozialer Belastungen in der Postpartalzeit und deren sozioökonomische Auswirkungen sowie Wissen zur Wirksamkeit bindungsorientierter Interventionen für das deutsche Versorgungssystem bereitzustellen, werden im Projekt SKKIPPI (Evaluation der Eltern-

Säugling-Kleinkind-Psychotherapie mittels Prävalenz- und Interventionsstudien) die im Folgenden beschriebene Kohortenstudie sowie zwei randomisiert kontrollierte Interventionsstudien durchgeführt.

## Versorgungsstand

Obwohl die negativen Auswirkungen von elterlichen Belastungen und Regulationsstörungen bei Säuglingen/Kleinkindern vielfach belegt sind, gibt es in Deutschland bei Weitem nicht ausreichend viele Behandlungsmöglichkeiten [21]. Diesen hohen Prävalenzraten stehen derzeit bundesweit nur ca. 71 vollstationäre Behandlungsplätze [22, 23] mit spezifischen Eltern-Kind-Behandlungsangeboten gegenüber, welche bis zu 545 PatientInnen jährlich behandeln können. Dies unterschreitet die geschätzten Fallzahlen für stationäre Behandlungen etwa um den Faktor 10 [23] und dürfte bei ca. 788.000 Geburten pro Jahr [24] in Deutschland von einer ebenfalls eklatanten Unterversorgung im ambulanten Bereich beglei-

Bundesgesundheitsbl 2020 · 63:1538–1547 <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03242-4>  
 © Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2020

M. Eckert · K. M. Richter · J. Mattheß · G. Koch · T. Reinhold · P. Vienhues · A. Berghöfer · S. Roll · T. Keil · F. Schlenz-Schuster · K. von Klitzing · C. Ludwig-Körner · L. Kuchinke

## Postpartale psychische Erkrankungen: Versorgungslage und Wirksamkeit der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie. Vorstellung des Innovationsfondprojektes SKKIPPI

### Zusammenfassung

Nach der Geburt eines Kindes können Eltern Episoden von Stress und psychischer Belastung erleben. Einige Säuglinge zeigen psychischen oder somatischen Stress in Form früher Regulationsstörungen wie übermäßiges Weinen, Schlafprobleme oder Schwierigkeiten beim Füttern. Während der enge Zusammenhang zwischen elterlichem psychischen Stress, frühkindlichen Regulationsstörungen und der Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung gut dokumentiert ist, gibt es wenige Untersuchungen zu wirksamen Behandlungsmöglichkeiten. Bisherige Versorgungsangebote operieren meist präventiv. Evidenzbasierte psychotherapeutische Angebote mit einem besonderen Blick auf die Eltern-Kind-Beziehung sind selten. Das Forschungsprojekt SKKIPPI (Evaluation der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie

mittels Prävalenz- und Interventionsstudien) ist multizentrisch angelegt (Berlin, Flensburg, Hamburg, Leipzig) und besteht aus mehreren Studienteilen: einer epidemiologischen Kohortenstudie, zwei randomisiert kontrollierten Interventionsstudien (RCTs) und einer qualitativen Studie. Die bevölkerungsbasierte Kohortenstudie erfasst die Häufigkeiten psychosozialen Stresses und psychischer Gesundheitsstörungen sowie die Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialleistungen bei Eltern und ihren Kindern innerhalb der ersten beiden Lebensjahre. Ziel der RCTs ist die Evaluation der Wirksamkeit einer fokussierten, dyadischen Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie (ESKP) im Vergleich zur Routinebehandlung im stationären und nichtstationären Setting von Müttern mit psychopathologischer Störung

bzw. Kindern mit Regulationsstörung. Im Vordergrund stehen die Verbesserung der mütterlichen Feinfühligkeit, der Mutter-Kind-Bindung, der kindlichen Entwicklung sowie eine Reduktion psychopathologischer Symptome. Die qualitative Studie soll Perspektiven der Betroffenen auf das Hilfesystem untersuchen. Die Ergebnisse sollen helfen, sowohl präventive als auch therapeutische Strategien im deutschen Gesundheitssystem weiterzuentwickeln.

### Schlüsselwörter

Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie (ESKP) · Mutter-Kind-Bindung · Postpartale psychische Störungen · Regulationsstörungen · Mentalisierung

## Postpartum mental health problems: healthcare service situation and effectiveness of parent–infant psychotherapy. Presentation of the SKKIPPI project funded by the German Innovationsfonds

### Abstract

After the birth of a child, parents may experience episodes of stress and psychological strain. Some infants show psychological or somatic stress in the form of early regulatory disorders. While the close connection between parental psychological stress, early regulatory disorders, and the development of the parent–child relationship is well documented, current data on effective treatment options are lacking. Previous care services mostly operate on a preventive basis; evidence-based psychotherapeutic services with a special focus on the parent–child relationship are rare.

SKKIPPI is a multicenter research project (Berlin, Flensburg, Hamburg, Leipzig) and

consists of several study parts with a mixed methods approach: an epidemiological cohort study, two randomized controlled intervention studies (RCTs), and a qualitative study. A population-based cohort study records the occurrence and determinants of psychosocial stress and mental health disorders, as well as the use of health and social services by parents and their children within the first two years of life, using online questionnaires and telephone interviews. The aim of the two RCTs is to evaluate the efficacy of a focused, dyadic parent–infant psychotherapy (Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie, ESKP) compared to routine treatment in inpatient and outpatient

settings. The focus of these RCTs is on the improvement of maternal sensitivity and on mother–child attachment, as well as child development and the reduction of mother–child psychopathological symptoms. The qualitative study intends to reconstruct the perspectives of parents on the assistance system and to explore reasons for underuse. The results are expected to help develop preventive as well as therapeutic strategies in the German health system.

