

Lier-Schehl, Hannelore / Turmes, Luc / Pinnow, Marlies / El-Khechen, Wahiba und Kramer, Michael

Individuelles und gemeinsames Coping in Familien mit schizophren erkrankten Eltern

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 60 (2011) 3, S. 192-205

urn:nbn:de:bsz-psydok-51892

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Selbst- und Fremdeinschätzungsfragebogen zum Mutter-Kind-Interaktionsverhalten (SF-MKI)

Hannelore Lier-Schehl, Luc Turmes, Marlies Pinnow, Wahiba El-Khechen und
Michael Kramer

Summary

Measuring Mother-Child Relationship: A German Instrument for Both Self-Assessment and Assessment by Others (SF-MKI)

Childbearing, from the standpoint of psychological medicine, is the most complex event in human experience. Recently delivered mothers are vulnerable to the whole spectrum of general psychiatric disorders, as well as those resulting from the physical and psychological changes of childbirth. Even if most depressed mothers do not have a relationship problem with their neonates, new mothers who are mentally ill may be dysfunctional and experience impaired communication with their newborns. There is growing evidence of possible long-term negative consequences for the cognitive and social development of a child in such a situation. This gives strength to the arguments for increased awareness and more specific treatment modalities. To evaluate the quality of mother-child interaction in clinical settings we constructed a questionnaire which enables mothers' self rating and staff rating of these child related behaviors. Statistical analyses show that the SF-MKI is a reliable instrument with three independent scales: "responsive interpersonal functioning", "general self-perception" and "self-care in interaction".

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60/2011, 192-205

Keywords

postpartum depression – mother-infant relationship – mother-infant interaction

Zusammenfassung

Ausgehend von der Diskussion (1) der Beziehungen zwischen mütterlicher Depression und der Entwicklung von Mutter-Kind-Beziehungsstörungen (2) der psychodiagnostischen Möglichkeiten zur Diagnostik von Mutter-Kind-Interaktionsstörungen sowie (3) der damit verbundenen Validitätsprobleme werden im Beitrag Ergebnisse der teststatistischen Überprüfung eines neuen Fragebogens zur Selbst- und Fremderfassung des Mutter-Kind-Interaktionsverhaltens an einer klinischen Stichprobe von postpartal erkrankten Müttern (n = 126) vorgestellt. Der Selbst- und Fremdeinschätzungsfragebogen zum Mutter-Kind-Interaktionsverhalten erweist sich dabei als ein reliables Forschungsinstrument. Der Fragebogen gestattet es, die Interaktion zwischen Mutter und Kind sowohl aus Sicht der Mutter als auch aus Sicht des Behandlungsteams

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60: 192 – 205 (2011), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2011

bezüglich der faktorenanalytisch ermittelten Dimensionen „Responsive Beziehungsfähigkeit“, „Allgemeines Selbstbild“ und „Selbstfürsorge in der Interaktion“ zu erfassen.

Schlagwörter

Bindungstherapie – Beziehungsstörungen – Diagnostik – Mutter-Kind-Interaktion – Postpartale Depression

1 Hintergrund

In der Behandlung postpartaler Wochenbeterkrankungen gewinnt zunehmend begleitend zur medizinisch medikamentösen und psychologischen Therapie die Mutter-Kind-Interaktionstherapie an Bedeutung (Forman, O'Hara, Stuart, Gorman, Larsen, Coy, 2007). Aktuelle Studien belegen, dass psychische Störungen der Mutter im ersten Lebensjahr des Kindes, in dem das Kind in ganz besonderer Weise auf zuverlässige und vor allem emotional verfügbare Bezugspersonen angewiesen ist, zu erheblichen und langanhaltenden Einschränkungen der Mutter-Kind-Beziehung führen können, da viele Mütter auf Grund der depressiven Symptomatik nicht fähig sind, die Signale ihres Kindes differenziert wahrzunehmen und zu beantworten. So schätzen Mütter trotz erfolgreicher Therapie der postpartalen Depression ihre Kinder als schwieriger ein als Mütter ohne diese Erkrankung und es lassen sich negative Effekte auf die Fütterungspraktiken nachweisen (Dennis u. McQueen, 2009; Forman et al., 2007). Um langfristige Folgen der Mutter-Kind-Beziehung durch postpartale Störungen zu vermeiden, bietet der geschützte Raum des stationären Bereichs gute Möglichkeiten, die Interaktion zwischen Mutter und Kind explizit zu fördern und die während der postpartalen Erkrankung entstandenen ungünstigen Verhaltensmuster zwischen Mutter und Kind zu modifizieren. Ein vertrauensvolles Klima mit Entlastung und Akzeptanz sollte den erkrankten Müttern den Zugang zu ihren intuitiven elterlichen Kompetenzen erleichtern (Papoušek, 2007). Anders als bei den rein patientenfokussierten Therapieformen, stehen hier sowohl die seelische Gesundheit der Mutter als auch die des Kindes im Mittelpunkt. Die Erfahrung positiver Gegenseitigkeit in der frühen Kommunikation stellt hier eine einzigartige Ressource und Grundlage für die seelische Gesundheit und für die Entwicklung tragfähiger Eltern-Kind-Beziehungen dar. Die besonderen Chancen früher Behandlung durch eine Interaktions- bzw. Beziehungstherapie liegen darin, diese Ressource mit ihren intrinsischen Selbstheilungskräften zu nutzen und gefährdeten Eltern-Kind-Paaren zugänglich zu machen.

