

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



Konsortialführung:	Internationale Psychoanalytische Universität Berlin
Förderkennzeichen:	01VSF17027
Akronym:	SKKIPPI
Projekttitel:	Evaluation der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie mittels Prävalenz- und Interventionsstudien
Autoren:	Prof. Dr. phil. Lars Kuchinke, Prof. Dr. phil. Christiane Ludwig-Körner, Janna Mattheß M.A., Melanie Eckert M.A., Katharina Richter M.A., Dr. phil. Gabriele Koch, Carla Ellinghaus M. Sc., Anna Schmidtke M.Sc., Priv.-Doz. Dr. med. Franziska Schlenso-Schuster, Prof. Dr. med. Kai von Klitzing, Mona Katharina Sprengeler M.A., Mirjam-Griseldis Galeris M.Sc., Prof. Dr. med. Anne Berghöfer, Prof. Dr. med. Thomas Keil, Prof. Dr. rer. medic. Thomas Reinhold, Priv.-Doz. Dr. rer. medic. Stephanie Roll, Dr. med. Julia Fricke, Benjamin Kaß M.Sc., Marie Bolster M.Sc., Ariana Neumann M.Sc., Petra Vienhues
Förderzeitraum:	15. Mai 2018 – 14. November 2022

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	2
II.	Abbildungsverzeichnis.....	3
III.	Tabellenverzeichnis.....	3
1.	Zusammenfassung.....	4
2.	Beteiligte Projektpartner.....	5
3.	Projektziele.....	5
4.	Projektdurchführung.....	7
5.	Methodik.....	11
6.	Projektergebnisse.....	25
7.	Diskussion der Projektergebnisse.....	40
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	45
9.	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen.....	47
10.	Literaturverzeichnis.....	51
11.	Anhang.....	55
12.	Anlagen.....	57

I. Abkürzungsverzeichnis

AAI	Adult Attachment Interview
ANCOVA	Analysis of Covariance, Kovarianzanalyse
AQS	Attachment-Q-Sort
ASQ-15	Anxiety Screening Questionnaire
BSCCL	Brief-Symptom-Checklist
CAU	Care As Usual - Standardversorgung
CBCL	Child-Behavior-Checklist
DC: 0-5	Strukturiertes Interview zur Erfassung der diagnostischen Kriterien des DC: 0-5
DSM-V	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen
EAS-ANT	Emotional-Availability-Scales (EAS) - Antwortbereitschaft des Kindes
EAS-EIN	Emotional-Availability-Scales (EAS) - Einbezug der Bezugsperson durch das Kind
EAS-MF	Emotional-Availability-Scales (EAS) - mütterliche Feinfühligkeit
EAS-STR	Emotional-Availability-Scales (EAS) - mütterliche Strukturierungsfähigkeit
EAS-UA	Emotional-Availability-Scales (EAS) - mütterliche Unaufdringlichkeit
EAS-WW	Emotional-Availability-Scales (EAS) - mütterliches Wohlwollen
EBI	Eltern-Belastungs-Inventar
EDPS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
ESKP	Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie
ET-6-6-R	Entwicklungstest von 6 Monaten bis 6 Jahren in Revision
FST	Fremde-Situations-Test
GLMM	Generalized Linear Mixed Model, generalisiertes gemischtes Regressionsmodell
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems,
IES-27	Skala für impulsives Verhalten und emotionale Dysregulation der Borderline-Persönlichkeitsstörung
IPU	Internationale Psychoanalytische Universität
ISCED	International Standard Classification of Education
ITT	Intention-To-Treat
KI	Konfidenzintervall
LMM	Linear Mixed Model, linear gemischtes Regressionsmodell
LRT	Likelihood-Ratio-Test
M.I.N.I.	Mini International Neuropsychiatric Interview
MAR	missing at random
MCMC	Markov-Chain-Monte-Carlo
OR	Odds Ratio
PBA	Parental Burnout Assessment
pmm	predictive mean matching
PP	Per-Protocol
PRFQ-CS	Parental Reflective Functioning Questionnaire (PRFQ) - Certainty Mental States
PRFQ-IC	Parental Reflective Functioning Questionnaire (PRFQ) - Interest Curiosity
PRFQ-PM	Parental Reflective Functioning Questionnaire (PRFQ) - Prämentalisierende Modi
PROBE	prospective randomized open blinded end-point
RCT	Randomized Controlled Trial, randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie
RF	Reflexive Funktion
SFS	Fragebogen zum Schreien, Füttern und Schlafen
SKKIPPI	Evaluation der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie mittels Prävalenz- und Interventionsstudien

SPIRIT	Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials
T0	Baselineerhebung
T1	6-Wochen Follow-Up, nach der Intervention
T2	12-Monats Follow-Up

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Überblick über das SKKIPPI-Versorgungsforschungsprojekt	S. 6
Abbildung 2: Studiendesign epidemiologische Kohortenstudie	S. 11
Abbildung 3: Bestehende psychiatrische Störungen nach M.I.N.I.	S. 28
Abbildung 4: Bestehende psychiatrische Störungen nach M.I.N.I.	S. 28
Abbildung 5: Bestehende psychiatrische Störungen nach M.I.N.I.	S. 29
Abbildung 6: Auftreten fortbestehender psychiatrischer Störungen nach M.I.N.I.	S. 30
Abbildung 7: Boxplots zur Deskription der Veränderung der Emotionalen Verfügbarkeit in Abhängigkeit von Interventionsgruppe (ESKP vs. CAU) und Setting im RCT Erwachsene	S. 35
Abbildung 8: Boxplots zur Deskription der Veränderung der Emotionalen Verfügbarkeit in Abhängigkeit von Interventionsgruppe (ESKP vs. CAU) und Setting im RCT Kinder	S. 38
Abbildung 9: Boxplot für die mittlere Ausprägung der AQS Bindungssicherheit (links) und der Wahrscheinlichkeit einer DC: 0-5 Diagnose (rechts) im RCT Kinder in Abhängigkeit von der Interventionsgruppe	S. 39

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die in der SKKIPPI Kohortenstudie eingesetzten Instrumente und ihre Eigenschaften.	S. 14
Tabelle 2 Studienprozeduren und Datenerhebung	S. 19
Tabelle 3 Basischarakteristika der Mütter, die am zweiten Screening der SKKIPPI-Kohortenstudie teilnahmen	S. 27
Tabelle 4 Prädiktive Faktoren für das Auftreten einer psychiatrischen Diagnose nach M.I.N.I.	S. 30
Tabelle 5 Durchschnittliche adjustierte Ausgaben für Gesundheitsleistungen und Frühe Hilfen von der Geburt der Indexkinder bis zur Screeningstufe 2	S.31
Tabelle 6 Kategoriensystem zu subjektiven Ansichten von Müttern mit postpartalen psycho-sozialen Belastungen in Bezug auf die Nichtinanspruchnahme von Frühinterventionen	S. 32
Tabelle 7 Deskriptive Statistik der mittleren Ausprägungen der Skalen zur Emotionalen Verfügbarkeit im RCT Erwachsene	S. 34
Tabelle 8 Deskriptive Statistik der mittleren Ausprägungen der Skalen zur Emotionalen Verfügbarkeit im RCT Kinder	S. 37
Tabelle 9 Anzahl Kinder mit sicherer Bindung („Ja“) zum 12-Monats Follow-Up (T2)	S. 38

1. Zusammenfassung

Hintergrund: In den ersten Jahren nach der Geburt eines Kindes erkranken in Deutschland viele Eltern an postpartalen psychischen Störungen. Auch bei Kindern werden häufig hohe psychosoziale Belastungen in Form von Regulationsstörungen festgestellt. Gegenstand des SKKIPPI-Projekts war einerseits eine epidemiologische Kohortenstudie mit dem Ziel, die Häufigkeit postpartaler psychosozialer Belastungen und Störungen von Müttern/Vätern und ihren Kindern im ersten Jahr nach der Geburt, die Darstellung der Versorgungslage und Zusammenhänge mit möglichen protektiven und Risikofaktoren zu untersuchen. Parallel dazu wurde in zwei randomisiert-kontrollierten Interventionsstudien (RCTs) die Wirksamkeit einer psychodynamischen fokusbasierten Eltern-Säugling-Kleinkind-Kurzzeitpsychotherapie (ESKP-f) für Mutter-Kind-Dyaden bestimmt. Die ESKP-f zielt dabei besonders auf die Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion und in der Folge auf eine positive Bindungsentwicklung des Kindes bei gleichzeitiger Verringerung von Belastungen für diese Mütter und ihre Kinder ab.

Methodik: Für die bevölkerungsbasierte Kohortenstudie mit 6-monatigem Follow-Up wurden nach Zufallsstichproben der Einwohnermeldeämter postalische Einladungen an Eltern von 30.000 Säuglingen/Kleinkindern zur Teilnahme an einem Online-Fragebogen und anschließenden klinischen Interviews zur Erfassung psychischer Störungen verschickt. Den beiden parallel dazu durchgeführten RCTs lagen entweder Einschlusskriterien kindlicher Diagnosen von Regulationsstörungen (RCT Kinder) oder eine mütterliche postpartale psychopathologische Störung zugrunde (RCT Erwachsene). Randomisiert wurden jeweils 180 Mutter-Kind-Dyaden, die in beiden RCTs entweder zu der ESKP-f-Behandlung oder der Standardversorgung (*care as usual*, CAU) zugeteilt wurden.

Ergebnisse: In der Kohortenstudie konnten 5.946 Online-Fragebögen ausgewertet werden. Rund 24% der Mütter wurden als psychosozial belastet eingestuft. In den anschließenden klinischen Interviews erhielten 5,4% aller teilnehmenden Mütter mindestens eine aktuelle psychiatrische Diagnose. Die stärksten Prädiktoren für eine psychische Störung waren traumatische Kindheitserfahrungen, psychische Störungen in der Anamnese, Inanspruchnahme Früher Hilfen, ein niedriges bis mittleres Bildungsniveau sowie die Studienteilnahme während der SARS-CoV-2-Pandemie. In den gesundheitsökonomischen Untersuchungen waren die in Anspruch genommenen Leistungen des Versorgungssystems in Abhängigkeit von der psychosozialen Belastung weitgehend vergleichbar zwischen belasteten und nicht belasteten Müttern. Im Verlauf der Nachuntersuchung reduzierte sich jedoch vor allem bei den psychisch belasteten Müttern die Inanspruchnahme relevant.

In den beiden Interventionsstudien mit $n = 140$ (RCT Kinder) bzw. $n = 120$ (RCT Erwachsene) Mutter-Kind-Dyaden konnte keine höhere Wirksamkeit der ESKP-f gegenüber der CAU-Versorgung auf die mütterliche Feinfühligkeit (primärer Endpunkt) nachgewiesen werden. Es zeigten sich jedoch insgesamt positive Entwicklungen der emotionalen Verfügbarkeit der Mutter-Kind-Interaktion, Verbesserungen in den kindlichen und mütterlichen Symptomen, sowie Hinweise auf einen höheren Anteil sicher gebundener Kinder nach 12 Monaten in der ESKP Gruppe im Vergleich zur CAU-Versorgung im RCT Kinder.

Diskussion: Die Erkenntnisse über die Verbreitung psychosozialer Belastungen und die Inanspruchnahmen bzw. Nichtinanspruchnahmen von Versorgungsangeboten können gezielt genutzt werden, das Versorgungssystem in Deutschland weiter zu verbessern. Zukünftige Studien sollten gezielt Väter und auch weitere Risikogruppen in die epidemiologischen Betrachtungen einbeziehen. Für die RCTs ist aufgrund der Heterogenität der Stichproben, der reduzierten Fallzahlen und der pandemiebedingten Einflüsse zu diesem Zeitpunkt keine abschließende Bewertung möglich, jedoch deuteten sich zumindest im RCT Kinder bei einigen sekundären Endpunkten positive Effekte an. Auch hier zeigt sich ein Forschungsbedarf besonders für Risikogruppen, die im Rahmen der aktuellen Studien nicht betrachtet werden konnten,

und die Frage, wie man für diese Gruppen gezielt niedrigschwellige Angebote für Interventionen und zur Inanspruchnahme Früher Hilfen machen kann.

2. Beteiligte Projektpartner

Name	Institution	Verantwortlichkeit/Rolle
Prof. Dr. Christiane Ludwig-Körner Prof. Dr. Lars Kuchinke lars.kuchinke@ipu-berlin.de +49 30 300 117-757 (Ansprechperson)	IPU Berlin	Konsortialführung Projektleitung Berlin RCT Erwachsene Interventionsstudie
Prof. Dr. med. Thomas Keil Prof. Dr. med. Anne Berghöfer	Charité - Universitätsmedizin Berlin	Konsortialpartner Projektleitung Kohortenstudie
Prof. Dr. med. Kai von Klitzing PD Dr. med. Franziska Schlenz-Schuster	Universitätsklinikum Leipzig	Konsortialpartner Projektleitung RCT Kinder Interventionsstudie
Petra Vienhues	Diako Flensburg	Konsortialpartner Projektleitung Schleswig-Holstein RCT Erwachsene Interventionsstudie
PD Dr. rer. medic. Stephanie Roll Dr. med. Julia Fricke	Charité - Universitätsmedizin Berlin	Biometrie, Epidemiologie, Datenmanagement
Prof. Dr. rer. medic. Thomas Reinhold	Charité - Universitätsmedizin Berlin	Gesundheitsökonomie

3. Projektziele

Hintergrund

Die ersten Jahre nach der Geburt werden von vielen Eltern als belastend erlebt. Nicht immer ist die Geburt des eigenen Kindes mit Glücksgefühlen verbunden. Dies kann postpartal zu psychischen Erkrankungen führen, die den Beziehungsaufbau zum Kind erschweren können. Psychische Belastungen der Eltern werden als Hauptfaktoren für Probleme in der Eltern-Kind-Interaktion genannt und haben langfristige Folgen für das emotionale Wohlbefinden der Kinder und deren Entwicklungsverläufe [1-3]. Der Handlungsbedarf ist groß, denn postpartale psychische Erkrankungen weisen hohe Prävalenzen und Komorbiditäten untereinander auf. Bis zu 20% der Mütter sind von postpartalen Angst- und Zwangsstörungen sowie Depressionen betroffen und bis zu 20% der Kinder unter drei Jahren von frühkindlichen Regulationsstörungen wie exzessivem Schreien, Ein- und Durchschlafstörungen oder Fütter- und Gedeihstörungen. Zudem besteht eine hohe Unterversorgung, denn der Bedarf an stationären Mutter-Kind-Behandlungsangeboten ist erst zu 21% gesichert [1]. Dennoch liegen für Deutschland nur wenige bevölkerungsbasierte Daten zu psychosozialen Belastungen und Risikofaktoren bei Eltern mit postpartalen psychischen Erkrankungen und kindlichen Regulationsstörungen in den ersten Jahren nach der Geburt vor.

Während die meisten Interventionsprogramme auf eine Symptomreduktion abzielen, mangelt es an geeigneten psychotherapeutischen Interventionen, die speziell die Eltern-Kind-Beziehung fördern [2]. Dabei stellt eine positive Eltern-Kind-Beziehung einen wichtigen Resilienzfaktor für die kindliche Entwicklung dar. Besonders die mütterliche Feinfühligkeit (*sensitivity*)

im Umgang mit dem Säugling/Kleinkind gilt als Schlüsselvariable für eine gelingende Interaktion und eine sichere kindliche Bindungsentwicklung. Die vorliegenden Erkenntnisse sprechen daher für Interventionen, welche Mütter und/oder Väter gemeinsam mit ihren Kindern in den therapeutischen Prozess einbeziehen [3, 4]. Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapien (ESKP) sind dyadische oder triadische Interventionen, die auf die Verbesserung der Mutter- bzw. Vater-Kind-Beziehung und die Förderung der sicheren Bindung des Kindes abzielen [5]. In internationalen Studien konnte die Wirksamkeit der ESKP im Vergleich zu Kontrollgruppen bereits nachgewiesen werden [6, 7]. Entsprechende Untersuchungen mit hoher methodischer Qualität, wie randomisiert-kontrollierte Interventionsstudien (RCTs), fehlten bisher im deutschen Sprachraum. Diese Lücke schließt das SKKIPPI-Projekt.

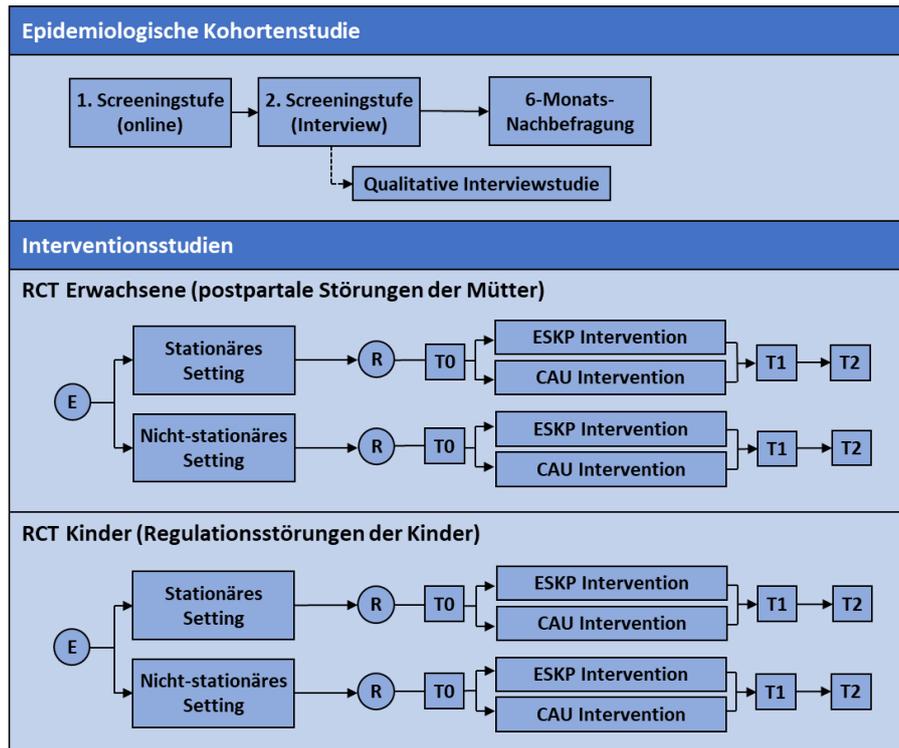


Abbildung 1: Überblick über das SKKIPPI-Versorgungsforschungsprojekt

RCT = Randomisiert kontrollierte Studie, E = Entscheidung; R = Randomisierung, T0 = Baselineerhebung, T1 = 6-Wochen Follow-Up, T2 = 12-Monats Follow-Up.

Studienziele und Fragestellungen

Ziel des SKKIPPI-Projektes war es mittels Evaluation der integrierten psychologisch-psychiatrischen Versorgung von Mutter/Vater und Kind in den ersten Lebensjahren sowie des Wirksamkeitsnachweises der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation in Deutschland zu leisten. SKKIPPI umfasste eine epidemiologische Kohortenstudie mit angegliederter qualitativer Interviewstudie und zwei randomisiert kontrollierte Interventionsstudien (RCTs) (Abb.1).

Ziele der epidemiologischen Kohortenstudie waren die Beschreibung der Häufigkeit postpartaler psychosozialer Belastungen und Störungen von Müttern/Vätern sowie der Regulationsstörungen bei Kindern in den ersten Jahren nach der Geburt sowie die Darstellung der Zusammenhänge mit möglichen Schutz- und Risikofaktoren. Im Rahmen der qualitativen Interviewstudie sollten Perspektiven Betroffener auf das Hilfesystem und Ursachen für dessen mangelnde Inanspruchnahme exploriert werden. Weitere gesundheitsökonomische Analysen zielten auf die Beschreibung der Versorgungslage (inklusive Inanspruchnahme, Bedarfsanalyse und Kosten) ab.

In zwei RCTs wurde die Wirksamkeit einer manualisierten psychodynamisch fokusbasierten Eltern-Säugling-Kleinkind-Kurzzeitpsychotherapie (ESKP-f)¹ [8] im Vergleich zur Standardversorgung (*care as usual*, CAU) für Mütter und ihre Kinder im Alter von 0 bis 3 Jahre untersucht. Aufgrund des unterschiedlichen Zugangs zur Studie, definiert über die Einschlusskriterien (Störungen der Mutter oder des Kindes), wurden die RCTs als zwei parallel entwickelte, jedoch getrennt zu evaluierende Studien durchgeführt. Die ESKP-Behandlung wurde dabei im stationären und im nicht-stationären Setting durchgeführt, wobei im nicht-stationären Setting zusätzlich das Modell der fokusbasierten ESKP im Hausbesuch evaluiert werden konnte. Ziel der Interventionsstudien war die Verbesserung der mütterlichen Feinfühligkeit als Maß einer verbesserten Mutter-Kind-Interaktion. Zudem sollte die ESKP-Intervention die mütterliche und kindliche Symptomatik, mütterliche Bindungsrepräsentation, emotionale Verfügbarkeit und Mentalisierung, Belastungserleben und Stress, kindliche Entwicklung sowie kindlichen Bindungsmuster verbessern.

Schließlich sollte durch die ESKP die Notwendigkeit der Inanspruchnahme und die Ausgaben für Gesundheitsleistungen und Frühe Hilfen über den Zeitraum von 12 Monaten im Vergleich zur CAU-Standardversorgung für die Mütter und Kinder reduziert werden.

Die SKKIPPI Interventionsstudien hatten folgende **primäre Arbeitshypothesen**:

- 1) Eine fokusbasierte ESKP-Intervention erhöht die mütterliche Feinfühligkeit im Umgang mit dem Kind im Vergleich zur CAU-Standardversorgung unmittelbar nach der Intervention und längerfristig (12-Monats Follow-Up).
- 2) Eine fokusbasierte ESKP-Intervention fördert die Bindungsentwicklung des Kindes und erhöht längerfristig den Anteil sicher gebundener Kinder (sicher zu ihrer Mutter gebunden) im Vergleich zur CAU-Standardversorgung.

Zudem gab es folgende **sekundäre Arbeitshypothesen**:

- 3) Fokusbasierte ESKP-Intervention und CAU verringern kindliche Symptome einer Regulationsstörung unmittelbar nach der Intervention und in der längerfristigen Betrachtung bis zum 12-Monats Follow-Up.
- 4) Fokusbasierte ESKP-Intervention und CAU verringern Symptome postpartaler psychopathologischer Störungen der Mutter unmittelbar nach der Intervention und in der längerfristigen Betrachtung bis zum 12-Monats Follow-Up.
- 5) Eine fokusbasierte ESKP-Intervention verbessert die emotionale Verfügbarkeit der Mutter, erhöht die mütterliche Mentalisierungsfähigkeit und verringert die Stressbelastung im Vergleich zur CAU-Standardversorgung.
- 6) Fokusbasierte ESKP-Intervention und CAU fördern die Entwicklung des Kindes in der längerfristigen Betrachtung bis zum 12-Monats Follow-Up.

4. Projektdurchführung

(1) Epidemiologische Kohortenstudie

Für die Kohortenstudie wurde über Einwohnermeldeämter eine für die Städte Berlin, Leipzig und Flensburg zufällig gewählte Stichprobe von Eltern eingeladen, die in den letzten zwölf Monaten ein Kind bekommen hatten. Die erste Screeningstufe umfasste einen Online-Fragebogen für Mütter und Väter, der aus 40 Fragen bestand und in einfacher Sprache abgefasst war. Mütter, bei denen sich aufgrund des Fragebogens Hinweise auf eine erhöhte psychosoziale Belastung ergaben, wurden zur Teilnahme an der zweiten Screeningstufe eingeladen.

¹ Im Folgenden, falls nicht anders beschrieben, vereinfacht ESKP genannt.

Dieser zweite Schritt umfasste ein detailliertes, strukturiertes psychiatrisch-diagnostisches Telefoninterview und Fragebögen zur Beurteilung psychischer Probleme der Mütter, möglicher Regulationsstörungen des Kindes (häufiges Schreien, Schlaf- oder Essstörungen) sowie zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Frühen Hilfen. Anschließend wurden die Mütter eingeladen, an einer telefonischen Follow-Up Befragung nach 6 Monaten und einer Interviewstudie zur Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung teilzunehmen. Die erste Screeningstufe wurde zwischen März 2019 und Juli 2020 durchgeführt, die zweite Screeningstufe von Juni 2019 bis Oktober 2020. Die Follow-Up Befragung nach 6 Monaten erfolgte von Januar 2020 bis April 2021. In einer angeschlossenen qualitativen Studie zwischen August 2020 und Dezember 2020 wurde mit 30 Müttern jeweils ein ausführliches Interview zu ihren Erfahrungen und Belastungen geführt, um individuelle Perspektiven auf die psychosoziale Belastung von jungen Eltern und die Versorgungssituation zu erhalten.

(2) Randomisiert-kontrollierte Interventionsstudien

Interventionen

In beiden Interventionsstudien wurde eine adaptierte ESKP evaluiert, bei der zwölf Therapie-sitzungen in einem Zeitraum von sechs Wochen angeboten werden. Diese ESKP-f unterschied sich nicht zwischen den beiden RCTs. Die ESKP-f setzt ein Therapiemodell um, in dem Mutter-Kind-Dyaden zusammen (manchmal erweitert um den Vater bzw. weitere Bezugspersonen) durch speziell geschulte und zertifizierte ESKP-Therapeut*innen (für weitere Informationen zur ESKP-Fortbildung siehe <https://www.ipu-berlin.de/fort-und-weiterbildung/eltern-saeugling-kleinkind-psychotherapie-eskp-2023/>) und unter enger Supervision der Manualtreue behandelt wurden. Alle im Projekt eingesetzten Therapeut*innen haben eine Approbation (oder sind in ihrer Ausbildung weit fortgeschritten) in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und/oder Psychoanalyse für Kinder- und Jugendtherapie oder Erwachsenen-therapie, in Ausnahmefällen in verhaltenstherapeutischer Psychotherapie.

Die ESKP ist eine Interventionsform, die sich an Eltern und ihre Kinder richtet. Es können Mütter oder Väter oder auch beide Bezugspersonen gemeinsam mit ihren Kindern an der psychotherapeutischen Intervention teilnehmen. In den SKKIPPI Interventionsstudien wurden jedoch nur die Mutter-Kind-Dyaden in die Studien aufgenommen. Dieser Entscheidung gingen Prävalenz- und Rekrutierungsüberlegungen voran. Wenngleich die Rolle der Väter in der Erziehung und Beziehung zum eigenen Kind unbestritten ist, zeigt sich im klinischen Alltag eine Dominanz mütterlicher psychischer Symptomatiken, die gemeinsam mit ihren Kindern vorstellig werden. Väter hingegen treten in der Regel als Begleitpersonen und Unterstützer auf. Prävalenzen psychischer Symptomatiken bei Vätern und auch deren Einfluss auf die psychosoziale Entwicklung des Kindes sind bisher nur gering erforscht, weshalb in den Interventionsstudien der Fokus zunächst auf die Mütter gelegt wurde. Eine Behandlung der Triade (Mutter-Vater-Kind) wurde jedoch angestrebt.

Die 12 Sitzungen der ESKP-f sind in drei Behandlungsphasen gegliedert: zuerst findet eine Diagnostik und Exploration der Problematiken statt (Sitzung 1-3) und im Anschluss wird ein Fokus formuliert, in dem die Symptome und beobachtbares Verhalten mit bisher un- oder unbewussten Konflikten in Verbindung gebracht werden. Auf dieser Grundlage findet die fokussierte Intervention statt (Sitzung 3-10/11), die am Ende der Therapie mit einem Abschluss und Transfer endet (Sitzung 10/11-12). Der ESKP Therapieansatz dient der Verbesserung psychischer und/oder somatischer Störungen von Säuglingen, Kleinkindern und ihren Bezugspersonen [9, 10]. Schwerpunkte der ESKP sind neben der Klärung von akuten Problemen, die Verbesserung der mütterlichen Affektregulation und Selbstreflexion. Im stationären Setting fand die ESKP-f-Behandlung zusätzlich zur Standardbehandlung in den Mutter-Kind-Einheiten der beteiligten erwachsenen- bzw. kinderpsychiatrischen Kliniken oder der Tageskliniken statt. Im nicht-stationären Setting konnte die Behandlung ambulant oder im Hausbesuch (*home treatment*) erfolgen.

Teilnehmerinnen der CAU-Gruppe erhielten während des Interventionszeitraums von sechs Wochen andere therapeutische Interventionen oder (sozial-)pädagogische Betreuung, wie sie im deutschen Gesundheitssystem standardmäßig angeboten werden. Die Interventionen der CAU-Gruppe umfasste folglich unterschiedliche Standardinterventionen. Die CAU im stationären Setting beinhaltete Beratungen durch Sozialpädagog*innen, Kinderärzt*innen, Kindertherapeut*innen oder Kinderpsychiater*innen sowie Physio-, Ergo- und/oder Logopädie in Abhängigkeit von der medizinischen Indikation, aber auch andere psychiatrisch-therapeutische Interventionen – jedoch keine ESKP. Im ambulanten Setting wurde den Müttern der CAU-Gruppe ein ausführliches Gespräch zur Vermittlung in eine passende individualisierte Behandlung im bestehenden Versorgungssystem angeboten. Dieses Gespräch zur Vermittlung in Behandlung wurde im Umfang von 60 Minuten von einer geschulten Studienmitarbeiterin durchgeführt. Es erfolgte eine Exploration von Behandlungsmotivation, Mobilität, Vorerfahrung mit psychosozialer und psychotherapeutischer Unterstützung, spezifischen Erwartungen oder Bedenken der Probandinnen. Auf dieser Grundlage wurden Behandlungsvorschläge erarbeitet und konkrete Anlaufstellen und Ansprechpartner*innen benannt, die auf den Bedarf und die zeitlichen Ressourcen in der Familie, abgestimmt waren und möglichst wohnortnah und gut erreichbar lagen. Durch ein verlässliches und sorgfältiges Vermitteln in Behandlung wurde bestmöglich sichergestellt, dass Studienteilnehmenden, eine adäquate Hilfe zugänglich wurde. Diese konnte folgende Hilfeangebote umfassen – jedoch keine höherfrequente psychotherapeutische Behandlung für Mutter und Kind, wie sie die ESKP darstellt:

- Eine Sprechstunde für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern an der Hochschulambulanz der IPU Berlin oder bei niedergelassenen Psychotherapeut*innen, jedoch während der 6-wöchigen CAU Intervention nicht mehr als 3 Sitzungen
- Psychiatrische Ambulanzen sowie niedergelassene Psychiater*innen
- Schreiambulanzen und Babysprechstunden an Kliniken
- Erziehungs- und Familienberatungsstellen, inkl. Frühberatung
- Familienzentren und Mutter-Kind-Gruppen
- Paar- und Familientherapeuten

Durchgeführte Arbeiten

In der Vorbereitungsphase erfolgten forschungsspezifische Vorarbeiten (Ethikvoten, Studienregistrierung, Ausarbeitung der Studienprotokolle [11, 12] und Datenschutzkonzepte), sowie die Schulung und Zertifizierung der Projektmitarbeiter*innen in den spezifischen Durchführungs- und Auswertemethoden, vgl. 5.2. Parallel zur Entwicklung des Therapiemanuals [8] wurde eine Manuals Schulung für die ESKP-Therapeut*innen etabliert. Für die Rekrutierung wurden Flyer entworfen, eine eigene Webseite entwickelt (www.skippi.de) sowie ein Netzwerk aus Studienzentren und weiteren ambulanten Diensten und Anlaufstellen von Hebammen, Pädiater*innen und Gynäkolog*innen etabliert (und stetig erweitert). Es wurden an der IPU Berlin und am UKL Leipzig Studiensekretariate als zentrale Ansprechpartner für alle an der Studie Beteiligten und Interessierten eingerichtet. Die Studiensekretariate versendeten regelmäßig Einladungen und Erinnerungen für die Erhebungen an die Teilnehmerinnen und standen während der gesamten Dauer der Teilnahme mit diesen telefonisch und/oder über E-Mail in Kontakt. Für die drei Messzeitpunkte wurden die Fragebögen digitalisiert und in eine Studiendatenbank implementiert. Es wurden neue Anamnesefragebögen, Dokumentations- und Adhärenzbögen entwickelt und pilotiert (Anlage 04). Die Studiendatenbank sowie getrennt davon betriebene Verwaltungsdatenbanken mit den Statusinformationen der Studienteilnehmerinnen wurden datenschutzkonform auf Servern der Charité Berlin, der IPU und des UKL eingerichtet.

Ebenfalls in die Vorbereitungsphase fällt die Entscheidung für ein zweiarmiges Design, welches Anpassungen im Studiendesign notwendig machte. Die ursprüngliche Planung sah ein dreiarmliges Design vor, in welchem der Hausbesuch eine eigene Randomisierungsgruppe neben dem stationären Setting und der CAU-Gruppe dargestellt hätte. Hintergrund der Entscheidung war die Frage, inwieweit Teilnehmerinnen mit geringen psychopathologischen Belastungen in ein stationäres Studienzentrum randomisiert werden können, welches sowohl aus ethischer als auch aus rechtlicher Sicht nicht möglich ist. Die Designänderung hatte zur Folge, dass vom ursprünglich vollständig parallelisierten Studiendesign der beiden Interventionsstudien abgewichen werden musste. Zur Erleichterung der Fallzahlerreichung wurde für das RCT Kinder das Einschlusskriterium Alter des Kindes von 12 auf 36 Monate hochgesetzt, welches die Realität kinderpsychiatrischer Mutter-Kind-Stationen besser abbildet. Aufgrund des höheren Einschlussalters musste die Erfassung des sekundären Endpunktes Bindungssicherheit des Kindes um das AQS Verfahren (für ältere Kinder) erweitert werden.

Die Implementierung der Intervention erfolgte über die Rekrutierung klinischer Studienzentren, in welchen ESKP Interventionen angeboten wurden bzw. die Rekrutierung ambulanter, zertifizierter ESKP-Therapeut*innen. Das bedeutet insbesondere für das stationäre Setting die Rekrutierung bestehender Mutter-Kind-Einheiten mit bereits etablierter ESKP Ausrichtung, welche immer noch im deutschen Versorgungssystem deutlich unterrepräsentiert sind [13]. Alle ESKP Therapeut*innen durchliefen eine Manuals Schulung für die Spezifika der zu untersuchenden ESKP-f, und eine Einführung in die Verwendung der Adhärenzbögen und weiterer Studienmaterialien. Vor Ort mussten die Erhebungen und Abläufe der Studie an den verschiedenen Studienzentren implementiert werden, was eine enge Zusammenarbeit des Klinikpersonals mit den Wissenschaftlern voraussetzte. Im stationären Setting war es zum Teil eine Herausforderung den eng getakteten Klinikalltag mit wissenschaftlichen Erhebungen zu verknüpfen, wohingegen dies im nicht-stationären Setting weniger Probleme bereitet. Eine zusätzliche Herausforderung war die Überführung der Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe in die Regelversorgungssysteme in Deutschland. Es zeigte sich, dass der Bedarf an Interventionen in der Frühen Kindheit groß ist, und dies wieder rum vor allem im nicht-stationären Setting problematisch war. Projektmitarbeiterinnen wurden daher mit der Unterstützung und Betreuung der Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe betraut.

Trotz hoher Rekrutierungsbemühungen konnten die Fallzahlen nicht so schnell wie geplant erreicht werden. Dies führte zu mehrmaligen Anpassungen des Rekrutierungszeitraumes und der Fallzahlplanung. Zeitlich fielen diese Veränderungen mit dem Beginn der SARS-Cov-2-Pandemie im März 2020 zusammen. Aufgrund der Lockdowns konnten stationäre Studienzentren ab März 2020 (teilweise bis Studienende) keine Teilnehmerinnen mehr rekrutieren, weil psychiatrische Betten für COVID-19-Fälle reserviert wurden. Zudem fielen Termine (Messungen) aus oder konnten nur unter Einschränkungen stattfinden. Um diesen Entwicklungen entgegenzuwirken, wurden verschiedene Maßnahmen ergriffen: Intensivierung der Netzwerkarbeit, um die Zahl der Zuweisungen zu erhöhen, Social Media Werbung, Rekrutierung neuer nicht-stationärer Studienzentren (in Hamburg und Potsdam), Anpassung der Durchführungsrichtlinien an die Gegebenheiten der Pandemie (z.B. Maskenpflicht und Hygienekonzepte, Anbieten von Online-Formaten und kontaktlosen Videoaufnahmen), sowie einer höheren Rate an Telefonkontakten (zur Aufrechterhaltung der Motivation) für Teilnehmerinnen in der CAU-Gruppe zwischen Baseline (T0) und Woche 6 (T1) durch die Studiensekretariate.

Die SARS-CoV-2-Pandemie hatte ebenfalls einen großen Einfluss auf die Durchführung der Interventionen. Aufgrund der Kontaktbeschränkungen wurden Angebote für Mütter und Kinder oft reduziert. Die ESKP-Intervention war hiervon jedoch in besonderem Maße betroffen, da die bundesweiten Kontaktbeschränkungen über Wochen nur Kontakte zwischen zwei Personen zuließen, die Intervention jedoch mindestens drei Personen umfasst (Mutter, Kind und Therapeut*in). Aus diesem Grund konnte die Intervention teilweise nur in Online-Video Konferenzen (oder als Telefontermine) stattfinden. Neben diesen objektiven und systemischen Einschränkungen, führten vermutlich auch Ängste vor Infizierungen auf Seiten potentieller

Teilnehmerinnen sowie die von unserer Seite konsequent umgesetzten Hygienemaßnahmen und Kontaktbeschränkungen dazu, dass weniger Mütter in den Studienzentren vorstellig wurden. Zusätzlich mussten die Therapeut*innen in den ESKP-Interventionen anfangs Plexiglasvisiere tragen, um mimische und nonverbale Elemente innerhalb der Interventionen zeigen und interpretieren zu können. Im Laufe des Pandemiegeschehens wurden diese durch FFP2-Masken ersetzt und reduzierten diese Elemente stark.

5. Methodik

5.1 Epidemiologische Kohortenstudie

Studienzeitraum und Studiendesign

Es wurde eine prospektive, bevölkerungsbasierte Kohortenstudie mit 6-monatiger Follow-Up-Periode durchgeführt. Eine ausführliche Darstellung der Methodik findet sich unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-020-02004-6> [14].

Zur Identifizierung der psychosozialen Belastung der Eltern wurde ein zweistufiges Screening-Design verwendet (Abb. 2). Auf der ersten Screeningstufe wurden die elterlichen Symptome von psychischem Stress, soziale Belastungsfaktoren sowie Anzeichen von Regulationsstörungen beim Säugling mittels eines online bereitgestellten Fragebogens erfasst. Mütter, die auf der ersten Screeningstufe "positiv" getestet wurden, wurden auf der zweiten Screeningstufe durch geschulte Studienmitarbeitende mittels eines standardisierten diagnostischen Interviews zu psychischen Störungen per Telefon befragt. Darüber hinaus wurden ihnen Fragen zu postpartalen depressiven Symptomen, Symptomen von elterlichem Burnout, Symptomen von Regulationsproblemen der Kinder sowie Kindheitstraumata der Eltern gestellt und detaillierte Daten zu Art und Häufigkeit der Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialleistungen erhoben (per Telefoninterview oder Online-Fragebogen). Nach sechs Monaten wurden alle Mütter, bei denen in der zweiten Screeningstufe eine psychische Störung diagnostiziert worden war, zu einer Nachuntersuchung eingeladen.

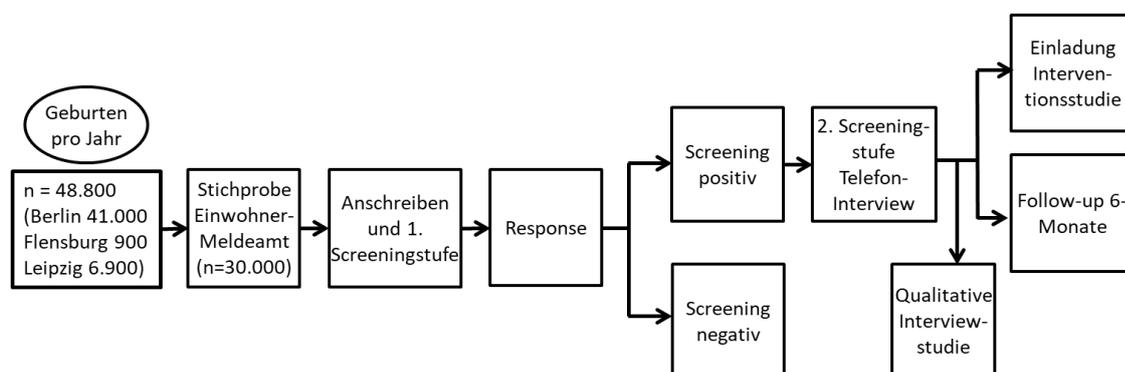


Abbildung 2: Studiendesign epidemiologische Kohortenstudie

Zielpopulation, Ein- und Ausschlusskriterien

Eltern mit Kindern im Alter von bis zu 12 Monaten (zum Zeitpunkt der Stichprobenziehung) wurden in Berlin, Leipzig und Flensburg rekrutiert. Aus allen gemeldeten Kindern im entsprechenden Alter wurde eine Zufallsstichprobe von 30.000 Kontaktadressen der Eltern dieser Kinder aus den Registern der Einwohnermeldeämter gezogen, entsprechend des jeweiligen Geburtenanteils. Im Fokus der Studie standen vorrangig die Mütter, die Teilnahme von Vätern war jedoch nicht explizit ausgeschlossen.

Die **Einschlusskriterien** waren:

- Mutter/Vater (leibliche oder Adoptiveltern) mit Kind bis zum vollendeten 12. Lebensmonat zum Zeitpunkt der Stichprobenziehung wohnhaft in Berlin, Leipzig oder Flensburg,
- Vorliegen einer Einwilligung (schriftlich/online),
- Teilnehmer*in ist volljährig (18 Jahre alt bei Ausfüllen des Fragebogens)

Darstellung und Operationalisierung der Endpunkte

Die **primären Endpunkte** der Kohortenstudie waren

- bei den Müttern:

- 1) das Vorhandensein aktuell mindestens einer psychischen Störung (basierend auf dem M.I.N.I.-Interview [15]),
- 2) Vorhandensein von Symptomen elterlichen Burnouts (definiert als Punktzahl von ≥ 76 im Fragebogen zur Bewertung des elterlichen Burnout [16]),
- 3) Vorhandensein depressiver Symptome (definiert als ein Ergebnis der Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS, von 10-12 Punkten (leichte Symptome) oder ≥ 13 Punkten (schwere Symptome) gegenüber 0-9 Punkten (keine Symptome)[17])

- bei den Kindern:

- 4) das Vorhandensein von Problemen im Zusammenhang mit Schreien, Füttern und Schlafen (so genannte Regulationsstörungen) (definiert als Gesamtwert von $\geq 1,85$ im Fragebogen zum Schreien, Füttern und Schlafen, SFS [18]). Die Unterskalen (Schreien, Füttern und Schlafen) wurden auch einzeln ausgewertet.

Die **sekundären Endpunkte** waren

- bei den Müttern:

das Vorhandensein der folgenden aktuellen psychischen Störungen: schwere depressive Episode, schwere depressive Störung, manische und hypomanische Episoden, Panikstörung, Agoraphobie, soziale Angststörung (soziale Phobie), Zwangsstörung, posttraumatische Belastungsstörung, Alkoholkonsumstörung, Substanzkonsumstörung (nicht alkoholisch), Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge-Eating-Störung, generalisierte Angststörungen.

- bei Müttern und Kindern:

die Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialleistungen sowie die Kosten der Leistungen (Arztbesuche, Hebammenbetreuung, Physikalische Therapie, Logotherapie, Ergotherapie, Krankenhausaufenthalte, Programmkomponenten der frühkindlichen Förderung, usw.)

Zusätzlich wurden der Verlauf und die Muster der beobachteten Störungen durch eine Nachuntersuchung nach sechs Monaten bewertet. Potenzielle Risiko- und Schutzfaktoren wie soziodemografische Merkmale, partnerschafts-, familien-, gesundheits- und arbeitsbezogene Stressfaktoren, kritische Lebensereignisse und bereits bestehende psychische Störungen wurden untersucht.

Für die Untersuchung wurden folgende Instrumente verwendet:

Screeningstufe 1:

In einem neu entwickelten Screening-Fragebogen wurden die vier allgemeinen Bereiche von Stressfaktoren erfasst: Eltern, Familie, Eltern-Kind-Interaktion und Kind [19]. Der Fragebogen erhebt soziodemografische Merkmale, perinatale Stressoren und Merkmale (z. B. geplante Schwangerschaft, Mehrlingsschwangerschaft, Komplikationen während der Schwanger-

schaft), individuelle elterliche Stressoren (z. B. partnerschaftliche/berufliche/finanzielle Probleme, mögliches elterliches Kindheitstrauma) und psychische Gesundheitsprobleme bei den Eltern und dem Kind. Aktuelle psychische Probleme wurden mit Fragen aus dem Patient Health Questionnaire (PHQ) 4 zu Angst und Depression [20], Zwangsgedanken/-handlungen mit Fragen aus dem Zohar-Fineberg Obsessive Compulsive Screen [21] erhoben. Weiterhin wurde nach Alkohol-/Drogenmissbrauch gefragt und aktuelle Regulationsprobleme des Kindes (aus dem SFS, s.u., [18]) erhoben.

Der Screening-Fragebogen wurde mit verschiedenen Experten erörtert und erprobt. Es wurde ein Punktesystem entwickelt, bei dem für jede Frage Punkte von 0 bis 5 vergeben werden und ein Cut-off von 5 Punkten ein erhöhtes psychisches Risiko anzeigt. Der Cut-off-Wert des Screening-Fragebogens wurde zu Beginn der Studie auf 10 Punkte angepasst, da sich herausstellte, dass zu viele Mütter, die in der Screeningstufe 2 keine Anzeichen für eine psychische Störung aufwiesen, durch den Screening-Fragebogen als falsch positiv identifiziert wurden. Eine Elternperson galt also als "positiv" gescreent, wenn sie mindestens 10 Punkte als Gesamtscore erreicht hatte.

Screeningstufe 2:

- die adaptierte Version des M.I.N.I. Version 7.02, ein strukturiertes Interview basierend auf DSM-V und ICD-10[22].
- das Parental Burnout Assessment (PBA) [16].
- den Fragebogen zum Schreien, Füttern und Schlafen (SFS) [18].
- die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) [[17, 23].
- Fragen zu Kindheitstraumata der Eltern [24]].
- Fragebögen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung und psychosozialen Diensten (selbst entwickelt, siehe Anlagen 05.5, 05.6).

Eine Elternperson galt als "positiv" in der 2. Stufe gescreent, wenn für sie im M.I.N.I. eine psychopathologische Störung festgestellt worden war oder ein PBA-Score von mindestens 76 erreicht wurde oder ein EPDS-Score von mindestens 13 erreicht wurde. Tabelle 1 zeigt eine Übersicht über die eingesetzten Instrumente.

Fallzahlschätzung

In den drei Rekrutierungsgebieten der Studie (Berlin, Leipzig, Flensburg) wurden zu Studienbeginn zusammen pro Jahr ca. 48.800 Kinder geboren (Kap. 4, Abb. 2). Über die Einwohnermeldeämter wurde daraus eine zufällige Auswahl von insgesamt 30.000 Kindern ermittelt, deren Eltern zur Studienteilnahme eingeladen wurden. Die Responserate auf die Studieneinladung wurde auf ca. 20% geschätzt. Somit konnten ca. 6.000 Eltern-Kind-Dyaden eingeschlossen werden. Für eine Prävalenz von 20% von psychischen Belastungen und Störungsbildern hat ein zweiseitiges 95%-Konfidenzintervall (Exaktes Konfidenzintervall, KI, nach Clopper-Pearson) bei 6000 Teilnehmern eine Breite von $\pm 1\%$ (d.h. 95% KI [19%; 21%]), was als ausreichend präzise angesehen wurde.

Auswertemethoden

In dieser Studie wurden keine konfirmatorischen Hypothesen getestet. Vielmehr war es Ziel, die Prävalenzen psychischer Belastungen und Störungsbilder bei Eltern und Kindern zu ermitteln. Die Bestimmung von Risikofaktoren oder protektiven Faktoren, sowie weitere Gruppenvergleiche bzgl. der Prävalenzen oder andere Variablen werden ausschließlich explorativ interpretiert. Alle Daten wurden deskriptiv ausgewertet. Einflussfaktoren für das Vorhandensein von psychosozialen Stress oder psychischen Gesundheitsstörungen wurden mittels logistischer Regression analysiert und mittels Odds Ratios (OR) dargestellt.

Tabelle 1: Übersicht über die in der SKKIPPI Kohortenstudie eingesetzten Instrumente und ihre Eigenschaften.

Instrument	Eigenschaften	Quelle	Cut-Off-Wert
Screeningstufe 1			
Screening-Fragebogen zur psychosozialen Belastung von Eltern nach der Geburt	Erfassung von <ul style="list-style-type: none"> – Symptomen von Depression, Angst, Zwang, Substanzmissbrauch/-abhängigkeit, Essproblemen, mangelnde Impulskontrolle bei Elternperson – übermäßiges Schreien, Schlaf-, Fütterprobleme beim Kind – soziodemografische Merkmale, Stress im Zusammenhang mit Partnerschaft, Familie und Arbeit, fehlende soziale Unterstützung, kritischen Lebensereignisse, Schwangerschaftskomplikationen 	im Rahmen von SKKIPPI entwickelt	ein Gesamtscore von 10 Punkten zeigt eine relevante psychosoziale Belastung an.
Screeningstufe 2			
adaptierte Version des M.I.N.I. Version 7.02	strukturiertes Interview zur Erfassung psychischer Störungen, basierend auf DSM-V und ICD-10.	Sheehan et al. [22]	ICD-10-Diagnose
Parental Burnout Assessment (PBA)	Erfassung von Symptomen für elterliches burn-out-Syndrom	Roskam et al. [16]	>= 76
Fragebogen zum Schreien, Füttern und Schlafen (SFS)	Erfassung von übermäßigem Schreien, Fütter- und Schlafstörungen beim Kind	Groß et al. [18]	kein Cut-Off score für Studie relevant
Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	Erfassung von Symptomen der postnatalen Depression bei Müttern nach der Geburt	Cox et al. [17]	>= 13
Fragen zu Kindheitstraumata der Eltern	Erfassung eigene Elternerfahrungen mit Vernachlässigung, Gewalt, Ungerechtigkeit und Bestrafung.	Bundesinitiative Frühe Hilfen [24]	kein Cut-Off score für Studie relevant
Fragebogen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung und psychosozialen Diensten	Erfassung von Leistungen der Gesundheitsversorgung, Rehabilitation, Prävention, Pflege, Hebammenbetreuung, psychosozialer Beratung, Frühe Hilfen jeweils in den letzten 6 Monaten. Grundlage für die Berechnung von Ausgaben.	selbst entwickeltes Instrument (Anlagen 05.5, 05.6)	kein Cut-Off score für Studie relevant

Die Assoziationen zwischen Risikofaktoren und dem primären Endpunkt wurden mit Hilfe einer multiplen logistischen Regression analysiert. In das Modell gingen folgende Risikofaktoren als Kovariaten ein: Alter, Grad der Deutschkenntnisse, Bildungsniveau (ISCED)[25], Alleinerziehung, Empfang von Transferleistungen, Unterstützung durch Frühe Hilfen, Belastung durch Kinderbetreuung, traumatische Erfahrungen in der eigenen Kindheit, psychische Störungen in der Anamnese, ungeplante Schwangerschaft, Schwangerschaftskomplikationen, Studienteilnahme während einer erneuten Schwangerschaft und Vorliegen eines mindestens starken oder sehr starken Stressors.

Da die Datenerhebung mit der SARS-CoV-2-Pandemie und den damit verbundenen Maßnahmen zur Eindämmung zusammenfiel, wurde das Auftreten von psychischen Störungen bei

denjenigen, die das Interview vor und während der SARS-CoV-2-Pandemie ausfüllten, sowohl für Screeningstufe 2 als auch für die Nachuntersuchung verglichen (Stichtag 16.3.2020).

Alle Ergebnisse wurden explorativ interpretiert. Fehlende Werte wurden nicht ersetzt. Alle Analysen wurden mit den jeweils verfügbaren Daten durchgeführt (*full analysis set*). Alle Berechnungen wurden in R und R Studio Version 2021.09.0 durchgeführt.

Gesundheitsökonomische Analysen

Für die Kosten- und Inanspruchnahmeanalysen wurden Daten zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und früher Hilfen anhand eines selbstentwickelter Fragebogens erhoben (siehe Anlagen 05.5, 05.6). Die monetäre Bewertung der Inanspruchnahme von Leistungen erfolgte durch Multiplikation der Inanspruchnahmehäufigkeit mit entsprechenden standardisierten Kostensätzen. Die Kosten wurden für den postnatalen Zeitraum a) zwischen der Geburt und Screeningstufe 2, ohne die Kosten im Zusammenhang mit der Geburt der Kinder, und b) zwischen Screeningstufe 2 und der Nachuntersuchung berechnet. Zur Bewertung der erhobenen Inanspruchnahmedaten auf der Grundlage der Preise von 2021 [26] wurden deutsche nationale Kostenannahmen und Informationen von Stakeholdern verwendet. Verschiedene Stakeholder, von den Beschäftigten in der Praxis über lokale Behörden bis hin zu einer bundesweit tätigen gesetzlichen Krankenkasse, wurden einbezogen, um die zugrundeliegenden Kosten aus Sicht der Kostenträger möglichst präzise zu bewerten.

Die Kosten für die Inanspruchnahme von Besuchen und Konsultationen wurden unterteilt in Kosten, die a) nur mit der Gesundheit und dem Wohlbefinden der Mutter zusammenhängen (u.a. Kosten für Allgemeinmediziner, Gynäkologen, Notaufnahmen, Krankenhäuser, Rehabilitation, Physiotherapie und Suchtberatung), b) nur mit der Gesundheit und dem Wohlbefinden des Indexkindes zusammenhängen (Kinderärzte, Früherkennungsuntersuchungen nach § 26 SGB V, Notaufnahmen, Krankenhäuser, Ergotherapie, Logotherapie, Osteopathie und Physiotherapie), c) Kosten, die sowohl mit der Gesundheit und dem Wohlbefinden der Mutter als auch des Indexkindes zusammenhängen (Hebammenbetreuung, Mutter-Kind-Kurse und Frühe Hilfen). Weiterhin wurden die Gesamtkosten, die Ausgaben für Frühen Hilfen, als auch die Ausgaben pro Studienteilnehmende berechnet. Fehlende Kostenwerte wurden nicht ersetzt. Die Standard-Hebammenbetreuung wurde unter der Annahme bepreist, dass jede Mutter die in Deutschland empfohlenen und von den gesetzlichen Krankenkassen erstatteten 16 Termine erhält. Für die Bewertung der Kosten der Früherkennungsuntersuchungen wurden die Kostenerstattungen der gesetzlichen Krankenkassen für die Screenings angesetzt. Dabei wurden die maximal möglichen Zeitintervalle für die verschiedenen Früherkennungsuntersuchungen berücksichtigt.

Inanspruchnahmeverhalten und Kosten wurden zunächst deskriptiv ausgewertet. Potenzielle Determinanten für die Inanspruchnahme Früher Hilfen wurden mithilfe logistischer Regressionen analysiert, die Odds Ratios (ORs) mit 95 % Konfidenzintervallen (95 % CIs) ergaben. Als potenzielle Determinanten seitens der Mutter für die Inanspruchnahme Früher Hilfen bis zur Screeningstufe 2 wurde das Vorliegen einer psychischen Störung (ja/nein), das Alter in Jahren (kontinuierlich), der Wohnsitz in Berlin (ja/nein), die Geburt in Deutschland (ja/nein), ein hohes Bildungsniveau nach der internationalen Standardklassifikation des Bildungswesens (ISCED) (ja/nein), Status alleinerziehend (ja/nein), negative Erfahrungen mit Ärzten/Hebammen während der Schwangerschaft und der Geburt (ja/nein) und der Bezug von staatlichen Leistungen (ja/nein) in das Modell eingebracht. Als potenzielle kindsbezogene Determinanten wurden das Alter in Monaten von der Geburt bis zur Screeningstufe 2 (kontinuierlich), Status Zwilling (ja/nein), Frühgeburt (ja/nein), erstes Kind (ja/nein), chronische Krankheit (ja/nein) und Regulationsstörung gemäß SFS-Fragebogen (ja/nein) inkludiert. Da die Rekrutierung von Studienteilnehmenden vor der SARS-CoV-2-Pandemie begann und in der Mitte der Pandemie endete, wurde die Lage des Termins der Screeningstufe 2 vor oder nach Beginn des ersten Lockdowns in Deutschland (16.3.2020) ebenfalls in das Modell aufgenommen.

Zur Bestimmung der Determinanten der Gesamtkosten sowie adjustierter Kosten jeweils bis zur Screeningstufe 2, wurde ein gammaverteiltes allgemeines lineares Modell mit logarithmischer Verknüpfungsfunktion angewandt. Dabei wurden dieselben potentiellen Determinanten, wie bei der Inanspruchnahme Analyse betrachtet. Determinanten werden als exponierte Schätzer mit 95% CIs angegeben.

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse zu den Determinanten der Gesamtkosten, wurden die oben beschriebenen Kostenarten auf a) das Alter des Indexkinds zum Zeitpunkt der Screeningstufe 2, b) Vorhandensein einer chronischen Erkrankung beim Indexkind, c) Alleinerziehung der Mutter, d) Frühgeburt und e) schlechte Erfahrungen mit Doktoren oder Hebammen während der Schwangerschaft und Geburt adjustiert.

Unter Berücksichtigung der Heterogenität und des Fehlens einer standardisierten Gebührenordnung insbesondere im Sektor Frühe Hilfen wurden Sensitivitätsanalysen durchgeführt, um die Kostenergebnisse zu validieren. Eine einseitige deterministische Sensitivitätsanalyse wurde durchgeführt, indem die zugrundeliegenden Kostenarten nacheinander innerhalb vordefinierter Minimum-Maximum-Bandbreiten ($\pm 20\%$ der Kostenannahme des Basisfalls) variiert wurden. Dies ermöglicht es, den Einfluss jedes einzelnen Kostenelements auf das Gesamtergebnis separat abzuschätzen. Diese Ergebnisse wurden dann in einem Tornado-Diagramm graphisch dargestellt. In einer zusätzlichen probabilistischen Sensitivitätsanalyse wurde ein Monte-Carlo-Simulationsprozess implementiert, bei dem die Berechnung 1000 Mal mit zufällig ausgewählten Werten aller Kostenmodell-Inputs gleichzeitig durchgeführt wurde. Die zugrundeliegenden Stückkosten durften innerhalb der Minimal- und Maximalbereiche der deterministischen Sensitivitätsanalyse variieren. Die Ergebnisse wurden dann in einem Histogramm dargestellt, das die Varianz der Ergebnisse anzeigt.

Qualitative Studie

Für die qualitative Interviewstudie wurde ein halbstandardisierter Interviewleitfaden zur Erfassung bedeutsamer Einstellungen und Meinungen zu Bedarf, Nachfrage und Inanspruchnahme von Hilfe nach der Geburt konzipiert (siehe Leitfaden Anlage 05.7). Ziel war es, Bedeutungsstrukturen zu identifizieren, die der befragten Person möglicherweise selbst nicht bewusst zugänglich sind. Die offenen und nicht-direktiven Fragen beinhalteten vier Themenkomplexe: subjektive Sicht auf soziale Unterstützung als Mutter (1), subjektive Sicht auf professionelle Hilfsangebote (2), Überblick und Bewertung zu Versorgungsangeboten (3) sowie Beispielsituationen für (Nicht-)Inanspruchnahme-Verhalten (4). Der Interviewleitfaden wurde in drei Pilotinterviews erprobt und auf dieser Grundlage in einem iterativen Prozess im Forschungsteam adaptiert und finalisiert. Der Leitfaden kann in Abhängigkeit von Bildungs- und Sprachniveau der Probandinnen (vgl. Kap. 6.1.5) sprachlich adaptiert werden. Für jeden Themenabschnitt liegen neben den zentralen Fragen zusätzliche Vertiefungsfragen vor, die je nach Bedarf gestellt werden können. Darüber hinaus wurde der Interviewleitfaden so konzipiert, dass es Raum für spontane sich aus dem Gespräch ergebende Fragen gibt.

Die Zielpopulation waren 30 Mütter.

Einschlusskriterien

- Teilnahme an der zweiten Screeningstufe der Kohortenstudie, sowie dort ein Screening als psychosozial belastet
- mindestens eine Diagnose einer psychopathologischen Störung (nach M.I.N.I.).

Aus den teilnehmenden Müttern der Kohortenstichprobe wurde im Rekrutierungszeitraum zwischen April 2020 und Dezember 2020 in 2 Schritten eine stratifizierte Zufallsstichprobe gezogen, als Stratifizierungsvariable wurde der Bildungsabschluss verwendet. In Sample 1 sollte zusätzlich zu den Einschlusskriterien noch eine Teilnahme am 6-Monats Follow-Up der Kohortenstudie vorliegen, was die Stichprobe auf $n = 60$ Mütter reduzierte, welche eine Einladung zum Interview erhielten. Über diesen Schritt konnten zunächst 18 Teilnehmerinnen rekrutiert

werden, wovon mit $n = 3$ ein Pilotinterview zur Weiterentwicklung des Interviewleitfadens durchgeführt wurde (15 Studieninterviews). Anschließend wurde ein zweites Sample erstellt. Dieses Sample wurde mit den verbleibenden Müttern aufgefüllt, die nicht an dem Follow-Up teilgenommen haben. Auch das zweite Sample wurde wieder nach Bildungsabschluss und dieses Mal zusätzlich nach Wohnort Flensburg geschichtet. Aus diesem zweiten Sample von $n = 52$ Müttern sowie aus den verbleibenden Müttern des ersten Samples wurden die übrigen 15 Teilnehmerinnen der Interviewstudie gezogen.

Es wurden folglich 112 Mütter angeschrieben, wovon 38 in die Studienteilnahme einwilligten. Mit $n = 30$ wurden leitfadengestützte, semistrukturierte Interviews von ca. 60 Minuten Dauer im Hausbesuch bzw. aufgrund der SARS-CoV-2-Bedingungen per Telefon durch geschulte Mitarbeiter*innen durchgeführt und audio-aufgezeichnet. Die Rekrutierung wurde nach Abschluss des 30ten Studieninterviews beendet. Im Anschluss wurden die Interviews transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring [27] ausgewertet. Die Interviews wurden schrittweise mit einem am Material entwickelten Kategoriensystem bearbeitet.

5.2 Randomisiert kontrollierte Studie mit Müttern mit postpartalen psychopathologischen Störungen und ihren Kindern (RCT Erwachsene)

Studiendesign. Das RCT Erwachsene ist eine zweiarmlige, offene, randomisierte, kontrollierte, multizentrische Studie mit parallelen Gruppen und verblindeter Endpunkterhebung (*prospective randomized open blinded end-point, PROBE, Design*).

Zielpopulation, Ein- und Ausschlusskriterien. Teilnehmerinnen waren Mütter mit mindestens einer psychopathologischen Störung nach ICD-10 in der Postpartalphase, diagnostiziert durch ein*e qualifizierte Psycholog*in oder Psychotherapeut*in.

Weitere Einschlusskriterien waren

- Kind unter 12 Monate
- schriftliche Einwilligung beider Sorgeberechtigter liegt vor
- angemessenes Niveau der deutschen Sprache (aufgrund der Intervention)

Ausschlusskriterien waren

- akuter Substanzmissbrauch, akute Psychose und akute suizidale Tendenzen der Mutter
- schwere chronische organische Beeinträchtigung des Kindes
- Verdacht auf Alkoholembryopathie
- parallele Teilnahme an einer anderen klinischen Studie oder einer anderen psychotherapeutischen Behandlung

Fallzahlen der untersuchten Stichprobe inkl. Dropout. Die Studienplanung ergab eine Stichprobengröße von 180 Mutter-Kind-Dyaden (90 pro Gruppe). Diese basierte auf einer zu erwartenden Dropoutquote von 20% [6] sowie der Berechnung eines benötigten Stichprobenumfangs von 70 pro Gruppe unter den Annahme einer Effektstärke von $d = 0,64$ [28] für den Vergleich zwischen ESKP- und CAU-Gruppe für den primären Endpunkt mütterliche Feinfühligkeit zu T1 (entspricht einem Unterschied von mehr als 1,5 Punkten auf einer Likert-Skala von 1 bis 7) bei zweiseitigem Testen mit $\alpha = 5\%$ und einer Power von mindestens 95% um diese Effekte im ANCOVA Modell (mit mütterlicher Feinfühligkeit zu T0 als Kovariate und Setting als Stratifizierungsvariable) zu detektieren. Diese Berechnung bezieht sich auf den Vergleich zwischen den Gruppen zu T1.

Ein Dropout wird definiert als ein Fall, der entweder keinen Datensatz zu T0 oder keinen Datensatz zu T1 oder T2 aufweist, also die Messwerte für die primären oder sekundären Endpunkte zu T1 oder T2 fehlen. Insofern ein Fall einen Datensatz für einen Endpunkt zu T1 oder

T2 aufweist konnte er in den entsprechenden Analysen des Endpunktes berücksichtigt werden (siehe 5.2.4, sowie Flowchart in Abb. 11.2.1 und 11.3.1).

Rekrutierung, Randomisierung und Verblindung. Der Rekrutierungszeitraum lag zwischen Januar 2019 und Dezember 2021. Der Zugang zum RCT erfolgte über zuweisende Gesundheitsdienste, per Selbstzuweisung oder über eine Einladung von Teilnehmerinnen der Kohortenstudie. Geeignete Mutter-Kind-Dyaden wurden nach einem Aufklärungsgespräch sowie vorliegender Einwilligung (falls zutreffend beider Sorgeberechtigter) zu einem Anamnese- und Diagnosegespräch in einem Studienzentrum eingeladen. Bei vorliegender Diagnose wurde in Abhängigkeit vom Schweregrad der psychopathologischen Symptome der Mutter eine Entscheidung bezüglich des Settings getroffen. Bei vorliegendem hohem Schweregrad und mit Zustimmung der Eltern konnte eine Zuordnung ins stationäre Setting (in eine psychiatrische Klinik bzw. Tagesklinik mit Mutter-Kind-Einheiten) erfolgen, alle anderen Fälle wurden im nicht-stationären Setting in die Studie eingeschlossen. Erst im Anschluss daran wurden die Mutter-Kind-Dyaden randomisiert einer der folgenden beiden Interventionsgruppen zugeordnet: (1) ESKP-Gruppe oder (2) Standardversorgung (CAU-Gruppe). Die computergestützte Randomisierung zur Interventions- oder Kontrollgruppe erfolgte mittels 1:1-Blockrandomisierung mit variabler Blocklänge (zufällige Blocklänge: 2, 4 oder 6), stratifiziert nach Setting-Entscheidung (stationär/nicht-stationär) und Studienzentren. Die Randomisierungslisten wurden mit SAS for Windows Version 9.4 (SAS Institute, Cary, NC, USA) erstellt.

Die Erstellung der Zuordnungssequenz und Zuteilung zu den Interventionsgruppen erfolgten getrennt und für die bzgl. der Datenerhebung verantwortlichen Studienmitarbeiter*innen verblindet (*allocation concealment*). Die Speicherung der erhobenen Daten erfolgte automatisiert und pseudonymisiert bis zur Beendigung der Studie. Die Auswertung und Kodierung der Video- und Interviewdaten erfolgte ebenfalls verblindet durch unabhängige Auswerter*innen die nicht an den Interventionen oder Erhebungen teilnahmen. Die Daten zur Gruppenzuordnung wurden entblindet, nachdem die letzte Mutter-Kind-Dyade die Studie abgeschlossen hatte. Es wurden nur pseudonymisierte Daten zur Auswertung verwendet.

Darstellung und Operationalisierung der Endpunkte. Die Endpunkte wurden zu drei Messzeitpunkten erhoben: zur Baseline unmittelbar vor der Intervention (T0), nach der Intervention (T1 nach ca. 6 Wochen bzw. nach Beendigung der ESKP-Intervention) und nach 12 Monaten (T2).

Primärer Endpunkt des RCT Erwachsene war

- die mütterliche Feinfühligkeit (EAS-MF) zu T1 gemessen nach EAS (*Emotional-Availability Scales*, [29]) anhand des *direct scores* auf einer Likert Skala von 1 bis 7

Die EAS ist ein Standardinstrument zur Beurteilung der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion und der emotionalen Verfügbarkeit mit ICCs zwischen 0.79 und 0.92 [30] und Testwiederholungsreliabilitäten für den primären Endpunkt EAS-MF von $r_{tt} = 0.55$ [31]. Ausgewertet werden 15-minütige Spielinteraktionen (aufgezeichnet per Video entweder in den psychiatrischen Kliniken oder in der häuslichen Umgebung der Mutter). Die Auswertung erfolgt durch unabhängige Kodierer, welche in der Methode extern geschult wurden und einen mehrmonatigen Reliabilitätsprozess durchlaufen als Voraussetzung für eine Zertifizierung als EAS Kodierer.

Die EAS besteht aus 6 globalen Dimensionen, welche die mütterliche Feinfühligkeit (EAS-MF), ihre Strukturierungsfähigkeit (EAS-STR), Unaufdringlichkeit (EAS-UA) und ihr Wohlwollen (EAS-WW) gegenüber dem Kind, sowie die Antwortbereitschaft des Kindes (EAS-ANT) und Einbezug der Bezugsperson durch das Kind (EAS-EIN) einschätzen. EAS-MF beschreibt dabei die mütterliche Wärme und Responsivität gegenüber ihrem Kind, EAS-STR ihre Fähigkeit das Kind zu unterstützen und zu leiten, EAS-UA beschreibt eine Mutter, die sich von ihrem Kind leiten lässt und EAS-WW bewertet, inwieweit die Mutter reguliert und freundlich im Auftreten ist. Die Skalen des Kindes bewerten dessen positive Affekte und den Spaß an

der Interaktion mit der Mutter (EAS-ANT) sowie den Grad zu dem das Kind balanciert und engagiert im Spiel ist (EAS-EIN).

Tabelle 2 Studienprozeduren und Datenerhebung

Zeitpunkt	Studienablauf				
	Einschluss	Randomisierung	Messzeitpunkte		
			Baseline (T0)	Woche 6 (T1)	Monat 12 (T2)
Einschluss					
Einschlusskriterien	X				
Einwilligung	X				
Zuordnung zum Setting	X				
Randomisierung		X			
Interventionen:					
<i>ESKP (Intervention)</i>			↔		
<i>CAU (Standardversorgung)</i>			↔		
Fremdbeurteilungsinstrumente:					
Mutter-Kind-Interaktion (EAS)			X	X	X
M.I.N.I.			X		X
DC: 0-5			X ^{a)}	X ^{a)}	X ^{a)}
AAI			X		
ET 6-6-R			X ^{a)}	X	X
FST /AQS					X
Selbstbeurteilungsinstrumente:					
BSCl			X	X	
EPDS			X	X	
ASQ-15			X	X	
IES-27			X	X	
PRFQ-1			X	X	X
EBI			X	X	X
SFS			X	X	
CBCL 1 ½- 5			X ^{a)}	X ^{a)}	X
<i>Gesundheitsökonomie</i>			X		X

^{a)}ausschließlich im RCT Kinder erhoben, siehe 5.3

Anmerkung. EAS – Emotional Availability Skala, M.I.N.I. - Mini International Neuropsychiatric Interview, DC: 0-5 strukturiertes Interview zur Erfassung der diagnostischen Kriterien des DC: 0-5 (vgl. 5.3), BSCl - Brief-Symptom-Checklist, EPDS - Edinburgh Postnatal Depression Scale, ASQ-15 - Anxiety Screening Questionnaire, IES-27 - Skala für impulsives Verhalten und emotionale Dysregulation der Borderline-Persönlichkeitsstörung, PRFQ-1 - Parental Reflective Functioning Questionnaire, EBI - Eltern-Belastungs-Inventar, AAI - Adult Attachment Interview, SFS - Fragebogen Schreien, Füttern, Schlafen, CBCL 1 1/2- 5 - Child-Behavior-Checklist, ET 6-6-R – Entwicklungstest, FST - Fremde-Situations-Test, AQS - Attachment-Q-Sort.

Sekundäre Endpunkte der Mutter waren

- die emotionale Verfügbarkeit der Mutter und des Kindes, gemessen mit den Skalen der EAS zu T1 und T2: der mütterlichen Strukturierungsfähigkeit (EAS-STR), Unaufdringlichkeit (EAS-UA) und ihrem Wohlwollen (EAS-WW), sowie der Antwortbereitschaft des Kindes (EAS-ANT) und Einbezug der Bezugsperson durch das Kind (EAS-EIN)

EAS Werte größer als 4,5 sprechen für eine emotional verfügbare Interaktion, zwischen 3,5 bis 4,5 für eine risikobehaftete und Werte kleiner gleich 3,5 für eine kritische Mutter-Kind-Interaktion mit hohem Risiko negativer Begleiterscheinungen für das Kind.

- die Mentalisierungsfähigkeit der Mutter gemessen über die mütterliche Reflexive Funktion anhand des Parental Reflective Functioning Questionnaire (PRFQ [32]) zu T1 und T2

Der PRFQ besteht aus 18 Items und drei Subskalen (Prämentalisierende Modi, PM; Gewissheit über die mentalen Zustände des Kindes, CM; Interesse und Neugierde an den mentalen Zuständen des Kindes, IC). Geringere Werte in PM, sowie hohe in CM und IC indizieren das Vorhandensein adaptiver Reflexiver Funktionen bei der Mutter.

- das Belastungserleben zu T1 und T2 mit dem Eltern-Belastungs-Inventar (EBI [33]) anhand des Gesamtwertes für Belastungserleben und elterlichen Stress als normierte T-Scores

- die Anzahl psychiatrischer Störungen anhand des M.I.N.I. Interviews [15] zu T2

- die mütterliche Symptombelastung zu T1, gemessen mit dem globalen Score der Brief-Symptom-Checklist (BSCL [34]) als normierte T-Scores

- das Vorliegen einer postpartalen Depression zu T1 gemessen anhand der EPDS [17], dichotomisiert anhand des Cut-Offs EPDS ≥ 12

- das Vorliegen einer Angststörung gemessen mit dem Anxiety Screening Questionnaire, ASQ-15 [35] zu T1, dichotomisiert basierend auf dem Screening mindestens einer von 5 zentralen diagnostischen Kriterien für Panikstörung, Agoraphobie, Sozialer Phobie, Spezifischer Phobie oder Generalisierter Angststörung [36]

- das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gemessen mit der Screening-Skala für impulsives Verhalten und emotionale Dysregulation der Borderline-Persönlichkeitsstörung, IES-27 [37], zu T1, dichotomisiert anhand des Summenscore ≥ 27

Sekundäre Endpunkte des Kindes waren

- das Bindungsmuster des Kindes gemessen zu T2 mit dem Fremde-Situations-Test FST [38] für Kinder im Alter zwischen 11 und 20 Monaten verwendet. Für Kinder älter als 20 Monate wurde es mit dem Attachment Q-Sort (AQS) [39] gemessen.

Der FST ist ein standardisiertes Verfahren zur Erfassung der Qualität des Bindungsverhaltens des Kindes. Der Test wird im Labor durchgeführt und auf Video aufgezeichnet. Das Bindungsmusters des Kindes zur Mutter wird durch unabhängige Auswerter als *sicher* (B), *unsicher-vermeidend* (A), *unsicher-ambivalent* (C) oder *desorganisiert* (D) eingestuft. Das AQS bewertet den Grad der Bindungssicherheit durch Beobachten von Mutter und Kind in ihrer häuslichen Umgebung auf einer kontinuierlichen Skala. Ein Cut-Off von AQS $\geq 0,33$ wird als Indikator einer sicheren Bindung benannt. Gruppenunterschiede in der Qualität der kindlichen Bindung wurden anhand eines kombinierten dichotomen Indikators aus FST oder AQS für eine sichere Bindung berechnet (FST = B | AQS $\geq 0,33$).

- die Symptome einer Regulationsstörung gemessen anhand des globalen Wertes des SFS [18] zu T1

- die emotionalen und verhaltensbezogenen Probleme des Kindes zu T2 in der mütterlichen Fremdauskunft anhand des Globalwertes der Child-Behavior-Checklist (CBCL 1 ½- 5 [40]) als normierten T-Score

- der Entwicklungsstand des Kindes gemessen mit dem Entwicklungstest ET 6-6-R [41] zu T1 und T2. Berichtet wird der Entwicklungsquotient (EQ) des Entwicklungsstandes auf den 5 Dimensionen: Körper- und Handmotorik (ET-KM, ET-HM), kognitive und Sprachentwicklung des Kindes (ET-KOG, ET-SPR) sowie die sozial-emotionale Entwicklung (ET-SEM). Ein EQ von 9 (± 3) gilt als durchschnittlich. EQ-Werte ≤ 6 weisen auf eine verzögerte Entwicklung hin.

Ein weiterer Endpunkt war das Ausmaß der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, erfasst anhand eines selbst entwickelten Patientenfragebogens zu T2 (Anlagen 04.9, 04.10).

Als potenzielle Moderatoren der Veränderung der mütterlichen Feinfühligkeit wurden die mütterlichen Bindungsrepräsentationen (AAI-Bindung) und die Reflexive Funktion (AAI-RF [42]), anhand des Adult Attachment Interviews (AAI [43]) gemessen. Das AAI ist ein halbstrukturiertes Interview, wurde von geschulten Interviewer*innen durchgeführt und gilt als Goldstandard in der Bindungsforschung. Das Interview wurde in transkribierter Form durch unabhängige, verblindete und zertifizierte Kodierer*innen hinsichtlich der Bindungsrepräsentation im Erwachsenenalter ausgewertet. Für die Zertifizierung müssen Kodierer*innen der AAI Methode eine 2-wöchige externe Schulung mit anschließender 1 ½ jähriger Reliabilitätsprüfung (AAI-Bindung) sowie eine zusätzliche mehrtägige externe Schulung mit anschließender Prüfung der Reliabilität für die RFS-Auswertung durchlaufen. In den Analysen wurde eine dichotomisierte Variable AAI-Bindung (sicher vs. nicht sicher gebunden) verwendet.

Auswertungsmethoden

Die **primäre Analyse des primären Endpunktes** mütterliche Feinfühligkeit zu T1 (EAS-MF) und die Hauptanalysen der **sekundären Endpunkte** schlossen alle in die Studie randomisierten Mutter-Kind-Dyaden ein, unabhängig davon, ob die Behandlung abgelehnt oder abgebrochen wurde oder andere wesentliche Protokollverletzungen auftraten (*Intention-To-Treat* Prinzip, ITT). Für diese Auswertungsstrategie wurden die Daten von Mutter-Kind-Dyaden, die aus der Studie ausgeschieden sind, bis zum Zeitpunkt ihres Ausscheidens in die Analyse aufgenommen. Die *Per-Protocol* (PP)-Population wurde als eine Teilmenge dieser Stichprobe definiert, bestehend aus Mutter-Kind-Dyaden, welche gemäß der Randomisierung behandelt wurde und keine schwerwiegenden Protokollverletzungen beging. Als schwerwiegende Protokollverletzungen galten die Nichterfüllung aller Einschlusskriterien, ein Wechsel der Interventionsgruppe oder die nicht ordnungsgemäße Durchführung der ESKP-Intervention mit mindestens 8 durchgeführten Sitzungen gemäß des Behandlungsmanuals. In einem zweiten Schritt wurden die primären Analysen anhand der PP Population als Sensitivitätsanalyse wiederholt.

Die Untersuchung der **unmittelbaren Effekte** der ESKP im Vergleich zu CAU zum Zeitpunkt T1 erfolgte anhand von Kovarianzanalysen (ANCOVA) mit der unabhängigen Variable Gruppe (ESKP vs. CAU) mit den Baselinewerten des jeweiligen Endpunktes² als Kovariate und stratifiziert für das Setting (stationär vs. nicht-stationär). Berichtet wurden bereinigte Mittelwerte der Interventionsgruppen mit 95% Konfidenzintervallen und den (zweiseitigen) p-Werten für die Gruppenvergleiche. Im Falle dichotomer Endpunkte (zum Beispiel für Respondervariablen) wurden logistische Regressionen mit denselben Prädiktoren wie im ANCOVA Modell berechnet.

Mögliche Einflüsse auf den Effekt des Faktors Gruppe wurden mittels **Moderatoranalysen** untersucht. Moderatoren zeigten ihre Wirkung in der Interaktion mit dem Faktor Gruppe. In getrennten Analysen wurden das Setting, die mütterliche Bindungsrepräsentation (AAI-Bindung) und die Reflexive Funktion der Mutter (AAI-RF, als kontinuierlicher Moderator) untersucht. Die Moderatormodelle wurden als lineare Modelle berechnet und enthielten alle Prädiktoren, die für die Primäranalyse beschrieben wurden, und den Moderator als Haupteffekte, erweitert um den Interaktionsterm Moderator*Gruppe. Für diese Analysen wurden die faktorialen

² Für die Auswertung des ET 6-6-R liegen keine T0 Werte im RCT Erwachsene vor, daher konnte nicht für Ausgangsunterschiede zu T0 in diesen Analysen kontrolliert werden

Variablen effektkodiert (*sum coding*) um Haupteffekte analog zu den ANCOVA Modellen auszuweisen [44]. Chi-Quadrat Likelihood-Ratio-Tests (LRT) basierend auf dem `anova()` Befehl in R zwischen dem Nullmodell ohne den Interaktionsterm und dem Moderatormodell zusammen mit den Veränderungen in den Freiheitsgraden und der Überschreitungswahrscheinlichkeit p werden berichtet. Werte von $p \leq 0,05$ zeigen eine bessere Modellanpassung des Moderatormodells und damit das Vorliegen eines Moderatoreffektes an. Für Modelle mit Moderatoreffekten werden Bonferroni-korrigierte paarweise Gruppenvergleiche (ESKP vs. CAU) berichtet.

Die Untersuchung der **längerfristigen Effekte** der ESKP im Vergleich zu CAU erfolgte mittels linearer gemischter Modelle (*linear mixed models*, LMMs) für Längsschnittdaten, um die Veränderung des primären Endpunktes über alle 3 Messzeitpunkte für die Interventionsgruppen zu untersuchen. Für Endpunkte, die zu allen 3 Messzeitpunkten erhoben wurden (EAS, PRFQ, EBI), wurde zusätzlich zu den Prädiktoren für Gruppe und Setting und dem jeweiligen Baselinewert des Endpunktes der Faktor Zeit (T1 vs. T2), sowie der Zeit*Gruppe Interaktionsterm und die Probanden als Zufallseffekte (*random intercepts*) in das Modell mit aufgenommen. Die folgende Formel illustriert das Modell:

Endpunkt \sim Gruppe + Setting + Baselinewert des Endpunktes + Zeit + Zeit*Gruppe + (1 | ID)

Random intercepts in LMMs erlaubten die Berücksichtigung von Heterogenitäten zwischen den einzelnen Teilnehmenden im Regressionsmodell und die Berechnung der Zeit*Gruppe Interaktion erlaubte die Schätzung unterschiedlicher Entwicklungen von T1 zu T2 in den beiden Interventionsgruppen. Die LMM wurden in einem zweiten Schritt um den Setting*Gruppe Interaktionsterm erweitert. Auch für diese Analysen sind die Faktoren effektkodiert und LRTs zum Modellvergleich wurden berechnet zum Überprüfen der Angemessenheit des Hinzufügens des zusätzlichen Interaktionstermes. Für Modelle mit Moderatoreffekten werden Bonferroni-korrigierte paarweise Gruppenvergleiche (ESKP vs. CAU) berichtet. Im Falle dichotomer Respondervariablen erfolgte analog die Berechnung der längerfristigen Effekte anhand Generalisierter gemischter Modelle (GLMMs).