### Keywords

Parent–infant psychotherapy · Attachment · Postpartum mental disorders · Regulatory disorders · Mentalization

tet sein. Sowohl in der Prävention als auch für die akute psychotherapeutische Versorgung betroffener Eltern und Kinder gibt es nur wenige evidenzbasierte Interventionsangebote ([25–28], siehe **Tab. 1**). Es muss daher angenommen werden, dass ein Großteil der betroffenen Mütter, Väter und Kinder keine wirksame Behandlung in Anspruch nehmen bzw. erhalten. Auch die Wege, auf denen El-

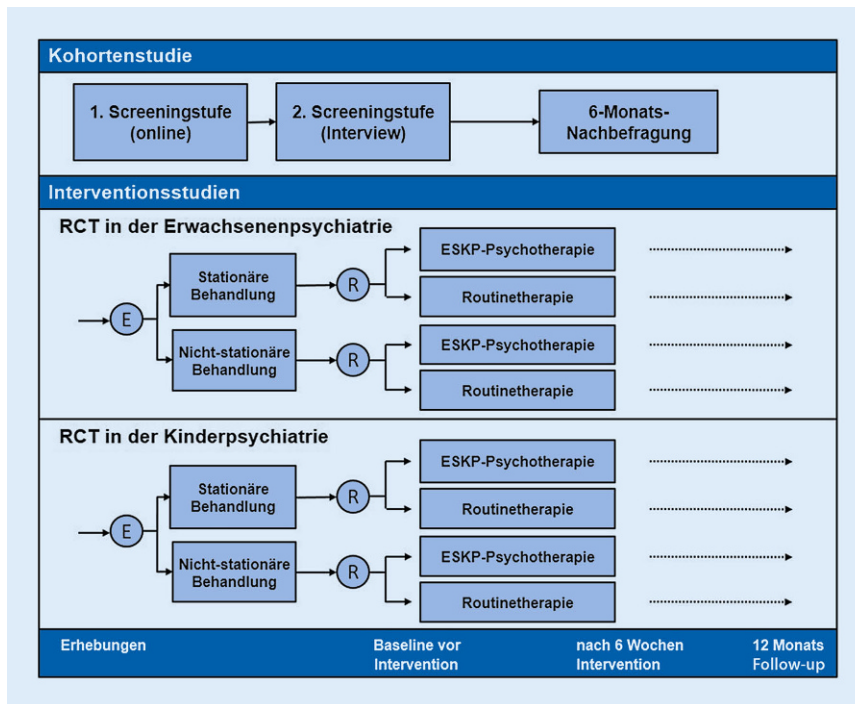
tern von therapeutischen Hilfsangeboten erfahren und Zugang finden, sind unklar.

### Versorgungsangebote für belastete Eltern und Kinder im Alter von 0–3 Jahren

Der Forschungsfokus auf Kindergesundheit und Frühe Hilfen hat in den letzten Jahren starke Impulse für eine inte-

grierte Versorgung belasteter Eltern und ihrer Kinder angestoßen und zu einer Entwicklung verschiedener Präventions- und Interventionsangebote im deutschen Gesundheitssystem geführt (von Begleitung über Beratung bis zu psychotherapeutischen Maßnahmen). Entsprechend der aktuellen Forschung liegt der Fokus dieser Angebote auf der Verbesserung elterlicher Kompetenzen und der Stärkung

## Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie



**Abb. 1** ▲ Schematische Struktur der Hauptstudien des SKKIPPI-Gesamtprojektes (Eklinische Entscheidung, R Randomisierung, ESKP-Psychotherapie ESKP(Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie)-Interventionsgruppe, RCT Randomisiert kontrollierte Interventionsstudie [randomized controlled trial])

der Eltern-Kind-Beziehung (■ Tab. 1). Während für beratende präventive Angebote und einfache Interventionen für die Zeit nach der Geburt des Kindes die Wirksamkeit in Bezug auf die mütterliche Symptomreduktion nachweisbar ist, sind meist nur geringe bis keine Effekte auf die Bindungsentwicklung der Kinder bekannt [29–31]. Um über die Symptomreduktion hinaus eine transgenerationale Weitergabe von psychischen Erkrankungen zu verhindern, wurden spezifische Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapien entwickelt (ESKP; engl. Parent-Infant-Psychotherapy, PIP [27, 32, 33]).

### Ziele des SKKIPPI-Projektes

Das Ziel des SKKIPPI-Projektes ist es, mittels der Evaluation der integrierten psychologisch-psychiatrischen Versorgung von Mutter/Vater und Kind in den ersten Lebensjahren einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation zu leisten. SKKIPPI ist ein multizentrisches Forschungsprojekt mit Standorten in Berlin, Flensburg, Hamburg und Leip-

zig (siehe ■ Abb. 1) und umfasst eine epidemiologische Kohortenstudie, zwei kontrolliert randomisierte Interventionsstudien (RCTs) und eine qualitative Studie. Ziel der epidemiologischen Kohortenstudie ist die Erhebung der Häufigkeit postpartaler psychopathologischer Störungen der Mütter und Väter und der Regulationsstörungen bei Kindern im ersten Jahr nach der Geburt, deren protektive Faktoren und Risikofaktoren sowie eine (gesundheitsökonomische) Analyse der Versorgungslage (inkl. Inanspruchnahme, Bedarfsanalyse und Kosten). In den beiden RCTs wird die Wirksamkeit einer manualisierten fokussierten Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie (ESKP; [34]) in der Erwachsenen- und Kinderpsychiatrie untersucht. Die qualitative Studie hat die Zielsetzung, Perspektiven der Betroffenen auf das Hilfesystem und Ursachen für mangelnde Inanspruchnahme zu explorieren.