Der durch die präverbale Entwicklungsphase des Säuglings bedingte Mangel an verbalem Austausch zwischen Mutter und Kind erschwert den Zugang über ein verbal orientiertes Psychotherapieverfahren. Ein nonverbales Therapieverfahren bietet sich an. Der häufige Körperkontakt zum Kind und das geringe Sprachbedürfnis der erkrankten Mutter weisen den Weg zu einem körperpsychotherapeutischen Verfahren. Nonverbales

Verhalten über den Körper zeigt sich zwischen Mutter und Kind über interaktives Bewegungsverhalten. Es gibt bisher wenig Untersuchungsinstrumente, die Aussagen über die Qualität dieses interaktiven Bewegungsverhaltens zulassen und mögliche Rückschlüsse über das emotionale Empfinden von Mutter und Kind geben (Lier-Schehl, 2008).

In der LWL-Klinik Herten besteht die Möglichkeit, Mütter, die an einer postpartalen Wochenbettdepression oder Wochenbettpsychose erkranken, mit ihren Babys bzw. Kleinkindern bis zum vollendeten 1. Lebensjahr stationär, teilstationär, poststationär oder ambulant zu behandeln. Die Patientinnen erhalten nach einem festen Wochenplan neben anderen therapeutischen Angeboten je nach Krankheitsschweregrad, Verweildauer und Krankheitsverlauf patientenorientiert mehrmals wöchentlich die körperbezogene interaktionelle Beziehungstherapie mit dem Ziel der Bindungsförderung.

Die Betroffene lernt alltäglich sowohl das Handling und den entspannten Umgang mit ihrem Kind als auch sich mit ihrer neuen Rolle als Mutter auseinander zu setzen. In der therapeutischen Arbeit wird mit hoch belasteten Eltern-Kind-Beziehungen deutlich, in welchem Maße die aktuelle Kommunikation zwischen Eltern und Baby unbewusste dysfunktionale Beziehungsmuster der eigenen Kindheit evozieren und reinszenieren kann. Hierbei leidet vor allem die Abstimmung der elterlichen Kompetenzen auf die Signale des realen Babys, die aufgrund der elterlichen Psychodynamik ignoriert oder verzerrt wahrgenommen und inadäquat beantwortet werden. Daher wird, wo es notwendig erscheint, die Beziehung zur eigenen Mutter bzw. dem Elternhaus aufgearbeitet, um die unbewusst vorhandene transgenerationale Übertragungen zu entschlüsseln. Das ressourcenbetonte und unterstützende Angebot zum Aufbau der Mutter-Kind-Beziehungsgestaltung oder zur Stabilisierung der Mutter-Kind-Beziehung erfolgt durch fachlich geschultes Personal in bewegungs-mikro-analytischer Interaktionsbeobachtung von Mutter-Säuglings-Dyaden.

Drei übergeordnete Zielsetzungen zur Stärkung der frühen Eltern-Kind-Bindung lassen sich nach Kumar, Marks, Platz und Yoshida (1995) definieren. Zum Einen soll die Behandlung und Wiederherstellung von Müttern, die eine akute und schwere Wochenbettdepression, eine psychotische Wochenbettdepression oder eine Wochenbettpsychose entwickeln, erzielt werden und zum anderen strebt es die Behandlung und Rehabilitation von Frauen, die kürzlich ein Kind entbunden haben und anamnestisch an einer vorbestehenden oder chronischen psychischen Erkrankung leiden. Außerdem besteht die Absicht, das aktuelle oder potentielle Risiko für die Kinder im Kontext mit der mütterlichen psychischen Erkrankung sowie die primäre Prävention der Säuglinge hinsichtlich einer eigenen psychischen Erkrankung in der Zukunft zu beurteilen.

Weitere Bausteine im Gesamtbehandlungsziel sind die Symptomreduktion sowie das Benennen und „Markieren“ zentraler Konflikte, um die Fortsetzung des therapeutischen Prozesses im ambulanten Rahmen zu ermöglichen. Am Ende dieser Arbeit spielt die soziale Einbettung eine wichtige Rolle. Bei tagesklinischem Setting ist eine größere Affekt- und Frustrationstoleranz erforderlich, ausreichender Antrieb und Motivation sowie eine gewisse Fähigkeit zur Realitätsprüfung (Turmes, 2003).

In der Interaktionstherapie ist es von wesentlicher Bedeutung im Rahmen der Entwicklung einer sicheren Bindung zwischen Mutter und Kind die Erkundung und Dif-

ferenzierung des potentiellen Selbst des Kindes zu sich und in Beziehung zu Anderen zu fördern und seine Selbstsicherheit zu stärken.

Mit der körperbezogenen Beziehungstherapie zur Bindungsentwicklung zwischen Mutter und Kind werden in der beziehungsfördernden Mutter-Kind-Therapie Zielsetzungen auf der Körperebene im Sinne wahrnehmender Bezogenheit, der Beziehungsebene im Sinne emotionaler Zugewandtheit und der kinästhetisch-psychischen Ebene im Sinne responsiver Beziehungsfähigkeit angestrebt (Lier-Schehl, 2008).

Auf der Körperebene im Sinne wahrnehmender Bezogenheit erfahren Mütter (u. a.) Hautkontakt über Berührung und nehmen die Sensitivität der Berührung wahr. Sie richten die Aufmerksamkeit auf kleinste Bewegungen des Babys, lernen bewegende Antworten beim Baby „lesen“ und achten auf körperliche Responsivität. Sie spüren und erfahren bewusst die Unterschiedlichkeit von Interaktionen über Blickkontakt, Mimik, Gestik, Körperhaltung, Bewegung und Stimme.

Die Beziehungsebene im Sinne emotionaler Zugewandtheit beinhaltet die Einschätzung unterschiedlicher Bewegungsmuster nach interaktiven bewegungsanalytischen Kriterien (Kestenberg-Amighi, 1999; Kestenberg-Amighi et al., 1999). Das Erkennen von Bewegungsrhythmen zur Einschätzung der Beziehungszugewandtheit und der Stärkung intuitiver elterlicher Kompetenzen über die Reflexion von Wahrnehmungen und Gefühlen in Bezug auf die eigene Kindheit führen zu einem ressourcenorientierten Arbeiten nach den Prinzipien des Salutogenesemodells im Sinne von Verständlichkeit, Handhabbarkeit und Bedeutung und die Anleitung erspürender handlungsbezogener Qualitäten im Sinne der Feinfühligkeit.