Fehlende Werte

Die Analysen der primären und sekundären Endpunkte wurden auf der Grundlage des ITT Prinzips ohne Imputation fehlender Daten durchgeführt. Unter der Annahme, dass die fehlenden Werte einem *missing at random* (MAR) Mechanismus folgen, wurde eine Sensitivitätsanalyse des primären Endpunktes EAS-MF unter Verwendung von Methoden der Multiplen Imputation mit den Baselinewerten der EAS-MF als Kovariate und stratifiziert für das Setting berechnet. Dazu wurden mit der *mice* Toolbox in R Markov-Chain-Monte-Carlo (MCMC)-Simulationen anhand des ITT Prinzips berechnet, welche iterativ fehlende Werte durch ein *predictive mean matching* (pmm) ersetzt. Als Imputationsmodell diente ein lineares Regressionsmodell entsprechend der Prädiktoren der ANCOVA. Für die Imputation fehlender Werte für EAS-MF zu T1 wurden folgende Imputationsvariablen, unabhängig von der Gruppenzuordnung, ausgewählt: Setting, Alter der Mutter, Alter des Kindes, Geschlecht des Kindes, AAI-Bindung und AAI-RF, sowie die Baselinewerte für EAS-MF, EPDS, BSCL, PRFQ-PM, SFS und M.I.N.I.. Es wurden 5000 Iterationen und 100 Imputationen für dieses Modell berechnet. Die 100 imputierten Datensätze wurden anschließend gepoolt und für die Sensitivitätsanalyse per linearer Regression analog zum ANCOVA Modell der Analyse des primären Endpunktes ausgewertet. Für die Analyse der Dropouts wurden einfache logistische Regressionen mit den Dropouts zu T1 oder T2 für ausgewählte soziodemographische Variablen und Endpunkte aus den Baselineerhebungen als Prädiktoren und in Interaktion mit dem Faktor Interventionsgruppe berechnet.

Die Datenaufbereitung erfolgte mit SPSS (v.26), die Auswertung mittels JAMOVI (2.3.21) und der Softwareumgebung R (v.4.2.3).

Gesundheitsökonomische Analysen

Die Datenerhebung zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, gesundheitsbezogener Versorgungsleistungen und Früher Hilfen erfolgte bei den Teilnehmenden der RCTs analog zur

Kohortenstudie, unter Verwendung des gleichen Erhebungsinstruments (siehe Anlagen 05.5, 05.6) zur Baseline und zum Follow-Up nach 12 Monaten. Bei der monetären Bewertung der Inanspruchnahme wurde ebenfalls analog zur Kohortenstudie verfahren (siehe Abschnitt 5.1), d.h. die Kosten der Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen und Frühen Hilfen wurden anhand der standardisierten Einheitskosten aus Sicht der Kostenträger bewertet. Abweichend zu den gesundheitsökonomischen Analysen in der Kohortenstudie wurden im RCT zusätzlich Kosten für psychiatrische Behandlungen und die Interventionskosten ggf. inklusive Fahrtkosten mit in die Kostenanalysen eingeschlossen. Psychotherapie und Interventionskosten wurden je Sitzung gemäß 2021 EBM mit 102,57€ bewertet, für Fahrtkosten in der Interventionsgruppe wurde a priori ein Erstattungswert von 10,23€ vereinbart, welcher in den Analysen übernommen wurde.

Ein gammaverteiltes allgemeines lineares Modell mit logarithmischer Verknüpfungsfunktion, das für die Ausgangskosten und die individuelle Studiendauer adjustiert wurde, diente zur Bewertung der Kostenunterschiede zwischen den Gruppen zum Zeitpunkt des 12-Monats Follow-Ups. Unter der Annahme relevanter Effektivitätsunterschiede beim primären Endpunkt (mütterliche Feinfühligkeit nach Ende der 6 Wochen Intervention), war geplant die Ergebnisse zu den Kosten mit den Wirksamkeitsergebnissen des primären Endpunktes nach 6 Wochen und 12 Monaten zu kombinieren, um die Kosteneffektivität der Intervention zu beurteilen.

Sensitivitätsanalysen wurden analog zum Vorgehen in der Kohortenstudie durchgeführt.

5.3 Randomisiert kontrollierte Studie mit Müttern und ihren Kindern mit kindlicher Regulationsstörung (RCT Kinder)

Studiendesign. Die Studie wurde parallel zum RCT Erwachsene entwickelt, mit einer hohen Übereinstimmung in den Methoden und Instrumenten. Aufgrund der strikten Trennung der beiden RCTs und der unterschiedlichen Zugangswege konnte eine Mutter-Kind-Dyade nicht in beiden RCTs teilnehmen.³ Im Folgenden werden daher besonders die Unterschiede in den Methoden dargestellt [12]. Das RCT Kinder ist eine zweiarmige, offene, randomisierte, kontrollierte, multizentrische Studie mit parallelen Gruppen und verblindeter Endpunkterhebung (PROBE-Design). Die Rekrutierung der Kinder erfolgte über die zuweisenden Kolleg*innen, niedergelassene Kinderärzt*innen sowie Kinderpsychiater*innen und KJP – Therapeut*innen. Im stationären Setting in Leipzig wurden von diesen Zuweisern die Eltern gemeinsam mit ihrem Kind in der Spezialambulanz für 0-3 –jährige des Uniklinikums Leipzig vorstellig. Dort erfolgte die Triagierung in das Setting, wenn der Verdacht einer Regulationsstörung und die Motivation zur Studienteilnahme bestand. Im nicht-stationären Setting wurde nach einer umfangreichen Diagnostik der Schweregrad der psychopathologischen Symptome festgestellt. Die Wahl des Settings wurde nach der klinischen Schwere vom rekrutierenden Arzt oder Psycholog*in/ Psychotherapeut*in unter Berücksichtigung der familiären Wünsche getroffen. Erst danach erfolgte die Randomisierung.

Zielpopulation, Ein- und Ausschlusskriterien. Zielpopulation waren Kinder im Alter von 0 bis 36 Monaten mit ihren Müttern, bei denen eine ICD-10 Diagnose einer kindlichen Regulationsstörung (wie Schrei-, Fütter- und/oder Schlafstörung) oder Anpassungsstörung vorlag. Die Einschlusskriterien wurden vorab durch eine qualifizierte Therapeut*in erfasst. Das Vorgehen bei

³ Eine Ausnahme stellt ein Fall im RCT Erwachsene dar, der aufgrund eines technischen Problems bei der Übertragung des Aufnahmeprotokolls in das RCT Erwachsene randomisiert wurde – jedoch nur die Einschlusskriterien des RCT Kinder erfüllte. Es wurde entschieden, diesen Fall noch vor der ersten Datenerhebung aus dem RCT Erwachsene auszuschließen, und neu ins RCT Kinder zu randomisieren. Im RCT Erwachsene gilt dieser Fall als Dropout.

Einwilligung, sowie Ein- und Ausschlusskriterien und finanzieller Entschädigung entsprach dem des RCT Erwachsene (5.2).

Fallzahlen der untersuchten Stichprobe inkl. Dropout. Die Studienplanung ergab bei gleichem primärem Endpunkt wie im RCT Erwachsene, der mütterlichen Feinfühligkeit gemessen zu T1, eine Stichprobengröße von 180 Mutter-Kind-Dyaden (90 pro Gruppe, siehe 5.2, Flowchart Anhang Abb. 11.3.1).

Rekrutierung, Randomisierung und Verblindung. Die Rekrutierungszeitraum lag zwischen März 2019 und November 2021. Aufgrund der parallelisierten Designs wird auf die detaillierte Beschreibung zu Rekrutierung, Randomisierung und Verblindung in 5.2. verwiesen. Im RCT Kinder erfolgte die Entscheidung bezüglich des Settings in Abhängigkeit vom Schweregrad der psychopathologischen Symptome des Kindes. Bei vorliegendem hohen Schweregrad und mit Zustimmung der Eltern konnte eine Zuordnung ins stationäre Setting (in eine psychiatrische Klinik bzw. Tagesklinik mit Mutter-Kind-Einheiten) erfolgen, alle anderen Fälle wurden im nicht-stationären Setting in die Studie eingeschlossen. Erst im Anschluss daran wurden die Mutter-Kind-Dyaden entweder in die (1) ESKP-Gruppe oder die (2) Gruppe mit Standardversorgung (CAU-Gruppe) randomisiert.

Darstellung und Operationalisierung der Endpunkte: Die Endpunkte des RCT Kinder wurden zu drei Messzeitpunkten erhoben: zur Baseline unmittelbar vor der Intervention (T0), nach der Intervention (T1 nach ca. 6 Wochen bzw. nach Beendigung der ESKP-Intervention) und nach 12 Monaten (T2).

Primärer Endpunkt des RCT Kinder war

- die mütterliche Feinfühligkeit (EAS-MF) zu T1 gemessen nach EAS [29] anhand des *direct scores* auf einer Likert Skala von 1 bis 7 (Tab. 1)

Sekundäre Endpunkte des Kindes (Tab. 1) waren

- das Bindungsmuster des Kindes zu T2 gemessen mit dem FST [38] für Kinder bis 20 Monate oder dem AQS für Kinder > 20 Monate [39]. Gruppenunterschiede in der Qualität der kindlichen Bindung wurden anhand eines kombinierten dichotomen Indikators aus FST oder AQS für eine sichere Bindung berechnet (vgl. 5.2).

- das Vorliegen einer klinischen Diagnose einer Regulationsstörung anhand eines strukturierten Interviews aufbauend auf den diagnostischen Kriterien des Klassifikationssystems für die kindlichen Regulationsstörungen, DC: 0-5 Achse 1 [45]. Dazu wurde in der SKKIPPI Arbeitsgruppe ein strukturierter Interviewfragebogen entwickelt (siehe Anlage 04.4). Der DC: 0-5 ist ein speziell für das frühe Kindesalter entwickeltes Diagnostikum, welches sehr umfangreich und ressourcenintensiv in Durchführung und Auswertung ist [45, 46]. Im DC: 0-5 sind kindliche Regulationsstörungen spezifisch definiert, welche in ICD-10 und DSM-4/5 besondere Limitationen aufzeigen [47]. Der Interviewfragebogen ist eine Adaptation der deutschsprachigen Übersetzung des DC: 0-5 [45] und umfasst altersspezifische Ja/Nein Fragen zu Symptomen kindlicher Regulationsstörungen bei vorliegender Trennungsängstlichkeit, Depressiver Störung der frühen Kindheit, Gestörter Regulation von Wut und Aggression in der frühen Kindheit, Anderen Gemütsstörungen der frühen Kindheit, Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, partiellem Erregungsschlaf, Alptraum Störung der frühen Kindheit, Essstörung mit Überessen, Essstörung mit Einschränkung der Nahrungsaufnahme, Atypischer Essstörung, Exzessivem Schreien oder Anderer Schlaf-, Ess-, oder Schreistörungen. Die Durchführung als strukturiertes Interview wurde vor Studienbeginn pilotiert und erfolgte durch klinische Psycholog*innen.

Die DC: 0-5-Interviews wurden zu allen drei Messzeitpunkten (T0, T1, T2) durchgeführt. Ausgewertet wurde eine dichotomisierte Variable, die das Vorliegen mindestens einer DC: 0-5 Diagnose anzeigt.

- die Symptome einer Regulationsstörung gemessen anhand des globalen Wertes des SFS [18] zu T1
- die emotionalen und verhaltensbezogenen Probleme des Kindes (T1, T2) anhand des Globalwertes der CBCL 1 ½- 5 [40]) als normierten T-Score
- der Entwicklungsstand des Kindes erfasst anhand der 5 Skalen des ET 6-6-R [41] (T1, T2)

Folgende sekundäre Endpunkte der Mutter wurden analog zum RCT Erwachsene gemessen (Tab. 1)

- emotionale Verfügbarkeit anhand der EAS Skalen [29] zu T1 und T2
- die Mentalisierungsfähigkeit (PRFQ [32]) zu T1 und T2
- das Belastungserleben (EBI [33]) zu T1 und T2
- die Anzahl psychiatrischer Störungen der Mutter anhand des M.I.N.I. Interviews [15] zu T2
- die mütterliche Symptombelastung (BSCL [34]) zu T1
- das Vorliegen einer postpartalen Depression (EPDS [17]) zu T1
- das Vorliegen einer Angststörung (ASQ-15 [35]) zu T1
- das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (IES-27 [37]) zu T1
- Fragebogen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu T2 (Anlage 04.10)

sowie die mütterlichen Bindungsmuster und Reflexive Funktion anhand des AAI (AAI-Bindung, AAI-RF) als potenzielle Moderatoren gemessen zu T0.

Auswertungsmethoden

Die Auswertung der primären und sekundären Endpunkte folgte grundsätzlich dem in 5.2 für das RCT Erwachsene beschriebenen Vorgehen. Der primäre Endpunkt mütterliche Feinfühligkeit zu T1 (EAS-MF) wurde zunächst mittels ANCOVA nach ITT-Prinzip und anschließend als Sensitivitätsanalyse für die PP-Population mit den Baselinewerten als Kovariate und stratifiziert für das Setting untersucht. Die Definitionen der ITT- und PP-Populationen galten auch in diesem RCT. Die Sensitivitätsanalysen des primären Endpunktes basierten auf Ersetzen fehlender Werte mittels Multiplen Imputationen (100 Imputationen und 5000 Iterationen) des primären Endpunktes anhand eines linearen Regressionsmodells entsprechend der Prädiktoren der ANCOVA. Die Datenaufbereitung erfolgte mit SPSS (v.26), die Auswertung mittels JAMOVI (2.3.21) und der Softwareumgebung R (v.4.2.3). Berichtet werden Wirksamkeitseffekte der Interventionsgruppe bzw. Interaktionen mit diesem Einflussfaktor.

Gesundheitsökonomische Analysen

Datenerhebung und Analysen erfolgten analog zu Kap. 5.2

6. Projektergebnisse

6.1. Kohortenstudie

Bis zum Ende des Rekrutierungszeitraums (März 2019 – Juli 2020) wurden 29.516 Einladungsschreiben sowie mindestens ein weiteres Erinnerungsschreiben verschickt, falls die erste Einladung unbeantwortet blieb. Es respondierte 5.956 Eltern von 5.151 Kindern (20,2%) mit einer Einwilligungserklärung zur ersten Screeningstufe, die Daten von 5.946 Elternteilen konnten in die Analyse eingeschlossen werden (Flowchart, Anhang Abb. 11.1.1). Bei 4.356 Kindern nahm nur ein Elternteil, bei 795 Kindern beide Elternteile an der ersten Screeningstufe teil.

Fast 99% der Teilnehmenden füllten den Fragebogen vollständig aus. Von allen Teilnehmenden gaben 4.981 (83,8%) an, biologische Mütter zu sein, drei waren Adoptivmütter (0,1%) und

962 (16.2%) gaben an, biologische Väter zu sein. Über 95% der Studieneltern nahmen vor dem 16. März 2020 teil, an dem in Deutschland Maßnahmen im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie wirksam wurden.

Die meisten Eltern (Mütter 74%, Väter 67%) waren zwischen 30 und 39 Jahre alt. Etwa 80% von ihnen wurden in Deutschland geboren. Nahezu 85% verfügten über einen hohen Bildungsabschluss nach der Internationalen Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED). Das Alter der Kinder reichte von 6 bis 29 Monaten ($MW = 14,5$; $SD = 3,0$) (siehe Tab. 11.1.1 im Anhang).

Etwa drei Viertel der Mütter und Väter gaben an, dass die Schwangerschaft geplant und der Zeitpunkt geeignet war, während 5% der Mütter und 3% der Väter angaben, dass die Schwangerschaft nicht geplant war und der Zeitpunkt nicht geeignet war. Drei Prozent der Mütter brachten Zwillinge und 7% Frühgeburten zur Welt. Nahezu ein Viertel der Babys wurde per Kaiserschnitt entbunden.

Ein Drittel der Väter und 22% der Mütter gaben an, eher mehr oder starke/sehr starke berufliche Probleme zu haben. Schwere, negative und noch nicht überwundene Erfahrungen in der Kindheit wurden von 22% der Mütter und 16% der Väter angegeben. In Bezug auf die Nutzung digitaler Medien gaben 16% beider Elternteile an, sich gestresst zu fühlen, wenn ihr Kind bei der Nutzung seines Smartphones/Tablets nach Aufmerksamkeit sucht (siehe Tab. 11.1.2 im Anhang).

Die Lebenszeitprävalenz von Depressionen betrug 15% bei den Müttern und 7% bei den Vätern, von Angststörungen 6% bzw. 3%. Fast ein Zehntel der Mütter und Väter erreichten bei den Fragen zur Depression im Screening erhöhte Werte, 11% bzw. 7% bei den Fragen zu Angstsymptomen. 21% bzw. 15% berichteten über Zwangsgedanken und 20% bzw. 12% über Stimmungsschwankungen und Probleme, ihre Gefühle zu kontrollieren. Zwischen 2 und 5% der Eltern gaben an, dass ihr Kind zum Zeitpunkt der Befragung Symptome eines der angegebenen Regulationsprobleme aufwies.

Die Ergebnisse zeigen, dass Eltern von Kindern in den ersten Jahren nach der Geburt mit einer Vielzahl erheblicher psychosozialer Stressfaktoren konfrontiert waren. Zwangsgedanken, Stimmungsschwankungen und Probleme bei der Gefühlskontrolle sowie depressive und Angstsymptome waren die von beiden Elternteilen am häufigsten genannten psychischen Probleme (siehe Tab. 11.1.3 im Anhang).

Ein Vergleich der Ergebnisse von Müttern und Vätern in der ersten Screeningstufe zeigte, dass die meisten Risikofaktoren bei Müttern und Vätern ähnlich waren. Beziehungsprobleme, ein Kind mit einer schweren Krankheit oder Behinderung und der Bezug staatlicher Zahlungen schienen sich jedoch stärker auf die Väter auszuwirken. Mütter berichteten hingegen häufiger über Angstzustände und Zwangssymptome.

Von den 4.984 Müttern wurden 1.185 als Mütter mit einem erhöhten psychischen Risiko eingestuft und zur Teilnahme an der zweiten Screeningstufe eingeladen. Insgesamt nahmen 814 der eingeladenen 1.185 Mütter an der zweiten Screeningstufe teil (Responserate 68,7%) und 304 Mütter an der Nachuntersuchung teil (Responserate 25,7%). Zwischen dem ersten Screening und dem zweiten Screening lagen durchschnittlich 2,3 Monate ($SD = 2,2$), zwischen dem zweiten Screening und der Nachuntersuchung 6,4 Monate ($SD = 1,3$).

Die meisten teilnehmenden Mütter lebten in Berlin, hatten ein hohes Bildungsniveau und waren zwischen 30 und 39 Jahre alt (Tab. 3). Das durchschnittliche Alter des Kindes betrug 17,5 ($SD = 3,4$) Monate beim zweiten Screening und 24,3 ($SD = 3,6$) Monate bei der Nachuntersuchung.

Ungefähr 5,4% der teilnehmenden SKKIPPI-Mütter (30,3% derjenigen, die am M.I.N.I. Interview teilnahmen) hatten mindestens eine aktuelle psychiatrische Diagnose gemäß M.I.N.I. Interview (Abb. 3, 4). Die häufigsten Störungen waren generalisierte Angststörungen (2,3% der

Teilnehmenden der Screeningstufe 1, 12,8% der Teilnehmerinnen der Screeningstufe 2), schwere depressive Episoden (1,2% bzw. 6,8%) und Zwangsstörungen (0,8% bzw. 4,7%).

Tabelle 3 Basischarakteristika der Mütter, die am zweiten Screening der SKKIPPI-Kohortenstudie teilnahmen

Studienzentrum	Berlin	Flensburg	Leipzig	Andere	Gesamt
	675 (82,9%)	12 (1,5%)	109 (13,4%)	18 (2,2%)	814
Altersgruppen	≤29	30-39	40-49	≥50	Gesamt
	117 (14,4%)	588 (72,2%)	108 (13,3%)	1 (0,1%)	814
Geburtsland	Deutschland		anderes Land		Gesamt
	675 (82,9%)		139 (17,1%)		814
Muttersprache	deutsch	deutsche Sprachkenntnisse			Gesamt
	679 (83,4%)		135 (16,6%)		814
		sehr gut/gut	mittel	schlecht	
		113 (83,7%)	11 (8,1%)	11 (8,1%)	
Bildungsniveau	niedrig	mittel	hoch	unbekannt	Gesamt
	(ISCED 1)	(ISCED 2)	(ISCED 3)		
	5 (0,6%)	120 (14,7%)	679 (83,4%)	10 (1,2%)	814
In Partnerschaft lebend	Ja				Gesamt
	739 (90,8%)				814
Alleinerziehend	Ja				Gesamt
	96 (11,8%)				814
Anzahl der Kinder < 18 Jahre im Haushalt	0	1	2	3 oder mehr	Gesamt
	12 (1,5%)	436 (53,6%)	277 (34,0%)	89 (10,9%)	814
Erhalt von Transferleistungen	Ja				Gesamt
	158 (19,4%)				813
Unterstützung durch „Frühe Hilfen“	Ja				Gesamt
	249 (30,6%)				814

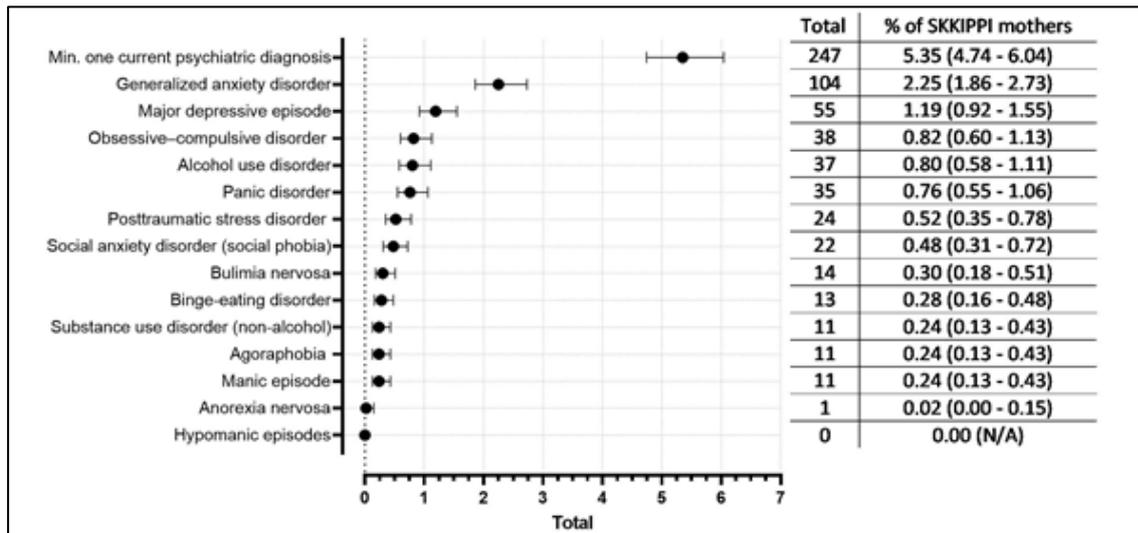


Abbildung 3: Bestehende psychiatrische Störungen nach M.I.N.I. (% 95% KI), als Anteil an allen Müttern in der SKKIPPI-Studienpopulation (n = 4.613)

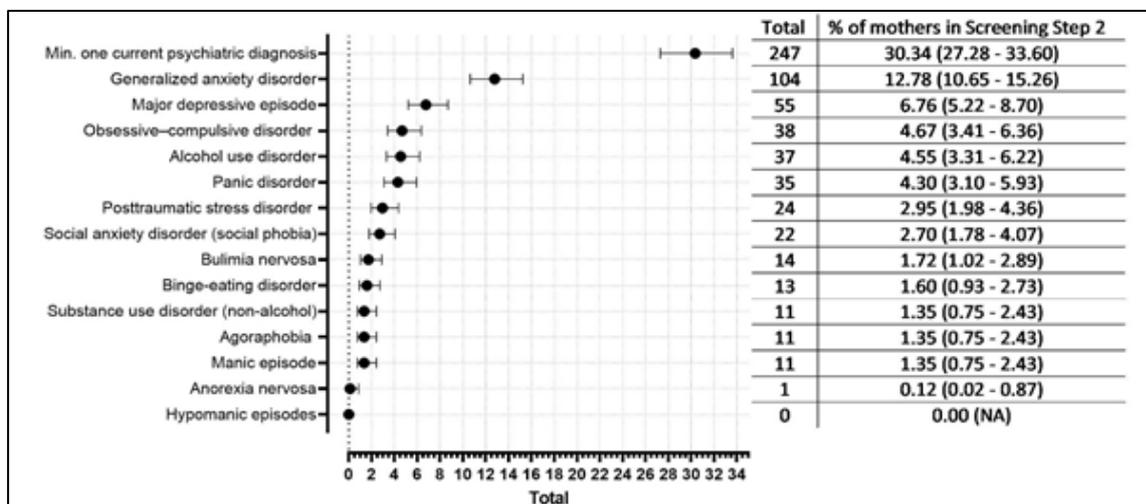


Abbildung 4: Bestehende psychiatrische Störungen nach M.I.N.I. (% 95% KI), als Anteil aller Mütter, die am zweiten Screening teilnahmen (n = 814).

Bei der Nachuntersuchung wiesen etwa 34,5% der Mütter mindestens eine aktuelle psychiatrische Diagnose auf der Grundlage des M.I.N.I. auf. Die häufigsten Störungen bei der Nachuntersuchung waren eine generalisierte Angststörung (12,8%), eine schwere depressive Episode (10,2%) und eine Alkoholkonsumstörung (7,2%) (Abb. 5).

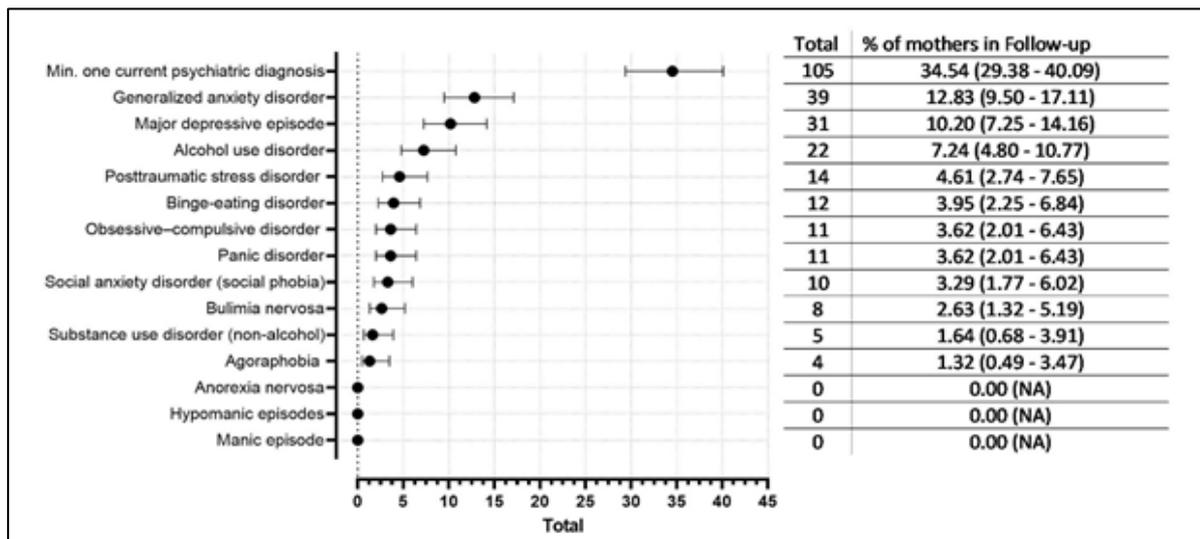


Abbildung 5: Bestehende psychiatrische Störungen nach M.I.N.I. (% , 95% KI), als Anteil aller Mütter in der Nachuntersuchung (n = 304).

Von den Müttern mit mindestens einer M.I.N.I. Diagnose im 2. Screening hatten 41,8% sechs Monate später bei der Nachuntersuchung weiterhin eine Diagnose. Die häufigsten fortbestehenden Störungen waren Substanzkonsumstörungen (55,6%), Bulimia nervosa (45,5%) und Binge-Eating-Störungen (44,4%) (Abb. 6).

In der zweiten Screening-Stufe führten 69% der Teilnehmerinnen das M.I.N.I. Interview vor der SARS-CoV-2-Pandemie. An der Nachuntersuchung nahmen nur 8% vor der Pandemie teil. In der Sensitivitätsanalyse wies die Gruppe, die das M.I.N.I. Interview während der Pandemie führte, im Vergleich zur Prä-Pandemie-Gruppe ein höheres Vorkommen von mindestens einer psychiatrischen Diagnose, einer schweren depressiven Episode, einer Panikstörung, einer Agoraphobie, einer sozialen Angststörung, einer Zwangsstörung und einer Bulimia nervosa auf. Die generalisierte Angststörung war in der Gruppe nach Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie geringer als in der Prä-Pandemie-Gruppe. Für alle anderen Störungen zeigten sich keine relevanten Unterschiede.

Prädiktoren für psychische Störungen

Die stärksten Prädiktoren für eine psychische Störung waren traumatische Kindheitserfahrungen, psychische Störungen in der Anamnese, Inanspruchnahme Früher Hilfen, ein niedriges bis mittleres Bildungsniveau sowie die Studienteilnahme während (im Vergleich zu vor) der SARS-CoV-2-Pandemie (Tab. 4).

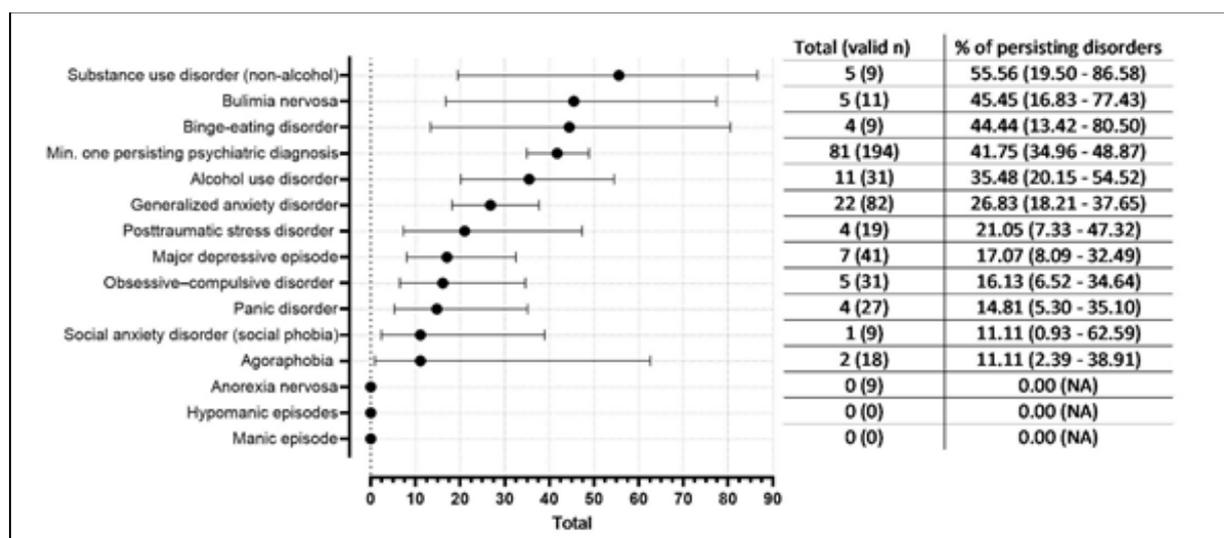


Abbildung 6: Auftreten fortbestehender psychiatrischer Störungen nach M.I.N.I. (%; 95% KI) in der Nachuntersuchung

Tabelle 4 Prädiktive Faktoren für das Auftreten einer psychiatrischen Diagnose nach M.I.N.I. (multiple logistische Regression)

Mindestens eine psychiatrische Diagnose nach M.I.N.I. (N = 4.527)		
Kovariate/ Risikofaktor	Odds Ratio	95% KI
Alter (Mutter) in Jahren	0,96	(0,93-1,00)
Deutsche Sprachkenntnisse (gut/sehr gut/muttersprachlich)	0,83	(0,39-2,05)
Bildungsniveau (ISCED) (niedrig/mittel/andere)	1,76	(1,21-2,53)
Alleinerziehend	1,07	(0,60-1,83)
Empfang von Transferleistungen	1,17	(0,77-1,77)
Unterstützung durch Frühe Hilfen	1,92	(1,36-2,70)
Belastung durch Kinderbetreuung	1,25	(0,79-1,94)
traumatische Erfahrungen in der eigenen Kindheit	4,04	(2,99-5,47)
früher diagnostizierte psychische Störung	3,98	(2,93-5,42)
ungewollte Schwangerschaft	1,39	(0,98-1,95)
Komplikationen in der Schwangerschaft	1,34	(0,98-1,82)
Studienteilnahme während der SARS-CoV-2-Pandemie	2,61	(1,85-3,66)
mindestens ein starker/sehr starker Stressor	5,01	(3,69-6,81)

Kohortenstudie: Gesundheitsökonomische Analysen

792 Mütter und ihre Kinder konnten von der Geburt der Kinder bis zu Screeningstufe 2 in unsere Analysen einbezogen werden. Über 99% der Kinder wurden von einem* einer Kinderarzt*in untersucht und erhielten Früherkennungsuntersuchungen, die in Deutschland in den ersten Monaten nach der Geburt obligatorisch sind. Außerdem konsultierten fast alle Mütter einen* einer Gynäkolog*in (97,6%). Im Allgemeinen waren die Anteile der Inanspruchnehmenden der verschiedenen Leistungen vergleichbar. Der Anteil der Nutzerinnen Früher Hilfen war in der psychisch belasteten Gruppe höher (70,3%) als in der Gruppe ohne psychische Belastung (66,0%) (siehe Tab. 11.1.4 im Anhang). Während der Follow-Up-Phase von 6 Monaten reduzierte sich in beiden Gruppen die Inanspruchnahme relevant, wobei eine Mehrinanspruchnahme belasteter Mütter nach wie vor beobachtbar war (belastete Mütter 31,5%; ohne psychische Belastung 11,5%, siehe Tab. 11.1.5 im Anhang).

Die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme Früher Hilfen stieg bei den psychisch belasteten Müttern an, wenn sie in Berlin lebten (OR 7,36; 95% KI 4,65-11,86), in Deutschland geboren waren (OR 1,83, 95% KI 1,13-2,95) und alleinerziehend waren (OR 2,2; 95% KI 1,14-4,46). Weitere Determinanten waren die Geburt von Zwillingen (OR 2,5; 95% KI 0,88-8,54), wenn die Mutter Erstgebärende war (OR 2,97; 95% KI 2,03-4,37) oder das Vorliegen einer chronischen Krankheit beim Indexkind (OR 3,67; 95% KI 1,62-9,35).

Die Ausgaben für Gesundheitsleistungen und Frühen Hilfen betrugen insgesamt durchschnittlich 4612 ±10944€. Die größte Kostenkomponente waren die Kosten für Krankenhausaufenthalte (exklusive Aufenthalt für die Geburt selbst) sowohl für die Mütter (652 ±4175€) als auch für die Kinder (1181 ±5658€). Weitere wichtige Kostenkomponenten waren die Kosten für den*die Kinderarzt*innen (499 ±239€) und die Kosten für die üblichen Hebammenleistungen (547 ±194€). Die größte Kostenkomponente bei den Frühen Hilfen waren die Ausgaben für Mutter-Kind-Einrichtungen (302 ±6194€). Die durchschnittlichen Ausgaben waren in der Gruppe der psychisch belasteten Mütter in allen Kategorien höher als in der Gruppe der nicht psychisch belasteten (siehe Tab. 5). Die wichtigsten Determinanten der Gesamtkosten der Inanspruchnahme waren eine chronische Krankheit des Indexkinds (OR 3,99; 95% KI 2,69-6,14), eine Frühgeburt (OR 1,61; 95% KI 1,11-2,40), sowie schlechte Erfahrungen mit Ärzten und Hebammen während der Schwangerschaft und Geburt (OR 1,33; 95% KI 1,07-1,67).

Die Kostenergebnisse erwiesen sich in den Sensitivitätsanalysen als robust.

Tabelle 5. Durchschnittliche adjustierte Ausgaben für Gesundheitsleistungen und Frühe Hilfen von der Geburt der Indexkinder bis zur Screeningstufe 2

	Mütter mit psychischer oder psychosozialer Belastung	Mütter ohne psychische oder psychosoziale Belastung	Differenz
	Adj. MW* (€) (95% KI)	Adj. MW* (€) (95% KI)	Δ €
Mütter	1784 (966-3295)	1777 (939-3364)	7
Indexkind	6896 (5236-9082)	5660 (4239-7556)	1236
Ausgaben für Mutter und Indexkind	2094 (1286-3411)	1505 (885-2560)	589
Frühe Hilfen	1073 (391-2947)	349 (113-1079)	724
Gesamt	10849 (8329-14131)	9136 (6942-12023)	1713

* Adjustiert für Alter des Indexkinds, Vorhandensein einer chronischen Erkrankung des Indexkinds, Alleinerziehend, Frühgeburt und schlechte Erfahrungen mit Ärzten und Hebammen während der Schwangerschaft und Geburt

Qualitative Studie

Das Durchschnittsalter der Stichprobe lag bei 34,4 Jahren. 75,9% der Mütter hatten Abitur, 17,5% einen Realschulabschluss, 3,4% einen Hauptschulabschluss. 93,1% lebten in einer festen Partnerschaft mit dem Vater des Kindes/der Kinder. 51,7% der Mütter erlebten zumindest einmal in ihrem Leben eine depressive Episode. 24,1% wiesen zum Zeitpunkt der Studie Symptome einer Angststörung auf und 13,8% litten an Panikattacken. Auffällig ist, dass 17,2% der Studienteilnehmerinnen in ihrem Leben psychotische Merkmale aufgewiesen haben.

Belastete Mütter berichteten übereinstimmend über fehlende Unterstützung in der Zeit nach der Geburt und den ersten Lebensjahren ihres Kindes, wobei häufig auch der Wunsch nach Psychotherapie genannt wurde. Das bedeutet, dass ein Wissen über die Art der Belastung

(zum Beispiel psychosozial) und mögliche Interventionen bzw. wünschenswerte Interventionen sehr wohl weit verbreitet vorliegen. Die internalen Hürden der Inanspruchnahme lassen sich aufgrund der Angaben der Mütter in ein Prozessmodell einordnen (vgl. Tab. 6).

Bezüglich der Nicht-Inanspruchnahme zeigt sich, dass viele Mütter ihren Hilfebedarf zwar wahrnehmen, dass aber die Pflege des Kindes und das Bewältigen der alltäglichen Aufgaben so viel an Ressourcen und Energie aufbrauchen, dass sie nicht mehr in der Lage sind, sich zusätzlich um Hilfe und Unterstützung zu kümmern. Auffallend ist eine starke Tendenz belasteter Mütter zur Adaption einer „Durchhaltestrategie“, um niemandem zur Last zu fallen. Auch die Annahme, dass andere Betroffene solche Hilfen nötiger haben könnten, hat eine große Auswirkung auf das Inanspruchnahmeverhalten psychosozial belasteter Mütter. In den Interviews wird klar, dass die Unterstützung – sollten die Mütter überhaupt welche erhalten - zum größten Teil aus dem sozialen Umfeld der Mütter erfolgt.

Tabelle 6 Kategoriensystem zu subjektiven Ansichten von Müttern mit postpartalen psychosozialen Belastungen in Bezug auf die Nicht-Inanspruchnahme von Frühinterventionen

HK1 Individuelle Ebene auf Seiten der Mütter (i)	Häufigkeit (Anzahl Interviews)
UK1.1 Durchhalten (d)	33 (14)
UK1.2 Generell keine Hilfe in Anspruch nehmen (d)	18 (10)
UK1.3 Keine Kraft haben (d)	12 (7)
UK1.4 Nicht zur Last fallen wollen (d)	9 (7)
UK1.5 Andere haben Hilfen nötiger (d)	5 (5)
HK2 Subjektive Sicht auf professionelle Hilfsangebote (i)	
UK2.1 Überforderung beim Beantragen von Hilfen (d)	12 (8)
UK2.2 Hilfen als Belastung erleben (d)	18 (9)
UK2.3 Schlechte Erfahrungen innerhalb des Hilfesystems gemacht (d)	26 (11)
HK3 Überblick und Bewertung zu Versorgungsangeboten (i)	
UK3.1 Vorurteile gegenüber dem Hilfesystem (d)	6 (6)
UK3.2 Fehlende Informationen wohin man sich wenden muss (d)	3 (2)

HK Hauptkategorie, UK Unterkategorie, d deduktiv entwickelte Kategorie, i induktiv entwickelte Kategorie; Häufigkeit bezieht sich auf die Nennungen gefunden in der angegebenen Anzahl an Interviews

6.2. RCT Erwachsene

Stichprobenbeschreibung

Zur Auswertung kam eine Stichprobe von $n = 120$ Mutter-Kind-Dyaden nach ITT-Prinzip (ESKP $n = 57$, CAU $n = 63$). Die Mütter waren im Mittel 33,0 Jahre ($SD = 4,8$; 21-44 Jahre) und ihre Kinder 5,2 Monate alt ($SD = 4,4$; 0-35 Monate), davon waren 58,3% Jungen. Fünfzig von 57 Mutter-Kind-Dyaden der ESKP-Gruppe wurden dem nicht-stationären Setting zugeordnet, davon wurden $n = 38$ im Hausbesuch behandelt (siehe Tab. Anlage 11.2.2). In der CAU-Gruppe wurden 54 von 63 Mutter-Kind-Dyaden dem nicht-stationären Setting zugeordnet. Über den

gesamten Erhebungsverlauf haben 49,2% die Studienteilnahme abgebrochen (Flowchart, Anhang Abb. 11.2.1, dort sind auch die Werte der PP-Population dargestellt).

Zwischen den Interventionsgruppen bestand kein Unterschied zu T0 hinsichtlich des Alters der Mütter ($t(117) = -1,57, p = 0,120$), der Kinder ($t(117) = -0,88, p = 0,379$) oder deren Geschlecht ($\chi^2_{df=1} = 0,889; p = 0,346$). Ebenfalls bestanden keine Unterschiede zu T0 bezüglich des primären Endpunktes der mütterlichen Feinfühligkeit oder bezüglich eines der sekundären Endpunkte (Tab. 7, Anhang Tab. 11.2.4 & 11.2.6).

Dropoutanalyse

Eine Darstellung der Dropoutanalysen zu T1 bzw. T2 für beide Interventionsgruppen und in Abhängigkeit soziodemographischer Variablen sowie ausgewählter Endpunkte der Baselineerhebungen findet sich in Anhang Tab. 11.2.15. Da $n = 74$ Mutter-Kind-Dyaden für den primären Endpunkt zu T1 untersucht werden konnten, können mit einer Power von mindestens 80% bei $\alpha = 5\%$ mittlere Effekte von mindestens $d = 0,66$ ausgewiesen werden. Für die T0-T1 Analyse ergeben sich $n = 79$ reguläre Studienteilnehmerinnen und $n = 35$ Dropouts. Die beobachtete Dropoutquote zu T1 betrug 34,2% und war gegenüber den ursprünglichen Annahmen deutlich erhöht (siehe auch 5.2). Grundsätzlich gibt es kaum Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Eine Lockdown-Variable, welche in Fälle vor und nach dem deutschlandweiten SARS-CoV-2-Lockdown am 16. März 2020 stratifiziert, zeigt einen Effekt auf die Dropouts unabhängig von der Interventionsgruppe ($z = -2,24; p = 0,025$), mit höheren Dropoutquoten in der Phase vor dem Lockdown. Der einzige weitere Effekt, der gleichzeitig Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen einbezieht, wird für den primären Endpunkt (EAS-MF) sichtbar. Mütter mit einer hohen EAS-MF haben eine höhere Wahrscheinlichkeit des Dropouts zu T1 in der CAU-Gruppe im Vergleich zur ESKP-Gruppe (EAS-MF, MW = 5,79 vs. MW = 4,69 für die Dropouts, $z = -2,71; p = 0,007$). Der SARS-CoV-2-Lockdown-Effekt zeigt sich bis einschließlich T2. Zusätzlich wird ein Einfluss der finanziellen Situation auf die Dropoutquote zu T2 sichtbar ($z = 2,39; p = 0,017$): Mütter mit keinem geregelten Einkommen sind mit 31,8% fast dreimal so häufig unter den Dropouts zu finden als unter den regulären Studienteilnehmerinnen (11,1%). Für die Dropouts zu T2 zeigt sich zusätzlich eine Moderation mit dem Alter der Mutter. Je jünger die Teilnehmerinnen in der ESKP-Gruppe waren, desto höher war die Wahrscheinlichkeit eines Dropouts. Dieser Alterseffekt lässt sich für die CAU-Gruppe nicht zeigen.

Primärer Endpunkt: Mütterliche Feinfühligkeit

Die Veränderung des primären Endpunktes mütterliche Feinfühligkeit (EAS-MF), kodiert anhand videographierter Mutter-Kind-Spielinteraktionen, über alle drei Messzeitpunkte hinweg ist in Tabelle 7 für beide Interventionsgruppen (ESKP, CAU) nach ITT-Prinzip dargestellt. Mit mittleren Ausprägungen bei Werten über 5 für die mütterliche Feinfühligkeit zeigen die Teilnehmerinnen bereits zu T0 eine gute emotionale Verfügbarkeit in der Interaktion mit dem Kind. Die Kovarianzanalyse zur Evaluation der Wirksamkeit der ESKP unter Kontrolle der Baselinewerte und des Settings konnte keinen Unterschied zwischen den beiden Interventionsgruppen für den primären Endpunkt zu T1 ausweisen ($p > 0,05$; Anhang Tab. 11.2.4 und 11.2.7). Diese Ergebnisse wurden in der *per protocol* Analyse sowie der Sensitivitätsanalyse anhand des imputierten Datensatzes und des einfachen kovarianzanalytischen Modells (Anhang Tab. 11.2.3) repliziert. Eine Wirksamkeit der ESKP hinsichtlich der Verbesserung der mütterlichen Feinfühligkeit über die Standardversorgung hinaus lässt sich in diesen primären Analysen nicht nachweisen.

Keines der explorativen Moderatormodelle zeigt eine bessere Modellanpassung im Vergleich zu einem Modell ohne Interaktionsterm. Weder das Setting noch die mütterliche Bindungsrepräsentation (AAI-Bindung) oder die Reflexive Funktion der Mutter (AAI-RF) moderieren den Einfluss der Interventionsgruppe auf den primären Endpunkt im RCT Erwachsene (Anhang Tab. 11.2.9).

Dieses Bild ändert sich bei der längerfristigen Betrachtung der Wirksamkeit unter Einschluss des T2 Messzeitpunktes in die längsschnittlichen gemischten Regressionsmodelle. Hierbei ist das Modell mit Gruppe*Setting Moderatoreffekt besser an die Daten angepasst ($\chi^2_{df=1} = 5,05$; $p = 0,024$). Während kein Haupteffekt der Interventionsgruppe (ESKP vs. CAU) sichtbar ist, wird der Gruppeneffekt durch das Setting moderiert. Im post-hoc Vergleich zeigt sich, dass im nicht-stationären Setting ein Gruppenunterschied bezüglich der mütterlichen Feinfühligkeit besteht, jedoch mit höheren Feinfühligkeitswerten zu T1 in der CAU-Gruppe im Vergleich zur ESKP-Gruppe. Im stationären Setting gibt es diese Effekte jedoch nicht, auch wenn hier deskriptiv eine positivere Entwicklung für die ESKP-Gruppe sichtbar wird (Anhang Tab. 11.2.10, Abb. 7).

Tabelle 7 Deskriptive Statistik der mittleren Ausprägungen der Skalen zur Emotionalen Verfügbarkeit im RCT Erwachsene

	Gruppe	Messzeitpunkt		
		T0	T1	T2
EAS-MF*	ESKP	5,46 (1,26)	5,54 (1,24)	5,28 (1,31)
	CAU	5,46 (1,19)	5,61 (1,34)	5,68 (1,13)
EAS-STR	ESKP	5,40 (1,16)	5,47 (1,30)	5,28 (1,19)
	CAU	5,49 (1,10)	5,45 (1,28)	5,62 (1,17)
EAS-UA	ESKP	5,67 (1,47)	5,68 (1,36)	5,28 (1,37)
	CAU	5,54 (1,34)	5,66 (1,39)	5,48 (1,33)
EAS-WW	ESKP	6,40 (0,96)	6,39 (0,72)	6,13 (1,05)
	CAU	6,24 (0,72)	6,30 (0,93)	6,40 (0,81)
EAS-ANT	ESKP	5,33 (1,15)	5,54 (1,31)	5,26 (1,13)
	CAU	5,25 (1,32)	5,42 (1,30)	5,82 (1,07)
EAS-EIN	ESKP	4,29 (1,26)	4,62 (1,19)	4,89 (1,31)
	CAU	4,48 (1,28)	4,61 (1,21)	5,42 (1,03)
	ESKP	n=52	38	27
	CAU	n=56	37	30

Dargestellt sind Mittelwerte (SD) pro Interventionsgruppe und Messzeitpunkt und die Fallzahlen n zu den einzelnen Messzeitpunkten. Höhere Werte zeigen eine bessere emotionale Verfügbarkeit an.

* primärer Endpunkt, EAS-MF Mütterliche Feinfühligkeit, EAS-STR Strukturierungsfähigkeit, EAS-UA Unaufdringlichkeit, EAS-WW Wohlwollen, EAS-ANT Antwortbereitschaft des Kindes, EAS-EIN Einbezug der Mutter durch das Kind, T0 Baselineerhebung, T1 nach der Intervention, T2 12-Monats Follow-Up

Sekundäre Endpunkte der Mutter

Die explorative Analyse der sekundären Endpunkte zur emotionalen Verfügbarkeit der Mutter zu T1 zeigen ein komplexes Ergebnismuster: Während in den primären Analysen mittels ANCOVA keine Haupteffekte für die Interventionsgruppen gefunden wurden, zeigen sich Moderatoreffekte mit dem Setting für die kindbezogenen Variablen Antwortbereitschaft (EAS-ANT: $\chi^2_{df=1} = 6,94$; $p = 0,034$) und Einbezug der Bezugsperson (EAS-EIN: $\chi^2_{df=1} = 10,85$; $p = 0,004$). Obwohl beide Effekte deskriptiv im stationären Setting mit höheren Werten in der ESKP-Gruppe einhergehen, kann dieser Gruppenunterschied in den Bonferroni-korrigierten post-hoc Vergleichen nur für EAS-EIN nachgewiesen werden (Anhang Tab. 11.2.9). Im nicht-stationären Setting gibt es keine Gruppenunterschiede. In der Betrachtung der längerfristigen Effekte treten diese Zusammenhänge deutlicher hervor. Für die Endpunkte EAS-STR, EAS-WW, EAS-ANT, EAS-EIN zeigen die Modellvergleiche Moderationen durch das Setting mit verbesserter Emotionaler Verfügbarkeit im stationären Setting in der ESKP-Gruppe (EAS-STR, EAS-ANT, EAS-EIN) nach der Intervention und schlechteren Werten für die ESKP-Gruppe im Vergleich zu CAU im nicht-stationären Setting für EAS-ANT und EAS-EIN (Abb. 7, Anhang Tab. 11.2.10).

Für die weiteren sekundären Endpunkte⁴ können die Moderatoranalysen zu T1 für das Setting nicht mehr ausgewertet werden, da sich die Fallzahl im stationären Setting der ESKP-Gruppe auf $n = 2$ in den Selbstauskunftsfragebögen reduziert. Es werden daher im Weiteren die Ergebnisse der Kovarianzanalysen zu T1 und der längsschnittlichen LMMs mit den Werten zu T1 und T2 berichtet. Deskriptiv und anhand der einfachen paarweisen Vergleiche (Anhang Tab. 11.2.6) ist zu erkennen, dass die psychopathologischen Symptome der Mütter (EPDS, IES-27⁵, M.I.N.I.) in beiden Gruppen sich über den Verlauf der Studie hinweg verbessern, ebenso verbessert sich die Reflexive Funktion der Mutter gegenüber dem Kind (geringere PM und höhere CM) in der ESKP-Gruppe. Gleichzeitig zeigen die ANCOVA Modelle für den PRFQ, den EBI, die globale Symptombelastung (BSCL), sowie die spezifischen Symptombelastungsmaße (M.I.N.I., Depression, EPDS; Borderline-Störung, IES-27; Angststörung, ASQ-15) keine Gruppenunterschiede zwischen ESKP und CAU zu T1 – also keine unterschiedliche Entwicklung in den Gruppen – und ebenfalls keine längerfristigen Unterschiede in der Reflexiven Funktion oder der elterlichen Belastung (Anhang Tab. 11.2.12).

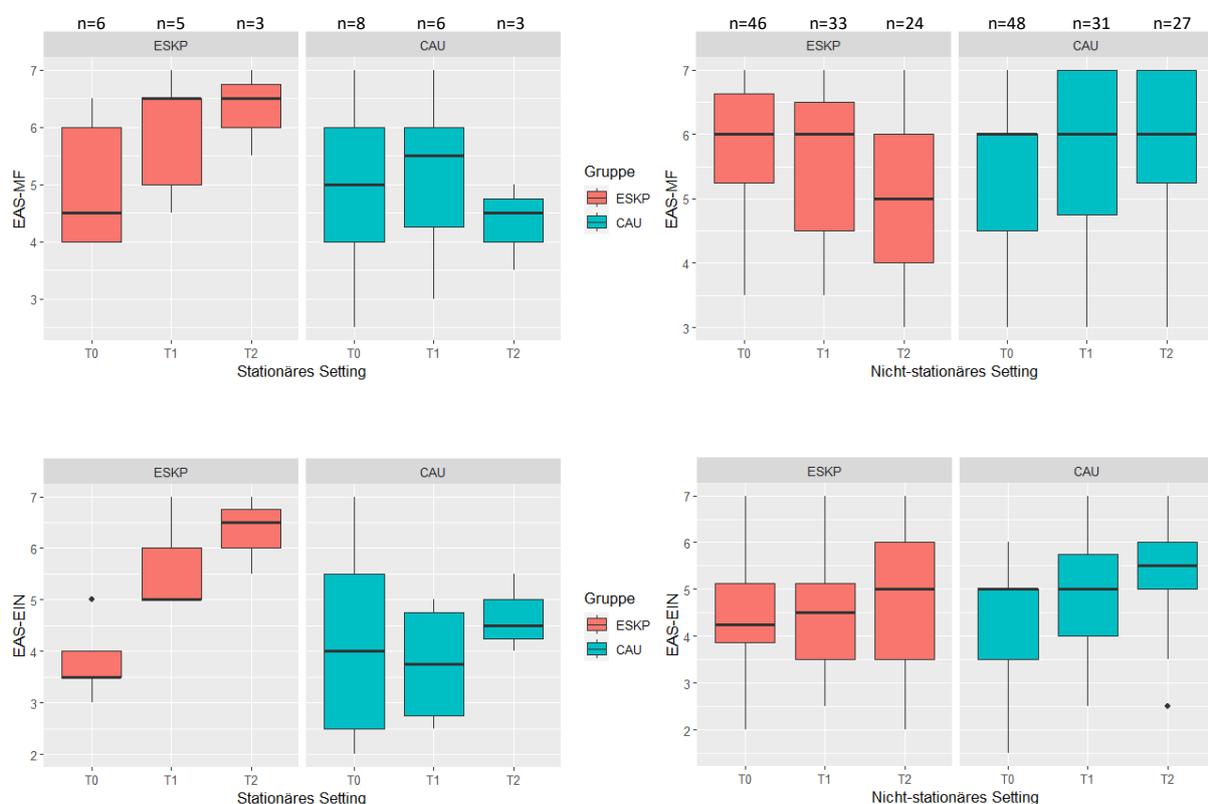


Abbildung 7: Boxplots zur Deskription der Veränderung der Emotionalen Verfügbarkeit in Abhängigkeit von Interventionsgruppe (ESKP vs. CAU) und Setting im RCT Erwachsene Oberes Panel: Primärer Endpunkt mütterliche Feinfühligkeit (EAS-MF). Unteres Panel: Einbezug der Mutter durch das Kind (EAS-EIN).

Sekundäre Endpunkte des Kindes: Bindungsentwicklung, Symptombelastung und Entwicklung

Der wichtigste sekundäre Endpunkt des Kindes ist die Bindungsentwicklung. Zum Follow-Up Zeitpunkt liegen $n = 15$ FST-Auswertungen (9 ESKP, 6 CAU) vor. Vier (ESKP) bzw. 3 (CAU) Kinder sind sicher gebunden. Die Auswertung des AQS ergab, dass 8 von 16 Kindern der ESKP Gruppe und 11 von 16 Kindern der CAU-Gruppe eine sichere Bindung zu T2 aufweisen. In der kombinierten Auswertung (siehe Tab. 9) der beiden Verfahren lässt sich hinsichtlich der sicheren

⁴ Gilt ebenso für die sekundären Endpunkte des Kindes

⁵ Gilt nur für die ESKP-Gruppe

Bindung des Kindes kein Unterschied zwischen den Interventionsgruppen nachweisen ($\text{Chi}^2_{df=1} = 1,16; p = 0,282; \text{OR} = 0,53; d=0,35$).

Von T0 zu T1 sinkt die kindliche Symptombelastung (SFS, Anhang Tab. 11.2.6). Die ANCOVA zu T1 zeigt jedoch keine unterschiedlichen Entwicklungen in den beiden Interventionsgruppen (Anhang Tab. 11.2.11). Die Bewertung der emotionalen und verhaltensbezogenen Probleme des Kindes (CBCL) bestätigt dieses Bild. Zu T2 liegen nur 5 Kinder außerhalb des Durchschnittsbereichs (T-Score > 60), und es lassen sich keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen nachweisen. Auch die Ergebnisse des Entwicklungstests zu T1, sowie die längerfristigen Entwicklungen bis T2 lassen keinen Rückschluss auf unterschiedliche Entwicklungen in beiden Interventionsgruppen im RCT Erwachsene zu. Im Mittel weisen die Kinder einen durchschnittlichen Entwicklungsstand zu T1 auf (Anhang Tab. 11.2.11).

Die Sensitivitätsanalysen anhand der *per protocol* Population bestätigen grundsätzlich die Robustheit der Ergebnisse.

Gesundheitsökonomische Ergebnisse

In die gesundheitsökonomischen Analysen wurden Daten von $n = 51$ Müttern (25 in der ESKP-Gruppe) mit psychischen Störungen zu Studienbeginn einbezogen. Die soziodemografischen Merkmale waren in den meisten Kategorien zwischen den Gruppen vergleichbar, mit Ausnahme der ungeplanten Schwangerschaft (33% in der ESKP-Gruppe gegenüber 18% in der CAU-Gruppe) und der durchschnittlichen Gesamtkosten seit der Geburt (12.383€, $SD \pm 24.881$ €, ESKP) gegenüber 6.811 € ($SD \pm 18.326$ €, CAU)). Die adjustierten mittleren Gesamtkosten nach 12 Monaten betragen 7.269€ (95% KI 3.378€ - 15.643€, ESKP) und 6.311€ (95% KI 2.977€ - 13.379€, CAU). Ein Hauptgrund für diesen Kostenunterschied waren die Kosten der ESKP-Intervention selbst (mittlere Kosten pro Person: 1.151€ ($SD \pm 447$ €) in der ESKP-Gruppe).

Trotz vielversprechender Ergebnisse früherer Studien können die Ergebnisse die Kosteneffektivität der evaluierten Kurzzeit-ESKP aus Sicht der Kostenträger nicht bestätigen.

6.3. RCT Kinder

Stichprobenbeschreibung

Zur Auswertung kam eine Stichprobe von $n = 140$ Mutter-Kind-Dyaden nach ITT-Prinzip (ESKP $n = 67$, CAU $n = 73$). Die Mütter waren im Mittel 33,6 Jahre ($SD = 4,9$; 17-48 Jahre) und ihre Kinder 18,3 Monate alt ($SD = 11,0$; 0-36 Monate, 55,8% Jungen). Von den 67 Mutter-Kind-Dyaden der ESKP-Gruppe wurden 56 Mutter-Kind-Dyaden dem nicht-stationären Setting zugeordnet, davon wurden $N = 30$ im Hausbesuch behandelt. In der CAU-Gruppe wurden 60 von 73 Mutter-Kind-Dyaden dem nicht-stationären Setting zugeordnet (siehe Anhang Tab. 11.3.2). Da 98 Mutter-Kind-Dyaden zu T1 für den primären Endpunkt untersucht werden konnten, können mit einer Power von mindestens 80% bei $\alpha = 5\%$ mittlere Effekte von mindestens $d = 0,56$ ausgewiesen werden. Über den gesamten Erhebungsverlauf brachen 39,3% die Studienteilnahme ab (Flowchart in Anhang Abb. 11.3.1, dort sind auch die Werte der PP-Population dargestellt).

Zwischen den Interventionsgruppen bestand kein Unterschied zu T0 hinsichtlich des Alters der Mütter ($t(136) = -0,11, p = 0,912$), der Kinder ($t(136) = -0,78, p = 0,439$) oder deren Geschlecht ($\text{Chi}^2_{df=1} = 0,940; p = 0,332$). Ebenfalls bestanden keine Unterschiede zu T0 bezüglich des primären Endpunktes der mütterlichen Feinfühligkeit oder bezüglich eines der sekundären Endpunkte (Tab. 5, Anhang Tab. 11.3.4-11.3.6).

Primärer Endpunkt: Mütterliche Feinfühligkeit

In Tabelle 8 ist die Veränderung des primären Endpunktes mütterliche Feinfühligkeit (EAS-MF) über alle drei Messzeitpunkte hinweg für beide Interventionsgruppen (ESKP, CAU) nach ITT-Prinzip dargestellt. Wie auch im RCT Erwachsene zeigten die Teilnehmerinnen bereits zu T0 eine gute Emotionale Verfügbarkeit. Die primäre Analyse zur Evaluation der Wirksamkeit der

ESKP unter Kontrolle der Baselinewerte und des Settings konnte keinen Unterschied zwischen den beiden Interventionsgruppen für den primären Endpunkt zu T1 ausweisen (Abb. 8; Anhang Tab. 11.3.3). Diese Ergebnisse wurden für die *per protocol* Population und die Sensitivitätsanalyse anhand der imputierten Datensätze ebenfalls bestätigt (Anhang Tab. 11.3.3). Die Analysen ergaben weder eine verbesserte mütterliche Feinfühligkeit noch Unterschiede in der Wirksamkeit zwischen den Interventionsgruppen zu T1. Auch eine Erweiterung der Betrachtung auf den Follow-Up Messzeitpunkt nach 12 Monaten (T2) und die Berücksichtigung längerfristiger Effekte veränderten diesen Befund nicht (Anhang Tab. 11.3.10).

Tabelle 8 Deskriptive Statistik der mittleren Ausprägungen der Skalen zur Emotionalen Verfügbarkeit im RCT Kinder

	Gruppe	Messzeitpunkt		
		T0	T1	T2
EAS-MF*	ESKP	5,01 (1,31)	5,18 (1,34)	5,31 (1,20)
	CAU	5,40 (1,25)	5,07 (1,24)	5,11 (1,32)
EAS-STR	ESKP	4,91 (1,24)	5,08 (1,25)	5,52 (1,15)
	CAU	5,30 (1,28)	5,14 (1,12)	5,33 (1,18)
EAS-UA	ESKP	5,25 (1,41)	5,20 (1,49)	5,29 (1,39)
	CAU	5,36 (1,41)	5,29 (1,60)	5,39 (1,28)
EAS-WW	ESKP	5,99 (1,01)	5,98 (1,02)	5,85 (1,13)
	CAU	6,11 (1,01)	5,89 (1,07)	5,68 (1,27)
EAS-ANT	ESKP	4,88 (1,36)	5,27 (1,21)	5,45 (1,03)
	CAU	5,19 (1,47)	5,38 (1,26)	5,36 (1,35)
EAS-EIN	ESKP	4,48 (1,37)	4,93 (1,08)	5,36 (1,22)
	CAU	4,65 (1,31)	5,04 (1,26)	5,29 (1,15)
	ESKP	n=61	53	43
	CAU	n=64	46	36

Dargestellt sind Mittelwerte (SD) pro Interventionsgruppe und Messzeitpunkt und die Fallzahlen n zu den einzelnen Messzeitpunkten. Höhere Werte zeigen eine bessere emotionale Verfügbarkeit an.

* primärer Endpunkt, EAS-MF Mütterliche Feinfühligkeit, EAS-STR Strukturierungsfähigkeit, EAS-UA Unaufdringlichkeit, EAS-WW Wohlwollen, EAS-ANT Antwortbereitschaft des Kindes, EAS-EIN Einbezug der Mutter durch das Kind, T0 Baselineerhebung, T1 nach der Intervention, T2 12-Monats Follow-Up

Keines der explorativen Moderatormodelle zeigte eine bessere Modellanpassung im Vergleich zu einem Modell ohne Interaktionsterm. Weder das Setting noch die mütterliche Bindungsrepräsentation (AAI-Bindung) oder die Reflexive Funktion der Mutter (AAI-RF) moderieren in diesen Analysen den Effekt der Interventionsgruppe auf den primären Endpunkt (Anhang Tab. 11.3.9).

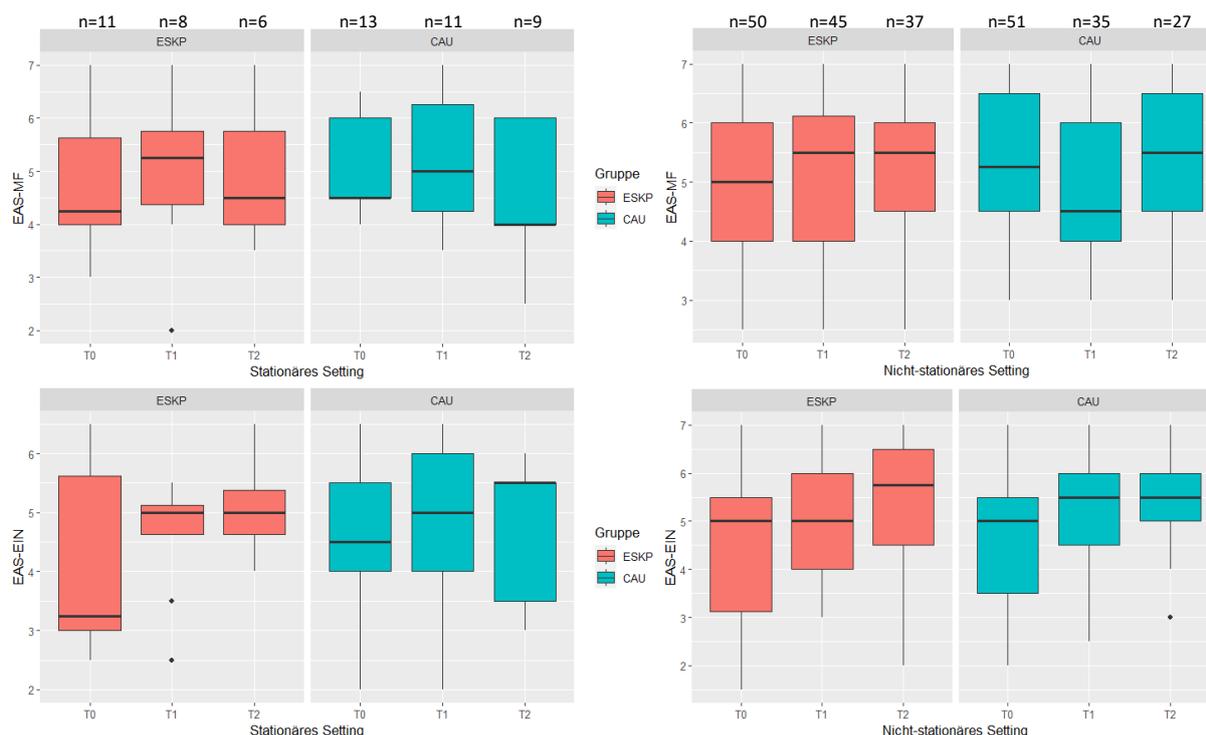


Abbildung 8: Boxplots zur Deskription der Veränderung der Emotionalen Verfügbarkeit in Abhängigkeit von Interventionsgruppe (ESKP vs. CAU) und Setting im RCT Kinder. Oberes Panel: Primärer Endpunkt mütterliche Feinfühligkeit (EAS-MF). Unteres Panel: Einbezug der Mutter durch das Kind (EAS-EIN).

Sekundäre Endpunkte des Kindes im RCT Kinder: Bindungsentwicklung, Symptombelastung und Entwicklung

Der wichtigste sekundäre Endpunkt ist die Bindungsentwicklung des Kindes. Zum Follow-Up Zeitpunkt liegen n = 2 FST-Auswertungen (1 ESKP, 1 CAU) vor. Beide Kinder sind sicher gebunden. Die Auswertung des AQS ergab, dass 18 von 27 Kindern der ESKP-Gruppe und 13 von 27 Kindern der CAU-Gruppe eine sichere Bindung zu T2 aufweisen. In der kombinierten Auswertung der beiden Verfahren lässt sich hinsichtlich der sicheren Bindung des Kindes kein Unterschied zwischen den Interventionsgruppen nachweisen ($\chi^2_{df=1} = 1,84$; $p = 0,174$, OR = 2,11, $d = 0,41$, Tab. 9). Da für den AQS-Auswertungen von 54 Fällen vorliegen, wovon 10 im stationären Setting teilgenommen haben, kann die AQS-Bindungssicherheit auch explorativ kovarianzanalytisch betrachtet werden. Unter Kontrolle des Settings und bei Betrachtung möglicher unterschiedlicher Gruppenunterschiede in den beiden Settings (Gruppe*Setting Interaktionsterm) lässt sich ein Gruppeneffekt auf die Bindungssicherheit zeigen (Abb. 9). Die Kinder der ESKP-Gruppe zeigen im Mittel höhere Bindungssicherheitswerte als die CAU-Gruppe ($F = 5,06$, $p = 0,029$, $d = 0,80$).

Tabelle 9 Anzahl Kinder mit sicherer Bindung („Ja“) zum 12-Monats Follow-Up (T2)

RCT Kinder	Ja	Nein	Summe	RCT Erwachsene	Ja	Nein	Summe
ESKP	19 (67,8%)	9 (32,1%)	28	ESKP	12 (48,0%)	13 (52,0%)	25
CAU	14 (50,0%)	14 (50,0%)	28	CAU	14 (63,6%)	8 (26,4%)	22

Die Auswertung der kindlichen Diagnosen zu T1 nach dem DC: 0-5 ergab keinen Unterschied zwischen den Gruppen. In der längerfristigen Betrachtung bis T2 zeigt sich eine Zeit*Gruppe Interaktion (OR 1,52; 95% KI 1,02-2,30). Im post-hoc Vergleich wird deutlich, dass sich die Wahrscheinlichkeit einer DC: 0-5 Diagnose von T1 nach T2 in der ESKP-Gruppe weiter verringerte, in der CAU-Gruppe jedoch nicht (Abb. 9, Anhang Tab. 11.3.13).

Von T0 zu T1 sank die kindliche Symptombelastung (SFS, Anhang Tab. 11.3.6). Die ANCOVA zu T1 zeigte jedoch keine unterschiedlichen Entwicklungen in den beiden Interventionsgruppen (Anhang Tab. 11.3.10). Die Auswertung der emotionalen und verhaltensbezogenen Probleme des Kindes (CBCL) bestätigte diesen Befund. Auch hier nahm die Problembelastung ab, allerdings konnte kein Unterschied zwischen den Gruppen ausgewiesen werden. Die primäre Analyse der Subskalen des ET 6-6-R wies einen Gruppenunterschied für die Entwicklung der Körpermotorik aus. Kinder in der CAU-Gruppe wiesen hierbei zu T1 einen höheren Entwicklungsquotienten (EQ) auf als die Kinder der ESKP-Gruppe (Anhang Tab. 11.3.14).

Für keine der weiteren Subskalen (Handmotorik, Kognitive Entwicklung, Sprache, Sozioemotionale Entwicklung) lässt sich ein ähnlicher Gruppeneffekt zu T1 nachweisen (Anhang Tab. 11.3.14). Die längerfristige Betrachtung bis zum Follow-Up nach 12 Monaten vertieft diesen Befund: Die bessere Entwicklung der Körpermotorik in der CAU-Gruppe zeigt sich auch im längsschnittlichen Modell. Ebenfalls wird nun jedoch eine gegenläufige Entwicklung in der Interventionsgruppe für die Handmotorik sichtbar. Während sich der EQ in der ESKP-Gruppe zu T2 verbessert, sinkt er in der CAU-Gruppe. Von $n = 9$ Kindern mit unterdurchschnittlicher Entwicklung in der ESKP-Gruppe zu T1 verbleiben zu T2 nur noch 5 als auffällig ($p_{\text{corr}} = 0,015$). In der CAU-Gruppe ist dieser Effekt gegenläufig: die Zahl von 5 auffälligen Kindern zu T1 steigt bis T2 auf 8 ($p_{\text{corr}} = 0,004$) (Anhang Tab. 11.3.15).

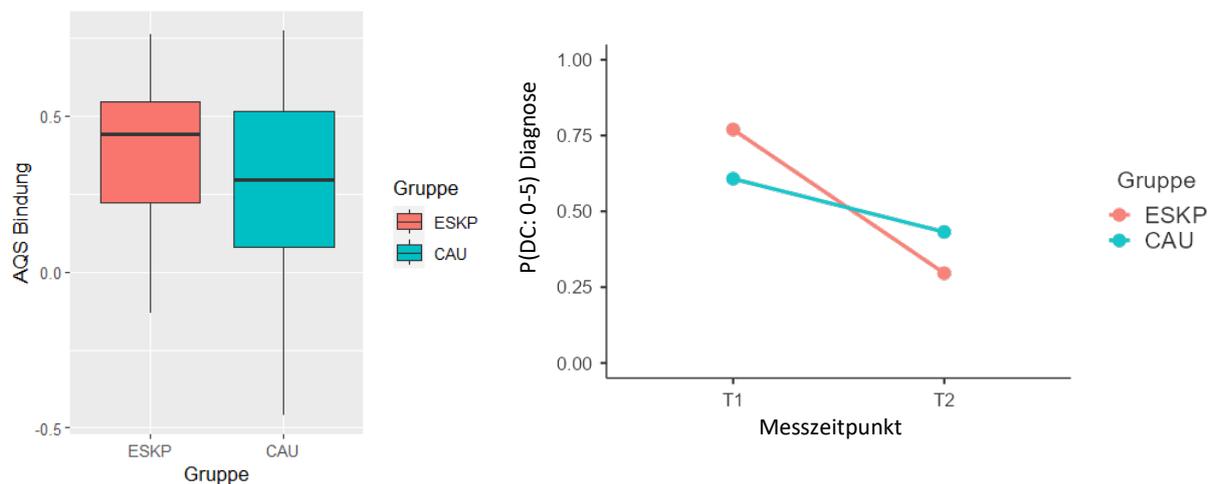


Abbildung 9: Boxplot für die mittlere Ausprägung der AQS Bindungssicherheit (links) und der Wahrscheinlichkeit einer DC: 0-5 Diagnose (rechts) im RCT Kinder in Abhängigkeit von der Interventionsgruppe

Weitere sekundäre Endpunkte der Mutter

Die explorativen Analysen zeigen keine Unterschiede in der Wirksamkeit der beiden Interventionsgruppen auf die emotionale Verfügbarkeit der Mutter zu T1 und keine Moderation durch das Setting. Auch für die längerfristige Betrachtung bis T2 fehlen die Indizien für Unterschiede in der emotionalen Verfügbarkeit (EAS-STR, EAS-UA, EAS-WW, EAS-ANT, EAS-EIN) zwischen den Interventionsgruppen (Tab. 8). Dieser Befund gilt grundsätzlich ebenso für die weiteren mütterlichen Endpunkte zur elterlichen Belastung (EBI), den spezifischen Symptomen (EPDS, IES, ASQ) bzw. Diagnosen (M.I.N.I.), und den Skalen zur elterlichen Reflexiven Funktion (PRFQ). Für das globale Maß der psychopathologischen Symptombelastung der Mutter (BSCL) wird ein Gruppenunterschied zu T1 ausgewiesen: Bei den Müttern in der ESKP-Gruppe hatten sich zu T1 die psychopathologischen Symptome stärker verbessert (um durchschnittlich 3,6 Punkte auf einer T-Skala) im Vergleich zu Müttern in der CAU-Gruppe ($t = -2,31$, $p = 0,023$, $d = -0,51$) (Anhang Tab. 11.3.9-11.3.13).

Gesundheitsökonomie

In die gesundheitsökonomischen Analysen wurden Daten von $N = 70$ Müttern (38 in der ESKP-Gruppe) mit psychischen Störungen und Kindern mit kindlichen Regulationsstörungen zu Studienbeginn einbezogen. Die soziodemografischen Merkmale waren in den meisten Kategorien zwischen den Gruppen vergleichbar, mit Ausnahme a) des Geschlechts der Kinder (55,3% weiblich, ESKP gegenüber 46,9%, CAU); b) der Anzahl an Kindern im Haushalt (in 55,6% der Haushalte in ESKP haben mindestens zwei Kinder gelebt, gegenüber 34,6% in CAU); c) der Anteil an Teilnehmenden mit medizinischen Komplikationen in der Schwangerschaft (42,9% ESKP gegenüber 22,7% CAU) und d) der durchschnittlichen Gesamtkosten seit der Geburt bis zur Baselineerhebung (19.776€ ($SD \pm 32.241€$, ESKP) gegenüber 16.044 € ($SD \pm 25.804€$, CAU)). Die für Baseline adjustierten mittleren Gesamtkosten nach 12 Monaten betrugen 8.142 € (95% KI 4.579€ - 14.478€, ESKP) und 7.446€ (95% KI 3.976€ - 13.944€, CAU). Ein Hauptgrund für diesen Kostenunterschied waren die Kosten der ESKP-Intervention selbst (mittlere Kosten pro Person: 1.106€ ($SD \pm 387€$) in der ESKP-Gruppe). Bei einer zusätzlichen Adjustierung auch auf das Setting (stationär, nicht-stationär) ergaben sich folgende adjustierte mittlere Kosten: ESKP: 11.664 (6.701€ - 20.300€); CAU: 8.112€ (4.708€ - 13.977€). Die Ergebnisse sind robust gegenüber Sensitivitätsanalysen. Trotz vielversprechender Ergebnisse früherer Studien können die Ergebnisse die Kosteneffektivität der evaluierten Kurzzeit-ESKP aus Sicht der Kostenträger nicht bestätigen.

Explorative Analyse der Verzerrungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie

Eine explorative Analyse der kindlichen Diagnosen mittels des DC: 0-5 Interviews zu T0 in Abhängigkeit vom Zeitpunkt vor oder nach dem Lockdown am 16.03.2020 zeigt einen Anstieg der kumulierten Schlafstörungen bei den Kindern für die Zeit ab dem Lockdown ($\text{Chi}^2_{df=1} = 5,83$; $p = 0,025$, Anhang Abb. 11.3.3), einhergehend mit höheren Raten von Panikstörungen bei den Müttern ($\text{Chi}^2_{df=1} = 4,33$, $p = 0,044$). Dieses Befundmuster geht gleichzeitig mit einer verringerten Wahrscheinlichkeit einer affektiven Störung in der Stichprobe nach dem Lockdown einher ($\text{Chi}^2_{df=1} = 4,93$, $p = 0,031$) (Anhang Abb. 11.3.4).

7. Diskussion der Projektergebnisse

7.1. Kohortenstudie

Die SKKIPPI-Kohortenstudie ist die erste Studie in Deutschland, bei der eine große bevölkerungsbasierte Zufallsstichprobe untersucht wurde, um psychosoziale Belastung und psychische Störungen bei Eltern und ihren Kindern in der frühen Kindheit zu untersuchen und deren Entwicklung über einen Zeitraum von 6 Monaten zu beobachten.

Hierfür entwickelten wir für eine erste Screeningstufe ein kurzes Instrument zur Identifizierung der bekannten relevanten psychosozialen Stressoren in der Postpartalzeit. Für die zweite Screeningstufe verwendeten wir validierte Instrumente (Goldstandards), um die Befunde aus der ersten Screeningstufe abzusichern. Die Interviewenden wurden umfassend zur Durchführung des M.I.N.I. Interviews geschult.

Neben der Auswertung epidemiologischer Daten waren wir daran interessiert, die tatsächliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Frühen Hilfen für diese in Deutschland wenig untersuchte Teilpopulation zu analysieren. Die Kenntnis des spezifischen Nutzungsverhaltens der verschiedenen Untergruppen soll dazu beitragen, den Bedarf an Angeboten in Zukunft besser zu decken. Wir gehen davon aus, dass die Vielfalt der zur Verfügung stehenden Leistungen komplex ist und insbesondere Eltern mit geringerem Bildungsstand davon abhalten könnte, diese in Anspruch zu nehmen.

Die Vollständigkeit der Daten aus der ersten Screeningstufe ist sehr hoch. Angesichts der Tatsache, dass sich das Einladungsschreiben in erster Linie an die Mütter richtete, ist der hohe

Anteil an Müttern in der Stichprobe (85%) nicht überraschend. Um einen breiteren Einblick in die spezifischen Probleme von Vätern während der Postpartalzeit zu erhalten, sollten zukünftige Studien diese gezielter und umfassender rekrutieren. Hierfür müssen spezifische Instrumente neu entwickelt werden. Da die Mehrheit der Eltern den Fragebogen der ersten Screeningstufe ausfüllte, bevor die Beschränkungen und Schließungen aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland ab März 2020 eingeführt wurden (95%), gehen wir davon aus, dass die Ergebnisse dieses Teils der Studie nicht wesentlich durch die Pandemie beeinflusst wurden.

Die Altersspanne von 30-39 Jahren der meisten Teilnehmenden entspricht dem Durchschnittsalter von Ersteltern in Deutschland [48]. Der Anteil der Alleinerziehenden in unserer Stichprobe ist relativ gering (5% bei beiden Elternteilen versus 19% nach Angaben des Statistischen Bundesamts [49]). Ein Grund für diesen Unterschied könnte die Tatsache sein, dass unsere Stichprobe nur Eltern mit sehr kleinen Kindern umfasst, eine Trennung der Eltern in der Regel aber nicht so früh nach der Geburt erfolgt. Ein weiterer Grund könnte sein, dass Alleinerziehende mit kleinen Kindern weniger Zeitressourcen für eine Studienteilnahme haben.

Bezüglich negativer perinataler Stressfaktoren ist eine ungewollte/ungeplante Schwangerschaft ein bekannter Risikofaktor für eine postpartale Depression [50]. Mehr als ein Fünftel der Eltern in unserer Studie gab an, dass die Schwangerschaft nicht geplant war. Eventuell nahmen Eltern mit ambivalenten oder negativen Gefühlen gegenüber der Schwangerschaft aber auch nicht oder zumindest seltener an dieser Studie teil.

Um den Zugang zur Studienteilnahme niederschwellig zu halten, wurde der Fragebogen der ersten Screeningstufe bewusst kurzgehalten (10-15 min. Bearbeitungszeit). Somit konnten jedoch spezifische Details nicht erfragt werden und fanden in den Analysen keine Berücksichtigung.