ESKP ist eine wissenschaftlich begründete Methode zur Behandlung von Kindern im Alter von 0 bis 3 Jahren, ihren Eltern und anderen Bezugspersonen [33]. Sie dient der Besserung von psychischen und/oder somatischen Störungen von Säuglingen, Kleinkindern und ihren Bezugspersonen sowie der Behandlung der daraus resultierenden belasteten Eltern-Kind-Beziehung und der Förderung einer sicheren kindlichen Bindung [35, 36]. Schwerpunkt der ESKP ist das Erkennen und Bearbeiten der Beziehungsthemen, die der Symptomatik von Eltern und/oder Kind zugrunde liegen [35, 37]. Psychodynamische Methoden, verhaltenstherapeutische und psychoedukative Elemente werden integriert genutzt, um Eltern darin zu unterstützen, Zusammenhänge zu erkennen, und um zu verstehen, wie eigene und kindliche psychische Zustände besser reguliert werden können [27]. Die gemeinsame Betrachtung von videografierten Alltags- und Spielsequenzen ermöglicht es konkret am Bild, ressourcenorientiert relevante Eltern-Kind-Interaktionen zu betrachten und Lösungsansätze für ungünstige Verhaltensweisen zu erarbeiten [35]. Eine solche individuumspezifisch angewendete methodische Vielfalt hilft dabei, besonders auf die Ebene der elterlichen Repräsentanzen und die Interaktion in der Zweierbeziehung (Dyade) einzugehen [12, 27]. Ziel ist die Verbesserung der elterlichen Feinfühligkeit und die Stärkung reflexiver Funktionen, welche zu einer Verbesserung der dyadischen Interaktion und somit zum Abbau der Belastungssituation beitragen und die Entstehung einer sicheren kindlichen Bindung fördern.

In internationalen Studien konnte die Wirksamkeit der ESKP im Vergleich zu Kontrollgruppen (und anderen Interventionen wie Edukation, Unterstützung und Medikation) bereits nachgewiesen werden [32, 38]. Auch werden hohe Effektstärken für die positive Beeinflussung der Bindungsentwicklung berichtet [31]. Bestehende Studien unterscheiden sich allerdings stark in ihrer methodischen Qualität. Bisher stand der Fokus meist

auf spezifischen Risikogruppen und ambulanten Versorgungsformen. In den wenigsten dieser Studien war eine abgesicherte Diagnose von Mutter und/oder Kind als Einschlusskriterium gefordert [33, 36, 38–40]. Eine abschließende Bewertung ist somit derzeit nicht möglich und weitere randomisiert kontrollierte Interventionsstudien mit hoher methodischer Qualität und großen Stichproben werden angemahnt [33, 41]. Eine Evaluation der Wirksamkeit von ESKP im stationären Setting und in Form einer aufsuchenden Behandlung zu Hause ist daher Gegenstand der im Folgenden vorgestellten klinischen Interventionsstudien.

Allgemein gilt die Wirksamkeit einer häuslichen Behandlung oder häuslicher Interventionen zur Verbesserung der kindlichen und elterlichen Symptome im Vergleich zu stationären kinderpsychiatrischen Interventionen als gut belegt [42, 43]. Hausbesuche von Psychotherapeuten haben den Vorteil einer Intervention in der eigenen Umgebung der Patienten, was insbesondere von Müttern in der Zeit nach der Geburt als weniger belastend empfunden werden kann. Es wird angenommen, dass der Aufenthalt in der eigenen Umgebung und mit einer normalen Tagesroutine einen positiven Einfluss auf das Behandlungsergebnis hat. Für ESKP im häuslichen Umfeld konnten ebenfalls bereits positive Effekte auf die Mutter-Kind-Bindungsqualität nachgewiesen werden (z. B. [44], siehe jedoch auch [40]).

### Interventionsstudien: Design und Endpunkte

SKKIPPI umfasst 2 parallel laufende Interventionsstudien (Abb. 1) mit unterschiedlichem Fokus des Zugangs zur Studie [34]. Analog zur Trennung der Behandlung im Rahmen von Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Erwachsenenpsychiatrie im Deutschen Gesundheitssystem liegen den Einschlusskriterien kindliche Diagnosen von Regulationsstörungen (RCT Kinder) bzw. die Diagnose einer mütterlichen postpartalen psychopathologischen Störung zugrunde (RCT Erwachsene). Beide Studien sind 2-armige, offene, randomisierte, kontrollierte,

multizentrische Studien mit parallelen Gruppen und verblindeter Endpunkterhebung. Sie evaluieren die Wirksamkeit einer manualisierten 6-wöchigen ESKP-Intervention in psychiatrischen Kliniken mit Mutter-Kind-Einheiten (stationäres Setting in der Kinder- bzw. Erwachsenenpsychiatrie) oder in Abhängigkeit vom Schweregrad der Beeinträchtigung in einem nichtstationären Setting (Ambulanz oder aufsuchende Behandlung zu Hause). Es werden nur Mütter mit ihren Kindern in die Interventionsstudien eingeschlossen. Im RCT Erwachsene sollen  $n=140$  und im RCT Kinder  $n=160$  Teilnehmerinnen aufgenommen werden (jeweils die Hälfte in Intervention/ESKP bzw. Routinebehandlung, ursprüngliche Planung je 180 Teilnehmerinnen pro RCT [34]). Der Zugang zu den Interventionsstudien erfolgt auf 3 möglichen Wegen: über zuweisende Gesundheitsdienste, per Selbstzuweisung oder über eine Einladung von Teilnehmerinnen der Kohortenstudie. Unmittelbar nach Einschluss in die Studie und nach der Entscheidung für stationäres oder ambulantes Setting erfolgt eine randomisierte Zuordnung zu einer der beiden Untersuchungsgruppen: einer ESKP-Interventionsgruppe und einer Routine-therapiegruppe (Kontrollgruppe; stratifizierte Randomisierung nach Setting und Studienzentrum). Die Endpunkte werden zu 3 Zeitpunkten durch unabhängige Untersucher (verblindet für die Ergebnisse der Randomisierung) erfasst: Baseline (T0), nach 6 Wochen (T1) und nach 12 Monaten (T2). Weitere Details sind unter [34] beschrieben.