Auf der kinästhetisch-psychischen Ebene im Sinne responsiver Beziehungsfähigkeit soll die Körperwahrnehmung der Mütter verbessert und ihre Ich-Grenzen gestärkt werden. Die Sensibilisierung körperlicher Befindlichkeit der Mutter während der Interaktion unter Berücksichtigung von Körperhaltung, Körperlage, Muskeltonus, körperliche Sensationen, Zeitmaß, Rhythmus, Dynamik des Verhaltens und der Aufbau von interaktivem Spannungsfluss und Formenfluss als „Aufeinanderbezogensein“ sollen ebenfalls auf dieser Ebene erreicht werden. Hier wird besonders auf den wechselseitigen Bezug bei körperlichem Erleben im interpersonellen Austausch von Eigen- und Fremdwahrnehmung geachtet.

Die Beurteilung komplexer Verhaltensstrukturen, wie sie bei Interaktionsverhalten zwischen einer Mutter und ihrem Säugling stattfinden, werden in unterschiedliche Handlungsschritte aufgeteilt, die sich in Handlungsbereitschaft, Handlungsplanung, Handlungsdurchführung und Handlungskorrektur unterscheiden lassen. Diese ineinander verzahnten Handlungsschritte des interaktiven Austausches zwischen Mutter und Kind bilden die Responsivität ab, die Aussagen zur Beziehungsfähigkeit und -gestaltung zulassen. Die einzelnen Handlungsabläufe sind in den Items des nachfolgend beschriebenen Erhebungsinstruments wiederzufinden, welches ebenso Aussagen zur körperlichen Nähe-Distanz-Regulierung, der körperlichen Zugewandtheit erfasst und einen psychodynamischen Bezug von intrapsychischem Erleben im interpersonellen Austausch emotionaler Befindlichkeiten herstellen.

2 Das Erhebungsinstrument

Der entwickelte Fragebogen dient dazu, sowohl einige Merkmale in der Prä-post-Diagnostik als auch der Verlaufsdiagnostik zu erfassen. Die Verlaufsdiagnostik erfasst Merkmalsveränderungen und ihre Bedingungen über einen Zeitraum hinweg und hilft als modifikationsorientierte Diagnostik, die Veränderungen einer Person oder Bedingung zu erfassen, um individuelle Fördermaßnahmen oder therapeutische Behandlungen zu optimieren. Aus pragmatischer Sicht ist die Diagnostik als Teil eines Handlungsablaufs anzusehen.

Der Fragebogen ist dem bindungsspezifischen Bereich zuzuordnen. Als Selbst- und Fremdevaluation gibt dieser in der Prä-Post-Anwendung den Verlauf der Gesundung der Patientin, hier die spezifische Zunahme des Interaktionsverhaltens, wider.

Verfahren der Selbstbeobachtung als Introspektion, wie Selbst-einschätzungsfragebögen, sind darauf ausgerichtet, subjektive Befindlichkeiten in emotionalen und kognitiven Dimensionen anzusprechen. Die Orientierung am Körper wird von Faktoren der aktuellen Befindlichkeit, emotionalen Stimmung, sozialen Umgebung, u. a. stets beeinflusst und weist somit große Subjekthaftigkeit auf.

Der SF-MKI-Fragebogen ist ein Evaluationsinstrument, das zu Beginn der Mutter-Kind-Einheit in Herten entwickelt und eingesetzt wurde. Er ist hilfreich in der Erarbeitung der gemeinsamen Ziele zu Beginn der Mutter-Kind-Behandlung, im Prozessverlauf bei Stagnierung und bei der Evaluation der erlebten Therapie in der Entwicklung mütterlicher Kompetenzen im Abschlussgespräch.

Der Selbsteinschätzungsfragebogen ist in seinen ersten neun Items angelehnt an den Fragebogen zur allgemeinen Selbsteinschätzung nach den Selbstpflagedefizittheorien von Peplau (1952). Er wurde durch die Items der interaktions- und körperbezogenen Verhaltensweisen der Mutter zum Kind ergänzt und erfasst insgesamt die Potenziale und Fähigkeiten einer Mutter. Sie sind als wichtige Aspekte durch Beobachtungsstudien im klinischen Alltag erkannt worden und beziehen sich in Teilen auf Theorieannahmen aus der Säuglings- und Körperpsychotherapieforschung (Downing, 1996; Papoušek, Schieche, Wurmser, 2004; Stern, 1985, 1991).

Bedeutsam in der Skala der Selbstfürsorge ist der Aspekt überhöhter physiologischer Fremdfürsorge aus kompensatorischer Sicht mit der Konsequenz völliger Überforderung, um dem Kind nicht durch die Erkrankung zu schaden. Durch andauernde Bemutterung trotz psychischer Abwesenheit fehlen dem Säugling altersgerechte Möglichkeiten der Selbstregulation zur weiteren gesunden Entwicklung. In einer sechsstufigen Skala von 0-5, von *gar nicht* bis *sehr stark*, kann die Patientin zusätzlich noch Anmerkungen oder Unterstützungswünsche äußern.

Im Prä-post-Vergleich erhält die Mutter bei der gemeinsamen Besprechung eine realistische Einschätzung ihrer eigenen Fähigkeiten. Die Therapeutin und das Pflegeteam füllen den Einschätzungsfragebogen mit gleichen Fragestellungen als Fremdeinschätzung aus. Der Grad der Abweichung lässt Aussagen über das realistische bzw. das fehl eingeschätzte Interaktionsverhalten der Mutter zum Kind zu. Auch diese werden

mit der Patientin besprochen, um die Gründe der Fehleinschätzung bzw. der eventuell sozial angepassten Antworten besprechen und ggf. beheben zu können und mögliche Unterschiede zwischen mütterlichem Ideal- und Realbild transparent zu machen.