Die Eltern in unserer Studie gaben an, mit einer Vielzahl von individuellen Belastungsfaktoren konfrontiert zu sein. Die höchsten Prozentsätze fanden wir sowohl bei Müttern als auch bei Vätern für berufliche Probleme und für Probleme im Zusammenhang mit mangelnder sozialer Unterstützung. Der letztgenannte Stressor wurde auch in der qualitativen Interviewstudie als Resilienzfaktor der befragten Mütter benannt und ist allgemein ein bekannter Risikofaktor, der in verschiedenen Studien über postpartale Depression untersucht wurde [50, 51]. Arbeitsbedingter oder beruflicher Stress als Determinante für psychische Gesundheitsprobleme wurde in verschiedenen Studien bei Männern und Frauen in der Allgemeinbevölkerung untersucht [52], scheint aber im postpartalen Umfeld weniger häufig Berücksichtigung zu finden und sollte daher weiter untersucht werden. Schließlich sind schwere, negative Erfahrungen in der Kindheit nachweislich ein Risikofaktor für prä- und postnatale Depressionen [53, 54].

7.2 Interventionsstudien

Die SKKIPPI-RCTs sind zwei parallel entwickelte und durchgeführte randomisiert-kontrollierte Interventionsstudien zur Evaluation der Wirksamkeit einer fokusbasierten Eltern-Säugling-Kleinkind-Kurzzeitpsychotherapie (ESKP-f) für Mütter mit postpartalen Störungen und deren Kindern sowie für Säuglinge und Kleinkinder mit Regulationsstörungen in Deutschland. Insgesamt konnten 260 Mutter-Kind-Dyaden in die Studien eingeschlossen werden. Die Mütter wiesen bereits vor der Intervention hohe Werte für den primären Endpunkt mütterliche Feinfühligkeit und für die Maße der emotionalen Verfügbarkeit im Allgemeinen auf, die sich im Verlauf der Studie nur gering veränderten. In keinem der beiden RCTs lässt sich eine besondere Wirkung im Sinne einer Verbesserung der mütterlichen Feinfühligkeit nach der ESKP-Intervention im Vergleich zur Standardversorgung nachweisen.

Der Einbezug unserer explorativen Befunde für die weiteren Skalen der emotionalen Verfügbarkeit legt nahe, dass vermutlich unterschiedliche Faktoren zu diesem Befund beigetragen haben, die noch vertiefend evaluiert werden müssen. Einerseits zeigen die Moderatoreffekte an, dass eine hohe Variabilität innerhalb und zwischen den Interventionsgruppen vorliegt, die

durch die Stratifizierung mit dem Setting nicht vollständig kontrolliert werden konnte. Gerade im stationären Setting des RCT Erwachsene (in den einfachen Vergleichen ebenfalls im RCT Kinder sichtbar) zeigen die Daten für die emotionale Verfügbarkeit Effekte im Sinne der Ausgangshypothesen, mit positiveren Entwicklungen in den EAS Subskalen in der ESKP-Gruppe an. Die geringe Datenmenge für das stationäre Setting und die damit verbundene hohe Variabilität in den Daten zwischen den Personen verhindern jedoch eine abschließende Betrachtung. Weitere Sensitivitätsanalysen müssen die Robustheit der Effekte prüfen. Allerdings liefern diese ersten Befunde interessante neue Erkenntnisse zu Bedingungen unter denen die ESKP-f als Kurzzeitintervention wirksam sein kann und die über jene in der Literatur zur Eltern-Kleinkind-Psychotherapie beschriebenen Effekte zur emotionalen Verfügbarkeit hinausgehen [55] [56]. Insbesondere ist hier zu beachten, dass im stationären Setting die Standardversorgung intensiver ist als im nicht-stationären Setting. Denkbar ist, dass innerhalb der stationären Settings homogenere Subgruppen und insgesamt höher belastetere Teilnehmerinnen und Kinder behandelt wurden – und dies solche möglichen Effekte teilweise erklären kann.

Die insgesamt geringen Effekte auf die EAS Skalen müssen auch mit Blick auf die Validität dieses Verfahrens in Bezug auf die Studienziele diskutiert werden. Die hohen Ausgangswerte und damit einhergehend die zu Studienbeginn bereits gute emotionale Verfügbarkeit der Mütter in beiden RCTs können auch als Indiz dafür interpretiert werden, dass die aufgezeichnete Mutter-Kind-Spielinteraktion, auch wenn diese den Standard der Forschung darstellt, für diese klinischen Stichproben nicht optimal ist, um Unterschiede in der emotionalen Verfügbarkeit zu dokumentieren. Hier sollte zukünftig eine Erhöhung der Validität der Kodierungen angestrebt werden. Vergleichbare Interventionsstudien könnten unter Umständen auf konfliktbesetztere Interaktionssituationen zur Messung der EAS zurückgreifen (vgl. [57, 58]).

Andererseits zeigt sich über beide RCTs hinweg, dass die meisten Effekte bzgl. der emotionalen Verfügbarkeit erst zum 12-Monats Follow-Up sichtbar werden. Dies trifft wiederum besonders auf das RCT Kinder mit den relativ gesehen älteren Kindern und den kindbezogenen Maßen der EAS (Antwortbereitschaft und Einbezug der Mutter) zu [29]. Aus diesem Blickwinkel lässt sich diskutieren, ob besonders das emotional verfügbare Verhalten des Kindes von der ESKP-f Intervention längerfristig profitieren kann und inwieweit dies mit dem höheren Alter der Kinder im RCT Kinder zusammenhängen könnte.

In diesem Sinne lassen sich grundsätzlich hypothesenkonforme Effekte im Sinne einer besonderen Wirksamkeit der ESKP-f diskutieren. Im RCT Kinder wiesen die Kinder entsprechend den Einschlusskriterien zu Studienbeginn eine hohe symptomatische Belastung auf. Im Ergebnis der Studie sank der Anteil der Kinder mit Diagnose einer Regulationsstörung nach DC: 0-5 in der ESKP-Gruppe des RCT Kinder nach zwölf Monaten stärker als in der CAU-Gruppe. Mögliche Interdependenzen dieser Veränderungen in der Symptombelastung aufgrund der ESKP-f-Intervention, der verbesserten emotional verfügbaren Reaktion der Kinder und dem höheren Ausmaß sicher gebundener Kinder in der ESKP-Gruppe zum 12-Monats Follow-Up im RCT Kinder sollten gezielt exploriert werden, da diese durch das Therapiemodell der ESKP vorhergesagt werden [6, 7]. Für die jüngeren Kinder im RCT Erwachsene (≤ 12 Monate zu Studienbeginn) lässt sich eine solche positive Entwicklung nach ESKP-f derzeit nicht nachweisen. Allerdings ist die Stichprobe zum 12-Monats Follow-Up für die Bindungsmaße mit $n = 47$ recht klein. Die verfügbaren Daten deuten zumindest an, dass auch diese Kinder mit den belasteten Müttern im RCT Erwachsene zu Studienbeginn eine ähnlich hohe Symptomatik an Regulationsstörungen aufwiesen. Die Daten replizieren folglich einen Standardbefund der Forschung, wonach die Belastung der Mutter nicht nur mit den kindlichen Symptomen korrespondiert, sondern diese auch begünstigt [6, 7].

In beiden Interventionsgruppen verbesserte sich die mütterliche postpartale Symptomatik psychopathologischer Störungen über die Zeit. Grundsätzlich zeigte sich dieser Zusammenhang in beiden RCTs sowohl für die globale Betrachtung im Screening (BSCL) als auch für die

einzelnen Störungsbilder (Postpartale Depression, Angststörung und Borderlinesymptomatik). Kleine Unterschiede zwischen den RCTs sind möglicherweise auf die grundsätzlich höhere Belastung der Mütter im RCT Erwachsene zu Studienbeginn zurückzuführen (vgl. M.I.N.I., BSCL, ASQ, EPDS). Während in der hochbelasteten Stichprobe des RCT Erwachsene beide Interventionsgruppen gleichlaufende Effekte der Symptomverbesserung aufwiesen, verbesserte sich im Verlauf die psychopathologische Symptomatik der Mütter in der ESKP Gruppe im RCT Kinder sogar stärker im Vergleich zur Standardversorgung. In der Diskussion muss wiederum auf die um 25% größere Stichprobe zum Messzeitpunkt nach 6 Wochen im RCT Kinder im Vergleich zum RCT Erwachsene mit dem entsprechenden Zuwachs an statistischer Power hingewiesen werden. Da die Standardversorgung in den Interventionsstudien ein breites Spektrum an Interventionen umfasste, wird eine spezifische Re-Analyse dieser Verlaufsdaten unter Kontrolle solcher Einflussfaktoren angestrebt.

Es konnten keine Nachweise für unterschiedliche Entwicklungen in der ESKP-Gruppe und der CAU-Gruppe für das mütterliche Belastungserleben (EBI) oder die mütterliche Mentalisierungsfähigkeit (PRFQ) erbracht werden. In der Zusammenfassung der berichteten Befunde zeigte die Aufstellung gesundheitsökonomischer Parameter höhere Kosten für die ESKP-Gruppe an, die zunächst mit den unmittelbaren Kosten der ESKP-Intervention erklärt werden können. Eine längerfristige Betrachtung über den 12-Monatsverlauf hinaus ist mit den aktuellen Studiendaten nicht möglich.

Während sich für die insgesamt jüngeren Kinder im RCT Erwachsene kein Effekt der ESKP-Intervention auf die sichere Bindung des Kindes zur Mutter nachweisen lässt, entsprechen die Ergebnisse des RCT Kinder den Befunden in der Literatur [7]. Die Kinder der ESKP-Gruppe wiesen im Vergleich zur CAU-Gruppe höhere Werte im AQS nach 12 Monaten auf, welche eine sichere Bindung anzeigen. Möglicherweise sind die Effekte der ESKP-Intervention auf die sichere Bindung bei jüngeren Kindern geringer (vergleiche [6]) als bei älteren Kindern (im Vergleich der beiden RCTs). Vertiefende explorative Analysen zu diesen Ergebnissen stehen noch aus, jedoch beeinflussen die relativ kleinen Stichprobengrößen die Generalisierbarkeit dieser Ergebnisse.

7.3 Limitationen

Kohortenstudie

Auch wenn wir eine bevölkerungsbasierte Stichprobe rekrutiert haben, ist diese nicht repräsentativ für Deutschland, da wir Teilnehmende aus lediglich drei – überwiegend städtischen – Regionen Deutschlands rekrutiert haben. Es besteht die Notwendigkeit, mehr Daten insbesondere auch für ländliche Regionen zu erheben, in denen sich die potentiellen Stressoren von den psychosozialen und anderen Stressoren in städtischen Regionen unterscheiden können. Die Auswahl dieser spezifischen Regionen begründete sich mit den Standorten der jeweiligen Partnerinstitutionen des SKKIPPI-Versorgungsforschungskonsortiums. Darüber hinaus konnten wir keine spezifischen Daten über die Non-Responder der Studie auswerten, so dass Unterschiede in den Merkmalen zwischen Respondern und Non-Respondern zwar möglicherweise vorhanden, aber unbekannt sind.

Das Bildungsniveau der Teilnehmenden war sehr hoch (85% gehörten zur höchsten Gruppe). Dies ist ein häufiger Befund in epidemiologischen Studien und spiegelt eine allgemeine Unterrepräsentation von Menschen mit mittlerem und niedrigem Bildungsniveau wider [59, 60]. Unsere Bemühungen, mehr Menschen mit niedrigerem Bildungsniveau zu erreichen, waren nicht ausreichend wirksam. Künftige Studien sollten daher versuchen, Strategien zur Rekrutierung von Eltern mit niedrigerem Bildungsniveau umzusetzen, z. B. durch gewichtet gezogene Stichproben oder durch aufsuchende Befragungsformen. Weiterhin können wir nicht ausschließen, dass soziale Erwartungen bei der Beantwortung einiger der persönlicheren Fragen eine Rolle spielten. Zum Beispiel wenn danach gefragt wurde, ob die Schwangerschaft geplant war, ob das Kind gestillt wurde oder wie eng die Beziehung zum Kind ist. Wir haben

jedoch versucht, die Verzerrung durch soziale Erwünschtheit zu verringern, indem wir die Daten über einen selbstauszufüllenden Online-Fragebogen und nicht durch ein persönliches Gespräch erhoben haben. Außerdem ist zu erwähnen, dass wir Daten über das lebenslange Auftreten, nicht aber über den Beginn der psychischen Probleme erhoben haben. Dadurch waren wir nicht in der Lage, deren Vorhandensein bereits während der Schwangerschaft zu beurteilen. Der Grund hierfür waren Überlegungen, dass solche pränatalen Informationen im Nachhinein nicht valide bewertet werden können und die Antworten möglicherweise verzerrt sind.

Interventionsstudien

Auch in den beiden RCTs bestehen Limitationen hinsichtlich der Zusammensetzung der Stichproben. Die Mütter zeichneten sich ebenfalls durch einen hohen Bildungsabschluss aus (>70% bzw. >65% mit Abitur/Fachabitur bzw. Hochschulabschluss) und entsprechen damit nicht dem durchschnittlichen Bildungsniveau von Müttern mit Kleinkindern in Deutschland. Wenngleich ein Zusammenhang mit den Rekrutierungsstrategien nicht auszuschließen ist, sollten zukünftige Untersuchungen ebenfalls evaluieren, inwieweit diese Zusammensetzung bereits auf Ebene der zuweisenden Dienste (Beratungsstellen) zutreffend ist. So stellt die Teilnahme an einer randomisiert-kontrollierten Interventionsstudie eine besondere Situation dar, gerade auch hinsichtlich des Umstandes, gegebenenfalls nicht in die vermeintlich gewünschte ESKP-Gruppe randomisiert zu werden. Dennoch müssen mehr Anstrengungen unternommen werden, besondere Risikogruppen anzusprechen bzw. diesen den Zugang zu Interventionen zu ermöglichen. Die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung verdeutlichen, dass gerade die Risikogruppen einfacher und niedrigschwelliger Zugänge bedürfen, da diese Eltern häufiger selbst belastet sind, ein belastetes Kind haben und/oder sich mit der Gesamtsituation überfordert fühlen. Möglicherweise liegt in der Stichprobenbeschreibung auch bereits die Begründung für die guten Werte der emotionalen Verfügbarkeit der Mütter in beiden Stichproben. Auch wenn Mütter und/oder ihre Kinder im stationären Setting eine höhere Belastung aufwiesen, so zeigte sich dies nicht unmittelbar in Unterschieden bezüglich der emotionalen Verfügbarkeit.

Gleichzeitig sind jedoch auch die hohen Dropoutquoten als Einschränkungen der Generalisierbarkeit und somit der externen Validität der beiden Interventionsstudien zu interpretieren. Die Poweranalysen zeigen, dass es mittlerer bis starker Gruppenunterschiede benötigt hätte, um bedeutsame Unterschiede ausweisen zu können. Wenngleich die Dropoutanalysen keine starken Zusammenhänge mit den Interventionsgruppen aufzeigten, war die in der Studie bis zum 12-Monats Follow-Up verbliebene Stichprobe der Mutter-Kind-Dyaden nicht groß genug, um auch kleine bis mittlere Unterschiede – wie ursprünglich bei der Beantragung geplant – aufdecken und vertiefend analysieren zu können. Dieser Punkt wird umso bedeutsamer, da die Interventionsstudien nicht auf nur wenige postpartale Störungsbilder fokussiert waren. Mit dieser Entscheidung im Studiendesign, die im Sinne einer breiten Generalisierbarkeit der Ergebnisse getroffen wurde, musste mit kleineren Unterschieden⁶ zwischen den Interventionsgruppen geplant werden, gerade auch im Vergleich mit vorherigen Studien [6] [56]. Rekrutierungsprobleme und auch die hohen Dropoutquoten haben diesem Punkt jedoch entgegengewirkt. Im Laufe der Studie wurden daher besonders diese Anstrengungen verstärkt (durch mehrmaliges Nachfassen und häufigeren Telefonkontakt über die Studiensekretariate), die Mütter zur Teilnahme an den Follow-Up-Erhebungen zu motivieren. In zukünftigen Studien sollte diesem Umstand auch in der Planung durch größere Stichproben entgegengewirkt werden. Subgruppenanalysen spezifischer Störungsbilder und Diagnosen für beide RCTs sind noch ausstehend.

Diese Diskussion trifft auch auf die gesundheitsökonomischen Analysen der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten und der Kosten der Interventions- und CAU-Gruppe in beiden

⁶ So berichten Salomonsson & Sandell [10] in einer gemischten Stichprobe von belasteten Müttern von mittelgroßen Effekten von $d = 0,42$, welche mit der aktuellen Stichprobengröße nicht identifiziert werden könnten.

RCTs für das Versorgungssystem zu, da die teils lückenhafte Dokumentation der Inanspruchnahme bei den Studienteilnehmenden zum 12-Monats Follow-Up eng mit den hohen Ausfallraten und allgemeiner mit der Stichprobengröße zusammenhing.

Die Dropoutanalyse im RCT Erwachsene weist einen vermeintlich umgekehrten Effekt des SARS-CoV-2-Lockdowns – mit höheren Ausfallraten vor Lockdown-Beginn – aus. Jedoch muss der Einfluss der SARS-CoV-2-Pandemie auf alle Studienteile (Rekrutierung, Durchführung, Erhebungen) dennoch als erheblich betrachtet werden. Unmittelbare spürbare Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie waren Veränderungen im Ablauf der Erhebungen, fehlende Erhebungen, therapeutische Interventionen mit Maske, welche den nonverbalen Effekt der Mimik minimiert, aber auch Veränderungen der Teilnahmemotivation und sozio-emotionalen Aspekte (wie die dokumentierten veränderten Wahrscheinlichkeiten kindlicher Diagnosen im Verlauf der SARS-CoV-2-Pandemie) bei den Teilnehmerinnen und ihren Kindern. Darüber hinaus stellten die verringerten bis fehlenden Einschlüsse ins stationäre Setting die Interventionsstudien vor große Herausforderungen und verringern die Validität der gefundenen Ergebnisse. In diesem Sinne kann der genannte Effekt auf die Dropoutquote im RCT Erwachsene (eine entsprechende Untersuchung für das RCT Kinder steht noch aus) auch im Sinne einer Veränderung der Zusammensetzung der Teilnehmerinnen und der dann erhöhten Motivation zur Teilnahme an den Interventionen und Erhebungen gesehen werden.

Eine weitere Limitation besteht nach der Adaptation des Studiendesigns von einem dreiarmligen in ein zweiarmliges Studiendesign in der Einschränkung der spezifischen Evaluation des Therapiesettings einer ESKP-Behandlung im Hausbesuch. Die Designänderung hatte zur Folge, dass für die Stichprobe innerhalb des nicht-stationären Settings keine Kontrollgruppe ohne ESKP mehr bestand. Der Effekt des Hausbesuchs kann daher nur innerhalb des nicht-stationären Settings evaluiert werden. Mögliche Unterschiede werden daher nur im Vergleich zu ESKP-Angeboten in den Tageskliniken evaluiert werden und sich aufgrund der Stichprobengrößen auf deskriptive Analysen beschränken. Zur Auflösung dieser Limitation bedarf es eines Designs, in welchem ESKP-Interventionen im nicht-stationären Bereich entweder im Hausbesuch oder in der psychotherapeutischen Ambulanz/Praxis stattfinden.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Kohortenstudie

Fast alle Kinder in Deutschland werden in den ersten Jahren nach der Geburt regelmäßig von Kinderärzt*innen untersucht, obwohl es keine entsprechende gesetzliche Verpflichtung gibt [61]. Eltern hingegen wird eine ähnliche Fürsorge im Hinblick auf spezifische postpartale Störungen oder Belastungen nicht zuteil. Die Studienergebnisse legen jedoch nahe, dass auch die Eltern im Rahmen von regelmäßigen Routineuntersuchungen befragt werden sollten. Evidenz für die Wirksamkeit eines solchen Screenings und entsprechende Empfehlungen liegen anderswo bereits vor [62]. Derzeit ist in Deutschland kein regelmäßiges Screening auf postpartale psychosoziale Belastungen oder psychische Störungen im Gesundheits- oder Sozialwesen vorgesehen.

Unsere Analysen zeigten, dass ein erheblicher Anteil der Eltern in der Postpartalzeit durch psychosoziale Probleme belastet war und Anzeichen für psychische Probleme aufwies. Daher sollte das Angebot an frühen präventiven und niedrigschwelligen Unterstützungsmaßnahmen im Gesundheits- und Sozialsystem an die Bedürfnisse von Eltern in der Postpartalzeit angepasst und ausgebaut werden.

Wir empfehlen, im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U7 (Kind ist bei letzterer 2 Jahre alt) durch Kinderärzt*innen standardmäßig eine Frage zur psychosozialen Belastung von Mutter/Vater zu ergänzen. Kinderärzt*innen wären dann in der Lage, belastete El-

tern in regionale Hilfesysteme einzusteuern. Analog sollten auch die gynäkologischen Nachsorgetermine für die Mutter genutzt werden, um routinemäßig nach psychosozialer Belastung zu fragen und die Möglichkeit zur Weitervermittlung wahrzunehmen.

Die Ergebnisse der qualitativen Studie zeigen, dass vorhandene Hilfsangebote oft als zu hochschwellig angesehen werden und von den psychosozial belasteten Müttern/Vätern trotz Kenntnis nicht in Anspruch genommen werden. Hier könnten online-Zugangswege zu einer erheblichen Senkung der Barriere beitragen, insbesondere für Betroffene, die aus gesundheitlichen Gründen, wegen fehlender Kinderbetreuung oder aus Gründen einer psychischen Störung nicht eigenständig in der Lage sind, Hilfsangebote aufzusuchen.

Interventionsstudien

Eine unmittelbare Überführung der Ergebnisse der beiden RCTs in die Versorgung ist derzeit nicht möglich. Dazu fehlen in der Zusammenfassung beider Interventionsstudien immer noch die eindeutig interpretierbaren Daten. Die Limitationen hinsichtlich der Stichproben und die pandemiebedingten Einflüsse verringern die Generalisierbarkeit der Ergebnisse.

Die ESKP-f kann in den einfachen Vergleichen positive Effekte in Bezug auf die Verringerung der Belastung psychopathologischer Symptome (sekundäre Endpunkte) bei Mutter und Kind zeigen. Die Effekte auf die mütterliche Feinfühligkeit und allgemeiner die emotionale Verfügbarkeit der Mutter sind geringer als erwartet und unterschieden sich kaum von denen der Standardversorgung. Für das RCT Kinder liegen nun erste Indizien für eine verbesserte Bindungsentwicklung der Kinder und eine Verringerung der Regulationsstörungen vor, wenn Mütter und Kinder bis 36 Monate zusammen eine intensive, fokusbasierte ESKP Intervention mit 12 Sitzungen innerhalb kurzer Zeit erhalten. Seit der Beantragung des SKKIPPI-Projektes im Jahr 2017 ist im deutschen Sprachraum eine weitere randomisiert-kontrollierte Studie mit einem vergleichbaren dyadischen (Mutter-Kind) Therapiemodell publiziert worden [56]. Nach vier ambulanten Sitzungen innerhalb von 12 Wochen lassen sich dort bereits kurzfristige Effekte auf die kindlichen Symptome, das mütterliche Belastungserleben und die Depressivität für den Zeitpunkt nach der Intervention (im Vergleich zur Standardversorgung) nachweisen.

Von Teilnehmerinnen der Interventionsstudien wurde das Angebot einer intensiven fokusbasierten ESKP-Intervention positiv bewertet. Auch aus klinischer Sicht bleibt es weiterhin erstrebenswert, ein Therapiemodell in die Versorgung zu übernehmen, welches Mutter (bzw. Vater oder primäre Bezugsperson) und Kind zusammen in die Intervention einbezieht (siehe auch [56]). Mit den OPS-Codes zur Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60) sowie für die psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-686) lässt sich die ESKP bereits heute in die Psychotherapie-Richtlinien bzw. die stationäre Versorgung einordnen. Jedoch fehlen Richtlinien für den Hausbesuch. In Abgrenzung bzw. Ergänzung zu den bestehenden ambulanten Psychotherapie-Richtlinien sollte die Eltern-Kind-Akutbehandlung in der Postpartalphase auch im Hausbesuch unter Einbeziehung von Bezugspersonen durchgeführt werden. Hierfür sind die besonderen Bedingungen zur Inanspruchnahme von Leistungen im Hausbesuch in der Postpartalphase zu definieren.

Für die Behandlung von Regulationsstörungen sehen die britischen NICE-Leitlinien und die aktuell in Überarbeitung befindliche S2k Leitlinie zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter [63] dyadische ESKP bei bestimmten Risikokonstellationen vor. Es existiert jedoch bislang noch keine spezifische Leitlinie für die Behandlung postpartaler psychischer Störungen bei Eltern, eine S3-Leitlinie Peripartale Psychische Störungen soll bis 2026 erarbeitet werden. Trotzdem besteht weiterhin Bedarf an Versorgungsforschung auf dem Gebiet postpartaler psychischer Erkrankungen und kindlicher Regulationsstörungen in den ersten Jahren nach der Geburt. Wir streben daher an, in Folgeuntersuchungen längerfristige Einflüsse der ESKP-Intervention im Vergleich zur Standardversorgung auf Mutter und Kind – über

einen 12 Monatszeitraum hinaus - zu untersuchen. Auch erscheinen uns neben einer gemeinsamen Auswertung der parallel entwickelten SKKIPPI-Interventionsstudien (zur Erhöhung der statistischen Power) weitere Detailanalysen angezeigt, das Verständnis der gefundenen sowie der nicht gefundenen Effekte weiter zu vertiefen.

Ein Grundproblem der Versorgung im Bereich der frühen Kindheit ist jedoch weiterhin die Verfügbarkeit und der niederschwellige Zugang zu Hilfe- und Interventionsangeboten. Wir sehen anhand der soziodemographischen Stichprobenbeschreibung, dass es uns nicht im erwarteten Ausmaß gelungen ist, Risikopopulationen für die Mitarbeit an der Studie zu gewinnen. Daraus folgt für uns die Notwendigkeit für weitere Forschung zu Eltern ohne hohes Bildungsniveau und mit zu Studienbeginn verminderter emotionaler Verfügbarkeit (vgl. [64]). So könnte gerade eine risikobehaftete, niedrige emotionale verfügbare Interaktion zwischen Eltern und Kind ein Einschlusskriterium für zukünftige Studien darstellen.

Darüber hinaus erschwerte die Lage der Studienzentren in Großstädten die Rekrutierung von Mutter-Kind-Dyaden aus dem ländlichen Raum. Wie die Ergebnisse der qualitativen Interviewstudie zeigen, stellt die Frage nach Zugängen zu Hilfen insbesondere auch bezüglich der Einstellungen der betroffenen Mütter ein Forschungsdesiderat dar. Die Bagatellisierung der Problematik und auch die Schwierigkeiten bei der Entschlussfassung, sich Hilfe zu suchen oder um Unterstützung zu bitten, sehen wir als einen wichtigen Ansatzpunkt für zukünftige präventive Maßnahmen. Eine Verbesserung des Wissens um mögliche Interventionen und deren Wirkweise könnte an dieser Stelle helfen, die Belastungsproblematik abzumildern.

Von den belasteten Müttern wurde angegeben, dass keine Zeit für das aktive Suchen nach Hilfsangeboten vorhanden ist. Gleichzeitig besteht eine Lücke zwischen Kenntnis der Versorgungsangebote und Inanspruchnahme, und es bestehen negative Einstellungen gegenüber Einrichtungen und Versorgungsangeboten. Zusammenfassend deuten diese Ergebnisse auf Modelle mit transparenten, niederschweligen Hilfsangeboten hin, die im deutschen Gesundheitssystem weiter ausgebaut werden sollten. Die geführten Interviews verdeutlichen, dass die Unterstützung, sofern die Mütter überhaupt eine erhalten, derzeit noch zum größten Teil aus dem sozialen Umfeld der Mütter heraus erfolgt. Die Erfahrungen der beiden SKKIPPI-RCTs deuten jedoch darauf hin, dass bereits wenige Interventionen zu Verbesserungen der Symptomatik bei belasteten Müttern und/oder belasteten Kinder in den ersten Jahren nach der Geburt beitragen können.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Erschienen/ in Druck

Koch, G., Mattheß, J., & Eckert, M. (2018). Versorgungsforschung zur Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie: Das SKKIPPI Projekt stellt sich vor. *Trialog*, 19, 52-56.

Ludwig-Körner, C., Kuchinke, L., Koch, G., Mattheß, J., & Eckert, M. (2018). Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie auf dem Prüfstand. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 346-352.

Eckert, M., & Becker, O. (2020). Wie kann psychoanalytisch orientierte Eltern-Säugling/Kleinkind-Psychotherapie in stationäre Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen integriert werden? *Journal für Psychoanalyse*, (61), 99–112.

Eckert, M., Richter, K., Mattheß, J., Koch, G., Reinhold, T., Vienhues, P., Berghöfer, A., Roll, S., Keil, T., Schlensof-Schuster, F., von Klitzing, K., Ludwig-Körner, C., Kuchinke, L. (2020). Versorgungslage bei postpartalen psychischen Erkrankungen und Wirksamkeit der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie – Vorstellung des Innovationsfonds-

projektes SKKIPPI. *Bundesgesundheitsblatt*, 63, 1538–1547. <https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/34768>

Mattheß, J., Eckert, M., Richter, K., Koch, G., Reinhold, T., Vienhues, P., Berghöfer, A., Roll, S., Keil, T., Schlensog-Schuster, F., von Klitzing, K., Ludwig-Körner, C., Kuchinke, L. (2020). Efficacy of Parent-Infant-Psychotherapy with mothers with postpartum mental disorder: study protocol of the randomized controlled trial as part of the SKKIPPI project. *Trials*, 21:490. <https://link.springer.com/article/10.1186/s13063-020-04443-7>

Fricke, J., Bolster, M., Ludwig-Körner, C., Kuchinke, L., Schlensog-Schuster, F., von Klitzing, K., Vienhues, P., Reinhold, T., Berghöfer, A., Roll, S., Keil, T. (2021). Occurrence and determinants of parental psychosocial stress and mental health disorders in parents and their children in early childhood: rationale, objectives, and design of the population-based SKKIPPI cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(6), 1103–1112. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-020-02004-6>

Bolster, M., Fricke, J., Roll, S., Berghöfer, A., Reinhold, T., Vienhues, P., Ludwig-Körner, C., Kuchinke, L., Schlensog-Schuster, F., Keil, T. (2021). Häufigkeit von psychosozialen Belastungen von Eltern sowie Regulationsstörungen von Säuglingen in den ersten Jahren nach Geburt - erste, vorläufige Ergebnisse der SKKIPPI Kohortenstudie. *Gesundheitswesen*, 83(08/09): 742-743.

Koch, G. & Richter, K. (2021). *Wohin mit der Sorge um mein Kind. Hilfesuche, Inanspruchnahme und Unterstützung wirksamer Behandlungsketten bei Säuglingen und Kleinkindern unter dem Druck psychischer Belastungen von Eltern*. In: Gebhard, B., Simon, L., Ziemer, K., Opp G. & Groß-Kunkel, A.: Transitionen. Übergänge in der Frühförderung gestalten. Schulz-Kircher Verlag.

Sprengeler, M. K., Mattheß, J., Eckert, M., Richter, K., Koch, G., Reinhold, T., Vienhues, P., Berghöfer, A., Fricke, J., Roll, S., Keil, T., Ludwig-Körner, C., Kuchinke, L., von Klitzing, K., Schlensog-Schuster, F. (2021). Efficacy of parent-infant psychotherapy compared to care as usual in children with regulatory disorders in clinical and outpatient settings: study protocol of a randomised controlled trial as part of the SKKIPPI project. *BMC Psychiatry*, 21(1), 118. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-021-03112-6>

Schlensog-Schuster, F., Koch, G., & Ludwig-Körner, C. (in press). *Fokusbasierte Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie (ESKP-f): Ein psychodynamisches Behandlungsmanual*. Psychosozial Verlag.

In Begutachtung

Fricke, J., Bolster, M., Icke, K., Liedtke, M., Lisewski, N., Kuchinke, L., Ludwig-Körner, C., Schlensog-Schuster, F., Reinhold, T., Berghöfer, A., Roll, S., Keil, T. (under review). The SKKIPPI cohort study on psychosocial stress and mental health disorders in parents and their children in early childhood: results from the baseline survey. *Maternal and Child Health*.

Kass, B., Roll, S., Bolster, M., Heinrich-Rohr, M., Kuchinke, L., Ludwig-Körner, C., Schlensog-Schuster, F., Fricke, J., Berghöfer, A., Keil, T., Reinhold, T. (under review). Utilization

and costs of health care and early support services in Germany and the influence of mental health and psychosocial burden during the postnatal period.

Mattheß, J., Koch, G., Keil, T., Roll, S., Berghöfer, A., Ludwig-Körner, C., Schlensog-Schuster, F., Sprengeler, M.K., von Klitzing, K., Kuchinke, L. (under review). Past attachment experiences, the potential link of mentalization and the transmission of behavior to the child by mothers with mental health problems: cross-sectional analysis of a clinical sample, PREPRINT (Version 1) available at *Research Square* [<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2634696/v1>].

Neumann, A., Bolster, M., Lisewski, N., Icke, K., Liedtke, M., Reinhold, T., Schlensog-Schuster, F., Vienhues, P., Ludwig-Körner, C., Kuchinke, L., Keil, T., Roll, S., Berghöfer, A., Fricke, J. (under review). Mother-Father Differences in Risk Factors for Postnatal Psychological Distress in the Population-Based Cohort Study of the SKKIPPI Project. *Journal of Child and Family Studies*.

In Vorbereitung

Berghöfer, A., Hoffmann, E., Bolster, M., Fricke, F., Kuchinke, L., Ludwig-Körner, C., Schlensog-Schuster, F., Reinhold, T., Roll, S., Keil, T. (in prep.). Subjective everyday stress of parents in the postpartum period - a thematic analysis from the SKKIPPI cohort study.

Bolster, M., Fricke, F., Kuchinke, L., Ludwig-Körner, C., Schlensog-Schuster, F., Keil, T., Berghöfer, A., Roll, S. (in prep.). The association of neighbourhood socioeconomic status and parental mental health in the first years after birth – cross-sectional results from the SKKIPPI project.

Fricke, F., Bolster, M., Icke, K., Lisewski, N., Kuchinke, L., Ludwig-Körner, C., Schlensog-Schuster, F., Reinhold, T., Berghöfer, A., Roll, S., Keil, T. (in prep.). Impact of stressors on mothers with mental health and psychosocial burden during the COVID-19 pandemic: results from the SKKIPPI cohort study in Germany.

Fricke, F., Bolster, M., Icke, K., Lisewski, N., Kuchinke, L., Ludwig-Körner, C., Schlensog-Schuster, F., Reinhold, T., Berghöfer, A., Roll, S., Keil, T. (in prep.). Occurrence and risk factors of psychiatric disorders in psychosocially burdened mothers with small children during their first three years of life.

Fricke, F., Bolster, M., Kuchinke, L., Ludwig-Körner, C., Schlensog-Schuster, F., Reinhold, T., Berghöfer, A., Roll, S., Keil, T. (in prep.). Parental burnout - Prevalence and risk factors. Results from the SKKIPPI cohort study.

Galeris, M.-G., Sprengeler, M.K., Kaess, M., Cavelti, M., Sele, S., White, L.O., Schlensog-Schuster, F. (in prep.). A structured parent interview to evaluate early psychopathology.

Mattheß, J., Eckert, M., Richter, K., Koch, G., Reinhold, T., Vienhues, P., Berghöfer, A., Roll, S., Keil, T., Schlensog-Schuster, F., von Klitzing, K., Ludwig-Körner, C., Kuchinke, L. (in prep.). Efficacy of Parent-Infant-Psychotherapy with mothers with postpartum mental disorder: results of a randomized controlled trial as part of the SKKIPPI project.

Martin, A., Mayer, S., Sprengeler, M.K., Galeris, M.-G., Kaess, M., Cavelti, M., Sele, S., White, L.O., Lacher, M., Schlensog-Schuster, F. (in prep.). Alternative medicine in regulatory disorders.

Akronym: SKKIPPI

Förderkennzeichen: 01VSF17027

Richter, K., Berghöfer, A., Kuchinke, L., Ludwig-Körner, C., Schlenso-Schuster, F.. Why don't young parents seek help for psychosocial burdens? A qualitative study from the SKKIPPI project.

Schlenso-Schuster, F., Mattheß, J., Sprengeler, M.K., Galeris, M.-G., Eckert, M., Koch, G., Reinhold, T., Berghöfer, A., Fricke, J., Roll, S., Keil, T., Ludwig-Körner, C., von Klitzing, K., Kaess, M., Cavelti, M., Sele, S., Kuchinke, L., White, L.O. (in prep.). Efficacy of parent-infant psychotherapy compared to care as usual in children with regulatory disorders in clinical and outpatient settings: results of a randomised controlled trial.

Sprengeler, M.K., Galeris, M.-G., Mattheß, J., Eckert, M., Koch, G., Reinhold, T., Berghöfer, A., Fricke, J., Roll, S., Keil, T., Ludwig-Körner, C., Kuchinke, L., von Klitzing, K., White, L.O., Schlenso-Schuster, F. (in prep.). Being an infant in a pandemic: How does it influence mother-child-interaction and impact symptom shifts.

Durchgeführte Vorträge

Kuchinke, L., Koch, G., Mattheß, J., Eckert, M., Keil, T., Berghöfer, A., Fricke, J., Reinhold, T., Roll, S., von Klitzing, K., Klein, A.M., Schlenso-Schuster, F., Vienhues, P. & Ludwig-Körner, C. (Mai, 2018). *Evaluation der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie mittels Prävalenz- und Interventionsstudien – SKKIPPI*. Poster präsentiert auf dem Kongress des Innovationsausschusses beim G-BA, Berlin, Deutschland.

Mattheß, J., Ludwig-Körner, C. & von Klitzing, K. (Juli, 2019). *Evaluation of Parent Infant Psychotherapy in Prevalence- and Intervention Studies (SKKIPPI)*. Symposiumsbeitrag präsentiert auf dem Pre-Congress des 51. IPA (International Psychoanalytical Association) World Congress, London, Großbritannien.

Eckert, M. & Koch, G. (Februar, 2020). *Aufsuchende Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie (ESKP) im häuslichen Umfeld der Familie. Erfahrungen mit einer manualisierten Intervention im Rahmen der SKKIPPI Studie*. 25. Jahrestagung der GAIMH, Wien, Österreich.

Bolster, M., Fricke, J., Roll, S., Berghöfer, A., Reinhold, T., Vienhues, P., Schlenso-Schuster, F., Ludwig-Körner, C., Kuchinke, L., Keil, T. (März, 2020). *Häufigkeit von psychosozialen Belastungen von Eltern und Regulationsstörungen von Säuglingen in den ersten Jahren nach der Geburt - erste vorläufige Ergebnisse zu Response & Stichprobe der SKKIPPI Kohortenstudie*. Abstract. Kongress Armut und Gesundheit 8.-10.

Koch, G. (November, 2020). *Aktuelle Versorgungs- und Wirksamkeitsforschung zur Eltern-Kind-Therapie. Evaluation der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie mittels Prävalenz- und Interventionsstudien- SKKIPPI*. Erster Weimarer Fachtag Eltern-Kind-Therapie von 0 bis 5 Jahren, Weimar, Deutschland.

Sprengeler, M.K. & Mattheß, J., et al. (Juni, 2021). *Parent-Infant-Psychotherapy with mothers and their children diagnosed with regulatory disorders*. Vortrag präsentiert auf dem 17. WAIMH (World Association of Infant Mental Health) World Congress, Brisbane, Australien.

Mattheß, J. & Richter, K. (März, 2022). *Inanspruchnahme früher Hilfen durch psychisch belastete Eltern – Erkenntnisse der SKKIPPI-Studie*. Workshop präsentiert auf der 27. GAIMH (German Association of Infant Mental Health)- Jahrestagung, Potsdam, Deutschland.

Mattheß, J., Eckert, M., Koch, G., Keil, T., Ludwig-Körner, C. & Kuchinke, L. (Juni, 2022). *Transmission von mütterlichen Bindungserfahrungen auf das Kind: Erste Ergebnisse aus den*

SKKIPPI-Interventionsstudien zur Evaluation der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie. Poster präsentiert auf dem 1. DPK (Deutscher Psychotherapiekongress)-Kongress, Berlin, Deutschland.

Kass, B., Heinrich-Rohr, M., Lisewski, N., Icke, K., Roll, S., Fricke, J., Bolster, M., Keil, T., Ludwig-Körner, C., Schlenzog-Schuster, F., Kuchinke, L., Berghöfer, A., Reinhold, T. (August 2022). *Utilization, costs and determinants of support services in early childhood in mothers with stress or mental health problems – first health economic results from the German multicentre SKKIPPI study.* Vortrag auf der 9. EUHEA PhD Conference Galway, Irland.

Kuchinke, L., Mattheß, J., Sprengeler, M., Richter, K., Eckert, M., Koch, G., Vienhues, P., Keil, T., Ludwig-Körner, C., Fricke, J., Roll, S., Berghöfer, A., von Klitzing, K., Schlenzog-Schuster, F. (September 2022). *Efficacy of parent-infant psychotherapy for mother-child dyads in early infancy: first results of the SKKIPPI studies.* Vortrag auf der 9th European Conference of the Society for Psychotherapy Research SPR Rome, Italien.

Mattheß, J., Eckert, M., Koch, G., Keil, T., Ludwig-Körner, C. & Kuchinke, L. (September, 2022). *The transmission of maternal attachment experiences on the child: Preliminary results from the SKKIPPI intervention studies for the evaluation of Parent-Infant-Psychotherapy.* Vortrag präsentiert auf der 9. EU-SPR (Society for Psychotherapy Research)-Konferenz, Rom, Italien.

Kass, B., Heinrich-Rohr, M., Lisewski, N., Icke, K., Roll, S., Fricke, J., Bolster, M., Keil, T., Ludwig-Körner, C., Schlenzog-Schuster, F., Kuchinke, L., Berghöfer, A., Reinhold, T. (Oktober 2022). *Determinanten und Kosten der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei psychosozial belasteten Müttern in der Postpartalphase - erste gesundheitsökonomische Ergebnisse aus dem SKKIPPI-Projekt.* Vortrag auf dem Dt. Versorgungsforschungskongress Potsdam, Deutschland.

10. Literaturverzeichnis

1. Turmes, L. and C. Hornstein, *Stationäre Mutter-Kind-Behandlungseinheiten in Deutschland: Ein Bericht zum Status quo.* Der Nervenarzt, 2007. **78**.
2. Reck, C. and N. Schlegel, *Interaktionsorientierte Mutter-Kind-Psychotherapie im stationären Setting,* in *Frühe Hilfen in der Pädiatrie: Bedarf erkennen – intervenieren – vernetzen,* V. Mall and A. Friedmann, Editors. 2016, Springer Berlin Heidelberg: Berlin, Heidelberg. p. 179-189.
3. Huang, C.Y., et al., *Parenting Stress, Social Support, and Depression for Ethnic Minority Adolescent Mothers: Impact on Child Development.* Journal of child and family studies, 2014. **23**(2): p. 255-262.
4. Slead, M., et al., *The Evidence Base for Psychoanalytic and Psychodynamic Interventions with Children Under 5 Years of Age and their Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis.* 2022, The Anna Freud Centre: London.
5. Andersson, L., et al., *Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study.* Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica, 2006. **85**(8): p. 937-44.
6. Fonagy, P., M. Slead, and T. Baradon, *Randomized Controlled Trial of Parent-Infant-Psychotherapy for Parents with Mental Health Problems and Young Infants.* Infant Mental Health Journal, 2016. **37**(2): p. 97-114.

7. Barlow, J., et al., *Parent-infant psychotherapy: a systematic review of the evidence for improving parental and infant mental health*. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 2016. **34**(5): p. 464-482.
8. Schlensog-Schuster, F., G. Koch, and C. Ludwig-Körner, *Fokusbasierte Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie (ESKP-f): Ein psychodynamisches Behandlungsmanual*. in press: Psychosozial Verlag.
9. Cohen, N.J., et al., *Watch, wait and wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy*. Infant Mental Health Journal, 1999. **20**: p. 429-451.
10. Salomonsson, B. and R. Sandell, *A randomized controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment: I. Outcomes on self-report questionnaires and external ratings*. Infant Mental Health Journal, 2011. **32**(2): p. 207-231.
11. Mattheß, J., et al., *Efficacy of Parent-Infant-Psychotherapy with mothers with postpartum mental disorder: study protocol of the randomized controlled trial as part of the SKKIPPI project*. Trials, 2020. **21**(1): p. 490.
12. Sprengeler, M.K., et al., *Efficacy of parent-infant psychotherapy compared to care as usual in children with regulatory disorders in clinical and outpatient settings: study protocol of a randomised controlled trial as part of the SKKIPPI project*. BMC Psychiatry, 2021. **21**(1): p. 118.
13. Jordan, W., et al., *Aktuelle Versorgungs- und Finanzierungslage von Mutter-Kind-Einheiten für schwangerschaftsassozierte psychische Störungen in Deutschland*. Psychiat Prax, 2012. **39**(05): p. 205-210.
14. Fricke, J., et al., *Occurrence and determinants of parental psychosocial stress and mental health disorders in parents and their children in early childhood: rationale, objectives, and design of the population-based SKKIPPI cohort study*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2021. **56**(6): p. 1103-1112.
15. Sheehan, D.V., et al., *Reliability and Validity of the M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P*. European Psychiatry, 1997. **12**: p. 232-241.
16. Roskam, I., M.E. Brianda, and M. Mikolajczak, *A Step Forward in the Conceptualization and Measurement of Parental Burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA)*. Frontiers in psychology, 2018. **9**: p. 758.
17. Cox, L., M.H. Holden, and R. Sagovsky, *Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*. The British Journal of Psychiatry, 1987. **150**(6): p. 782-786.
18. Groß, S., et al., *Empirische Grundlagen des Fragebogens zum Schreien, Füttern und Schlafen (SFS)*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2013. **62**: p. 327-347.
19. Stith, S.M., et al., *Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature*. Aggression and Violent Behavior, 2009. **14**(1): p. 13-29.
20. Löwe, B., et al., *A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population*. Journal of affective disorders, 2010. **122**(1-2): p. 86-95.
21. Fineberg, N. and A. Roberts, *Obsessive compulsive disorder: a twentyfirst century perspective*, in *Obsessive compulsive disorder: a practical guide*, N. Fineberg, D. Marazziti, and D. Stein, Editors. 2001, Martin Dunitz: London. p. 1-13.
22. Sheehan, D.V., et al., *The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-*

- IV and ICD-10*. The Journal of clinical psychiatry, 1998. **59 Suppl 20**: p. 22-33;quiz 34-57.
23. Bergant, A.M., et al., *German language version and validation of the Edinburgh postnatal depression scale*. Deutsche medizinische Wochenschrift 1998. **123**(3): p. 35-40.
24. Bundesinitiative Frühe Hilfen. *KiD 0-3. Kinder in Dortmund*. 2013; Available from: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Infas_Fragbogen_LebenssituationFamilien_20131113.pdf.
25. UNESCO Institute for Statistics, *International standard classification of education: ISCED 2011*. Comparative Social Research, 2012. **30**.
26. Bock, J.O., et al., *Ermittlung standardisierter Bewertungssätze aus gesellschaftlicher Perspektive für die gesundheitsökonomische Evaluation*. Gesundheitswesen, 2015. **77**(01): p. 53-61.
27. Mayring, P., *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. 5 ed. 2002, Weinheim: Beltz Verlag.
28. Bakermans-Kranenburg, M.J., M.H. Van IJzendoorn, and F. Juffer, *Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood*. . Psychological Bulletin, 2003. **129**(2): p. 195-215.
29. Biringer, Z., et al., *Emotional availability: Theoretical Background, empirical research using the EA Scales, and clinical applications*. Developmental Review, 2014. **34**: p. 114-167.
30. Bornstein, M.H., et al., *Short-Term Reliability and Continuity of Emotional Availability in Mother—Child Dyads Across Contexts of Observation*. Infancy, 2006. **10**(1): p. 1-16.
31. Endendijk, J.J., et al., *Short-term test–retest reliability and continuity of emotional availability in parent–child dyads*. International Journal of Behavioral Development, 2019. **43**(3): p. 271-277.
32. Luyten, P., et al., *The Parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation*. PLOSE ONE, 2017. **12**(5).
33. Tröster, H., *Eltern-Belastungs-Inventar (EBI). Deutsche Version des Parenting Stress Index (PSI) von R.R. Abidin. Manual*. 2011, Göttingen: Hogrefe.
34. Franke, G.H., *Brief-Symptom-Checklist (BSCL). Manual*. 2017, Göttingen: Hogrefe-Verlag.
35. Wittchen, H.U. and P. Boyer, *Screening for anxiety disorders: sensitivity and specificity of the anxiety screening questionnaire (ASQ-15)*. The British journal of psychiatry, 1998. **173**: p. 10-17.
36. Reck, C., et al., *Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2008. **118**(6): p. 459-468.
37. Kröger, C. and J. Kosfelder, *IES-27: Skala zur Erfassung der Impulsivität und emotionalen Dysregulation der Borderline-Persönlichkeitsstörung ; Manual*. 2011: Hogrefe.
38. Ainsworth, M.D.S., et al., *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. 1978, New York: Earlbaum.
39. Waters, E. and K.E. Deane, *Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 1985. **50**: p. 41-65.
40. Aschenbach, T.M. and L.A. Rescorla, *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*, R.C.f.C. University of Vermont, Youth, & Families, Editor. 2000: Burlington, VT.

41. Petermann, F. and T. Macha, *Entwicklungstest für Kinder im Alter von 6 Monaten bis 6 Jahren - Revision (ET 6-6-R)*. 2013, Frankfurt a. M.: Pearson Assessment.
42. Fonagy, P., et al., *Reflexive Kompetenz-Skala. Manual zur Auswertung von Erwachsenenbindungsinterviews*. 2006, University College London: London.
43. Main, M., R. Goldwyn, and E. Hesse, *Adult attachment scoring and classification systems*. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley, 2002.
44. Brehm, L. and P.M. Alday, *Contrast coding choices in a decade of mixed models*. Journal of Memory and Language, 2022. **125**: p. 104334.
45. Gontard, A.v., et al., *Das DC: 0 – 5 Klassifikationssystem zur Diagnose von psychischen Störungen bei Säuglingen, Klein- und Vorschulkindern*. Kindheit und Entwicklung, 2020. **29**(4): p. 193-200.
46. ZERO TO THREE, *DC:0–5: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. 2016, Washington: DC: Author.
47. Williams, M.E., A.M. Rediker, and K. Mulrooney, *Clinical use and implementation of the diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Infant Mental Health Journal, 2023. **44**(3): p. 362-371.
48. Statistisches Bundesamt (Destatis). *Daten zum durchschnittlichen Alter der Eltern bei Geburt nach der Geburtenfolge für 1. Kind, 2. Kind, 3. Kind der Mutter und insgesamt 2020*. 2021; Available from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburten-eltern-biologischesalter.html>.
49. Statistisches Bundesamt (Destatis). *Anteil alleinerziehender Mütter und Väter mit minderjährigen Kindern an Familien in Deutschland insgesamt von 1996 bis 2018*. 2019; Available from: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/486538/umfrage/anteil-alleinerziehender-mit-minderjaehrigen-kindern-an-familien-in-deutschland/>.
50. Beck, C., *Predictors of postpartum depression*. Nursing Research, 2001. **50**: p. 275-285.
51. O'Hara, M.W. and A.M. Swain, *Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis*. International Review of Psychiatry, 1996. **8**(1): p. 37-54.
52. Melchior, M., et al., *Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men*. Psychological medicine, 2007. **37**(8): p. 1119-29.
53. Leigh, B. and J. Milgrom, *Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress*. BMC Psychiatry, 2008. **8**(1): p. 24.
54. Wosu, A.C., B. Gelaye, and M.A. Williams, *History of childhood sexual abuse and risk of prenatal and postpartum depression or depressive symptoms: an epidemiologic review*. Archives of Women's Mental Health 2015. **18**(5): p. 659-71.
55. Fonagy, P., M. Slead, and T. Baradon, *Randomized Controlled Trial of Parent-Infant Psychotherapy for Parents with Mental Health Problems and Young Infants*. Infant Mental Health Journal, 2016. **37**(2): p. 97-114.
56. Georg, A.K., et al., *The Efficacy of Brief Parent-Infant Psychotherapy for Treating Early Regulatory Disorders: A Randomized Controlled Trial*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2021. **60**(6): p. 723-733.
57. Millikovsky-Ayalon, M., N. Atzaba-Poria, and G. Meiri, *THE ROLE OF THE FATHER IN CHILD SLEEP DISTURBANCE: CHILD, PARENT, AND PARENT-CHILD RELATIONSHIP*. Infant Mental Health Journal, 2015. **36**(1): p. 114-127.
58. Dittrich, K., et al., *Observational Context of Mother-Child Interaction: Impact of a stress Context on Emotional Availability*. Journal of Child and Family Studies, 2017. **26**(6): p. 1583-1591.

59. Galea, S. and M. Tracy, *Participation rates in epidemiologic studies*. Annals of epidemiology, 2007. **17**(9): p. 643-53.
60. Jacobsen, T.N., E.A. Nohr, and M. Frydenberg, *Selection by socioeconomic factors into the Danish National Birth Cohort*. European Journal of Epidemiology, 2010. **25**(5): p. 349-55.
61. Schmidtke, C., et al., *Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland—Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2*. 2018.
62. van der Zee-van den Berg, A.I., et al., *Screening for Postpartum Depression in Well-Baby Care Settings: A Systematic Review*. Maternal and child health journal, 2017. **21**(1): p. 9-20.
63. AWMF. *S2k-Leitlinie Psychische Störungen im Säuglings,- Kleinkind und Vorschulalter*. 2021 11.08.2023]; Available from: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-041>.
64. Mattheß, J., et al., *Potential efficacy of parent-infant psychotherapy with mothers and their infants from a high-risk population: a randomized controlled pilot trial*. Pilot and Feasibility Studies, 2021. **7**(1): p. 210.

11. Anhang

Anhang 1: Ergänzende Tabellen und Abbildungen zur Kohortenstudie

Abbildung 11.1.1: Flowchart der Rekrutierung der SKKIPPI Kohortenstudie

Tabelle 11.1.1 Soziodemografische Charakteristika der Teilnehmenden der Kohortenstudie

Tabelle 11.1.2 Individuelle elterliche psychosoziale Belastungsfaktoren der Teilnehmenden der Kohortenstudie

Tabelle 11.1.3 Psychische Störungen der Eltern (einschließlich Adoptivmütter) bei den Teilnehmenden der Kohortenstudie

Tabelle 11.1.4 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Frühen Hilfen zwischen Geburt des Indexkindes und Screeningstufe 2 der Mütter

Tabelle 11.1.5 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Frühen Hilfen zwischen Erstbefragung und Follow-Up-Befragung der Mütter

Anhang 2: Ergänzende Tabellen und Abbildungen zum RCT Erwachsene

Abbildung 11.2.1: Flowchart RCT Erwachsene

Tabelle 11.2.1 Soziodemographische Angaben RCT Erwachsene (zu Baseline)

Tabelle 11.2.2 Baselincharakteristika

Abbildung 11.2.2: Darstellung der durchgeführten Sitzungen pro Dyade in % für das RCT Erwachsene.

Tabelle 11.2.3 Überblick über die primäre Analyse des primären Endpunktes mütterliche Feinfühligkeit (EAS-MF) zu T1 und die Sensitivitätsanalysen (RCT Erwachsene)

Tabelle 11.2.4 Überblick über die Veränderung Emotionalen Verfügbarkeit (EAS)

Tabelle 11.2.5 Mittlere Ausprägungen MW(SD) im Entwicklungstest ET 6-6R

Tabelle 11.2.6 Überblick über die Veränderung der weiteren sekundären Endpunkte im RCT Erwachsene

Tabelle 11.2.7 Analyse des primären Endpunktes und der sekundären Endpunkte zur emotionalen Verfügbarkeit zu T1 nach Intent-To-Treat Prinzip

Tabelle 11.2.8 Sensitivitätsanalyse des primären Endpunktes und der sekundären Endpunkte zur emotionalen Verfügbarkeit zu T1 (per protocol Population)

Hinweise zu Moderatoranalysen und Modellvergleichen

Tabelle 11.2.9 Moderatoranalysen des primären Endpunktes und der emotionalen Verfügbarkeit (EAS)

Tabelle 11.2.10 Längsschnittliche Analysen der Skalen zur emotionalen Verfügbarkeit (EAS)

Tabelle 11.2.11 Überblick über die primären Analysen der sekundären Endpunkte

Tabelle 11.2.12 Überblick über die längsschnittlichen Analysen sekundärer Endpunkte

Tabelle 11.2.13 Überblick über Kovarianzanalysen der Skalen des Entwicklungstest ET 6-6-R zu T1

Tabelle 11.2.14 Überblick über längsschnittlichen Analysen der Skalen des Entwicklungstest ET 6-6-R

Tabelle 11.2.15 Dropoutanalysen (logistische Regressionen)

Anhang 3: Ergänzende Tabellen und Abbildungen zum RCT Kinder

Abbildung 11.3.1: Flowchart RCT Kinder

Tabelle 11.3.1 Soziodemographische Angaben RCT Kinder

Tabelle 11.3.2 Baselincharacteristika

Abbildung 11.3.2: Darstellung der durchgeführten Sitzungen pro Dyade in % für das RCT Kinder.

Tabelle 11.3.3 Überblick über die primäre Analyse des primären Endpunktes mütterliche Feinfühligkeit

Tabelle 11.3.4 Überblick über die Veränderung Emotionalen Verfügbarkeit (EAS) im RCT Kinder

Tabelle 11.3.5 Mittlere Ausprägungen MW(SD) im Entwicklungstest ET 6-6R

Tabelle 11.3.6 Überblick über die Veränderung der weiteren sekundären Endpunkte im RCT Kinder

Tabelle 11.3.7 Analyse des primären Endpunktes und der sekundären Endpunkte zur emotionalen Verfügbarkeit zu T1 nach Intent-To-Treat Prinzip

Tabelle 11.3.8 Sensitivitätsanalyse des primären Endpunktes und der sekundären Endpunkte zur emotionalen Verfügbarkeit zu T1 (per protocol Population)

Hinweise zu Moderatoranalysen und Modellvergleichen

Tabelle 11.3.9 Moderatoranalysen des primären Endpunktes und der emotionalen Verfügbarkeit (EAS)

Tabelle 11.3.10 Längsschnittliche Analysen der Skalen zur emotionalen Verfügbarkeit (EAS)

Tabelle 11.3.11 Überblick über die primären Analysen (Kovarianzanalysen) der sekundären Endpunkte

Tabelle 11.3.12 Überblick über die Analysen der dichotomen sekundären Endpunkte

Tabelle 11.3.13 Überblick über die längsschnittlichen Analysen

Tabelle 11.3.14 Überblick über Kovarianzanalysen der Skalen des Entwicklungstest ET 6-6-R zu T1

Tabelle 11.3.15 Überblick über längsschnittlichen Analysen der Skalen des Entwicklungstest ET 6-6-R

Darstellung der Ergebnisse der explorativen Analyse zur Untersuchung möglicher Effekte aufgrund des SARS-CoV-2-Lockdowns im RCT Kinder

Abbildung 11.3.3: Regulationsstörungen im RCT Kinder zu T0 in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Erhebung vor oder während des SARS-CoV-2-Lockdowns

Abbildung 11.3.4: Emotionale Verfügbarkeit (EAS Skalen) im RCT Kinder zu T0 in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Erhebung vor oder während des SARS-CoV-2-Lockdowns

12. Anlagen

Anlage 01: Studieninformationen und Rekrutierung (RCTs)

- Anlage 01.1. SKKIPPI Aushang Studienteilnahme Berlin
- Anlage 01.2. SKKIPPI Flyer IPU
- Anlage 01.3. SKKIPPI Informationsbrief zur SKKIPPI-Studie für zuweisende Kollegen Berlin
- Anlage 01.4. SKKIPPI Informationsbrief zur SKKIPPI-Studie für Eltern Berlin
- Anlage 01.5. SKKIPPI Informationsbrief zur SKKIPPI-Studie für Studenttherapeutinnen nicht-stationäres Setting Berlin
- Anlage 01.6. SKKIPPI Informationsbrief zur SKKIPPI-Studie für Studenttherapeutinnen stationäres Setting Berlin
- Anlage 01.7. SKKIPPI Studienablauf

Anlage 02: Studienteilnahme (RCTs)

- Anlage 02.1. SKKIPPI Datenschutzerklärung
- Anlage 02.2. SKKIPPI Einverständniserklärung RCT Erwachsene
- Anlage 02.3. SKKIPPI Einwilligungserklärung zur Videokonferenz (SARS-CoV-2-Pandemie)
- Anlage 02.4. SKKIPPI Hygieneschutzkonzept Elterninformation (SARS-CoV-2-Pandemie)

Anlage 03: SOPs und Schweigepflichtserklärungen für Mitarbeiter*innen & Therapeut*innen (RCTs)

- Anlage 03.1. SKKIPPI Schweigepflichtsentbindung
- Anlage 03.2. SKKIPPI Verpflichtungserklärung für Mitarbeiter*innen und Therapeut*innen
- Anlage 03.3. SKKIPPI SOP Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung
- Anlage 03.4. SKKIPPI Hygieneschutzkonzept für Mitarbeiterinnen (SARS-CoV-2-Pandemie)

Anlage 04: Fragebögen (RCTs)

- Anlage 04.1. SKKIPPI Aufnahmebogen
- Anlage 04.2. SKKIPPI Anamnesefragebogen
- Anlage 04.3. SKKIPPI Adhärenzfragebogen
- Anlage 04.4. SKKIPPI DC: 0-5 Interviewfragebogen
- Anlage 04.5. SKKIPPI Dokumentationsbogen für Studienabbrüche und unerwünschte Ereignisse
- Anlage 04.6. SKKIPPI Dokumentationsbogen Inanspruchnahmeverhalten (T1)
- Anlage 04.7. SKKIPPI Dokumentationsbogen Inanspruchnahmeverhalten (T2)
- Anlage 04.8. SKKIPPI Dokumentationsbogen weitere Behandlungsmaßnahmen & Medikation T1
- Anlage 04.9. SKKIPPI Fragebogen zur Gesundheitsökonomie (T0)
- Anlage 04.10. SKKIPPI Fragebogen zur Gesundheitsökonomie (T2)

Anlage 05: Unterlagen Kohortenstudie

- Anlage 05.1. SKKIPPI Informationsbrief zur SKKIPPI-Studie für Eltern Berlin (Kohortenstudie)
- Anlage 05.2. SKKIPPI Einwilligungserklärung (Kohortenstudie)
- Anlage 05.3. SKKIPPI SOP Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung (Kohortenstudie)
- Anlage 05.4. SKKIPPI Fragebogen Screeningstufe 1 (Kohortenstudie)
- Anlage 05.5. SKKIPPI Fragebogen zur Gesundheitsökonomie T0
- Anlage 05.6. SKKIPPI Fragebogen zur Gesundheitsökonomie T2
- Anlage 05.7. SKKIPPI Interviewleitfaden qualitative Studie

Anlage 06: Artikel in Begutachtung

- Anlage 06.1. Kass et al. (in Begutachtung)

Akronym: SKKIPPI

Förderkennzeichen: 01VSF17027

- Anlage 06.2. Fricke et al. (in Begutachtung)
- Anlage 06.3. Mattheß et al. (in Begutachtung)
- Anlage 06.4. Neumann et al. (in Begutachtung)
- Anlage 06.5. Bolster et al. (in Begutachtung)

Anhang 1: Ergänzende Tabellen und Abbildungen zur Kohortenstudie

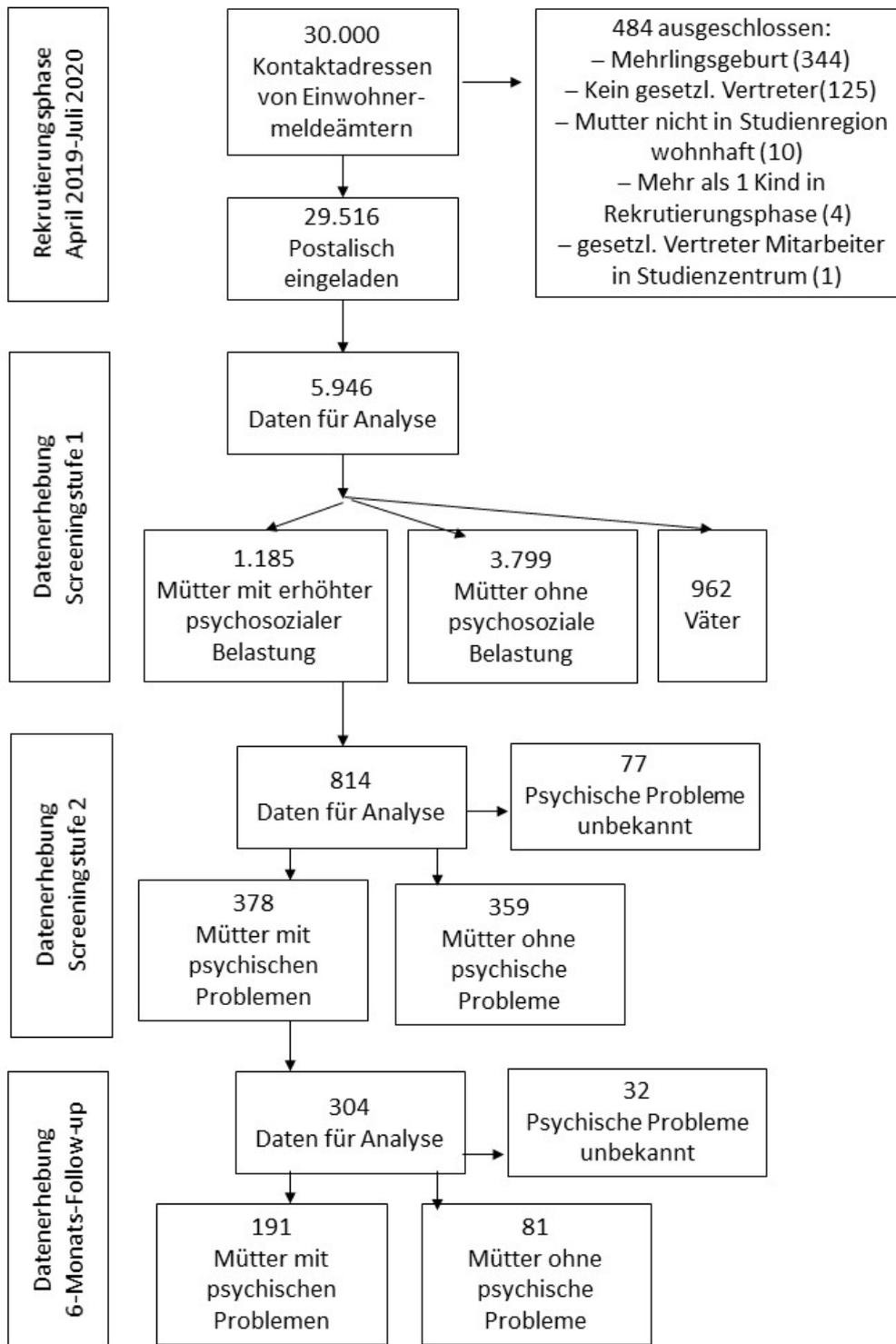


Abbildung 11.1.1: Flowchart der Rekrutierung der SKKIPPI Kohortenstudie

Tabelle 11.1.1 Soziodemografische Charakteristika der Teilnehmenden der Kohortenstudie

	Mütter n (%)	Väter n (%)	Gesamt n (%)
Studienzentrum	4984	962	5946
– Berlin	3963 (79,5)	745 (77,4)	4708 (79,2)
– Flensburg	67 (1,3)	14 (1,5)	81 (1,4)
– Leipzig	813 (16,3)	171 (17,8)	984 (16,5)
– Other region	141 (2,8)	32 (3,3)	173 (2,9)
Altersgruppe	4984	962	5946
– <=29	778 (15,6)	88 (9,1)	866 (14,6)
– 30-39	3708 (74,4)	649 (67,5)	4357 (73,3)
– 40-49	497 (10,0)	203 (21,1)	700 (11,8)
– >= 50	1 (0,0)	22 (2,3)	23 (0,4)
Geburtsland	4946	936	5882
– Deutschland	4190 (84,7)	786 (84,0)	4976 (84,6)
– anderes Land	756 (15,3)	150 (16,0)	906 (15,4)
Muttersprache	4945	935	5880
– Deutsch	4232 (85,6)	796 (85,1)	5028 (85,5)
deutsche Sprachkenntnisse (Selbsteinschätzung)	711	139	850
– sehr gut/ gut	557 (78,3)	99 (71,2)	656 (77,2)
– mäßig	100 (14,1)	20 (14,4)	120 (14,1)
– schlecht	54 (7,6)	20 (14,4)	74 (8,7)
Bildungsniveau	4944	935	5879
– niedrig (ISCED 1)	24 (0,5)	7 (0,7)	31 (0,5)
– mittel (ISCED 2)	695 (14,1)	127 (13,6)	822 (14,0)
– hoch (ISCED 3)	4196 (84,9)	796 (85,1)	4992 (84,9)
– unbekannt	29 (0,6)	5 (0,5)	34 (0,6)
aktuell in Partnerschaft lebend	4970	950	5920
– ja	4749 (95,6)	947 (99,7)	5696 (96,2)
alleinerziehend	4943	935	5878
– ja	289 (5,8)	7 (0,7)	296 (5,0)
Anzahl Kinder <18 im Haushalt (einschl. Indexkind)	4945	934	5879
– 0	111 (2,2)	19 (2,0)	130 (2,2)
– 1	2640 (53,4)	563 (60,3)	3203 (54,5)
– 2	1692 (34,2)	265 (28,4)	1957 (33,3)
– 3 oder mehr	502 (10,2)	87 (9,3)	589 (10,0)
Empfang von staatl. Unterstützungsleistungen	4940	936	5885
– ja	653 (13,2)	83 (8,9)	736 (12,5)
Inanspruchnahme von Frühen Hilfen	4943	935	5878
– ja	727 (14,7)	156 (16,7)	883 (15,0)

(ISCED = International Standard Classification of Education)

Tabelle 11.1.2 Individuelle elterliche psychosoziale Belastungsfaktoren der Teilnehmenden der Kohortenstudie

	Mütter n (%)	Väter n (%)	Gesamt n (%)
Bei Indexkind wurde nach der Geburt oder in den ersten Lebensmonaten eine schwere Krankheit oder Behinderung diagnostiziert	4977	954	5931
– ja	180 (3,6)	30 (3,1)	210 (3,5)
Anderes Kind im Haushalt mit einer schweren Krankheit oder Behinderung	4940	935	5875
– ja	111 (2,2)	28 (3,0)	139 (2,4)
Beziehung zum Kind ("Ich fühle mich meinem Kind nahe.")	4972	950	5922
– immer	3918 (78,8)	685 (72,1)	4603 (77,7)
– sehr oft	1000 (20,1)	249 (26,2)	1249 (21,1)
– manchmal	48 (1,0)	15 (1,6)	63 (1,1)
– selten	6 (0,1)	1 (0,1)	7 (0,1)
– nie	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Schwere, negative Erfahrungen in der eigenen Kindheit	4944	938	5882
– ja	1064 (21,5)	150 (16,0)	1214 (20,6)
Übermäßige Beschäftigung mit Ernährung und Gewicht	4950	938	5888
– ja	705 (14,2)	66 (7,0)	771 (13,1)
Aktuelle belastende (chronische) Krankheit	4947	936	5883
– ja	377 (7,6)	80 (8,5)	457 (7,8)
Nutzung von digitalen Medien: "Ich fühle mich gestresst, wenn mein Kind meine Aufmerksamkeit sucht, während ich mein Smartphone/Tablet benutze."	4968	948	5916
– ja	785 (15,8)	153 (16,1)	938 (15,9)
"Wenn ich mein Kind füttere oder mit ihm spiele, benutze ich mein Smartphone/Tablet."	4972	950	5922
– im Allgemeinen überhaupt nicht	1411 (28,4)	302 (31,8)	1713 (28,9)
– selten	2119 (42,6)	396 (41,7)	2515 (42,5)
– manchmal	1253 (25,2)	224 (23,6)	1477 (24,9)
– oft	189 (3,8)	28 (2,9)	217 (3,7)

PHQ=Patient Health Questionnaire, GAD= Generalized Anxiety Disorder

Tabelle 11.1.3 Psychische Störungen der Eltern (einschließlich Adoptivmütter) bei den Teilnehmenden der Kohortenstudie

	Mütter n (%)	Väter n (%)	Gesamt n (%)
Auftreten elterlicher psychischer Störungen (lifetime)	4940	935	5875
– keine	3886 (78,7)	825 (88,2)	4711 (80,2)
– Diagnose	4951	937	5888
– Depression	738 (14,9)	69 (7,4)	807 (13,7)
– Angststörung	282 (5,7)	31 (3,3)	313 (5,3)
– Zwangsstörung	35 (0,7)	7 (0,7)	42 (0,7)
– Psychose	16 (0,3)	1 (0,1)	17 (0,3)
Auftreten elterlicher psychischer Störungen (aktuell)			
Depressive Symptome (PHQ-2)	4955	944	5899
– Score ≥ 3	458 (9,2)	84 (8,9)	542 (9,2)
Angstsymptome (GAD-2)	4953	944	5897
– Score ≥ 3	537 (10,8)	70 (7,4)	607 (10,3)
Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit	4951	938	5889
– ja	15 (0,3)	9 (1,0)	24 (0,4)
Drogenmissbrauch/-abhängigkeit	4950	937	5887
– ja	9 (0,2)	5 (0,5)	14 (0,2)
Zwangsgedanken	4948	938	5886
– ja	1054 (21,3)	145 (15,5)	1199 (20,4)
Zwangshandlungen	4951	938	5889
– ja	271 (5,5)	60 (6,4)	331 (5,6)
Stimmungsschwankungen und Schwierigkeiten, Gefühle zu kontrollieren	4946	935	5881
– ja	982 (19,9)	110 (11,8)	1092 (18,6)

PHQ=Patient Health Questionnaire, GAD= Generalized Anxiety Disorder

Tabelle 11.1.4 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Frühen Hilfen zwischen Geburt des Indexkindes und Screeningstufe 2 der Mütter

	Gesamt N = 792		Psychische oder psychosoziale Belastung der Mutter, N = 368				Keine psychische oder psychosoziale Belastung der Mutter, N = 424				
	n [†] (%)	n [†] (%)	MW (SD) Median (IQR)	MW (SD) Median (IQR)	MW (SD) Median (IQR)	MW (SD) Median (IQR)	n [†] (%)	MW(SD) Median (IQR)	MW (SD) Median (IQR)	MW (SD) Median (IQR)	
			MW (SD) & Median (IQR) über alle Teilnehmenden		MW (SD) & Median (IQR) für Teilnehmende mit Inanspruchnahme			Mean (SD) & Median (IQR) über alle Teilnehmenden		Mean (SD) & Median (IQR) für Teilnehmende mit Inanspruchnahme	
Mutter											
Hausärztliche Versorgung (Besuche), N=782	631 (80,7)	289 (79,6)	3,4 (4,4)	2 (3)	4,3 (4,6)	3 (3)	342 (81,6)	2,8 (3,5)	2 (3)	3,5 (3,6)	3 (3)
Gynäkologie (Besuche), N=783	764 (97,6)	355 (97,5)	2,9 (2,5)	2 (1)	3,0 (2,4)	2 (1)	409 (97,6)	2,7 (2,3)	2 (2)	2,8 (2,3)	2 (1)
Notaufnahme (Besuche), N=783	162 (20,7)	85 (23,4)	0,5 (1,6)	0 (0)	2,1 (2,7)	1 (1)	77 (18,4)	0,4 (2,6)	0 (0)	2,3 (5,7)	1 (1)
Krankenhausaufenthalt (Tage), N=782	83 (10,6)	41 (11,3)	1,2 (7,5)	0 (0)	10,6 (20,0)	3(6)	42 (10,1)	0,8 (5,2)	0 (0)	8,0 (14,6)	4 (4)
Rehabilitation (Tage), N=783	8 (1,0)	5 (1,4)	0,4 (4,0)	0 (0)	32,2 (12,7)	28 (21)	3 (0,7)	0,2 (2,8)	0 (0)	32,7 (8,1)	28 (7)
Suchtberatung (Besuche), N=778	2 (0,3)	1 (0,3)	0,1 (2,7)	0 (0)	52 (0)	52 (0)	1 (0,2)	0 (0,1)	0 (0)	2 (0)	2 (0)
Physiotherapie (Besuche), M=783	265 (33,8)	111 (30,5)	2,8 (6,1)	0 (3)	9,2 (7,9)	6 (7)	154 (36,8)	3,7 (9,0)	0 (6)	10,2 (12,6)	6 (8)
Indexkind											
Pädiatrie (Besuche), N=780	779 (99,9)	362 (100,0)	11,8 (6,6)	10 (7)	11,8 (6,6)	10 (7)	417 (99,8)	11,1 (5,6)	10 (7)	11,1 (5,6)	10 (7)
Früherkennungsuntersuchungen (Besuche), N=783	781 (99,7)	363 (99,7)	4,3 (0,5)	4 (1)	4,3 (0,5)	4 (1)	418 (99,8)	3,4 (1,5)	4 (0)	4,3 (0,4)	4 (1)
Notaufnahme (Besuche), N=783	301 (38,4)	145 (39,8)	1,0 (2,7)	0 (1)	2,5 (3,8)	2 (2)	156 (37,2)	0,8 (1,8)	0 (1)	2,0 (2,6)	1 (1)

Krankenhausaufenthalt (Tage), N=783	165 (21,1)	78 (21,4)	2,5 (12,0)	0 (0)	11,6 (23,8)	5 (7)	87 (20,8)	1,2 (3,6)	0 (0)	5,7 (6,0)	4 (4)
Ergotherapie (Besuche), N=783	27 (3,5)	18 (5,0)	16,1 (23,5)	9 (9)	16,1 (23,5)	9 (9)	9 (2,2)	15,9 (16,1)	10 (21)	15,9 (16,1)	10 (21)
Logotherapie (Besuche), N=783	13 (1,7)	5 (1,4)	21 (20,3)	14 (20)	21,0 (20,3)	14 (20)	8 (1,9)	5,9 (9,3)	2 (4)	5,9 (9,3)	2 (4)
Osteopathie (Besuche), N=783	366 (46,7)	171 (47,0)	3,4 (3,0)	3 (2)	3,4 (3,0)	3 (2)	195 (46,5)	3,1 (3,0)	2 (3)	3,1 (3,0)	2 (3)
Physiotherapie (Besuche), N=783	143 (18,3)	71 (19,5)	17,4 (25,0)	10 (14)	17,4 (25,0)	10 (14)	72 (17,2)	20,3 (29,9)	10 (13,3)	20,3 (29,9)	10 (13,3)
Mutter und Indexkind											
Hebammenversorgung, Standard [6 Wochen]*, N=783	696 (88,9)	313 (86,0)	-	-	-	-	383 (91,4)	-	-	-	-
zusätzliche Hebammenversorgung (Besuche), N=783	105 (13,4)	49 (13,5)	1,2 (3,9)	0 (0)	9,0 (7,0)	6 (8)	56 (13,4)	1,1 (4,2)	0 (0)	8,9 (8,3)	6 (5)
Mutter-Kind-Behandlung (Tage), N=783	14 (1,8)	6 (1,7)	0,4 (3,1)	0 (0)	23,3 (5,7)	21 (0)	8 (1,9)	0,4 (2,9)	0 (0)	21,0 (0)	21 (0)
<i>Frühe Hilfen</i>	529 (69,0)	255 (70,3)					274 (66,0)				
Beratung (Ambulanz) (Besuche), N=779	281 (36,1)	152 (41,9)	2,5 (8,1)	0 (2)	6,0 (11,8)	2 (4)	129 (31,0)	1,3 (3,3)	0 (1)	4,2 (4,8)	3 (4)
Beratung (Hausbesuch) (Besuche), N=779	381 (48,9)	181 (49,9)	0,7 (1,6)	0 (1)	1,5 (2,0)	1 (0)	200 (48,1)	0,5 (0,6)	0 (1)	1,1 (0,4)	1 (0)
Mutter-Kind-Einrichtung (Wochen), N=778	2 (0,3)	2 (0,6)	0,3 (4,7)	0 (0)	60,7 (24,5)	60,7 (17)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Schreiambulanz (Besuche), N=778	47 (6,0)	28 (7,7)	0,9 (6,4)	0 (0)	11,1 (20,9)	4 (7)	19 (4,6)	0,3 (1,5)	0 (0)	6,3 (3,8)	7 (7)
Familienhilfe (Wochen), N=778	56 (7,2)	27 (7,4)	1,8 (8,6)	0 (0)	24,6 (21,2)	13 (27,3)	29 (7,0)	1,6 (8,1)	0 (0)	22,5 (21,9)	16 (30,7)

† jeglicher Besuch oder Inanspruchnahme; *binäre Frage, ob Standard-Hebammenversorgung genutzt wurde

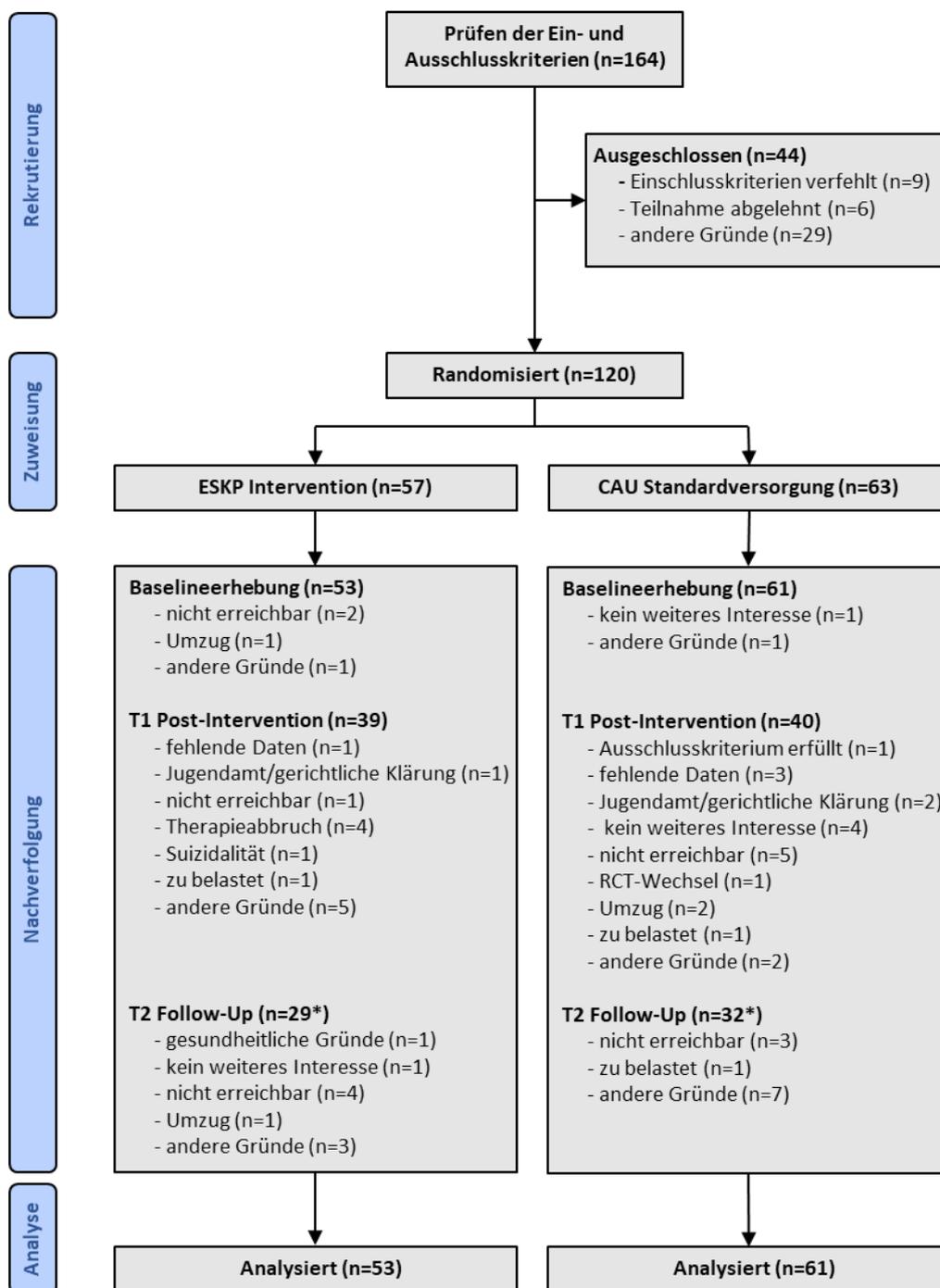
Tabelle 11.1.5 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Frühen Hilfen zwischen Erstbefragung und Follow-Up-Befragung der Mütter

	Gesamt N = 256	Psychische oder psychosoziale Belastung der Mutter, N = 178		Keine psychische oder psychosoziale Belastung der Mutter, N = 78			
		n [†] (%)	n [†] (%)	MW (SD) Median (IQR) MW (SD) & Median (IQR) über alle Teilnehmenden	n [†] (%)	MW(SD) Median (IQR) Mean (SD) & Median (IQR) über alle Teilnehmenden	
Mutter							
Hausärztliche Versorgung (Besuche), N= 230	168 (65,9)	125 (70,2)	3,2 (3,1)	2 (3)	43 (55,8)	2,1 (1,4)	2 (1,5)
Gynäkologie (Besuche), N= 231	149 (58,2)	103 (57,9)	2,5 (2,9)	1 (1)	46 (59,0)	1,9 (2,2)	1 (0,8)
Notaufnahme (Besuche), N= 231	23 (9,0)	17 (9,6)	4,1 (11,9)	1 (0)	6 (7,7)	1,0 (0)	1 (0)
Krankenhausaufenthalt (Tage), N= 231	11 (4,3)	9 (5,1)	4,6 (1,8)	4 (2)	2 (2,6)	4,0 (1,4)	4 (1)
Rehabilitation (Tage), N= 231	1 (0,4)	1 (0,6)	12,0 (0)	12 (0)	-	-	-
Suchtberatung (Besuche), N= 231	1 (0,4)	1 (0,6)	2,0 (0)	2 (0)	-	-	-
Physiotherapie (Besuche), M= 231	53 (20,7)	10 (12,8)	6,0 (5,2)	6 (3)	43 (24,2)	9,2 (6,0)	6 (5,8)
Indexkind							
Pädiatrie (Besuche), N=230	237 (93,3)	162 (92,1)	3,5 (3,1)	3 (2)	75 (96,2)	3,5 (4,2)	3 (3)
Früherkennungsuntersuchungen (Besuche), N= 231	255 (99,6)	177 (99,4)	2,6 (0,5)	3 (1)	78 (100)	2,7 (0,5)	3 (1)
Notaufnahme (Besuche), N= 231	50 (19,5)	36 (20,2)	1,5 (1,2)	1 (0)	14 (18,0)	1,6 (0,7)	1 (1)
Krankenhausaufenthalt (Tage), N= 231	17 (6,6)	13 (7,3)	6,2 (8,9)	4 (4)	4 (5,1)	5,0 (2,2)	4,5 (2)
Ergotherapie (Besuche), N= 231	2 (0,8)	1 (0,6)	10,0 (0)	10 (0)	1 (1,3)	7,0 (0)	7 (0)
Logotherapie (Besuche), N= 231	5 (2,0)	2 (1,1)	5,5 (5,0)	5,5 (3,5)	3 (3,9)	15,0 (13,0)	8 (11,5)
Osteopathie (Besuche), N= 231	14 (5,5)	11 (6,2)	1,6 (0,81)	1 (1)	3 (3,9)	2,3 (1,2)	3 (1)
Physiotherapie (Besuche), N= 231	7 (2,7)	3 (1,7)	15,3 (17,6)	10 (17)	4 (5,1)	7,5 (2,9)	7,5 (2,5)
Mutter und Indexkind							
Hebammenversorgung, Standard [6 Wochen]^{††}, N= 231	-	-	-	-	-	-	-
zusätzliche Hebammenversorgung (Besuche), N= 231	3 (1,2)	2 (1,1)	3,5 (3,5)	3,5 (2,5)	1 (1,3)	4 (0)	4 (0)
Mutter-Kind-Behandlung (Tage), N= 231	4 (1,6)	2 (1,1)	22,5 (17,7)	22,5 (12,5)	2 (2,6)	21,0 (0)	21 (0)

<i>Frühe Hilfen</i>	65 (25,4)	56 (31,5)			9 (11,5)		
Beratung (Ambulanz) (Besuche), N= 231	55 (21,5)	49 (27,5)	3,2 (4,1)	2 (2)	6 (7,7)	3,3 (2,7)	2,5 (3,3)
Beratung (Hausbesuch) (Besuche), N= 231	7 (2,7)	4 (2,3)	2,3 (2,5)	1 (1,3)	3 (3,9)	1,3 (0,6)	1 (0,5)
Mutter-Kind-Einrichtung (Wochen), N= 231	-	-	-	-	-	-	-
Schreiambulanz (Besuche), N= 231	4 (1,6)	3 (1,7)	5.2 (4.3)	5 (4)	1 (1.3)	unbekannt*	unbekannt
Familienhilfe (Wochen), N= 231	4 (1.6)	3 (1.7)	23.0 (16.6)	30.3 (15.3)	1 (1.3)	8.7 (0)	8.7 (0)

† jeglicher Besuch oder Inanspruchnahme; †† binäre Frage, ob Standard-Hebammenversorgung genutzt wurde; * Nutzerin hat keine Angabe zur Anzahl der Inanspruchnahme gemacht

Anhang 2: Ergänzende Tabellen und Abbildungen zur RCT Erwachsene



* Die Zahlen zu T2 können variieren, da auch solche Fälle in die Auswertung genommen werden, die zu T1 nicht erhoben werden konnten, jedoch insgesamt keinen Drop-Out darstellen.