Das Ziel der fokussierten ESKP in den RCTs ist die Verbesserung der mütterlichen Feinfühligkeit mit ihrem positiven, langfristigen Effekt auf die Mutter-Kind-Interaktion. Entsprechend wird erwartet, dass sich im Vergleich zu einer Routinebehandlung („care as usual“, CAU) für Mütter in den Interventionsgruppen unabhängig vom Setting oder der primären Symptomatik (Mutter oder Kind) eine Verbesserung der mütterlichen Feinfühligkeit (primärer Endpunkt in beiden RCTs) nachweisen lässt. Darüber hinaus wird angenommen, dass die ESKP-Intervention die mütterlichen psychopathologischen Symptome und das mütterli-

che Belastungserleben verringert sowie die mütterlichen reflexiven Funktionen verbessert (sekundäre Endpunkte). Für die kindliche Entwicklung wird ebenfalls eine Verbesserung der Symptomatik der Regulationsstörungen (besonders im RCT Kinder) sowie die Etablierung eines sicheren Bindungsstils angenommen (jeweils sekundäre Endpunkte). Sofern möglich, sollen diese Auswertungen spezifisch für die unterschiedlichen Settings (stationär und nichtstationär) vorgenommen werden und weitere Kovariaten und Moderatoren in explorativen Analysen auf ihren Einfluss hin geprüft werden (Tab. 2 und 3). In beiden Studien wird erwartet, dass auch die Routine-therapie einen positiven Einfluss auf die mütterlichen und kindlichen Symptome und das Belastungserleben hat, aber nur einen geringen oder keinen Effekt auf die mütterliche Feinfühligkeit und den Bindungsstil.

### Kohortenstudie: Design und Endpunkte

Das Design der prospektiven bevölkerungsbasierten Kohortenstudie sieht ein mehrstufiges Verfahren vor (siehe Abb. 2). In Berlin, Flensburg und Leipzig wird über die Einwohnermeldeämter eine Zufallsstichprobe von insgesamt 30.000 Eltern mit Säuglingen im ersten Jahr nach der Geburt zur Teilnahme an der Studie eingeladen. In einer 1. Screeningstufe werden soziodemografische Variablen, Symptome psychischer Belastung der Eltern und Regulationsstörungen der Kinder per Onlinefragebogen erhoben. Weiter werden Fragen zur Schwangerschaft, Geburt und zum sozioökonomischen Hintergrund gestellt.

Aufgrund der publizierten Prävalenzraten [10] wird angenommen, dass bis zu 1500 TeilnehmerInnen als potenziell auffällig eingeschätzt werden (ca. 25 % der bis zu 6000 erwarteten Rückmeldungen). Während in diesem Screening sowohl Väter als auch Mütter teilnehmen können, liegt in der 2. Screeningstufe der Fokus auf den Müttern, da diese oft die Hauptbezugsperson der Säuglinge in den ersten 12 Monaten sind. Bei positivem 1. Screening von Mutter oder Säugling wird in einem

**Tab. 2** Endpunkte und Messinstrumente der Interventionsstudien

Endpunkt	Zeitpunkt			Instrument
	Baseline (T0)	Nach 6 Wochen (T1)	Nach 12 Monaten (T2)	
<i>Primärer Endpunkt</i>				
Feinfühligkeit der Mutter	X	X		EAS
<i>Sekundäre Endpunkte der Mutter</i>				
Feinfühligkeit	X		X	EAS
Psychische Störung	X		X	M.I.N.I.
Symptombelastung	X	X		BSCL
Depressive Symptomatik	X	X	X	EPDS
Angstsymptomatik	X	X		ASQ-15
Reflexive Funktion	X	X	X	PRFQ-1
Belastungserleben	X	X	X	EBI
Borderline-Persönlichkeitsstörung	X	X		IES-27
<i>Sekundäre Endpunkte des Kindes</i>				
Symptombelastung		X		SFS (nur RCT Kinder)
Bindungstyp			X	FST
Bindungstyp			X	AQS (nur RCT Kinder)
Entwicklungsstatus		X	X	ET-6-6-R
Entwicklungsstatus	X		X	CBCL
Entwicklungsstatus	X		X	Bayley (nur RCT Kinder)
<i>Weitere Endpunkte und Moderatoren</i>				
Gesundheitsökonomie	X		X	Fragebogen zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen
Bindungstyp der Mutter	X			AAI-Bindung
Reflexive Funktion der Mutter	X			AAI-RF
Responder (EAS Feinfühligkeit)		X	X	RCI (Feinfühligkeit) $\geq 1,96$
Responder (SFS)		X		RCI (SFS) $\geq 1,96$ (nur RCT Kinder)
Responder (EPDS)		X	X	EPDS $< 12$
Responder (PRFQ)		X	X	RCI (PRFQ) $\geq 1,96$
Responder (EBI)		X	X	RCI (EBI) $\geq 1,96$
Responder (ET-6-6-R)		X	X	RCI (ET-6-6-R) $\geq 1,96$ (nur RCT Kinder)
<i>Weitere Erhebungen</i>				
Soziodemografischer und sozioökonomischer Status	X			Anamnesebogen
Schwangerschaftserleben	X			Anamnesebogen
Geburtserleben	X			Anamnesebogen

AAI Adult Attachment Interview, AAI-RF Adult Attachment Interview reflexive Funktion, AQS Attachment Q-Sort, ASQ-15 Anxiety Screening Questionnaire, Bayley Bayley Scales of Infant and Toddler Development, BSCL Brief Symptom Checklist, CBCL Child-Behaviour-Checklist, EAS Emotional Availability Scale, EBI Eltern-Belastungs-Inventar, EPDS Edinburgh Postnatal Depression Scale, ET-6-6-R Entwicklungstest 6 Monate bis 6 Jahre, FST Fremde-Situations-Test, IES-27 Skala zur Erfassung der Impulsivität und emotionalen Dysregulation der Borderline-Persönlichkeitsstörung, M.I.N.I. Mini-International Neuropsychiatric Interview, PRFQ-1 Parental Reflective Functioning Questionnaire, SFS Fragebogen zum Schreien, Füttern und Schlafen, RCI Reliable Change Index zur Bestimmung eines Cut-offs, RCT Randomized Controlled Trial