3 Konstruktion des Fragebogens

Das Ziel dieser Untersuchung ist die Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung verschiedener Facetten der Mutter-Kind-Interaktion. Dabei sollte ein Verfahren entwickelt werden, welches sowohl den Kriterien der klassischen Testtheorie folgt als auch im klinischen Alltag ökonomisch anwendbar ist. Ebenso sollte einer Selbsteinschätzung der erkrankten Mutter eine Fremdeinschätzung durch den behandelnden Therapeuten und den Pflegedienst gegenübergestellt werden. Nach Lienert und Raatz (1994) sollte ein Test in möglichst hohem Grade objektiv, reliabel und valide sein. In dieser Untersuchung wurde daher der Schwerpunkt auf die Itemanalyse, die Konstruktvalidität (Dimensionalität) und die Reliabilität gelegt.

3.1 Stichprobe

Die Teilnehmerinnen sind postpartal erkrankte Mütter, welche sich in unserer Klinik stationär behandeln ließen. Insgesamt wurde der Fragebogen an 146 Patientinnen ausgegeben. Das Durchschnittsalter betrug 30,1 Jahre mit einer SD von 6,0 Jahren. Die Altersspanne lag bei 18-46 Jahren.

3.2 Untersuchungsaufbau

Von den insgesamt 146 ausgegebenen Fragebögen konnten 126 in die Gesamtauswertung (Rücklaufquote: 86,3 %) eingehen. Die zu behandelnden Mütter haben ebenso wie die behandelnde Therapeutin und die Bezugspflegekraft zu Beginn und am Ende der Behandlung einen Fragebogen ausgefüllt. Beide Fragebögen waren identisch. Sie sollten nur als Selbstsicht bei der Mutter und als Fremdeinschätzung über die Patientin ausgefüllt werden. D. h. zu Beginn und Ende der Behandlung wurden jeweils drei Bögen ausgefüllt. Zum Zweck der Testkonstruktion wurden die Daten der 126 Patientinnen herangezogen.

In ihrem zentralen Instrument der Itemanalyse wurden folgende Teilüberprüfungen durchgeführt: Die Berechnung von Itemschwierigkeit, Itemtrennschärfe, Homogenität und Dimensionalität sowie die Analyse der Skalen auf eine Normalverteilung. In Tabelle 1 werden die einzelnen Items hinsichtlich der Itemschwierigkeit, ihrer Korrelation zum Faktor und ihrer Trennschärfe vorgestellt. Es ist zu beachten, dass für die Itemschwierigkeit und für die Trennschärfe vier verschiedene Angaben in der Fremdbeurteilung und jeweils zwei (Aufnahme und Entlassung) in der Selbstbeurteilung vorgenommen wurden.

Tabelle 1: Kennwerte der Fremdeinschätzung

Skala	Item	Itemschwierigkeit	Korrelation zu Faktor	Trennschärfe
Responsive Beziehungsfähigkeit	20. Das Kind eine Weile (ca. 15-30 Minuten) auf dem Arm halten und sich mit ihm beschäftigen.	Th.: .432 (A); .678 (E) PP.: .463 (A); .645(E)	Th.: .586 (A); .712 (E)	Th.: .618 (A); .789(E) PP.: .739 (A); .701 (E)
	21. Sich mit dem Körper dem Kind in angemessenem Abstand (ca. 30-50 cm) zuwenden	Th.: .515 (A); .756(E) PP.: .534(A); .710(E)	Th.: .594 (A); .683 (E)	Th.: .657 (A); .753(E) PP.: .661 (A); .582(E)
	25. In den Wachphasen mit dem Kind regelmäßig und wiederkehrend in Blickkontakte gehen	Th.: .440 (A); .631(E) PP.: .543 (A); .730(E)	Th.: .690 (A); .674 (E)	Th.: .690 (A); .781(E) PP.: .780 (A); .771 (E)
	26. Sich mit der Stimme dem Kind zuwenden	Th.: .410 (A); .627 (E) PP.: .541(A); .748 (E)	Th.: .768 (A); .750 (E)	Th.: .772 (A); .754(E) PP.: .887 (A); .766(E)
	27. Das Kind ansprechen, bevor es berührt wird	Th.: .318 (A); .533(E) PP.: .520 (A); .692(E)	Th.: .811 (A); .831 (E)	Th.: .779 (A); .810(E) PP.: .826 (A); .793(E)
	28. Regelmäßig den Lautäußerungen des Kindes zu Antworten	Th.: .358 (A); .616(E) PP.: .463 (A); .646(E)	Th.: .801 (A); .848 (E)	Th.: .783 (A); .859(E) PP.: .891 (A); .816(E)
	29. Die Lautäußerungen des Kindes als Spielangebot nutzen und in gleicher oder ähnlicher Weise antworten	Th.: .350 (A); .616(E) PP.: .410(A); .609(E)	Th.: .820 (A); .817 (E)	Th.: .816 (A); .819(E) PP.: .849 (A); .852(E)
	30. Dem Kind etwas vorsingen oder Reime aufsagen	Th.: .243 (A); .539(E) PP.: .281 (A); .466(E)	Th.: .845 (A); .827 (E)	Th.: .759 (A); .782(E) PP.: .673 (A); .648(E)
	31. Mit dem Kind Fingerspiele bzw. Körperspiele durchführen	Th.: .246 (A); .536(E) PP.: .280 (A); .504(E)	Th.: .847 (A); .804 (E)	Th.: .765 (A); .797(E) PP.: .723 (A); .752(E)
	32. Im Kontakt mit dem Kind ausgelassen sein und „rumalbern“	Th.: .213 (A); .600(E) PP.: .262 (A); .508(E)	Th.: .668 (A); .706 (E)	Th.: .628 (A); .721(E) PP.: .555 (A); .709(E)
Alpha: .933 32,04% (E)	33. Das Kind angemessen trösten, wenn es weint oder schreit	Th.: .446 (A); .700(E) PP.: .574 (A); .729(E)	Th.: .656 (A); .664 (E)	Th.: .675 (A); .754(E) PP.: .714 (A); .731(E)
Alpha: .952 36,14% (E)				
PP: (A)				
Alpha: .944 (E)				
Alpha: .935				