Abbildung 11.2.1: Flowchart RCT Erwachsene

Tabelle 11.2.1 Soziodemographische Angaben RCT Erwachsene (zu Baseline)

	ITT			PP		
	ESKP	CAU	Gesamt	ESKP	CAU	Gesamt
Anzahl	57	63	120	37	42	79
Alter der Mutter M(SD)	32,3 (4,8)	33,7 (4,8)	33,0 (4,8)	32,1 (5,2)	33,5 (4,3)	32,9 (4,7)
Range			21 – 44			22 – 44
Anzahl Kinder im Haushalt M (SD)	1,3 (0,5)	1,5 (0,7)	1,4 (0,6)	1,3 (0,4)	1,6 (0,7)	1,4 (0,6)
Alter (Kind) in Monaten	4,8 (3,6)	5,5 (5,0)	5,2 (4,4)	4,5 (3,4)	5,0 (3,0)	4,8 (3,2)
Range			0 - 35			0 -11
Geschlecht des Kindes (in %)	m	w	m	w	m	w
	54,4	45,6	62,9	37,1	58,3	41,2
N	31	26	39	23	70	49
War das Kind erwünscht? („JA“ Antworten in %)	82,6	91,8	87,4	83,9	94,6	89,7
Wird die Geburt als belastende Erfahrung	67,3	64,6	66,0	74,3	61,1	67,6
Feste Partnerschaft (in %)	87,5	86,8	87,1	87,9	89,7	88,9
Finanzielle Situation (in %)						
Geregelt, ausreichend gutes Einkommen	72,9	90,2	81,8	70,5	97,3	84,7
Kritisch, sehr knappes Einkommen	27,1	9,8	18,2	29,4	2,6	15,3
Schulabschluss (in %)						
kein Schulabschluss	-	-	-	-	-	-
Hauptschulabschluss	4,0	1,9	2,9	2,9	2,7	2,8
Realschulabschluss/ Mittlere Reife	30,0	19,2	24,5	31,4	24,3	27,8
Abitur/Fachabitur	20,0	40,4	30,4	22,9	32,4	27,8
Hochschulabschluss	46,0	38,5	42,2	42,9	40,5	41,7

Anmerkungen. ITT =Auswertung nach Intention-To-Treat Prinzip, PP =Auswertung der per protocol Population, ESKP Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie, CAU ‚Care As Usual‘ Standardversorgung, w weiblich, m männlich,

Tab 11.2.2. Baselinecharakteristika RCT Erwachsene

	ESKP	CAU
Setting		
stationär	7	9
ambulant	50	54
Gesamt	57	63
Diagnose		
bipolare affektive Störungen (F31)	5	3
depressive Episode (F32)	1	2
rezidivierende depressive Störungen (F33)	11	13
phobische Störungen (F40)	7	9
sonstige Angststörungen (F41)	3	9
Zwangsstörungen (F42)	1	0
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	3	2
somatoforme Störungen (F45)	1	0
Esstörungen (F50)	2	0
psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett (F53)	6	4
spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60)	1	0
Fehlende Angabe*	16	21
Gesamt	57	63
psychisch erkrankte Kinder		
ICD-10 Diagnose gesamt	7	9

* diese Information ist in den verfügbaren Studienunterlagen nicht vermerkt, jedoch hat zu Einschluss eine mütterliche ICD10 Diagnose vorgelegen

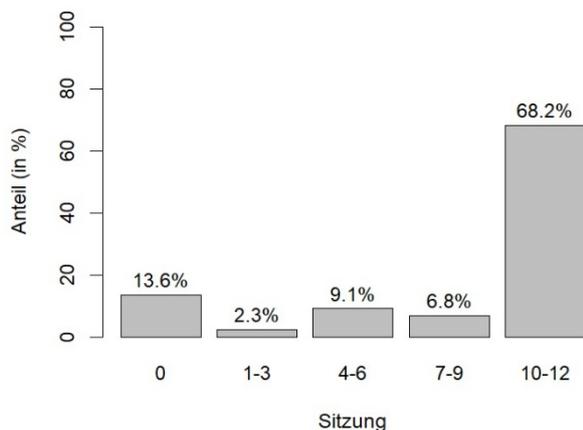


Abbildung 11.2.2: Darstellung der durchgeführten Sitzungen pro Dyade in % für das RCT Erwachsene. Die meisten Fälle haben alle 12 Sitzungen der ESKP-f Intervention in Anspruch genommen (=63,6%). 0 Sitzungen bedeutet hier einen Dropout vor der ersten Sitzung bzw. schon vor der Baseline-Erhebung.

Tabelle 11.2.3 Überblick über die primäre Analyse des primären Endpunktes mütterliche Feinfühligkeit (EAS-MF) zu T1 und die Sensitivitätsanalysen (RCT Erwachsene)

	Parameter	SE	t-Wert	p-Wert	95% KI Untere Grenze	Obere Grenze
ANCOVA nach Intention-To-Treat Prinzip (n = 120)						
Intercept	3,36	0,69	4,88	<0,001	1,99	4,74
Gruppe	0,26	0,29	0,89	0,378	-0,32	0,84
Setting	-0,21	0,41	-0,51	0,610	-1,03	0,61
Baseline EAS-MF	0,42	0,13	3,30	0,002	0,17	0,67
Adjustierte Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle pro Gruppe						
ESKP 5,52 [5,03; 6,02]						
CA						
CAU 5,78 [5,28; 6,28]						
Sensitivitätsanalyse (Multiple Imputation, N = 120, m = 100, 5000 Iterationen, ITT Prinzip)						
Intercept	3,63	0,78	4,68	<0,001	2,08	5,19
Gruppe	0,12	0,27	0,43	0,671	-0,42	0,65
Setting	-0,25	0,39	-0,64	0,522	-1,03	0,53
Baseline EAS-MF	0,38	0,13	2,94	0,005	0,12	0,64
Adjustierte Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle pro Gruppe						
ESKP 5,59 [5,11; 6,06]						
CA						
CAU 5,70 [5,24; 6,16]						
Sensitivitätsanalyse ANCOVA anhand der per-protocol Population (n = 75)						
Intercept	3,35	0,67	5,01	<0,001	2,02	4,69
Gruppe	0,19	0,28	0,67	0,505	-0,38	0,76
Setting	-0,18	0,40	-0,44	0,660	-0,97	0,62
Baseline EAS-MF	0,43	0,12	3,45	<0,001	0,18	0,67
Adjustierte Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle pro Gruppe						
ESKP 5,58 [5,10; 6,06]						
CA						
CAU 5,77 [5,28; 6,25]						

Anmerkungen: SE Standardfehler, KI Konfidenzintervall, m Anzahl der imputierten Datensätze

Tabelle 11.2.4 Überblick über die Veränderung Emotionalen Verfügbarkeit (EAS)

	Gruppe	Messzeitpunkt			Gruppenunterschiede			Effekte über die Zeit			Mittlere Differenz T2-T0	95% KI Untere Grenze	Obere Grenze
		T0	T1	T2	Mittlere Differenz zu T0	95% KI Untere Grenze	Obere Grenze	Mittlere Differenz T1-T0	95% KI Untere Grenze	Obere Grenze			
EAS-MF	ESKP	5,46 (1,26)	5,54 (1,24)	5,28 (1,31)	0,01	-0,46	0,47	-0,15	-0,62	0,33	-0,23	-0,97	0,37
	CAU	5,46 (1,19)	5,61 (1,34)	5,68 (1,13)									
EAS-STR	ESKP	5,40 (1,16)	5,47 (1,30)	5,28 (1,19)	-0,09	-0,52	0,34	-0,11	-0,51	0,30	-0,15	-0,87	0,60
	CAU	5,49 (1,10)	5,45 (1,28)	5,62 (1,17)									
EAS-UA	ESKP	5,67 (1,47)	5,68 (1,36)	5,28 (1,37)	0,13	-0,41	0,66	-0,20	-0,75	0,35	-0,44	-1,05	0,16
	CAU	5,54 (1,34)	5,66 (1,39)	5,48 (1,33)									
EAS-WW	ESKP	6,40 (0,96)	6,39 (0,72)	6,13 (1,05)	0,16	-0,21	0,53	-0,13	-0,41	0,15	-0,32	-0,79	0,16
	CAU	6,24 (0,97)	6,30 (0,93)	6,40 (0,81)									
EAS-ANT	ESKP	5,33 (1,15)	5,54 (1,31)	5,26 (1,13)	0,09	-0,39	0,57	-0,03	-0,55	0,50	-0,20	-0,82	0,41
	CAU	5,25 (1,32)	5,42 (1,30)	5,82 (1,07)									
EAS-EIN	ESKP	4,29 (1,26)	4,62 (1,19)	4,89 (1,31)	-0,19	-0,68	0,30	0,20	-0,34	0,74	0,48	-0,11	1,07
	CAU	4,48 (1,28)	4,61 (1,21)	5,42 (1,03)									
	ESKP	n=52*	38	27									
	CAU	n=56	37	36									

*n=51 für EAS-ANT und EAS-EIN bei T0 da kindliche Maße für ein Kind nicht auswertbar waren

Tabelle 11.2.5 Mittlere Ausprägungen MW(SD) im Entwicklungstest ET 6-6R

	Gruppe	Messzeitpunkt	
		T1	T2
ET-KM	ESKP	11,3 (2,6)	10,0 (3,0)
	CAU	10,9 (2,5)	11,0 (3,3)
ET-HM	ESKP	11,3 (3,3)	10,9 (3,3)
	CAU	10,5 (2,5)	11,0 (2,4)
ET-KOG	ESKP	11,6 (2,9)	10,4 (2,8)
	CAU	11,5 (2,5)	9,89 (2,9)
ET-SPR	ESKP	11,9 (3,0)	11,1 (2,9)
	CAU	11,4 (3,1)	10,9 (2,9)
ET-SEM	ESKP	10,3 (3,0)	10,4 (3,2)
	CAU	10,6 (2,6)	9,93 (2,7)
	ESKP	n=30	27
	CAU	n=29	27

Anmerkungen. Dargestellt sind Mittelwerte (Standardabweichungen) für jeden Messzeitpunkt sowie einfache Gruppenvergleiche (ESKP-CAU) bzw. paarweise Vergleiche der Effekte über die Zeit im Vergleich zu den mittleren Baselineausprägungen des jeweiligen Endpunktes berechnet für jede Gruppe. Höhere Werte der EAS Skalen zeigen eine bessere emotionale Verfügbarkeit an und höhere Werte im Entwicklungstest einen höheren Entwicklungsstand.

EAS-MF Mütterliche Feinfühligkeit, EAS-STR Strukturierungsfähigkeit, EAS-UA Unaufdringlichkeit, EAS-WW Wohlwollen, EAS-ANT Antwortbereitschaft des Kindes, EAS-EIN Einbezug der Mutter das Kind, ET-KM Entwicklungstest Körpermotorik, ET-HM Entwicklungstest Handmotorik, ET-KOG Entwicklungstest Kognitive Entwicklung, ET-SPR Entwicklungstest Sprachliche Entwicklung, ET-SEM Entwicklungstest Sozial-Emotionale Entwicklung, ESKP Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie, CAU ‚Care As Usual‘ Standardversorgung, T0 Baselineerhebung, T1 nach der Intervention, T2 12-Monats Follow-Up, n Anzahl, 95% KI 95% Konfidenzintervalls.

Tabelle 11.2.6 Überblick über die Veränderung der weiteren sekundären Endpunkte im RCT Erwachsene

	Gruppe	Messzeitpunkt			Gruppenunterschiede			Effekte über die Zeit			Mittlere			95% KI			Anzahl n=		
		T0	T1	T2	Mittlere Differenz zu T0	95% KI Untere Grenze	95% KI Obere Grenze	Mittlere Differenz T1-T0	95% KI Untere Grenze	95% KI Obere Grenze	Mittlere Differenz T2-T0	95% KI Untere Grenze	95% KI Obere Grenze	T0	T1	T2			
PM	ESKP	12,0 (5,0)	10,4 (4,4)	10,3 (3,6)	0,39	-1,37	2,14	-1,16	-2,10	-0,02	-1,04	-2,80	0,73	47	31	28			
	CAU	11,6 (4,0)	10,8 (3,4)	11,3 (3,9)				-0,68	-2,00	0,61	-0,13	-1,14	0,87						
CM	ESKP	21,6 (6,5)	24,6 (5,7)	23,5 (6,2)	1,10	-3,74	1,55	3,39	1,61	5,17	2,21	-0,44	4,87	47	31	28			
	CAU	22,7 (6,9)	24,1 (6,8)	23,0 (5,3)				1,43	-0,40	3,26	0,57	-1,64	2,77						
IC	ESKP	32,1 (5,3)	33,8 (5,8)	33,8 (6,0)	-0,14	-2,22	1,93	1,23	-0,30	2,75	0,93	-0,74	2,59	47	31	28			
	CAU	32,3 (5,3)	32,8 (4,8)	32,8 (5,3)				0,19	-1,51	1,89	0,47	-1,37	2,30						
EBI	ESKP	60,8 (9,1)	58,2 (7,8)	58,7 (7,3)	0,14	-3,23	3,51	-1,84	-4,29	0,62	-2,14	-5,69	1,40	49	31	28			
	CAU	60,6 (8,2)	57,2 (10,1)	58,1 (8,6)				-3,00	-6,13	0,134	-2,94	-6,44	0,57						
BSCL	ESKP	64,8 (6,6)	59,4 (9,0)		0,84	-2,45	4,14	-4,33	-6,65	-2,01				46	31				
	CAU	64,0 (9,5)	58,8 (11,2)					-6,41	-9,37	-3,44								55	37
EPDS	ESKP	14,7 (6,0)	10,4 (5,4)		1,36	-1,04	3,76	-2,90	-4,96	-0,84				46	31				
	CAU	13,3 (6,1)	9,81 (6,2)					-3,84	-5,91	-1,76								54	37
IES	ESKP	32,6%	9,7%		-2,6%	-20,7%	15,9%	-16,7%	-30,9%	-4,0%				46	31				
	CAU	35,2%	29,7%					-5,4%	-25,2%	14,9%								54	37
ASQ	ESKP	84,8%	74,2%		3,3%	-11,8%	17,8%	-6,7%	-21,2%	8,6%				46	31				
	CAU	81,5%	75,7%					-5,4%	-22,5%	12,2%								54	37
MINI	ESKP	80,4%		53,8%	5,8%	-10,1%	21,0%				-28,0%	-47,9%	-3,9%	51		26			
	CAU	74,6%		51,6%											-22,6%	-39,5%	-2,9%	59	
SFS	ESKP	102 (19,8)	89,9 (18,7)		-3,78	-11,19	3,63	-7,61	-13,7	-1,55				48	31				
	CAU	106 (18,1)	98,0 (17,8)					-7,38	-11,6	-3,19								55	37
CBCL	ESKP			48,5 (9,9)												28			
	CAU			46,0 (9,0)												31			

Anmerkungen. Dargestellt sind einfache Mittelwerte (Standardabweichungen) für jeden Messzeitpunkt sowie einfache Gruppenvergleiche (ESKP-CAU) bzw. paarweise Vergleiche der Effekte über die Zeit im Vergleich zu den mittleren Baselineausprägungen des jeweiligen Endpunktes berechnet für jede Gruppe. Höhere Werte der CM und der IC Skalen des PRFQ zeigen eine bessere mütterliche reflexive Funktion (PRF) an, bei PM gelten niedrigere Werte als Hinweis auf eine bessere Mentalisierungsfähigkeit. Für die Skalen zur Symptombelastung zeigen niedrigere Werte eine verringerte Belastung an.

PM Prämentalisierende Modi (PRFQ), CM Certainty Mental States (PRFQ), IC interest Curiosity (PRFQ), EBI Elterlicher Stress Gesamtscore, BSCL Brief Symptom Checklist Global Score, EPDS Postpartale Depression, IES Borderline Symptomatik, ASQ Angstsymptomatik, MINI strukturiertes Interview M.I.N.I. Diagnosen, SFS Fragebogen zur kindlichen Symptomatik, CBCL Psychopathologische Belastungen des Kindes, ESKP Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie, CAU ‚Care As Usual‘ Standardversorgung, T0 Baselineerhebung, T1 nach der Intervention, T2 12-Monats Follow-Up, n Anzahl, 95% KI 95% Konfidenzintervalls.

Tabelle 11.2.7 Analyse des primären Endpunktes und der sekundären Endpunkte zur emotionalen Verfügbarkeit zu T1 nach Intent-To-Treat Prinzip

EAS-MF	KI				EAS-STR	KI				EAS-WW	KI			
	b	p-Wert	2,5%	97,5%		b	p-Wert	2,5%	97,5%		b	p-Wert	2,5%	97,5%
Gruppe	0,26	0,378	-0,32	0,84	Gruppe	0,15	0,57	-0,39	0,70	Gruppe	-0,01	0,945	-0,40	0,37
Baseline	0,42	0,002	0,17	0,67	Baseline	0,56	0,00	0,31	0,81	Baseline	0,27	0,019	0,05	0,50
Setting	-0,21	0,610	-1,03	0,61	Setting	0,09	0,82	-0,85	0,68	Setting	0,28	0,297	-0,25	0,80

Adjustierte Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle pro Gruppe

ESKP 5,52 [5,03; 6,02]

ESKP 5,43 [4,96; 5,90]

ESKP 6,25 [5,92; 6,57]

CAU 5,78 [5,28; 6,28]

CAU 5,58 [5,12; 6,05]

CAU 6,23 [5,91; 6,56]

EAS-UA	KI				EAS-ANT	KI				EAS-EIN	KI			
	b	p-Wert	2,5%	97,5%		b	p-Wert	2,5%	97,5%		b	p-Wert	2,5%	97,5%
Gruppe	0,17	0,599	-0,47	0,80	Gruppe	0,05	0,886	-0,58	0,67	Gruppe	-0,02	0,939	-0,59	0,55
Baseline	0,33	0,009	0,08	0,58	Baseline	0,31	0,029	0,03	0,58	Baseline	0,18	0,109	-0,04	0,41
Setting	-0,24	0,574	-1,12	0,62	Setting	-0,08	0,852	-0,95	0,79	Setting	-0,09	0,822	-0,89	0,71

Adjustierte Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle pro Gruppe

ESKP 5,68 [5,14; 6,22]

ESKP 5,49 [4,96; 6,01]

ESKP 4,64 [4,16; 5,13]

CAU 5,85 [5,31; 6,38]

CAU 5,53 [4,99; 6,07]

CAU 4,62 [4,14; 5,11]

Anmerkungen. Höhere Werte der EAS Skalen zeigen eine bessere emotionale Verfügbarkeit an. EAS-MF Mütterliche Feinfühligkeit, EAS-STR Strukturierungsfähigkeit, EAS-UA Unaufdringlichkeit, EAS-WW Wohlwollen, EAS-ANT Antwortbereitschaft des Kindes, EAS-EIN Einbezug der Mutter das Kind, b Parameterschätzer des Modells, KI Konfidenzintervall, 2,5% Untergrenze der 95% KI, 97,5% Obere Grenze des 95% KI.

Tabelle 11.2.8 Sensitivitätsanalyse des primären Endpunktes und der sekundären Endpunkte zur emotionalen Verfügbarkeit zu T1 (*per protocol* Population)

EAS-MF	KI				EAS-STR	KI				EAS-WW	KI			
	b	p-Wert	2,5%	97,5%		b	p-Wert	2,5%	97,5%		b	p-Wert	2,5%	97,5%
Gruppe	0,19	0,627	-0,38	0,76	Gruppe	0,09	0,738	-0,45	0,64	Gruppe	-0,04	0,792	-0,43	0,33
Baseline	0,43	0,009	0,18	0,67	Baseline	0,51	0,000	0,25	0,76	Baseline	0,29	0,012	0,07	0,51
Setting	-0,18	0,589	-0,97	0,62	Setting	-0,04	0,912	-0,80	0,72	Setting	0,30	0,251	-0,22	0,81

Adjustierte Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle pro Gruppe

ESKP 5,58 [5,10; 6,06]

ESKP 5,43 [4,96; 5,90]

ESKP 6,28 [5,96; 6,60]

CAU 5,77 [5,28; 6,25]

CAU 5,58 [5,12; 6,05]

CAU 6,23 [5,91; 6,54]

EAS-UA	KI				EAS-ANT	KI				EAS-EIN	KI			
	b	p-Wert	2,5%	97,5%		b	p-Wert	2,5%	97,5%		b	p-Wert	2,5%	97,5%
Gruppe	0,16	0,627	-0,49	0,80	Gruppe	-0,03	0,930	-0,65	0,59	Gruppe	-0,05	0,857	-0,62	0,52
Baseline	0,34	0,009	0,09	0,58	Baseline	0,29	0,037	0,02	0,56	Baseline	0,18	0,109	-0,04	0,41
Setting	-0,24	0,589	-1,11	0,64	Setting	-0,03	0,935	-0,89	0,82	Setting	-0,07	0,854	-0,88	0,73

Adjustierte Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle pro Gruppe

ESKP 5,68 [5,13; 6,23]

ESKP 5,54 [5,02; 6,06]

ESKP 4,67 [4,18; 5,16]

CAU 5,84 [5,30; 6,38]

CAU 5,51 [4,98; 6,04]

CAU 4,62 [4,13; 5,10]

Anmerkungen. Höhere Werte der EAS Skalen zeigen eine bessere emotionale Verfügbarkeit an. EAS-MF Mütterliche Feingefühligkeit, EAS-STR Strukturierungsfähigkeit, EAS-UA Unaufdringlichkeit, EAS-WW Wohlwollen, EAS-ANT Antwortbereitschaft des Kindes, EAS-EIN Einbezug der Mutter das Kind, b Parameterschätzer des Modells, KI Konfidenzintervall, 2,5% Untergrenze der 95% KI, 97,5% Obere Grenze des 95% KI.

Hinweise zu Moderatoranalysen und Modellvergleichen

In den folgenden Tabellen sind die Analysen des primären Endpunktes und der sekundären Endpunkte des RCT Erwachsene dargestellt. Die Auswertestrategie umfasste Modellvergleiche, welche die Angemessenheit des Hinzufügens von Moderatoreffekten zu den einfachen Modellen (Model 1, M1, bzw. Model 5, M5, für die längsschnittlichen Modelle) prüft. Diese Modellvergleiche wurden mittels Likelihood-Ratio-Tests (LRT) durchgeführt, welche als Prüfgröße einen Chi²-Wert ausweisen.

Zunächst wurde das Ausgangsmodell M1 berechnet, welches den interessierenden Gruppeneffekte (ESKP vs. CAU) und dazu das Setting als Stratifizierungsvariable und als weiteren Prädiktor die Baselinewerte des jeweiligen Endpunktes umfasste. Model 2 erweiterte M1 um den Interaktionsterm Gruppe*Setting zum Prüfen der Moderatorhypothese für das Setting. Damit unterscheiden sich M1 und M2 um einen Prädiktor, und der LRT kann mit df=1 berechnet werden. Für Model 3 und Model 4 ist das Vorgehen analog, nur das in diesen Vergleichen das Ausgangsmodell (M1a bzw. M1b) bereits den Prädiktor AAI-Bindung bzw. AAI-RF enthielt – um spezifisch auf das Vorliegen des Moderatoreffektes testen zu können. Für die längsschnittliche Betrachtung wird ein linear gemischtes Basismodell berechnet (Model 5, M5), welches zusätzlich die Zeitpunkte variiert. Für die Prüfung möglicher Moderatoreffekte wird dieses Modell wiederum um den Interaktionsterm Gruppe*Setting erweitert (Model 6, M6). Auch hier wird der LRT mit df=1 berechnet. Ein Wert von p < 0,05 im LRT indiziert das Vorliegen eines Moderatoreffektes. Nur in diesem Fall wurde zur Evaluation dieses Moderatoreffektes der Interaktionsterm anhand zweier post-hoc Vergleiche, korrigiert nach Bonferroni für 2 Mehrfachvergleiche, weiter untersucht. Die Ergebnisse dieser Analysen sind in den Tabellen 11.2.9 bis 11.2.14 dargestellt.

Beispielhaft sei dieses Vorgehen für den primären Endpunkt hier dargestellt.

M1: EAS-MF(T1) ~ Gruppe + Setting + EAS-MF(T0)

M2: EAS-MF(T1) ~ Gruppe + Setting + EAS-MF(T0) + Gruppe*Setting

M1a: EAS-MF(T1) ~ Gruppe + Setting + EAS-MF(T0) + AAI-Bindung

M3: EAS-MF(T1) ~ Gruppe + Setting + EAS-MF(T0) + AAI-Bindung + Gruppe*AAI-Bindung

M1b: EAS-MF(T1) ~ Gruppe + Setting + EAS-MF(T0) + AAI-RF

M4: EAS-MF(T1) ~ Gruppe + Setting + EAS-MF(T0) + AAI-RF + Gruppe*AAI-RF

M5: EAS-MF ~ Gruppe + Setting + EAS-MF(T0) + Zeit + Zeit*Gruppe + (1|ID)

M6: EAS-MF ~ Gruppe + Setting + EAS-MF(T0) + Zeit + Zeit*Gruppe + Gruppe*Setting (1|ID)

Tabelle 11.2.9 Moderatoranalysen des primären Endpunktes und der emotionalen Verfügbarkeit (EAS) zu T1 mit dem Setting als Moderator nach Intent-To-Treat Prinzip

Mütterliche Feinfühligkeit (EAS-MF)					Strukturierungsfähigkeit (EAS-STR)					Unaufdringlichkeit (EAS-UA)				
	b	p-Wert	KI			b	p-Wert	KI			b	p-Wert	KI	
			2,5%	97,5%				2,5%	97,5%				2,5%	97,5%
Gruppe	0,05	0,818	-0,36	0,45	Gruppe	0,17	0,363	-0,20	0,55	Gruppe	0,14	0,326	-0,14	0,41
Baseline	0,42	0,001	0,17	0,67	Baseline	0,56	0,000	0,32	0,81	Baseline	0,24	0,044	0,01	0,47
Setting	0,12	0,548	-0,29	0,53	Setting	0,07	0,712	-0,31	0,45	Setting	-0,13	0,341	-0,39	0,14
Gruppe*	0,25	0,216	-0,15	0,65	Gruppe*	0,36	0,062	-0,02	0,73	Gruppe*	0,18	0,187	-0,09	0,45
Setting					Setting					Setting				

Modellvergleiche mittels LRT (df=1)					
	Chi2	p-Wert		Chi2	p-Wert
M2-M1	1,66	0,198	M2-M1	3,76	0,052
M3-M1a	0,02	0,893	M3-M1a	0,07	0,798
M4-M1b	0,11	0,740	M4-M1b	0,64	0,423

Wohllöwen (EAS-WW)					Antwortbereitschaft des Kindes (EAS-ANT)					Einbezug der Mutter (EAS-EIN)				
	b	p-Wert	KI			b	p-Wert	KI			b	p-Wert	KI	
			2,5%	97,5%				2,5%	97,5%				2,5%	97,5%
Gruppe	0,16	0,478	-0,28	0,60	Gruppe	0,30	0,167	-0,13	0,72	Gruppe	0,40	0,040	0,02	0,77
Baseline	0,32	0,011	0,08	0,57	Baseline	0,29	0,032	0,03	0,56	Baseline	0,20	0,071	-0,02	0,41
Setting	0,15	0,498	-0,28	0,58	Setting	0,07	0,754	-0,36	0,49	Setting	0,09	0,654	-0,30	0,47
Gruppe*	0,34	0,122	-0,09	0,77	Gruppe*	0,45	0,034	0,04	0,86	Gruppe*	0,55	0,005	0,17	0,93
Setting					Setting					Setting				

Post-hoc Gruppenvergleiche (korrigiert für n = 2 Vergleiche nach Bonferroni)					
	df	t	p		df
Setting „stationär“	68	1,93	0,115	Setting „stationär“	68
Setting „nicht-stationär“	68	-0,94	0,701	Setting „nicht-stationär“	68

Modellvergleiche mittels LRT (df=1)					
	Chi2	p-Wert		Chi2	p-Wert
M2-M1	2,59	0,108	M2-M1	4,88	0,027
M3-M1a	0,09	0,763	M3-M1a	0,00	0,996
M4-M1b	0,02	0,904	M4-M1b	0,45	0,502

Anmerkungen: Siehe Beschreibung vor Tabelle 11.2.8, b Parameterschätzer des Modells, KI Konfidenzintervall, 2,5% Untere Grenze der 95% KI, 97,5% Obere Grenze des 95% KI

Tabelle 11.2.10 Längsschnittliche Analysen der Skalen zur emotionalen Verfügbarkeit (EAS) mit linear gemischten Regressionsmodellen nach Intent-To-Treat Prinzip

Mütterliche Feinfühligkeit (EAS-MF)					Strukturierungsfähigkeit (EAS-STR)					Unaufdringlichkeit (EAS-UA)				
	b	p-Wert	KI			b	p-Wert	KI			b	p-Wert	KI	
			2,5%	97,5%				2,5%	97,5%				2,5%	97,5%
Gruppe	0,12	0,448	-0,18	0,42	Gruppe	0,246	0,114	-0,05	0,54	Gruppe	-0,08	0,303	-0,23	0,07
Baseline	0,36	0,000	0,18	0,54	Baseline	0,330	0,001	0,15	0,51	Baseline	0,31	0,002	0,13	0,49
Zeit	0,04	0,718	-0,17	0,24	Zeit	0,017	0,873	-0,18	0,22	Zeit	0,04	0,580	-0,10	0,19
Setting	0,09	0,584	-0,22	0,39	Setting	-0,020	0,898	-0,32	0,28	Setting	-0,14	0,222	-0,35	0,08
Gruppe*Zeit	0,06	0,558	-0,14	0,27	Gruppe*Zeit	0,046	0,659	-0,16	0,25	Gruppe*Zeit	0,08	0,286	-0,07	0,23
Gruppe*Setting	0,42	0,008	0,13	0,72	Gruppe*Setting	0,484	0,002	0,19	0,78	Gruppe*Setting				

Post-hoc Gruppenvergleiche (korrigiert für n = 2 Vergleiche nach Bonferroni)

Setting „stationär“ (df=72,6)	t = 1,86	p = 0,133	Setting „stationär“ (df=72,9)	t = 2,53	p = 0,037
Setting „nicht-stationär“ (df=66)	t = -2,63	p = 0,021	Setting „nicht-stationär“ (df=65,5)	t = -2,11	p = 0,077

Modellvergleiche mittels LRT (df=1)

	Chi2	p-Wert		Chi2	p-Wert		Chi2	p-Wert
M6-M5	5,31	0,021	M6-M5	7,68	0,006	M6-M5	0,68	0,411

Wohlfühlen (EAS-WW)					Antwortbereitschaft des Kindes (EAS-ANT)					Einbezug der Mutter (EAS-EIN)				
	b	p-Wert	KI			b	p-Wert	KI			b	p-Wert	KI	
			2,5%	97,5%				2,5%	97,5%				2,5%	97,5%
Gruppe	-0,12	0,349	-0,36	0,12	Gruppe	0,21	0,226	-0,12	0,53	Gruppe	0,28	0,077	-0,02	0,58
Baseline	0,34	0,001	0,16	0,53	Baseline	0,21	0,040	0,02	0,41	Baseline	0,22	0,014	0,05	0,38
Zeit	0,15	0,179	-0,07	0,37	Zeit	-0,04	0,678	-0,23	0,15	Zeit	-0,29	0,002	-0,47	-0,12
Setting	0,11	0,537	-0,23	0,46	Setting	0,02	0,927	-0,31	0,34	Setting	0,15	0,351	-0,15	0,45
Gruppe*Zeit	0,02	0,837	-0,20	0,24	Gruppe*Zeit	0,15	0,111	-0,03	0,34	Gruppe*Zeit	0,15	0,101	-0,03	0,33
Gruppe*Setting					Gruppe*Setting	0,52	0,002	0,20	0,83	Gruppe*Setting	0,59	0,000	0,29	0,89

Post-hoc Gruppenvergleiche (korrigiert für n = 2 Vergleiche nach Bonferroni)

Setting „stationär“ (df=68)	t = 2,33	p = 0,045	Setting „stationär“ (df=68)	t = 3,01	p = 0,007
Setting „nicht-stationär“ (df=68)	t = -2,52	p = 0,038	Setting „nicht-stationär“ (df=68)	t = -2,70	p = 0,017

Modellvergleiche mittels LRT (df=1)

	Chi2	p-Wert		Chi2	p-Wert		Chi2	p-Wert
M6-M5	3,63	0,057	M6-M5	7,63	0,006	M6-M5	11,47	<0,001

Anmerkungen: Siehe Beschreibung vor Tabelle 11.2.8, b Parameterschätzer des Modells, KI Konfidenzintervall, 2,5% Untere Grenze der 95% KI, 97,5% Obere Grenze des 95% KI

Tabelle 11.2.11 Überblick über die primären Analysen der sekundären Endpunkte

PRFQ-PM	KI				PRFQ-CM	KI				PRFQ-IC	KI			
	b	p-Wert	2,5%	97,5%		b	p-Wert	2,5%	97,5%		b	p-Wert	2,5%	97,5%
Gruppe	-0,31	0,398	-1,04	0,42	Gruppe	0,59	0,301	-0,54	1,71	Gruppe	0,63	0,232	-0,41	1,68
Baseline	0,56	0,000	0,40	0,73	Baseline	0,64	0,000	0,47	0,80	Baseline	0,62	0,000	0,41	0,83
Setting	-0,90	0,115	-2,03	0,23	Setting	-1,30	0,139	-3,03	0,43	Setting	1,19	0,148	-0,43	2,80

EBI	KI				BSCL	KI				SFS	KI			
	b	p-Wert	2,5%	97,5%		B	p-Wert	2,5%	97,5%		B	p-Wert	2,5%	97,5%
Gruppe	-0,23	0,779	-1,82	1,37	Gruppe	0,70	0,463	-1,20	2,60	Gruppe	-1,08	0,531	-4,50	2,34
Baseline	0,58	0,000	0,31	0,85	Baseline	0,91	0,000	0,67	1,16	Baseline	0,703	0,000	0,52	0,89
Setting	-1,35	0,281	-3,83	1,13	Setting	-2,86	0,057	-5,81	0,09	Setting	2,06	0,440	-3,24	7,36

EBDS*	KI					ASQ*	KI					CBCL	KI			
	B	p-Wert	OR	2,5%	97,5%		B	p-Wert	OR	2,5%	97,5%		b	p-Wert	2,5%	97,5%
Gruppe	-0,27	0,378	0,76	0,40	1,38	Gruppe	0,01	0,981	1,01	0,54	1,92	Gruppe	-0,74	0,840	-8,60	7,12
Baseline	0,26	0,001	1,30	1,14	1,53	Baseline	2,01	0,002	7,49	2,28	30,50	Setting	-2,16	0,667	-12,93	8,60
Setting	-0,43	0,361	0,65	0,24	1,57	Setting	-0,15	0,769	0,86	0,34	2,62					

IES*	KI					M.I.N.I.*	KI				
	B	p-Wert	OR	2,5%	97,5%		B	p-Wert	OR	2,5%	97,5%
Gruppe	-0,17	0,560	0,85	0,48	1,49	Gruppe	-0,02	0,957	0,98	0,54	1,79
Baseline	0,14	0,007	1,16	1,05	1,30	Baseline	0,53	0,002	1,69	1,24	2,44
Setting	-0,07	0,880	0,94	0,40	2,42	Setting	-0,60	0,266	0,55	0,18	1,53

Anmerkungen: Siehe Beschreibung vor Tabelle 11.2.8. PRFQ-PM Prämentaliserende Modi, PRFQ-CM Certainty Mental States, PRFQ-IC interest Curiosity, EBI Elterlicher Stress Gesamtscore, BSCL Brief Symptom Checklist Global Score, EPDS Vorliegen einer Postpartalen Depression nach EPDS, IES Vorliegen eine Borderline Persönlichkeitsstörung nach IES-27, ASQ Vorliegen einer Angststörung nach ASQ-15, M.I.N.I. Vorliegen einer Diagnose nach strukturiertem M.I.N.I. Interview, SFS Fragebogen zur kindlichen Symptomatik, CBCL Psychopathologische Belastungen des Kindes, b Parameterschätzer des Modells, KI Konfidenzintervall, 2,5% Untere Grenze der 95% KI, 97,5% Obere Grenze des 95% KI. *logistische Regression. Für Logistische Regressionen sind zusätzlich die Odds Ratios (OR) und die Konfidenzintervalle der Odds Ratios dargestellt.

Tabelle 11.2.12 Überblick über die längsschnittlichen Analysen sekundärer Endpunkte mittels linearer gemischter Regressionsmodelle nach Intention-To-Treat Prinzip für die Skalen zur mütterlichen Mentalisierungsfähigkeit (PRFQ) und das Belastungserleben (EBI)

PRFQ-PM					PRFQ-CM					PRFQ-IC				
	b	p-Wert	KI			b	p-Wert	KI			b	p-Wert	KI	
			2,5%	97,5%				2,5%	97,5%				2,5%	97,5%
Gruppe	-0,40	0,165	-0,94	0,15	Gruppe	0,55	0,268	-0,40	1,51	Gruppe	0,50	0,256	-0,34	1,34
Baseline	0,54	0,000	0,42	0,67	Baseline	0,53	0,000	0,39	0,67	Baseline	0,65	0,000	0,48	0,81
Zeit	-0,13	0,614	-0,62	0,36	Zeit	0,46	0,200	-0,23	1,16	Zeit	-0,05	0,882	-0,65	0,56
Setting	-0,83	0,065	-1,68	0,03	Setting	-0,74	0,334	-2,20	0,73	Setting	0,91	0,179	-0,39	2,19
Gruppe*Zeit	0,10	0,697	-0,40	0,59	Gruppe*Zeit	0,10	0,779	-0,60	0,79	Gruppe*Zeit	-0,03	0,947	-0,62	0,61
Modellvergleiche mittels LRT (df=1)														
	Chi2	p-Wert				Chi2	p-Wert				Chi2	p-Wert		
M6-M5	0,63	0,427			M6-M5	1,61	0,204			M6-M5	1,11	0,293		

EBI				
	b	p-Wert	KI	
			2,5%	97,5%
Gruppe	-0,49	0,499	-1,87	0,89
Baseline	0,48	0,000	0,24	0,73
Zeit	0,01	0,990	-0,74	0,76
Setting	-1,45	0,186	-3,55	0,65
Gruppe*Zeit	0,33	0,400	-0,44	1,07

Modellvergleiche mittels LRT (df=1)

	Chi2	p-Wert
M6-M5	2,20	0,138

Anmerkungen: Siehe Beschreibung vor Tabelle 11.2.8. Dargestellt sind die festen Effekte der Prädiktoren, PRFQ-PM Prämentalierende Modi, PRFQ-CM Certainty Mental States, PRFQ-IC interest Curiosity, EBI Elterlicher Stress Gesamtscore, Zeit Unterschiede von T1 nach T2, b Parameterschätzer des Modells, KI Konfidenzintervall, 2,5% Untere Grenze der 95% KI, 97,5% Obere Grenze des 95% KI.

Tabelle 11.2.13 Überblick über Kovarianzanalysen der Skalen des Entwicklungstest ET 6-6-R zu T1

Körpermotorik					Handmotorik					Kognitive Entwicklung				
	b	p-Wert	KI			b	p-Wert	KI			b	p-Wert	KI	
			2,5%	97,5%				2,5%	97,5%				2,5%	97,5%
Gruppe	0,14	0,667	-0,50	0,78	Gruppe	0,41	0,301	-0,37	1,18	Gruppe	0,09	0,802	-0,62	0,80
Setting	-0,89	0,063	-1,82	0,05	Setting	-0,04	0,940	-1,18	1,09	Setting	0,42	0,418	-0,62	1,46

Sprache					Sozioemotionale Entwicklung				
	b	p-Wert	KI			B	p-Wert	KI	
			2,5%	97,5%				2,5%	97,5%
Gruppe	0,25	0,528	-0,54	1,05	Gruppe	-0,02	0,946	-0,71	0,66
Setting	0,60	0,308	-0,57	1,76	Setting	1,41	0,006	0,41	2,42

Tabelle 11.2.14 Überblick über längsschnittlichen Analysen der Skalen des Entwicklungstest ET 6-6-R zu T1 und T2 mittels linearer gemischter Regressionsmodelle

Körpermotorik					Handmotorik					Kognitive Entwicklung				
	B	p-Wert	KI			B	p-Wert	KI			b	p-Wert	KI	
			2,5%	97,5%				2,5%	97,5%				2,5%	97,5%
Gruppe	-0,21	0,477	-0,80	0,36	Gruppe	0,17	0,577	-0,41	0,74	Gruppe	0,180	0,549	-0,40	0,76
Zeit	0,33	0,152	-0,12	0,78	Zeit	-0,03	0,918	-0,52	0,47	Zeit	0,73	0,001	0,31	1,13
Setting	-0,26	0,557	-1,13	0,60	Setting	-0,17	0,702	-1,04	0,70	Setting	0,18	0,679	-0,67	1,04
Gruppe*Zeit	0,34	0,141	-0,11	0,79	Gruppe*Zeit	0,23	0,359	-0,26	0,73	Gruppe*Zeit	-0,07	0,732	-0,49	0,34

Sprache					Sozioemotionale Entwicklung				
	b	p-Wert	KI			B	p-Wert	KI	
			2,5%	97,5%				2,5%	97,5%
Gruppe	0,17	0,543	-0,37	0,71	Gruppe	0,07	0,786	-0,44	0,59
Zeit	0,32	0,262	-0,23	0,86	Zeit	0,09	0,729	-0,42	0,61
Setting	0,09	0,847	-0,77	0,94	Setting	0,85	0,045	0,04	1,66
Gruppe*Zeit	0,04	0,874	-0,50	0,59	Gruppe*Zeit	-0,14	0,609	-0,65	0,38

Anmerkungen: Siehe Beschreibung vor Tabelle 11.2.8. Dargestellt sind die festen Effekte der Prädiktoren, Zeit Unterschiede von T1 nach T2, b Parameterschätzer des Modells, KI Konfidenzintervall, 2,5% Untere Grenze der 95% KI, 97,5% Obere Grenze des 95% KI.

Tabelle 11.2.15 Dropoutanalysen (logistische Regressionen)

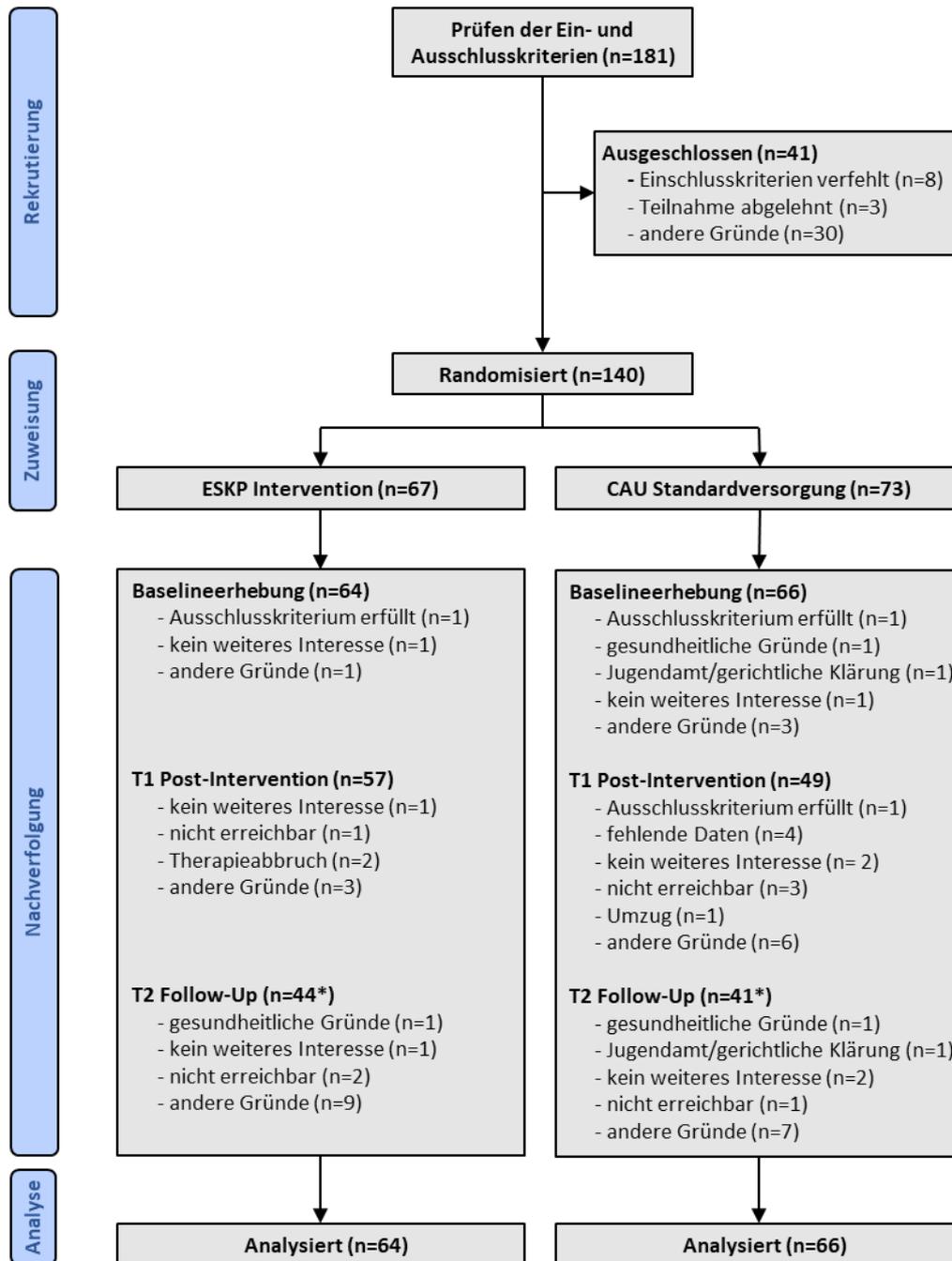
	T1			T2				T1			T2		
	b	z	p	b	z	p		b	z	p	b	z	p
Pandemie	-0,98	-2,24	0,025	-1,26	-3,16	0,002	Kind erwünscht	-0,81	-1,21	0,227	-0,89	-1,24	0,214
Gruppe	-0,16	-0,59	0,555	-0,05	-0,19	0,847	Gruppe	-0,26	-0,41	0,680	-0,55	-0,81	0,417
Pandemie*Gruppe	0,07	0,16	0,871	-0,01	-0,02	0,988	Kind erwünscht*Gruppe	0,29	0,43	0,665	0,68	0,95	0,344
Setting	-0,34	-0,95	0,344	0,29	0,99	0,324	Belast.Geb	-0,07	-0,14	0,885	-0,36	-0,83	0,408
Gruppe	-0,19	-0,54	0,591	-0,17	-0,59	0,558	Gruppe	0,52	1,26	0,209	0,30	0,86	0,388
Setting*Gruppe	0,01	0,04	0,971	-0,18	-0,62	0,537	Belast.Geb*Gruppe	-0,92	-1,82	0,069	-0,45	-1,03	0,303
Alter(Kind)	0,05	0,94	0,347	0,01	0,19	0,848	Anzahl Kinder(im Haushalt)	0,27	0,62	0,535	0,43	1,03	0,304
Gruppe	0,03	0,07	0,944	0,09	0,29	0,772	Gruppe	-0,31	-0,47	0,638	-0,81	-1,34	0,182
Alter(Kind)*Gruppe	-0,04	-0,69	0,489	-0,03	-0,54	0,591	Anzahl Kinder(Haushalt)*Gruppe	0,39	0,92	0,357	0,73	1,75	0,081
Geschlecht(Kind)	-0,66	-1,45	0,147	-0,37	-0,96	0,339	Finanzen	0,75	1,24	0,214	1,57	2,39	0,017
Gruppe	0,05	0,21	0,833	0,12	0,49	0,625	Gruppe	0,17	0,67	0,504	-0,01	-0,03	0,971
Geschlecht(Kind)*Gruppe	-0,69	-1,51	0,132	-0,39	-1,00	0,316	Finanzen*Gruppe	-1,17	-1,95	0,052	-0,50	-0,76	0,445
Alter(Mutter)	0,01	0,26	0,795	-0,07	-1,70	0,090							
Gruppe	0,66	0,46	0,648	1,71	1,24	0,217							
Alter(Mutter)*Gruppe	-0,03	-0,59	0,557	-0,06	-1,31	0,190							
Partnerschaft	-0,58	-0,93	0,355	-0,09	-0,15	0,880							
Gruppe	-0,20	-0,35	0,725	0,14	0,26	0,797							
Partnerschaft*Gruppe	0,14	0,23	0,820	-0,16	-0,26	0,796							

Tabelle 11.2.15 Dropoutanalysen (logistische Regressionen) (kont.)

	T1			T2				T1			T2		
	b	z	p	b	z	p		b	z	p	b	z	p
EAS-MF(T0)	-0,15	-0,77	0,442	0,04	0,23	0,818	IES(T0)	0,24	0,48	0,633	-0,20	-0,46	0,649
Gruppe	2,69	2,53	0,012	1,71	1,84	0,066	Gruppe	-0,11	-0,35	0,729	-0,02	-0,08	0,940
EAS-MF(T0)*Gruppe	-0,53	-2,71	0,007	-0,32	-1,94	0,053	IES(T0)*Gruppe	-0,20	-0,40	0,692	-0,17	-0,39	0,700
PRFQ-PM(T0)	0,08	1,46	0,145	0,05	1,14	0,256	ASQ(T0)	0,09	0,13	0,893	-0,43	-0,73	0,468
Gruppe	-0,50	-0,73	0,466	-0,48	-0,82	0,415	Gruppe	-0,47	-0,74	0,461	-0,88	-1,63	0,104
PRFQ-PM(T0)*Gruppe	0,02	0,38	0,701	0,03	0,65	0,518	ASQ(T0)*Gruppe	0,34	0,50	0,619	0,98	1,67	0,095
EBI(T0)	0,01	0,20	0,844	-0,03	-0,92	0,358	AAI-Bindung	-0,66	-1,32	0,186	-0,48	-1,04	0,300
Gruppe	2,25	0,81	0,421	-0,31	-0,13	0,894	Gruppe	-0,07	-0,27	0,789	-0,07	0,25	0,800
EBI(T0)*Gruppe	-0,04	-0,88	0,38	0,00	0,11	0,915	AAI-Bindung*Gruppe	-0,67	-1,34	0,179	-0,34	-0,84	0,400
EPDS(T0)	-0,29	-0,57	0,567	-0,25	-0,59	0,557	AAI-RF	-0,15	-1,36	0,174	-0,16	-1,71	0,088
Gruppe	-0,49	-1,29	0,197	-0,42	-1,33	0,183	Gruppe	0,43	1,00	0,320	0,03	0,08	0,934
EPDS(T0)*Gruppe	0,60	1,19	0,236	0,65	1,55	0,122	AAI-RF*Gruppe	-0,21	-1,91	0,056	-0,04	-0,37	0,715
BSCL(T0)	-0,00	-0,09	0,930	-0,01	-0,52	0,607	M.I.N.I.(T0)	-0,04	-0,08	0,940	0,38	0,78	0,438
Gruppe	-3,10	-1,41	0,158	-1,43	-0,80	0,424	Gruppe	-0,49	-1,03	0,302	-0,36	-0,83	0,408
BSCL(T0)*Gruppe	0,05	1,34	0,180	0,02	0,76	0,448	M.I.N.I.(T0)*Gruppe	0,42	0,79	0,427	0,42	0,88	0,380
SFS(T0)	0,02	1,70	0,089	0,00	0,36	0,722	DC: 0-5(T0)	-0,59	-1,05	0,295	-0,22	-0,46	0,649
Gruppe	0,53	0,37	0,712	-0,42	-0,37	0,713	Gruppe	-0,45	-1,51	0,131	0,06	0,21	0,837
SFS(T0)*Gruppe	-0,01	-0,53	0,599	0,00	0,31	0,761	DC: 0-5(T0)*Gruppe	0,02	0,03	0,976	0,25	0,52	0,604

b Parameterschätzer des Modells, z Wald-z, p Überschreitungswahrscheinlichkeit

Anhang 3: Ergänzende Tabellen und Abbildungen zum RCT Kinder



* Die Zahlen zu T2 können variieren, da auch solche Fälle in die Auswertung genommen werden, die zu T1 nicht erhoben werden konnten, jedoch insgesamt keinen Drop-Out darstellen.

Abbildung 11.3.1: Flowchart RCT Kinder

Tabelle 11.3.1 Soziodemographische Angaben RCT Kinder

	ITT			PP		
	ESKP	CAU	Gesamt	ESKP	CAU	Gesamt
Anzahl	67	73	140	55	53	108
Alter (Kind) in Monaten	17,6 (10,7)	19,0 (11,3)	18,3 (11,0)	17,8 (10,6)	19,1 (10,9)	18,4 (10,7)
Range			0 - 36			1 - 36
Alter der Mutter	33,6 (4,5)	33,7 (5,2)	33,6 (4,9)	33,4 (4,6)	33,7 (4,9)	33,6 (4,7)
Range			17 - 48			17 - 46
Anzahl Kinder im Haushalt	1,7 (0,9)	1,5 (0,7)	1,6 (0,7)	1,7 (0,9)	1,4 (0,7)	1,6 (0,8)
Geschlecht des Kindes (in %)	m w					
	51,5 48,5	59,7 40,3	55,8 44,2	50,9 49,1	56,6 43,4	53,7 46,3
N	34 32	43 29	77 61	28 27	30 23	58 50
War das Kind erwünscht? („JA“ Antworten in %)	100,0	91,5	95,7	100,0	94,1	92,2
Geburt als belastende Erfahrung gesehen? („JA“ in %)	47,9	48,1	48,0	45,2	45,0	45,1
Feste Partnerschaft (in %)	93,9	90,2	92,0	92,9	86,8	90,0
Finanzielle Situation						
Geregelt, ausreichend gutes Einkommen	83,7	84,0	83,8	83,3	81,1	82,3
Kritisch, sehr knappes Einkommen	16,2	16,0	16,1	16,7	18,9	17,7
Schulabschluss (in %)						
kein Schulabschluss	-	5,6	2,9	-	4,9	2,4
Hauptschulabschluss	4,1	9,3	6,8	4,7	7,3	6,0
Realschulabschluss/ Mittlere Reife	22,4	24,1	23,3	25,6	26,8	26,2
Abitur/Fachabitur	26,5	22,2	24,3	27,9	24,4	26,2
Hochschulabschluss	46,9	38,9	42,7	41,9	36,6	39,3

Anmerkungen. ITT =Auswertung nach Intention-To-Treat Prinzip, PP =Auswertung der per protocol Population, ESKP Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie, CAU ‚Care As Usual‘ Standardversorgung, w weiblich, m männlich

Tabelle 11.3.2 Baselinecharakteristika RCT Kinder

	ESKP	CAU
Setting		
stationär	11	13
ambulant	56	60
Gesamt	67	73
Diagnose		
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	7	4
nichtorganische Schlafstörungen (F51)	4	6
psychische Verhaltensstörungen im Wochenbett, nicht näher bezeichnet (F53.9)	2	1
emotionale Störungen des Kindesalters (F93)	4	2
Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit (F94)	0	1
andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98)	12	13
Fehlende Angabe*	38	46
Gesamt	67	73
psychisch erkrankte Mütter		
ICD-10 Diagnose gesamt	19	12

* diese Information ist in den verfügbaren Studienunterlagen nicht vermerkt, jedoch hat zu Einschluss eine kindliche ICD10 Diagnose vorgelegen.

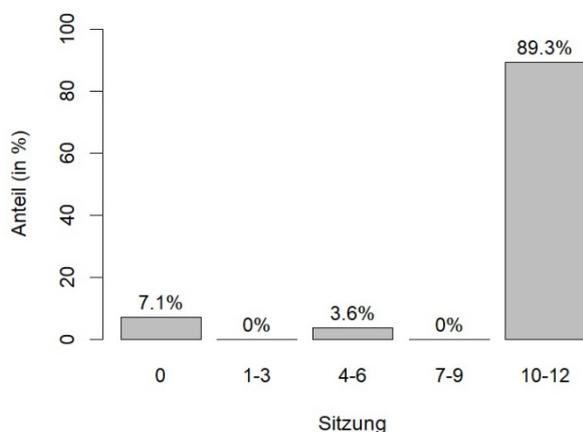


Abbildung 11.3.2: Darstellung der durchgeführten Sitzungen pro Dyade in % für das RCT Kinder. Die meisten Fälle haben alle 12 Sitzungen der ESKP-f Intervention in Anspruch genommen (=85,7%). 0 Sitzungen bedeutet hier einen Dropout vor der ersten Sitzung bzw. schon vor der Baseline-Erhebung.

Tabelle 11.3.3 Überblick über die primäre Analyse des primären Endpunktes mütterliche Feinfühligkeit zu T1 und die Sensitivitätsanalysen (RCT Kinder)

	Parameter	SE	t-Wert	p-Wert	95% KI Untere Grenze	Obere Grenze
ANCOVA nach Intention-To-Treat Prinzip (N = 140)						
Intercept	4,29	0,59	7,62	<0,001	3,13	5,46
Gruppe	-0,15	0,26	-0,58	0,564	-0,67	0,37
Setting	-0,13	0,33	-0,39	0,699	-0,78	0,53
Baseline EAS-MF	0,19	0,10	1,88	0,064	-0,01	0,40
Adjustierte Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle pro Gruppe						
ESKP 5,22 [4,80; 5,64]						
CA						
CAU 5,07 [4,65; 5,48]						
Sensitivitätsanalyse (Multiple Imputation, N = 140, m = 100, 5000 Iterationen, ITT Prinzip)						
Intercept	4,37	0,58	7,61	<0,001	3,23	5,52
Gruppe	-0,15	0,24	-0,65	0,516	-0,62	0,31
Setting	-0,07	0,32	-0,22	0,825	-0,70	0,56
Baseline EAS-MF	0,17	0,10	1,65	0,104	-0,04	0,38
Adjustierte Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle pro Gruppe						
ESKP 5,22 [4,81, 5,63]						
CA						
CAU 5,06 [4,68; 5,45]						
Sensitivitätsanalyse ANCOVA anhand der per-protocol Population (N = 99)						
Intercept	4,29	0,59	7,62	<0,001	3,13	5,46
Gruppe	-0,15	0,26	-0,58	0,564	-0,67	0,37
Setting	-0,13	0,33	-0,39	0,699	-0,78	0,53
Baseline EAS-MF	0,19	0,10	1,88	0,064	-0,01	0,40
Adjustierte Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle pro Gruppe						
ESKP 5,22 [4,80, 5,64]						
CA						
CAU 5,07 [4,65; 5,48]						

Anmerkungen: SE Standardfehler, KI Konfidenzintervall, m Anzahl der imputierten Datensätze

Tabelle 11.3.4 Überblick über die Veränderung Emotionalen Verfügbarkeit (EAS) im RCT Kinder

	Gruppe	Messzeitpunkt			Gruppenunterschiede			Effekte über die Zeit			Mittlere Differenz T2-T0	95% KI Untere	95% KI Obere
		T0	T1	T2	Mittlere Differenz T0	95% KI Untere	95% KI Obere	Mittlere Differenz T1-T0	95% KI Untere	95% KI Obere			
EAS-MF	ESKP	5,01 (1,31)	5,18 (1,34)	5,31 (1,20)	-0,39	-0,84	0,06	0,16	-0,31	0,64	0,29	-0,23	0,80
	CAU	5,40 (1,25)	5,07 (1,24)	5,11 (1,32)									
EAS-STR	ESKP	4,91 (1,24)	5,08 (1,25)	5,52 (1,15)	-0,40	-0,84	0,05	0,24	-0,20	0,68	0,64	0,18	1,12
	CAU	5,30 (1,28)	5,14 (1,12)	5,33 (1,18)								-0,12	-0,54
EAS-UA	ESKP	5,25 (1,41)	5,20 (1,49)	5,29 (1,39)	-0,11	-0,61	0,39	-0,07	-0,49	0,36	0,01	-0,50	0,53
	CAU	5,36 (1,41)	5,29 (1,60)	5,39 (1,28)									
EAS-WW	ESKP	5,99 (1,01)	5,98 (1,02)	5,85 (1,13)	-0,12	-0,47	0,24	-0,01	-0,33	0,35	-0,05	-0,47	0,38
	CAU	6,11 (1,01)	5,89 (1,07)	5,68 (1,27)									
EAS-ANT	ESKP	4,88 (1,36)	5,27 (1,21)	5,45 (1,03)	-0,31	-0,81	0,19	0,39	-0,12	0,91	0,54	0,04	1,03
	CAU	5,19 (1,47)	5,38 (1,26)	5,36 (1,35)								0,17	-0,31
EAS-EIN	ESKP	4,48 (1,37)	4,93 (1,08)	5,36 (1,22)	-0,17	-0,64	0,31	0,48	0,04	0,92	0,86	0,39	1,32
	CAU	4,65 (1,31)	5,04 (1,26)	5,29 (1,15)					0,35	-0,12		0,82	0,60
	ESKP	n=61	53	43									
	CAU	n=64	46	36									

Anmerkungen. Dargestellt sind einfache Mittelwerte (Standardabweichungen) für jeden Messzeitpunkt sowie einfache Gruppenvergleiche (ESKP-CAU) bzw. paarweise Vergleiche der Effekte über die Zeit im Vergleich zu den mittleren Baselineausprägungen des jeweiligen Endpunktes berechnet für jede Gruppe. Höhere Werte der EAS Skalen zeigen eine bessere emotionale Verfügbarkeit an.

EAS-MF Mütterliche Feinfühligkeit, EAS-STR Strukturierungsfähigkeit, EAS-UA Unaufdringlichkeit, EAS-WW Wohlwollen, EAS-ANT Antwortbereitschaft des Kindes, EAS-EIN Einbezug der Mutter das Kind, ESKP Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie, CAU ‚Care As Usual‘ Standardversorgung, T0 Baselineerhebung, T1 nach der Intervention, T2 12-Monats Follow-Up, n Anzahl, 95% KI Untere und Obere Grenze des 95% Konfidenzintervalls.

Tabelle 11.3.5 Mittlere Ausprägungen M(SD) im Entwicklungstest ET 6-6R

	Gruppe	Messzeitpunkt			Gruppenunterschiede			Effekte über die Zeit			Mittlere			95% KI			Anzahl n=		
		T0	T1	T2	Mittlere Differenz T0	95% KI Untere	Obere	Mittlere Differenz T1-T0	95% KI Untere	Obere	Mittlere Differenz T2-T0	95% KI Untere	Obere	T0	T1	T2			
ET KM	ESKP	9,07 (4,24)	8,75 (3,34)	9,79 (3,85)	0,79	-0,67	2,26	-0,70	-1,70	0,30	0,77	-0,50	2,04	55	48	42			
	CAU	8,28 (3,55)	9,28 (3,45)	10,8 (3,84)				0,77	-0,10	1,65	2,00	0,61	3,39	57	40	33			
ET HM	ESKP	9,45 (3,24)	9,15 (2,98)	10,1 (3,00)	-0,04	-1,29	1,22	-0,42	-1,50	0,67	0,77	-0,42	1,96	55	48	42			
	CAU	9,49 (3,44)	9,59 (2,77)	9,33 (3,00)				-0,25	-1,57	1,07	-0,35	-1,69	1,00	57	41	33			
ET KOG	ESKP	8,51 (3,32)	8,40 (3,21)	9,33 (3,53)	0,14	-1,10	1,38	-0,56	-1,60	0,48	0,49	-0,79	1,77	55	48	42			
	CAU	8,37 (3,30)	9,07 (3,11)	8,39 (3,53)				0,14	-0,92	1,20	0,00	-1,33	1,33	57	41	33			
ET SPR	ESKP	8,62 (3,75)	8,17 (3,49)	9,48 (3,08)	0,20	-1,11	1,51	-0,54	-1,38	0,31	0,85	-0,24	1,93	55	48	42			
	CAU	8,42 (3,23)	8,85 (3,08)	9,42 (2,70)				0,51	-0,57	1,60	1,31	-0,00	2,62	57	40	33			
ET SEM	ESKP	8,24 (3,03)	8,63 (2,89)	8,93 (3,18)	-0,27	-1,46	0,92	0,37	-0,33	1,08	0,18	-0,56	0,92	55	48	42			
	CAU	8,51 (3,27)	9,20 (2,96)	8,39 (2,96)				0,36	-0,57	1,29	-0,35	-1,53	0,84	55	41	33			

Anmerkungen. Dargestellt sind einfache Mittelwerte (Standardabweichungen) für jeden Messzeitpunkt sowie einfache Gruppenvergleiche (ESKP-CAU) bzw. paarweise Vergleiche der Effekte über die Zeit im Vergleich zu den mittleren Baselineausprägungen des jeweiligen Endpunktes berechnet für jede Gruppe. Höhere Werte im Entwicklungstest weisen auf einen höheren Entwicklungsstand hin.

ET-KM Entwicklungstest Körpermotorik, ET-HM Entwicklungstest Handmotorik, ET-KOG Entwicklungstest Kognitive Entwicklung, ET-SPR Entwicklungstest Sprachliche Entwicklung, ET-SEM Entwicklungstest Sozial-Emotionale Entwicklung, ESKP Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie, CAU ‚Care As Usual‘ Standardversorgung, T0 Baselineerhebung, T1 nach der Intervention, T2 12-Monats Follow-Up, n Anzahl, 95% KI Untere und Obere Grenze des 95% Konfidenzintervalls.

Tabelle 11.3.6 Überblick über die Veränderung der weiteren sekundären Endpunkte im RCT Kinder

Gruppe		Messzeitpunkt			Gruppenunterschiede			Effekte über die Zeit			Mittlere			95% KI			Anzahl n=		
		T0	T1	T2	Mittlere Differenz T0	95% KI Untere	95% KI Obere	Mittlere Differenz T1-T0	95% KI Untere	95% KI Obere	Mittlere Differenz T2-T0	95% KI Untere	95% KI Obere	T0	T1	T2			
PM	ESKP	10,5 (3,64)	11,0 (3,55)	11,0 (3,66)	-1,02	-2,5	0,47	0,69	-0,53	1,91	0,88	-0,42	2,18	61	45	42			
	CAU	11,5 (4,64)	11,6 (4,59)	11,3 (4,16)				-0,20	-1,42	1,02	-0,49	-1,69	0,72	63	40	36			
CM	ESKP	23,2 (5,67)	24,8 (5,58)	24,9 (6,31)	-1,15	-3,52	1,21	1,18	-0,48	2,83	1,31	-0,33	2,94	61	45	42			
	CAU	24,3 (7,48)	23,5 (7,07)	22,6 (7,04)				0,00	-1,41	1,41	-1,31	-3,02	0,39	63	40	36			
IC	ESKP	32,4 (5,47)	31,8 (5,43)	33,0 (5,19)	0,49	-1,45	2,43	-0,22	-1,65	1,20	1,17	-0,03	2,36	61	45	42			
	CAU	31,9 (5,42)	31,2 (5,22)	31,3 (5,91)				-0,38	-2,00	1,25	-0,34	-2,24	1,56	63	40	36			
EBI	ESKP	62,4 (8,95)	60,3 (9,50)	59,3 (9,27)	-1,05	-4,03	1,93	-2,59	-5,13	-0,04	-2,71	-5,35	-0,08	61	46	42			
	CAU	63,4 (7,79)	59,3 (11,6)	60,3 (9,95)				-3,67	-6,68	-0,67	-1,86	-4,15	0,43	63	43	37			
BSCL	ESKP	55,3 (11,8)	51,1 (12,4)		1,17	-2,90	5,24	-3,93	-6,00	-1,86				61	45				
	CAU	54,1 (11,1)	52,3 (12,5)					-0,50	-2,96	1,96				63	40				
EPDS	ESKP	9,08 (6,11)	7,20 (5,49)		0,24	-1,89	2,37	-1,43	-2,64	-0,23				61	44				
	CAU	8,84 (5,86)	6,80 (6,02)					-1,93	-3,23	-0,62				63	40				
IES	ESKP	14,8%	6,8%		8,3%	-3,1%	19,2%	6,8%	-17,6%	4,6%				61	44				
	CAU	6,5%	10,0%					5,0%	-6,6%	16,1%				62	40				
ASQ	ESKP	63,9%	50,0%		1,6%	-15,3%	18,5%	-15,9%	-29,9%	-5,0%				61	44				
	CAU	62,3%	42,5%					-17,5%	-32,7%	-6,0%				61	40				
MINI	ESKP	45,9%		34,1%	4,2%	-13,3%	21,5%				-5,0%	-19,4%	9,9%	61		41			
	CAU	41,7%		35,1%							15,2%	-1,8%	30,4%	60		37			
SFS	ESKP	103 (18,4)	92,8 (16,7)		2,84	-3,51	9,20	-11,18	-15,25	-7,11				61	45				
	CAU	100 (17,4)	91,0 (16,6)					-6,70	-10,23	-3,17				63	40				
CBCL	ESKP	52,5 (12,5)	49,7 (12,8)	48,3 (11,2)	0,24	-4,82	5,31	-2,85	-5,21	-0,49	-1,19	-5,53	3,15	39	33	40			
	CAU	52,3 (10,2)	49,6 (11,7)	50,7 (13,9)				-2,37	-4,91	0,17	-0,42	-4,69	3,86	41	29	35			
DC	ESKP	75,5%	81,8%	39,5%	1,5%	-15,5%	18,4%	4,7%	-9,3%	18,2%	-36,4%	-52,7%	-15,6%	49	55	43			
	CAU	74,0%	73,9%	47,4%				-8,6%	-28,5%	12,2%	-20,7%	-40,2%	1,5%	50	46	38			

Anmerkungen. Dargestellt sind einfache Mittelwerte (Standardabweichungen) für jeden Messzeitpunkt sowie einfache Gruppenvergleiche (ESKP-CAU) bzw. paarweise Vergleiche der Effekte über die Zeit im Vergleich zu den mittleren Baselineausprägungen des jeweiligen Endpunktes. Höhere Werte der CM und der IC Skalen des PRFQ zeigen eine bessere mütterliche reflexive Funktion (PRF) an, bei PM gelten niedrigere Werte als Hinweis auf eine bessere Mentalisierungsfähigkeit. Für die Skalen zur Symptombelastung zeigen niedrigere Werte eine verringerte Belastung an.

PM Prämentalisierende Modi (PRFQ), CM Certainty Mental States (PRFQ), IC interest Curiosity (PRFQ), EBI Elterlicher Stress Gesamtscore, BSCL Brief Symptom Checklist Global Score, EPDS Postpartale Depression, IEA Borderline Symptomatik, ASQ Angstsymptomatik, MINI strukturiertes Interview M.I.N.I., SFS Fragebogen zur kindlichen Symptomatik, CBCL Psychopathologische Belastungen des Kindes, DC Diagnose einer Regulationsstörung nach DC: 0-5 Interview, ESKP Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie, CAU ‚Care As Usual‘ Standardversorgung, T0 Baselineerhebung, T1 nach der Intervention, T2 12-Monats Follow-Up, n Anzahl, 95% KI Untere und Obere Grenze des 95% Konfidenzintervalls.

Tabelle 11.3.7 Analyse des primären Endpunktes und der sekundären Endpunkte zur emotionalen Verfügbarkeit zu T1 nach Intent-To-Treat Prinzip

EAS-MF	KI				EAS-STR	KI				EAS-WW	KI			
	b	p-Wert	2,5%	97,5%		b	p-Wert	2,5%	97,5%		b	p-Wert	2,5%	97,5%
Gruppe	-0,15	0,564	-0,6	0,37	Gruppe	-0,02	0,935	-0,50	0,46	Gruppe	-0,10	0,640	-0,52	0,32
Baseline	0,19	0,064	-0,01	0,40	Baseline	0,23	0,017	0,04	0,43	Baseline	0,24	0,018	0,04	0,44
Setting	-0,13	0,699	-0,78	0,53	Setting	0,01	0,977	-0,59	0,61	Setting	-0,06	0,835	-0,59	0,47

Adjustierte Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle pro Gruppe

ESKP 5,52 [4,80; 5,64]

ESKP 5,10 [4,72; 5,49]

ESKP 6,00 [5,66; 6,34]

CAU 5,07 [4,65; 5,48]

CAU 5,08 [4,71; 5,46]

CAU 5,90 [5,57; 6,24]

EAS-UA	KI				EAS-ANT	KI				EAS-EIN	KI			
	b	p-Wert	2,5%	97,5%		b	p-Wert	2,5%	97,5%		b	p-Wert	2,5%	97,5%
Gruppe	0,13	0,656	-0,46	0,73	Gruppe	0,11	0,671	-0,39	0,61	Gruppe	0,09	0,692	-0,37	0,56
Baseline	0,34	0,002	0,13	0,55	Baseline	0,11	0,233	-0,07	0,29	Baseline	0,20	0,028	0,02	0,37
Setting	0,28	0,460	-0,47	1,04	Setting	0,08	0,808	-0,55	0,71	Setting	0,28	0,344	-0,31	0,87

Adjustierte Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle pro Gruppe

ESKP 5,08 [4,60; 5,57]

ESKP 5,23 [4,83; 5,64]

ESKP 4,85 [4,47; 5,23]

CAU 5,22 [4,74; 5,70]

CAU 5,34 [4,94; 5,74]

CAU 4,94 [4,57; 5,31]

Anmerkungen. EAS-MF Mütterliche Feinfühligkeit, EAS-STR Strukturierungsfähigkeit, EAS-UA Unaufdringlichkeit, EAS-WW Wohlwollen, EAS-ANT Antwortbereitschaft des Kindes, EAS-EIN Einbezug der Mutter das Kind, b Parameterschätzer des Modells, KI Konfidenzintervall, 2,5% Untergrenze der 95% KI, 97,5% Obere Grenze des 95% KI.

Tabelle 11.3.8 Sensitivitätsanalyse des primären Endpunktes und der sekundären Endpunkte zur emotionalen Verfügbarkeit zu T1 (*per protocol* Population)

EAS-MF	KI				EAS-STR	KI				EAS-UA	KI			
	b	p-Wert	2,5%	97,5%		b	p-Wert	2,5%	97,5%		b	p-Wert	2,5%	97,5%
Gruppe	-0,15	0,564	-0,6	0,37	Gruppe	-0,02	0,935	-0,50	0,46	Gruppe	-0,10	0,640	-0,52	0,32
Baseline	0,19	0,064	-0,01	0,40	Baseline	0,23	0,017	0,04	0,43	Baseline	0,24	0,018	0,04	0,44
Setting	-0,13	0,699	-0,78	0,53	Setting	0,01	0,977	-0,59	0,61	Setting	-0,06	0,835	-0,59	0,47

Adjustierte Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle pro Gruppe

ESKP 5,52 [4,80; 5,64]

ESKP 5,10 [4,72; 5,49]

ESKP 6,00 [5,66; 6,34]

CAU 5,07 [4,65; 5,48]

CAU 5,08 [4,71; 5,46]

CAU 5,90 [5,57; 6,24]

EAS-UA	KI				EAS-ANT	KI				EAS-EIN	KI			
	b	p-Wert	2,5%	97,5%		B	p-Wert	2,5%	97,5%		B	p-Wert	2,5%	97,5%
Gruppe	0,13	0,656	-0,46	0,73	Gruppe	0,11	0,671	-0,39	0,61	Gruppe	0,09	0,692	-0,37	0,56
Baseline	0,34	0,002	0,13	0,55	Baseline	0,11	0,233	-0,07	0,29	Baseline	0,20	0,028	0,02	0,37
Setting	0,28	0,460	-0,47	1,04	Setting	0,08	0,808	-0,55	0,71	Setting	0,28	0,344	-0,31	0,87

Adjustierte Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle pro Gruppe

ESKP 5,08 [4,60; 5,57]

ESKP 5,23 [4,83; 5,64]

ESKP 4,85 [4,47; 5,23]

CAU 5,22 [4,74; 5,70]

CAU 5,34 [4,94; 5,74]

CAU 4,94 [4,57; 5,31]

Anmerkungen. EAS-MF Mütterliche Feinfühligkeit, EAS-STR Strukturierungsfähigkeit, EAS-UA Unaufdringlichkeit, EAS-WW Wohlwollen, EAS-ANT Antwortbereitschaft des Kindes, EAS-EIN Einbezug der Mutter das Kind, b Parameterschätzer des Modells, KI Konfidenzintervall, 2,5% Untergrenze der 95% KI, 97,5% Obere Grenze des 95% KI.

Hinweise zu Moderatoranalysen und Modellvergleichen

In den folgenden Tabellen sind die Analysen des primären Endpunktes und der sekundären Endpunkte des RCT Kinder dargestellt. Die Auswertestrategie umfasste Modellvergleiche, welche die Angemessenheit des Hinzufügens von Moderatoreffekten zu den einfachen Modellen (Model 1, M1, bzw. Model 5, M5, für die längsschnittlichen Modelle) prüft. Diese Modellvergleiche wurden mittels Likelihood-Ratio-Tests (LRT) durchgeführt, welche als Prüfgröße einen Chi²-Wert ausweisen.

Zunächst wurde das Ausgangsmodell M1 berechnet, welches den interessierenden Gruppeneffekte (ESKP vs. CAU) und dazu das Setting als Stratifizierungsvariable und als weiteren Prädiktor die Baselinewerte des jeweiligen Endpunktes umfasste. Model 2 erweiterte M1 um den Interaktionsterm Gruppe*Setting zum Prüfen der Moderatorhypothese für das Setting. Damit unterscheiden sich M1 und M2 um einen Prädiktor, und der LRT kann mit df=1 berechnet werden. Für Model 3 und Model 4 ist das Vorgehen analog, nur das in diesen Vergleichen das Ausgangsmodell (M1a bzw. M1b) bereits den Prädiktor AAI-Bindung bzw. AAI-RF enthielt – um spezifisch auf das Vorliegen des Moderatoreffektes testen zu können. Für die längsschnittliche Betrachtung wird ein linear gemischtes Basismodell berechnet (Model 5, M5), welches zusätzlich die Zeitpunkte variiert. Für die Prüfung möglicher Moderatoreffekte wird dieses Modell wiederum um den Interaktionsterm Gruppe*Setting erweitert (Model 6, M6). Auch hier wird der LRT mit df=1 berechnet. Ein Wert von $p < 0,05$ im LRT indiziert das Vorliegen eines Moderatoreffektes. Nur in diesem Fall wurde zur Evaluation dieses Moderatoreffektes der Interaktionsterm anhand zweier post-hoc Vergleiche, korrigiert nach Bonferroni für 2 Mehrfachvergleiche, weiter untersucht. Die Ergebnisse dieser Analysen sind in den Tabellen 11.3.9 bis 11.3.15 dargestellt.