Der Anamnesebogen und der Fragebogen zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen (Gesundheitsökonomie) umfassen u.a. Fragen zu Haushaltseinkommen, Arbeitslosigkeit, Alleinerziehendenstatus und psychosozialen Risikofaktoren, welche als Moderatoren in weiterführenden explorativen Analysen berücksichtigt werden können

**Tab. 3** Darstellung des Ablaufs und der Methoden der Kohortenstudie

1. Screening Onlinefragebogen	2. Screening Telefoninterview	Follow-up Folgebefragung	Endpunkte und Moderatoren
Onlinefragebogen zur Erfassung von Symptomen psychischer Belastung von Eltern und Regulationsstörungen der Kinder sowie Fragen zur Schwangerschaft, Geburt und zum sozioökonomischen Hintergrund	Telefoninterview und vertiefte Onlinebefragung zur Erfassung von psychiatrischen Störungen unter Nutzung eines validierten Fragebogens (M.I.N.I. 7.02, adaptierte Version) bei Müttern mit positivem 1. Screening Vertiefende Fragen zu Risikofaktoren, Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten, Stimmungslage und Regulationsstörungen beim Kind	Folgebefragung nach 6 Monaten bei allen teilnehmenden Müttern mit positivem 2. Screening	<i>Primäre Endpunkte</i> Häufigkeit des Auftretens mind. einer psychischen Belastung bei Eltern, Häufigkeit von Symptomen von Regulationsstörungen bei Kindern <i>Sekundäre Endpunkte</i> Major Depressive Episode, manische und hypomanische Episode, Panikstörung, Agoraphobie, soziale Angststörung, Zwangsstörung, posttraumatische Belastungsstörung, Alkohol- und Substanzkonsumstörung, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge-Eating-Störung, generalisierte Angststörung, Burn-out, postpartale Stimmungslage, Regulationsstörungen bei Kindern, Parameter der Versorgungslage <i>Weitere Variablen</i> Schwangerschafts- und geburtsspezifische Risikofaktoren, Belastungen im Bereich Familie, Finanzen, Beruf und Gesundheit, psychosoziale Risikofaktoren, sozioökonomische Faktoren

2. Screening ein detailliertes Telefoninterview durchgeführt, um psychiatrische Störungen der Mutter sowie Regulationsstörungen des Kindes und mögliche Risikofaktoren wie die sozioökonomische Lage und die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten detailliert zu erfassen. Erhoben werden ein psychiatrisch diagnostisches Interview (Mini-international neuropsychiatric interview, M.I.N.I.), depressive Symptomatik, das elterliche Belastungserleben und Daten zur Soziodemografie sowie Leistungsanspruchnahme (als Basis für Bestimmung der Versorgungskosten), Versorgungslage, wirtschaftliche Situation und Versorgungsverläufe. Nach 6 Monaten erfolgt eine Follow-up-Befragung derjenigen Teilnehmerinnen der Kohortenstudie mit positivem 2. Screening. Die Datenerhebung erfolgt analog zum 1. Screening, ergänzt um zusätzliche Daten zur Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen und amtlichen Unterstützungsangeboten in den vergangenen 6 Monaten (Abb. 2, Tab. 3).

### Qualitative Substudie

Mit einer Auswahl von 30 Müttern, die nach den Kriterien der 2. Screeningstufe der Kohortenstudie als belastet gelten, werden im Rahmen einer qualitativen Substudie leitfadengestützte, semistrukturierte Interviews durchgeführt. Erhoben werden subjektive Sichtweisen auf psychische Belastung und psychosozia-

len Hilfebedarf sowie Erfahrungen bezüglich Nachfrage und Inanspruchnahme bzw. Vermeiden von psychotherapeutischen oder anderen Frühen Hilfen.

### Diskussion und Ausblick

In Deutschland ist die Studienlage zum Bedarf und zur Versorgung bei psychopathologischen Störungen in der Postpartalzeit unübersichtlich. Mit ihrer Verzahnung qualitativer und quantitativer Daten und den hohen Stichprobengrößen wird die SKKIPPI-Initiative einen breiten Überblick über die derzeitige Versorgungslage liefern und erste gesundheitsökonomische Bewertungen erlauben. Die beiden Interventionsstudien sollen alternative Behandlungswege, wie sie dyadische, bindungsorientierte ESKP darstellen, untersuchen, um langfristig eine Weiterentwicklung der aktuellen Leitlinien für diese Störungsbilder anzuregen.

Eine solche Bewertung kann nur unter der Voraussetzung der Verfügbarkeit abgesicherter Diagnosen erfolgen. Die Entscheidung, sich nicht auf eines oder wenige Störungsbilder zu beschränken, entspricht dem Fokus der ESKP, welche besonders auf die Bindungsentwicklung der Dyade abzielt. Während durch diesen Fakt die Generalisierbarkeit der Ergebnisse für die Interventionsstudien hoch ist, da die Teilnehmerinnen die Breite der Störungsbilder widerspiegeln, senkt eine solche Heterogenität gleichzeitig die statistische Power. Die hochgradig

parallele Planung der Wirksamkeitsstudien ermöglicht explorative Analysen mit der Gesamtzahl eingeschlossener Fälle aus beiden RCTs, welche dieser Powerreduktion entgegenwirken kann. Eine gezielte Auswertung von Teilstichproben einzelner Diagnosen kann nur stattfinden, falls hinreichend große Fallzahlen für diese Teilstichprobe vorhanden sind. Auch wenn bei der Planung der Studien eine Repräsentativität der Stichproben angestrebt wurde, indem zum Beispiel städtische (Berlin, Leipzig) und eher ländlich geprägte Einzugsgebiete (Flensburg) einbezogen wurden sowie durch Berücksichtigung verschiedener Störungsbilder, ist die Repräsentativität sowohl in der Kohortenstudie als auch in den Interventionsstudien stark eingeschränkt. Aufgrund weiterer Aspekte, insbesondere der hier untersuchten psychosozialen und weiteren Belastungen der Postpartalzeit, ist das Erreichen einer repräsentativen Stichprobe schwer möglich. Ein Vergleich der StudienteilnehmerInnen mit der Bevölkerung hinsichtlich soziodemografischer Parameter ist jedoch geplant.