Allg. Selbstbild	1. Sich selbst annehmen und akzeptieren	Th.: .320 (A); .578(E) PP.: .444 (A); .661(E)	Th.: .703 (A); .629 (E)	Th.: .560 (A); .607(E) PP.: .644 (A); .646(E)
Th.: (A) Alpha: .832 20,34%	3. Sich selbst in seinem Handeln vertrauen	Th.: .285 (A); .598(E) PP.: .469 (A); .668(E)	Th.: .780 (A); .595 (E)	Th.: .690 (A); .703 (E) PP.: .607 (A); .746(E)
(E) Alpha: .876 21,36%	5. Sich Wissen aneignen und anwenden	Th.: .389 (A); .558(E) PP.: .539(A); .697(E)	Th.: .759 (A); .601 (E)	Th.: .575 (A); .601(E) PP.: .560 (A); .702(E)
	6. Die geeigneten Maßnahmen zum Erreichen eines Zieles auswählen	Th.: .368 (A); .615(E) PP.: .427 (A); .657(E)	Th.: .739 (A); .835 (E)	Th.: .667 (A); .788 (E) PP.: .698 (A); .790(E)
PP.: (A) Alpha: .858 (E) Alpha: .898	8. Die Maßnahmen in das tägliche Leben integrieren	Th.: .361 (A); .595(E) PP.: .397 (A); .642(E)	Th.: .711 (A); .779 (E)	Th.: .688 (A); .717(E) PP.: .638 (A); .770(E)
	9. Sich körperlich fähig fühlen	Th.: .422 (A); .707(E) PP.: .462 (A); .678(E)	Th.: .513 (A); .591 (E)	Th.: .439 (A); .555 (E) PP.: .665 (A); .628(E)
	11. Sich im Kontakt zum Kind sicher fühlen	Th.: .410 (A); .747(E) PP.: .506 (A); .735(E)	Th.: .550 (A); .506 (E)	Th.: .545 (A); .664(E) PP.: .590 (A); .657(E)
Selbstfürsorge in der Interaktion	17. Erholungsphasen zu finden, in denen dem Kind eine passive Aufmerksamkeit geschenkt wird	Th.: .418 (A); .651(E) PP.: .458 (A); .727(E)	Th.: .851 (A); .849 (E)	Th.: .629 (A); .673 (E) PP.: .737 (A); .501(E)
Th.: (A) Alpha: .771 9,28%	18. Mit dem Kind gemeinsame Zeitphasen zu finden, die eher mütterlichen Interessen vorbehalten sind	Th.: .400 (A); .603(E) PP.: .456 (A); .717(E)	Th.: .853 (A); .860 (E)	Th.: .629 (A); .673 (E) PP.: .737 (A); .501(E)
(E) Alpha: .801 11,03%				
PP.: Alpha: .847(A); .665 (E)				

Dabei wurde der Itemschwierigkeitsindex (p_i) nach der Formel von Dahl (1971) und Bortz und Döring (1995) berechnet. Laut Bortz und Döring (1995) wird ein mittlerer Schwierigkeitsindex (0.2-0.8) gefordert, der auch als Ausschlusskriterium in dieser Arbeit zugrunde gelegt wird. Der Ausschluss von zu leichten und zu schweren Items wird durchgeführt, da sie keine Personenunterschiede sichtbar machen können.

Zur Dimensionalitätsüberprüfung wurde eine von Bortz und Döring (1995) vorgeschlagene Faktorenanalyse mit Varimaxrotation und anschließender Hauptkomponentenanalyse gerechnet. Als Extraktionskriterium der unabhängigen Faktoren wurde das Kaiser-Guttman-Kriterium (Eigenwert des Faktors > 1) verwendet. Dabei wurde ein Item einem Faktor zugeordnet, wenn seine Ladung auf diesem mehr als 0.5 betrug. Als Datenbasis wurde die Einschätzung der Mutter-Kind-Interaktion aus Sicht der Therapeuten genutzt. Die Faktorenanalyse gelangte nach fünf Iterationen zu drei extrahierten Faktoren, deren Varianzaufklärung insgesamt 61,66 % bei Aufnahme und 68,53 % bei Entlassung ausmachte. Die Faktorenanalyse der Selbsteinschätzung der Mutter ergab ebenfalls drei Faktoren bei sechs Iterationen und eine Varianzaufklärung von 63,96 % bei Aufnahme sowie von 66,44 % bei Entlassung. Die Trennschärfe bzw. der Trennschärfekoeffizient gibt an, wie gut ein einzelnes Item das Gesamtergebnis der zugehörigen Skala oder des Faktors repräsentiert (Bortz u. Döring, 1995; Bühl u. Zöfel, 1996). Er ist der Korrelationskoeffizient zwischen der Aufgabenantwort und dem Gesamtskalenwert. Nach Bortz und Döring (1995) und Weise (1975) ist ein Trennschärfekoeffizient zwischen 0.3 und 0.5 als mittelmäßig und ab 0.5 als hoch zu bezeichnen. Aus diesem Grund wurde das Ausschlusskriterium für das jeweilige Item bei unter 0.3 gewählt.