Beispielhaft sei dieses Vorgehen für den primären Endpunkt hier dargestellt.

- M1: EAS-MF(T1) ~ Gruppe + Setting + EAS-MF(T0)
- M2: EAS-MF(T1) ~ Gruppe + Setting + EAS-MF(T0) + Gruppe*Setting

- M1a: EAS-MF(T1) ~ Gruppe + Setting + EAS-MF(T0) + AAI-Bindung
- M3: EAS-MF(T1) ~ Gruppe + Setting + EAS-MF(T0) + AAI-Bindung + Gruppe*AAI-Bindung

- M1b: EAS-MF(T1) ~ Gruppe + Setting + EAS-MF(T0) + AAI-RF
- M4: EAS-MF(T1) ~ Gruppe + Setting + EAS-MF(T0) + AAI-RF + Gruppe*AAI-RF

- M5: EAS-MF ~ Gruppe + Setting + EAS-MF(T0) + Zeit + Zeit*Gruppe + (1|ID)
- M6: EAS-MF ~ Gruppe + Setting + EAS-MF(T0) + Zeit + Zeit*Gruppe + Gruppe*Setting (1|ID)

Tabelle 11.3.9 Moderatoranalysen des primären Endpunktes und der emotionalen Verfügbarkeit (EAS) zu T1 mit dem Setting als Moderator nach Intent-To-Treat Prinzip

EAS-MF	KI				EAS-STR	KI				EAS-UA	KI			
	b	p-Wert	2,5%	97,5%		b	p-Wert	2,5%	97,5%		b	p-Wert	2,5%	97,5%
Gruppe	0,01	0,963	-0,32	0,34	Gruppe	-0,04	0,785	-0,35	0,26	Gruppe	0,08	0,557	-0,19	0,35
Baseline	0,19	0,065	-0,01	0,40	Baseline	0,23	0,021	0,04	0,42	Baseline	0,24	0,021	0,04	0,44
Setting	0,05	0,754	-0,28	0,38	Setting	-0,01	0,926	-0,32	0,29	Setting	0,03	0,809	-0,24	0,30
Gruppe*	-0,11	0,504	-0,44	0,22	Gruppe*	-0,08	0,588	-0,38	0,22	Gruppe*	0,05	0,719	-0,22	0,32
Setting					Setting					Setting				

Modellvergleiche mittels LRT (df=1)

	Chi2	p-Wert		Chi2	p-Wert		Chi2	p-Wert
M2-M1	0,47	0,492	M2-M1	0,31	0,577	M2-M1	0,14	0,711
M3-M1a	0,17	0,683	M3-M1a	1,45	0,229	M3-M1a	0,06	0,802
M4-M1b	0,25	0,617	M4-M1b	0,59	0,442	M4-M1b	0,20	0,654

EAS-WW	KI				EAS-ANT	KI				EAS-EIN	KI			
	B	p-Wert	2,5%	97,5%		B	p-Wert	2,5%	97,5%		B	p-Wert	2,5%	97,5%
Gruppe	0,03	0,890	-0,36	0,41	Gruppe	-0,08	0,626	-0,40	0,24	Gruppe	-0,05	0,756	-0,35	0,25
Baseline	0,33	0,002	0,12	0,54	Baseline	0,11	0,239	-0,07	0,29	Baseline	0,19	0,029	0,02	0,37
Setting	-0,13	0,518	-0,51	0,26	Setting	-0,04	0,789	-0,36	0,28	Setting	-0,14	0,349	-0,44	0,16
Gruppe*	0,15	0,430	-0,23	0,54	Gruppe*	-0,04	0,802	-0,36	0,28	Gruppe*	0,00	0,999	-0,30	0,30
Setting					Setting					Setting				

Modellvergleiche mittels LRT (df=1)

	Chi2	p-Wert		Chi2	p-Wert		Chi2	p-Wert
M2-M1	0,66	0,417	M2-M1	0,07	0,797	M2-M1	0,00	0,999
M3-M1a	0,33	0,567	M3-M1a	0,00	0,950	M3-M1a	0,18	0,669
M4-M1b	1,17	0,279	M4-M1b	0,09	0,766	M4-M1b	0,01	0,930

Anmerkungen: Siehe Beschreibung vor Tabelle 11.3.8, b Parameterschätzer des Modells, KI Konfidenzintervall, 2,5% Untere Grenze der 95% KI, 97,5% Obere Grenze des 95% KI

Tabelle 11.3.10 Längsschnittliche Analysen der Skalen zur emotionalen Verfügbarkeit (EAS) mit linear gemischten Regressionsmodellen nach Intent-To-Treat Prinzip

Mütterliche Feinfühligkeit (EAS-MF)					Strukturierungsfähigkeit (EAS-STR)					Unaufdringlichkeit (EAS-UA)				
	b	p-Wert	KI			b	p-Wert	KI			b	p-Wert	KI	
			2,5%	97,5%				2,5%	97,5%				2,5%	97,5%
Gruppe	0,12	0,275	-0,09	0,32	Gruppe	0,08	0,396	-0,10	0,27	Gruppe	0,07	0,447	-0,11	0,25
Baseline	0,24	0,004	0,08	0,40	Baseline	0,26	0,001	0,11	0,40	Baseline	0,32	0,000	0,15	0,49
Zeit	-0,05	0,545	-0,21	0,11	Zeit	-0,16	0,042	-0,32	-0,01	Zeit	0,08	0,241	-0,05	0,21
Setting	-0,08	0,534	-0,34	0,18	Setting	-0,06	0,649	-0,29	0,18	Setting	-0,04	0,717	-0,27	0,19
Gruppe*Zeit	-0,05	0,585	-0,20	0,12	Gruppe*Zeit	-0,07	0,390	-0,22	0,09	Gruppe*Zeit	-0,03	0,686	-0,16	0,11
Modellvergleiche mittels LRT (df=1)														
	Chi2	p-Wert				Chi2	p-Wert				Chi2	p-Wert		
M6-M5	0,08	0,784			M6-M5	0,00	0,995			M6-M5	0,08	0,782		
Wohllollen (EAS-WW)					Antwortbereitschaft des Kindes (EAS-ANT)					Einbezug der Mutter (EAS-EIN)				
	B	p-Wert	KI			B	p-Wert	KI			B	p-Wert	KI	
			2,5%	97,5%				2,5%	97,5%				2,5%	97,5%
Gruppe	-0,05	0,692	-0,28	0,19	Gruppe	0,01	0,962	-0,19	0,20	Gruppe	-0,01	0,964	-0,20	0,19
Baseline	0,34	0,000	0,18	0,51	Baseline	0,15	0,033	0,02	0,30	Baseline	0,20	0,007	0,06	0,35
Zeit	-0,03	0,689	-0,20	0,13	Zeit	-0,05	0,523	-0,21	0,11	Zeit	-0,17	0,017	-0,31	-0,03
Setting	-0,11	0,482	-0,41	0,19	Setting	-0,16	0,206	-0,41	0,08	Setting	-0,17	0,178	-0,42	0,07
Gruppe*Zeit	-0,01	0,905	-0,18	0,16	Gruppe*Zeit	-0,06	0,430	-0,22	0,10	Gruppe*Zeit	-0,05	0,499	-0,18	0,09
Modellvergleiche mittels LRT (df=1)														
	Chi2	p-Wert				Chi2	p-Wert				Chi2	p-Wert		
M6-M5	0,01	0,931			M6-M5	0,18	0,668			M6-M5	0,23	0,634		

Anmerkungen: Siehe Beschreibung vor Tabelle 11.3.8, b Parameterschätzer des Modells, KI Konfidenzintervall, 2,5% Untere Grenze der 95% KI, 97,5% Obere Grenze des 95% KI

Tabelle 11.3.11 Überblick über die primären Analysen (Kovarianzanalysen) der sekundären Endpunkte

PRFQ-PM					PRFQ-CM					PRFQ-IC				
	b	p-Wert	KI			b	p-Wert	KI			b	p-Wert	KI	
			2,5%	97,5%				2,5%	97,5%				2,5%	97,5%
Gruppe	0,69	0,170	-0,30	1,68	Gruppe	0,61	0,232	-0,40	1,61	Gruppe	0,01	0,976	-0,90	0,93
Baseline	0,55	0,000	0,34	0,76	Baseline	0,67	0,000	0,52	0,83	Baseline	0,60	0,000	0,43	0,77
Setting	-0,20	0,677	-1,17	0,76	Setting	0,09	0,889	-1,16	1,34	Setting	-1,60	0,007	-2,75	-0,46
Gruppe*	0,98	0,047 ^{a)}	0,01	1,95										
Setting														
	Chi2	p-Wert				Chi2	p-Wert				Chi2	p-Wert		
M2-M1	4,21	0,040			M2-M1	0,01	0,933			M2-M1	0,26	0,610		

EBI					BSCL					SFS				
	b	p-Wert	KI			B	p-Wert	KI			B	p-Wert	KI	
			2,5%	97,5%				2,5%	97,5%				2,5%	97,5%
Gruppe	0,74	0,434	-1,13	2,61	Gruppe	-1,74	0,027	-3,27	-0,21	Gruppe	-1,31	0,298	-3,80	1,18
Baseline	0,76	0,000	0,55	0,96	Baseline	0,85	0,000	0,72	0,99	Baseline	0,69	0,000	0,55	0,83
Setting	-0,91	0,459	-3,35	1,53	Setting	-1,97	0,044	-3,89	-0,05	Setting	-0,36	0,818	-3,42	2,71
	Chi2	p-Wert				Chi2	p-Wert				Chi2	p-Wert		
M2-M1	0,08	0,773			M2-M1	0,88	0,347			M2-M1	1,67	0,196		

CBCL ^{b)}				
	B	p-Wert	KI	
			2,5%	97,5%
Gruppe	-0,00	0,997	-1,76	1,75
Baseline	0,95	0,000	0,80	1,10
Setting	0,91	0,404	-1,27	3,10

Anmerkungen: Siehe Beschreibung vor Tabelle 11.3.8. PRFQ-PM Prämentalisierende Modi, PRFQ-CM Certainty Mental States, PRFQ-IC interest Curiosity, EBI Elterlicher Stress Gesamtscore, BSCL Brief Symptom Checklist Global Score, SFS Fragebogen zur kindlichen Symptomatik, CBCL Psychopathologische Belastungen des Kindes, b Parameterschätzer des Modells, KI Konfidenzintervall, 2,5% Untere Grenze der 95% KI, 97,5% Obere Grenze des 95% KI.

a) post-hoc Vergleiche: Setting „stationär“ ESKP-CAU (df=80), $t = 1,981$, $p = 0,124$; „nicht stationär“ ESKP-CAU (df=80), $t = -0,676$, $p = 0,896$

b) für die CBCL zu t1 kann keine Moderation mit Setting berechnet werden, da im stationären Setting nur n=3 Fälle im Modell nach ITT enthalten sind.

Tabelle 11.3.12 Überblick über die Analysen der dichotomen sekundären Endpunkte mittels logistischer Regressionen

EPDS						ASQ						IES					
	b	p-Wert	OR	KI 2,5%	97,5%		b	p-Wert	OR	KI 2,5%	97,5%		b	p-Wert	OR	KI 2,5%	97,5%
Gruppe	0,50	0,224	1,65	0,76	3,96	Gruppe	0,39	0,234	1,48	0,79	2,93	Gruppe	-0,47	0,344	0,62	0,21	1,62
Baseline	0,37	0,000	1,45	1,24	1,80	Baseline	0,25	0,000	1,28	1,17	1,43	Baseline	0,12	0,002	1,13	1,06	1,24
Setting	-0,75	0,160	0,47	0,15	1,26	Setting	-0,19	0,658	0,83	0,35	1,90	Setting	0,03	0,955	1,04	0,23	3,00

M.I.N.I.						DC: 0-5					
	b	p-Wert	OR	KI 2,5%	97,5%		B	p-Wert	OR	KI 2,5%	97,5%
Gruppe	0,29	0,443	1,33	0,66	2,96	Gruppe	0,40	0,158	1,49	0,86	2,64
Baseline	1,50	0,000	4,47	2,39	10,70	Baseline	1,26	0,034	3,54	1,09	11,67
Setting	-1,61	0,038	0,20	0,03	0,71	Setting	0,24	0,588	1,27	0,58	3,44

Anmerkung: Siehe Beschreibung vor Tabelle 11.3.8. Fallzahlen im stationären Setting zu gering für Untersuchung möglicher Moderatoreffekte des Settings bei den dichotomen Endpunkten. EPDS Vorliegen einer Postpartalen Depression nach EPDS, IES Vorliegen eine Borderline Persönlichkeitsstörung nach IES-27, ASQ Vorliegen einer Angststörung nach ASQ-15, M.I.N.I. Vorliegen einer Diagnose einer mütterlichen psychopathologischen Störung nach strukturiertem M.I.N.I. Interview, DC: 0-5 Vorliegen einer Diagnose einer kindlichen Regulationsstörung nach DC: 0-5 Interview, OR Odds Ratios, b Parameterschätzer des Modells, KI Konfidenzintervall für die Odds Ratios, 2,5% Untere Grenze der 95% KI, 97,5% Obere Grenze des 95% KI.

Tabelle 11.3.13 Überblick über die längsschnittlichen Analysen mittels linearer gemischter Regressionsmodelle nach Intention-To-Treat Prinzip für die Skalen zur mütterlichen Mentalisierungsfähigkeit (PRFQ), zum mütterlichen Belastungserleben (EBI), zu kindlichen Problemen (CBCL) und dem Vorliegen einer kindlichen Diagnose nach DC: 0-5

PRFQ-PM	Parameter	p-Wert	2,5%	97,5%	PRFQ-CM	Parameter	p-Wert	2,5%	97,5%	PRFQ-IC	Parameter	p-Wert	2,5%	97,5%	
Gruppe	0,16	0,605	-0,43	0,75	Gruppe	0,86	0,051	0,03	1,71	Gruppe	0,25	0,537	-0,53	1,017	
Baseline	0,51	0,000	0,36	0,67	Baseline	0,68	0,000	0,55	0,81	Baseline	0,62	0,000	0,47	0,762	
Zeit	0,10	0,664	-0,37	0,57	Zeit	0,25	0,393	-0,32	0,82	Zeit	-0,34	0,183	-0,84	0,161	
Setting	-0,58	0,132	-1,33	0,16	Setting	0,11	0,844	-0,97	1,19	Setting	-1,64	0,002	-2,63	-0,652	
Gruppe*Zeit	-0,05	0,829	-0,53	0,41	Gruppe*Zeit	-0,25	0,403	-0,82	0,32	Gruppe*Zeit	-0,23	0,381	-0,74	0,270	
Modellvergleiche mittels LRT (df=1)															
	Chi2	p-Wert				Chi2	p-Wert				Chi2	p-Wert			
M6-M5	1,60	0,205			M6-M5	0,150	0,698			M6-M5	0,182	0,670			
EBI	Parameter	p-Wert	2,5%	97,5%	CBCL	Parameter	p-Wert	2,5%	97,5%	DC: 0-5*	Parameter	p-Wert	OR	2,5%	97,5%
Gruppe	-0,16	0,827	-1,52	1,21	Gruppe	2,17	0,105	-0,33	4,67	Gruppe	-0,06	0,781	0,95	0,63	1,41
Baseline	0,77	0,000	0,61	0,92	Baseline	0,82	0,000	0,67	0,97	Baseline	0,88	0,000	2,40	1,63	3,76
Zeit	-0,26	0,634	-1,34	0,80	Zeit	-0,87	0,188	-2,11	0,44	Zeit	0,77	0,000	2,16	1,45	3,31
Setting	-0,67	0,474	-2,49	1,15	Setting	1,15	0,389	-1,37	3,68	Setting	0,04	0,123	1,04	0,60	1,85
Gruppe*Zeit	0,80	0,149	-0,27	1,88	Gruppe*Zeit	-0,19	0,771	-1,44	1,09	Gruppe*Zeit	0,42	0,043	1,52	1,02	2,30
					Gruppe*Setting	3,38	0,013	0,89	5,89						
Post-hoc Vergleiche (korrigiert für n = 2 Vergleiche nach Bonferroni)															
					stationär ESKP-CAU (df=56,0)		t= 2,28; p = 0,054			ESKP T1-T2	t=3,88	p = 0,002			
					nicht-stationär ESKP-CAU (df=56,6)		t= -1,21; p = 0,231			CAU T1-T2	t=1,25	p = 0,422			
Modellvergleiche mittels LRT (df=1)					Modellvergleiche mittels LRT (df=1)					Modellvergleiche mittels LRT (df=1)					
	Chi2	p-Wert				Chi2	p-Wert				Chi2	p-Wert			
M6-M5	0,50	0,478			M6-M5	6,88	0,009			M6-M5	0,10	0,748			

Anmerkungen: Siehe Beschreibung vor Tabelle 11.3.8. Dargestellt sind die festen Effekte der Prädiktoren, PRFQ-PM Prämentalisierende Modi, PRFQ-CM Certainty Mental States, PRFQ-IC Interest Curiosity, EBI Elterlicher Stress Gesamtscore, CBCL Psychopathologische Belastungen des Kindes, DC: 0-5 Vorliegen einer Diagnose einer kindlichen Regulationsstörung nach DC: 0-5 Interview, Zeit Unterschiede von T1 nach T2, KI Konfidenzintervall, 2,5% Untere Grenze der 95% KI, 97,5% Obere Grenze des 95% KI.

* Generalisiertes linear gemischtes Modell (GLMM, logistisch) mit Darstellung der Odds Ratios (OR)

Tabelle 11.3.14 Überblick über Kovarianzanalysen der Skalen des Entwicklungstest ET 6-6-R zu T1

Körpermotorik					Handmotorik					Kognitive Entwicklung				
	b	p-Wert	KI			b	p-Wert	KI			b	p-Wert	KI	
			2,5%	97,5%				2,5%	97,5%				2,5%	97,5%
Gruppe	-0,60	0,036	-1,16	-0,04	Gruppe	-0,25	0,451	-0,91	0,41	Gruppe	-0,47	0,150	-1,10	0,17
Baseline	0,54	0,000	0,38	0,70	Baseline	0,20	0,092	-0,03	0,44	Baseline	0,37	0,003	0,13	0,60
Setting	-0,51	0,209	-1,31	0,29	Setting	-0,45	0,316	-1,33	0,43	Setting	-0,85	0,052	-1,71	0,01
	Chi2	p-Wert				Chi2	p-Wert				Chi2	p-Wert		
M2-M1	0,07	0,793			M2-M1	0,01	0,936			M2-M1	0,33	0,565		
Sprache					Sozioemotionale Entwicklung									
	B	p-Wert	KI			B	p-Wert	KI						
			2,5%	97,5%				2,5%	97,5%					
Gruppe	-0,55	0,072	-1,15	0,05	Gruppe	-0,12	0,633	-0,64	0,39					
Baseline	0,58	0,000	0,39	0,78	Baseline	0,66	0,000	0,47	0,84					
Setting	-0,20	0,628	-1,01	0,62	Setting	0,34	0,324	-0,34	1,03					
	Chi2	p-Wert				Chi2	p-Wert							
M2-M1	0,01	0,923			M2-M1	0,65	0,420							

Anmerkungen: Siehe Beschreibung vor Tabelle 11.3.8. b Parameterschätzer des Modells, KI Konfidenzintervall, 2,5% Untere Grenze der 95% KI, 97,5% Obere Grenze des 95% KI.

Tabelle 11.3.15 Überblick über längsschnittlichen Analysen der Skalen des Entwicklungstest ET 6-6-R zu T1 und T2 mittels linearer gemischter Regressionsmodelle

Körpermotorik					Handmotorik					Kognitive Entwicklung				
	b	p-Wert	KI			b	p-Wert	KI			b	p-Wert	KI	
			2,5%	97,5%				2,5%	97,5%				2,5%	97,5%
Gruppe	-0,53	0,039	-1,01	-0,04	Gruppe	0,10	0,713	-0,42	0,62	Gruppe	-0,07	0,795	-0,59	0,45
Baseline	0,52	0,000	0,38	0,66	Baseline	0,18	0,074	-0,01	0,36	Baseline	0,36	0,000	0,17	0,56
Zeit	-0,63	0,006	-1,07	-0,19	Zeit	-0,16	0,423	-0,55	0,22	Zeit	-0,19	0,421	-0,65	0,26
Setting	-0,47	0,201	-1,17	0,23	Setting	-0,79	0,038	-1,51	-0,06	Setting	-0,95	0,013	-1,67	-0,23
Gruppe*Zeit	-0,06	0,790	-0,50	0,38	Gruppe*Zeit	-0,43	0,033	-0,82	-0,04	Gruppe*Zeit	-0,36	0,122	-0,82	0,09

Post-hoc Vergleiche (korrigiert für n = 2 Vergleiche nach Bonferroni)

ESKP T1-T2 (df=70,4) t= -2,25; p = 0,054

CAU T1-T2 (df=74,7) t= 0,91; p = 0,737

	Chi2	p-Wert		Chi2	p-Wert		Chi2	p-Wert
M6-M5	0,66	0,416	M6-M5	0,33	0,567	M6-M5	0,26	0,609

Sprache					Sozioemotionale Entwicklung				
	B	p-Wert	KI			b	p-Wert	KI	
			2,5%	97,5%				2,5%	97,5%
Gruppe	-0,40	0,103	-0,86	0,07	Gruppe	0,06	0,792	-0,37	0,48
Baseline	0,44	0,000	0,28	0,59	Baseline	0,66	0,000	0,51	0,81
Zeit	-0,48	0,019	-0,88	-0,10	Zeit	0,21	0,227	-0,13	0,54
Setting	-0,74	0,028	-1,38	-0,10	Setting	0,20	0,495	-0,37	0,78
Gruppe*Zeit	-0,18	0,375	-0,58	0,21	Gruppe*Zeit	-0,18	0,284	-0,52	0,15

	Chi2	p-Wert		Chi2	p-Wert
M6-M5	0,01	0,939	M6-M5	0,15	0,698

Anmerkungen: Siehe Beschreibung vor Tabelle 11.3.8. Dargestellt sind die festen Effekte der Prädiktoren, Zeit Unterschiede von T1 nach T2, b Parameterschätzer des Modells, KI Konfidenzintervall, 2,5% Untere Grenze der 95% KI, 97,5% Obere Grenze des 95% KI.

Darstellung der Ergebnisse der explorativen Analyse zur Untersuchung möglicher Effekte aufgrund des SARS-CoV-2-Lockdowns im RCT Kinder

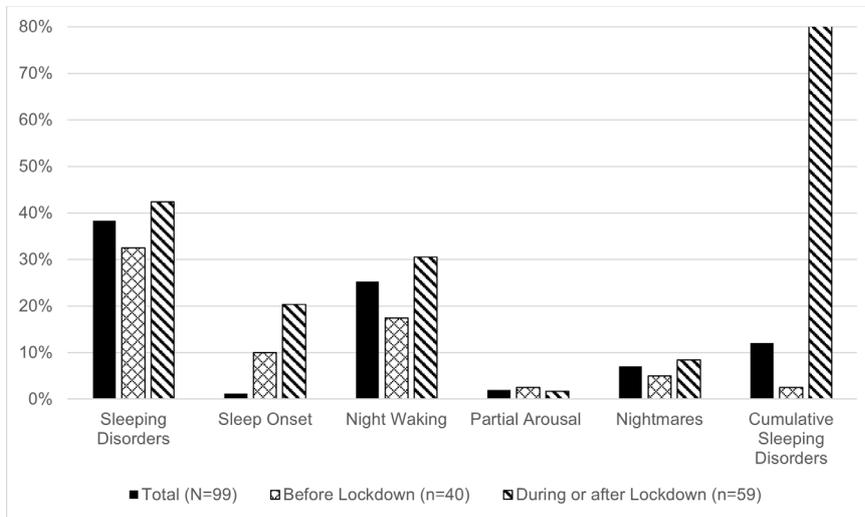


Abbildung 11.3.3: Regulationsstörungen im RCT Kinder zu T0 in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Erhebung vor oder während des SARS-CoV-2-Lockdowns

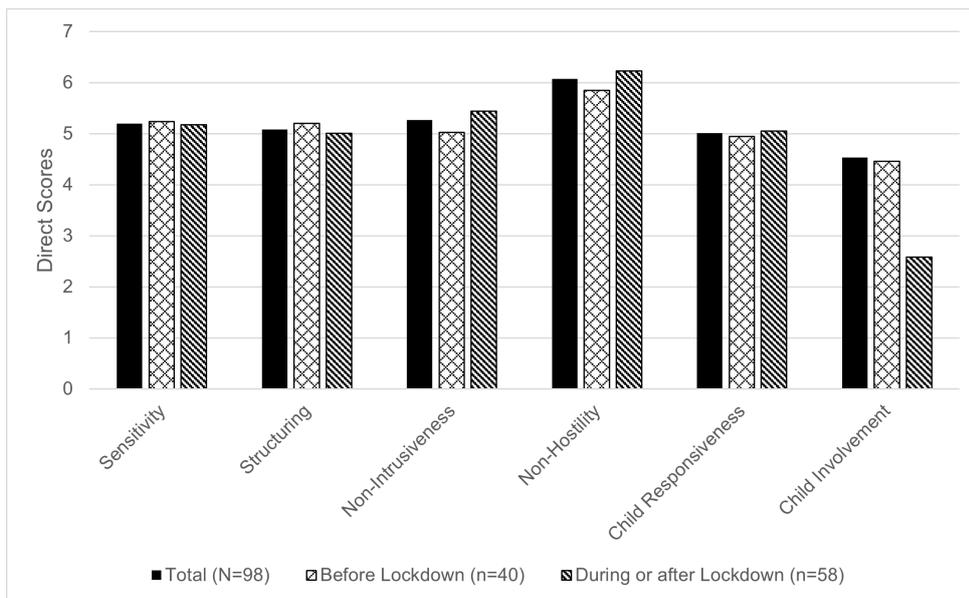


Abbildung 11.3.4: Emotionale Verfügbarkeit (EAS Skalen) im RCT Kinder zu T0 in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Erhebung vor oder während des SARS-CoV-2-Lockdowns



Wir beforschen die
Wirksamkeit von Eltern-
Kleinkind-Behandlung
und vermitteln
passende Hilfen!

Ihr Kind ist jünger als 3 Jahre alt und hat anhaltende Schwierigkeiten beim Ein- und Durchschlafen, beim Beruhigen, bei der Nahrungsaufnahme oder zeigt starke Ängstlichkeit, Traurigkeit oder Interesselosigkeit ...?

Teilnehmerinnen für Psychotherapiestudie gesucht!

Sie leiden unter starken Sorgen, Niedergeschlagenheit, Selbstzweifeln, Stimmungsschwankungen, ausgeprägten Ängsten oder ungewollten Gedanken...?

Kontakt:

Tel: 030 – 300 117 775

SKKIPPI Studiensekretariat

Mehr Information:

www.skkippi.de



Kontakt

Sie haben Interesse an einer Studienteilnahme oder möchten mehr Informationen erhalten?

Dann melden Sie sich bei uns!

SKKIPPI Studiensekretariat Berlin

Hochschulambulanz der
International Psychoanalytic University Berlin (IPU)
Alt-Moabit 90c, 10559 Berlin

030-300 117 775

skkippi@ipu-berlin.de

Mehr Infos zu Behandlungsangeboten in Berlin und zur Studie auch unter:

www.skkippi.de/hilfe

www.skkippi.de/muetter

www.skkippi.de/kinder



Gefördert durch



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Design: webraise Berlin • Fotos: Laura Mattheß



Teilnehmerinnen für Psychotherapiestudie gesucht

Erforschung der Wirksamkeit der
Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie



Die Studie

Zahlreiche Mütter und Väter leiden nach der Geburt ihres Kindes unter Niedergeschlagenheit, Selbstzweifeln, Stimmungsschwankungen, ausgeprägten Ängsten oder zwanghaften Gedanken. Andere Eltern geraten durch Regulationsschwierigkeiten ihres Babys an ihre Belastungsgrenzen. Eine frühzeitige Behandlung dieser Symptome entlastet und kann langfristige Folgen für Eltern und Kinder verhindern.

Die Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie behandelt in einer stützenden Atmosphäre Eltern-Kind-Paare mit dem Ziel, die Belastungen von Eltern und Kind zu verringern, einen emotional stabilen Bindungsaufbau zu unterstützen und eine gesunde kindliche Entwicklung zu fördern. Die Behandlung findet je nach Schweregrad der Beschwerden stationär (Klinik oder Tagesklinik), ambulant oder im häuslichen Umfeld der Familie statt.

SKKIPPI hat zum Ziel, die Versorgungsqualität in Deutschland zu verbessern. Dafür wird mit hohen wissenschaftlichen Standards die Wirksamkeit eines langjährig bewährten und bekannten Verfahrens der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie (ESKP) im Vergleich zu bestehenden Behandlungsangeboten untersucht.



Wann können Mutter-Kind-Paare teilnehmen?

Bei Belastungen der Eltern-Kind-Beziehung, wenn

- einerseits Mütter sich in den ersten 12 Monaten psychisch belastet fühlen (was sich z.B. in Depressionen, Ängsten oder Zwängen äußert)
- oder
- andererseits Kinder im Alter von 0 bis 36 Monaten Regulationsstörungen beim Ein- oder Durchschlafen, Beruhigen oder der Nahrungsaufnahme, Ängstlichkeit, Traurigkeit oder Interesselosigkeit zeigen.

Was erwartet Sie?

Studienteilnehmerinnen erhalten ein für Eltern und Kind entlastendes Behandlungsangebot nach sorgfältiger diagnostischer Abklärung.

Wie ist der Ablauf?

Die Untersuchung erfolgt zu drei Zeitpunkten (zu Beginn, nach 6 Wochen, nach 1 Jahr):

- Befindlichkeit und Bindungserfahrung der Mutter
- Entwicklungsstand und Bindung des Kindes
- Mutter-Kind-Beziehung
- Fragebogen, Interviews
- Videoaufnahmen der Interaktion



Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig und erfolgt unter Berücksichtigung von Schweigepflicht und Datenschutz. Die Teilnehmerinnen erhalten nach jeder Erhebung eine angemessene Aufwandsentschädigung.

SKKIPPI



Infobrief für zuweisende Kolleg*innen

SKKIPPI Studie

Evaluation der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie durch Prävalenz- und Interventionsstudien

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Wir möchten Sie auf ein vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördertes Forschungsprojekt aufmerksam machen. Für einige Ihrer Patienten wird es von Interesse sein!

Die **SKKIPPI Studie** beforscht die Versorgungs- und Bedarfslage psychisch belasteter Eltern-Kind-Paare im ersten Lebensjahr und die Wirksamkeit psychotherapeutischer Intervention für Eltern und Kind. Ziel ist die Verbesserung der frühen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Eltern-Kind-Paaren. Mit Hilfe von Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie sollen kindliche Entwicklungsrisiken und seelische Folgeerkrankung bei Eltern und ihren Kindern vermieden werden.

Sie stehen in ihrem Arbeitsfeld häufig mit Eltern von Säuglingen und Kleinkindern in Kontakt. Vielleicht haben Sie hin und wieder den Eindruck, dass Familien durch **elterliche psychische Belastungen im ersten Jahr nach der Geburt oder Regulationsschwierigkeiten von Säuglingen oder Kleinkindern** so schwer belastet sind, dass eine psychotherapeutische Unterstützung notwendig sein könnte.

In diesem Fall können Sie Eltern/Mütter anhand der beiliegenden **Flyer** auf die SKKIPPI Studie und die Möglichkeit einer Studienteilnahme hinweisen. Über die Studie erfolgt eine fundierte diagnostische Abklärung, eine Indikationsstellung und eine Zuweisung zu einer passenden Therapie. Dies kann eine **stationäre Aufnahme in der Klinik oder Tagesklinik** bzw. eine psychotherapeutische **Behandlung im häuslichen Umfeld** nach dem Konzept der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie (ESKP) oder eine der üblichen Standardbehandlungen sein. Behandlungsbedürftige Mütter, die nicht an der Studie teilnehmen möchten, erhalten Informationen über Behandlungsmöglichkeiten. Mutter-Kind-Paare, die keinen Psychotherapiebedarf haben, bekommen Informationen über Unterstützungsangebote.

Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie (ESKP): Über einen Zeitraum von 6 Wochen erhalten Eltern und Kinder 12 gemeinsame Therapiesitzungen, die sie beim Aufbau der Bindungsbeziehung und in der Kommunikation unterstützen. Die Therapie hilft, eigene Gefühle besser zu verstehen sowie die Bedürfnisse des Kindes zu erkennen und zu beachten. In zahlreichen gemeinsam erlebten Alltagssituationen, z.B. beim Spielen, Wickeln oder bei der Nahrungsaufnahme und in begleitenden Gesprächen finden Eltern mit therapeutischer Hilfe heraus, wie belastende Gefühle und Gedanken sowie Konfliktspannungen gelöst werden können. Die Therapeutin hilft, Erfahrungen zu verarbeiten, Gefühle zu regulieren und feinfühlig auf das Kind einzugehen. Ziel ist die Besserung bestehender Symptome, eine nachhaltig gute Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung sowie die Förderung positiver Entwicklungsbedingungen für das Kind. Der fokussierte psychodynamische Behandlungsansatz wird durch speziell zertifizierte Psychotherapeut*innen durchgeführt und basiert auf langjähriger Erfahrung sowie internationalen empirischen Befunden. Die Wirksamkeit der ESKP wird durch die Studie nun auch in Deutschland im Vergleich zur Standardtherapie evaluiert.

Welche Mutter-Kind-Paare können an der Studie teilnehmen?

An der Interventionsstudie können Mutter-Kind-Paare teilnehmen, wenn die Mutter an psychischen Beschwerden (z.B. Depressionen, Ängsten, Zwängen) im ersten Jahr nach der Geburt leidet oder beim Kind im Alter von 0-36 Monaten Regulationsstörungen vorliegen.

Was erwartet die Mutter-Kind-Paare?

Studienteilnehmerinnen erhalten ein entlastendes und unterstützendes Behandlungsangebot nach sorgfältiger Abklärung der Behandlungsbedürftigkeit und nehmen zu drei Zeitpunkten an einer wissenschaftlichen Untersuchung teil (zu Beginn der Behandlung, nach 6 Wochen, 1 Jahr danach). Nach jedem der drei Erhebungstermine wird eine angemessene Aufwandsentschädigung ausgezahlt.

Zuweisung zu Diagnostik, Behandlung und Studienteilnahme

Betroffene Eltern können sich an die kooperierenden Kliniken oder an die Hochschulambulanz der IPU wenden (Kontaktdaten siehe unten). Dort werden in einem diagnostischen Erstgespräch die Behandlungsindikation und die Verfügbarkeit eines Behandlungsplatzes abgeklärt sowie die Bedingungen einer möglichen Studienteilnahme besprochen. Bitte händigen Sie den Eltern dafür die beiliegenden SKKIPPI **Flyer** und den SKKIPPI **Infobrief für Eltern** aus.

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung durch das Weiterreichen der beiliegenden Flyer an Ihre Patientinnen und Klientinnen!

Sollten Sie weitere Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Auch die SKKIPPI Webseite www.skkippi.de enthält alle relevanten Informationen für Kolleg*innen und interessierte Eltern.

Kontakt

SKKIPPI

Hochschulambulanz

International Psychoanalytic University Berlin (IPU)

Alt-Moabit 90c, 10555 Berlin

Tel.: 030 - 300 117-775

E-Mail: skkippi@ipu-berlin.de

Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen

Dr. Gabriele Koch, M.A. Janna Mattheß, M.A. Melanie Eckert

Studienzentren

Spezialstation für Mutter-Kind-Behandlung im Alexianer St.-Josef Krankenhaus Berlin Weissensee, Station 9 St. Anna: **Tel.: 030-92790490**.

Psychotherapeutische Mutter-Kind-Behandlung, Tagesklinik für Klein- und Vorschulkinder Vivantes Klinikum Neukölln, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik:

Tel.: 030-130142840.

SKKIPPI Projektleitung



SKKIPPI-Studie

Evaluation der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie durch Prävalenz- und Interventionsstudien

Liebe Eltern!

Wir möchten Sie einladen, mit Ihrem Kind an einem Forschungsprojekt teilzunehmen, das die Wirksamkeit von Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie (kurz: ESKP) untersucht.

In Deutschland gibt es für Eltern und ihre Kinder, die an psychischen Belastungen nach der Geburt und in den ersten Lebensjahren leiden, verschiedenste Behandlungsansätze (Interventionen). Diese sind auf unterschiedliche Weise wirksam, hilfreich und entlastend.

Die SKKIPPI Interventionsstudien für Mütter und Kinder untersuchen die Wirksamkeit einer spezialisierten Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie (ESKP) im Vergleich zu anderen Behandlungsangeboten. Wir möchten herausfinden, welche Interventionen bei psychischen Belastungen von Müttern für sie und ihr Kind den besten Behandlungserfolg zeigen. Dafür untersuchen wir 180 Mutter-Kind-Paare, die im ersten Lebensjahr eine Behandlung benötigen und wollen.

Wir interessieren uns dafür, ob Interventionen im ersten Lebensjahr am wirkungsvollsten sind, wenn sie a) im stationären Rahmen einer Klinik oder Tagesklinik oder b) im Rahmen von Hausbesuchen im häuslichen Umfeld der Familie durchgeführt werden und c) mindestens zwei spezifische Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie-Sitzungen (ESKP) pro Woche umfassen. Ziel ist es, die Versorgungslage psychisch belasteter Eltern in Deutschland zu verbessern und für möglichst alle Familien die geeignetste Behandlungsform bereitzustellen.

Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie (ESKP) ist ein Behandlungsansatz, in dem Eltern und ihre Kinder gemeinsam behandelt und beim Aufbau der Bindungsbeziehung und in der Kommunikation unterstützt werden. Die Therapie hilft, eigene Gefühle besser zu verstehen sowie die Bedürfnisse des Kindes zu erkennen und zu beachten. In gemeinsamen Sitzungen mit Eltern und Kind und begleitenden Gesprächen finden Eltern mit therapeutischer Hilfe heraus, wie belastende Gefühle und Gedanken sowie Konfliktspannungen gelöst werden können. Die Therapie hilft, Erfahrungen zu verarbeiten, Gefühle zu regulieren und feinfühlig auf das Kind einzugehen. Ziel ist die Besserung bestehender Symptome, eine nachhaltig gute Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung sowie die Förderung positiver Entwicklungsbedingungen für das Kind.

Aus langjähriger Erfahrung und internationalen Studien ist bekannt, dass die Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie (ESKP) eine sehr gute Unterstützung für Eltern und Kind darstellt. In unserer SKKIPPI Studie soll dieser in anderen Ländern schon evaluierte Behandlungsansatz nun auch in Deutschland wissenschaftlich untersucht werden.

Die Studie wird durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert.

Wer kann an der Studie teilnehmen?

Mütter mit psychischen Beschwerden (z.B. Depressionen, Ängsten, Zwängen) im ersten Jahr nach der Geburt und Mütter mit Kindern im Alter von 0-36 Monaten, die Regulationsschwierigkeiten (z.B. beim Ein- und Durchschlafen, Beruhigen oder der Nahrungsaufnahme) haben.

Ablauf der Studie

Die Studie folgt dem Prinzip einer randomisierten kontrollierten klinischen Studie. Das bedeutet, Mutter-Kind-Paare werden nach Überprüfung der Notwendigkeit und Art der Behandlung nach dem Zufallsprinzip einer Behandlungsgruppe zugeteilt.

Schritt 1: In einem ausführlichen diagnostischen Gespräch wird geprüft, ob für Mutter und Kind eine Behandlung erforderlich ist und ob sie an der Studie teilnehmen können. Dieses Gespräch findet entweder in der Klinik oder der Hochschulambulanz der IPU Berlin statt. Je nach Schwere der Belastung entscheidet die Mutter sich mit Hilfe der Ärztin oder Therapeutin entweder für eine stationäre Behandlung mit Aufnahme in die Klinik oder Tagesklinik oder für eine nicht-stationäre Behandlung im häuslichen Umfeld.

Schritt 2: Die Eltern geben ihre schriftliche Einwilligung zur Studienteilnahme. Wollen sie nicht an der Studie teilnehmen, erhalten sie Hinweise für andere mögliche Behandlungs- oder Unterstützungsangebote.

Schritt 3: Die Zuteilung zu einer Behandlungsgruppe erfolgt nach dem Zufallsprinzip (Randomisierung). Die Kontrollgruppe erhält eine der üblichen bedarfsgerechten Behandlungen (Standardtherapiegruppe). In der anderen Gruppe erhält das Mutter-Kind-Paar zudem 12 ESKP-Sitzungen (Interventionsgruppe). In beiden Gruppen ist eine qualitativ hochwertige Behandlung zu erwarten.

Schritt 4: Wir vermitteln im Rahmen der Kooperation mit Kliniken und Therapeut*innen einen entsprechenden Therapieplatz. Dabei wird berücksichtigt, dass der Behandlungsbeginn mit möglichst geringen Wartezeiten verbunden ist.

Schritt 5: Mit Aufnahme der Behandlung setzt die wissenschaftliche Begleitung ein, die so organisiert wird, dass sie möglichst gut in den Alltag und den Tagesrhythmus des Kindes passt.

Die **wissenschaftliche Befragung** findet zu drei Untersuchungszeitpunkten (zu Beginn der Behandlung, nach 6 Wochen und 1 Jahr danach) in den kooperierenden Kliniken oder in der Hochschulambulanz der IPU statt. Sie dauert insgesamt etwa 3 Stunden. Die Befragung umfasst einen Fragebogen, ein diagnostisches Interview und ein Bindungsinterview mit den Müttern. Darüber hinaus machen wir Mutter-Kind-Videoaufnahmen, um die Kommunikation zu beobachten. Abschließend gehören noch ein Entwicklungs- und ein Bindungstest mit dem Kind dazu.

Nach jedem der drei Befragungstermine wird eine angemessene Aufwandsentschädigung ausgezahlt.

Rahmenbedingungen

Die Studienteilnahme ist **freiwillig** und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen beendet werden. Mutter und Kind entstehen dadurch keinerlei Nachteile. Wir halten uns streng an die Regeln des geltenden **Datenschutzes**. Alle Daten werden anonymisiert gespeichert und nur zum Zweck der wissenschaftlichen Auswertung genutzt. Sie unterliegen der **Schweigepflicht** und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Nähere Information erhalten Sie unter den angegebenen Kontaktdaten sowie über die SKKIPPI Homepage: www.skkippi.de.

Durch ihre Teilnahme tragen Eltern dazu bei, dass das Wissen um die Wirksamkeit von Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie wächst und die Versorgung von Eltern-Kind-Paaren weiterentwickelt wird.

Wir freuen uns auf Ihre Studienteilnahme!

Kontakt

SKKIPPI

Hochschulambulanz
International Psychoanalytic University Berlin (IPU)
Alt-Moabit 90c
10555 Berlin
Tel.: 030 - 300 117-775
E-Mail: skkippi@ipu-berlin.de

Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen

Dr. Gabriele Koch, M.A. Janna Mattheß, M.A. Melanie Eckert

Studienzentren

Spezialstation für Mutter-Kind-Behandlung im Alexianer St.-Josef Krankenhaus Berlin Weissensee, Station 9 St. Anna: **Tel.: 030-92790490**.

Psychotherapeutische Mutter-Kind-Behandlung, Tagesklinik für Klein- und Vorschulkinder Vivantes Klinikum Neukölln, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik:
Tel.: 030-130142840.

SKKIPPI Projektleitung

Prof. Dr. C. Ludwig-Körner

Prof. Dr. Lars Kuchinke



Infobrief für Studenttherapeut*innen

Eltern-Säugling-Kleinkind-Behandlung im nicht-stationären Setting / häuslichen Umfeld der Familie

SKKIPPI Studie

Evaluation der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie durch Prävalenz- und Interventionsstudien

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Wir freuen uns, dass Sie an der SKKIPPI Studie teilnehmen möchten! Wir geben Ihnen hier einige Informationen zum Forschungsprojekt und zu den Rahmenbedingungen der Mitarbeit als Studenttherapeut*in. Für alle Fragen stehen wir Ihnen gerne persönlich zur Verfügung.

Die **SKKIPPI Studie** beforscht die Versorgungs- und Bedarfslage psychisch belasteter Eltern-Kind-Paare im ersten Lebensjahr und die Wirksamkeit einer fokussierten psychodynamischen Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie (ESKP) im Vergleich zu Standardtherapien. Ziel ist die Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung bei postpartalen psychischen Belastungen von Müttern und frühen Regulationsstörungen sowie affektiven Störungen bei Kindern von 0-36 Monaten.

Die Studie ist durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses finanziert. Die multizentrische Studie wird an drei Standorten (Berlin, Leipzig, Flensburg) umgesetzt.

Eine **Besonderheit** der Interventionsstudien besteht darin, dass Eltern-Säugling-Kleinkind-Therapie (ESKP) unter zwei verschiedenen Setting-Bedingungen evaluiert wird. Neben dem stationären Behandlungssetting in der Klinik oder Tagesklinik wird die ESKP auch im nicht-stationären Setting, z.B. im häuslichen Umfeld der Familie umgesetzt.

Daher arbeiten wir mit Eltern-Säugling-Kleinkind-Therapeut*innen zusammen, die Interesse an der Umsetzung eines innovativen Behandlungsangebotes haben, dass dem Bedarf belasteter Eltern-Kind-Paare entgegenkommt. Um vergleichbare Bedingungen für die Evaluation der Therapien zu schaffen, sind die mitwirkenden ESKP-Therapeut*innen an ein **Studienmanual** gebunden, das einen klar definierten zeitlichen Rahmen (6 Wochen à 2 Eltern-Kind-Sitzungen pro Woche = 12 Sitzungen), methodische Anregungen und Leitgedanken vorgibt. Einführungen in das Studienmanual werden ab November 2018 angeboten.

Anforderungen an Studenttherapeut*innen

- Abgeschlossene psychotherapeutische Ausbildung sowie abgeschlossene Weiterbildung in Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie (ESKP oder SKEPT)
- ESKP-Behandlung unter Berücksichtigung des SKKIPPI Studienmanuals
- Bereitschaft zur Teilnahme an mindestens 4 Gruppensupervisionen
- Dokumentation der manualgetreuen Umsetzung der Therapie anhand eines Fragebogens
- wenn möglich: Mitarbeit im Zeitrahmen von November 2018 bis September 2021

Aufgaben der Studenttherapeut*innen im nicht-stationären Setting

- ggf. diagnostisches Aufnahmegespräch inkl. Dokumentation der Behandlungsempfehlung sowie Aufklärung über die Studienteilnahme in der Hochschulambulanz der IPU
- Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie im Umfang von 6 Wochen à 2 Eltern-Kind-Sitzungen im häuslichen Umfeld der Familie (Hausbesuche) unter Beachtung der Datenschutz- und Kinderschutzrichtlinien mit Mutter-Kind-Paaren.



Infobrief für Studententherapeut*innen

Eltern-Säugling-Kleinkind-Behandlung im nicht-stationären Setting / häuslichen Umfeld der Familie

Kriterien der Studienteilnahme

- diagnostizierte psychopathologische Störung der Mutter während der Postpartalphase und Kind im Alter von 0 – 12 Monaten ODER
- Kind mit diagnostizierter frühkindlicher Regulationsstörung oder affektiver Störung im Alter von 0 – 36 Monaten
- Ausschlusskriterien: akuter Substanzmissbrauch, Psychose, suizidale Tendenzen der Mutter.

Rahmenbedingungen der Behandlung

- Die ESKP Therapiestunden werden zum aktuellen Kassensatz abgerechnet
- Wegegeld für Hausbesuche wird je nach Entfernung von der Praxis nach GOP bemessen
- Supervision wird über das Projekt organisiert und getragen

Vorteile für die Patientinnen

- Hochspezialisierte Behandlung mit hoher Therapieintensität mit Fokus auf die Eltern-Kind-Dyade
- Wissenschaftliche Betreuung über einen Zeitraum von einem Jahr (umfangreiche Diagnostik, Bindungsinterview, Videoaufnahmen und Befragung zu drei verschiedenen Testzeitpunkten)
- Angemessene Aufwandsentschädigung nach jeder Erhebung

Nähere Information zum SKKIPPI Projekt erhalten Sie persönlich unter den genannten Kontaktdaten sowie über die SKKIPPI Homepage: www.skkippi.de.

Wir freuen uns auf eine gute und interessante Zusammenarbeit!

Kontakt

SKKIPPI

Hochschulambulanz

International Psychoanalytic University Berlin (IPU)

Alt-Moabit 90c, 10555 Berlin

Tel.: 030 - 300 117-775

E-Mail: skkippi@ipu-berlin.de

Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen

Dr. Gabriele Koch, M.A. Janna Mattheß, M.A. Melanie Eckert

SKKIPPI Projektleitung

Prof. Dr. C. Ludwig-Körner

Prof. Dr. Lars Kuchinke



Infobrief für Studientherapeut*innen Eltern-Säugling-Kleinkind-Behandlung im stationären Setting (Klinik oder Tagesklinik)

SKKIPPI Studie

Evaluation der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie durch Prävalenz- und Interventionsstudien

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Wir freuen uns, dass Sie an der SKKIPPI Studie teilnehmen möchten! Wir geben Ihnen hier einige Informationen zum Forschungsprojekt und zu den Rahmenbedingungen der Mitarbeit als Studientherapeut*in. Für alle Fragen stehen wir Ihnen gerne persönlich zur Verfügung.

Die **SKKIPPI Studie** beforscht die Versorgungs- und Bedarfslage psychisch belasteter Eltern-Kind-Paare im ersten Lebensjahr und die Wirksamkeit einer fokussierten psychodynamischen Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie (ESKP) im Vergleich zu Standardtherapien. Ziel ist die Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung bei postpartalen psychischen Belastungen von Müttern und frühen Regulationsstörungen sowie affektiven Störungen bei Kindern von 0-36 Monaten.

Die Studie ist durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses finanziert. Die multizentrische Studie wird an drei Standorten (Berlin, Leipzig, Flensburg) umgesetzt.

Eine **Besonderheit** der Interventionsstudien besteht darin, dass Eltern-Säugling-Kleinkind-Therapie (ESKP) unter zwei verschiedenen Setting-Bedingungen evaluiert wird. Neben dem stationären Behandlungssetting in der Klinik oder Tagesklinik wird die ESKP auch im nicht-stationären Setting, z.B. im häuslichen Umfeld der Familie umgesetzt.

Um vergleichbare Bedingungen für die Evaluation der Therapien zu schaffen, sind die mitwirkenden ESKP-Therapeut*innen an ein **Studienmanual** gebunden, das einen klar definierten zeitlichen Rahmen (6 Wochen à 2 Eltern-Kind-Sitzungen pro Woche = 12 Sitzungen), methodische Anregungen und Leitgedanken vorgibt. Einführungen in das Studienmanual werden ab November 2018 angeboten.

Anforderungen an Studientherapeut*innen

- Abgeschlossene psychotherapeutische Ausbildung sowie abgeschlossene Weiterbildung in Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie (ESKP oder SKEPT)
- ESKP-Behandlung unter Berücksichtigung des SKKIPPI Studienmanuals
- Bereitschaft zur Teilnahme an mindestens 4 Gruppensupervisionen
- Dokumentation der manualgetreuen Umsetzung der Therapie anhand eines Fragebogens
- wenn möglich: Mitarbeit im Zeitrahmen von November 2018 bis September 2021

Aufgaben der Studientherapeut*innen im stationären Setting

- ggf. diagnostisches Aufnahmegespräch inkl. Dokumentation der Behandlungsempfehlung sowie Aufklärung über die Studienteilnahme
- Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie im Umfang von 6 Wochen à 2 Eltern-Kind-Sitzungen pro Woche unter Beachtung der Datenschutz- und Kinderschutzrichtlinien mit Mutter-Kind-Paaren.

Kriterien für die Studienteilnahme

- diagnostizierte psychopathologische Störung der Mutter während der Postpartalphase und Kind im Alter von 0 – 12 Monaten ODER
- Kind mit diagnostizierter frühkindlicher Regulationsstörung oder affektiver Störung im Alter von 0 – 36 Monaten
- Ausschlusskriterien: akuter Substanzmissbrauch, Psychose, suizidale Tendenzen der Mutter.

Rahmenbedingungen der Behandlung

- Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie wird als spezialisiertes Behandlungsangebot alternativ zur Standardbehandlung durchgeführt
- ESKP-Studientherapeut*innen erhalten im Rahmen des Forschungsprojektes eine Manual-Schulung, 4 Gruppensupervisionen und können an Fachveranstaltungen teilnehmen. Eine zusätzliche Entlohnung über das Forschungsprojekt ist nicht vorgesehen.

Vorteile für die Patientinnen

- Hochspezialisierte Behandlung mit hoher Therapieintensität mit Fokus auf die Eltern-Kind-Dyade
- Wissenschaftliche Betreuung über einen Zeitraum von einem Jahr (umfangreiche Diagnostik, Bindungsinterview, Videoaufnahmen und Befragung zu drei verschiedenen Testzeitpunkten)
- Angemessene Aufwandsentschädigung nach jeder Erhebung

Nähere Information zum SKKIPPI Projekt erhalten Sie persönlich unter den genannten Kontaktdaten sowie über die SKKIPPI Homepage: www.skkippi.de

Wir freuen uns auf eine gute und interessante Zusammenarbeit!

Kontakt

SKKIPPI

Hochschulambulanz

International Psychoanalytic University Berlin (IPU)

Alt-Moabit 90c, 10555 Berlin

Tel.: 030 - 300 117-775

E-Mail: skkippi@ipu-berlin.de

Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen

Dr. Gabriele Koch, M.A. Janna Mattheß, M.A. Melanie Eckert

SKKIPPI Projektleitung

Prof. Dr. C. Ludwig-Körner

Prof. Dr. Lars Kuchinke



SKKIPPI Studie

Evaluation der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie durch Prävalenz- und Interventionsstudien

1	<p>Information</p> <p>Interessierte Eltern von Säuglingen und Kleinkindern (0-3 Jahre) können sich über die SKKIPPI Website (www.skkippi.de) sowie telefonisch im SKKIPPI Studiensekretariat (T: 030-300117775) über Möglichkeiten und Bedingungen einer Studienteilnahme informieren.</p>
2	<p>Diagnostische Abklärung und Behandlungsempfehlung</p> <p>In einem diagnostischen Erstgespräch mit Eltern und Kindern wird an den kooperierenden Kliniken oder in der Hochschulambulanz der IPU abgeklärt, ob eine Eltern-Kind-Behandlung notwendig und geeignet ist und welche Behandlungsform (stationär oder ambulant) zu empfehlen ist.</p>
3	<p>Einwilligung in die Studienteilnahme</p> <p>Nach umfassender Aufklärung und Bedenkzeit willigen Eltern (beide sorgeberechtigte Elternteile, wenn vorhanden) schriftlich in die Studienteilnahme ein, wobei die geltenden Richtlinien von Datenschutz und Schweigepflicht berücksichtigt werden.</p>
4	<p>Zufallszuteilung zu einer der beiden Behandlungsgruppen (Randomisierung)</p> <p>Nach schriftlicher Einwilligung erfolgt eine computerbasierte, zufallsgesteuerte Zuteilung der Patienten zu einer Behandlungsgruppe.</p> <p>Gruppe A: Standardisierte ESKP-Behandlung: Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie nach standardisiertem Behandlungskonzept in festem Rahmen von 6 Behandlungswochen à 2 Eltern-Kind-Sitzungen (insgesamt 12 Sitzungen). Diese Behandlung kann bei nicht-stationärer Behandlungsindikation im Hausbesuch, also im häuslichen Umfeld der Familie, erfolgen. Nach den sechs Wochen bzw. 12 Sitzungen wird diese Behandlung beendet.</p> <p>Gruppe B: Individualisierte Behandlung im bestehenden Versorgungssystem: Behandlung von Eltern und/oder Kind. Vorgespräch im Hausbesuch. Bedarfsanalyse. Vermittlung in bestehende Angebote vor Ort, Überbrückung von Wartezeiten durch Inanspruchnahme psychotherapeutischer Sprechstunden und/oder einer Eltern-Kind-Gruppe in der Hochschulambulanz der IPU. Diese Behandlung ist in Dauer und Frequenz individualisiert und kann über einen weitaus längeren Zeitraum bestehen.</p>

	<p>Wichtiger Hinweis!</p> <p>Eltern, die sich für eine Studienteilnahme entscheiden, sollten gleichermaßen für eine standardisierte Behandlung (Gruppe A) wie auch für eine individualisierte Behandlung (Gruppe B) offen sein.</p> <p>Beide Behandlungsformen haben Vorteile, doch wir können im Vorfeld nicht wissen und auch nicht beeinflussen, in welche Behandlungsgruppe die Studienteilnehmenden eingeteilt werden (dies erfordert die Forschungsmethodik einer Wirksamkeitsstudie!).</p> <p>Manche Eltern suchen schon lange erfolglos nach Hilfe und sind verständlicherweise eventuell enttäuscht und entmutigt, wenn sie nicht in die erhoffte Gruppe kommen oder die Vermittlung eines passenden Behandlungsplatzes mehrmalige Rücksprachen und etwas Zeit erfordert. Dies würden wir gerne verhindern oder zumindest abmildern. Wir versuchen nach Kräften, in beiden Behandlungsgruppen die Vermittlung in Behandlung so sorgfältig und gewissenhaft zu begleiten wie es uns möglich ist.</p> <p>Sollten Fragen oder Unzufriedenheit aufkommen, stehen Studiensekretariat oder Projektleitung gerne zur Klärung zu Verfügung.</p>
--	---

5	<p>Erste Erhebung der Studiendaten vor Behandlungsbeginn</p> <p>Bevor die Behandlung beginnt, werden 2 Termine zur Erhebung der Studiendaten vereinbart. Diese können in der behandelnden Klinik, in der Hochschulambulanz der IPU oder bei der Familie zu Hause stattfinden.</p> <p>1 – Interview mit der Mutter (ohne Kind, Kinderbetreuung ist erforderlich), ca. 1 Stunde 2 – Befragung der Mutter; Entwicklungsdiagnostik des Kindes, Eltern-Kind-Videoaufnahme.</p> <p>Darüber hinaus füllen die Mütter einen Online-Fragebogen aus. Dafür erhalten sie einen Link und einen Code über das Studiensekretariat. Der Fragebogen kann zuhause ausgefüllt werden.</p> <p>Alle Daten werden vollständig anonymisiert verarbeitet. Die Mütter erhalten nach Abschluss der Datenerhebung eine Aufwandsentschädigung.</p>
----------	--

6	<p>Behandlungsphase (6 Wochen)</p> <p>Sobald die Erhebung der Studiendaten abgeschlossen ist und eine Behandlung vermittelt werden konnte, beginnt die Behandlungsphase von 6 Wochen.</p>
----------	--

7	<p>Zweite Erhebung der Studiendaten (nach der Behandlung)</p> <p>Nach Abschluss der Behandlung (standardisierte Behandlung Gruppe A) bzw. nach Ablauf von 6 Wochen (individualisierte Behandlung Gruppe B) wird ein weiterer Termin für die Erhebung der Studiendaten vereinbart.</p> <p>1 – Befragung der Mutter, Entwicklungsdiagnostik des Kindes, Eltern-Kind-Videoaufnahme. 2 – Online-Fragebogen</p> <p>Die Mütter erhalten nach Abschluss der Datenerhebung eine Aufwandsentschädigung.</p>
8	<p>Dritte Erhebung der Studiendaten (1 Jahr nach Behandlung)</p> <p>Wir hoffen, dass es Ihnen und Ihrem Kind nach 6 Wochen Behandlung besser geht. Nach Ablauf eines Jahres kommen wir erneut auf Sie zu, um wieder 2 Termine für die Erhebung von Studiendaten zu vereinbaren.</p> <p>1 – Befragung der Mutter, Entwicklungsdiagnostik des Kindes, Bindungsdiagnostik des Kindes, Eltern-Kind-Videoaufnahme. 2 – Fragebogen zur Inanspruchnahme weiterer Hilfen/Behandlungen im Laufe des Jahres. 3 – Online-Fragebogen</p> <p>Die Mütter erhalten nach Abschluss der Datenerhebung eine Aufwandsentschädigung.</p>

Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Kontakt

SKKIPPI Studiensekretariat

International Psychoanalytic University Berlin (IPU)

Stromstraße 3b, 10555 Berlin

Tel.: 030 - 300 117-775

E-Mail: skkippi@ipu-berlin.de

Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen

Dr. Gabriele Koch, M.A. Janna Mattheß, M.A. Melanie Eckert

SKKIPPI Projektleitung

Prof. Dr. Lars Kuchinke

Prof. Dr. C. Ludwig-Körner



SKKIPPI Datenschutzerklärung

Studie: „Evaluation der Eltern-Säugling-KleinKind-Psychotherapie mittels Prävalenz- und Interventionsstudien – SKKIPPI“

Die im Rahmen der o.g. Studie von Ihnen und Ihrem Kind erhobenen Daten werden vertraulich und gemäß der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Berliner Landesdatenschutzgesetz behandelt und ausschließlich in verschlüsselter Form (pseudonymisiert, ohne Namensnennung) mittels eines Codewortes weitergegeben. Alle Studienmitarbeiter sind auf das Datengeheimnis (§5 BDSG) verpflichtet, es besteht außerdem die Verpflichtung zur Schweigepflicht für ärztliche Mitarbeiter*innen und Psychotherapeuten*innen. Die Datenverarbeitung erfolgt nach dem Datenschutzkonzept der IPU Berlin.

Es werden zwei Arten von Daten gespeichert: die personenidentifizierenden Daten und die Studiendaten. Für die personenidentifizierenden Daten existiert eine elektronische Kodierliste, die Ihren Namen, Adresse, Geschlecht, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit(en), Tag der Einwilligungserklärung, Telefonnummer und E-Mail-Adresse sowie Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit(en) Ihres Kindes mit diesem Codewort verbindet. Diese Kodierliste ist gesondert geschützt und nur dem Studiensekretariat zugänglich, das heißt nur dieses kann die erhobenen Daten mit Ihrem Namen und dem Namen Ihres Kindes in Verbindung bringen und zum Zwecke der Verwaltung und Durchführung der Studie (Terminorganisation, Kontaktaufnahme) verwenden. Diese Kodierliste sowie die Studiendaten sind durch Firewall-Technologien geschützt und der Zugang ist nach heutigen technischen Standards verschlüsselt. Die Studiendaten werden getrennt von den personenidentifizierenden Daten in einer separaten Datenbank gespeichert. Nur Studienmitarbeiter, die der Schweigepflicht unterliegen, haben Zugang zu diesen Daten.

Da es sich um eine multizentrische Studie handelt, werden Ihre Daten in pseudonymisierter Form (eine spezielle Form der Anonymisierung) an andere Stellen innerhalb der Studie übermittelt/weitergeleitet. Abgesehen von dem Studienzentrum der International Psychoanalytic University Berlin erhalten folgende Stellen Zugriff auf Ihre Daten: Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie an der Charité (SEGC), Universitätsklinikum Leipzig und die Diako-Klinik Flensburg, jedoch nur in pseudonymisierter Form.

Das Forschungsprojekt soll voraussichtlich am 14. November 2021 abgeschlossen werden. Ihre Daten werden bis zu 10 Jahre nach Projektende gespeichert. Nach Ablauf dieser Frist werden Ihre im Rahmen der Studie gespeicherten Daten anonymisiert.

Die Einwilligung zur Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Bei Nicht-Einwilligung entstehen keinerlei Nachteile oder Konsequenzen bezüglich der Behandlung oder der Betreuung Ihres Kindes. Sollten Sie oder Ihr Kind von der Studie zurücktreten, können Sie entscheiden, ob die bereits vorliegenden Daten vernichtet werden müssen oder weiterverwendet werden dürfen.

Zusätzlich werden Sie hiermit über die in der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) festgelegten Rechte informiert:

Rechtsgrundlage

Die Rechtsgrundlage zur Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten bilden bei klinischen Studien Ihre freiwillige schriftliche Einwilligung gemäß DSGVO sowie der Deklaration von Helsinki (Erklärung des Weltärztebundes zu den ethischen Grundsätzen für die medizinische Forschung am Menschen) und der Leitlinie für Gute Klinische Praxis. Zeitgleich mit der DSGVO tritt in Deutschland das überarbeitete Bundesdatenschutzgesetz (BDSG-neu) in Kraft.

Bezüglich Ihrer Daten haben Sie folgende Rechte:

Recht auf Auskunft

Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie bzw. Ihr Kind betreffenden personenbezogenen Daten, die im Rahmen der klinischen Studie erhoben, verarbeitet oder ggf. an Dritte übermittelt werden (Aushändigen einer Kopie) (Artikel 15 DSGVO).

Recht auf Berichtigung

Sie haben das Recht Sie bzw. Ihr Kind betreffende unrichtige personenbezogene Daten berichtigen zu lassen (Artikel 16 und 19 DSGVO).

Recht auf Löschung

Sie haben das Recht auf Löschung Sie bzw. Ihr Kind betreffender personenbezogener Daten, sofern dies möglich ist (z. B. wenn diese Daten für den Zweck, für den sie erhoben wurden, nicht mehr notwendig sind (Artikel 17 und 19 DSGVO).

Recht auf Einschränkung der Verarbeitung

Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie das Recht, eine Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, d.h. die Daten dürfen nur gespeichert, nicht verarbeitet werden. Dies müssen Sie beantragen. Wenden Sie sich hierzu bitte an Ihren Prüfer oder an den Datenschutzbeauftragten des Prüfzentrums (Artikel 18 und 19 DSGVO).

Recht auf Datenübertragbarkeit

Sie haben das Recht, die Sie bzw. Ihr Kind betreffenden personenbezogenen Daten, die Sie dem Verantwortlichen für die klinische Studie bereitgestellt haben, zu erhalten. Damit können Sie beantragen, dass diese Daten entweder Ihnen oder, soweit technisch möglich, einer anderen von Ihnen benannten Stelle übermittelt werden (Artikel 20 DSGVO).

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, jederzeit gegen konkrete Entscheidungen oder Maßnahmen zur Verarbeitung der Sie bzw. Ihr Kind betreffenden personenbezogenen Daten Widerspruch einzulegen (Artikel 21 DSGVO, § 36 BDSG-neu). Eine solche Verarbeitung findet anschließend grundsätzlich nicht mehr statt.

Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten und Recht auf Widerruf dieser Einwilligung

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten bzw. der personenbezogenen Daten Ihres Kindes ist nur mit Ihrer Einwilligung rechtmäßig (Artikel 6 DSGVO).

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten jederzeit zu widerrufen. Es dürfen jedoch die bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten durch die in der Patienteninformation- und Einwilligungserklärung zu der jeweiligen klinischen Studie genannten Stellen verarbeitet werden (Artikel 7, Absatz 3 DSGVO).

Möchten Sie eines dieser Rechte in Anspruch nehmen, wenden Sie sich bitte an Ihren Prüfer oder an den Datenschutzbeauftragten Ihres Prüfzentrums.

Datenschutz: Kontaktdaten der Prüfcentren

Name	Datenschutzbeauftragter Berlin (IPU) Jörg Drobniowski
Adresse	Stromstr. 1, 10555 Berlin
E-Mail	datenschutz@ipu-berlin.de

Außerdem haben Sie das **Recht, Beschwerde bei der/den Aufsichtsbehörde/n einzulegen**, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt:

Datenschutz: Kontaktdaten der Aufsichtsbehörden

	Bundesdatenschutzbeauftragte	Datenschutz-Aufsichtsbehörde Berlin	Datenschutz-Aufsichtsbehörde Schleswig-Holstein	Datenschutzbeauftragter Universität Leipzig	Datenschutz-Aufsichtsbehörde Sachsen
Name	Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit	Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit	Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein	Hochschulbereich und Medizinische Fakultät	Der Sächsische Datenschutzbeauftragte
Adresse	Husarenstr. 30 53117 Bonn	Friedrichstr. 219 10969 Berlin	Postfach 71 16 24171 Kiel Holstenstraße 98 24103 Kiel	Augustusplatz 10 (Neues Augusteum) 04109 Leipzig	Kontor am Landtag Devrientstr. 1 01067 Dresden
Telefon	0228 - 997799-0	030 - 13889-0	04 31/988-12 00	0341 - 97-30081	0351 - 493-5401
Telefax	0228 - 997799-550	030 - 2155050	04 31/988-12 23	0341 - 97-33370	0351 - 493-5490
E-Mail	poststelle@bfdi.bund.de	mailbox@datenschutz-berlin.de	mail@datenschutzzentrum.de	dsb@uni-leipzig.de	saechsdsb@slt.sachsen.de



SKKIPPI **Datenschutz-Einverständniserklärung**

Ich erkläre mich mit der Verwendung der im Rahmen der o.g. Studie erhobenen Daten in der oben beschriebenen Weise einverstanden. Ich kenne meine Rechte gemäß DSGVO. Ich kann jederzeit meine Daten und die meines Kindes beim Projektleiter Flensburg bzw. Leiter des Gesamtprojekts einsehen.

Name der TEILNEHMENDEN Erziehungs-
berechtigten

Ort, Datum

Unterschrift/en

Ich willige/Wir willigen in die **Teilnahme meines/unseres KINDES** an der Studie ein
(bei gemeinsamem Sorgerecht bitte beide Eltern):

Name des teilnehmenden **KINDES**

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r Nr. 1

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r Nr. 2
(nur bei gemeinsamem Sorgerecht)

Zusatzvereinbarung für künftige Kontaktaufnahmen im Rahmen dieser Studie

Ich gebe mein Einverständnis, dass im Falle einer Fortführung dieser Studie oder von Anschlussstudien die Kodierliste weiterhin für die Dauer von fünf Jahren aufbewahrt wird und ich für Anschlussstudien kontaktiert werden darf. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Aufbewahrung bzw. Speicherung dieser Daten widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Ich bin darüber informiert worden, dass ich jederzeit eine Löschung all meiner Daten verlangen kann, solange diese existieren.

JA NEIN (*Bitte Zutreffendes ankreuzen*)

Leitung des Gesamtprojekts

Prof. Dr. Christiane Ludwig-Körner
International Psychoanalytic University Berlin
Stromstr. 3b, 10555 Berlin

Tel.: +49 (0)30-300 117 775

E-Mail: christiane.ludwig-koerner@ipu-berlin.de



SKKIPPI Einverständniserklärung für Eltern

Studie: „Evaluation der Eltern-Säugling-KleinKind-Psychotherapie mittels Prävalenz- und Interventionsstudien – SKKIPPI“

Ich/Wir, Erziehungsberechtigte/r von (Name des Teilnehmers in Druckschrift)

_____ bin/sind *schriftlich* über Wesen und Bedeutung der o.g. Psychotherapie-Studie aufgeklärt worden. Ich habe/Wir haben alle Informationen vollständig gelesen und verstanden. Ich hatte/Wir hatten genügend Zeit für eine Entscheidung über die Studienteilnahme und die Studienteilnahme meines/unseres Kindes. Fragen zur Studie wurden von Herrn/Frau _____ vollständig und zu meiner/unserer Zufriedenheit beantwortet.

Ich habe/Wir haben verstanden, dass bei wissenschaftlichen Studien persönliche Daten und medizinische Befunde erhoben werden. Die Weitergabe, Speicherung und Auswertung dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie meine/unsere freiwillige Einwilligung voraus.

Gegenstand der Studie. Ich/Wir wissen, dass ich zufällig (Randomisierung) in eine der zwei Behandlungsgruppen gelost werde. Ich/ Wir sind bereit an der zugelosten Behandlung (Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie oder Routinetherapie) teilzunehmen. Ich bin/Wir sind bereit Fragebögen auszufüllen, klinische Interviews zu beantworten und Videoaufnahmen sowie psychologische Tests mit unserem Kind (z.B. Entwicklungstestung, Erhebung der Bindung) durchzuführen.

Tonaufnahmen: Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass das klinische Interview mit einer Tonaufnahme aufgezeichnet wird. Ich weiß/Wir wissen, dass die Tonaufnahme ohne Namensnennung in pseudonymisierter Form zur Auswertung gespeichert wird.

Videoaufnahmen: Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass das Spielen, Füttern oder andere Aktivitäten mit meinem/unserem Kind auf Video zur Analyse der Eltern-Kind-Beziehung aufgenommen und untersucht werden. Ich weiß/Wir wissen, dass die Videoaufnahme ohne Namensnennung in pseudonymisierter Form zur Auswertung gespeichert wird.

Datenschutz. Ich weiß/Wir wissen, dass eine gesonderte Datenschutzerklärung unterschrieben werden muss, die Teil dieser Einverständniserklärung ist. Ich bin darüber informiert, dass alle von mir erhobenen Daten (personenbezogene Daten und Studiendaten) entsprechend der an der IPU geltenden Datenschutzrichtlinien behandelt werden.

Freiwilligkeit. Ich weiß/Wir wissen, dass meine/unsere Teilnahme und die Teilnahme meines/unseres Kindes an dieser Studie freiwillig ist und dass ich/wir und mein/unser Kind jederzeit und ohne Angabe von Gründen die Studienteilnahme beenden dürfen. Die Ablehnung/Beendigung der Teilnahme an dem Forschungsprojekt muss schriftlich erfolgen. Sie hat keine nachteiligen Folgen für mich/uns und mein/unser Kind. Im Fall einer Ablehnung/Beendigung der Studienteilnahme werden keine weiteren Daten von mir/uns und meines/unseres Kindes erhoben. Die bereits erhobenen Daten werden für die Datenauswertung verwendet und werden nur auf meinen/unseren Wunsch vernichtet.

Aufwandsentschädigung. Ich weiß/Wir wissen, dass uns der durch das Forschungsprojekt entstehende Zeitaufwand mit insgesamt 100€ (aufgeteilt auf die Erhebungszeitpunkte: 25€, 25€, 50€) vergütet wird.

Eine Kopie der Information für die Studienteilnehmer und die Einwilligungserklärung habe ich/haben wir erhalten. **Das SKKIPPI-Informationsschreiben für Eltern ist Teil dieser Einwilligungserklärung.**



SKKIPPI Einverständniserklärung für Eltern

Ich willige in **MEINE Teilnahme** an der Studie ein.

Name der TEILNEHMENDEN Erziehungs-
berechtigten

Ort, Datum

Unterschrift

Ich willige/Wir willigen in die **Teilnahme meines/unsere KINDES** an der Studie ein
(bei **gemeinsamem Sorgerecht bitte beide Eltern**):

Name des teilnehmenden **KINDES**

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r Nr. 1

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r Nr. 2
(nur bei **gemeinsamem Sorgerecht**)

ZUSATZVEREINBARUNGEN

- Ich bin damit einverstanden, dass Videoaufnahmen von mir und meinem/unsere Kind während und nach der Projektlaufzeit zum Zweck der **Fort-, Weiterbildung und zu Lehrzwecken** genutzt werden. Dabei wird meine/unsere Anonymität und die Schweigepflicht gewährleistet. Diese Freigabe kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

<u>Leitung des Gesamtprojekts</u> Prof. Dr. Christiane Ludwig-Körner International Psychoanalytic University Berlin Stromstr. 3b, 10555 Berlin Tel.: +49 (0)30-300 117 775 E-Mail: christiane.ludwig-koerner@ipu-berlin.de	<u>Studienleitung Berlin</u> Prof. Dr. Lars Kuchinke International Psychoanalytic University Berlin Stromstr. 3b, 10555 Berlin Tel.: +49 (0)30-300 117 757 E-Mail: lars.kuchinke@ipu-berlin.de	<u>Studienleitung Flensburg</u> Petra Vienhues (Oberärztin) Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg Knuthstr.1, 24939 Flensburg Tel.: +49 (0)461-812 1787 E-Mail: vienhuespe@diako.de
--	--	---



Einwilligungserklärung - Videosprechstunde

Liebe Studienteilnehmerinnen,

die Corona-Pandemie verlangt in der heutigen Zeit vieles von uns, so auch die Einschränkung der persönlichen Kontakte. Uns ist das Wohl von Ihnen, Ihres Kindes und Ihrer Familie sowie unserer Mitarbeiter*innen wichtig, so dass wir innerhalb der SKKIPPI-Studie beschlossen haben, den persönlichen Kontakt in unseren Erhebungen auf ein Minimum zu beschränken. Dafür möchten wir Sie gerne, anstelle in unsere Hochschulambulanz, zum Gespräch per Videokonferenz einladen.

Bei der Videosprechstunde läuft das Gespräch zwischen Ihnen und der Psychologin ähnlich ab wie in der Hochschulambulanz. Sie und die Psychologin befinden sich nur nicht am selben Ort. Der Austausch erfolgt am Bildschirm, ohne dass Sie hierzu in die Hochschulambulanz kommen müssen. Dies spart Zeit und Mühen langer Wege für Sie.

Für die Videosprechstunde benötigen Sie keine besondere Technik: Computer oder Tablet mit Bildschirm oder Display, Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie eine stabile Internetverbindung reichen aus. Die technische Verbindung läuft über einen Videodienstanbieter, der besondere Sicherheitsanforderungen erfüllen muss. Damit ist sichergestellt, dass das, was Sie mit der Psychologin besprechen, auch vertraulich bleibt.

Vor Ihrem Termin per Videokonferenz informieren wir Sie mit diesem Schreiben und über das SKKIPPI Studienbüro über Fragen des Datenschutzes. Hiermit erläutern wir, welche Technik notwendig ist und worauf Sie bei der Videokonferenz achten sollten, z.B. auf gute Beleuchtung und eine ruhige Umgebung.

Schritt für Schritt zur Videosprechstunde:

1. Sie erhalten vom SKKIPPI Studienbüro einen Termin für eine Videokonferenz per zoom mit dem Link des Videoanbieters inkl. Meeting-ID und Einwahlpasswort.
2. Am Tag des Gespräches wählen Sie sich zum vereinbarten Zeitpunkt mit Hilfe des Links, Meeting-ID und Einwahlpasswort ein. Dies ist möglich, ohne ein eigenes Benutzerkonto anlegen zu müssen.
3. Ist das Gespräch beendet, melden Sie sich von der Internetseite wieder ab.

Datensicherheit:

- Die Übertragung der Videokonferenz erfolgt über das Internet mittels einer so genannten end-to-end (Rechner-zu-Rechner) Verbindung, ohne Nutzung eines zentralen Servers.
- Der Videodienstanbieter gewährleistet, dass sämtliche Inhalte des Videochats während des gesamten Übertragungsprozesses nach dem aktuellen Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt sind und von ihm weder eingesehen noch gespeichert werden.
- Alle Metadaten werden nach spätestens 3 Monaten gelöscht und werden nur für die zur Abwicklung der Videokonferenz notwendigen Abläufe genutzt.
- Dem Videodienstanbieter und der Psychologin ist es strafrechtlich untersagt, Daten unbefugten Dritten bekannt zu geben oder zugänglich zu machen.

Einwilligungserklärung – Datenschutz

Hiermit erkläre ich:

Vor- und Nachname

E-Mail

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ Ort

ausreichend über den Ablauf der Videokonferenz sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der zoom Videokonferenz freiwillig ist und die Nutzung von zoom für mich unentgeltlich ist.

Ich versichere, dass

- die Videokonferenz zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet
- zu Beginn der Videokonferenz die Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgt.
- Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videokonferenz unterbleiben.
- Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und gegebenenfalls Datenschutz hingewiesen werden.
- bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der zoom Videokonferenz vorliegen.

Ich bin einverstanden, dass

die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch die betreuende Psychologin zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videokonferenz erfolgt. Grundsätzlich gelten beim mittelbaren Kontakt zwischen Psychologin und Studienteilnehmerin im Rahmen der Videokonferenz die datenschutzrechtlichen Bestimmungen analog dem unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Hochschulambulanz.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an das SKKIPPI Studienbüro ausreichend.

Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und die Kenntnisnahme der beigefügten Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videokonferenz.

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Studienteilnehmerin)



Liebe Eltern, liebe Teilnehmende an der SKKIPPI Studie!

Aus Gründen des Infektionsschutzes berücksichtigen wir bei der Datenerhebung im Rahmen der SKKIPPI Studie zurzeit besondere Hygieneschutzmaßnahmen, über die wir Sie hiermit im Vorfeld Ihres Erhebungstermins informieren möchten.

Wenn unsere Studienmitarbeiter*innen zur Durchführung von Befragungen, Interviews oder Entwicklungsbeobachtungen zu Ihnen nach Hause kommen oder Sie in unsere Hochschulambulanz einladen, sind derzeit folgende Vorsichtsmaßnahmen notwendig, um Sie und Ihre Familie sowie unsere Mitarbeiter*innen vor einer möglichen Ansteckung mit dem Corona-Virus zu schützen:

Vor, während und nach Befragung/Interview/Entwicklungsbeobachtung ist

- ein **Mindestabstand von 1,5 m** zu wahren.

Ist dies nicht möglich (z.B. in engen Fluren oder im unmittelbaren Kontakt der Studienmitarbeiter*innen mit Ihrem Kind) ist durch die erwachsenen Personen

- vorübergehend eine **Maske** oder ein **Plexiglas-Visier** zu tragen. Dabei wird berücksichtigt, dass Ihr Kind durch diese Maßnahme möglichst wenig irritiert wird (erklären, zeigen, auf Reaktion des Kindes eingehen). Für den Fall, dass Sie keine Maske zuhause haben, werden unsere Studienmitarbeiter*innen eine Einwegmaske für Sie bereithalten. Für längere Beobachtungszeiträume nutzen unsere Studienmitarbeiter*innen ein Plexiglas-Visier, das den Vorteil hat, dass die Mimik in der Kommunikation ungestört wahrnehmbar ist. Sollten Ihnen weitere Barrieren wichtig sein, sprechen Sie das bitte im Vorfeld an, unsere Studienmitarbeiter*innen werden sich darauf einstellen.

Die Datenerhebung findet nur in Räumen statt, in denen

- eine **ausreichende Durchlüftung** möglich ist. Vor und nach der Datenerhebung ist der Raum gut zu durchlüften (5-10 Minuten Fenster öffnen, ggf. Durchzug ermöglichen) und während der Datenerhebung ist ca. alle 20 Minuten das Fenster zu öffnen. Unter Beachtung von Außentemperatur, Sicherheit des Kindes und Wahrung der Vertraulichkeit kann das Fenster während der Datenerhebung geöffnet bleiben, wenn alle Beteiligten damit einverstanden sind.

Sollte die Datenerhebung **in den Räumen unserer Hochschulambulanz** stattfinden, bitten wir Sie,

- beim Betreten des Hauses / der Ambulanz, im Wartebereich und in den Fluren eine Maske zu tragen. Diese kann nach Betreten des Erhebungsraumes abgenommen werden, sofern der Mindestabstand gewahrt und der Raum gut gelüftet ist. Zudem bitten wir Sie, pünktlich zum verabredeten Zeitpunkt in die Ambulanz zu kommen (ggf. zu unüblichen Zeiten, z.B. 14.10 Uhr), um zu verhindern, dass mehrere Personen gleichzeitig im Eingangs- und Wartebereich aufeinandertreffen. Vor Betreten des Erhebungsraumes bitten wir Sie, sich die Hände zu waschen und zu desinfizieren.

Unsere Studienmitarbeiter*innen werden darauf achten, dass

- zum Hausbesuch mitgebrachte bzw. vorhandene **Gegenstände** (Kugelschreiber, Untersuchungsmaterial, Kinderspielsachen etc. sowie Oberflächen wie Türklinken, Armlehnen, Ablagetische) bei Bedarf **sorgfältig und rückstandsfrei desinfiziert** sind oder werden. Dafür haben unsere Studienmitarbeiter*innen entsprechendes Desinfektionsmittel dabei.