Ein oft kritisiertes Grundproblem vieler Studien im Bereich der frühen Kindheit ist, dass Väter kaum bis gar nicht berücksichtigt werden. Während Väter im 1. Screening der Kohortenstudie eingeladen sind teilzunehmen und somit auch erstmals Daten zu möglichen Erkrankungen von Vätern ausgewertet werden, ist eine Teilnahme von Vätern weder im weiteren Verlauf der epidemiologischen Stu-

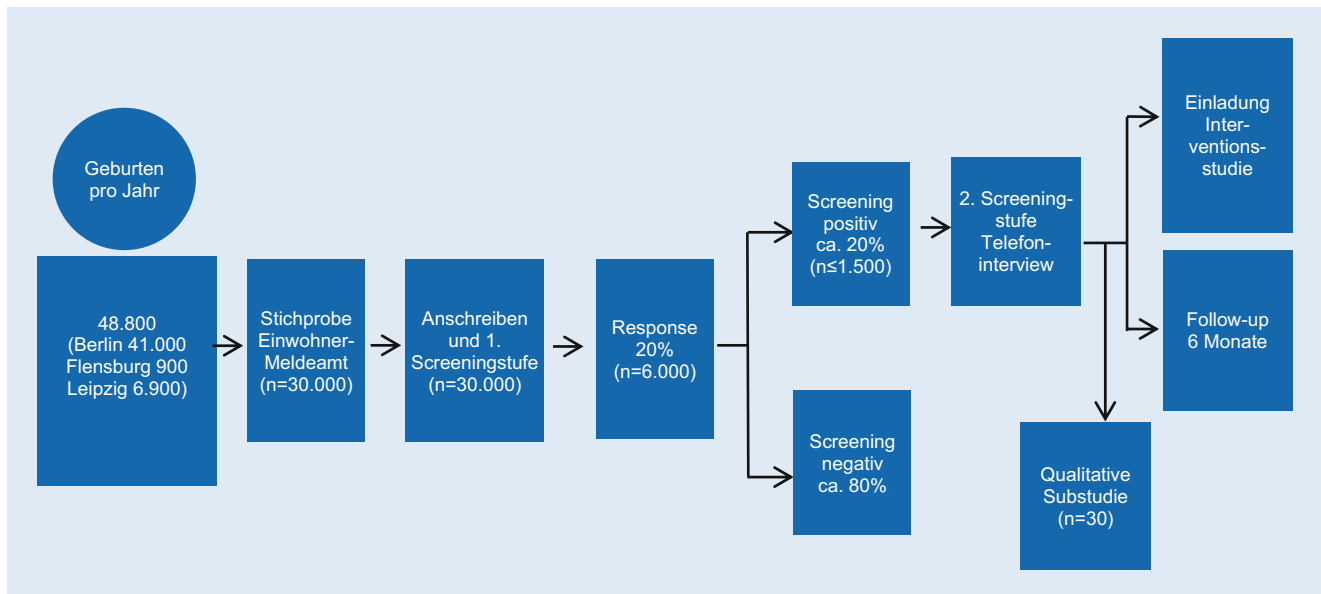


Abb. 2 ▲ Design der Kohortenstudie

die noch im Rahmen der Interventionsstudien vorgesehen [29, 37]. Im Rahmen der SKKIPPI-Studie wurde bewusst der Fokus auf die Mütter gelegt, da die vermutete Fallzahl der Väter keine robuste statistische Aussage erlauben würde. Dies gilt ebenso für Großeltern oder Pflegeeltern als primäre Bezugspersonen des Kindes. Grundsätzlich kann die ESKP mit allen primären Bezugspersonen durchgeführt werden. Für die vorliegenden Wirksamkeitsstudien besteht die Beschränkung jedoch auf Mütter, die gleichzeitig die primäre Bezugsperson darstellen. Alternativ hätte die Rekrutierungsstrategie verändert werden müssen und wäre aufwendiger geworden. Durch die Befragung und Untersuchung dieser Mütter sollen valide Ergebnisse erlangt werden, auf denen nachfolgende Projekte aufbauen können und dann zukünftig untersucht werden kann, ob und gegebenenfalls wie sich die Ergebnisse bei Vätern unterscheiden würden.

Eine weitere Limitation der Interventionsstudien ist die Heterogenität der Behandlung der Kontrollgruppen. Aufgrund ethischer Bedenken ist ein Vergleich mit einer Kontrollgruppe ohne Behandlung bzw. mit Wartezeit nicht durchführbar. Des Weiteren kann im Rahmen einer multizentrischen Interventionsstudie nur schwer die Ausgestaltung der Routinebehandlung kontrolliert werden.

Die teilnehmenden klinischen Studienzentren haben als Routinebehandlung ein eigenes psychotherapeutisches Eltern-Kind-Angebot. Im nichtstationären Setting kann dies auch niederschwellige Angebote für Mütter und Kinder umfassen. Um diese Unterschiede zwischen den stationären und nichtstationären Interventionen aufzufangen, wird das Setting als Stratifizierungsvariable in den Analysen berücksichtigt.

Erhobene Endpunkte wie mütterlicher Bindungsstil, die familiäre Belastung oder auch das Geschlecht des Kindes werden in der Resilienzforschung oft als protektive Mechanismen genannt [54]. Im Ausblick erscheint es daher wünschenswert, dass weitere längsschnittliche Erhebungen stattfinden, welche die Langfristigkeit der angestoßenen Entwicklungen der Mutter-Kind-Interaktion auch mit Blick auf spätere Belastungen des Kindes untersuchen.