Als methodischer Zugang zur Überprüfung der inneren Konsistenz als Reliabilitätsmerkmal wurde eine Konsistenzanalyse durchgeführt. Dabei werden die Elemente eines Tests als multipel halbierte Testteile aufgefasst und die Reliabilität auf indirektem Wege über die Itemschwierigkeit und den Trennschärfekoeffizienten errechnet. Es wurde also die Interhomogenität zwischen den einzelnen Testitems betrachtet. Der hier verwendete Homogenitätsindex ist der Alpha-Koeffizient von Cronbach (1951). Dabei gelten Reliabilitäten zwischen 0.6 und 0.8 als ausreichend für Gruppenaussagen, Werte zwischen 0.8 und 0.9 als mittelmäßig und aussagekräftig für Einzelpersonen (Weise, 1975; Lienert u. Raatz, 1994).

Als Ausschlusskriterium für Items im Hinblick auf die Reliabilität des Tests wurden zwei Grundsätze festgelegt: Ein Item scheidet aus dem Test, wenn es den Alpha-Koeffizienten verschlechtert oder nur geringfügig (> 0.02) verbessert.

Tabelle 2 zeigt nun die extrahierten Faktoren und die dazugehörigen Items, sowie deren Korrelation zum Faktor und ihren Trennschärfekoeffizienten. Des Weiteren werden die Alpha-Koeffizienten und die durch den jeweiligen Faktor aufgeklärte Varianz dargestellt. Alle sechs Skalen (2 x 3) wurden mit einem Kolmogoroff-Smirnov-Test hinsichtlich der Normalverteilung untersucht, um auch mit kleineren Stichproben die Anwendung parametrischer Auswertungsverfahren zu ermöglichen. Diese Analyse ergab, dass alle Skalen normalverteilte Werte aufweisen.

Nach der Durchführung der Itemanalyse und der Skalenkonstruktion sind von den ursprünglichen 33 Items 20 in der Fremdeinschätzung und 12 in der Selbsteinschätzung im Fragebogen verblieben. Interessant ist der Aspekt, dass sich sowohl in der Fremd- als auch in der Selbsteinschätzung die postulierten Ebenen abbilden lassen und so eine differenzierte Verlaufsmessung möglich wird.

Tabelle 2: Kennwerte der Selbsteinschätzung

Skala	Item	Itemschwierigkeit	Korrelation zu Faktor	Trennschärfe
<i>Responsive Beziehungsfähigkeit</i>	30. Dem Kind etwas vorsingen oder Reime aufsagen	.608(A); .777(E)	.900	.815(A); .772(E)
	31. Mit dem Kind Fingerspiele bzw. Körperspiele durchführen	.584(A); .737(E)	.893	.815(A); .772(E)
	Alpha: .898(A); .871(E) 15,97% (A);18,05% (E)			
<i>Allg. Selbstbild</i>	2. Sich realistisch einschätzen	.468(A); .690(E)	.637	.530(A); .688(E)
	3. Sich selbst in seinem Handeln vertrauen	.483(A); .670(E)	.669	.511(A); .624(E)
	5. Sich Wissen aneignen und anwenden	.669(A); .767(E)	.722	.512(A); .519(E)
	6. Die geeigneten Maßnahmen zum Erreichen eines Zieles auswählen	.592(A); .739(E)	.788	.630(A); .644(E)
<i>Selbstfürsorge in der Interaktion</i>	7. Die eigenen Reserven für die Maßnahmen einteilen	.381(A); .614(E)	.736	.631(A); .629(E)
	8. Die Maßnahmen in das tägliche Leben integrieren	.459(A); .667(E)	.604	.589(A); .569(E)
	9. Sich körperlich fähig fühlen	.510(A); .669(E)	.566	.554(A); .619(E)
	17. Erholungsphasen zu finden, in denen dem Kind eine passive Aufmerksamkeit geschenkt wird	.445(A); .711(E)	.802	.619(A); .643(E)
	18. Mit dem Kind gemeinsame Zeitphasen zu finden, die eher mütterlichen Interessen vorbehalten sind	.390(A); .667(E)	.765	.669(A); .683(E)
	19. Das Schreien des Kindes als deutliche Aussage von Unwohlsein zu verstehen, ohne es als eigene Ohnmacht zu erleben	.506(A); .756(E)	.640	.589(A); .543(E)
	Alpha: .831(A); .845(E) 26,70% (A);29,09% (E)			

Festzuhalten ist, dass es sich beim SF-MKI-Fragebogen um ein Erfassungsinstrument handelt, welches die Selbsteinschätzung einer Patientin mit einer postpartalen Erkrankung in den relevanten Faktoren der responsiven Beziehungsfähigkeit, des allgemeinen Selbstbildes und der Selbstfürsorge in der Interaktion (Definition s. Tab. 3) abbilden kann. Dabei ist es ökonomisch einzusetzen, da es lediglich auf 12 Items reduziert wurde. Die aus 20 Fragen bestehende Fremdeinschätzung ermöglicht durch die Einschätzung des Fachtherapeuten und des Pflegeteams, welches die Patientin aus anderen Stationskontexten kennenlernt, ein differenziertes Bild zu erhalten, das zur Therapieplanung und zur Therapieevaluation gut genutzt werden kann. In Tabelle 2 sind die Ergebnisse der Itemanalyse für die Skalen des SF-MKI-Fragebogens ausführlich dargestellt.