Bitte teilen Sie unseren Studienmitarbeiter*innen vor Beginn der Datenerhebung auf Nachfrage mit, ob alle anwesenden Personen symptomfrei sind.

Wir danken Ihnen für die eigenverantwortliche Beachtung dieser Infektionsschutzmaßnahmen!

Das SKKIPPI Team



SKKIPPI Schweigepflichtsentbindung

Studie: „Evaluation der Eltern-Säugling-KleinKind-Psychotherapie mittels Prävalenz- und Interventionsstudien – SKKIPPI“

Schweigepflichtsentbindung zur Übermittlung der anamnestischen Daten im Rahmen der o.g. Studie und/oder für die Übermittlung von Rohdaten der Untersuchungen aus der Studie an den behandelnden Arzt/ Psychologen/ Psychotherapeuten.

Hiermit entbinde/n ich/wir Herrn/Frau _____
(Name des aufnehmenden Arztes/ Psychotherapeuten des SKKIPPI-Teams)

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber _____
(Name des behandelnden Facharztes/Psychotherapeuten)

(Adresse/Kontakt Daten des behandelnden Facharztes/Psychotherapeuten)

zur Übermittlung des Anamnesebogens und/oder der Rohdaten der Untersuchungen im Rahmen der o.g. Studie:

JA NEIN (*Bitte Zutreffendes ankreuzen*)

Die Schweigepflichtsentbindung bezieht sich ausschließlich auf die Übermittlung der anamnestischen Daten. Darüberhinausgehende Informationen über mich dürfen mit dieser Schweigepflichtsentbindung nicht eingeholt werden.

Hiermit erkläre/n ich/wir uns damit einverstanden, dass der behandelnde Arzt/Psychologe/Psychotherapeut über die Rohdaten der Untersuchungen von mir und meinem Kind (Fragebogenerhebungen, Mutter-Kind-Beziehung, Entwicklungstest, Bindungsstatus von mir und meinem Kind) im Anschluss an die 6-wöchige Intervention informiert wird und entbinde das Forschungsteam von der Schweigepflicht:

JA NEIN (*Bitte Zutreffendes ankreuzen*)

Name der TEILNEHMENDEN **Erziehungsberechtigten**

Ort, Datum

Unterschrift/en

Name des teilnehmenden **KINDES**

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r Nr. 1

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r Nr. 2
(nur bei gemeinsamem Sorgerecht)



Verpflichtungserklärung auf das Patienten- & Datengeheimnis

Studie: „Evaluation der Eltern-Säugling-KleinKind-Psychotherapie mittels Prävalenz- und Interventionsstudien – SKKIPPI“

an der International Psychoanalytic University (IPU) Berlin

Sehr geehrte*r Herr/Frau _____,

aufgrund Ihrer Aufgabenstellung in unserem Forschungsprojekt SKKIPPI an der International Psychoanalytic University Berlin sind Sie gemäß § 53 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) verpflichtet, das Datengeheimnis zu wahren. Nach dieser Vorschrift ist es Ihnen untersagt, personenbezogene Daten unbefugt zu verarbeiten oder zu nutzen. Darüber hinaus sind Sie gemäß § 203 StGB verpflichtet, das Patientengeheimnis zu wahren, und dürfen unbefugt keine Informationen über unsere Probanden/Patienten/Klienten und Mitarbeiter*innen preisgeben.

Diese Verpflichtung besteht auch über das Ende Ihrer Tätigkeit in unserer Hochschule hinaus. Wir weisen Sie darauf hin, dass Verstöße gegen das Datengeheimnis nach §§ 83, 84 BDSG und anderen Strafvorschriften sowie Verstöße gegen das Patientengeheimnis nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) mit Freiheits- oder Geldstrafe geahndet werden können. Des Weiteren ist die Verletzung dieser Pflicht ein Verstoß gegen die Pflichten aus Ihrem Arbeitsvertrag und kann mit einer Abmahnung bis hin zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses sanktioniert werden.

Die genannten Vorschriften des BDSG (§§ 53, 83, und 84) sowie § 203 StGB (Auszug) sind umseitig abgedruckt. Ihre sich ggf. aus dem Arbeits- bzw. Dienstvertrag und der Arbeitsordnung ergebende allgemeine Geheimhaltungsverpflichtung wird durch diese Erklärung nicht berührt.

Ort, Datum

SKKIPPI-Projekt
(International Psychoanalytic University (IPU) Berlin)

Ich wurde über das Patientengeheimnis und den Datenschutz informiert. Aufgrund dieser Informationen verpflichte ich mich, die Vorgaben des § 203 StGB (Patientengeheimnis) und des Bundesdatenschutzgesetzes einzuhalten.

Ort, Datum

Mitarbeiter*in/ Psychotherapeut*in

§ 53 Datengeheimnis BDSG

Den bei der Datenverarbeitung beschäftigten Personen ist untersagt, personenbezogene Daten unbefugt zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen (Datengeheimnis). Diese Personen sind, soweit sie bei nicht-öffentlichen Stellen beschäftigt werden, bei der Aufnahme ihrer Tätigkeit auf das Datengeheimnis zu verpflichten. Das Datengeheimnis besteht auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit fort.

§ 83 Bußgeldvorschriften BDSG

(2) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. unbefugt personenbezogene Daten, die nicht allgemein zugänglich sind, erhebt oder verarbeitet,
2. unbefugt personenbezogene Daten, die nicht allgemein zugänglich sind, zum Abruf mittels automatisierten Verfahrens bereithält,
3. unbefugt personenbezogene Daten, die nicht allgemein zugänglich sind, abrufen oder sich oder einem anderen aus automatisierten Verarbeitungen oder nicht automatisierten Dateien verschafft,
4. die Übermittlung von personenbezogenen Daten, die nicht allgemein zugänglich sind, durch unrichtige Angaben erschleicht,
5. entgegen § 16 Abs. 4 Satz 1, § 28 Abs. 5 Satz 1, auch in Verbindung mit § 29 Abs. 4, § 39 Abs. 1 Satz 1 oder § 40 Abs. 1, die übermittelten Daten für andere Zwecke nutzt,
- 5a. entgegen § 28 Absatz 3b den Abschluss eines Vertrages von der Einwilligung des Betroffenen abhängig macht,
- 5b. entgegen § 28 Absatz 4 Satz 1 Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- oder Meinungsforschung verarbeitet oder nutzt,
6. entgegen § 30 Absatz 1 Satz 2, § 30a Absatz 3 Satz 3 oder § 40 Absatz 2 Satz 3 ein dort genanntes Merkmal mit einer Einzelangabe zusammenführt oder
7. entgegen § 42a Satz 1 eine Mitteilung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig macht.

(3) Die Ordnungswidrigkeit kann im Fall des Absatzes 1 mit einer Geldbuße bis zu fünfzigtausend Euro, in den Fällen des Absatzes 2 mit einer Geldbuße bis zu dreihunderttausend Euro geahndet werden. Die Geldbuße soll den wirtschaftlichen Vorteil, den der Täter aus der Ordnungswidrigkeit gezogen hat, übersteigen. Reichen die in Satz 1 genannten Beträge hierfür nicht aus, so können sie überschritten werden.

§ 84 Strafvorschriften

- (1) Wer eine in § 43 Abs. 2 bezeichnete vorsätzliche Handlung gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, begeht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Die Tat wird nur auf Antrag verfolgt. Antragsberechtigt sind der Betroffene, die verantwortliche Stelle, der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und die Aufsichtsbehörde.

§ 203 Verletzung von Privatgeheimnissen (StGB)

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
2. Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,
3. Rechtsanwalt, Patentanwalt, Notar, Verteidiger in einem gesetzlich geordneten Verfahren, Wirtschaftsprüfer, vereidigtem Buchprüfer, Steuerberater, Steuerbevollmächtigten oder Organ oder Mitglied eines Organs einer Rechtsanwalts-, Patentanwalts-, Wirtschaftsprüfungs-, Buchprüfungs- oder Steuerberatungsgesellschaft,
4. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,
- 4a Mitglied oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
5. staatlich anerkanntem Sozialarbeiter oder staatlich anerkanntem Sozialpädagogen oder
6. Angehörigen eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung oder einer privatärztlichen, steuerberaterlichen oder anwaltlichen Verrechnungsstelle anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Amtsträger,
2. für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten,
3. Person, die Aufgaben oder Befugnisse nach dem Personalvertretungsrecht wahrnimmt,
4. Mitglied eines für ein Gesetzgebungsorgan des Bundes oder eines Landes tätigen Untersuchungsausschusses, sonstigen Ausschusses oder Rates, das nicht selbst Mitglied des Gesetzgebungsorgans ist, oder als Hilfskraft eines solchen Ausschusses oder Rates,
5. öffentlich bestelltem Sachverständigen, der auf die gewissenhafte Erfüllung seiner Obliegenheiten auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist, oder
6. Person, die auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Geheimhaltungspflicht bei der Durchführung wissenschaftlicher Forschungsvorhaben auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist, anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist. Einem Geheimnis im Sinne des Satzes 1 stehen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse eines anderen gleich, die für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung erfaßt worden sind; Satz 1 ist jedoch nicht anzuwenden, soweit solche Einzelangaben anderen Behörden oder sonstigen Stellen für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung bekanntgegeben werden und das Gesetz dies nicht untersagt.

(2a) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn ein Beauftragter für den Datenschutz unbefugt ein fremdes Geheimnis im Sinne dieser Vorschriften offenbart, das einem in den Absätzen 1 und 2 Genannten in dessen beruflicher Eigenschaft anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist und von dem er bei der Erfüllung seiner Aufgaben als Beauftragter für den Datenschutz Kenntnis erlangt hat.

(3) Einem in Absatz 1 Nr. 3 genannten Rechtsanwalt stehen andere Mitglieder einer Rechtsanwaltskammer gleich. Den in Absatz 1 und Satz 1 Genannten stehen ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind. Den in Absatz 1 und den in Satz 1 und 2 Genannten steht nach dem Tod des zur Wahrung des Geheimnisses Verpflichteten ferner gleich, wer das Geheimnis von dem Verstorbenen oder aus dessen Nachlaß erlangt hat.

(4) Die Absätze 1 bis 3 sind auch anzuwenden, wenn der Täter das fremde Geheimnis nach dem Tod des Betroffenen unbefugt offenbart.

(5) Handelt der Täter gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe.



Regelungen zum Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung (§ 8a Absatz 4)

Definition: Kindeswohlgefährdung ist eine gegenwärtige, in einem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussagen lässt.

Werden den Mitarbeitern der Studie gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung eines Kindes bekannt, informieren diese umgehend die Studienleitung. Diese nimmt unter Abwägung der zu dem Zeitpunkt bekannten Risiko- und Schutzfaktoren und ggf. unter Hinzuziehung anderer Fachkräfte eine Gefährdungseinschätzung vor und leitet entsprechende Schritte zum Schutz des Kindes ein.

Wesentliche **Schritte** bei der Gefährdungseinschätzung:

- **Bei gewichtigen Anhaltspunkten:**

1. Mehrere Fachkräfte (mind. 2) nehmen in einer internen Fallbesprechung eine Gefährdungseinschätzung vor. Die Risikoabschätzung erfasst sowohl die Perspektive der Eltern (Problemakzeptanz und Problemkongruenz sowie Hilfeakzeptanz), als auch die Ressourcen der Familie und des betroffenen Kindes.
2. Die Studienmitarbeiter*innen vereinbaren mit den Sorgeberechtigten zeitlich terminierte Handlungsschritte zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten. Ziel ist, durch Anbindung an eine entsprechende Kinderschutz-, Krisen- oder Beratungseinrichtung die Gefährdung durch geeignete Unterstützung abzuwenden. Es wird überprüft, ob die Hilfe in Anspruch genommen wurde.

- **Bei akuter Kindeswohlgefährdung:**

3. Die Studienmitarbeiter*innen informieren sofort das Jugendamt, wenn eine akute Gefährdung des Kindes vorliegt oder wenn die Hilfeangebote zur Gefährdungsabwendung nicht ausreichen, nicht in Anspruch genommen werden oder dies nicht ausreichend zuverlässig beurteilt werden kann. Ziel ist, ein Hilfe- und Schutzkonzept für das Kind in die Wege zu leiten.

Dokumentation: Zu allen Phasen des Vorgehens bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung liegen den Mitarbeitern der Studie Bögen für eine standardisierte Dokumentation von Indikatoren für Kindeswohlgefährdung vor. Dafür werden altersgemäße Kinderschutzbögen verwendet (Künster, Thurn, Fischer, Wucher, Kindler & Ziegenhain (2013): Wahrnehmungsbogen zum Kinderschutz. Version: rund um die Geburt sowie Version: Kleinkind- und Vorschulalter).

Fachliche Kooperation: Die Mitarbeiter der Studie können bei der Gefährdungseinschätzung vom Rechtsanspruch aller beruflich in Kontakt mit Kindern und Jugendlichen stehenden Personen auf Beratung bei einer insoweit erfahrenen Fachkraft (nach §§ 8a und 8b SGB VIII, §4 KKG) Gebrauch machen. Dafür liegt eine Liste der regional zuständigen Institutionen und Fachkräfte vor.



Liebe Studienmitarbeiter*innen!

Aus Gründen des Infektionsschutzes gelten bei der Datenerhebung im Rahmen der SKKIPPI Studie zurzeit besondere Hygieneschutzmaßnahmen, wenn Ihr Eltern und Kinder zur Durchführung der Befragungen, Interviews oder Entwicklungsbeobachtungen zu Hause besucht oder in die Hochschulambulanz einladet.

Folgende **Vorsichtsmaßnahmen/Abläufe** sind zu beachten, um Euch und die Familien vor einer möglichen Ansteckung mit dem Corona-Virus zu schützen:

- 1. Eltern-Info und Abstimmung im Vorfeld.** Bitte informiert die Eltern vorab (im Zuge der Terminvereinbarung) über unser Hygieneschutzkonzept für die Datenerhebung. Dafür kann die schriftliche Eltern-Info genutzt werden. Die Inhalte (Mindestabstand, Maske/Plexiglas-Visier, Durchlüftung der Räume, Desinfektion etc.) sind für Eltern sowie Studienmitarbeiter*innen bindend. Stimmt bitte mit den Eltern genau ab, was deren Bedürfnisse, ggf. Bedenken sind und stellt Euch dementsprechend darauf ein. Ggf. haltet bitte Rücksprache mit dem Studiensekretariat. Alle Beteiligten sollen sich sicher und wohl fühlen.
 - 2. Spezielle Ausstattung für die Datenerhebung:**
 - Eltern-Info Hygieneschutzkonzept
 - Einwegmasken für alle anwesenden erwachsenen Personen
 - 2 Plexiglas-Visiere
 - Desinfektionsmittel (Handdesinfektion; ggf. Flächendesinfektion; Taschen-/Kosmetiktücher)
 - Aufwandsentschädigung im Umschlag
 - 3. Kontaktgestaltung.** Bei der Begrüßung wird auf Handschlag verzichtet, zugunsten jeder anderen Form der freundlichen Begrüßung. Bitte wascht Euch beim Eintreten in die Wohnung selbst die Hände (mit/oder Desinfektion) und bittet die Eltern, dies ebenfalls zu tun. Dies gilt auch für die Hochschulambulanz. (Rituelleres Händewaschen als Zeichen des gegenseitigen Respekts und des Respekts gegenüber den Hygieneschutzmaßnahmen an sich! – Entspannte, souveräne Haltung!) Wenn die Kinder auf Euch zugehen und Euch berühren, sprecht mit den Eltern und Kindern darüber, dass ihr diesen Kontakt soweit wie möglich reduzieren, jedoch nicht abwehren werdet.
 - 4. Bestätigung der Symptomfreiheit.** Vor Datenerhebung muss erfragt werden, ob alle anwesenden Personen symptomfrei sind.
 - 5. Durchlüftung der Räume.** Vor, während und nach der Datenerhebung ist zu lüften (siehe Elterninfo). Ggf. ist dafür auch die Erhebung kurz zu unterbrechen.
 - 6. Desinfektion.** Mitgebrachte und vorhandene Gegenstände werden bei Bedarf desinfiziert. Spielgegenstände, die Kinder in die Hand / in den Mund nehmen, bitte vorher desinfizieren, 10-15 Minuten einwirken lassen und dann abwischen/abspülen, damit Kinder nicht mit Resten des Desinfektionsmittels in Berührung kommen. Eltern bitte darauf hinweisen, dass dies sorgfältig und kindgerecht (rückstandsfrei) erfolgt. Plexiglas-Visier nach der Datenerhebung beidseitig reinigen. Auch Kugelschreiber und Flächen bitte desinfizieren. Es werden nur Testmaterialien (auch Unterlagen, Matten) eingesetzt, die sich gut desinfizieren lassen (keine Textilien/Stoffdecken etc.).
 - 7. Abstand zu Kindern.** Körpernahe Interaktionen mit Säuglingen während der Datenerhebung erfolgen mit Maske, mit älteren Kindern mit Plexiglas-Visier (z.B. ET 6-6). Zur Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion (EAS, AQS) werden die Eltern gebeten, keine Masken oder Plexiglas-Visiere zu tragen, damit die Mimik beider Interaktionspartner ungestört wahrnehmbar ist. Studienmitarbeiter*innen tragen Visier und halten den Mindestabstand ein.
-

8. **Aufwandsentschädigung.** Wird in einem Kuvert überreicht.
9. **Verabschiedung.** Bitte auch nach Abschluss der Datenerhebung Händewaschen und nicht die Hände schütteln!
10. **Nachbereitung.** Plexiglas-Visier von beiden Seiten desinfizieren. Tische im Erhebungsraum (Hochschulambulanz) und Türklinken desinfizieren. Verwendetes Spielzeug desinfizieren. 10-15 Minuten einwirken lassen, dann mit feuchtem Tuch abwischen. Auch Kugelschreiber, die Eltern verwendet haben, desinfizieren.

Wir danken Euch allen für die verantwortungsbewusste Beachtung dieser Infektionsschutzmaßnahmen!

Das SKKIPPI Team



SKKIPPI Aufnahmebogen (Klinisches Erstgespräch + Studienaufnahme)

Datum Anmeldung	Datum Aufnahmegespräch	Code aufnehmende*r Arzt / Ärztin/ Therapeut*in	
Kind: Name	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht m / w
Sorgerechtssituation: <input type="radio"/> gemeinsames SR <input type="radio"/> KM alleine <input type="radio"/> KV alleine <input type="radio"/> andere			
Mutter: Name	Vorname	Geburtsdatum	
Anschrift _____ Telefon _____ e-mail _____ Kontaktaufnahme über <input type="radio"/> E-Mail <input type="radio"/> Telefon <input type="radio"/> Post			
Therapiebedarf – Behandlungsbedürftigkeit: <u>Mutter:</u> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <u>Kind:</u> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <u>Mutter:</u> ICD-10 Diagnose _____ DSM-V Diagnose _____ <u>Kind:</u> ICD-10 Diagnose _____ DSM-V Diagnose _____ DC:0-5 (Achse II): _____			
Setting <input type="radio"/> stationär <input type="radio"/> nicht-stationär			
Ausschlusskriterien <input type="radio"/> Suizidalität <input type="radio"/> Substanzmissbrauch <input type="radio"/> Psychose <input type="radio"/> keine			
Aufklärung über Studienteilnahme: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Teilnahmebereitschaft: <input type="radio"/> nein, Mutter nimmt nicht teil <input type="radio"/> ja, Mutter hat Einwilligungserklärung unterzeichnet (siehe Anlage) <input type="radio"/> vielleicht – Mutter braucht Bedenkzeit – meldet sich <input type="radio"/> vielleicht – Mutter braucht Bedenkzeit – möchte kontaktiert werden			
Randomisierung <input type="radio"/> noch nicht erfolgt <input type="radio"/> ja – ESKP-Gruppe <input type="radio"/> ja – CAU-Gruppe			
Vermittlung in Behandlung: <input type="radio"/> noch nicht erfolgt <input type="radio"/> ja – ESKP-Gruppe _____ <input type="radio"/> ja – CAU-Gruppe _____			



SKKIPPI **Aufnahmebogen** (Klinisches Erstgespräch + Studienaufnahme)

Anamnesebogen erhoben nicht erhoben

Situation der Mutter: _____

Situation mit dem Kind: _____

Situation der Familie: _____

Behandlungsempfehlung / Vermittlung / Absprachen:

Notizen:



Anamnesefragebogen

<p>Daten zu den Eltern</p> <p>Bitte beantworten Sie die Fragen, die Sie als Mutter und ggf. einen zweiten sorgeberechtigten Elternteil betreffen.</p>	
<p>Geburtsdatum der Mutter(TT/MM/JJJJ):</p> <p>Alter der Mutter:</p>	<p>Geburtsdatum des zweiten sorgeberechtigten Elternteils (TT/MM/JJJJ):</p> <p>Alter des zweiten sorgeberechtigten Elternteils:</p>
<p>Wer hat das Sorgerecht für Ihr Kind inne?</p> <p><input type="checkbox"/> Mutter und Vater gemeinsam</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin alleine sorgeberechtigt</p> <p><input type="checkbox"/> Der Vater des Kindes ist alleine sorgeberechtigt</p> <p><input type="checkbox"/> andere _____</p>	<p>Leben Sie in fester Partnerschaft?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Wie viele Personen leben im Haushalt? (davon ____Kinder)</p> <p>Das Kind lebt</p> <p><input type="checkbox"/> mit zwei Elternteilen (leiblich oder neue Partnerschaft)</p> <p><input type="checkbox"/> mit einem Elternteil alleine</p> <p><input type="checkbox"/> mit Eltern(teil) und Großeltern</p> <p><input type="checkbox"/> mit Eltern(teil) und Freunden/Bekanntem</p>	<p>Leben/wohnen Sie mit dem zweiten sorgeberechtigten Elternteil zusammen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Nationalität der Mutter:</p> <p><input type="checkbox"/> deutsch</p> <p><input type="checkbox"/> andere, nämlich:</p>	<p>Nationalität des zweiten sorgeberechtigten Elternteils:</p> <p><input type="checkbox"/> deutsch</p> <p><input type="checkbox"/> andere, nämlich:</p>
<p>Schulabschluss der Mutter:</p> <p><input type="checkbox"/> Kein Schulabschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Realschulabschluss/ Mittlere Reife</p> <p><input type="checkbox"/> Abitur/ Fachabitur</p> <p><input type="checkbox"/> Hochschulabschluss</p>	<p>Schulabschluss des zweiten sorgeberechtigten Elternteils:</p> <p><input type="checkbox"/> Kein Schulabschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Realschulabschluss/ Mittlere Reife</p> <p><input type="checkbox"/> Abitur/ Fachabitur</p> <p><input type="checkbox"/> Hochschulabschluss</p>
<p>Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Hat der zweite sorgeberechtigte Elternteil Ihres Kindes eine abgeschlossene Berufsausbildung?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
<p>Wie war Ihre Beschäftigungssituation bevor Ihr Kind zur Welt kam?</p> <p><input type="checkbox"/> in der Ausbildung/ im Studium</p> <p><input type="checkbox"/> berufstätig mit _____ Stunden pro Wochen</p> <p><input type="checkbox"/> arbeitslos</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges:</p>	<p>Nimmt / nahm der Vater/zweite Elternteil des Kindes auch Elternzeit in Anspruch?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, für _____Monat/e, d.h. vom __. bis __. Lebensmonat des Kindes.</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Sind Sie aktuell in Mutterschutz/Elternzeit?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja, wie lange möchten Sie in Elternzeit zu bleiben?</p> <p><input type="checkbox"/> Bis mein Kind _____alt ist.</p> <p><input type="checkbox"/> Kann ich noch nicht sagen.</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, derzeitige Beschäftigungssituation:</p> <p>_____</p>	<p>Aktuelle Beschäftigungssituation des zweiten sorgeberechtigten Elternteils</p> <p><input type="checkbox"/> in der Ausbildung/ im Studium</p> <p><input type="checkbox"/> berufstätig mit _____ Stunden pro Wochen</p> <p><input type="checkbox"/> arbeitslos</p> <p><input type="checkbox"/> in Elternzeit</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges:</p>

<p>Hat sich Ihre Arbeitssituation durch die Geburt des Kindes bzw. die aktuellen Belastungen verändert (abgesehen von Mutterschutz/Elternzeit):</p> <p><input type="checkbox"/> Mutter reduzierte Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Mutter Arbeitsunfähigkeit</p>	<p>Hat sich die Arbeitssituation des zweiten sorgeberechtigten Elternteils durch die Geburt des Kindes bzw. die aktuellen Belastungen verändert (abgesehen von Elternzeit):</p> <p><input type="checkbox"/> Vater reduzierte Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Vater Arbeitsunfähigkeit</p>															
<p>Wie viele Kinder haben Sie? Kinder _____</p>																
<p>Alter und Geschlecht des Kindes/ der Kinder der Mutter</p> <p>1. Kind: (Alter) <input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen - leibliches Kind: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____</p> <p>2. Kind: (Alter) <input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen - leibliches Kind: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____</p> <p>3. Kind: (Alter) <input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen - leibliches Kind: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____</p> <p>4. Kind: (Alter) <input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen - leibliches Kind: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____</p> <p>5. Kind: (Alter) <input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen - leibliches Kind: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____</p> <p>6. Kind: (Alter) <input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen - leibliches Kind: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____</p> <p>Weitere _____</p>																
<p>Wie ist Ihre derzeitige finanzielle Situation?</p> <p><input type="checkbox"/> ... geregelt, ausreichend gutes Auskommen <input type="checkbox"/> ... kritisch, sehr knappes Auskommen <input type="checkbox"/> ... derzeit verschuldet</p>	<p>Wie wird der Lebensunterhalt des Kindes gedeckt?</p> <p><input type="checkbox"/> Kind lebt vom Familieneinkommen (Lohn/Gehalt/selbständiger Arbeit/ALG/Befög etc.)</p> <p>Ich erhalte für mein Kind</p> <p><input type="checkbox"/> Kindergeld <input type="checkbox"/> Hartz IV <input type="checkbox"/> Kindesunterhalt vom getrenntlebenden Elternteil <input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschuss durch das Jugendamt</p>															
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%; text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Gibt es Erkrankungen in der Familie: Mutter</th> <th style="width: 33%; text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Vater</th> <th style="width: 33%; text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Angehörige</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>körperliche: _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>seelische: _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>wichtige OPs: _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>schwere Unfälle: _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>		Gibt es Erkrankungen in der Familie: Mutter	Vater	Angehörige	körperliche: _____	_____	_____	seelische: _____	_____	_____	wichtige OPs: _____	_____	_____	schwere Unfälle: _____	_____	_____
Gibt es Erkrankungen in der Familie: Mutter	Vater	Angehörige														
körperliche: _____	_____	_____														
seelische: _____	_____	_____														
wichtige OPs: _____	_____	_____														
schwere Unfälle: _____	_____	_____														
<p>Zu Ihrer Herkunftsfamilie</p> <p>Leben Ihre Eltern noch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, verstorben (als ich Jahre alt war)</p> <p>Wenn ja: Haben Sie Kontakt zu Ihren Eltern? <input type="checkbox"/> ja, regelmäßig <input type="checkbox"/> ja, aber selten <input type="checkbox"/> nein, seit..... nicht mehr.</p>																
<p>Schwangerschaften und Geburten vor Ihrem jetzigen Kind</p> <p>Bestand vor der Schwangerschaft eine längere ungewollte Unfruchtbarkeit? <input type="checkbox"/> ja - Wie lange? _____ <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Schwangerschaftsabbrüche? <input type="checkbox"/> ja - Wie oft, wann _____ x, im Jahr 20_____ <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Fehlgeburten? <input type="checkbox"/> ja - Wie oft, wann _____ x, im Jahr 20_____ in der ____ Schwangerschaftswoche <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Frühgeborene/s? <input type="checkbox"/> ja - Schwangerschaftswoche _____ <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Kind/er gestorben? <input type="checkbox"/> ja - Wann _____ Woran _____ <input type="checkbox"/> nein</p>																
<p>Schwangerschaft mit dem vorgestellten Kind</p> <p>Bestand Partnerschaft vor der Geburt länger als 6 Monate? <input type="checkbox"/> ja - Wie lange? _____ <input type="checkbox"/> nein</p> <p>War die Schwangerschaft geplant? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>War das Kind erwünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>																

Belastungen oder Komplikationen während der Schwangerschaft?

Seelische Belastungen? ja - Welche? _____ nein
 Soziale Belastungen? ja - Welche? _____ nein
 Medizinische Komplikationen? ja - Welche? _____ nein

Zur Geburt

Wurde das Kind zum errechneten Termin geboren? ja nein

In welcher Schwangerschaftswoche? _____

Die Entbindung erfolgte im Krankenhaus _____ zu Hause andere

Ohne Eingriff ja nein
 Mit Zange ja nein
 Mit Saugglocke ja nein
 Durch Kaiserschnitt (vorhersehbar) ja nein
 Durch Kaiserschnitt (als Notfall) ja nein

Andere Komplikationen während der Geburt? ja _____ nein

War die Geburt eine belastende Erfahrung?

Mutter: nein ja, ein wenig ja, sehr
 Vater: nein ja, ein wenig ja, sehr

Lag das Kind im Brutkasten? nein ja, wenn ja, wie lange _____

Wurde das Kind ...
 ... innerhalb der ersten Lebensmonate in die Kinderklinik verlegt? ja nein
 ... beatmet? ja nein
 ... mit einer Sonde ernährt? ja nein
 ... wegen einer Gelbsucht behandelt? ja nein

Entwicklung des Kindes:

Ist Ihr Kind altersgemäß entwickelt? Ja nein kann ich nicht beurteilen
 War Ihr Kind in den ersten 4-6 Wochen besonders ruhig besonders unruhig besonders empfindlich

Zur Betreuung des Kindes

Wird Ihr Kind regelmäßig von anderen Personen betreut? (Tagesmutter, Krippe, Familie, Freunde) ja nein
 Wie zufrieden sind Sie als Mutter damit? Gar nicht weniger sehr

Leben Sie vom anderen Elternteil des Kindes getrennt?

Hat das Kind regelmäßigen Kontakt zum getrenntlebenden Elternteil?
 nein Ja wenn ja, wie oft: regelmäßig unregelmäßig häufig eher selten
 Wie zufrieden sind Sie als Mutter damit? Gar nicht weniger sehr

War/ist Kind ernsthaft erkrankt?

nein Ja wenn ja, Art, Häufigkeit, Dauer, Alter bei Erkrankung _____

Gibt es aktuell (seit der Geburt Ihres Kindes) belastende Ereignisse in Ihrem Leben?

Trennung vom Partner/Partnerin
 Verlust eines Familienangehörigen

- | | |
|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Verlust der Arbeitsstelle |
| <input type="checkbox"/> | Verschuldung |
| <input type="checkbox"/> | Plötzlicher Wohnungsverlust |
| <input type="checkbox"/> | andere _____ |



Fragen zur Qualifikation der SKKIPPI Studientherapeut*innen

Grundausbildung:

- Sozialpädagog*in/Sozialarbeiter*in
- Psychologe*in
- Ärzt*in

Psychotherapeutische Qualifikation:

- Erwachsenenpsychotherapeut*in
 - TP VT approbiert in laufender Psychotherapie-Ausbildung
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in
 - TP VT approbiert in laufender Psychotherapie-Ausbildung
- Systemische*r Familientherapeut*in

Curriculare Weiterbildung in Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie (ESKP, SKEPT,)

- abgeschlossen im Jahr bei (Institut)
- in laufender Weiterbildung bei (Institut)

Psychotherapeutische Vorerfahrung

- Berufsjahre als Psychotherapeut*in: ca.....
- Anzahl bisheriger Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapien: ca.

Andere einschlägige berufliche Vorerfahrung mit Eltern und Kindern von 0-3 Jahren

- Berufsjahre
- Anzahl bisheriger Eltern-Säugling-Kleinkind-Begleitungen/Beratungen:

Anmerkungen:

Frage zur Weitergabe von Studiendaten (Rohdaten)

- Die Mutter/Eltern wünschen eine Weitergabe von Studiendaten (Rohdaten) an die Studientherapeutin.
- Als Studientherapeut*in wünsche ich die Weitergabe von Studiendaten (Rohdaten).
- Eine Schweigepflichtsentbindung der Mutter/Eltern liegt dafür vor.
- Eine Weitergabe von Studiendaten (Rohdaten) ist erfolgt.
- Die Nutzung von Studiendaten ist für den Behandlungsprozess sinnvoll.

Anmerkungen:

Vielen Dank!

Sitzung 1 - Datum: _____ Anwesend: Kind Mutter Vater¹ weitere: _____

Elterliches **Strukturniveau**²: Mutter: 0 1 2 3 4 Vater: 0 1 2 3 4

(0 = noch nicht beurteilbar; 1 = gut integriert; 2 = mäßig integriert; 3 = gering integriert; 4 = desintegriert)

Behandlungsfokus: noch unklar strukturbezogen konfliktbezogen gemischt

➤ Therapeutischer **Fokus**²: intrapsychischer Konflikt interpersoneller Konflikt

Psychodynamischer Konflikt-Fokus: Beschreibung des **Symptoms** und des **darunterliegenden Beziehungsthemas:**

.....

.....

.....

	0	1	2	3	4
Antwort	überhaupt nicht/ niemals	kaum/selten	teilweise/ manchmal	überwiegend / meistens	ganz genau/ immer
Bitte geben Sie an, wie ausgeprägt/häufig die folgenden Behandlungstechniken waren:					
1.	Schwerpunkt der Sitzung lag auf Konfliktthema der E-K-Beziehung				0 1 2 3 4
2.	Mutter/Vater nahm eigene psychische Zustände sensibel wahr				0 1 2 3 4
3.	Konflikttypische Affekte der Mutter/des Vaters wurden bearbeitet				0 1 2 3 4
4.	Ressourcen zur elterlichen Affektregulierung wurden aktiviert				0 1 2 3 4
5.	Mutter/Vater wurde unterstützt Affekte des Kindes auszuhalten				0 1 2 3 4
6.	Eine Atmosphäre des Verstehen-Wollens wurde hergestellt				0 1 2 3 4
7.	Zwischen kindlichen und elterlichen Affekten wurde unterschieden				0 1 2 3 4
8.	Elterliche Repräsentationen wurden besprochen				0 1 2 3 4
9.	Mutter/Vater wurde zum Mentalisieren angeregt				0 1 2 3 4
10.	Ich-Funktionen der Mutter/des Vaters wurden gestärkt				0 1 2 3 4
11.	Zentrale abgewehrte Affekte wurden aufgegriffen				0 1 2 3 4
12.	Probleme und Motive konnten klarifiziert werden				0 1 2 3 4
13.	Triangulierende Sichtweisen wurden angeboten				0 1 2 3 4
14.	Zentraler psychodynamischen Konflikt-Fokus wurde benannt				0 1 2 3 4
15.	Hilfen zur kindlichen Affektregulation wurden gegeben				0 1 2 3 4
16.	Selbstreflexion der Mutter/des Vaters wurde angeregt				0 1 2 3 4
17.	Kindliches Abwehrverhalten wurde aufgezeigt				0 1 2 3 4
18.	Es wurde aus Sicht des Kindes gesprochen				0 1 2 3 4

¹ Wenn Vater in Behandlung integriert, bitte auch Angaben zum Vater: „0“ (Mutter mit „X“).

² Angaben zu Strukturniveau, Behandlungsfokus und Konflikt-Fokus bitte bis spätestens zur 3. Sitzung! Danach

nur noch Veränderungen dokumentieren, falls sich welche ergeben!

19.	Perspektivübernahme wurde angeregt	0	1	2	3	4
20.	Neue Sichtweise konnte eingebracht werden (reframing)	0	1	2	3	4
21.	Handlungsstrategien und Übungen für den Alltag wurden entwickelt	0	1	2	3	4
22.	Psychoedukation über physische/psychische Entwicklung des Kindes	0	1	2	3	4
23.	Videotechnik wurde eingesetzt	0	1	2	3	4
24.	Mutter/Vater wurde unterstützt inne zu halten und zu beobachten	0	1	2	3	4
25.	Abstimmung auf psychisches Funktionsniveau der Eltern passte	0	1	2	3	4

Bitte notieren Sie, falls in der Sitzung ein **unerwartetes Ereignis** aufgetreten ist und wie es bearbeitet wurde (z.B. Krise, Kontraindikation, Kinderschutzfragestellung aufgetreten etc.)

SKKIPPI Studiensekretariat informiert

Weitere Anmerkungen (z.B. initiale Szene etc.):

Vielen Dank!

Sitzung 2 - Datum: _____ Anwesend: Kind Mutter Vater³ weitere: _____

Elterliches **Strukturturniveau**²: Mutter: 0 1 2 3 4 Vater: 0 1 2 3 4

(0 = noch nicht beurteilbar; 1 = gut integriert; 2 = mäßig integriert; 3 = gering integriert; 4 = desintegriert)

Behandlungsfokus: noch unklar strukturbezogen konfliktbezogen gemischt

➤ Therapeutischer **Fokus**⁴: intrapsychischer Konflikt interpersoneller Konflikt

Psychodynamischer Konflikt-Fokus: Beschreibung des **Symptoms** und des **darunterliegenden Beziehungsthemas:**

.....

.....

.....

	0	1	2	3	4
Antwort	überhaupt nicht/ niemals	kaum/selten	teilweise/ manchmal	überwiegend / meistens	ganz genau/ immer
Bitte geben Sie an, wie ausgeprägt/häufig die folgenden Behandlungstechniken waren:					
1.	Schwerpunkt der Sitzung lag auf Konfliktthema der E-K-Beziehung				0 1 2 3 4
2.	Mutter/Vater nahm eigene psychische Zustände sensibel wahr				0 1 2 3 4
3.	Konflikttypische Affekte der Mutter/des Vaters wurden bearbeitet				0 1 2 3 4
4.	Ressourcen zur elterlichen Affektregulierung wurden aktiviert				0 1 2 3 4
5.	Mutter/Vater wurde unterstützt Affekte des Kindes auszuhalten				0 1 2 3 4
6.	Eine Atmosphäre des Verstehen-Wollens wurde hergestellt				0 1 2 3 4
7.	Zwischen kindlichen und elterlichen Affekten wurde unterschieden				0 1 2 3 4
8.	Elterliche Repräsentationen wurden besprochen				0 1 2 3 4
9.	Mutter/Vater wurde zum Mentalisieren angeregt				0 1 2 3 4
10.	Ich-Funktionen der Mutter/des Vaters wurden gestärkt				0 1 2 3 4
11.	Zentrale abgewehrte Affekte wurden aufgegriffen				0 1 2 3 4
12.	Probleme und Motive konnten klarifiziert werden				0 1 2 3 4
13.	Triangulierende Sichtweisen wurden angeboten				0 1 2 3 4
14.	Zentraler psychodynamischen Konflikt-Fokus wurde benannt				0 1 2 3 4
15.	Hilfen zur kindlichen Affektregulation wurden gegeben				0 1 2 3 4
16.	Selbstreflexion der Mutter/des Vaters wurde angeregt				0 1 2 3 4
17.	Kindliches Abwehrverhalten wurde aufgezeigt				0 1 2 3 4
18.	Es wurde aus Sicht des Kindes gesprochen				0 1 2 3 4

³ Wenn Vater in Behandlung integriert, bitte auch Angaben zum Vater: „0“ (Mutter mit „X“).

⁴ Angaben zu Strukturturniveau, Behandlungsfokus und Konflikt-Fokus bitte bis spätestens zur 3. Sitzung! Danach

nur noch Veränderungen dokumentieren, falls sich welche ergeben!

19.	Perspektivübernahme wurde angeregt	0	1	2	3	4
20.	Neue Sichtweise konnte eingebracht werden (reframing)	0	1	2	3	4
21.	Handlungsstrategien und Übungen für den Alltag wurden entwickelt	0	1	2	3	4
22.	Psychoedukation über physische/psychische Entwicklung des Kindes	0	1	2	3	4
23.	Videotechnik wurde eingesetzt	0	1	2	3	4
24.	Mutter/Vater wurde unterstützt inne zu halten und zu beobachten	0	1	2	3	4
25.	Abstimmung auf psychisches Funktionsniveau der Eltern passte	0	1	2	3	4

Bitte notieren Sie, falls in der Sitzung ein **unerwartetes Ereignis** aufgetreten ist und wie es bearbeitet wurde (z.B. Krise, Kontraindikation, Kinderschutzfragestellung aufgetreten etc.)

SKKIPPI Studiensekretariat informiert

Weitere Anmerkungen (z.B. initiale Szene etc.):

Vielen Dank!

Sitzung 3 - Datum: _____ Anwesend: Kind Mutter Vater⁵ weitere: _____

Elterliches **Strukturturniveau**²: Mutter: 0 1 2 3 4 Vater: 0 1 2 3 4

(0 = noch nicht beurteilbar; 1 = gut integriert; 2 = mäßig integriert; 3 = gering integriert; 4 = desintegriert)

Behandlungsfokus: noch unklar strukturbezogen konfliktbezogen gemischt

➤ Therapeutischer **Fokus**⁶: intrapsychischer Konflikt interpersoneller Konflikt

Psychodynamischer Konflikt-Fokus: Beschreibung des **Symptoms** und des **darunterliegenden Beziehungsthemas:**

.....

.....

.....

	0	1	2	3	4
Antwort	überhaupt nicht/ niemals	kaum/selten	teilweise/ manchmal	überwiegend / meistens	ganz genau/ immer
Bitte geben Sie an, wie ausgeprägt/häufig die folgenden Behandlungstechniken waren:					
1.	Schwerpunkt der Sitzung lag auf Konfliktthema der E-K-Beziehung				0 1 2 3 4
2.	Mutter/Vater nahm eigene psychische Zustände sensibel wahr				0 1 2 3 4
3.	Konflikttypische Affekte der Mutter/des Vaters wurden bearbeitet				0 1 2 3 4
4.	Ressourcen zur elterlichen Affektregulierung wurden aktiviert				0 1 2 3 4
5.	Mutter/Vater wurde unterstützt Affekte des Kindes auszuhalten				0 1 2 3 4
6.	Eine Atmosphäre des Verstehen-Wollens wurde hergestellt				0 1 2 3 4
7.	Zwischen kindlichen und elterlichen Affekten wurde unterschieden				0 1 2 3 4
8.	Elterliche Repräsentationen wurden besprochen				0 1 2 3 4
9.	Mutter/Vater wurde zum Mentalisieren angeregt				0 1 2 3 4
10.	Ich-Funktionen der Mutter/des Vaters wurden gestärkt				0 1 2 3 4
11.	Zentrale abgewehrte Affekte wurden aufgegriffen				0 1 2 3 4
12.	Probleme und Motive konnten klarifiziert werden				0 1 2 3 4
13.	Triangulierende Sichtweisen wurden angeboten				0 1 2 3 4
14.	Zentraler psychodynamischen Konflikt-Fokus wurde benannt				0 1 2 3 4
15.	Hilfen zur kindlichen Affektregulation wurden gegeben				0 1 2 3 4
16.	Selbstreflexion der Mutter/des Vaters wurde angeregt				0 1 2 3 4
17.	Kindliches Abwehrverhalten wurde aufgezeigt				0 1 2 3 4
18.	Es wurde aus Sicht des Kindes gesprochen				0 1 2 3 4

⁵ Wenn Vater in Behandlung integriert, bitte auch Angaben zum Vater: „0“ (Mutter mit „X“).

⁶ Angaben zu Strukturturniveau, Behandlungsfokus und Konflikt-Fokus bitte bis spätestens zur 3. Sitzung! Danach

nur noch Veränderungen dokumentieren, falls sich welche ergeben!

19.	Perspektivübernahme wurde angeregt	0	1	2	3	4
20.	Neue Sichtweise konnte eingebracht werden (reframing)	0	1	2	3	4
21.	Handlungsstrategien und Übungen für den Alltag wurden entwickelt	0	1	2	3	4
22.	Psychoedukation über physische/psychische Entwicklung des Kindes	0	1	2	3	4
23.	Videotechnik wurde eingesetzt	0	1	2	3	4
24.	Mutter/Vater wurde unterstützt inne zu halten und zu beobachten	0	1	2	3	4
25.	Abstimmung auf psychisches Funktionsniveau der Eltern passte	0	1	2	3	4

Bitte notieren Sie, falls in der Sitzung ein **unerwartetes Ereignis** aufgetreten ist und wie es bearbeitet wurde (z.B. Krise, Kontraindikation, Kinderschutzfragestellung aufgetreten etc.)

SKKIPPI Studiensekretariat informiert

Weitere Anmerkungen (z.B. initiale Szene etc.):

Vielen Dank!

DC:0-5 – Achse II – Teil A: Beziehungsqualität

Bitte schätzen Sie die Beziehungsqualität zwischen Kind und Mutter ein. Vermerken Sie Ihre Einschätzung unten rechts unter „Zugeordnetes Level“.

1. Spezifizieren und beschreiben Sie den Beziehungsbeitrag der primären Bezugsperson*en und den des Kindes. Was fällt auf? Wie sind die ersten Eindrücke dazu?
(Zur Unterstützung können Sie auch die im Manual aufgeführten Tabellen 1 und 2 verwenden.)

Level 1: gut angepasste bis ausreichend gute Beziehungen (Well-Adapted to Good-Enough Relationships)

Charakteristika Level 1	Checkbox
Keine klinische Relevanz / nicht besorgniserregend	
Die Beziehung ist größtenteils funktionstüchtig (trotz Hochs und Tiefs)	
Das Kind wird zuverlässig von der primären Bezugsperson vor Gefahren geschützt	
Das Kind hat die Erwartung, dass es sich auf die primäre Bezugsperson verlassen kann	
Die Beziehung ermöglicht dem Kind seine Emotionen frei auszudrücken und regulieren zu lernen	
Das Kind fühlt sich geborgen und empfindet Nähe	
Das Kind hat den Raum zu explorieren, die Umwelt zu erforschen	
Die Beziehung ist <u>nicht</u> durch Konflikte gekennzeichnet	
Wenn Konflikte auftreten wird die Beziehung angemessen repariert	
Es herrscht eine gesunde Asymmetrie in der Beziehung (Die Bezugsperson ist für das Wohlergehen des Kindes verantwortlich, das Kind jedoch nicht für das der Bezugsperson)	

Level 2: Angespannte bis besorgniserregende Beziehungen (Strained to Concerning Relationships)

Charakteristika Level 2	Checkbox
Beunruhigende Muster der Interaktion / der subjektiven Erfahrung vorhanden	
Die Beziehung ist konflikthaft oder ungleich gewichtet (bspw. Rollenkehr) oder unzureichend wechselseitig	
Einige wichtige Eigenschaften der elterlichen Anpassungsfähigkeit an die Bedürfnisse des Kindes sind gegeben	
zweifelhaft, ob Bedürfnisse nach Geborgenheit und Schutz in der Beziehung ausreichend ausgedrückt, und ob ausreichend darauf eingegangen wird.	
<u>oder</u> fehlender Wille zur Unterstützung der kindlichen Exploration	
Die wechselseitige Freude an Aktivitäten wirkt eingeschränkt	
<u>oder</u> die Äußerung von Zuneigung wirkt eingeschränkt und die Regulation von Emotionen wirkt problematisch	
Der Umgang miteinander (bspw. gemeinsames Spiel), ist nicht durchgehend aufeinander abgestimmt/ingehend	
Elternteil oder Kind teils unzureichend in die Interaktionen eingebunden	
Manche Interaktionen versuchen den anderen zu kontrollieren	
Das Ausmaß der im Durchschnitt erwarteten Schwierigkeiten in Eltern-Kind-Beziehungen wird übertroffen	
Die Unterstützung der primären Bezugsperson durch soziale Hilfesystem kann indiziert sein	

Level 3: Beeinträchtigte bis gestörte Beziehungen (Compromised to Disturbed Relationships)

Level 4: Gestörte bis gefährliche Beziehungen (Disordered to Dangerous Relationships)

Charakteristika Level 3	Checkbox
Deutliche klinische Relevanz Intervention aufgrund des hohen Risikos für das Kind (aktuell schwerwiegende Beeinträchtigungen, Sicherheitsrisiko, anhaltendes Leid, Risiko für negative Folgen) indiziert	
Anpassungsfähigkeit der Eltern kann teilweise vorhanden sein, sind jedoch zu inkonsistent oder meist mangelhaft	
Es gibt eindeutige Probleme der emotionalen Kommunikation und die Bezugsperson und das Kind gehen unzureichend aufeinander ein. (<i>Beeinflusst die kindlich-emotionale Regulation → Achse I → Regulationsstörungen</i>) <i>* Nur für den /die Auswerter*in relevant</i>	
Das Äußern von, und Eingehen auf Bedürfnisse nach Geborgenheit und Schutz wirken eingeschränkt <u>und/oder</u> eine altersangemessene Sozialisation wird nicht ausreichend unterstützt. <u>und/oder</u> fehlender Wille zur Unterstützung des kindlichen Spiels und Exploration	
Die Beziehung ist stark belastet durch ein inakzeptables Sicherheitsrisiko des Kindes, <u>und/oder</u> ausgeprägter Konflikthaftigkeit, <u>und/oder</u> mangelhaften, diskontinuierlichen Einsatz für die Beziehung <u>und/oder</u> ausgeprägter Rollenumkehr	
Das Ausmaß der Beeinträchtigungen lässt annehmen, dass das Kind in seiner sozialen und emotionalen Entwicklung aktuell oder zukünftig stark negativ beeinflusst wird	

Charakteristika Level 4	Checkbox
Unweigerliche Dringlichkeit der Intervention, um schweren und potentiell gefährlichen Beziehungsmustern zu entgegen	
Nicht nur das Anpassungsvermögen ist unzureichend, auch die Pathologie der Beziehung ist schwerwiegend und oft allgegenwärtig (<i>Beeinträchtigungen der Dyade in: Emotionaler Verfügbarkeit, Emotionsregulation, im Äußern und Reagieren auf Bedürfnisse der Geborgenheit und des Schutzes, als auch fehlender Wille der Unterstützung im Spiel und altersgemäßen Exploration</i>)	
Die Beziehung kann durch schwerwiegendere offene Konflikte, häufig ernsthaft unzureichenden Einsatz für die Beziehung oder erheblicher Rollenumkehr gekennzeichnet sein	
Elterliche Erwartungen und Zuschreibungen sind negativ und zeigen deutlich übersteigerte Entwicklungserwartungen. Überzeugungen bleiben auch bei Hinterfragung starr und unangetastet.	
Die Belastungen gefährden die kindliche Entwicklung und körperliche Sicherheit/Unversehrtheit enorm.	

Zugeordnetes Level: _____

DC:0-5 – Achse II – Teil B: Qualität des Fürsorgeumfelds

Bitte schätzen Sie außerdem die Qualität des Fürsorgeumfelds ein. Vermerken Sie Ihre Einschätzung unten rechts unter „Zugeordnetes Level“.

Level 1: Gut angepasstes bis ausreichend gutes Umfeld (Well-Adapted to Good-Enough Caregiving Environment)

Level 2: Belastetes bis besorgniserregendes Umfeld (Strained to Concerning Environments)

Charakteristika Level 1	Checkbox	Charakteristika Level 2	Checkbox
Beziehungen innerhalb des Familiensystems sind ausreichend bis ausgezeichnet		Einige bedenkliche Interaktionsmuster zwischen den Bezugspersonen vorhanden	
Im Alltag gibt es Höhen und Tiefen, in Stresssituationen können gelegentlich auch Fehlverhalten auftreten, funktionieren die Beziehungen zwischen den primären Bezugspersonen bzgl. der Fürsorglichkeit gegenüber dem Kind weiterhin.		Anzeichen von Konflikthaftigkeit und mangelnder Abstimmung zwischen den Bezugspersonen bzgl. Versorgung und Erziehung des Kindes vorhanden	
Die Bezugspersonen haben ein solides Repertoire an Problemlösestrategien welches sie normalerweise erfolgreich anwenden können.		Das Kind ist besorgt, angespannt und unsicher darüber, wie es die Interaktionen mit den Bezugspersonen in Einklang bringen kann → Kind entwickelt mglw. Präferenzen zu einer Bezugsperson → neue Konflikte zwischen den Bezugspersonen	
Das Kind zeigt Zufriedenheit und Behaglichkeit in der Interaktion mit den verschiedenen Bezugspersonen. Dem Kind gelingt es ohne weitere Probleme sich situationsabhängig auf verschiedene Bezugspersonen zu beziehen.		Einige wichtige Eigenschaften bzgl. der Anpassungsfähigkeit sind gegeben, jedoch kommt es auch zu Schwierigkeiten bezüglich der unterschiedlichen Ausrichtungen der Bezugspersonen:	
Meistens gelingt eine zufriedenstellende Aufteilung der Fürsorge und die Bezugspersonen unterstützen einander flexibel.		<ul style="list-style-type: none"> a) Erwartungen b) aufeinander abgestimmte emotionale Verfügbarkeit für das Kind c) eines gesunden Ausdrucks und Reaktion auf Bedürfnisse der Geborgenheit und Nähe des Kindes d) altersangemessener Sozialisation e) der gemeinsamer Unterstützung der kindlichen Exploration und des Spiels, sowie die Bereitschaft am Spiel und der Exploration des Kindes teilzunehmen . 	
Die Bezugspersonen arbeiten in der Kindesfürsorge angemessen zusammen, es gelingt ihnen die Bedürfnisse des Kindes (Emotionsregulation, Geborgenheit, Nähe, Entdecken und Erkundung von Neuem) zu befriedigen.		Die Probleme in der gemeinsamen Erziehung und Versorgung gehen über ein im Rahmen erzieherischer Beziehungen erwartetes Maß hinaus	
Konflikte zwischen den Bezugspersonen sind <u>nicht</u> prägend für deren Beziehungen und die Belastungen und der Druck die im Rahmen der gemeinsamen Fürsorge entstehen werden angemessen ausgeglichen			

Level 3: Schädliches bis gestörtes Umfeld
 (Compromised to Disturbed Environments)

Level 4: Gestörtes bis gefährliches Umfeld
 (Disordered to Dangerous Environment)

Charakteristika Level 3	Checkbox
Beziehungen innerhalb des Familiensystems bedürften klinischer Intervention, da von einem hohen Risiko für die Sicherheit, des Erleidens aktueller schwerwiegender Beeinträchtigungen oder Folgeerkrankungen und überdauerndem Stresserleben des Kindes ausgegangen werden muss.	
Zusammenarbeit und Abstimmung sind manchmal gegeben, jedoch meistens nicht vorhanden. Den Bezugspersonen ist es nicht möglich sich in Erziehung und Fürsorge abzustimmen und Konflikte, die das Kind betreffen, angemessen zu lösen.	
Es kommt zu besorgniserregenden Schwierigkeiten bezüglich <ul style="list-style-type: none"> a) der emotionale Verfügbarkeit der Bezugspersonen für das Kind sowie der Fähigkeit zur Emotionsregulation des Kindes b) Rollenverteilung unter den Bezugspersonen c) der gegenseitigen Unterstützung bezüglich eines gesunden Ausdrucks und Reaktion auf Bedürfnisse der Geborgenheit und Nähe des Kindes d) altersangemessener Sozialisation e) der gemeinsamer Unterstützung der kindlichen Exploration und des Spiels, sowie die Bereitschaft am Spiel und der Exploration des Kindes teilzunehmen. 	
Die Beziehungen sind durchzogen von starker Gefährdung, erheblichen Konflikten, mangelhafter oder unregelmäßiger Verbindlichkeit und Einsatz bezüglich der Fürsorge, oder erheblicher Unausgeglichenheit	
Das Ausmaß der Schwierigkeiten weist darauf hin, dass das Kind in seiner Entwicklung stark negativ beeinflusst ist oder zukünftig sein könnte.	

Charakteristika Level 4	Checkbox
Unweigerliche Dringlichkeit der Intervention, da schwere und potentiell gefährliche Beziehungskonflikte vorliegen	
Nicht nur die Bezogenheit aufeinander ist fehlend, auch Beziehung der Bezugspersonen ist schwerwiegend und durchgehend pathologisch <i>(Beeinträchtigungen der Emotionalen Verfügbarkeit, Emotionsregulation, im Äußern und Reagieren auf Bedürfnisse der Geborgenheit und des Schutzes, als auch fehlender Wille der Unterstützung im Spiel und altersgemäßen Exploration)</i>	
Die Beziehung innerhalb des Familiensystems sind die meiste Zeit durchzogen von schwerwiegenden, offenen Konflikten, häufig ernsthaft unzureichendem Engagement oder erheblicher Rollenumkehr	
Die Belastungen gefährden die kindliche Entwicklung und seine physische oder psychologische Sicherheit	

Zugeordnetes Level: _____

Sitzung 4 - Datum: _____ Anwesend: Kind Mutter Vater⁷ weitere: _____

Elterliches **Strukturturniveau**²: Mutter: 0 1 2 3 4 Vater: 0 1 2 3 4

(0 = noch nicht beurteilbar; 1 = gut integriert; 2 = mäßig integriert; 3 = gering integriert; 4 = desintegriert)

Behandlungsfokus: noch unklar strukturbezogen konfliktbezogen gemischt

➤ Therapeutischer **Fokus**⁸: intrapsychischer Konflikt interpersoneller Konflikt

Psychodynamischer Konflikt-Fokus: Beschreibung des **Symptoms** und des **darunterliegenden Beziehungsthemas:**

.....

.....

.....

	0	1	2	3	4
Antwort	überhaupt nicht/ niemals	kaum/selten	teilweise/ manchmal	überwiegend / meistens	ganz genau/ immer
Bitte geben Sie an, wie ausgeprägt/häufig die folgenden Behandlungstechniken waren:					
1.	Schwerpunkt der Sitzung lag auf Konfliktthema der E-K-Beziehung				0 1 2 3 4
2.	Mutter/Vater nahm eigene psychische Zustände sensibel wahr				0 1 2 3 4
3.	Konflikttypische Affekte der Mutter/des Vaters wurden bearbeitet				0 1 2 3 4
4.	Ressourcen zur elterlichen Affektregulierung wurden aktiviert				0 1 2 3 4
5.	Mutter/Vater wurde unterstützt Affekte des Kindes auszuhalten				0 1 2 3 4
6.	Eine Atmosphäre des Verstehen-Wollens wurde hergestellt				0 1 2 3 4
7.	Zwischen kindlichen und elterlichen Affekten wurde unterschieden				0 1 2 3 4
8.	Elterliche Repräsentationen wurden besprochen				0 1 2 3 4
9.	Mutter/Vater wurde zum Mentalisieren angeregt				0 1 2 3 4
10.	Ich-Funktionen der Mutter/des Vaters gestärkt				0 1 2 3 4
11.	Zentrale abgewehrte Affekte wurden aufgegriffen				0 1 2 3 4
12.	Probleme und Motive konnten klarifiziert werden				0 1 2 3 4
13.	Triangulierende Sichtweisen wurden angeboten				0 1 2 3 4
14.	Zentraler psychodynamischen Konflikt-Fokus wurde benannt				0 1 2 3 4
15.	Hilfen zur kindlichen Affektregulation wurden gegeben				0 1 2 3 4
16.	Selbstreflexion der Mutter/des Vaters wurde angeregt				0 1 2 3 4
17.	Kindliches Abwehrverhalten wurde aufgezeigt				0 1 2 3 4
18.	Es wurde aus Sicht des Kindes gesprochen				0 1 2 3 4

⁷ Wenn Vater in Behandlung integriert, bitte auch Angaben zum Vater: „0“ (Mutter mit „X“).

⁸ Angaben zu Strukturturniveau, Behandlungsfokus und Konflikt-Fokus bitte bis spätestens zur 3. Sitzung! Danach

nur noch Veränderungen dokumentieren, falls sich welche ergeben!

19.	Perspektivübernahme wurde angeregt	0	1	2	3	4
20.	Neue Sichtweise konnte eingebracht werden (reframing)	0	1	2	3	4
21.	Handlungsstrategien und Übungen für den Alltag wurden entwickelt	0	1	2	3	4
22.	Psychoedukation über physische/psychische Entwicklung des Kindes	0	1	2	3	4
23.	Videotechnik wurde eingesetzt	0	1	2	3	4
24.	Mutter/Vater wurde unterstützt inne zu halten und zu beobachten	0	1	2	3	4
25.	Abstimmung auf psychisches Funktionsniveau der Eltern passte	0	1	2	3	4
26.	Stabile therapeutische Beziehung hat sich etabliert	0	1	2	3	4
27.	Prozesse der Übertragung, Gegenübertragung, Projektion, Introjektion, projektiven Identifizierung mit Mutter/Vater bearbeitet	0	1	2	3	4
28.	Ausgewogene Arbeit am/mit dem Widerstand der Eltern möglich	0	1	2	3	4

Bitte notieren Sie, falls in der Sitzung ein **unerwartetes Ereignis** aufgetreten ist und wie es bearbeitet wurde (z.B. Krise, Kontraindikation, Kinderschutzfragestellung aufgetreten etc.)

SKKIPPI Studiensekretariat informiert

Weitere Anmerkungen:

Vielen Dank!

Sitzung 5 - Datum: _____ Anwesend: Kind Mutter Vater⁹ weitere: _____

Elterliches **Strukturturniveau**²: Mutter: 0 1 2 3 4 Vater: 0 1 2 3 4

(0 = noch nicht beurteilbar; 1 = gut integriert; 2 = mäßig integriert; 3 = gering integriert; 4 = desintegriert)

Behandlungsfokus: noch unklar strukturbezogen konfliktbezogen gemischt

➤ Therapeutischer **Fokus**¹⁰: intrapsychischer Konflikt interpersoneller Konflikt

Psychodynamischer Konflikt-Fokus: Beschreibung des **Symptoms** und des **darunterliegenden Beziehungsthemas:**

.....

.....

.....

	0	1	2	3	4
Antwort	überhaupt nicht/ niemals	kaum/selten	teilweise/ manchmal	überwiegend / meistens	ganz genau/ immer
Bitte geben Sie an, wie ausgeprägt/häufig die folgenden Behandlungstechniken waren:					
1.	Schwerpunkt der Sitzung lag auf Konfliktthema der E-K-Beziehung				0 1 2 3 4
2.	Mutter/Vater nahm eigene psychische Zustände sensibel wahr				0 1 2 3 4
3.	Konflikttypische Affekte der Mutter/des Vaters wurden bearbeitet				0 1 2 3 4
4.	Ressourcen zur elterlichen Affektregulierung wurden aktiviert				0 1 2 3 4
5.	Mutter/Vater wurde unterstützt Affekte des Kindes auszuhalten				0 1 2 3 4
6.	Eine Atmosphäre des Verstehen-Wollens wurde hergestellt				0 1 2 3 4
7.	Zwischen kindlichen und elterlichen Affekten wurde unterschieden				0 1 2 3 4
8.	Elterliche Repräsentationen wurden besprochen				0 1 2 3 4
9.	Mutter/Vater wurde zum Mentalisieren angeregt				0 1 2 3 4
10.	Ich-Funktionen der Mutter/des Vaters gestärkt				0 1 2 3 4
11.	Zentrale abgewehrte Affekte wurden aufgegriffen				0 1 2 3 4
12.	Probleme und Motive konnten klarifiziert werden				0 1 2 3 4
13.	Triangulierende Sichtweisen wurden angeboten				0 1 2 3 4
14.	Zentraler psychodynamischen Konflikt-Fokus wurde benannt				0 1 2 3 4
15.	Hilfen zur kindlichen Affektregulation wurden gegeben				0 1 2 3 4
16.	Selbstreflexion der Mutter/des Vaters wurde angeregt				0 1 2 3 4
17.	Kindliches Abwehrverhalten wurde aufgezeigt				0 1 2 3 4
18.	Es wurde aus Sicht des Kindes gesprochen				0 1 2 3 4

⁹ Wenn Vater in Behandlung integriert, bitte auch Angaben zum Vater: „0“ (Mutter mit „X“).

¹⁰ Angaben zu Strukturturniveau, Behandlungsfokus und Konflikt-Fokus bitte bis spätestens zur 3. Sitzung! Danach

nur noch Veränderungen dokumentieren, falls sich welche ergeben!

19.	Perspektivübernahme wurde angeregt	0	1	2	3	4
20.	Neue Sichtweise konnte eingebracht werden (reframing)	0	1	2	3	4
21.	Handlungsstrategien und Übungen für den Alltag wurden entwickelt	0	1	2	3	4
22.	Psychoedukation über physische/psychische Entwicklung des Kindes	0	1	2	3	4
23.	Videotechnik wurde eingesetzt	0	1	2	3	4
24.	Mutter/Vater wurde unterstützt inne zu halten und zu beobachten	0	1	2	3	4
25.	Abstimmung auf psychisches Funktionsniveau der Eltern passte	0	1	2	3	4
26.	Stabile therapeutische Beziehung hat sich etabliert	0	1	2	3	4
27.	Prozesse der Übertragung, Gegenübertragung, Projektion, Introjektion, projektiven Identifizierung mit Mutter/Vater bearbeitet	0	1	2	3	4
28.	Ausgewogene Arbeit am/mit dem Widerstand der Eltern möglich	0	1	2	3	4

Bitte notieren Sie, falls in der Sitzung ein **unerwartetes Ereignis** aufgetreten ist und wie es bearbeitet wurde (z.B. Krise, Kontraindikation, Kinderschutzfragestellung aufgetreten etc.)

SKKIPPI Studiensekretariat informiert

Weitere Anmerkungen:

Vielen Dank!

Sitzung 6 - Datum: _____ Anwesend: Kind Mutter Vater¹¹ weitere: _____

Elterliches **Strukturturniveau**²: Mutter: 0 1 2 3 4 Vater: 0 1 2 3 4

(0 = noch nicht beurteilbar; 1 = gut integriert; 2 = mäßig integriert; 3 = gering integriert; 4 = desintegriert)

Behandlungsfokus: noch unklar strukturbezogen konfliktbezogen gemischt

➤ Therapeutischer **Fokus**¹²: intrapsychischer Konflikt interpersoneller Konflikt

Psychodynamischer Konflikt-Fokus: Beschreibung des **Symptoms** und des **darunterliegenden Beziehungsthemas:**

.....

.....

.....

	0	1	2	3	4
Antwort	überhaupt nicht/ niemals	kaum/selten	teilweise/ manchmal	überwiegend / meistens	ganz genau/ immer
Bitte geben Sie an, wie ausgeprägt/häufig die folgenden Behandlungstechniken waren:					
1.	Schwerpunkt der Sitzung lag auf Konfliktthema der E-K-Beziehung				0 1 2 3 4
2.	Mutter/Vater nahm eigene psychische Zustände sensibel wahr				0 1 2 3 4
3.	Konflikttypische Affekte der Mutter/des Vaters wurden bearbeitet				0 1 2 3 4
4.	Ressourcen zur elterlichen Affektregulierung wurden aktiviert				0 1 2 3 4
5.	Mutter/Vater wurde unterstützt Affekte des Kindes auszuhalten				0 1 2 3 4
6.	Eine Atmosphäre des Verstehen-Wollens wurde hergestellt				0 1 2 3 4
7.	Zwischen kindlichen und elterlichen Affekten wurde unterschieden				0 1 2 3 4
8.	Elterliche Repräsentationen wurden besprochen				0 1 2 3 4
9.	Mutter/Vater wurde zum Mentalisieren angeregt				0 1 2 3 4
10.	Ich-Funktionen der Mutter/des Vaters gestärkt				0 1 2 3 4
11.	Zentrale abgewehrte Affekte wurden aufgegriffen				0 1 2 3 4
12.	Probleme und Motive konnten klarifiziert werden				0 1 2 3 4
13.	Triangulierende Sichtweisen wurden angeboten				0 1 2 3 4
14.	Zentraler psychodynamischen Konflikt-Fokus wurde benannt				0 1 2 3 4
15.	Hilfen zur kindlichen Affektregulation wurden gegeben				0 1 2 3 4
16.	Selbstreflexion der Mutter/des Vaters wurde angeregt				0 1 2 3 4
17.	Kindliches Abwehrverhalten wurde aufgezeigt				0 1 2 3 4
18.	Es wurde aus Sicht des Kindes gesprochen				0 1 2 3 4

¹¹ Wenn Vater in Behandlung integriert, bitte auch Angaben zum Vater: „0“ (Mutter mit „X“).

¹² Angaben zu Strukturturniveau, Behandlungsfokus und Konflikt-Fokus bitte bis spätestens zur 3. Sitzung! Danach

nur noch Veränderungen dokumentieren, falls sich welche ergeben!

19.	Perspektivübernahme wurde angeregt	0	1	2	3	4
20.	Neue Sichtweise konnte eingebracht werden (reframing)	0	1	2	3	4
21.	Handlungsstrategien und Übungen für den Alltag wurden entwickelt	0	1	2	3	4
22.	Psychoedukation über physische/psychische Entwicklung des Kindes	0	1	2	3	4
23.	Videotechnik wurde eingesetzt	0	1	2	3	4
24.	Mutter/Vater wurde unterstützt inne zu halten und zu beobachten	0	1	2	3	4
25.	Abstimmung auf psychisches Funktionsniveau der Eltern passte	0	1	2	3	4
26.	Stabile therapeutische Beziehung hat sich etabliert	0	1	2	3	4
27.	Prozesse der Übertragung, Gegenübertragung, Projektion, Introjektion, projektiven Identifizierung mit Mutter/Vater bearbeitet	0	1	2	3	4
28.	Ausgewogene Arbeit am/mit dem Widerstand der Eltern möglich	0	1	2	3	4

Bitte notieren Sie, falls in der Sitzung ein **unerwartetes Ereignis** aufgetreten ist und wie es bearbeitet wurde (z.B. Krise, Kontraindikation, Kinderschutzfragestellung aufgetreten etc.)

SKKIPPI Studiensekretariat informiert

Weitere Anmerkungen:

Vielen Dank!

Sitzung 7 - Datum: _____ Anwesend: Kind Mutter Vater¹³ weitere: _____

Elterliches **Strukturturniveau**²: Mutter: 0 1 2 3 4 Vater: 0 1 2 3 4

(0 = noch nicht beurteilbar; 1 = gut integriert; 2 = mäßig integriert; 3 = gering integriert; 4 = desintegriert)

Behandlungsfokus: noch unklar strukturbezogen konfliktbezogen gemischt

➤ **Therapeutischer Fokus**¹⁴: intrapsychischer Konflikt interpersoneller Konflikt

Psychodynamischer Konflikt-Fokus: Beschreibung des **Symptoms** und des **darunterliegenden Beziehungsthemas:**

.....

.....

.....

	0	1	2	3	4
Antwort	überhaupt nicht/ niemals	kaum/selten	teilweise/ manchmal	überwiegend / meistens	ganz genau/ immer
Bitte geben Sie an, wie ausgeprägt/häufig die folgenden Behandlungstechniken waren:					
1.	Schwerpunkt der Sitzung lag auf Konfliktthema der E-K-Beziehung				0 1 2 3 4
2.	Mutter/Vater nahm eigene psychische Zustände sensibel wahr				0 1 2 3 4
3.	Konflikttypische Affekte der Mutter/des Vaters wurden bearbeitet				0 1 2 3 4
4.	Ressourcen zur elterlichen Affektregulierung wurden aktiviert				0 1 2 3 4
5.	Mutter/Vater wurde unterstützt Affekte des Kindes auszuhalten				0 1 2 3 4
6.	Eine Atmosphäre des Verstehen-Wollens wurde hergestellt				0 1 2 3 4
7.	Zwischen kindlichen und elterlichen Affekten wurde unterschieden				0 1 2 3 4
8.	Elterliche Repräsentationen wurden besprochen				0 1 2 3 4
9.	Mutter/Vater wurde zum Mentalisieren angeregt				0 1 2 3 4
10.	Ich-Funktionen der Mutter/des Vaters gestärkt				0 1 2 3 4
11.	Zentrale abgewehrte Affekte wurden aufgegriffen				0 1 2 3 4
12.	Probleme und Motive konnten klarifiziert werden				0 1 2 3 4
13.	Triangulierende Sichtweisen wurden angeboten				0 1 2 3 4
14.	Zentraler psychodynamischen Konflikt-Fokus wurde benannt				0 1 2 3 4
15.	Hilfen zur kindlichen Affektregulation wurden gegeben				0 1 2 3 4
16.	Selbstreflexion der Mutter/des Vaters wurde angeregt				0 1 2 3 4
17.	Kindliches Abwehrverhalten wurde aufgezeigt				0 1 2 3 4
18.	Es wurde aus Sicht des Kindes gesprochen				0 1 2 3 4

¹³ Wenn Vater in Behandlung integriert, bitte auch Angaben zum Vater: „0“ (Mutter mit „X“).

¹⁴ Angaben zu Strukturturniveau, Behandlungsfokus und Konflikt-Fokus bitte bis spätestens zur 3. Sitzung! Danach

nur noch Veränderungen dokumentieren, falls sich welche ergeben!

19.	Perspektivübernahme wurde angeregt	0	1	2	3	4
20.	Neue Sichtweise konnte eingebracht werden (reframing)	0	1	2	3	4
21.	Handlungsstrategien und Übungen für den Alltag wurden entwickelt	0	1	2	3	4
22.	Psychoedukation über physische/psychische Entwicklung des Kindes	0	1	2	3	4
23.	Videotechnik wurde eingesetzt	0	1	2	3	4
24.	Mutter/Vater wurde unterstützt inne zu halten und zu beobachten	0	1	2	3	4
25.	Abstimmung auf psychisches Funktionsniveau der Eltern passte	0	1	2	3	4
26.	Stabile therapeutische Beziehung hat sich etabliert	0	1	2	3	4
27.	Prozesse der Übertragung, Gegenübertragung, Projektion, Introjektion, projektiven Identifizierung mit Mutter/Vater bearbeitet	0	1	2	3	4
28.	Ausgewogene Arbeit am/mit dem Widerstand der Eltern möglich	0	1	2	3	4

Bitte notieren Sie, falls in der Sitzung ein **unerwartetes Ereignis** aufgetreten ist und wie es bearbeitet wurde (z.B. Krise, Kontraindikation, Kinderschutzfragestellung aufgetreten etc.)

SKKIPPI Studiensekretariat informiert

Weitere Anmerkungen:

Vielen Dank!

Sitzung 8 - Datum: _____ Anwesend: Kind Mutter Vater¹⁵ weitere: _____

Elterliches **Strukturturniveau**²: Mutter: 0 1 2 3 4 Vater: 0 1 2 3 4

(0 = noch nicht beurteilbar; 1 = gut integriert; 2 = mäßig integriert; 3 = gering integriert; 4 = desintegriert)

Behandlungsfokus: strukturbezogen konfliktbezogen gemischt

➤ Therapeutischer **Fokus**¹⁶: intrapsychischer Konflikt interpersoneller Konflikt

Psychodynamischer Konflikt-Fokus: Beschreibung des **Symptoms** und des **darunterliegenden Beziehungsthemas:**

.....

.....

.....

	0	1	2	3	4
Antwort	überhaupt nicht/ niemals	kaum/selten	teilweise/ manchmal	überwiegend / meistens	ganz genau/ immer
Bitte geben Sie an, wie ausgeprägt/häufig die folgenden Behandlungstechniken waren:					
1.	Schwerpunkt der Sitzung lag auf Konfliktthema der E-K-Beziehung				0 1 2 3 4
2.	Mutter/Vater nahm eigene psychische Zustände sensibel wahr				0 1 2 3 4
3.	Konflikttypische Affekte der Mutter/des Vaters wurden bearbeitet				0 1 2 3 4
4.	Ressourcen zur elterlichen Affektregulierung wurden aktiviert				0 1 2 3 4
5.	Mutter/Vater wurde unterstützt Affekte des Kindes auszuhalten				0 1 2 3 4
6.	Eine Atmosphäre des Verstehen-Wollens wurde hergestellt				0 1 2 3 4
7.	Zwischen kindlichen und elterlichen Affekten wurde unterschieden				0 1 2 3 4
8.	Elterliche Repräsentationen wurden besprochen				0 1 2 3 4
9.	Mutter/Vater wurde zum Mentalisieren angeregt				0 1 2 3 4
10.	Ich-Funktionen der Mutter/des Vaters gestärkt				0 1 2 3 4
11.	Zentrale abgewehrte Affekte wurden aufgegriffen				0 1 2 3 4
12.	Probleme und Motive konnten klarifiziert werden				0 1 2 3 4
13.	Triangulierende Sichtweisen wurden angeboten				0 1 2 3 4
14.	Zentraler psychodynamischen Konflikt-Fokus wurde benannt				0 1 2 3 4
15.	Hilfen zur kindlichen Affektregulation wurden gegeben				0 1 2 3 4
16.	Selbstreflexion der Mutter/des Vaters wurde angeregt				0 1 2 3 4
17.	Kindliches Abwehrverhalten wurde aufgezeigt				0 1 2 3 4
18.	Es wurde aus Sicht des Kindes gesprochen				0 1 2 3 4

¹⁵ Wenn Vater in Behandlung integriert, bitte auch Angaben zum Vater: „0“ (Mutter mit „X“).

¹⁶ Angaben zu Strukturturniveau, Behandlungsfokus und Konflikt-Fokus bitte bis spätestens zur 3. Sitzung! Danach

nur noch Veränderungen dokumentieren, falls sich welche ergeben!

19.	Perspektivübernahme wurde angeregt	0	1	2	3	4
20.	Neue Sichtweise konnte eingebracht werden (reframing)	0	1	2	3	4
21.	Handlungsstrategien und Übungen für den Alltag wurden entwickelt	0	1	2	3	4
22.	Psychoedukation über physische/psychische Entwicklung des Kindes	0	1	2	3	4
23.	Videotechnik wurde eingesetzt	0	1	2	3	4
24.	Mutter/Vater wurde unterstützt inne zu halten und zu beobachten	0	1	2	3	4
25.	Abstimmung auf psychisches Funktionsniveau der Eltern passte	0	1	2	3	4
26.	Stabile therapeutische Beziehung hat sich etabliert	0	1	2	3	4
27.	Prozesse der Übertragung, Gegenübertragung, Projektion, Introjektion, projektiven Identifizierung mit Mutter/Vater bearbeitet	0	1	2	3	4
28.	Ausgewogene Arbeit am/mit dem Widerstand der Eltern möglich	0	1	2	3	4

Bitte notieren Sie, falls in der Sitzung ein **unerwartetes Ereignis** aufgetreten ist und wie es bearbeitet wurde (z.B. Krise, Kontraindikation, Kinderschutzfragestellung aufgetreten etc.)

SKKIPPI Studiensekretariat informiert

Weitere Anmerkungen:

Vielen Dank!

Sitzung 9 - Datum: _____ Anwesend: Kind Mutter Vater¹⁷ weitere: _____

Elterliches **Strukturturniveau**²: Mutter: 0 1 2 3 4 Vater: 0 1 2 3 4

(0 = noch nicht beurteilbar; 1 = gut integriert; 2 = mäßig integriert; 3 = gering integriert; 4 = desintegriert)

Behandlungsfokus: strukturbezogen konfliktbezogen gemischt

➤ Therapeutischer **Fokus**¹⁸: intrapsychischer Konflikt interpersoneller Konflikt

Psychodynamischer Konflikt-Fokus: Beschreibung des **Symptoms** und des **darunterliegenden Beziehungsthemas:**

.....

.....

.....

	0	1	2	3	4
Antwort	überhaupt nicht/ niemals	kaum/selten	teilweise/ manchmal	überwiegend / meistens	ganz genau/ immer
Bitte geben Sie an, wie ausgeprägt/häufig die folgenden Behandlungstechniken waren:					
1.	Schwerpunkt der Sitzung lag auf Konfliktthema der E-K-Beziehung				0 1 2 3 4
2.	Mutter/Vater nahm eigene psychische Zustände sensibel wahr				0 1 2 3 4
3.	Konflikttypische Affekte der Mutter/des Vaters wurden bearbeitet				0 1 2 3 4
4.	Ressourcen zur elterlichen Affektregulierung wurden aktiviert				0 1 2 3 4
5.	Mutter/Vater wurde unterstützt Affekte des Kindes auszuhalten				0 1 2 3 4
6.	Eine Atmosphäre des Verstehen-Wollens wurde hergestellt				0 1 2 3 4
7.	Zwischen kindlichen und elterlichen Affekten wurde unterschieden				0 1 2 3 4
8.	Elterliche Repräsentationen wurden besprochen				0 1 2 3 4
9.	Mutter/Vater wurde zum Mentalisieren angeregt				0 1 2 3 4
10.	Ich-Funktionen der Mutter/des Vaters gestärkt				0 1 2 3 4
11.	Zentrale abgewehrte Affekte wurden aufgegriffen				0 1 2 3 4
12.	Probleme und Motive konnten klarifiziert werden				0 1 2 3 4
13.	Triangulierende Sichtweisen wurden angeboten				0 1 2 3 4
14.	Zentraler psychodynamischen Konflikt-Fokus wurde benannt				0 1 2 3 4
15.	Hilfen zur kindlichen Affektregulation wurden gegeben				0 1 2 3 4
16.	Selbstreflexion der Mutter/des Vaters wurde angeregt				0 1 2 3 4
17.	Kindliches Abwehrverhalten wurde aufgezeigt				0 1 2 3 4
18.	Es wurde aus Sicht des Kindes gesprochen				0 1 2 3 4

¹⁷ Wenn Vater in Behandlung integriert, bitte auch Angaben zum Vater: „0“ (Mutter mit „X“).

¹⁸ Angaben zu Strukturturniveau, Behandlungsfokus und Konflikt-Fokus bitte bis spätestens zur 3. Sitzung! Danach

nur noch Veränderungen dokumentieren, falls sich welche ergeben!

19.	Perspektivübernahme wurde angeregt	0	1	2	3	4
20.	Neue Sichtweise konnte eingebracht werden (reframing)	0	1	2	3	4
21.	Handlungsstrategien und Übungen für den Alltag wurden entwickelt	0	1	2	3	4
22.	Psychoedukation über physische/psychische Entwicklung des Kindes	0	1	2	3	4
23.	Videotechnik wurde eingesetzt	0	1	2	3	4
24.	Mutter/Vater wurde unterstützt inne zu halten und zu beobachten	0	1	2	3	4
25.	Abstimmung auf psychisches Funktionsniveau der Eltern passte	0	1	2	3	4
26.	Stabile therapeutische Beziehung hat sich etabliert	0	1	2	3	4
27.	Prozesse der Übertragung, Gegenübertragung, Projektion, Introjektion, projektiven Identifizierung mit Mutter/Vater bearbeitet	0	1	2	3	4
28.	Ausgewogene Arbeit am/mit dem Widerstand der Eltern möglich	0	1	2	3	4

Bitte notieren Sie, falls in der Sitzung ein **unerwartetes Ereignis** aufgetreten ist und wie es bearbeitet wurde (z.B. Krise, Kontraindikation, Kinderschutzfragestellung aufgetreten etc.)

SKKIPPI Studiensekretariat informiert

Weitere Anmerkungen:

Vielen Dank!

Sitzung 10 - Datum: _____ Anwesend: Kind Mutter Vater¹⁹ weitere: _____

Elterliches **Strukturturniveau**²: Mutter: 0 1 2 3 4 Vater: 0 1 2 3 4

(0 = noch nicht beurteilbar; 1 = gut integriert; 2 = mäßig integriert; 3 = gering integriert; 4 = desintegriert)

Behandlungsfokus: strukturbezogen konfliktbezogen gemischt

➤ Therapeutischer **Fokus**²⁰: intrapsychischer Konflikt interpersoneller Konflikt

Psychodynamischer Konflikt-Fokus: Beschreibung des **Symptoms** und des **darunterliegenden Beziehungsthemas:**

.....

.....

.....