### Korrespondenzadresse

#### Lars Kuchinke

Methodenlehre und Evaluation, International Psychoanalytic University  
Stromstr 3b, 10555 Berlin, Deutschland  
lars.kuchinke@ipu-berlin.de

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** M. Eckert, K.M. Richter, J. Mattheß, G. Koch, T. Reinhold, P. Vienhues, A. Berghöfer, S. Roll, T. Keil, F. Schlenso-Schuster, K. von Klitzing, C. Ludwig-Körner und L. Kuchinke geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle beschriebenen Untersuchungen am Menschen oder an menschlichem Gewebe wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethikkommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Patienten liegt eine Einverständniserklärung vor.

## Literatur

1. Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor TG, ALSPAC Study Team (2005) Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet* 365:2201–2205. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66778-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66778-5)
2. Ainsworth M, Bell SM, Stayton DF (1974) Infant-mother attachment and social development: socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In: Richards MP (Hrsg) *The introduction of the child into a social world*. Cambridge University Press, London, S 95–135
3. Carter AS, Garrity-Rokous FE, Chazan-Cohen R, Little C, Briggs-Gowan MJ (2001) Maternal depression and comorbidity: predicting early parenting, attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:18–26. <https://doi.org/10.1097/00004583-200101000-00012>
4. Grossmann K, Grossmann KE (2003) *Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. Klett-Cotta, Stuttgart
5. Papoušek H, Papoušek M, Giese R (1984) *Die Anfänge der Eltern-Kind-Beziehung*. In: Stauber M,