Tabelle 3: Definition der Skalen

Skala	Definition
Responsive Beziehungsfähigkeit	Die Skala der responsiven Beziehungsfähigkeit beschreibt die emotionale Zugewandtheit zum Kind und die emotionalen Belastungsfaktoren während des Umgangs mit dem Kind. Hier zeigt sich auf nonverbaler Ebene in körperlicher und lautierender Zugewandtheit das emotionale Bedürfnis der Mutter durch Nähe- Distanzregulierung. Kinästhetische Responsivität kann als Indikator für die frühkindliche Beziehungsfähigkeit zwischen Mutter und Kleinstkind angesehen werden.
Allgemeines Selbstbild	Die Skala des Allgemeinen Selbstbildes gibt dem Probanden die Gelegenheit, sich selbst nach dem Real- bzw. Idealbild einzuschätzen. Es bezieht sich primär auf psychisches Erleben mit seinen Schwankungen und Veränderungen. Es zeigt den eigenen Bezug zu Selbstachtung und Selbstkritik, verbunden mit dem Selbstwertgefühl. Eine Kongruenz zwischen Selbst- und Fremdbild ist für ein stabiles Selbstbild anzustreben. Aussagen über das Selbstbild und individuelle Kompetenzen zeichnen ein ganzheitliches Bild vom Menschen bei der Betrachtung mütterlicher Kompetenzen und der Beziehungsfähigkeit zum Kind.
Selbstfürsorge in der Interaktion	Die Skala der Selbstfürsorge in der Interaktion ist eng verbunden mit der Vorstellung des eigenen Mutterbildes und dem Grad der Abweichung zwischen Real- und Idealbild. Von besonderer Bedeutung ist hier der Wechsel zwischen der Frauen- und der Mutterrolle, d. h. der gesunde Anteil an Selbstfürsorge in der Interaktion. Es sind die Zeitphasen von Bedeutung, die in geteilter Aufmerksamkeit bei indirektem oder wechselndem Kontakt zum Kind den größten Teil der gemeinsamen Zeit prägen. Der Zeitphase mit ungeteilter Aufmerksamkeit und einem hohen Grad an Beziehungintensität folgen nach Reizättigung große Phasen indirekter Zugewandtheit, in der die Mutter ihre Wünsche und Bedürfnisse oder Aufgaben in den Vordergrund stellt.

Die Mittelwerte liegen zu Beginn der Behandlung unter den Mittelwerten zum Zeitpunkt der Entlassung, was darauf hinweist, dass die Mutter-Kind-Behandlung einen positiven Effekt auf die drei Skalen (s. Tab. 4) bewirkt.

Tabelle 4: Ergebnisse der Itemanalyse des SF-MKI-Fragebogens

Skala	Einschätzung	Zeitpunkt	MW	SD	Min.	Max.
<i>Responsive Beziehungsfähigkeit</i>	Therapeut	Aufnahme	1.79	.72	.18	3.55
		Entlassung	3.12	.80	.91	4.91
	Pflegedienst	Aufnahme	2.15	1.02	.09	4.18
		Entlassung	3.19	.98	.27	5.00
	Patientin	Aufnahme	2.98	1.50	.00	5.00
		Entlassung	3.78	.99	1.00	5.00
<i>Allgemeines Selbstbild</i>	Therapeut	Aufnahme	2.04	.79	.00	4.00
		Entlassung	3.14	.76	1.50	5.00
	Pflegedienst	Aufnahme	2.27	1.21	.00	5.00
		Entlassung	3.61	.85	1.00	5.00
	Patientin	Aufnahme	2.24	.99	.00	4.50
		Entlassung	3.40	.77	.67	5.00
<i>Selbstfürsorge in der Interaktion</i>	Therapeut	Aufnahme	1.83	.67	.29	3.43
		Entlassung	3.14	.65	.86	4.86
	Pflegedienst	Aufnahme	2.31	.87	.29	4.00
		Entlassung	3.34	.78	.86	4.68
	Patientin	Aufnahme	2.77	.92	.25	5.00
		Entlassung	3.58	.76	1.00	5.00

4 Diskussion

Die Studie verfolgte das Ziel, die psychometrischen Eigenschaften des SF-MKI-Fragebogens hinsichtlich der Reliabilität zu untersuchen. Der SF-MKI-Fragebogen zeigte gute interne Reliabilität der drei Skalen: Responsive Beziehungsfähigkeit, Allgemeines Selbstbild und Selbstfürsorge in der Interaktion. Aufgrund der Itemselektion und Skalenkonstruktion konnten die Items von ursprünglich 33 auf 20 in der Selbsteinschätzung bzw. 12 Items in der Fremdeinschätzung reduziert werden und bieten damit ein sehr ökonomisches Verfahren, quantitativ die verschiedenen Skalen aus unterschiedlichen Perspektiven (Mutter, Pflege, Therapeut) zu erfassen. Darüber hinaus zeigt sich mithilfe dieses Verfahrens sowohl in der Einschätzung der Mütter selber als auch in der des Pflege- und Therapeutenteams quantitativ, dass die Einbeziehung des Babys in die Therapie positive Effekte auf das Interaktionsverhalten erzielt. Andere Therapien, die die Behandlung der Mütter fokussieren, führen häufig auch nach allgemeiner Besserung der depressiven Symptomatik nicht zu einer Verbesserung der depressiven Interaktionsmuster (Reck et al., 2004).

Die Generalisierbarkeit ist bisher noch auf postpartal erkrankte Mütter beschränkt, die sich in ambulanten oder stationären Einrichtungen zur Zeit der Erhebung befanden. Weitere Studien sollen in Zukunft auch Mütter ohne psychiatrische Auffälligkeiten einbeziehen, um erfahrungsbedingte allgemeine Verbesserungen des Interaktionsverhaltens über die Zeit, wie sie von Robson und Kumar (1980) und MacFarland, Smith und Garrow (1978) berichtet wurden, kontrollieren zu können.