	0	1	2	3	4
Antwort	überhaupt nicht/ niemals	kaum/selten	teilweise/ manchmal	überwiegend / meistens	ganz genau/ immer
Bitte geben Sie an, wie ausgeprägt/häufig die folgenden Behandlungstechniken waren:					
1.	Schwerpunkt der Sitzung lag auf Konfliktthema der E-K-Beziehung				0 1 2 3 4
2.	Mutter/Vater nahm eigene psychische Zustände sensibel wahr				0 1 2 3 4
3.	Konflikttypische Affekte der Mutter/des Vaters wurden bearbeitet				0 1 2 3 4
4.	Ressourcen zur elterlichen Affektregulierung wurden aktiviert				0 1 2 3 4
5.	Mutter/Vater wurde unterstützt Affekte des Kindes auszuhalten				0 1 2 3 4
6.	Eine Atmosphäre des Verstehen-Wollens wurde hergestellt				0 1 2 3 4
7.	Zwischen kindlichen und elterlichen Affekten wurde unterschieden				0 1 2 3 4
8.	Elterliche Repräsentationen wurden besprochen				0 1 2 3 4
9.	Mutter/Vater wurde zum Mentalisieren angeregt				0 1 2 3 4
10.	Ich-Funktionen der Mutter/des Vaters gestärkt				0 1 2 3 4
11.	Zentrale abgewehrte Affekte wurden aufgegriffen				0 1 2 3 4
12.	Probleme und Motive konnten klarifiziert werden				0 1 2 3 4
13.	Triangulierende Sichtweisen wurden angeboten				0 1 2 3 4
14.	Zentraler psychodynamischen Konflikt-Fokus wurde benannt				0 1 2 3 4
15.	Hilfen zur kindlichen Affektregulation wurden gegeben				0 1 2 3 4
16.	Selbstreflexion der Mutter/des Vaters wurde angeregt				0 1 2 3 4
17.	Kindliches Abwehrverhalten wurde aufgezeigt				0 1 2 3 4
18.	Es wurde aus Sicht des Kindes gesprochen				0 1 2 3 4

¹⁹ Wenn Vater in Behandlung integriert, bitte auch Angaben zum Vater: „0“ (Mutter mit „X“).

²⁰ Angaben zu Strukturturniveau, Behandlungsfokus und psychodynamischen Konflikt-Fokus bitte bis spätestens

zur 3. Sitzung! Danach nur noch Veränderungen dokumentieren, falls sich welche ergeben!

19.	Perspektivübernahme wurde angeregt	0	1	2	3	4
20.	Neue Sichtweise konnte eingebracht werden (reframing)	0	1	2	3	4
21.	Handlungsstrategien und Übungen für den Alltag wurden entwickelt	0	1	2	3	4
22.	Psychoedukation über physische/psychische Entwicklung des Kindes	0	1	2	3	4
23.	Videotechnik wurde eingesetzt	0	1	2	3	4
24.	Mutter/Vater wurde unterstützt inne zu halten und zu beobachten	0	1	2	3	4
25.	Abstimmung auf psychisches Funktionsniveau der Eltern passte	0	1	2	3	4
26.	Stabile therapeutische Beziehung hat sich etabliert	0	1	2	3	4
27.	Prozesse der Übertragung, Gegenübertragung, Projektion, Introjektion, projektiven Identifizierung mit Mutter/Vater bearbeitet	0	1	2	3	4
28.	Ausgewogene Arbeit am/mit dem Widerstand der Eltern möglich	0	1	2	3	4
29.	Therapie wurden bilanziert (Veränderungen, Entwicklungen, subjektiv bedeutsame Momente, Übertragung in den Alltag)	0	1	2	3	4
30.	Weitere Unterstützungsangebote nach der Therapie besprochen	0	1	2	3	4

Bitte notieren Sie, falls in der Sitzung ein **unerwartetes Ereignis** aufgetreten ist und wie es bearbeitet wurde (z.B. Krise, Kontraindikation, Kinderschutzfragestellung aufgetreten etc.)

SKKIPPI Studiensekretariat informiert

Behandlungsempfehlung / Vermittlung / Absprache:

Weitere Anmerkungen:

Vielen Dank!

Sitzung 11 - Datum: _____ Anwesend: Kind Mutter Vater²¹ weitere: _____

Elterliches **Strukturturniveau**²: Mutter: 0 1 2 3 4 Vater: 0 1 2 3 4

(0 = noch nicht beurteilbar; 1 = gut integriert; 2 = mäßig integriert; 3 = gering integriert; 4 = desintegriert)

Behandlungsfokus: strukturbezogen konfliktbezogen gemischt

➤ Therapeutischer **Fokus**²²: intrapsychischer Konflikt interpersoneller Konflikt

Psychodynamischer Konflikt-Fokus: Beschreibung des **Symptoms** und des **darunterliegenden Beziehungsthemas:**

.....

.....

.....

	0	1	2	3	4
Antwort	überhaupt nicht/ niemals	kaum/selten	teilweise/ manchmal	überwiegend / meistens	ganz genau/ immer
Bitte geben Sie an, wie ausgeprägt/häufig die folgenden Behandlungstechniken waren:					
1.	Schwerpunkt der Sitzung lag auf Konfliktthema der E-K-Beziehung				0 1 2 3 4
2.	Mutter/Vater nahm eigene psychische Zustände sensibel wahr				0 1 2 3 4
3.	Konflikttypische Affekte der Mutter/des Vaters wurden bearbeitet				0 1 2 3 4
4.	Ressourcen zur elterlichen Affektregulierung wurden aktiviert				0 1 2 3 4
5.	Mutter/Vater wurde unterstützt Affekte des Kindes auszuhalten				0 1 2 3 4
6.	Eine Atmosphäre des Verstehen-Wollens wurde hergestellt				0 1 2 3 4
7.	Zwischen kindlichen und elterlichen Affekten wurde unterschieden				0 1 2 3 4
8.	Elterliche Repräsentationen wurden besprochen				0 1 2 3 4
9.	Mutter/Vater wurde zum Mentalisieren angeregt				0 1 2 3 4
10.	Ich-Funktionen der Mutter/des Vaters gestärkt				0 1 2 3 4
11.	Zentrale abgewehrte Affekte wurden aufgegriffen				0 1 2 3 4
12.	Probleme und Motive konnten klarifiziert werden				0 1 2 3 4
13.	Triangulierende Sichtweisen wurden angeboten				0 1 2 3 4
14.	Zentraler psychodynamischen Konflikt-Fokus wurde benannt				0 1 2 3 4
15.	Hilfen zur kindlichen Affektregulation wurden gegeben				0 1 2 3 4
16.	Selbstreflexion der Mutter/des Vaters wurde angeregt				0 1 2 3 4
17.	Kindliches Abwehrverhalten wurde aufgezeigt				0 1 2 3 4
18.	Es wurde aus Sicht des Kindes gesprochen				0 1 2 3 4

²¹ Wenn Vater in Behandlung integriert, bitte auch Angaben zum Vater: „0“ (Mutter mit „X“).

²² Angaben zu Strukturturniveau, Behandlungsfokus und psychodynamischen Konflikt-Fokus bitte bis spätestens

zur 3. Sitzung! Danach nur noch Veränderungen dokumentieren, falls sich welche ergeben!

19.	Perspektivübernahme wurde angeregt	0	1	2	3	4
20.	Neue Sichtweise konnte eingebracht werden (reframing)	0	1	2	3	4
21.	Handlungsstrategien und Übungen für den Alltag wurden entwickelt	0	1	2	3	4
22.	Psychoedukation über physische/psychische Entwicklung des Kindes	0	1	2	3	4
23.	Videotechnik wurde eingesetzt	0	1	2	3	4
24.	Mutter/Vater wurde unterstützt inne zu halten und zu beobachten	0	1	2	3	4
25.	Abstimmung auf psychisches Funktionsniveau der Eltern passte	0	1	2	3	4
26.	Stabile therapeutische Beziehung hat sich etabliert	0	1	2	3	4
27.	Prozesse der Übertragung, Gegenübertragung, Projektion, Introjektion, projektiven Identifizierung mit Mutter/Vater bearbeitet	0	1	2	3	4
28.	Ausgewogene Arbeit am/mit dem Widerstand der Eltern möglich	0	1	2	3	4
29.	Therapie wurden bilanziert (Veränderungen, Entwicklungen, subjektiv bedeutsame Momente, Übertragung in den Alltag)	0	1	2	3	4
30.	Weitere Unterstützungsangebote nach der Therapie besprochen	0	1	2	3	4

Bitte notieren Sie, falls in der Sitzung ein **unerwartetes Ereignis** aufgetreten ist und wie es bearbeitet wurde (z.B. Krise, Kontraindikation, Kinderschutzfragestellung aufgetreten etc.)

SKKIPPI Studiensekretariat informiert

Behandlungsempfehlung / Vermittlung / Absprache:

Weitere Anmerkungen:

Vielen Dank!

Sitzung 12 - Datum: _____ Anwesend: Kind Mutter Vater²³ weitere: _____

Elterliches **Strukturturniveau**²: Mutter: 0 1 2 3 4 Vater: 0 1 2 3 4

(0 = noch nicht beurteilbar; 1 = gut integriert; 2 = mäßig integriert; 3 = gering integriert; 4 = desintegriert)

Behandlungsfokus: strukturbezogen konfliktbezogen gemischt

➤ Therapeutischer **Fokus**²⁴: intrapsychischer Konflikt interpersoneller Konflikt

Psychodynamischer Konflikt-Fokus: Beschreibung des **Symptoms** und des **darunterliegenden Beziehungsthemas:**

.....

.....

.....

	0	1	2	3	4
Antwort	überhaupt nicht/ niemals	kaum/selten	teilweise/ manchmal	überwiegend / meistens	ganz genau/ immer
Bitte geben Sie an, wie ausgeprägt/häufig die folgenden Behandlungstechniken waren:					
1.	Schwerpunkt der Sitzung lag auf Konfliktthema der E-K-Beziehung				0 1 2 3 4
2.	Mutter/Vater nahm eigene psychische Zustände sensibel wahr				0 1 2 3 4
3.	Konflikttypische Affekte der Mutter/des Vaters wurden bearbeitet				0 1 2 3 4
4.	Ressourcen zur elterlichen Affektregulierung wurden aktiviert				0 1 2 3 4
5.	Mutter/Vater wurde unterstützt Affekte des Kindes auszuhalten				0 1 2 3 4
6.	Eine Atmosphäre des Verstehen-Wollens wurde hergestellt				0 1 2 3 4
7.	Zwischen kindlichen und elterlichen Affekten wurde unterschieden				0 1 2 3 4
8.	Elterliche Repräsentationen wurden besprochen				0 1 2 3 4
9.	Mutter/Vater wurde zum Mentalisieren angeregt				0 1 2 3 4
10.	Ich-Funktionen der Mutter/des Vaters gestärkt				0 1 2 3 4
11.	Zentrale abgewehrte Affekte wurden aufgegriffen				0 1 2 3 4
12.	Probleme und Motive konnten klarifiziert werden				0 1 2 3 4
13.	Triangulierende Sichtweisen wurden angeboten				0 1 2 3 4
14.	Zentraler psychodynamischen Konflikt-Fokus wurde benannt				0 1 2 3 4
15.	Hilfen zur kindlichen Affektregulation wurden gegeben				0 1 2 3 4
16.	Selbstreflexion der Mutter/des Vaters wurde angeregt				0 1 2 3 4
17.	Kindliches Abwehrverhalten wurde aufgezeigt				0 1 2 3 4
18.	Es wurde aus Sicht des Kindes gesprochen				0 1 2 3 4

²³ Wenn Vater in Behandlung integriert, bitte auch Angaben zum Vater: „0“ (Mutter mit „X“).

²⁴ Angaben zu Strukturturniveau, Behandlungsfokus und psychodynamischen Konflikt-Fokus bitte bis spätestens

zur 3. Sitzung! Danach nur noch Veränderungen dokumentieren, falls sich welche ergeben!

19.	Perspektivübernahme wurde angeregt	0	1	2	3	4
20.	Neue Sichtweise konnte eingebracht werden (reframing)	0	1	2	3	4
21.	Handlungsstrategien und Übungen für den Alltag wurden entwickelt	0	1	2	3	4
22.	Psychoedukation über physische/psychische Entwicklung des Kindes	0	1	2	3	4
23.	Videotechnik wurde eingesetzt	0	1	2	3	4
24.	Mutter/Vater wurde unterstützt inne zu halten und zu beobachten	0	1	2	3	4
25.	Abstimmung auf psychisches Funktionsniveau der Eltern passte	0	1	2	3	4
26.	Stabile therapeutische Beziehung hat sich etabliert	0	1	2	3	4
27.	Prozesse der Übertragung, Gegenübertragung, Projektion, Introjektion, projektiven Identifizierung mit Mutter/Vater bearbeitet	0	1	2	3	4
28.	Ausgewogene Arbeit am/mit dem Widerstand der Eltern möglich	0	1	2	3	4
29.	Therapie wurden bilanziert (Veränderungen, Entwicklungen, subjektiv bedeutsame Momente, Übertragung in den Alltag)	0	1	2	3	4
30.	Weitere Unterstützungsangebote nach der Therapie besprochen	0	1	2	3	4

Bitte notieren Sie, falls in der Sitzung ein **unerwartetes Ereignis** aufgetreten ist und wie es bearbeitet wurde (z.B. Krise, Kontraindikation, Kinderschutzfragestellung aufgetreten etc.)

SKKIPPI Studiensekretariat informiert

Behandlungsempfehlung / Vermittlung / Absprache:

Weitere Anmerkungen:

Vielen Dank!

Fragen zur abschließenden Bewertung des Manuals durch die Studientherapeut*innen

	0	1	2	3	4
Antwort	überhaupt nicht/niemals	kaum/selten	teilweise/ manchmal	überwiegend / meistens	ganz genau/ immer
1.	Das ESKP-Studienmanual war für die Durchführung der Therapie unterstützend				0 1 2 3 4
2.	Das Studienmanual war für die Formulierung eines psychodynamischen Konfliktfokus hilfreich				0 1 2 3 4
3.	Die im Studienmanual beschriebenen Phasen konnten gut eingehalten werden				0 1 2 3 4
4.	Der im Studienmanual beschriebene diagnostische Prozess war unterstützend				0 1 2 3 4
5.	Die im Studienmanual beschriebenen Interventionen waren hilfreich				0 1 2 3 4

Folgende Aspekte habe ich im Studienmanual vermisst:

Sonstige Anmerkungen:

Vielen Dank!

Erhebungsbogen

DC: 0-5

Achse I

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

Liebe Kolleg*innen,

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen im Gespräch mit der Mutter des Kindes bei Aufnahme.

Bei der Verneinung grau und kursiv gedruckter Fragen wird die Exploration der entsprechenden Symptomatik sofort abgebrochen und zur Exploration der nächsten Symptomatik übergegangen.

Die am Ende einer jeden Kategorie abgedruckten Check-Listen dienen der Ergänzung, um bei erfüllter DC: 0-5 Diagnose fehlende Kriterien der ICD-10 und des DSM-5 zu erheben und somit auch eine Diagnose laut ICD-10 oder DSM-5 vergeben zu können. Bitte fragen Sie auch diese Ergänzungsfragen ab, tragen Sie die jeweilige DSM-5 und ICD-10 Diagnose in die dafür vorgesehene Zeile am Ende eines jeden Störungsbildes ein und geben Sie an, ob die DC: 0-5 Diagnose erfüllt ist. Falls die DSM-5 oder ICD-10 Diagnosen nicht erfüllt sind, markieren Sie die jeweilige Zeile bitte mit „nicht erfüllt“ oder einem Strich. Falls die Kriterien für eine Störung nach DC: 0-5 nicht erfüllt sind, prüfen sie bitte dennoch, ob eine Diagnose nach ICD-10 oder DSM-5 erfüllt ist. Die Quadrate ■ markieren hierbei im DC: 0-5 die Kriterien, welche für die ICD-10 Diagnose relevant sind, die Dreiecke ▲ markieren die Kriterien, welche für die DSM-5 Diagnose relevant sind.

Dankeschön!

Erhebungsbogen

DC: 0-5

Achse I

Patient*innencode: _____



VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

**KEINE
ALTERSANGABE**

60.6 Undereating Disorder

	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
1. Isst oder trinkt Ihr Kind durchgehend weniger, als es für sein/ihr Alter angemessen wäre? ■		
2. Zeigt ihr Kind folgende auffällige Verhaltensweisen bzgl. des Essens:		
a. Zeigt Ihr Kind durchgehend mangelndes Interesse am Essen? ▲		
b. Vermeidet Ihr Kind Essen angstvoll?		
c. Konzentriert sich Ihr Kind während der Mahlzeit nicht voll und ganz auf das Essen, ist es nicht ganz bei der Sache (schläft bspw. ein oder ist unruhig/aufgedreht)?		
d. Isst ihr Kind nur, wenn es schläft?		
e. Ist es Ihnen NICHT möglich zu fester Nahrung zu wechseln?		
f. Kann Ihr Kind nur essen, wenn Sie bestimmte, nicht altersgerechte und von Ihrem Kind erzwungene Umgebungsbedingungen schaffen (bspw. vor dem Fernseher, während eine bestimmte Sendung läuft, mit bestimmten Spielsachen oder Geschichten)?		
g. Isst Ihr Kind sehr wählerisch, verweigert es bestimmte Farben oder Konsistenzen zu essen ▲, oder sind die Bandbreite/das Spektrum an Nahrungsmitteln, die Ihr Kind isst, ungewöhnlich eingeschränkt? ■		
h. Hamstert ihr Kind? (Sammelt es das Essen im Mund, ohne es runterzuschlucken?)		
3. Bestehen die Probleme seit mind. 1 Monat? ■		
4. Die Störung ist nicht durch eine andere Ursache besser zu erklären (Nebenwirkung von Medikamenten oder Krankheit)? ▲■		

Wenn Kriterium 1., 3. und 4. und mind. EIN Unterpunkt von 2. erfüllt sind, weiter mit 5., sonst Abbruch

	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
5. <u>Beeinflussen die Essprobleme die Familie oder das Kind wie folgt:</u>		
a. Ist Ihr Kind aufgrund der Problematik belastet?		
b. Beeinträchtigen die Essprobleme die Beziehungen (Eltern, Geschwister, Großeltern) Ihres Kindes? ▲		
c. Ist ihr Kind aufgrund der Essprobleme beeinträchtigt, an altersgemäßen Spielen und Aktivitäten teilzunehmen? ▲		
d. Schränken die Essprobleme das alltägliche Leben (bspw. Routinen und Abläufe) der Familie ein? ▲		
e. Führen die Essprobleme dazu, dass Ihr Kind beim Erlernen neuer Fähigkeiten oder in seiner Entwicklung beeinträchtigt ist? ▲		
f. Das Kind zeigt auf den Wachstumskurven/ Perzentilkurven keine altersgemäße körperliche Entwicklung ▲		
Wenn mind. <u>EIN</u> Unterpunkt von 5. erfüllt ist, dann liegt eine Undereating Disorder gem. DC: 0-5 vor.		

ICD-10:R62.8 (Sonstiges Ausbleiben der erwarteten physiologischen Entwicklung):

- Wieviel wiegt Ihr Kind (Angabe in Gramm)? _____
- Hat Ihr Kind in der letzten Zeit stark an Gewicht abgenommen? Ja Nein
 - o Wenn ja, wieviel (Angabe in Gramm)? _____
- Haben Sie den Eindruck, Ihr Kind bleibt körperlich zurück und gedeiht nicht altersgemäß? Ja Nein
- Haben Sie den Eindruck, Ihr Kind nimmt zu wenig Gewicht zu? Ja Nein

R63.4 (Abnorme Gewichtsabnahme)F98.2 (Fütterstörung im frühen Kindesalter inkl. Rumination im Kleinkindalter):

- Würgt Ihr Kind sein Essen wiederholt herauf, obwohl ihm nicht übel ist? Ja Nein
- *Begann die Symptomatik vor dem 6. Lebensjahr?* Ja Nein
- *Für den*die Interviewer*in:*
 - o *Anhalt für angemessenes Nahrungsangebot* Ja Nein
 - o *Anhalt dafür, dass die Betreuungsperson einigermaßen kompetent bzgl. der Ernährung und des Fütterns des Kindes ist?* Ja Nein

DSM-5 (Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme):

- Besteht die Sorge vor aversiven Folgen von Essen? Ja Nein
- Kann durch die Essproblematik Ihres Kindes der Bedarf an Nahrung und/oder Energie nicht ausreichend gedeckt werden? Ja Nein
- Besteht ein bedeutsamer Gewichtsverlust oder das Unvermögen die erwartete Gewichtszunahme zu erreichen oder besteht vermindertes Wachstum? Ja Nein
- Kommt es zu bedeutsamen ernährungsbedingten Mangelerscheinungen? Ja Nein
- Besteht eine Abhängigkeit von oraler Nahrungsergänzung? Ja Nein
- Kann das Störungsbild besser durch einen Mangel an verfügbaren Lebensmitteln oder ein kulturell akzeptiertes Verhalten erklärt werden? Ja Nein
- Die Essstörung tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia Nervosa oder Bulimia Nervosa auf, und es gibt keine Hinweise auf eine Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur oder des Körpergewichts. Ja Nein
- Die Essstörung ist nicht Folge einer gleichzeitig bestehenden körperlichen Erkrankung und kann nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden. Ja Nein

DC:0-5 Diagnose erfüllt? Ja Nein

ICD-10 Diagnose: _____

DSM-5 Diagnose: _____

60.7 Atypische Essstörung (Atypical Eating Disorder)

	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
1. <u>Zeigt Ihr Kind eine der folgenden unnormale Essgewohnheiten:</u>		
a. Versteckt Ihr Kind Essen an ungewöhnlichen Orten (Im Bett, in der Schreibtischschublade usw.)?		
b. Isst Ihr Kind Dinge die nicht essbar sind (Erde, Farbpinsel usw.)? ▲ ■		

c. Würgt Ihr Kind essen regelmäßig hoch und schluckt es dann wieder? ▲		
2. Bestehen die Probleme seit mind. 1 Monat? ▲	JA	NEIN
3. Die Störung ist nicht durch eine andere Ursache besser zu erklären (Nebenwirkung von Medikamenten oder Krankheit)? ■		
Wenn 2. und 3. und mind. <u>EIN</u> Unterpunkt von 1. erfüllt sind, weiter mit 4., sonst Abbruch		
4. <u>Die Essprobleme beeinflussen das Kind oder Familiensystem wie folgt.</u> a. Ist Ihr Kind aufgrund der Problematik belastet?		
b. Beeinträchtigen die Essprobleme die Beziehungen (Eltern, Geschwister, Großeltern) Ihres Kindes? ▲		
c. Ist ihr Kind aufgrund der Essprobleme beeinträchtigt, an altersgemäßen Spielen und Aktivitäten teilzunehmen? ▲		
d. Schränken die Probleme das alltägliche Leben (bspw. Routinen und Abläufe) der Familie ein? ▲		
e. Führen die Probleme dazu, dass Ihr Kind beim Erlernen neuer Fähigkeiten oder in seiner Entwicklung beeinträchtigt ist? ▲		
f. Wächst Kind NICHT altersgerecht (Körpergröße)? Wie groß ist Ihr Kind? _____		
Wenn mind. <u>EIN</u> Unterpunkt von 4. erfüllt ist, dann liegt eine Atypische Essstörung gem. DC: 0-5 vor.		

ICD-10 (F98.3 Pica im Kindesalter):

- Für den*die Interviewer*in: Liegt eine Intelligenzminderung vor? Ja Nein
- *Wenn ja, dann Hauptdiagnose unter F70-F79.

DSM-5 (Pica):

- Ist das Essen von nicht nahrhaften, nicht zum Verzehr bestimmten Stoffe

- dem Entwicklungsstand des Kindes nicht angemessen? Ja Nein
- Ist das Essverhalten Teil eines kulturell akzeptierten oder sozial normativen Verhaltens? Ja Nein
- Ist die Störung schwer genug, um im Kontext einer anderen psychischen Störung zusätzliche klinische Beachtung zu rechtfertigen? Ja Nein

DSM-5 (Ruminationsstörung):

- Kaut, schluckt oder spuckt Ihr Kind hochgewürgte Nahrung wieder aus? Ja Nein
- Das wiederholte Hochwürgen ist nicht Folge einer Erkrankung des Magen-Darm-Trakts oder einer anderen körperlichen Erkrankung (z.B. ösophagealer Reflux, Pylorusstenose). Ja Nein
- Die Störung des Essverhaltens tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge-Eating-Störung oder Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme auf. Ja Nein
- Ist die Störung schwer genug, um neben möglicher intellektueller Beeinträchtigung, Störung der neuronalen oder mentalen Entwicklung zusätzliche klinische Beachtung zu rechtfertigen? Ja Nein

DSM-5 (nicht näher bezeichnete Fütter- oder Essstörung)

DC:0-5 Diagnose erfüllt? Ja Nein

ICD-10 Diagnose: _____

DSM-5 Diagnose: _____

60.8 Exzessives Schreien (Excessive Crying Disorder)

	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
1. Schreit Ihr Kind viel? ■		
a. Wenn ja: 1. Schreit Ihr Kind mind. 3 Stunden täglich?		
b. Wenn ja: i. Schreit Ihr Kind mind. 3 Stunden am Tag, an mind. 3 Tagen in der Woche?		

<p>c. Wenn ja: i. Besteht die Problematik seit mind. 3 Wochen?</p>	
<p>2. Die Schreistörung kann nicht besser durch eine andere Störung oder Symptome (bspw. Laktoseintoleranz oder Sodbrennen) erklärt werden?</p>	
<p>Wenn Kriterium 1 und 2 <u>vollständig</u> erfüllt sind, weiter mit 3., sonst Abbruch</p>	
<p>3. <u>Beeinflusst die Schreiproblematik die Familie oder das Kind wie folgt:</u> a. Ist Ihr Kind aufgrund der Problematik belastet?</p>	
<p>b. Beeinflusst die Schreiproblematik die Beziehungen (Eltern, Geschwister, Großeltern) von Ihrem Kind?</p>	
<p>c. Ist ihr Kind aufgrund der Schreiproblematik beeinträchtigt, an altersgemäßen Spielen und Aktivitäten teilzunehmen?</p>	
<p>d. Schränkt die Schreiproblematik das alltägliche Leben (bspw. Routinen und Abläufe) der Familie ein?</p>	
<p>e. Führt die Schreiproblematik dazu, dass Ihr Kind wenig neue Fähigkeiten lernt oder sie den Entwicklungsprozess negativ beeinflussen?</p>	
<p>Wenn mind. <u>EIN</u> Unterpunkt von 3. erfüllt ist, dann liegt eine Schreistörung gem. DC: 0-5 vor.</p>	

ICD-10:

F43.2 (Anpassungsstörung inkl. Hospitalismus bei Kindern, Kulturschock, Trauerreaktion):

- Gab es in der letzten Zeit entscheidende Lebensveränderungen oder Belastungen im Leben des Kindes (Bsp.: Veränderungen im sozialen Umfeld; Schwierigkeiten mit altersentsprechende Anforderungen/Entwicklungsschritten)? Ja Nein
- Denken Sie, die Belastung ist die Ursache für das Schreien Ihres Kindes? Ja Nein
- Wirkt Ihr Kind außerdem ängstlich, besorgt und/oder depressiv auf Sie? Ja Nein
- Haben Sie den Eindruck, Ihr Kind kommt mit den alltäglichen Anforderungen nicht zurecht? Ja Nein

- Beginn die Störung innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis oder der Lebensveränderung? Ja Nein
- Dauernd die Symptome bereits länger als 6 Monate an? Ja Nein

R68.1 (Unspezifische Symptome im Kleinkindalter):

- Haben Sie den Eindruck, Ihr Kind ist ungewöhnlich reizbar? Ja Nein

DC:0-5 Diagnose erfüllt? Ja Nein

ICD-10 Diagnose: _____

DSM-5 Diagnose: nicht vorhanden in DSM-5

60.9 Andere Schlaf-, Ess-, oder Schreistörungen / Regulationsstörungen (Other Sleep, Eating, and Excessive Crying Disorder of Infancy/ Early Childhood)

	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
1. <i>Zeigt das Kind Symptome einer Schlaf-, Ess-, Schreistörung / Regulationsstörung, erfüllt jedoch nicht die vollen Kriterien?</i> ▲■●		
2. <u>Beeinflussen die Probleme die Familie oder das Kind wie folgt:</u>		
a. Ist Ihr Kind aufgrund der Problematik belastet?		
b. Beeinträchtigen die Probleme die Beziehungen (Eltern, Geschwister, Großeltern) von Ihrem Kind? ▲		
c. Ist ihr Kind aufgrund der Probleme beeinträchtigt, an altersgemäßen Spielen und Aktivitäten teilzunehmen? ▲		
d. Schränken die Probleme das alltägliche Leben (bspw. Routinen und Abläufe) der Familie ein? ▲	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
e. Führen die Probleme dazu, dass Ihr Kind beim Erlernen neuer Fähigkeiten oder in seiner Entwicklung beeinträchtigt ist? ▲		

Wenn 1. UND mind. EIN Unterpunkt von 2. erfüllt sind, dann liegt eine andere Regulationsstörung gem. DC: 0-5 vorliegen

ICD-10 (F50.8: Sonstige Essstörungen inkl. Psychogener Appetitverlust)

DSM-5 (nicht näher bezeichnete Fütter- oder Essstörung; nicht näher bezeichnete Insomnie)

DC:0-5 Diagnose erfüllt? Ja Nein

ICD-10 Diagnose: _____

DSM-5 Diagnose: _____

40.3 Andere Gemütsstörungen der frühen Kindheit (Other Mood Disorder of Early Childhood)

	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
1. <i>Das Kind zeigt Symptome einer depressiven Episode oder eine gestörte Regulation von Wut und Aggression, erfüllt jedoch nicht die vollen Kriterien? ▲■</i>		
2. <i>Die erfüllten Symptome sind nicht bereits in einem anderen Störungsbild umfasst, für das das Kind die Kriterien erfüllt?</i>		
3. <u>Beeinflussen die Probleme die Familie oder das Kind wie folgt:</u> ▲		
a) Ist Ihr Kind aufgrund der Problematik belastet?		
b) Beeinträchtigen die Probleme die Beziehungen (Eltern, Geschwister, Großeltern) von Ihrem Kind? ▲		
c) Ist ihr Kind aufgrund der Probleme beeinträchtigt, an altersgemäßen Spielen und Aktivitäten teilzunehmen? ▲		
d) Schränken die Probleme das alltägliche Leben (bspw. Routinen und Abläufe) der Familie ein? ▲		
e) Führen die Probleme dazu, dass Ihr Kind beim Erlernen neuer Fähigkeiten oder in seiner Entwicklung beeinträchtigt ist? ▲		

Wenn 1., 2. UND mind. EIN Unterpunkt von 3. erfüllt sind, dann liegt eine andere Gemütsstörung der frühen Kindheit gem. DC: 0-5 vor.

ICD-10 (F39.0 Nicht näher bezeichnete affektive Störung inkl. Affektive Psychose o.n.A.)

DSM-5 (nicht näher bezeichnete depressive Störung)

Erhebungsbogen

DC: 0-5

Achse I

Patient*innencode: _____



VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

DC:0-5 Diagnose erfüllt? Ja Nein

ICD-10 Diagnose: _____

DSM-5 Diagnose: _____

Universitätsklinikum Leipzig

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

30.1 Trennungsängstlichkeit (Seperation Anxiety Disorder)

	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
1. Zeigt Ihr Kind wiederholt unangemessene und unverhältnismäßig viele Anzeichen von Angst, wenn es sein Zuhause oder eine ihm wichtige Bezugsperson verlassen soll oder verlässt? ▲■		
2. Kann Ihr Kind seine Angst dann manchmal nicht regulieren, selbst wenn eine Bezugsperson versucht es zu beruhigen?		
3. <i>Bestehen die Probleme überdauernd seit mind. 1 Monat?</i> ▲		
Wenn 1., 2. und 3. <u>vollständig</u> erfüllt sind, weiter mit 4., sonst Abbruch.		
4. <u>Die Angst Ihres Kindes zeigt sich wie folgt:</u>		
a. Reagiert Ihr Kind immer wieder verzweifelt, wenn es sein Zuhause verlassen oder sich von wichtigen Bezugspersonen trennen soll, oder wenn es dies erwartet? ▲■		
b. Hat Ihr Kind die immer wiederkehrende Sorge, dass etwas passieren könnte, wodurch es von Ihnen oder anderen wichtigen Bezugspersonen getrennt werden könnte (verloren gehen, entführt werden usw.)? ▲■ → Kann bei Kindern, die noch nicht sprechen können NICHT angenommen werden * In diesem Fall kreuzen Sie NEIN an		
c. Weigert sich Ihr Kind oder will es nicht in die Krippe, den Kindergarten oder ähnliches gehen oder tut dies nur widerwillig, weil es Angst vor Trennung hat? i. <u>Wenn ja</u> , ist ihr Kind ängstlich oder fürchtet es sich das Haus zu verlassen, um in die Krippe/Kindergarten zu gehen? ▲■ ii. <u>Wenn ja</u> , reagiert es bereits so, wenn es erwartet in die Krippe oder den Kindergarten gehen zu müssen? ■ iii. <u>Wenn ja</u> , verweigert sich Ihr Kind aus Gründen der Ängstlichkeit und Furcht in den Kindergarten oder die Krippe zu gehen? ■ iv. <u>Wenn ja</u> , hält sich Ihr Kind dann an Ihnen fest, versteckt sich, weint, bekommt starke Wutanfälle <u>oder</u> macht es andere Dinge um zu vermeiden, dass es in den Kindergarten oder die Krippe gehen muss? ■		
<i>Bei kleinen Kindern kann sich dies durch untröstliches Weinen und Anklammern äußern.</i>		

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

→ Wenn ein Aspekt von Unterpunkt 4c zutrifft, dann kann 4c bejaht werden			
		<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
d. Hat ihr Kind permanent unverhältnismäßige Angst oder zeigt es Widerwillen alleine oder ohne Bezugspersonen zu Hause zu sein bzw. an einem anderen Ort (z.B. Kindergarten) ohne wichtige Personen (z.B. Erzieher*in) zu sein? ■			
e. Weigert sich Ihr Kind seit mind. 1 Monat alleine bzw. ohne eine ihm wichtige Bezugsperson schlafen zu gehen? ▲ ■			
f. Hat Ihr Kind immer wieder Alpträume zum Thema Trennung? ▲ ■ → Wenn Kinder noch nicht sprechen können dann genügt es, dass das Kind Alpträume hat, um die Frage zu bejahen.			
g. Zeigt Ihr Kind körperliche Symptome, wenn es sich vorübergehend von einer wichtigen Bezugsperson trennen soll oder dies befürchtet? ▲ ■			

Wenn mind. DREI Unterpunkte von 4. erfüllt sind weiter mit 5., sonst Abbruch

5. <u>Beeinflussen die Probleme die Familie oder das Kind wie folgt:</u>		
a. Ist Ihr Kind aufgrund der Problematik belastet?		
b. Beeinträchtigen die Probleme die Beziehungen (Eltern, Geschwister, Großeltern) von Ihrem Kind? ▲		
c. Ist ihr Kind aufgrund der Probleme beeinträchtigt, an altersgemäßen Spielen und Aktivitäten teilzunehmen? ▲		
d. Schränken die Probleme das alltägliche Leben (bspw. Routinen und Abläufe) der Familie ein? ▲		
e. Führen die Probleme dazu, dass Ihr Kind beim Erlernen neuer Fähigkeiten oder in seiner Entwicklung beeinträchtigt ist? ▲		

Wenn mind. EIN Unterpunkt von 5. erfüllt ist Trennungsängstlichkeit gemäß DC: 0-5 vor.

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

ICD-10 (F93.0: Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters):

- Zeigt Ihr Kind extremes wiederkehrendes Unglücklichsein in Erwartung von, während oder unmittelbar nach der Trennung durch Apathie oder sozialen Rückzug? Ja Nein
- Haben Sie den Eindruck, dass die Furcht vor Trennung den Angstfokus darstellt? Ja Nein

DSM-5 (Störung mit Trennungsangst):

- Kann die Symptomatik durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden? Ja Nein

DC:0-5 Diagnose erfüllt? Ja Nein

ICD-10 Diagnose: _____

DSM-5 Diagnose: _____

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

AB 6 MONATE

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

60.1 Einschlafstörungen (Sleep Onset Disorder)

	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
1. Ist das Kind mind. 6 Monate alt?		
2. Hat Ihr Kind große Probleme einzuschlafen? ▲■		
a. Braucht Ihr Kind mehr als 30 Minuten, um einzuschlafen?		
b. Besteht die Problematik einzuschlafen an den meisten Nächten der Woche?		
c. Bestehen die Probleme seit mind. 4 Wochen? ■		
3. Die Schlafstörung kann nicht besser durch eine andere Störung oder Symptome erklärt werden? ▲■		
Wenn Kriterium 1 und 2 und 3 <u>vollständig</u> erfüllt sind, weiter mit 4., sonst Abbruch		
4. <u>Beeinflussen die Schlafprobleme die Familie oder das Kind wie folgt:</u>		
a. Ist Ihr Kind aufgrund der Problematik belastet? ■		
b. Beeinträchtigt die Einschlafproblematik die Beziehungen Ihres Kindes zu Eltern, Geschwistern, Gleichaltrigen und/oder Großeltern? ▲	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
c. Ist ihr Kind aufgrund der Einschlafproblematik beeinträchtigt, an altersgemäßen Spielen und Aktivitäten teilzunehmen? ▲ ■		
d. Schränken die Einschlafprobleme das alltägliche Leben (bspw. Routinen und Abläufe) der Familie ein? ▲ ■		
e. Führen die Einschlafprobleme dazu, dass Ihr Kind beim Erlernen neuer Fähigkeiten oder in seiner Entwicklung beeinträchtigt ist? ▲		
Wenn mind. <u>EIN</u> Unterpunkt von 4. erfüllt ist, dann liegt eine Einschlafstörung gem. DC: 0-5 vor.		

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

ICD-10 (F51.0 nichtorganische Insomnie)

- Besteht ein Klagen über schlechte Schlafqualität? Ja Nein
- Treten die Schlafstörungen mind. dreimal die Woche auf? Ja Nein
- Besteht ein überwiegendes Beschäftigtsein mit der Schlafproblematik und nachts, sowie tags eine übertriebene Sorge über deren negative Konsequenzen? Ja Nein
- Tritt die Insomnie (Schlafprobleme) als ein Symptom einer anderen körperlichen/psychischen Erkrankung auf und bestimmt somit nicht als Hauptbeschwerde das klinische Bild? Ja Nein

DSM-5 (Insomnie):

- Tritt die Schlafstörung tritt an mindestens drei Nächten pro Woche auf? Ja Nein
- Besteht die Schlafproblematik seit mind. 3 Monaten? Ja Nein
- Äußern sich die Einschlafschwierigkeiten, wenn die Bezugsperson nicht interveniert? Ja Nein
- Tritt die Einschlafproblematik trotz adäquater Gelegenheit zum Schlafen auf? Ja Nein
- Ist die Insomnie (Schlafprobleme) Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz? Ja Nein

DC:0-5 Diagnose erfüllt? Ja Nein

ICD-10 Diagnose: _____

DSM-5 Diagnose: _____

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

AB 8 MONATE

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

60.1 Einschlafstörungen (Sleep Onset Disorder)

	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
5. Ist das Kind mind. 6 Monate alt?		
6. Hat Ihr Kind große Probleme einzuschlafen? ▲■		
a. Braucht Ihr Kind mehr als 30 Minuten, um einzuschlafen?		
b. Besteht die Problematik einzuschlafen an den meisten Nächten der Woche?		
c. Bestehen die Probleme seit mind. 4 Wochen? ■		
7. Die Schlafstörung kann nicht besser durch eine andere Störung oder Symptome erklärt werden? ▲■		
Wenn Kriterium 1 und 2 und 3 <u>vollständig</u> erfüllt sind, weiter mit 4., sonst Abbruch		
8. <u>Beeinflussen die Schlafprobleme die Familie oder das Kind wie folgt:</u>		
f. Ist Ihr Kind aufgrund der Problematik belastet? ■		
g. Beeinträchtigt die Einschlafproblematik die Beziehungen Ihres Kindes zu Eltern, Geschwistern, Gleichaltrigen und/oder Großeltern? ▲	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
h. Ist ihr Kind aufgrund der Einschlafproblematik beeinträchtigt, an altersgemäßen Spielen und Aktivitäten teilzunehmen? ▲ ■		
i. Schränken die Einschlafprobleme das alltägliche Leben (bspw. Routinen und Abläufe) der Familie ein? ▲ ■		
j. Führen die Einschlafprobleme dazu, dass Ihr Kind beim Erlernen neuer Fähigkeiten oder in seiner Entwicklung beeinträchtigt ist? ▲		
Wenn mind. <u>EIN</u> Unterpunkt von 4. erfüllt ist, dann liegt eine Einschlafstörung gem. DC: 0-5 vor.		

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

ICD-10 (F51.0 nichtorganische Insomnie)

- Besteht ein Klagen über schlechte Schlafqualität? Ja Nein
- Treten die Schlafstörungen mind. dreimal die Woche auf? Ja Nein
- Besteht ein überwiegendes Beschäftigtsein mit der Schlafproblematik und nachts, sowie tags eine übertriebene Sorge über deren negative Konsequenzen? Ja Nein
- Tritt die Insomnie (Schlafprobleme) als ein Symptom einer anderen körperlichen/psychischen Erkrankung auf und bestimmt somit nicht als Hauptbeschwerde das klinische Bild? Ja Nein

DSM-5 (Insomnie):

- Tritt die Schlafstörung tritt an mindestens drei Nächten pro Woche auf? Ja Nein
- Besteht die Schlafproblematik seit mind. 3 Monaten? Ja Nein
- Äußern sich die Einschlafschwierigkeiten, wenn die Bezugsperson nicht interveniert? Ja Nein
- Tritt die Einschlafproblematik trotz adäquater Gelegenheit zum Schlafen auf? Ja Nein
- Ist die Insomnie (Schlafprobleme) Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz? Ja Nein

DC:0-5 Diagnose erfüllt? Ja Nein

ICD-10 Diagnose: _____

DSM-5 Diagnose: _____

60.2 Durchschlafstörungen (Night Waking Disorder)

	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
1. Ist das Kind mind. 8 Monate alt?		
2. Wacht Ihr Kind öfter bzw. wiederholt nachts auf oder ist Ihr Kind nach dem nächtlichen Aufwachen lange wach? ▲ ■		
a. Weint Ihr Kind dann oder ist unruhig?		

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

b. Besteht die Problematik durchzuschlafen an den meisten Nächten der Woche?		
c. Bestehen die Probleme seit mind. 4 Wochen? ■		
3. Die Schlafstörung kann nicht besser durch eine andere Störung oder Symptome erklärt werden? ▲■		
Wenn Kriterium 1, 2 und 3 vollständig erfüllt sind, weiter mit 4., sonst Abbruch		
4. <u>Beeinflussen die Durchschlafprobleme die Familie oder das Kind wie folgt:</u>		
a. Ist Ihr Kind aufgrund der Problematik belastet? ■		
b. Beeinträchtigen die Durchschlafprobleme die Beziehungen (Eltern, Geschwister, Großeltern) Ihres Kindes? ▲		
c. Ist ihr Kind aufgrund der Durchschlafprobleme beeinträchtigt, an altersgemäßen Spielen und Aktivitäten teilzunehmen? ▲■		
d. Schränken die Durchschlafprobleme das alltägliche Leben (bspw. Routinen und Abläufe) der Familie ein? ▲■		
e. Führen die Durchschlafprobleme dazu, dass Ihr Kind beim Erlernen neuer Fähigkeiten oder in seiner Entwicklung beeinträchtigt ist? ▲	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
Wenn mind. <u>EIN</u> Unterpunkt von 4. erfüllt ist, dann liegt eine Durchschlafstörung gem. DC: 0-5 vor.		

ICD-10 (F51.0 nichtorganische Insomnie)

- Besteht ein Klagen über schlechte Schlafqualität? Ja Nein
- Treten die Schlafstörungen mind. dreimal die Woche auf? Ja Nein
- Besteht ein überwiegendes Beschäftigtsein mit der Schlafproblematik und nachts, sowie Tags eine übertriebene Sorge über deren negative Konsequenzen? Ja Nein

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

- Tritt die Insomnie (Schlafprobleme) als ein Symptom einer anderen körperlichen/psychischen Erkrankung auf und bestimmt somit nicht als Hauptbeschwerde das klinische Bild? Ja Nein

DSM-5 (Insomnie):

- Tritt die Schlafstörung tritt an mindestens drei Nächten pro Woche auf? Ja Nein
- Besteht die Schlafproblematik seit mind. 3 Monaten? Ja Nein
- Äußern sich die Durchschlafschwierigkeiten, wenn die Bezugsperson nicht interveniert? Ja Nein
- Tritt die Durchschlafproblematik trotz adäquater Gelegenheit zum Schlafen auf? Ja Nein
- Ist die Insomnie (Schlafprobleme) Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz? Ja Nein

DC:0-5 Diagnose erfüllt? Ja Nein

ICD-10 Diagnose: _____

DSM-5 Diagnose: _____

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

AB 12 MONATE

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

60.1 Einschlafstörungen (Sleep Onset Disorder)

	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
9. Ist das Kind mind. 6 Monate alt?		
10. Hat Ihr Kind große Probleme einzuschlafen? ▲■		
a. Braucht Ihr Kind mehr als 30 Minuten, um einzuschlafen?		
b. Besteht die Problematik einzuschlafen an den meisten Nächten der Woche?		
c. Bestehen die Probleme seit mind. 4 Wochen? ■		
11. Die Schlafstörung kann nicht besser durch eine andere Störung oder Symptome erklärt werden? ▲■		
Wenn Kriterium 1 und 2 und 3 <u>vollständig</u> erfüllt sind, weiter mit 4., sonst Abbruch		
12. <u>Beeinflussen die Schlafprobleme die Familie oder das Kind wie folgt:</u>		
k. Ist Ihr Kind aufgrund der Problematik belastet? ■		
l. Beeinträchtigt die Einschlafproblematik die Beziehungen Ihres Kindes zu Eltern, Geschwistern, Gleichaltrigen und/oder Großeltern? ▲	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
m. Ist ihr Kind aufgrund der Einschlafproblematik beeinträchtigt, an altersgemäßen Spielen und Aktivitäten teilzunehmen? ▲ ■		
n. Schränken die Einschlafprobleme das alltägliche Leben (bspw. Routinen und Abläufe) der Familie ein? ▲ ■		
o. Führen die Einschlafprobleme dazu, dass Ihr Kind beim Erlernen neuer Fähigkeiten oder in seiner Entwicklung beeinträchtigt ist? ▲		
Wenn mind. <u>EIN</u> Unterpunkt von 4. erfüllt ist, dann liegt eine Einschlafstörung gem. DC: 0-5 vor.		

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

ICD-10 (F51.0 nichtorganische Insomnie)

- Besteht ein Klagen über schlechte Schlafqualität? Ja Nein
- Treten die Schlafstörungen mind. dreimal die Woche auf? Ja Nein
- Besteht ein überwiegendes Beschäftigtsein mit der Schlafproblematik und nachts, sowie tags eine übertriebene Sorge über deren negative Konsequenzen? Ja Nein
- Tritt die Insomnie (Schlafprobleme) als ein Symptom einer anderen körperlichen/psychischen Erkrankung auf und bestimmt somit nicht als Hauptbeschwerde das klinische Bild? Ja Nein

DSM-5 (Insomnie):

- Tritt die Schlafstörung tritt an mindestens drei Nächten pro Woche auf? Ja Nein
- Besteht die Schlafproblematik seit mind. 3 Monaten? Ja Nein
- Äußern sich die Einschlafschwierigkeiten, wenn die Bezugsperson nicht interveniert? Ja Nein
- Tritt die Einschlafproblematik trotz adäquater Gelegenheit zum Schlafen auf? Ja Nein
- Ist die Insomnie (Schlafprobleme) Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz? Ja Nein

DC:0-5 Diagnose erfüllt? Ja Nein

ICD-10 Diagnose: _____

DSM-5 Diagnose: _____

60.2 Durchschlafstörungen (Night Waking Disorder)

	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
5. Ist das Kind mind. 8 Monate alt?		
6. Wacht Ihr Kind öfter bzw. wiederholt nachts auf oder ist Ihr Kind nach dem nächtlichen Aufwachen lange wach? ▲ ■		
d. Weint Ihr Kind dann oder ist unruhig?		

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

e. Besteht die Problematik durchzuschlafen an den meisten Nächten der Woche?		
f. Bestehen die Probleme seit mind. 4 Wochen? ■		
7. Die Schlafstörung kann nicht besser durch eine andere Störung oder Symptome erklärt werden? ▲■		
Wenn Kriterium 1, 2 und 3 vollständig erfüllt sind, weiter mit 4., sonst Abbruch		
8. <u>Beeinflussen die Durchschlafprobleme die Familie oder das Kind wie folgt:</u>		
a. Ist Ihr Kind aufgrund der Problematik belastet? ■		
b. Beeinträchtigen die Durchschlafprobleme die Beziehungen (Eltern, Geschwister, Großeltern) Ihres Kindes? ▲		
c. Ist ihr Kind aufgrund der Durchschlafprobleme beeinträchtigt, an altersgemäßen Spielen und Aktivitäten teilzunehmen? ▲■		
d. Schränken die Durchschlafprobleme das alltägliche Leben (bspw. Routinen und Abläufe) der Familie ein? ▲■		
e. Führen die Durchschlafprobleme dazu, dass Ihr Kind beim Erlernen neuer Fähigkeiten oder in seiner Entwicklung beeinträchtigt ist? ▲	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
Wenn mind. <u>EIN</u> Unterpunkt von 4. erfüllt ist, dann liegt eine Durchschlafstörung gem. DC: 0-5 vor.		

ICD-10 (F51.0 nichtorganische Insomnie)

- Besteht ein Klagen über schlechte Schlafqualität? Ja Nein
- Treten die Schlafstörungen mind. dreimal die Woche auf? Ja Nein
- Besteht ein überwiegendes Beschäftigtsein mit der Schlafproblematik und nachts, sowie Tags eine übertriebene Sorge über deren negative Konsequenzen? Ja Nein

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

- Tritt die Insomnie (Schlafprobleme) als ein Symptom einer anderen körperlichen/psychischen Erkrankung auf und bestimmt somit nicht als Hauptbeschwerde das klinische Bild? Ja Nein

DSM-5 (Insomnie):

- Tritt die Schlafstörung tritt an mindestens drei Nächten pro Woche auf? Ja Nein
- Besteht die Schlafproblematik seit mind. 3 Monaten? Ja Nein
- Äußern sich die Durchschlafschwierigkeiten, wenn die Bezugsperson nicht interveniert? Ja Nein
- Tritt die Durchschlafproblematik trotz adäquater Gelegenheit zum Schlafen auf? Ja Nein
- Ist die Insomnie (Schlafprobleme) Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz? Ja Nein

DC:0-5 Diagnose erfüllt? Ja Nein

ICD-10 Diagnose: _____

DSM-5 Diagnose: _____

60.3 partieller Erregungsschlaf (Partial Arousal Sleep Disorder)

	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
1. Ist das Kind mind. 12 Monate alt?		
2. Schreckt Ihr Kind nachts regelmäßig plötzlich aus dem Schlaf auf, ist sehr erregt, aber wirkt dabei nicht völlig wach? ▲ <i>Anmerkung: Der Nachtschreck kann damit einhergehen, dass das Kind schreit, angespannt oder gestresst wirkt, starkes Herzklopfen, schnelles Atmen und/oder Schwitzen beobachtet wird.</i> → Wenn nein, dann weiter mit 3.		
a. Wenn <u>ja</u> : i. Tritt der Nachtschreck typischerweise in den ersten Stunden nach dem Einschlafen auf? ▲■		

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

<p>→ Wenn nein, dann weiter mit 3.</p>		
<p>b. Wenn <u>ja</u>:</p> <p>i. Ist Ihr Kind dann nur schwer vollständig aufweckbar? → Wenn nein, dann weiter mit 3.</p>		
<p>c. Wenn <u>ja</u>:</p> <p>i. Bestehen die Probleme seit mind. 1 Monat?</p>		
<p>3. Steht Ihr Kind manchmal nachts auf und läuft durch die Wohnung, ohne dabei wach zu sein? ▲■</p>		
<p>a. Wenn <u>ja</u>:</p> <p>i. Hat Ihr Kind die Augen dabei geöffnet? ▲ ■</p>		
<p>b. Wenn <u>ja</u>:</p> <p>i. Reagiert Ihr Kind dann NICHT oder nur eingeschränkt auf Ansprache o.ä.? ▲■</p>		
<p>c. Wenn <u>ja</u>:</p> <p>i. Bestehen die Probleme seit mind. 1 Monat?</p>		
<p>Wenn Kriterium 1 und 2 <u>ODER</u> 1 und 3 vollständig erfüllt sind, weiter mit 4., sonst Abbruch</p>		
<p>4. Hat Ihr Kind später/am nächsten Morgen scheinbar keine Erinnerungen an die Vorkommnisse der letzten Nacht? ▲■</p>	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
<p>5. <u>Beeinflussen die Schlafprobleme die Familie oder das Kind wie folgt:</u></p>		
<p>a. Ist Ihr Kind aufgrund der Problematik belastet?</p>		
<p>b. Beeinträchtigen die Schlafprobleme die Beziehungen (Eltern, Geschwister, Großeltern) Ihres Kindes? ▲</p>		
<p>c. Ist ihr Kind aufgrund der Schlafprobleme beeinträchtigt, an altersgemäßen Spielen und Aktivitäten teilzunehmen? ▲</p>		
<p>d. Schränken die Schlafprobleme das alltägliche Leben (bspw. Routinen und Abläufe) der Familie ein? ▲</p>		
<p>e. Führen die Schlafprobleme dazu, dass Ihr Kind beim Erlernen neuer Fähigkeiten oder in seiner Entwicklung beeinträchtigt ist? ▲</p>		

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

--	--

Wenn 4 UND mind. EIN Unterpunkt von 5. erfüllt ist, dann liegt partieller Erregungsschlaf gem. DC: 0-5 vor.

ICD-10 (F51.3 Schlafwandeln)

- Tritt das Schlafwandeln meist im ersten Drittel des Nachtschlafs auf? Ja Nein
- Hat Ihr Kind dann einen leeren, starren Gesichtsausdruck? Ja Nein
- Ist Ihr Kind dann nur schwer aufzuwecken? Ja Nein
- Innerhalb weniger Minuten nach dem Aufwachen von der Episode besteht keine Beeinträchtigung der psychischen Aktivität oder des Verhaltens, obgleich anfänglich eine kurze Phase von Verwirrung und Desorientiertheit auftreten kann. Ja Nein
- Kein Hinweis auf eine organisch bedingte psychische Störung oder eine körperliche Störung wie Epilepsie. Ja Nein

ICD-10 (F51.4 Pavor nocturnus)

- Besteht währenddessen eine Pupillenerweiterung? Ja Nein
- Dauern diese Episoden typischerweise zwischen 1 und 10 Minuten? Ja Nein
- Kann ihr Kind in einer solchen Episode nicht von Ihnen oder anderen beruhigt werden und führen Versuche der Beruhigung eher zu Desorientiertheit und wiederholten, beharrenden Bewegungen? Ja Nein
- Ist die Erinnerung Ihres Kindes an diese Episoden auf ein bis zwei fragmentarische Vorstellungen begrenzt? Ja Nein
- Es gibt keine Hinweise auf körperliche Erkrankungen (Hirntumor/Epilepsie). Ja Nein

DSM-5 (Arousal-Störungen des Non-Rapid-Eye-Movement-Schlafs):

- Wirkt das Gesicht Ihres Kindes beim Schlafwandeln leer und starrt es vor sich hin? Ja Nein
- Erinnerung Ihr Kind dann keine oder wenige Träume (z.B. nur eine einzige visuelle Szene)? Ja Nein
- Kommt es im Rahmen des Nachtschrecks zu Mydriasis (Pupillenweitung)? Ja Nein
- Ist es im Rahmen des Nachtschrecks schwierig, Ihr Kind zu beruhigen? Ja Nein
- Ist die Insomnie (Schlafprobleme) Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz? Ja Nein

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

- Können gleichzeitig bestehende psychische Störungen und körperliche Erkrankungen die Episoden des Schlafwandels erklären? Ja Nein

DC:0-5 Diagnose erfüllt? Ja Nein

ICD-10 Diagnose: _____

DSM-5 Diagnose: _____

60.4 Alptraum Störung der frühen Kindheit (Nightmare Disorder of Early Childhood)

	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
1. Ist das Kind mind. 12 Monate alt?		
2. Wacht Ihr Kind nachts, zumeist in der zweiten Schlafhälfte, plötzlich auf? ▲ ■		
a. Hatte Ihr Kind dann Alpträume? ▲ ■ ODER		
b. Wacht Ihr Kind nachts angespannt oder verängstigt auf? ■		
c. Bestehen die Probleme seit mind. 1 Monat?		
3. Die Schlafstörung ist nicht durch PTBS oder Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters zu erklären. ▲		
Wenn Kriterium 1, 2c und 2a <u>UND/ODER</u> 2b und 3 <u>vollständig</u> erfüllt sind, weiter mit 4., sonst Abbruch		
4. <u>Beeinflussen die Probleme die Familie oder das Kind wie folgt:</u>	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
a. Ist Ihr Kind aufgrund der Problematik belastet? ■		
b. Beeinträchtigen die Probleme die Beziehungen (Eltern, Geschwister, Großeltern) von Ihrem Kind? ▲		
c. Ist ihr Kind aufgrund der Probleme beeinträchtigt, an altersgemäßen Spielen und Aktivitäten teilzunehmen? ▲		

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

d. Schränken die Probleme das alltägliche Leben (bspw. Routinen und Abläufe) der Familie ein? ▲ ■

e. Führen die Probleme dazu, dass Ihr Kind beim Erlernen neuer Fähigkeiten oder in seiner Entwicklung beeinträchtigt ist? ▲

Wenn mind. EIN Unterpunkt von 4. erfüllt ist, dann liegt eine Alptraum Störung der frühen Kindheit gem. DC: 0-5 vor.

ICD-10 (F51.5 Alpträume inkl. Angsttraumstörung):

- Hat Ihr Kind dann lebhaftere Erinnerung an heftige Angstträume, meistens mit Bedrohung des Lebens, der Sicherheit oder Selbstwertgefühls? Ja Nein
- Ist Ihr Kind dann nach dem Aufwachen rasch lebhaft und orientiert? Ja Nein
- Das Traumerlebnis und die daraus resultierende Schlafstörung verursachen einen deutlichen Leidensdruck. Ja Nein

DSM-V (Alptraum-Störung):

- Ist Ihr Kind nach dem Aufwachen dann schnell orientiert und alert? Ja Nein
- Sind die Alpträume Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz? Ja Nein
- Können gleichzeitig bestehende psychische Störungen und körperliche Erkrankungen die vorherrschenden Beschwerden dysphorischer Träume erklären? Ja Nein

DC:0-5 Diagnose erfüllt? Ja Nein

ICD-10 Diagnose: _____

DSM-5 Diagnose: _____

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

AB 24 MONATE

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

60.1 Einschlafstörungen (Sleep Onset Disorder)

	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
13. Ist das Kind mind. 6 Monate alt?		
14. Hat Ihr Kind große Probleme einzuschlafen? ▲ ■		
a. Braucht Ihr Kind mehr als 30 Minuten, um einzuschlafen?		
b. Besteht die Problematik einzuschlafen an den meisten Nächten der Woche?		
c. Bestehen die Probleme seit mind. 4 Wochen? ■		
15. Die Schlafstörung kann nicht besser durch eine andere Störung oder Symptome erklärt werden? ▲ ■		
Wenn Kriterium 1 und 2 und 3 <u>vollständig</u> erfüllt sind, weiter mit 4., sonst Abbruch		
16. <u>Beeinflussen die Schlafprobleme die Familie oder das Kind wie folgt:</u>		
p. Ist Ihr Kind aufgrund der Problematik belastet? ■		
q. Beeinträchtigt die Einschlafproblematik die Beziehungen Ihres Kindes zu Eltern, Geschwistern, Gleichaltrigen und/oder Großeltern? ▲	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
r. Ist ihr Kind aufgrund der Einschlafproblematik beeinträchtigt, an altersgemäßen Spielen und Aktivitäten teilzunehmen? ▲ ■		
s. Schränken die Einschlafprobleme das alltägliche Leben (bspw. Routinen und Abläufe) der Familie ein? ▲ ■		
t. Führen die Einschlafprobleme dazu, dass Ihr Kind beim Erlernen neuer Fähigkeiten oder in seiner Entwicklung beeinträchtigt ist? ▲		
Wenn mind. <u>EIN</u> Unterpunkt von 4. erfüllt ist, dann liegt eine Einschlafstörung gem. DC: 0-5 vor.		

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

ICD-10 (F51.0 nichtorganische Insomnie)

- Besteht ein Klagen über schlechte Schlafqualität? Ja Nein
- Treten die Schlafstörungen mind. dreimal die Woche auf? Ja Nein
- Besteht ein überwiegendes Beschäftigtsein mit der Schlafproblematik und nachts, sowie tags eine übertriebene Sorge über deren negative Konsequenzen? Ja Nein
- Tritt die Insomnie (Schlafprobleme) als ein Symptom einer anderen körperlichen/psychischen Erkrankung auf und bestimmt somit nicht als Hauptbeschwerde das klinische Bild? Ja Nein

DSM-5 (Insomnie):

- Tritt die Schlafstörung tritt an mindestens drei Nächten pro Woche auf? Ja Nein
- Besteht die Schlafproblematik seit mind. 3 Monaten? Ja Nein
- Äußern sich die Einschlafschwierigkeiten, wenn die Bezugsperson nicht interveniert? Ja Nein
- Tritt die Einschlafproblematik trotz adäquater Gelegenheit zum Schlafen auf? Ja Nein
- Ist die Insomnie (Schlafprobleme) Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz? Ja Nein

DC:0-5 Diagnose erfüllt? Ja Nein

ICD-10 Diagnose: _____

DSM-5 Diagnose: _____

60.2 Durchschlafstörungen (Night Waking Disorder)

	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
9. Ist das Kind mind. 8 Monate alt?		
10. Wacht Ihr Kind öfter bzw. wiederholt nachts auf oder ist Ihr Kind nach dem nächtlichen Aufwachen lange wach? ▲ ■		
g. Weint Ihr Kind dann oder ist unruhig?		

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

h. Besteht die Problematik durchzuschlafen an den meisten Nächten der Woche?		
i. Bestehen die Probleme seit mind. 4 Wochen? ■		
11. Die Schlafstörung kann nicht besser durch eine andere Störung oder Symptome erklärt werden? ▲■		
Wenn Kriterium 1, 2 und 3 vollständig erfüllt sind, weiter mit 4., sonst Abbruch		
12. <u>Beeinflussen die Durchschlafprobleme die Familie oder das Kind wie folgt:</u>		
a. Ist Ihr Kind aufgrund der Problematik belastet? ■		
b. Beeinträchtigen die Durchschlafprobleme die Beziehungen (Eltern, Geschwister, Großeltern) Ihres Kindes? ▲		
c. Ist ihr Kind aufgrund der Durchschlafprobleme beeinträchtigt, an altersgemäßen Spielen und Aktivitäten teilzunehmen? ▲■		
d. Schränken die Durchschlafprobleme das alltägliche Leben (bspw. Routinen und Abläufe) der Familie ein? ▲■		
e. Führen die Durchschlafprobleme dazu, dass Ihr Kind beim Erlernen neuer Fähigkeiten oder in seiner Entwicklung beeinträchtigt ist? ▲	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
Wenn mind. <u>EIN</u> Unterpunkt von 4. erfüllt ist, dann liegt eine Durchschlafstörung gem. DC: 0-5 vor.		

ICD-10 (F51.0 nichtorganische Insomnie)

- Besteht ein Klagen über schlechte Schlafqualität? Ja Nein
- Treten die Schlafstörungen mind. dreimal die Woche auf? Ja Nein
- Besteht ein überwiegendes Beschäftigtsein mit der Schlafproblematik und nachts, sowie Tags eine übertriebene Sorge über deren negative Konsequenzen? Ja Nein

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

- Tritt die Insomnie (Schlafprobleme) als ein Symptom einer anderen körperlichen/psychischen Erkrankung auf und bestimmt somit nicht als Hauptbeschwerde das klinische Bild? Ja Nein

DSM-5 (Insomnie):

- Tritt die Schlafstörung tritt an mindestens drei Nächten pro Woche auf? Ja Nein
- Besteht die Schlafproblematik seit mind. 3 Monaten? Ja Nein
- Äußern sich die Durchschlafschwierigkeiten, wenn die Bezugsperson nicht interveniert? Ja Nein
- Tritt die Durchschlafproblematik trotz adäquater Gelegenheit zum Schlafen auf? Ja Nein
- Ist die Insomnie (Schlafprobleme) Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz? Ja Nein

DC:0-5 Diagnose erfüllt? Ja Nein

ICD-10 Diagnose: _____

DSM-5 Diagnose: _____

60.3 partieller Erregungsschlaf (Partial Arousal Sleep Disorder)

	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
6. Ist das Kind mind. 12 Monate alt?		
7. Schreckt Ihr Kind nachts regelmäßig plötzlich aus dem Schlaf auf, ist sehr erregt, aber wirkt dabei nicht völlig wach? ▲ <i>Anmerkung: Der Nachtschreck kann damit einhergehen, dass das Kind schreit, angespannt oder gestresst wirkt, starkes Herzklopfen, schnelles Atmen und/oder Schwitzen beobachtet wird.</i> → Wenn nein, dann weiter mit 3.		
a. Wenn ja: i. Tritt der Nachtschreck typischerweise in den ersten Stunden nach dem Einschlafen auf? ▲■ → Wenn nein, dann weiter mit 3.		
b. Wenn ja: i. Ist Ihr Kind dann nur schwer vollständig aufweckbar? → Wenn nein, dann weiter mit 3.		

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

c. Wenn ja: i. Bestehen die Probleme seit mind. 1 Monat?		
8. Steht Ihr Kind manchmal nachts auf und läuft durch die Wohnung, ohne dabei wach zu sein? ▲■		
a. Wenn ja: i. Hat Ihr Kind die Augen dabei geöffnet? ▲ ■		
b. Wenn ja: i. Reagiert Ihr Kind dann NICHT oder nur eingeschränkt auf Ansprache o.ä.? ▲■		
c. Wenn ja: i. Bestehen die Probleme seit mind. 1 Monat?		
Wenn Kriterium 1 und 2 <u>ODER</u> 1 und 3 vollständig erfüllt sind, weiter mit 4., sonst Abbruch		
9. Hat Ihr Kind später/am nächsten Morgen scheinbar keine Erinnerungen an die Vorkommnisse der letzten Nacht? ▲■	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
10. <u>Beeinflussen die Schlafprobleme die Familie oder das Kind wie folgt:</u>		
f. Ist Ihr Kind aufgrund der Problematik belastet?		
g. Beeinträchtigen die Schlafprobleme die Beziehungen (Eltern, Geschwister, Großeltern) Ihres Kindes? ▲		
h. Ist ihr Kind aufgrund der Schlafprobleme beeinträchtigt, an altersgemäßen Spielen und Aktivitäten teilzunehmen? ▲		
i. Schränken die Schlafprobleme das alltägliche Leben (bspw. Routinen und Abläufe) der Familie ein? ▲		
j. Führen die Schlafprobleme dazu, dass Ihr Kind beim Erlernen neuer Fähigkeiten oder in seiner Entwicklung beeinträchtigt ist? ▲		
Wenn 4 UND mind. <u>EIN</u> Unterpunkt von 5. erfüllt ist, dann liegt partieller Erregungsschlaf gem. DC: 0-5 vor.		

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

ICD-10 (F51.3 Schlafwandeln)

- Tritt das Schlafwandeln meist im ersten Drittel des Nachtschlafs auf? Ja Nein
- Hat Ihr Kind dann einen leeren, starren Gesichtsausdruck? Ja Nein
- Ist Ihr Kind dann nur schwer aufzuwecken? Ja Nein
- Innerhalb weniger Minuten nach dem Aufwachen von der Episode besteht keine Beeinträchtigung der psychischen Aktivität oder des Verhaltens, obgleich anfänglich eine kurze Phase von Verwirrung und Desorientiertheit auftreten kann. Ja Nein
- Kein Hinweis auf eine organisch bedingte psychische Störung oder eine körperliche Störung wie Epilepsie. Ja Nein

ICD-10 (F51.4 Pavor nocturnus)

- Besteht währenddessen eine Pupillenerweiterung? Ja Nein
- Dauern diese Episoden typischerweise zwischen 1 und 10 Minuten? Ja Nein
- Kann ihr Kind in einer solchen Episode nicht von Ihnen oder anderen beruhigt werden und führen Versuche der Beruhigung eher zu Desorientiertheit und wiederholten, beharrenden Bewegungen? Ja Nein
- Ist die Erinnerung Ihres Kindes an diese Episoden auf ein bis zwei fragmentarische Vorstellungen begrenzt? Ja Nein
- Es gibt keine Hinweise auf körperliche Erkrankungen (Hirntumor/Epilepsie). Ja Nein

DSM-5 (Arousal-Störungen des Non-Rapid-Eye-Movement-Schlafs):

- Wirkt das Gesicht Ihres Kindes beim Schlafwandeln leer und starrt es vor sich hin? Ja Nein
- Erinnert Ihr Kind dann keine oder wenige Träume (z.B. nur eine einzige visuelle Szene)? Ja Nein
- Kommt es im Rahmen des Nachtschrecks zu Mydriasis (Pupillenweitung)? Ja Nein
- Ist es im Rahmen des Nachtschrecks schwierig, Ihr Kind zu beruhigen? Ja Nein
- Ist die Insomnie (Schlafprobleme) Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz? Ja Nein
- Können gleichzeitig bestehende psychische Störungen und körperliche Erkrankungen die Episoden des Schlafwandeln erklären? Ja Nein

DC:0-5 Diagnose erfüllt? Ja Nein

ICD-10 Diagnose: _____

DSM-5 Diagnose: _____

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

60.4 Alptraum Störung der frühen Kindheit (Nightmare Disorder of Early Childhood)

	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
5. Ist das Kind mind. 12 Monate alt?		
6. Wacht Ihr Kind nachts, zumeist in der zweiten Schlafhälfte, plötzlich auf? ▲■		
a. Hatte Ihr Kind dann Alpträume? ▲ ■ ODER		
b. Wacht Ihr Kind nachts angespannt oder verängstigt auf? ■		
c. Bestehen die Probleme seit mind. 1 Monat?		
7. Die Schlafstörung ist nicht durch PTBS oder Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters zu erklären. ▲		

Wenn Kriterium 1, 2c und 2a UND/ODER 2b und 3 vollständig erfüllt sind, weiter mit 4., sonst Abbruch

	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
8. <u>Beeinflussen die Probleme die Familie oder das Kind wie folgt:</u>		
f. Ist Ihr Kind aufgrund der Problematik belastet? ■		
g. Beeinträchtigen die Probleme die Beziehungen (Eltern, Geschwister, Großeltern) von Ihrem Kind? ▲		
h. Ist ihr Kind aufgrund der Probleme beeinträchtigt, an altersgemäßen Spielen und Aktivitäten teilzunehmen? ▲		
i. Schränken die Probleme das alltägliche Leben (bspw. Routinen und Abläufe) der Familie ein? ▲ ■		
j. Führen die Probleme dazu, dass Ihr Kind beim Erlernen neuer Fähigkeiten oder in seiner Entwicklung beeinträchtigt ist? ▲		

Wenn mind. EIN Unterpunkt von 4. erfüllt ist, dann liegt eine Alptraum Störung der frühen Kindheit gem. DC: 0-5 vor.

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

ICD-10 (F51.5 Alpträume inkl. Angsttraumstörung):

- Hat Ihr Kind dann lebhaftere Erinnerung an heftige Angstträume, meistens mit Bedrohung des Lebens, der Sicherheit oder Selbstwertgefühls? Ja Nein
- Ist Ihr Kind dann nach dem Aufwachen rasch lebhaft und orientiert? Ja Nein
- Das Traumerlebnis und die daraus resultierende Schlafstörung verursachen einen deutlichen Leidensdruck. Ja Nein

DSM-V (Alptraum-Störung):

- Ist Ihr Kind nach dem Aufwachen dann schnell orientiert und alert? Ja Nein
- Sind die Alpträume Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz? Ja Nein
- Können gleichzeitig bestehende psychische Störungen und körperliche Erkrankungen die vorherrschenden Beschwerden dysphorischer Träume erklären? Ja Nein

DC:0-5 Diagnose erfüllt? Ja Nein

ICD-10 Diagnose: _____

DSM-5 Diagnose: _____

60.5 Overeating disorder

	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
1. Ist das Kind mind. 24 Monate alt?		
2. Isst ihr Kind viel oder möchte ihr Kind viel essen? ▲■		
a. Wenn ja: i. Hat ihr Kind für gewöhnlich das Verlangen während der Mahlzeiten übermäßig viel zu essen?		
b. Wenn ja: i. Hat ihr Kind für gewöhnlich das Verlangen zwischen den Mahlzeiten übermäßig viel zu essen?		
c. Wenn ja: i. <i>Bestehen die Probleme seit mind. 1 Monat?</i>		

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

Wenn Kriterium 1 und 2 vollständig erfüllt sind, weiter mit 3., sonst Abbruch

3. Ihr Kind ist viel mit Essen beschäftigt, trifft folgendes auf das Kind zu?:

a. Nimmt Ihr Kind das Essen Anderer oder plündert Mülleimer?

b. Stopft sich ihr Kind während der Mahlzeit Essen in die Backen?

c. Redet Ihr Kind viel über Essen (bspw. die nächste Mahlzeit) oder ist Essen ein Hauptthema beim Spielen?

Wenn mind. ZWEI Unterpunkte von 3. erfüllt sind, weiter mit 4., sonst Abbruch

4. Ist ihr Kind verärgert oder verzweifelt, wenn man es von übermäßigem Essen abhalten will?

13. Die Störung ist nicht durch eine andere Ursache besser zu erklären (Hungersnot, Nebenwirkung von Medikamenten oder Gesundheitszustand)?

Wenn Kriterium 4 und 5 vollständig erfüllt sind, weiter mit 6., sonst Abbruch

14. Beeinflussen die Essprobleme die Familie oder das Kind wie folgt:

JA NEIN

a. Ist Ihr Kind aufgrund der Problematik belastet?

b. Beeinträchtigen die Essprobleme die Beziehungen (Eltern, Geschwister, Großeltern) Ihres Kindes? ▲

c. Ist ihr Kind aufgrund der Essprobleme beeinträchtigt, an altersgemäßen Spielen und Aktivitäten teilzunehmen? ▲

d. Schränken die Essprobleme das alltägliche Leben (bspw. Routinen und Abläufe) der Familie ein? ▲

e. Führen die Essprobleme dazu, dass Ihr Kind beim Erlernen neuer Fähigkeiten oder in seiner Entwicklung beeinträchtigt ist? ▲

f. Das Kind zeigt auf den Wachstumskurven/ Perzentilkurven keine altersgemäße körperliche Entwicklung.

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

Wenn mind. EIN Unterpunkt von 6. erfüllt ist, dann liegt eine Overeating Disorder gem. DC: 0-5 vor.

ICD-10 (F50.4 Essattacken bei anderen psychischen Störungen inkl. Psychogene Essattacken)

- Isst Ihr Kind als Reaktion auf belastende Ereignisse wie z.B. Trauerfälle, Unfälle, Operationen oder emotional belastende Ereignisse übermäßig viel? Ja Nein
- Hat Ihr Kind in der letzten Zeit stark an Gewicht zugenommen? Ja Nein
 - o Wenn Ja, wie viel (Angabe in Gramm)? _____

ICD-10 (R 63.2 Polyphagie)

Überernährung o.n.A., übermäßige Nahrungsaufnahme

ICD-10 (R 63.5 Abnorme Gewichtszunahme)

Excl. Adipositas

DSM-5 (nicht näher bezeichnete Fütter- oder Essstörung)

DC:0-5 Diagnose erfüllt? Ja Nein

ICD-10 Diagnose: _____

DSM-5 Diagnose: _____

40.1 Depressive Störung der frühen Kindheit (Depressive Disorder of Early Childhood)

	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
1. Ist Ihr Kind oft traurig, weinerlich oder ist reizbarer oder bekommt es oft unvermittelt Wutanfälle? ▲		
2. Wenn ja: Wird dies dadurch deutlich, dass das Kind die Probleme selbst ausdrückt? (z.B. Ich bin traurig) ▲ ■ oder dadurch, dass Sie oder andere dies beobachten ▲ ■?		
a. Wenn ja: i. Bestehen die Probleme seit mind. 2 Wochen? ▲ ■		
b. Wenn ja: i. Bestanden die Probleme an den meisten Tagen? (d.h. mind. 8 Tage		

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

von 14 Tagen?) ▲■			
Wenn Kriterium 1 und 2 <u>vollständig</u> erfüllt sind, weiter mit 3., sonst Abbruch			
3. Zeigt Ihr Kind sehr wenig bis keine Freude an Aktivitäten (bspw. Aufforderung zum Spiel) teilzunehmen, hat es generell weniger Freude und Interesse am Spiel? ▲■			
a. Wenn <u>ja</u> : i. Wird dies dadurch deutlich, dass das Kind die Probleme selbst ausdrückt? (z.B. Ich bin traurig) ▲ ■ oder dadurch, dass Sie oder andere dies beobachten ▲■?			
b. Wenn <u>ja</u> : i. Bestanden auch diese Probleme in den letzten 2 Wochen an den meisten Tagen? ▲			
Wenn Kriterium 3 <u>vollständig</u> erfüllt ist, weiter mit 4., sonst Abbruch			
4. Haben Sie folgende Auffälligkeiten in den letzten 2 Wochen an den meisten Tagen (<u>Traurigkeit an mindestens acht Tagen innerhalb von zwei Wochen</u>) an ihrem Kind beobachtet:			
a. Hatte Ihr Kind bedeutend weniger ■/ mehr Appetit <u>ODER</u> wuchs es nicht entsprechend der altersgemäßen Erwartungen? ▲			
b. Hatte Ihr Kind an den meisten Tagen Probleme ein- oder durchzuschlafen ▲ ■ <u>ODER</u> schlief übermäßig viel? ▲ ■		<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
c. War Ihr Kind an den meisten Tagen generell/aktivitätsübergreifend auffällig unruhig und nervös ▲ <u>ODER</u> schwerfällig, egal bei welcher Aktivität? ▲			
d. Wirkte Ihr Kind an den meisten Tagen generell/aktivitätsübergreifend auffällig müde, hatte weniger Energie und hatte weniger Ausdauer als früher? ▲■			
e. Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihr Kind an den meisten Tagen wertlos oder unverhältnismäßig schuldig fühlte oder sich selbst verachtete? ▲■ (weil dies z.B. im Spiel deutlich wurde oder Ihr Kind dies selbst gesagt			

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

hat)		
f. Konnte Ihr Kind sich an den meisten Tagen generell/aktivitätsübergreifend nur schwer konzentrieren, an einer Aktivität dranbleiben und Entscheidungen treffen? ▲■		
g. Beschäftigt sich Ihr Kind mit den Themen Tod, Suizid oder Selbstverletzung (bspw. im Spiel, Verhalten oder beim Sprechen)? ▲■		

Wenn mind. ZWEI Unterpunkte von 4. erfüllt ist, weiter mit 5., sonst Abbruch

5. <u>Beeinflussen die Probleme die Familie oder das Kind wie folgt:</u>		
a) Ist Ihr Kind aufgrund der Problematik belastet? ■		
b. Beeinträchtigen die Probleme die Beziehungen (Eltern, Geschwister, Großeltern) von Ihrem Kind? ▲■		
c. Ist ihr Kind aufgrund der Probleme beeinträchtigt, an altersgemäßen Spielen und Aktivitäten teilzunehmen? ▲■		
d. Schränken die Probleme das alltägliche Leben (bspw. Routinen und Abläufe) der Familie ein? ▲■		
e. Führen die Probleme dazu, dass Ihr Kind beim Erlernen neuer Fähigkeiten oder in seiner Entwicklung beeinträchtigt ist? ▲■		

Wenn mind. EIN Unterpunkt von 5. erfüllt ist, dann liegt eine Depressive Episode der frühen Kindheit gemäß DC: 0-5 vor.

Achtung: Wenn Kinder unter 24 Monate alt sind sollte die Diagnose nur mit äußerster Vorsicht vergeben werden

ICD-10 (F32.- Depressive Episode inkl. Einzelne Episoden von: depressiver Reaktion; psychogener Depression; reaktiver Depression (F32.0/F32.1/F32.2))

- Beobachten Sie in letzter Zeit eine eingeschränkte Fähigkeit zur Freude? Ja Nein
- Haben Sie den Eindruck, dass sich die gedrückte Stimmung von Tag zu Tag wenig ändert? Ja Nein
- Hat Ihr Kind stärkere Aufmerksamkeitsprobleme als früher? Ja Nein
- Hat Ihr Kind wenig Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl? Ja Nein

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

- Hat Ihr Kind negative und pessimistische Zukunftsperspektiven? Ja Nein
- Kam es bereits zu Selbstverletzung oder Suizidhandlungen? Ja Nein
- Tritt außerdem folgendes auf:
 - Früherwachen Ja Nein
 - Morgentief Ja Nein
 - Agitiertheit/Aufgedretheit Ja Nein
 - Gewichtsverlust (>5% des Körpergewichts innerhalb eines Monats) Ja Nein
 - Libidoverlust Ja Nein

DSM-5 (Major Depression):

- Ist Ihr Kind leicht reizbar? Ja Nein
- Kam es zum Ausbleiben der erwarteten Gewichtszunahme bei vermindertem Appetit oder zu Gewichtszunahme bei gesteigertem Appetit? Ja Nein
- Sind die Symptome Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors? Ja Nein
- Das Auftreten einer Episode einer Major Depression kann nicht besser durch eine Schizoaffektive Störung, Schizophrenie, Schizoforme Störung, Wahnhafte Störung oder Andere Näher Bezeichnete oder Nicht Näher Bezeichnete Störung aus dem Schizophrenie-Spektrum und Andere Psychotische Störungen erklärt werden. Ja Nein
- Bestand jemals eine manische* oder hypomane** Episode? Ja Nein

**Mögliche Symptome: anhaltend gehobene Stimmung, die oft nicht zur Situation passt, Reizbarkeit, 1 Woche anhaltende gesteigerte, zielgerichtete Aktivität oder psychomotorische Unruhe (planlose, nicht zielgerichtete Aktivität). Größenideen, übersteigertes Selbstwertgefühl, wenig Schlafbedürfnis, Rededrang, erhöhte Ablenkbarkeit, deutliche soziale Beeinträchtigung; zur exakten Diagnosestellung sh. unbedingt DSM-5.*

***Zeitkriterium 4 Tage, gleiche mögliche Symptome, Episode nicht schwer genug, um deutliche soziale Beeinträchtigung zu verursachen; zur exakten Diagnosestellung sh. unbedingt DSM-5.*

Schweregrad: Mindestens fünf Symptome müssen innerhalb derselben 2 Wochen vorhanden sein, zwingend depressive Verstimmung oder Verlust an Interesse und Freude.

Leichtgradige Episode: Fünf Symptome oder wenig mehr. Intensität der Symptome ist belastend aber beherrschbar. Geringfügige Beeinträchtigungen im sozialen Funktionsbereich.

Mittelgradige Episode: Anzahl und Intensität der Symptome zwischen leichtgradig und schwergradig.

Schwergradige Episode: Deutlich mehr Symptome als für die Vergabe der Diagnose erforderlich. Intensität äußerst belastend und nicht zu bewältigen. Deutliche Beeinträchtigungen im sozialen Funktionsbereich.