- Diederichs P (Hrsg) Psychosomatische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Springer, Heidelberg, S 187–204
6. Fonagy P, Cottrell D, Phillips J, Bevington D, Glaser D, Allison E (2014) What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents. Guilford, London
  7. Petzold J, Wittchen HU, Einsle F, Martini J (2015) Maternal anxiety versus depressive disorders: specific relations to infants' crying, feeding and sleep problems. *Child Care Health Dev* 42:231–245. <https://doi.org/10.1111/cch.12292>
  8. Hemmi MH, Wolke D, Schneider S (2011) Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: a meta-analysis. *Arch Dis Child* 96:622–629. <https://doi.org/10.1136/adc.2010.191312>
  9. Lyons-Ruth K (2008) Contributions of the mother–infant relationship to dissociative, borderline, and conduct symptoms in young adulthood. *Infant Ment Health J* 29:203–218. <https://doi.org/10.1002/imhj.20173>
  10. Reck C, Struben K, Backenstrass M et al (2008) Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatr Scand* 118:459–468. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01264.x>
  11. Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Skuban EM, Horwitz SM (2001) Prevalence of social-emotional and behavioral problems in a community sample of 1-and 2-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:811–819. <https://doi.org/10.1097/00004583-200107000-00016>
  12. Papoušek M (2004) Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In: Papoušek M, Schieche M, Wurmser H (Hrsg) Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Huber, Bern, S 77–110
  13. Sadeh A, Anders TF (1993) Infant sleep problems: origins, assessment, interventions. *Infant Ment Health J* 14:17–34. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199321\)14:1<17::AID-IMHJ2280140103>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199321)14:1<17::AID-IMHJ2280140103>3.0.CO;2-Q)
  14. Hettrema JM, Neale MC, Kendler KS (2001) A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 158:1568–1578. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1568>
  15. Murray L, Arteche A, Fearon P, Halligan S, Goodyer I, Cooper P (2011) Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 50:460–470. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.02.001>
  16. Schmid H, Meysen H (2006) Was ist unter Kindeswohlgefährdung zu verstehen? In: Kindler H, Lillig S, Blüml H, Meysen H, Werner A (Hrsg) Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst. Deutsches Jugendinstitut, München, S 2–1–2–9
  17. Murgatroyd C, Spengler D (2011) Epigenetics of early child development. *Front Psychiatry* 2:16. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2011.00016>
  18. Schiele MA, Domschke K (2008) Epigenetics at the crossroads between genes, environment and resilience in anxiety disorders. *Genes Brain Behav* 17:1–15. <https://doi.org/10.1111/gbb.12423>
  19. Hohm E, Laucht M, Zohsel K et al (2017) Resilienz und Ressourcen im Verlauf der Entwicklung. Von der frühen Kindheit bis zum Erwachsenenalter. *Kindh Entwickl* 26:230–239. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000236>
  20. Eickhorst A, Schreier A, Brand C et al (2016) Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 59:1271–1280. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2422-8>
  21. Turmes L, Hornstein C (2007) Stationäre Mutter-Kind-Behandlungseinheiten in Deutschland. *Nervenarzt* 78:773–779. <https://doi.org/10.1007/s00115-006-2185-9>
  22. Jordan W, Bielau H, Cohrs S et al (2012) Aktuelle Versorgungs- und Finanzierungslage von Mutter-Kind-Einheiten für schwangerschaftsassozierte psychische Störungen in Deutschland. *Psychiatr Prax* 39:205–210. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1304918>
  23. Reck C, Schlegel N (2016) Interaktionsorientierte Mutter-Kind-Psychotherapie im stationären Setting. In: Mall V, Friedmann A (Hrsg) Frühe Hilfen in der Pädiatrie. Springer, Berlin, Heidelberg, S 179–189
  24. Statista (2020) Anzahl der Geburten in Deutschland von 1991 bis 2019. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/235/umfrage/anzahl-der-geburten-seit-1993/>. Zugegriffen: 28. Febr. 2020
  25. Suess GJ, Bohlen U, Spangler G, Carlson E, Maier MF (2016) Evaluating the effectiveness of the attachment based STEEP™ program in a German sample. *Attach Hum Dev* 18:443–460. <https://doi.org/10.1080/14616734.2016.1165265>
  26. Ramsauer B, Lotzin A, Mühlhan C et al (2014) A randomized controlled trial comparing circle of security intervention and treatment as usual as interventions to increase attachment security in infants of mentally ill mothers: study protocol. *BMC Psychiatry* 14:24–24. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-24>
  27. Cierpka M, Hirschmüller B, Israel A et al (2007) Manual zur psychoanalytischen Behandlung von Regulationsstörungen, psychischen und psychosomatischen Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern unter Verwendung des Fokuskonzeptes. In: Cierpka M, Windaus E (Hrsg) Psychoanalytische Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie. Konzepte–Leitlinien–Manual. Brandes & Apsel, Frankfurt a. M., S 87–214
  28. Georg A, Kress S, Cierpka M, Taubner S (2019) Die fokussierte Säuglings-/Kleinkind-Eltern-Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen im Rahmen eines randomisiert-kontrollierten Studiendesigns. *Kinderanalyse* 27:278–307. <https://doi.org/10.21706/ka-27-3-278>
  29. Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH, Juffer F (2003) Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychol Bull* 129:195. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.195>
  30. Letourneau N, Tryphonopoulos P, Giesbrecht G, Dennis CL, Bhogal S, Watson B (2015) Narrative and meta-analytic review of interventions aiming to improve maternal–child attachment security. *Infant Ment Health J* 36:366–387. <https://doi.org/10.1002/imhj.21525>
  31. Taubner S, Wolter S, Rabung S (2015) Effectiveness of early-intervention programs in German-speaking countries—a meta-analysis. *Ment Health Prev* 3:69–78. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2015.07.001>
  32. Barlow J, Bennett C, Midgley N, Larkin SK, Wei Y (2016) Parent–infant psychotherapy: a systematic review of the evidence for improving parental and infant mental health. *J Reprod Infant Psychol* 34:464–482. <https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1222357>
  33. Ludwig-Körner C (2016) Eltern-Säuglings-Kleinkind-Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
  34. Mattheß J, Eckert M, Richter K et al (2020) Psychotherapy with mothers with postpartum mental disorder: study protocol of the randomized controlled trial as part of the SKKIPPI project. *Trials* 21:490. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04443-7>
  35. Cohen NJ, Muir E, Lojkasek M et al (1999) Watch, wait, and wonder: testing the effectiveness of a new approach to mother–infant psychotherapy. *Infant Ment Health J* 20:429–451. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199924\)20:4<429::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199924)20:4<429::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-Q)
  36. Salomonsson B, Sandell R (2011) A randomized controlled trial of mother–infant psychoanalytic treatment: II. Predictive and moderating influences of qualitative patient factors. *Infant Ment Health J* 32:377–404. <https://doi.org/10.1002/imhj.20291>
  37. Fraiberg S, Fraiberg L (1980) Clinical studies in infant mental health: the first year of life. Basic Books, New York
  38. Fonagy P, Sled M, Baradon T (2016) Randomized controlled trial of parent–infant–psychotherapy for parents with mental health problems and young infants. *Infant Ment Health J* 37:97–114. <https://doi.org/10.1002/imhj.21553>
  39. Sled M, Baradon T, Fonagy P (2013) New beginnings for mothers and babies in prison: a cluster randomized controlled trial. *Attach Hum Dev* 15:349–367. <https://doi.org/10.1080/14616734.2013.782651>
  40. Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H (2003) Controlled trial of the short-and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: I. Impact on maternal mood. *Br J Psychiatry* 182:412–419. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.5.412>
  41. Lumsden D (2017) Does the evidence support parent–infant psychotherapy? *BJPsych Adv* 23:217–221. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.117.017244>
  42. Mattheß J, Hirt BR, Wilken J, Schmidt MH, Remschmidt H (2001) Efficacy of inpatient and home treatment in psychiatrically disturbed children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 10:71. <https://doi.org/10.1007/s007870170008>
  43. Böge I, Schepker R, Fegert JM (2019) Aufsuchende Behandlungsformen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 62:195–204. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2874-0>
  44. Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL (2006) Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Dev Psychopathol* 18:623–649. <https://doi.org/10.1017/S0954579406060329>
  45. Brisch KH (2007) Unterbrechung der transgenerationalen Weitergabe von Gewalt: Primäre Prävention durch „SAFE®-Sichere Ausbildung für Eltern“. *Psychol Osterr* 1:62–68
  46. Makowsky K, Schüking B (2010) Familienhebammen – Subjektive Auswirkungen auf die kindliche und mütterliche Gesundheit aus der Perspektive begleiteter Mütter. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 53:1080–1088. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1128-6>
  47. Fisch S, Keller T, Nazmy N, Stasun U, Keil T, Klapp C (2016) Evaluation des Babytote-Plus-Screeningbogens: Untersuchung eines einfachen Instruments zur Identifizierung psychosozial be-

- 
- lasteter Eltern von Neugeborenen der Berliner Charité. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 59:1300–1309. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2425-5>
48. Gordon M (2003) Roots of empathy: responsive parenting, caring societies. *Keio J Med* 52:236–243. <https://doi.org/10.2302/kjm.52.236>
  49. Franz M (2008) PALME: Präventives Elterntraining für alleinerziehende Mütter geleitet von Erzieherinnen und Erziehern. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
  50. Ziegenhain U, Derksen B, Dreisörner R (2004) Frühe Förderung von Resilienz bei jungen Müttern und ihren Säuglingen. *Kindh Entwickl* 13:226–234. <https://doi.org/10.1026/0942-5403.13.4.226>
  51. Papoušek M (1998) Das Münchner Modell einer interaktionszentrierten Säuglings-Eltern-Beratung und -Psychotherapie. In: von Klitzing K (Hrsg) *Psychotherapie in der frühen Kindheit*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S88–118
  52. Jansen F, Streit U (2015) *Fähig zum Körperkontakt*. Springer, Berlin, Heidelberg
  53. Wortmann-Fleischer S, Downing G, Hornstein C (2006) Postpartale psychische Störungen: ein interaktionszentrierter Therapieleitfaden. Kohlhammer, Stuttgart
  54. Fergusson DM, Horwood LJ (2003) Resilience to childhood adversity: results of a 21 year study. In: Luthar S (Hrsg) *Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge University Press, London, S 130–155