Allgemein haben in der klinischen Praxis Beobachtungsmethoden in Mutter-Kind-Therapiemodulen einen hohen Stellenwert. Darüber hinaus bietet dieses Instrument ökonomisch die Möglichkeit, therapeutische Handlungsabschnitte zu dokumentieren und Behandlungsabläufe prozesshaft zu begleiten. Es ist ein hilfreiches Verfahren zur klinischen Diagnostik der Mutter-Kind-Interaktion, Therapiekontrolle und Therapieverlaufsforschung. Der Selbsteinschätzungsbogen ist neben Fragen zum Selbstbild und Formen der Selbstakzeptanz auf die interaktive Bezogenheit der Mutter zu ihrem Kind mit bindungsunterstützendem Charakter ausgerichtet. Der Fremdeinschätzungsbogen unterstützt die realitätsnahe oder -ferne Einschätzung durch mehrere Beobachter im professionellen Team, sowohl im Einzel- und Gruppensetting als auch im Stationsalltag. Er ermöglicht die Annäherung unterschiedlich erlebter subjektiver Einschätzungen im Interaktionsverhalten gegenüber dem Kind zur Bestätigung oder Korrektur der beobachteten Annahme und weiterer Absprachemöglichkeiten mit der Patientin.

5 Fazit

Die ausgeprägte Diskrepanz zwischen Fremd- und Selbstbild, welche im Krankheitsbild der postpartalen Störungen verankert ist, und aufgrund überhöhter Wunschvorstellungen der Patientinnen entsteht, war einer der Auslöser, diesen Fragebogen zu entwickeln. Aktuell findet das Instrument seine Anwendung im klinischen Alltag insbesondere in der Abstimmung der Behandlungsziele für die Beziehungsgestaltung zwischen Mutter und Kind, deren schriftlicher Fixierung sowie in der Entwicklung und realitätsorientierten Annäherung des zu modifizierenden Idealbildes der mütterlichen Kompetenzen im Umgang mit dem Kind.

Eine Validierung des Instrumentes mittels weiterer etablierter, standardisierter klinischer Fragebögen und Beobachtungsmethoden ist in Vorbereitung und wird neben den teststatistischen sowie den aus der klinischen Praxis stammenden Eindrücken erste wichtige Hinweise auf die Güte der betrachteten Konstrukte geben.

Literatur

- Bortz, J., Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin: Springer.
- Bühl, A., Zöfel, P. (1996). *SPSS für Windows Version 6.1: Praxisorientierte Einführung in die moderne Datenanalyse*. Bonn: Addison-Wesley-Longman.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient Alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Dahl, G. (1971). Zur Berechnung des Schwierigkeitsindex bei quantitative abgestufter Aufgabenbewertung. *Diagnostica*, 17, 139-142.
- Dennis, C.-L., McQueen, K. (2009). The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*, 123, 736-751.
- Downing, G. (1996). *Körper und Wort in der Psychotherapie*. München: Kösel.

- Forman, D. R., O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., Larsen, K. E., Coy, K. C. (2007). Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Development and psychopathology*, 19, 585-602.
- Kestenberg-Amighi, J. (1999) Attunement und Kollision in der Mutter-Kind-Interaktion. Deutsche Übersetzung von „Attunement and Clashing in Mother-Child-Interaction (1975/1995), *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, XIV, 4, 401-416.
- Kestenberg-Amighi, J., Loman S., Lewis P., Sossin, K. M. (1999) The Meaning of Movement - Developmental and Clinical Perspectives of the Kestenberg Movement Profile. New York, NY: Williston VT., Gordon and Breach Publishers, Brunner Routledge.
- Kumar, R., Marks, M., Platz, C., Yoshida, K. (1995). Clinical survey of a psychiatric mother and baby unit: characteristics of 100 consecutive admissions. *Journal of Affective Disorders*, 33, 11-12.
- Lienert, G. A., Raatz, U. (1994). Testaufbau und Testanalyse. Weinheim: Psychologie Verlagsunion.
- Lier-Schehl, H. (2008). Bewegungsdialoge bei Mutter und Kind. Bewegungsmuster bei Beziehungsstörungen postpartal erkrankter Frauen und ihrer Säuglinge in einer stationären psychiatrischen Mutter-Kind-Station. Hamburg: Dr. Kovač.
- MacFarlane, J. A., Smith, D. M., Garrow, D. H. (1978). The relationship between mother and neonate. In S. Kitzinger, J. A. Davis (Hrsg.), *The place of birth*. New York: Oxford University Press.
- Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (Hrsg.) (2004). Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Bern: Huber.
- Papoušek, M. (2007). Communication in early infancy: an arena of intersubjective learning. *Infant behavior and development*, 30, 258-266.
- Peplau, H. (1952). *Interpersonal Relations in Nursing*. New York: Putnam.
- Reck, C., Weiss, R., Fuchs, T., Möhler, E., Downing, G., Mundt, C. (2004). Psychotherapie der postpartalen Depression. *Nervenarzt*, 75, 1068-1073.
- Robson, K. M., Kumar, R. (1980). Delayed onset of maternal affection after childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 136, 347-353.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Stern, D. (1991). *Tagebuch eines Babys*. München: Pieper.
- Turmes, L. (2003). Die Behandlung postpartaler psychischer Störungen: Ergebnisse der 2-Jahres-Katamnese der Mutter-Kind-Einheit des LWL. In L. Turmes (Hrsg.), *Das psychiatrische Fachkrankenhaus zu Beginn des 21. Jahrhunderts*. (S. 78-83). Dortmund: PVG.
- Weise, G. (1975). *Psychologische Leistungstests*. Göttingen: Hogrefe.

Korrespondenzanschrift: Dr. Hannelore Lier-Schehl, LWL Klinik Herten, Psychiatrie, Psychotherapie & Psychosomatische Medizin, Im Schlosspark 20, 45699 Herten; E-Mail: hannelore.lierschehl@wkp-lwl.org

Hannelore Lier-Schehl, Luc Turmes und Michael Kramer, LWL-Klinik Herten, Psychiatrie, Psychotherapie & Psychosomatische Medizin, Herten; Marlies Pinnow und Wahiba El-Khechen, Institut für kognitive Neurowissenschaften, Fakultät für Psychologie, Ruhr-Universität Bochum.