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

DC:0-5 Diagnose erfüllt? Ja Nein

ICD-10 Diagnose: _____

DSM-5 Diagnose: _____

40.2 Gestörte Regulation von Wut und Aggression in der frühen Kindheit (Disorder of Dysregulated Anger and Aggression of Early Childhood)

	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
1. <i>Ist Ihr Kind mind. 24 Monate alt?</i>		
2. <u>Zeigen sich starke Ärger- und Wutanfälle wie folgt:</u>		
a) Wird Ihr Kind leicht wütend und ist an den meisten Tagen gereizt? ▲		
b) Zeigt Ihr Kind an den meisten Tagen intensive oder extreme Gefühlsausbrüche oder Wutanfälle? ▲		
c) Wird Ihr Kind mit Worten oder körperlich aggressiv gegenüber sich selbst oder anderen, wenn es frustriert ist oder ihm Grenzen gezogen werden?		
d) Hat Ihr Kind dann Probleme sich zu beruhigen, wenn es wütend ist?		
3. <u>Nichteinhaltung von Regeln und Regelbruch zeigen sich wie folgt:</u>	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
a) Streitet sich Ihr Kind an den meisten Tagen mit Erwachsenen?		
b) Widersetzt sich Ihr Kind Erwachsenen an den meisten Tagen absichtlich?		
c) Befolgt Ihr Kind übliche, alltägliche Anweisungen nicht bzw. verweigert sich diesen (obgleich es eigentlich in der Lage ist, diese zu befolgen)? Geschieht dies auch nach mehreren, direkten Aufforderungen?		
d) Bricht Ihr Kind täglich Regeln während ein Erwachsener zusieht?		

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

<p>e) Nimmt Ihr Kind anderen Personen Dinge weg oder nimmt es Dinge im Laden, obwohl es ihm verboten wurde?</p>		
<p>4. <u>Aggressive Reaktionen, wenn das Kind ärgerlich oder ängstlich ist oder sich bedroht fühlt:</u></p>		
<p>a) Schlägt, beißt, tritt oder wirft Ihr Kind Dinge nach Ihnen oder anderen erwachsenen Bezugspersonen oder versucht es dies ▲ und geschieht dies mehr als einmal die Woche?</p>		
<p>b) Schlägt, beißt, tritt oder wirft Ihr Kind Dinge nach anderen Kindern (Gewischwister ausgenommen) oder versucht es dies? Geschieht dies mindestens einmal die Woche? ▲</p>		
<p>c) Zerbricht oder zerstört Ihr Kind absichtlich mehr als einmal die Woche Gegenstände? ▲</p>		
<p>5. <u>Proaktive Aggression zeigt sich durch:</u></p>		
<p>a) Ist Ihr Kind im Spiel mit Gleichaltrigen oft (mind. 1x pro Woche) bestimmend und beherrschend (bspw. schießt andere Kinder vom Spiel aus)</p>		
<p>b) Sagt oder tut Ihr Kind oft Dinge die die Gefühle von seinen Mitmenschen verletzen und haben Sie den Eindruck, Ihr Kind versteht, dass es damit anderen weh tut?</p>		
<p>c) Verängstigt Ihr Kind andere körperlich oder mit Worten?</p>		
<p>d) Beginnt Ihr Kind Kämpfe bzw. Schlägereien?</p>		
<p>e) Nutzt Ihr Kind Gegenstände, um Anderen zu schaden oder droht es damit?</p>		
<p>Wenn innerhalb der Kategorien 2.-5. Insgesamt mindestens <u>DREI</u> Unterpunkte erfüllt sind weiter mit 6., sonst Abbruch</p>		
<p>6. Zeigen sich die Probleme mit mehr als einer Person und an verschiedenen Orten bzw. in verschiedenen Situationen? ▲</p>	<p><u>JA</u></p>	<p><u>NEIN</u></p>
<p>a) Wenn <u>ja</u>:</p> <p style="margin-left: 20px;">i. <i>Bestehen die Probleme seit mind. 3 Monaten?</i></p>		

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

7. Die Probleme werden nicht besser durch eine andere Achse I Erkrankung erklärt		
Wenn 6. und 7. <u>vollständig</u> erfüllt sind weiter mit 8., sonst Abbruch		
8. <u>Beeinflussen die Probleme die Familie oder das Kind wie folgt:</u>		
a) Ist Ihr Kind aufgrund der Problematik belastet?		
b) Beeinträchtigen die Probleme die Beziehungen (Eltern, Geschwister, Großeltern) von Ihrem Kind?		
c) Ist ihr Kind aufgrund der Probleme beeinträchtigt, an altersgemäßen Spielen und Aktivitäten teilzunehmen?		
d) Schränken die Probleme das alltägliche Leben (bspw. Routinen und Abläufe) der Familie ein?		
e) Führen die Probleme dazu, dass Ihr Kind beim Erlernen neuer Fähigkeiten oder in seiner Entwicklung beeinträchtigt ist?		
Wenn mind. <u>EIN</u> Unterpunkt von 8. erfüllt ist, dann liegt eine Gestörte Regulation von Wut und Aggression in der frühen Kindheit gemäß DC: 0-5 vor.		

ICD-10

F32.8 Sonstige depressive Episode

- Ist der diagnostische Gesamteindruck depressiver Natur? Ja Nein
- Handelt es sich um wechselnde Mischbilder depressiver Symptome (vor allem somatischer Art) mit diagnostisch weniger bedeutsamen Symptomen wie Spannung, Sorge und Verzweiflung? Ja Nein
- Handelt es sich um Mischbilder somatischer depressiver Symptome mit anhaltendem Schmerz oder Müdigkeit, die keine organische Ursache haben? Ja Nein

F34.8 Sonstige anhaltende affektive Störungen

- Handelt es sich um eine anhaltende affektive Störung, die nicht ausreichend schwer genug ist oder lange genug dauert, um die Kriterien einer anderen Diagnose zu erfüllen? Ja Nein

DSM-5 (Disruptive Affektregulationsstörung):

Patient*innencode: _____

VERSUCHSLEITER*IN und KLINIKER*IN

- Sind die Wutausbrüche in ihrer Dauer und Intensität in Bezug auf die Situation und den Anlass völlig unangemessen? Ja Nein
- Sind die Wutausbrüche dem jeweiligen Entwicklungsstand unangemessen? Ja Nein
- Ereignen sich die Wutausbrüche durchschnittlich mind. dreimal pro Woche? Ja Nein
- Sind die Kriterien (wiederkehrende, unangemessene Wutausbrüche) über einen Zeitraum von mind. 12 Monaten vorhanden und gab es währenddessen keine Episode von 3 oder mehr aufeinanderfolgenden Monaten, in der die Kriterien nicht voll erfüllt waren? Ja Nein
- Sind die Kriterien in mindestens zwei von drei Lebensbereichen (Schule, häusliches Umfeld, unter Gleichaltrigen) vorhanden und dabei in mindestens einer dieser Umgebungen schwergradig ausgeprägt? Ja Nein
- Liegt das Alter der Erstmanifestation vor dem 10. Lebensjahr? Ja Nein
- Gab es je eine Zeitspanne von mehr als einem Tag, in der alle Symptomkriterien einer manischen oder hypomanen Episode erfüllt waren? Ja Nein
- Tritt die Symptomatik ausschließlich während einer Episode einer Major Depression auf? Ja Nein
- Kann die Symptomatik durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden? Ja Nein
- Sind die Symptome Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen oder neurologischen Krankheitsfaktors? Ja Nein

Beachte: Die Diagnose sollte nicht erstmalig vor dem 6. Lebensjahr und nicht nach dem 18. Lebensjahr gestellt werden.

DC:0-5 Diagnose erfüllt? Ja Nein

ICD-10 Diagnose: _____

DSM-5 Diagnose: _____



Dokumentiert werden unerwartete und unerwünschte Ereignisse, die nach Aufnahme der Patientin in die Studie (i.d.R. nach Interventionsbeginn) bis 1 Monat nach Ende der Studienteilnahme bei einem Mutter-Kind-Paar neu auftreten, sich verschlechtern und nicht typischerweise mit der psychotherapeutischen Intervention einhergehen (z.B. psychische und somatische Krankheitszeichen und Vorkommnisse) sowie Studienabbrüche:

Ereignis
 Was hat sich ereignet? _____ zu erwarten¹ unerwartet²

Datum	Grad 1 ³	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5	Maßnahmen	Ausgang	Studien- abbruch	Ethik- kommission
Wann trat das Ereignis auf?									
Datum: vor Beginn der Intervention									
Datum: nach Beginn der Intervention									
Datum: nach Ende der Intervention									
Datum: vor/während Follow-Up									

¹ Zu erwarten sind unerwünschte Ereignisse wie z.B. Abbruch der Studienteilnahme aus persönlichen Gründen, mangelnde Bereitschaft/Unlust zur weiteren Studienteilnahme, Umzug etc.; Schwerwiegende unerwünschte Ereignisse (auch mit Todesfolge) wie Kindeswohlgefährdung, Suizid und Infantizid werden als „zu erwarten“ klassifiziert, da sie typische Symptome oder Folgen der zugrundeliegenden Erkrankung bei den an dieser Studie teilnehmenden Patienten darstellen. Sie werden jedoch als „unerwartet“ klassifiziert, wenn die Studienleitung das Ereignis als direktes Ergebnis der Intervention einschätzt.

² Ein unerwünschtes Ereignis wird als unerwartet definiert, wenn es bisher in der Literatur noch nicht in der aufgetretenen Art oder in der aufgetretenen Intensität im Zusammenhang mit der Intervention beschrieben wurde.

³ Schweregradeinstufung: **Grad 1: leicht:** klinisch-diagnostische Beobachtung erforderlich; kein Studienabbruch. **Grad 2: mittel:** Anpassung des Behandlungssettings erforderlich; Abbruch der Studienteilnahme. **Grad 3: interventionsbedürftig,** medizinische Komplikationen, psychische Dekompensation, Kindeswohlgefährdung, Bedarf anderer stationärer ärztlicher Behandlung; ggf. Abbruch der Studienteilnahme. **Grad 4: lebensbedrohlich bzw. bleibende Schäden:** Notfallversorgung; ggf. Abbruch der Studienteilnahme. **Grad 5: letal:** Mutter und/oder Kind kommen zu Tode. Studienabbruch. Bei Unsicherheit bitte beide Schweregradstufen ankreuzen (z.B. Grad 2/3), bei fehlender Einschätzung “-“.)



Folgende Behandlung hat die Patientin in den 6 Wochen der Intervention erhalten:

Psychotherapie:

- Mutter
- Mutter und Kind
- Familie
- anderes _____

_____ Sitzungen à _____ Minuten

Verfahren: tiefenpsychologisch psychoanalytisch verhaltenstherapeutisch andere ...

Psychologisches Gespräche:

_____ Gespräche à _____ Minuten

Setting: nur Mutter Mutter und Kind Familie

Psychiatrische Behandlung / Psychiater (Mutter):

_____ Kontakte à _____ Minuten

Psychopharmakologische Behandlung:

Art des Medikaments / der Medikamente:

- antidepressiv
- sedativ
- anxiolytisch
- Neuroleptikum
- anderes _____

Beginn der Einnahme: vor Interventionsbeginn (wann begonnen?)

während der Intervention (wann begonnen?)

Aufsuchen des Hausarztes:

_____ Termine

Grund:

Aufsuchen der Kinderarztpraxis:

_____ Termine

Grund:

Haben Sie weitere Angebote in Anspruch genommen?	Wie häufig?
Eltern-Kind-Angebote:	
<input type="checkbox"/> Babymassage	_____
<input type="checkbox"/> Babyschwimmen	_____
<input type="checkbox"/> Eltern-Kind-Gruppe	_____
<input type="checkbox"/> Spielgruppe	_____
<input type="checkbox"/> Mütter-Gruppe	_____
<input type="checkbox"/> Rückbildungsgymnastik	_____
<input type="checkbox"/> andere _____	_____
Psychosoziale Hilfen:	
<input type="checkbox"/> Familienhebamme	_____
<input type="checkbox"/> Hausbesuchsprogramm	_____
<input type="checkbox"/> Haushaltshilfe	_____
<input type="checkbox"/> Sozialpädagogische Familienhilfe / Einzelfallhilfe	_____
<input type="checkbox"/> andere _____	_____
Elternberatung:	
<input type="checkbox"/> Entwicklungspsychologische Beratung in einer Erziehungs- und Familienberatungsstelle	_____
<input type="checkbox"/> Schreibstunde oder Schreiambulanz	_____
<input type="checkbox"/> Video-Interaktions-Beratung	_____
<input type="checkbox"/> Paarberatung	_____
<input type="checkbox"/> Emotionale erste Hilfe	_____
<input type="checkbox"/> Frühförderung	_____
<input type="checkbox"/> andere _____	_____
Psychiatrisch-therapeutische Angebote:	
<input type="checkbox"/> Bewegungstherapie/Eltern-Kind-Tanz/Sport	_____
<input type="checkbox"/> Musiktherapie	_____
<input type="checkbox"/> Kunsttherapie	_____
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	_____
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	_____
<input type="checkbox"/> Körpertherapie	_____
<input type="checkbox"/> Psychoedukation (Information zu Krankheitsbildern)	_____
<input type="checkbox"/> Familiengespräche/Familientherapie	_____
<input type="checkbox"/> Entspannungsverfahren	_____
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	_____
<input type="checkbox"/> Yoga	_____
<input type="checkbox"/> andere _____	_____
Weitere medizinische Angebote:	
<input type="checkbox"/> Heilpraktiker	_____
<input type="checkbox"/> Osteopathie	_____



Folgende Behandlung hat die Patientin in den letzten 12 Monaten erhalten:

Psychotherapie:

Mutter

Mutter und Kind

Familie

anderes _____

_____ Sitzungen à _____ Minuten

Verfahren: tiefenpsychologisch psychoanalytisch verhaltenstherapeutisch andere ...

Psychologisches Gespräche:

_____ Gespräche à _____ Minuten

Setting: nur Mutter Mutter und Kind Familie

Psychiatrische Behandlung / Psychiater (Mutter):

_____ Kontakte à _____ Minuten

Psychopharmakologische Behandlung:

Art des Medikaments / der Medikamente:

antidepressiv

sedativ

anxiolytisch

Neuroleptikum

anderes _____

Beginn der Einnahme: vor Interventionsbeginn (wann begonnen?)

während der Intervention (wann begonnen?)

Aufsuchen des Hausarztes:

_____ Termine

Grund:

Aufsuchen der Kinderarztpraxis:

_____ Termine

Grund:

Haben Sie weitere Angebote in Anspruch genommen?	Wie häufig?
Eltern-Kind-Angebote:	
<input type="checkbox"/> Babymassage	_____
<input type="checkbox"/> Babyschwimmen	_____
<input type="checkbox"/> Eltern-Kind-Gruppe	_____
<input type="checkbox"/> Spielgruppe	_____
<input type="checkbox"/> Mütter-Gruppe	_____
<input type="checkbox"/> Rückbildungsgymnastik	_____
<input type="checkbox"/> andere _____	_____
Psychosoziale Hilfen:	
<input type="checkbox"/> Familienhebamme	_____
<input type="checkbox"/> Hausbesuchsprogramm	_____
<input type="checkbox"/> Haushaltshilfe	_____
<input type="checkbox"/> Sozialpädagogische Familienhilfe / Einzelfallhilfe	_____
<input type="checkbox"/> andere _____	_____
Elternberatung:	
<input type="checkbox"/> Entwicklungspsychologische Beratung in einer Erziehungs- und Familienberatungsstelle	_____
<input type="checkbox"/> Schreibstunde oder Schreiambulanz	_____
<input type="checkbox"/> Video-Interaktions-Beratung	_____
<input type="checkbox"/> Paarberatung	_____
<input type="checkbox"/> Emotionale erste Hilfe	_____
<input type="checkbox"/> Frühförderung	_____
<input type="checkbox"/> andere _____	_____
Psychiatrisch-therapeutische Angebote:	
<input type="checkbox"/> Bewegungstherapie/Eltern-Kind-Tanz/Sport	_____
<input type="checkbox"/> Musiktherapie	_____
<input type="checkbox"/> Kunsttherapie	_____
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	_____
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	_____
<input type="checkbox"/> Körpertherapie	_____
<input type="checkbox"/> Psychoedukation (Information zu Krankheitsbildern)	_____
<input type="checkbox"/> Familiengespräche/Familientherapie	_____
<input type="checkbox"/> Entspannungsverfahren	_____
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	_____
<input type="checkbox"/> Yoga	_____
<input type="checkbox"/> andere _____	_____
Weitere medizinische Angebote:	
<input type="checkbox"/> Heilpraktiker	_____
<input type="checkbox"/> Osteopathie	_____



Welche Angebote haben Sie für sich und Ihr Kind in den letzten 6 Wochen in Anspruch genommen?

Eltern-Kind-Angebote:

- Babymassage
- Babyschwimmen
- Eltern-Kind-Gruppe
- Spielgruppe
- Mütter-Gruppe
- Rückbildungsgymnastik
- andere

Psychosoziale Hilfen:

- Familienhebamme
- Hausbesuchsprogramm
- Haushaltshilfe
- Sozialpädagogische Familienhilfe / Einzelfallhilfe
- andere

Elternberatung:

- Entwicklungspsychologische Beratung in einer Erziehungs- und Familienberatungsstelle
- Schreisprechstunde oder Schreiambulanz
- Video-Interaktions-Beratung
- Paarberatung
- Emotionale erste Hilfe
- Frühförderung
- andere

Psychiatrisch-therapeutische Angebote:

- Bewegungstherapie/Eltern-Kind-Tanz/Sport
- Musiktherapie
- Kunsttherapie
- Ergotherapie
- Physiotherapie
- Körpertherapie
- Psychoedukation (Information zu Krankheitsbildern)
- Familiengespräche/Familientherapie
- Entspannungsverfahren
- ambulante Psychotherapie
- Yoga
- andere

Medizinische Angebote:

- Psychopharmakotherapie (Medikamentöse Behandlung)
- Heilpraktiker
- Osteopathie

Anlage 04.9: SKKIPPI Fragebogen zur Gesundheitsökonomie (T0)

Ressourcenabfrage SKKIPPI

SGB-V Nutzung Gesundheitswesen seit Geburt des Kindes	
Waren Sie seit der Geburt Ihres Kindes beim niedergelassenen Hausarzt oder Allgemeinmediziner?	<input type="radio"/> Ja, und zwar _____Mal <input type="radio"/> Nein
Waren Sie seit der Geburt beim niedergelassenen Frauenarzt?	<input type="radio"/> Ja, und zwar _____Mal <input type="radio"/> Nein
Haben Sie seit der Geburt schon einmal einen Psychiater oder Psychotherapeuten aufgesucht?	<input type="radio"/> Ja, und zwar _____Mal <input type="radio"/> Nein
War ihr Kind seit der Geburt bei einem niedergelassenen Kinderarzt?	<input type="radio"/> Ja, und zwar _____Mal <input type="radio"/> Nein
Nehmen Sie die vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen für Ihr Kind (U1-U9) in Anspruch?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haben Sie eine klassische Hebammenbetreuung (bis 6 Wochen nach der Geburt) erhalten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haben Sie über die klassische Hebammenbetreuung hinaus weitere Hebammenbetreuung erhalten, z.B. durch eine Familienhebamme? Falls ja, wie häufig wurden Sie von dieser Hebamme besucht?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____Mal insgesamt
Falls das Kind im Krankenhaus entbunden wurde, wie lange war Ihre Verweildauer im Krankenhaus? Wie lange war die Verweildauer des Kindes im Krankenhaus?	_____Tage/Wochen (bitte zutreffendes markieren) _____Tage/Wochen (bitte zutreffendes markieren)
Haben Sie sich während der Schwangerschaft/Entbindung durch Ärzte/Hebammen gut begleitet und versorgt gefühlt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haben Sie während der Schwangerschaft/Entbindung mit Ärzten/Hebammen schlechte Erfahrungen gemacht, die Sie heute noch beschäftigen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Ist Ihr Kind auf natürlichem Weg oder mit Hilfe von Kinderwunschbehandlung entstanden?	<input type="radio"/> Natürlicher Weg <input type="radio"/> Kinderwunschbehandlung
Waren Sie seit der Geburt Ihres Kindes wegen einer ambulanten Behandlung (ohne Übernachtung, auch Notaufnahme) im Krankenhaus? Wenn ja, wie häufig?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____Mal
War Ihr Kind seit der Geburt wegen einer ambulanten Behandlung (ohne Übernachtung, auch Notaufnahme) im Krankenhaus? Wenn ja, wie häufig?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____Mal
Waren Sie seit der Geburt Ihres Kindes wegen einer stationären Behandlung (mit Übernachtung) im Krankenhaus? Wenn ja, wie lange insgesamt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____Tage
War Ihr Kind seit der Geburt wegen einer stationären Behandlung (mit Übernachtung) im Krankenhaus?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Wenn ja, wie lange insgesamt?	_____Tage
Waren Sie seit der Geburt Ihres Kindes nach einer medizinischen Behandlung in einer Rehaklinik (medizinische Anschlussbehandlung)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, wie lange insgesamt?	_____Tage
Waren Sie seit der Geburt Ihres Kindes in einer Kur (z.B. auch Mutter-Kind-Kur)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, wie lange insgesamt?	_____Tage
Hat Ihr Kind seit der Geburt schon einmal die folgenden Behandlungen erhalten? Ergotherapie Logopädie Osteopathie Physiotherapie	<input type="radio"/> Ja, und zwar _____Mal <input type="radio"/> Nein (einzelne Antwortmöglichkeiten für jede Behandlungsart)
Haben Sie seit der Geburt eine physiotherapeutische Behandlung erhalten?	<input type="radio"/> Ja, und zwar _____Mal <input type="radio"/> Nein

SGB-VIII, IX, XII – Nutzung weiterer Angebote seit Geburt des Kindes (frühe Hilfen)	
Bitte teilen Sie uns mit, welche weiteren Angebote Sie seit der Geburt Ihres Kindes in Anspruch genommen haben.	
Haben Sie schon einmal eine der folgenden Einrichtungen aufgesucht, um eine Beratung zu erhalten: Eltern-Kind-Zentren Sozialpädiatrische Zentren Erziehungs- und Familienberatungsstelle Jugend- oder Gesundheitsamt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Falls ja: Wie häufig wurden Sie insgesamt beraten?	_____ Mal
Wurden Sie schon einmal von Mitarbeitern einer der folgenden Einrichtungen zu Hause besucht, um Beratungsleistungen zu erhalten: Eltern-Kind-Zentren Sozialpädiatrische Zentren Erziehungs- und Familienberatungsstelle Jugend- oder Gesundheitsamt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Falls ja: Wie häufig wurden Sie zu Hause besucht?	_____ Mal
Eine Tagesgruppe ist eine vom Jugendamt angebotene Hilfe zur Erziehung, in der Kinder tagsüber in Kleingruppen betreut werden. Tagespflege, zum Beispiel durch eine Tagesmutter, ist damit nicht gemeint. Hat Ihr Kind schon einmal eine solche Tagesgruppe besucht? Wenn ja, wie lange?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____ Wochen/Monate (Ankreuzoption)
Haben Sie und Ihr Kind in einer Mutter-Kind-Einrichtung gelebt? Wenn ja, wie lange?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____ Wochen/Monate
Hat Ihr Kind seit der Geburt Zeit in einem Kinderheim verbracht? Falls ja, wie lange?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____ Wochen/Monate
Hat Ihr Kind seit der Geburt schon einmal Vollzeitpflege in einer anderen Familie erhalten? Falls ja, wie lange?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____ Wochen/Monate
Einige Familien erhalten nach der Geburt Hilfe von amtlichen oder ehrenamtlichen Betreuungshelfern oder Familienpaten, die Sie im Alltag mit dem Kind unterstützen. Damit meinen wir keine Unterstützung von Familienmitgliedern, Freunden oder Bekannten. Hatten Sie seit der Geburt Unterstützung von einem Betreuungshelfer oder Familienpaten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Falls ja, wie lange?	_____Wochen/Monate
Waren Sie seit der Geburt Ihres Kindes schon einmal bei einer Drogen-, Alkohol- oder Suchtberatung?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Falls ja, wie oft?	_____Mal
Waren Sie seit der Geburt Ihres Kindes schon einmal in einer Schreiambulanz?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Falls ja, wie oft?	_____Mal

Anlage 04.10: SKKIPPI Fragebogen zur Gesundheitsökonomie (T2)

Ressourcenabfrage SKKIPPI

SGB-V Nutzung Gesundheitswesen seit Studienbeginn	
Waren Sie seit Studienbeginn beim niedergelassenen Hausarzt oder Allgemeinmediziner?	<input type="radio"/> Ja, und zwar _____ Mal <input type="radio"/> Nein
Waren Sie seit Studienbeginn beim niedergelassenen Frauenarzt?	<input type="radio"/> Ja, und zwar _____ Mal <input type="radio"/> Nein
Haben Sie seit Studienbeginn schon einmal einen Psychiater oder Psychotherapeuten aufgesucht?	<input type="radio"/> Ja, und zwar _____ Mal <input type="radio"/> Nein
War ihr Kind seit Studienbeginn bei einem niedergelassenen Kinderarzt?	<input type="radio"/> Ja, und zwar _____ Mal <input type="radio"/> Nein
Nehmen Sie seit Studienbeginn die vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen für Ihr Kind (U1-U9) in Anspruch?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haben Sie seit Studienbeginn über die klassische Hebammenbetreuung hinaus weitere Hebammenbetreuung erhalten, z.B. durch eine Familienhebamme? Falls ja, wie häufig wurden Sie seit Studienbeginn von dieser Hebamme besucht?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____ Mal insgesamt
Waren Sie seit Studienbeginn wegen einer ambulanten Behandlung (ohne Übernachtung, auch Notaufnahme) im Krankenhaus? Wenn ja, wie häufig?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____ Mal
War Ihr Kind seit Studienbeginn wegen einer ambulanten Behandlung (ohne Übernachtung, auch Notaufnahme) im Krankenhaus? Wenn ja, wie häufig?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____ Mal
Waren Sie seit Studienbeginn wegen einer stationären Behandlung (mit Übernachtung) im Krankenhaus? Wenn ja, wie lange insgesamt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> _____ Tage
War Ihr Kind seit Studienbeginn wegen einer stationären Behandlung (mit Übernachtung) im Krankenhaus? Wenn ja, wie lange insgesamt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____ Tage
Waren Sie seit Studienbeginn nach einer medizinischen Behandlung in einer Rehaklinik (medizinische Anschlussbehandlung)? Wenn ja, wie lange insgesamt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____ Tage
Waren Sie seit Studienbeginn in einer Kur (z.B. auch Mutter-Kind-Kur)? Wenn ja, wie lange insgesamt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____ Tage

<p>Hat Ihr Kind seit Studienbeginn schon einmal die folgenden Behandlungen erhalten?</p> <p>Ergotherapie Logopädie Osteopathie Physiotherapie</p>	<p><input type="radio"/> Ja, und zwar _____Mal</p> <p><input type="radio"/> Nein</p> <p>(einzelne Antwortmöglichkeiten für jede Behandlungsart)</p>
<p>Haben Sie seit Studienbeginn eine physiotherapeutische Behandlung erhalten?</p>	<p><input type="radio"/> Ja, und zwar _____Mal</p> <p><input type="radio"/> Nein</p>

SGB-VIII, IX, XII – Nutzung weiterer Angebote seit Studienbeginn (frühe Hilfen)**Bitte teilen Sie uns mit, welche weiteren Angebote Sie seit Studienbeginn in Anspruch genommen haben.**

Haben Sie seit Studienbeginn schon einmal eine der folgenden Einrichtungen aufgesucht, um eine Beratung zu erhalten:
Eltern-Kind-Zentren
Sozialpädiatrische Zentren
Erziehungs- und Familienberatungsstelle
Jugend- oder Gesundheitsamt?

- Ja
- Nein

Falls ja: Wie häufig wurden Sie insgesamt beraten?

_____ Mal

Wurden Sie seit Studienbeginn schon einmal von Mitarbeitern einer der folgenden Einrichtungen zu Hause besucht, um Beratungsleistungen zu erhalten:
Eltern-Kind-Zentren
Sozialpädiatrische Zentren
Erziehungs- und Familienberatungsstelle
Jugend- oder Gesundheitsamt?

- Ja
- Nein

Falls ja: Wie häufig wurden Sie zu Hause besucht?

_____ Mal

Eine Tagesgruppe ist eine vom Jugendamt angebotene Hilfe zur Erziehung, in der Kinder tagsüber in Kleingruppen betreut werden. Tagespflege, zum Beispiel durch eine Tagesmutter, ist damit nicht gemeint.

Hat Ihr Kind seit Studienbeginn schon einmal eine solche Tagesgruppe besucht?

- Ja
- Nein

Wenn ja, wie lange?

_____ Wochen/Monate
(Ankreuzoption)

Haben Sie und Ihr Kind seit Studienbeginn in einer Mutter-Kind-Einrichtung gelebt?

- Ja
- Nein

Wenn ja, wie lange?

_____ Wochen/Monate

Hat Ihr Kind seit Studienbeginn Zeit in einem Kinderheim verbracht?

- Ja
- Nein

Falls ja, wie lange?

_____ Wochen/Monate

Hat Ihr Kind seit Studienbeginn schon einmal Vollzeitpflege in einer anderen Familie erhalten?

- Ja
- Nein

Falls ja, wie lange?

_____ Wochen/Monate

Einige Familien erhalten nach der Geburt Hilfe von amtlichen oder ehrenamtlichen Betreuungshelfern oder Familienpaten, die Sie im Alltag mit dem Kind unterstützen. Damit meinen wir keine Unterstützung von Familienmitgliedern, Freunden oder Bekannten.

Hatten Sie seit Studienbeginn Unterstützung von einem Betreuungshelfer oder Familienpaten?

- Ja
- Nein

Falls ja, wie lange?	_____Wochen/Monate
Waren Sie seit Studienbeginn Ihres Kindes schon einmal bei einer Drogen-, Alkohol- oder Suchtberatung?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Falls ja, wie oft?	_____Mal
Waren Sie seit Studienbeginn Ihres Kindes schon einmal in einer Schreiambulanz?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Falls ja, wie oft?	_____Mal

Anlage 05: Unterlagen Kohortenstudie

Anlage 05.1: SKKIPPI Informationsbrief zur SKKIPPI-Studie für Eltern Berlin (Kohortenstudie)



Charité | Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und
Gesundheitsökonomie | 10098 Berlin | SKKIPPI

«AnredeBriefkopf»
«S1_Vorname» «S1_Nachname»
«S1_Adresse»
«S1_Adresszusatz»
«S1_PLZ» «S1_Ort»



SKKIPPI-Studie

Studienleiter: Prof. Dr. Thomas Keil

Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie
und Gesundheitsökonomie
Charité - Universitätsmedizin Berlin
10098 Berlin

Tel: [030-450529147](tel:030-450529147)

E-Mail: skkippi@charite.de
www.skkippi.de

«Anrede» «S1_Nachname»,

wir möchten Ihnen herzlich zur Geburt Ihres Kindes «Kind_Vorname» gratulieren, auch wenn diese schon etwas zurückliegen sollte. Die ersten Lebensjahre Ihres Kindes sind bestimmt eine aufregende Zeit. Vielleicht gibt es bei Ihnen neben vielen schönen Momenten auch Zeiten, in denen Sie sich belastet fühlen. Die Zeit nach der Geburt hat einen besonderen Einfluss auf unser Wohlbefinden und auch auf die Gesundheit unserer Kinder. Wir möchten deshalb herausfinden, ob es in dieser Phase spezielle Belastungen für Sie gibt und wie es Ihnen und Ihrem Kind damit geht. Auch wenn Sie sich gerade keiner Belastung ausgesetzt fühlen, ist Ihre Teilnahme an dieser Befragung sehr hilfreich und wichtig, damit wir ein besseres Bild von der Gesamtsituation junger Eltern in den ersten Jahren nach der Geburt bekommen. Deshalb bitten wir Sie um Ihre Teilnahme an unserer Studie. Bitte lesen Sie sich die beigelegte Teilnehmerinformation in Ruhe durch. Dort wird die Studie genau erklärt. Wenn Sie Fragen haben, können Sie gerne telefonisch oder per E-Mail bei uns nachfragen. Um teilnehmen zu können, müssen **Sie mindestens 18 Jahre** alt sein. Gerne kann zusätzlich auch der Vater zusätzlich an der Befragung teilnehmen. Alle relevanten Studienunterlagen finden Sie zusätzlich in den Sprachen Arabisch, Englisch und Türkisch auf unserer Homepage unter www.skkippi.de/meine-sprache

Wenn Sie an der Studie teilnehmen wollen, bitten wir Sie, einen Fragebogen auszufüllen. Er ist über <https://sozmed.charite.de/skkippi/> oder den QR Code erreichbar.

Das personalisierte Passwort lautet:



- für die **Mutter**: «S1_Zugang»

- für den **Vater**: «S2_Zugang»

Rufen Sie uns bitte an, wenn Sie den Fragebogen lieber zugeschickt bekommen möchten.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung dieser Studie, die wichtige Erkenntnisse liefern wird.

Mit herzlichen Grüßen vom SKKIPPI Team und den besten Wünschen für Sie und Ihr Kind,



Prof. Thomas Keil
Studieneiter der SKKIPPI Studie



SKKIPPI-Studie

Studienleiter: Prof. Dr. Thomas Keil
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und
Gesundheitsökonomie
Charité - Universitätsmedizin Berlin
10098 Berlin
Tel: 030-450529147
E-Mail: skkippi@charite.de
www.skkippi.de

Einwilligungserklärung

SKKIPPI - Eine Studie zu psychosozialen Belastungen von Eltern und ihren Kindern im ersten Lebensjahr¹

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: [][]/[][]/[][][][]

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort): _____

Telefonnummer: _____ Telefonnummer (mobil): _____

eMail-Adresse: _____

- Mutter
- Vater
- Andere Bezugsperson _____

des Kindes _____ Geburtsdatum: [][]/[][]/[][][][]

¹ Titel der Studie: Prävalenz und Risikofaktoren psychosozialer Belastungen von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern: die prospektive Kohortenstudie des SKKIPPI-Projekts

dass ich schriftlich über Wesen, Bedeutung, Tragweite und Risiken der Teilnahme an oben genannter Studie aufgeklärt wurde und alle meine Fragen ausreichend beantwortet wurden. Ich habe die Informationen zu der o.g. Studie erhalten, gelesen und verstanden und eine Ausfertigung der Teilnehmerinformation (Version 1.0 vom 28.02.2019) erhalten. Ich bin mit der vorgesehenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden. Ich willige freiwillig ein, an der oben genannten Studie teilzunehmen, und die dafür vorgesehenen Fragebögen auszufüllen und ggf. weitere Fragen am Telefon zu beantworten. Wenn ich nicht an der Studie teilnehme oder meine Teilnahme beende, entstehen mir dadurch keine Nachteile.

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung:

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der oben genannten Studie erhobenen personenbezogenen Daten zu meiner Person, unter Beachtung des Berliner Datenschutzgesetzes (BInDSG) und der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), vom Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité Berlin erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Auch wurde ich darüber aufgeklärt, dass meine personenbezogenen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer und eMail-Adresse), die auf dieser Einwilligungserklärung verzeichnet sind, spätestens 10 Jahre nach Studienende gelöscht bzw. vernichtet werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie mich betreffende personenbezogene und andere Daten bzw. Angaben erhoben, gespeichert und pseudonymisiert verarbeitet werden dürfen, wie in der Teilnehmerinformation beschrieben. Ich bin auch damit einverstanden, dass die Studienergebnisse in anonymer Form, die keinen Rückschluss auf meine Person zulässt, veröffentlicht werden.

Ich bin damit einverstanden, dass mir das o.g. Institut Studienunterlagen direkt zusendet bzw. mich bei eventuellen Nachfragen schriftlich oder telefonisch kontaktiert.

Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ein Widerruf meiner Einwilligung, ohne Angabe von Gründen, ist jederzeit ohne nachteilige Folgen für mich möglich. Der Widerruf führt dazu, dass ich nicht mehr von der Studie kontaktiert werde. Die bereits erhobenen Daten können aber weiterhin für wissenschaftliche Auswertungen genutzt werden.

Meine Widerrufserklärung werde ich in schriftlicher Form per Post richten an:

SKKIPPI Studiensekretariat
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie
Charité Universitätsmedizin Berlin
10098 Berlin

Ich bin alleine sorgeberechtigt und bereit, an der oben genannten Studie teilzunehmen. Ja

Wir sind beide sorgeberechtigt und bereit, an der oben genannten Studie teilzunehmen. Ja

Datum, Ort

Unterschrift des sorgeberechtigten Studienteilnehmers/
der Studienteilnehmerin

Datum, Ort

ggf. Unterschrift des/ der zweiten Sorgeberechtigten

	Standardarbeitsanweisung	Version: 1.1
	Verfahren bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung	Seite 1 von 12

<h2>Standardarbeitsanweisung (SOP)</h2>	
Titel: SKKIPPI – SOP Verfahren bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung Kürzel: SOP - KWG	
Gültig ab: 01.11. 2018	
Dateiname: SOP_Verfahren bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung_29_08_2018_Vs_1.1	
Änderungshinweise: Pilotversion	
Verteiler: Prof. Dr. Thomas Keil, PD Dr.med. Anne Berghöfer, Dr. Julia Fricke, Dr. Thomas Reinhold, Dr. Stephanie Roll, Marie Bolster, Melanie Liedtke, Natalja Lisewski	
Anlagen: Dokumentationsbogen für den Verdacht auf Kindeswohlgefährdung, Zusammenfassung der SOP/ Checkliste, Liste mit Jugendamtskontakten in Berlin, Leipzig, Flensburg	
AutorInnen: Natalja Lisewski	
Datum: 29.08.2018	
SOP Verantwortliche: Natalja Lisewski	ReviewerInnen: Dr. Julia Fricke Marie Bolster
Datum/ Unterschriften	Datum/ Unterschriften

Inhaltsverzeichnis

1. Ziel.....	3
2. Geltungsbereich der SOP	3
3. Abkürzungen:	3
4. Hintergrund.....	3
5. Verantwortlichkeiten	4
6. Prozesse	5
6.1 Verfahren beim Verdacht auf Kindeswohlgefährdung.....	5
6.2 Risikofaktoren für eine Kindeswohlgefährdung.....	5
6.3 Anhaltspunkte, Indikatoren	6
6.4 Dokumentation gewichtiger Anhaltspunkte.....	6
6.5 Gemeinsame Gefährdungseinschätzung.....	7
6.6 Gespräch mit den Eltern	7
6.7 Fallübergabe ans Jugendamt	7
6.8 Fallübergabe an die Polizei	8
6.9 Gefährdung bestätigt sich nicht.....	8
7. Änderungen	8
8. Beiliegende Anlagen	8
9. Verweise	9
Anlagen.....	11

1. Ziel

Bei Eltern mit hohen psychosozialen Belastungen und/ oder psychischen Erkrankungen besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Kindeswohlgefährdung (KWG). Im Rahmen der prospektiven Kohortenstudie des SKKIPPI Projektes (SKKIPPI – Evaluation der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie mittels Prävalenz und Interventionsstudien), werden Telefoninterviews mit potentiell belasteten Eltern durchgeführt. Zur Einhaltung des Kinderschutzes und gesetzlicher Bestimmungen zur Informationspflicht, wurde die SOP – KWG als Verhaltensleitfaden für den Fall einer vermuteten KWG erstellt.

2. Geltungsbereich der SOP

Die SOP – KWG gilt für feste und studentische Mitarbeiter, die an der Durchführung der Telefoninterviews (2. Screeningstufe) für das SKKIPPI Projekt beteiligt sind und die im Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Luisenstr. 57, 10117 Berlin durchgeführt werden.

3. Abkürzungen:

KWG	Kindeswohlgefährdung
SOP	Standard Operation Procedure
SKKIPPI	Evaluation der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie mittels Prävalenz- und Interventionsstudien
IeFK	Insofern erfahrene Fachkraft

4. Hintergrund

Die Verantwortung Kinderschutz zu praktizieren ist im Bundeskinderschutzgesetz (BKischG, § 8a SGB VIII, Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung) und im Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG, BGBl. I S. 3234) festgelegt worden. Dazu gehören vor allem die Wahrnehmung von Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung und der professionelle Umgang damit. Die Kinder, aber auch die Eltern, benötigen Hilfe und Unterstützung. Gerade bei besonders belasteten Eltern fehlt oft die Kraft oder das Wissen, um sich Unterstützung aktiv selbst zu erschließen. Hier können Situationen entstehen in denen das Kindeswohl nicht mehr gewährleistet werden kann oder das Kind/ der Säugling in akuter Gefahr ist. Säuglinge und Kleinkinder bis zum dritten Lebensjahr waren bei den Verfahren zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls im Jahr 2016 besonders betroffen. Beinahe jedes vierte Kind (23,2 %), für das ein Verfahren durchgeführt wurde, hatte das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet (StBA, 2017a & b). Die Mitarbeiter, die im Rahmen der prospektiven Kohortenstudie des SKKIPPI Projektes Interviews mit potentiell belasteten Eltern am Telefon

durchführen, müssen daher in der Lage sein solche Situationen zu erkennen und Maßnahmen zum Schutz des Kindes in die Wege zu leiten.

Der Begriff der „**Kindeswohlgefährdung**“ ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, also nicht eindeutig definiert, es gibt aber Beschreibungen:

Beschreibung des BGB:

Wenn das geistige, körperliche oder seelische Wohl eines Kindes gefährdet ist und die Erziehungsberechtigten nicht in der Lage oder nicht bereit sind, die Gefahr abzuwenden.

(Leipziger Netzwerk für Kinderschutz und Frühe Hilfen, 2014, S. 6)

Beschreibung des BGH:

Kindeswohlgefährdung ist die gegenwärtige, in einem solchen Maß vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussagen lässt.

(Leipziger Netzwerk für Kinderschutz und Frühe Hilfen, 2014, S. 10)

Im Umgang mit Säuglingen kann es zu Misshandlungen kommen, z.B. durch Schütteln des Säuglings. Diese Art der Kindesmisshandlung ist häufigste Ursache von schweren Behinderungen, Krampfanfällen, Blindheit und Taubheit bei misshandelten Kindern.

Neben körperlichen Misshandlungen besteht eine andere Form der Kindeswohlgefährdung in Unterlassung der Versorgungspflichten durch die Eltern, z.B. durch unzureichende Bereitstellung von Nahrung und Kleidung.

Sollten sich bei der Durchführung des Interviews mit den Studienteilnehmern, durch Aussagen der Eltern Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung ergeben, so ist die folgende SOP anzuwenden.

5. Verantwortlichkeiten

(Aufführung von SKKIPPI Teammitarbeitern, die Ansprechpartner für die Studenten sind)

Prof. Dr. Thomas Keil	Studienleitung
Dr. Stephanie Roll	Stellv. Studienleitung
Dr. Julia Fricke	Studienkoordinatorin
Marie Bolster	Stellv. Studienkoordination
Natalja Lisewski	Studiensekretariat

6. Prozesse

6.1 Verfahren beim Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

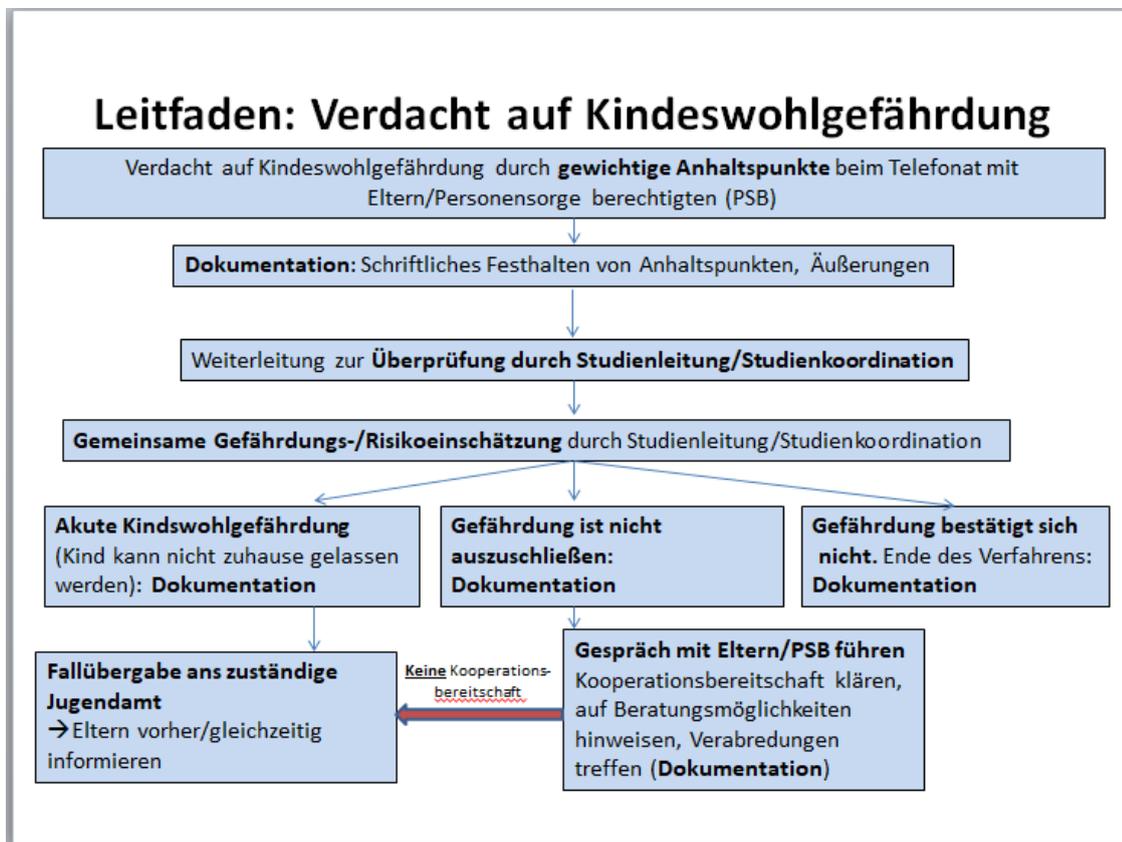


Abbildung 1: Flowchart Leitfaden: Verdacht auf Kindeswohlgefahr

6.2 Risikofaktoren für eine Kindeswohlgefährdung

Zu den Risikofaktoren, die die Gefahr für das Kindeswohl erhöhen können, gehören:

- schwierige soziale Lage, wirtschaftliche Probleme der Eltern (Armut, angespannte finanzielle Situation, Schulden, Arbeitslosigkeit)
- soziale Probleme in der Elternbeziehung (Trennung, Scheidung, dauerhafte Konflikte, häusliche Gewalt)
- fehlende soziale Unterstützung
- problematische Vorgeschichte der Eltern (eigene Deprivation, Misshandlung, Gewalterfahrung)
- sehr junge, minderjährige Mütter
- alleinerziehende Mutter
- Kinderreichtum
- geringe Bildung der Eltern
- kurz aufeinander folgende, oder unerwünschte Schwangerschaften

- psychische Labilität oder Erkrankungen der Eltern
- Drogenmissbrauch der Eltern, Suchterkrankung der Eltern
- soziale Isolation der Familie gegenüber Familie, Verwandtschaft oder Nachbarn
- Unfähigkeit der Sorgeberechtigten, Erziehung und Haushalt zu organisieren, desolate Wohnverhältnisse
- Inanspruchnahme von Hilfen des Jugendamtes im Vorfeld des aktuellen Geschehens
- bekannte Misshandlungen von Kindern in der Familie
- drohende Haltung der Eltern gegenüber dem Jugendamt/Jugendhilfe
- unrealistische Erwartungen an das Wohlverhalten bzw. die Eigenständigkeit des Kindes durch die Eltern

6.3 Anhaltspunkte, Indikatoren

Als Kindeswohl gefährdende Erscheinungsformen lassen sich grundsätzlich unterscheiden:

- körperliche und seelische Vernachlässigung,
- seelische Misshandlung,
- körperliche Misshandlung und
- sexuelle Gewalt

Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung sind, bei den Eltern:

- geringe Feinfühligkeit gegenüber dem Kind
- wenig mit dem Kind sprechen
- wenig Interesse am Kind
- wenig Eingehen auf Spiel Aktivitäten des Kindes
- keine emotionale Verlässlichkeit für das Kind bieten
- unzureichende Bereitstellung von Mahlzeiten und Kleidung
- häufige Übergabe der Aufsicht
- Aufsicht durch ungeeignete Personen (Alkoholisierte, psychische Kranke)
- ärztliche Untersuchungen und Behandlungen werden gar nicht oder nur sporadisch ermöglicht
- häufiges Arzthopping (zum Verdecken der immer gleichen Probleme/ „Unfälle“)
- Erziehungsstil mit körperlicher Bestrafung

6.4 Dokumentation gewichtiger Anhaltspunkte

Da bei der Durchführung der Telefoninterviews nur die Aussagen der Eltern beurteilt werden können und der Zustand des Kindes nicht einschätzbar ist, können nur die Elternaussagen dokumentiert werden.

Bei einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung sind Anhaltspunkte und bekannte Risikofaktoren zu dokumentieren, hier ist darauf zu achten, dass die Risikofaktoren tatsächlich bestehen und nicht nur vermutet werden. Ansonsten befindet man sich im Straftatbestand „üble Nachrede“ oder

„Verleumdung“. Zur Dokumentation ist das Formular „Dokumentation bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung“ zu verwenden, siehe Anhang.

Weiterhin ist bei einem Verdacht auf KWG **am selben Tag** die Studienleitung (Prof. Dr. Keil, PD Dr. Berghöfer, Dr. Roll oder die Studienkoordinatoren Dr. Fricke oder Fr. Bolster) zu informieren und das Dokumentationsprotokoll abzugeben bzw. am selben Tag per Mail zu senden. Die persönliche Erreichbarkeit eines Teammitgliedes hat für die Weiterleitung höchste Priorität.

Prof. Dr. Thomas Keil	Studienleitung	450 529 044 / thomas.keil@charite.de
Dr. Stephanie Roll	Stellv. Studienleitung	450 529 023 / stephanie.roll@charite.de
Dr. Julia Fricke	Studienkoordinatorin	450 529 015 / julia.fricke@charite.de
Marie Bolster	Stellv. Studienkoordinatorin	450 529 058 / marie.bolster@charite.de
Natalja Lisewski	Studiensekretariat	459 529 147 / natalja.lisewski@charite.de

6.5 Gemeinsame Gefährdungseinschätzung

Bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung besprechen mindestens zwei Personen (Studienleitung und Studienkoordination) den Fall anhand der vorliegenden Dokumentation mit dem meldenden Mitarbeiter und entscheiden das weitere Vorgehen (siehe Flowchart, Abb.1). Die Entscheidung wird auf dem Dokumentationsbogen dokumentiert und im Ordner „KWG“ im Stahlschrank abgelegt.

6.6 Gespräch mit den Eltern

Im telefonischen Gespräch mit den Eltern, welches durch die Studienleitung oder Studienkoordination vorgenommen wird, soll die Kooperationsbereitschaft der Eltern geklärt werden und auf Beratungsangebote hingewiesen werden. Sollte nach Einschätzung der Studienleitung bzw. Studienkoordination auf Seiten der Eltern keine Kooperationsbereitschaft erkennbar sein, wird der Fall ans Jugendamt übergeben. Die Eltern müssen darüber telefonisch durch die Studienleitung informiert werden.

6.7 Fallübergabe ans Jugendamt

Sollte das Team sich entscheiden den Fall ans Jugendamt zu übergeben, ist telefonisch eine insofern erfahrene Fachkraft (IeFK) durch das Jugendamt hinzu ziehen (Anspruch auf Beratung durch IeFK, § 8b SGB VIII). Die Fachkraft erarbeitet gemeinsam mit dem Meldenden die Inhalte des Formulars. (Hinweis: Das Formular ans Jugendamt wird nicht vom Meldenden ausgefüllt). Eine Liste mit den Kontakten der zuständigen Jugendämter befindet sich im Anhang.

6.8 Fallübergabe an die Polizei

Gewalt gegen Kinder in Familien ist in der Regel kein einmaliges Ereignis, sondern ein langdauernder Prozess. Daher wird beim Telefoninterview wahrscheinlich kein unmittelbarer Handlungsbedarf bestehen. Bei akuter Gefahr für eine Misshandlung, das Leben oder die Gesundheit des Kindes, sollte dennoch die Polizei eingeschaltet werden. Ein Hinzuziehen der Polizei ist in folgenden Fällen notwendig:

- Gefahr der unkontrollierbaren Gewaltbereitschaft (z.B. bei alkoholisiertem Elternteil)
- Gefahr der Eskalation von Familienkonflikten
- Bei Vorliegen von Selbst- oder Fremdgefährdung durch Eltern oder Geschwister, z.B. bei akuter Suizidgefahr eines Elternteiles
- wenn bei gesundheitlicher Notsituation des Kindes keine medizinische Versorgung erfolgt

Die Einleitung polizeilichen Einschreitens ist nur dann eine Maßnahme des jugendhilferechtlichen Kinderschutzes, wenn eine gegenwärtige oder unmittelbar bevorstehende erhebliche Gefährdung eines Kindes nicht anders abgewendet werden kann.

Es ist weiterhin zur Abwendung einer Gefährdung zulässig, Sozialdaten an andere Leistungsträger, an Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder an die Polizei weiterzugeben. (Leitfaden zur Wahrung des Schutzauftrages, 2008, S. 16).

Polizeiruf: 110

6.9 Gefährdung bestätigt sich nicht

Sollte sich der Verdacht auf Kindeswohlgefährdung nicht bestätigen, wird das auf dem Dokumentationsbogen dokumentiert und das Dokument im Ordner „KWG“ im Stahlschrank abgelegt.

7. Änderungen

Entfällt, da Ersterstellung

8. Beiliegende Anlagen

- Dokumentationsbogen für studentische Mitarbeiter bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung
- Zusammenfassung der SOP/ Checkliste
- Liste mit Jugendamtskontakten in Berlin, Leipzig, Flensburg

9. Verweise

Bundesarbeitsgemeinschaft Elterninitiativen BAGE e.V. (Hrsg.). (2015), „Leitfaden Kinderschutz“.

Bund Deutscher Kriminalbeamter (BDK)(Hrsg.). (2010), „Kindesmisshandlung“

Geene, R.; Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)(Hrsg.).(2017), „Gesundheitsförderung und Frühe Hilfen“, Impulspapier, Köln

Koletzko (Hrsg.).(2007), „Kinder- und Jugendmedizin“, 3. Auflage, Springer: Heidelberg

Landesjugendamt Brandenburg (Hrsg.). (2008), „Kinderschutz im Land Brandenburg, Leitfaden zur Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung - § 8 a SGB VIII“, 3. Auflage

Leipziger Netzwerk für Kinderschutz und Frühe Hilfen (Hrsg.). (2014), „Leipziger Leitfaden Kinderschutz“.

www.leipzig.de/netzwerk-kinderschutz

Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung (Hrsg.). (2007), „Jugend in Berlin, Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung, Empfehlung zur Umsetzung nach § 8 a SGB VIII“, 3. Auflage.

<https://www.berlin.de/sen/jugend/familie-und-kinder/kinderschutz/fachinfo/schutzauftrag-kindeswohlgefaehrung.pdf>

Statistisches Bundesamt (StBA). (2017a), „2016: Anstieg der Verfahren zur Kindeswohl-gefährdung um 5,7 %.“, Pressemitteilung

https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/10/PD17_350_225.html

Statistisches Bundesamt (StBA) (Hrsg.). (2017b) „Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe - Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII 2016“

Techniker Krankenkasse (TK) Landkreis NRW (Hrsg.). (2011), „Gewalt gegen Kinder – Ein Leitfaden für Früherkennung, Handlungsmöglichkeiten und Kooperation“, 3. Auflage

Ciucci, A.; Sostmann, K. (2015), „Indikatoren für Vernachlässigung“, Power Point Präsentation, Charité

Checkliste / Zusammenfassung der SOP KWG

Was sind Risikofaktoren für KWG:

- finanzielle und partnerschaftliche Probleme in der Elternbeziehung
- psychische Erkrankungen der Eltern, z.B. Suchterkrankungen
- ungewünschtes Kind, viele kleine Kinder, sehr junge Eltern
- geringer Bildungsstand der Eltern
- geringe soziale Unterstützung

Was sind Anhaltspunkte für KWG bei Eltern:

- wenig Interesse am Kind
- körperliche Bestrafungen als Erziehungsstil
- Verweigerung medizinischer Versorgung

Was ist zu tun bei Verdacht auf KWG:

1. Dokumentationsbogen KWG ausfüllen
2. Dokumentationsbogen am selben Tag weiterleiten an die Studienleitung/
Studienkoordination

Prof. Dr. Thomas Keil	Studienleitung	450 529 044 / thomas.keil@charite.de
Dr. Stephanie Roll	Stellv. Studienleitung	450 529 023 / stephanie.roll@charite.de
Dr. Julia Fricke	Studienkoordinatorin	450 529 015 / julia.fricke@charite.de
Marie Bolster	Studienkoordinatorin	450 529 058 / marie.bolster@charite.de
Natalja Lisewski	Studiensekretariat	450 529 147 / natalja.lisewski@charite.de

3. Weiteres Prozedere (im Notfall Einschaltung der Polizei, Gespräch mit den Eltern, Weitergabe ans Jugendamt oder keine Bestätigung des Verdachts auf KWG) wird von der Studienleitung nach gemeinsamen Gespräch festgelegt und auf dem Dokumentationsbogen dokumentiert.

Wann ist die Polizei einzuschalten:

Bei Gefahr für Leben und Gesundheit des Kindes, also:

- Bei Gefahr unkontrollierbarer Gewalt (z.B. durch alkoholisierte Eltern oder eskalierende Familienkonflikte)
- Suizidgefahr eines Elternteils
- Verweigerung medizinischer Versorgung bei gesundheitlicher Notsituation des Kindes

Kontakte der Jugendämter

Berlin:

Jugendämter in Berlin nach Bezirken				
Bezirk	Telefon	Mail	Adresse	Öffnungszeiten
Charlottenburg - Wilmersdorf	(030) 9029-10	post.jugendamt@charlottenburg-wilmersdorf.de	Hohenzollerndamm 174-177, 10713	Dienstag, 09:00-12:00 Uhr Donnerstag, 15:00-18:00 Uhr
Friedrichshain - Kreuzberg	(030) 90298 - 0	jugendamt-geschaeftsstelle@ba-fk.berlin.de	Frankfurter Allee 35-37, 10247 Berlin	Dienstag, 09:00-12:00 Uhr Donnerstag, 15:00-18:00 Uhr
Lichtenberg	(030) 90296-7031	juginfo@lichtenberg.berlin.de	Große-Leege-Straße 103, 13055 Berlin	Donnerstag, 15:00-18:00 Uhr
Mahrzahn - Hellersdorf	(030) 90293 3300	jugendamt@ba-mh.berlin.de	Rieser Straße 94, 12627 Berlin	Dienstag, 09:00-12:00 Uhr Donnerstag, 15:00-18:00 Uhr
Mitte	(030) 115 (Bürgertelefon)	auskunft.jugendamt@ba-mitte.berlin.de	Karl-Marx-Allee 31, 10178 Berlin	Dienstag, 09:00-12:00 Uhr Donnerstag, 15:00-18:00 Uhr
Neukölln	030 68874812	psd@bezirksamt-neukoelln.de	Karl-Marx-Straße 83, 12040 Berlin	keine Information verfügbar
Pankow	(030) 90295-0	katharina.uhlemann@ba-pankow.berlin.de	Fröbelstr. 17, 10405 Berlin	Montag, 09:00-12:00 und 13:00-14:30 Dienstag, 09:00-12:00 und 13:00-14:30 Mittwoch, geschlossen Donnerstag, 13:00-18:00 Freitag, 09:00-12:00
Reinickendorf	(030) 90294 - 6636	jugendamt@reinickendorf.berlin.de	Eichborndamm 215, 13437 Berlin	Dienstag, 09:00-12:00 Uhr Donnerstag, 15:00-18:00 Uhr
Spandau	030 902792330	Jugendamt@ba-spandau.berlin.de	Klosterstraße 36, 13581 Berlin	Dienstag, 09:00-12:00 Uhr Donnerstag, 15:00-18:00 Uhr
Steglitz - Zehlendorf	(030) 115 (Bürgertelefon)	info-efb-steglitz@ba-sz.berlin.de	Beethovenstr. 34-38, 12247 Berlin	Donnerstag 15:00-18:00 Dienstag 09:00-12:00
Tempelhof - Schöneberg	(030) 90277-7830	efb@ba-ts.berlin.de	Sponholzstraße 15, 12159 Berlin	Termine nach telefonischer Vereinbarung
Treptow - Köpenick	(030) 90297- 55555	kinderschutz@ba-tk.berlin.de	Hans-Schmidt-Str. 10, 12489 Berlin	Dienstag, 09:00 Uhr bis 12:00 Uhr Donnerstag, 14:00 Uhr bis 18:00 Uhr

Leipzig:

Naumburger Straße 26
04229 Leipzig

Telefon 0341 123-4641

Fax: 0341 123-4484

E-Mail: jugend-familie-bildung@leipzig.de

Webseite: www.leipzig.de/jugend-familie-und-soziales

Flensburg:

Rathausplatz 1
24937 Flensburg

Telefon: 0461/85-0,

E-Mail: soziales@flensburg.de

Dokumentation bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Allgemeine Daten

Name des Interviewers:

Name, Vorname

Datum:

□□.□□.□□□□

Probandenname:

Name, Vorname

Probandenadresse:

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Probandentelefonnummer:

Probandenmailadresse:

Uhrzeit des

Telefoninterviews:

□□:□□

An wen und wann wurde die Information weitergegeben?

Name der Studienleitung/ Studienkoordination:

Name, Vorname

Datum der Informationsweitergabe:

□□.□□.□□□□

Welche Hinweise auf Kindeswohlgefährdung werden gesehen?

Welche direkten Äußerungen wurden durch die Eltern formuliert?

(Indikatoren siehe SOP Kindeswohlgefährdung)



KOHORTENSTUDIE - SKKIPPI

*Evaluation der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie
mittels Prävalenz- und Interventionsstudien*

Basisfragebogen

Projektleiter: Prof. Dr. Thomas Keil
SKKIPPI Studiensekretariat
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie
Charité Universitätsmedizin Berlin
10098 Berlin
Telefon: 030/ 450 529 147
E-Mail: skkippi@charite.de

Teilnehmercode/ IDS:

SKKIPPI -

Eine Studie zu psychosozialen Belastungen von Eltern und ihren Kindern im ersten Lebensjahr

Jedes Jahr werden in Deutschland rund 800.000 Babys geboren. Die ersten Lebensmonate nach der Geburt sind für die Eltern eine aufregende und glückliche Zeit. Für viele Eltern gibt es neben den schönen Momenten aber auch Zeiten, in denen sie sich sehr belastet fühlen.

Wir möchten herausfinden, wie viele Eltern oder Elternteile die Zeit nach der Geburt als belastend erleben und worin genau diese Belastungen bestehen.

Sie als Eltern können dabei helfen, die Versorgung von Eltern und Kindern mit besonderen Belastungen zu verbessern. Denn nur, wenn wichtige Entscheider im Gesundheitswesen und im Sozialwesen wissen, welchen Bedarf es gibt und welche Belastungen Eltern erleben, können sie etwas ändern.

Bitte planen Sie ca. 10 bis 15 Minuten für die Beantwortung der Fragen ein. Sollten Sie bei der Beantwortung einer Frage unsicher sein, wählen Sie bitte immer die Antwort, die **am ehesten** zutrifft.

Bitte füllen Sie den Fragebogen mit Kugelschreiber aus und senden Sie ihn mit dem frankierten Rückumschlag an uns zurück.

Wenn Sie diesen Fragebogen ausfüllen und an uns zurück senden, willigen Sie damit ein, dass wir die Daten für anonyme wissenschaftliche Auswertungen benutzen dürfen.

Falls Sie Fragen an uns haben, können Sie sich gerne telefonisch mit uns in Verbindung setzen unter der Nummer 030 / 450 529147 oder per E-Mail (skkippi@charite.de).

Wir danken ihnen ganz herzlich für die Teilnahme und das Interesse an der Studie!

Ihr SKKIPPI Team

Im Folgenden geht es immer um das im Anschreiben genannte Kind. Bitte füllen Sie den Fragebogen dann aus, wenn Sie eine der beiden Hauptbezugspersonen des Kindes sind.

Datum

1.

In welcher Beziehung stehen Sie zum Kind?

Ich bin ...

- die Mutter
- der Vater
- die Adoptivmutter
- der Adoptivvater
- die Großmutter
- der Großvater
- die Pflegemutter
- der Pflegevater
- Sonstiges

2.

Lebt das Kind bei Ihnen?

- Ja
- Nein

Falls nein:

Bei wem lebt das Kind die meiste Zeit? Bei ...

- der Mutter
- dem Vater
- der Adoptivmutter
- dem Adoptivvater
- der Großmutter
- dem Großvater
- der Pflegemutter
- dem Pflegevater
- Sonstiges

Bei den folgenden Fragen möchten wir Sie gerne zu der Schwangerschaft, der Geburt und den ersten Lebensmonaten Ihres Kindes befragen.

3.

Handelte es sich bei der Schwangerschaft um eine Mehrlingsschwangerschaft?

- Nein
- Ja, Zwillinge
- Ja, Drillinge oder mehr

4.

War die Geburt des Kindes eine Frühgeburt?

- Nein
- Ja

**Falls ja:
Wie viele Wochen vor dem errechneten Termin wurde ihr Kind geboren?**

Wochen

5.

Gab es eine oder mehrere Komplikationen während der Schwangerschaft?

(Mehrfachauswahl möglich)

- keine
- Starke Blutungen
- Zuckerkrankheit in der Schwangerschaft
- Präeklampsie/Schwangerschaftstoxikose (erhöhter Blutdruck, Eiweiß im Urin, Wassereinlagerungen)
- sonstige

6.

Einige Schwangerschaften sind geplant, andere sind nicht geplant. Manche Geburten fallen auf einen passenden Zeitpunkt in der Lebensplanung, andere eher nicht.

Wie war das bei Ihnen?

Fiel die Geburt Ihres Kindes auf einen passenden Zeitpunkt in ihrer Lebensplanung?

- Geplant und passender Zeitpunkt
- Nicht geplant, aber passender Zeitpunkt
- Geplant, aber kein passender Zeitpunkt
- Nicht geplant und kein passender Zeitpunkt

7.

Wo wurde Ihr Kind entbunden?

- Krankenhaus
- Geburtshaus
- Zu Hause
- Sonstiges

8.

Wie war die Geburtsart?

- Normal (vaginal)
- Geburt mit Zange oder Saugglocke
- Kaiserschnitt geplant
- Kaiserschnitt ungeplant (Notkaiserschnitt)

9.

Ist dieses Kind Ihr erstes Kind?

- Ja
- Nein

10.

Wurde bei dem Kind nach der Geburt oder in den ersten Lebensmonaten eine Behinderung oder schwere Erkrankung festgestellt?

- Ja
 - Nein
- Falls ja, welche?

11.

Einige Kinder werden gestillt, andere nicht. Welche Aussage trifft für Ihr Kind zu?

- Ja, mein Kind wird noch gestillt.
- Ja, mein Kind wurde gestillt, jetzt aber nicht mehr.
- Nein, mein Kind wurde nicht gestillt.

Falls ja, Wie lange wurde Ihr Kind insgesamt gestillt? ca.

Monate

12.

Wie würden Sie Ihr Verhältnis zu Ihrem Kind beschreiben?

Ich fühle mich meinem Kind nahe ...

Immer

Sehr oft

Manchmal

Selten

Nie

Jedes Baby hat gute und schlechte Tage. Bitte denken Sie bei den folgenden Fragen daran, was an den meisten Tagen für Sie und ihr Baby zutrifft. Denken Sie bitte an eine typische Woche in der letzten Zeit.

(Mit einer typischen Woche, sind Wochen gemeint, die Ihren regulären Alltag ohne besondere Vorkommnisse widerspiegeln. Nicht typische Wochen sind Wochen in denen Ihr Alltagsablauf über mehrere Tage unterbrochen wurde, z. B. durch Urlaub, Krankheit oder seltene Vorkommnisse.)

13.

Ist das Füttern/ Stillen in der Regel gut für Sie zu meistern?

- Ja
- Nein

Falls nein, gelingt es Ihnen, Ihr Kind dann dennoch zum essen/trinken zu bewegen?

- Ja
- Manchmal
- Nein

14.

Schreit Ihr Kind übermäßig viel?

- Ja
- Nein

Falls ja, gelingt es Ihnen dennoch Ihr Kind zu beruhigen?

- Ja
- Manchmal
- Nein

15.

Findet Ihr Kind meist leicht in den Schlaf?

- Ja
- Nein

Falls nein, gelingt es Ihnen dennoch, Ihrem Kind beim Einschlafen zu helfen? z.B. durch stillen, streicheln, wiegen, tragen, singen oder andere Einschlafhilfen?

- Ja
- Manchmal
- Nein

16.

Wacht Ihr Kind Ihrer Meinung nach übermäßig häufig nachts auf?

- Ja
- Nein

Falls ja, gelingt es Ihnen dann, Ihr Kind nachts wieder zum Einschlafen zu bringen? z.B. durch stillen, streicheln, wiegen, tragen, singen oder andere Einschlafhilfen?

- Ja
- Manchmal
- Nein

17.

**Die meisten Eltern nutzen im Alltag digitale Medien (Smartphone, Tablet etc.).
Wie gehen Sie damit um?**

Wenn ich mein Kind füttere oder mit ihm spiele, nutze ich mein Smartphone/Tablet ...

Häufig

Manchmal

Selten

Grundsätzlich nicht

18.

Es stresst mich, wenn mein Kind meine Aufmerksamkeit einfordert, während ich mit meinem Smartphone/Tablet beschäftigt bin.

- Ja
- Nein

Die Geburt eines Kindes stellt eine große Herausforderung dar, welche auch mit diversen Belastungen für Eltern oder Bezugspersonen einhergehen kann. Vielleicht werden Sie einige der nächsten Fragen als sehr persönlich empfinden. Wir würden uns aber freuen, wenn Sie möglichst alle Fragen beantworten würden. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

19.

Haben Sie einen festen Partner/ eine feste Partnerin?

- Ja
- Nein

Falls ja, wohnen Sie mit Ihrem Partner/ Ihrer Partnerin zusammen?

- Ja, permanent
- Ja, aber nicht permanent (z.B. nur am Wochenende)
- Nein

20.

	Überhaupt nicht	Etwas	Eher mehr	Stark oder sehr stark
(Nur für diejenigen mit festem Partner) Leiden Sie unter Schwierigkeiten mit ihrem Partner/ ihrer Partnerin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21.

	Überhaupt nicht	Etwas	Eher mehr	Stark oder sehr stark
Leiden Sie unter besonderem beruflichen Stress (Zeitdruck, Überforderung, Konflikte, Angst um Arbeitsplatz, Unzufriedenheit mit der Arbeit, anderes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter finanziellen Sorgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter mangelnder Unterstützung in Ihrem Alltag und bei der Betreuung Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter weiteren familiären bzw. privaten Belastungen oder Konflikten unabhängig von einem Partner/ einer Partnerin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den ersten Lebensmonaten eines Kindes kann das eigene Wohlbefinden mehr oder weniger beeinträchtigt sein.

22.

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abgesehen von der Geburt kann es in Ihrem Leben auch andere Dinge geben, die Sie belasten. Welche der Folgenden treffen auf Sie zu?

23.

	Ja	Nein
Haben Sie quälende Gedanken, die Sie loswerden möchten, aber nicht können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müssen Sie Handlungen immer wieder tun, die Ihnen eigentlich sinnlos erscheinen? (z.B. zwanghaftes Händewaschen, Herd/ Kaffeemaschine kontrollieren)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es in Ihrer Kindheit einschneidende negative Erlebnisse, die bis heute nicht bewältigt sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftigen Sie sich <u>übermäßig</u> viel mit Ihrer Ernährung und Ihrem Gewicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24.

	Ja		Nein	
Hatten Sie <u>jemals</u> Probleme mit Alkohol?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Gar nicht	Kaum	Etwas	Deutlich
Falls ja, wie sehr fühlen Sie sich <u>aktuell</u> durch diese Probleme beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25.

	Ja		Nein	
Hatten Sie <u>jemals</u> Probleme mit Drogen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Gar nicht	Kaum	Etwas	Deutlich
Falls ja, wie sehr fühlen Sie sich <u>aktuell</u> durch diese Probleme beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26.

Haben Sie Probleme Ihre Gefühle im Griff zu behalten oder leiden Sie unter starken Stimmungsschwankungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	--

27.

Wurde bei Ihnen <u>jemals</u> eine der folgenden psychischen Erkrankungen festgestellt? <i>(Mehrfachauswahl möglich)</i>	<input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Angsterkrankung <input type="checkbox"/> Psychose <input type="checkbox"/> Zwangserkrankungen <input type="checkbox"/> Andere psychische Erkrankung, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> keine
--	--

28.

Leiden Sie zurzeit unter einer chronischen Erkrankung, die Sie im Alltag stark einschränkt oder belastet?

Ja, und zwar

Nein

29.

Gibt es sonst noch etwas, das Sie im Alltag stark belastet?

Ja, und zwar

Nein

Am Schluss möchten wir Ihnen noch ein paar Fragen zu Ihrer Lebenssituation stellen.

30.

Wie alt sind Sie?

Jahre

31.

In welchem Land wurden Sie geboren?

Deutschland

In einem anderen Land

32.

Ist Deutsch Ihre Muttersprache?

- Ja
- Nein

Falls ja, haben Sie weitere Muttersprachen?

- Nein
- Ja, und zwar:

Falls Deutsch nicht Ihre Muttersprache ist, wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

- Sehr gut
- Gut
- Mittel
- Schlecht

33.

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

- Grundschule/ kein Abschluss
- Hauptschule
- Realschule/ POS
- Fachabitur/ Abitur
- Sonstiger Schulabschluss (Abschluss/ Land)

34.

Wie viele erwachsene Personen (ab 18 Jahre) leben in Ihrem Haushalt außer Ihnen?

Anzahl der Personen

35.

Wie viele Kinder unter 18 Jahren leben insgesamt in Ihrem Haushalt?

(Dies schließt das Kind, um das es in der Befragung geht, ein.)

Anzahl der Kinder

36.

**Wie alt sind diese Kinder?
(in Jahren)**

Alter 1. Kind

Alter 2. Kind

Alter 3. Kind

Alter 4. Kind

Alter weiterer Kinder:

37.

Wurde bei einem Geschwisterkind oder anderen Kind in ihrem Haushalt eine Behinderung oder schwere Erkrankung festgestellt?

- Ja
- Nein

Falls ja, welche?

38.

Sind Sie alleinerziehend?

- Ja
- Nein

39.

Haben Sie oder andere Haushaltsmitglieder in den letzten 12 Monaten eine oder mehrere der genannten staatlichen Leistungen erhalten: z.B.: Arbeitslosengeld II (Hartz VI), Sozialgeld oder Sozialhilfe?

- Ja
- Nein

40.

Haben Sie in den Monaten nach der Geburt für sich und Ihr Kind frühe Hilfen in Anspruch genommen die zu Ihnen nach Hause gekommen sind?

(z.B. durch eine Familienhebamme (Betreuung über die normale Wochenbettbetreuung hinaus), mehrmalige ehrenamtliche Besuche (von z. B. Familienpatinnen, Stadtteilmüttern) oder Maßnahmen durch das Jugendamt)

- Ja
 Nein

41.

Gibt es sonst noch etwas, dass Sie uns mitteilen möchten?

Wir danken Ihnen vielmals für Ihre Bereitschaft an dieser Befragung teilzunehmen und wünschen Ihnen und Ihrem Kind weiterhin alles Gute.

Für Fragen zu unserer Studie oder zu Ihrer Studienteilnahme, können Sie sich gerne in unserem Studiensekretariat melden:

SKKIPPI Studiensekretariat

Telefon: 030/ 450 529 147

E-Mail: skkippi@charite.de

Herkunft der Fragen:

PBQ: Postpartum Bonding Questionnaire (Quelle: Reck C, Klier C, Pabst K et al. The German version of the Postpartum Bonding Instrument: Psychometric properties and association with postpartum depression. Arch Womens Ment Health (2006) 9: 265.)

PHQ-4: Ultrakurzform des Gesundheitsfragebogens für Patienten (Quelle: Löwe B, Wahl I, Rose M et al.. A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. J Affect Disord. 2010 Apr;122(1-2):86-95.)

Z-FOCS: Zohar-Fineberg Obsessive Compulsive Screen (Quelle: Fineberg NA, Roberts A (2001) Obsessive compulsive disorder: a twentyfirst century perspective. In Obsessive Compulsive Disorder: a Practical Guide (eds N. A. Fineberg, D. Marazziti & D. Stein), pp. 1-13. London: Martin Dunitz.)

KID 0-3: Nationale Prävalenzstudie zu psychosozialen Belastungen in der Frühen Kindheit (Quelle: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Infas_Fragebogen_LebenssituationFamilien_20131113.pdf)



KOHORTENSTUDIE - SKKIPPI

*Evaluation der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie
mittels Prävalenz- und Interventionsstudien*

Gesundheitsökonomischer Fragebogen Ressourcenabfrage

Projektleiter: Prof. Dr. Thomas Keil
SKKIPPI Studiensekretariat
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie
Charité Universitätsmedizin Berlin
10098 Berlin
Telefon: 030/ 450 529 147
E-Mail: skkippi@charite.de

Teilnehmercode/ IDS:

Datum

Nutzung des Gesundheitswesens seit Geburt des Kindes

1.

Wie häufig waren Sie seit der Geburt Ihres Kindes beim niedergelassenen Hausarzt oder Allgemeinmediziner?

ca.

Mal

2.

Wie häufig waren Sie seit der Geburt beim niedergelassenen Frauenarzt?

ca.

Mal

3.

Wie häufig war Ihr Kind seit der Geburt bei einem niedergelassenen Kinderarzt?

ca.

Mal

4.

Nehmen Sie die vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen für Ihr Kind (U1-U9) in Anspruch?

- Ja
 Nein

5.

Haben Sie eine klassische Hebammenbetreuung (bis 6 Wochen nach der Geburt) erhalten?

- Ja
 Nein

6.

Haben Sie über die klassische Hebammenbetreuung hinaus weitere Hebammenbetreuung erhalten, z.B. durch eine Familienhebamme?

- Ja
 Nein

Falls ja, wie häufig wurden Sie von dieser Hebamme besucht?

Mal insgesamt

7.

Falls Ihr Kind im Krankenhaus entbunden wurde, wie lange war Ihre Verweildauer im Krankenhaus?

Tage
Oder
Wochen

(Bitte Zutreffendes ausfüllen)

Wie lange war die Verweildauer des Kindes im Krankenhaus?

Tage
Oder
Wochen

(Bitte Zutreffendes ausfüllen)

8.

Haben Sie sich während der Schwangerschaft/ Entbindung durch Ärzte/ Hebammen gut begleitet und versorgt gefühlt?

- Ja
 Nein

9.

Haben Sie während der Schwangerschaft/ Entbindung mit Ärzten/ Hebammen schlechte Erfahrungen gemacht, die Sie heute noch beschäftigen?

- Ja
 Nein

10.

Ist Ihr Kind auf natürlichem Weg oder mit Hilfe von Kinderwunschbehandlung entstanden?

- Natürlicher Weg
 Kinderwunschbehandlung

11.

Waren Sie seit der Geburt Ihres Kindes wegen einer ambulanten Behandlung ohne Übernachtung (z.B. Notaufnahme, Hochschulambulanz) im Krankenhaus?

- Ja
 Nein

Wenn ja, wie häufig?

ca. Mal

12.

War Ihr Kind seit der Geburt wegen einer ambulanten Behandlung ohne Übernachtung (z.B. Notaufnahme, Hochschulambulanz) im Krankenhaus?

- Ja
 Nein

Wenn ja, wie häufig?

ca. Mal

13.

Waren Sie seit der Geburt Ihres Kindes in stationärer Behandlung (mit Übernachtung) im Krankenhaus?

- Ja
 Nein

Wenn ja, wie lange insgesamt?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tage
Oder
Wochen

(Bitte
Zutreffendes
ausfüllen)

14.

War Ihr Kind seit der Geburt in stationärer Behandlung (mit Übernachtung) im Krankenhaus?

- Ja
 Nein

Wenn ja, wie lange insgesamt?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tage
Oder
Wochen

(Bitte
Zutreffendes
ausfüllen)

15.

Haben Sie seit der Geburt Ihres Kindes nach einer medizinischen Behandlung eine medizinische Anschlussheilbehandlung in Anspruch genommen (z.B. Rehaklinik)?

- Ja
 Nein

Wenn ja, wie lange insgesamt?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tage
Oder
Wochen

(Bitte
Zutreffendes
ausfüllen)

16.

Waren Sie seit der Geburt Ihres Kindes in einer Kur (z.B. auch Mutter-Kind-Kur)?

- Ja
 Nein

Wenn ja, wie lange insgesamt?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tage
Oder
Wochen

(Bitte
Zutreffendes
ausfüllen)

17.

Hat Ihr Kind seit der Geburt schon einmal die folgenden Behandlungen erhalten?

(Mehrfachantworten sind möglich)

- Ergotherapie
- Logopädie
- Osteopathie
- Physiotherapie
- Keine

Wenn ja, wie oft?

Ergotherapie

ca.

Mal

Logopädie

ca.

Mal

Osteopathie

ca.

Mal

Physiotherapie

ca.

Mal

18.

Haben Sie seit der Geburt eine physiotherapeutische Behandlung erhalten?

- Ja
- Nein

Falls ja, wie häufig?

Mal

Nutzung weiterer Angebote seit Geburt des Kindes (frühe Hilfen)

Bitte teilen Sie uns mit, welche weiteren Angebote Sie seit der Geburt Ihres Kindes in Anspruch genommen haben.

19.

Haben Sie schon einmal eine der folgenden Einrichtungen aufgesucht, um eine Beratung zu erhalten:

(Mehrfachantworten möglich)

- Eltern-Kind-Zentren
- Sozialpädiatrische Zentren
- Erziehungs- und Familienberatungsstellen
- Jugend- oder Gesundheitsämter
- Keine

Wenn ja, wie häufig wurden Sie insgesamt beraten?

ca. Mal

20.

Wurden Sie schon einmal von Mitarbeitern einer der folgenden Einrichtung zu Hause besucht, um Beratungsleistungen zu erhalten?

(Mehrfachantworten möglich)

- Eltern-Kind-Zentren
- Sozialpädiatrische Zentren
- Erziehungs- und Familienberatungsstelle
- Jugend- oder Gesundheitsamt
- Keine

Wenn ja, wie häufig wurden Sie zu Hause besucht?

ca. Mal

21.

Eine Tagesgruppe ist eine vom Jugendamt angebotene Hilfe zur Erziehung, in der Kinder tagsüber in Kleingruppen, ggf. inkl. eines oder beider Elternteile, betreut werden. Tagespflege, zum Beispiel durch eine Tagesmutter, ist damit nicht gemeint. Hat Ihr Kind schon einmal eine solche Tagesgruppe besucht?

- Ja
 Nein

Wenn ja, wie lange?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wochen
Oder
Monate

(Bitte Zutreffendes ausfüllen)

22.

Haben Sie und Ihr Kind in einer Mutter-Kind-Einrichtung gelebt?

- Ja
 Nein

Wenn ja, wie lange?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wochen
Oder
Monate

(Bitte Zutreffendes ausfüllen)

Hat Ihr Kind seit der Geburt Zeit in einem Kinderheim verbracht?

- Ja
 Nein

Falls ja, wie lange?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wochen
Oder
Monate

(Bitte Zutreffendes ausfüllen)

23.

Hat Ihr Kind seit der Geburt schon einmal Vollzeitpflege in einer anderen Familie erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein									
<u>Falls ja</u>, wie lange?	<table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>Wochen</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>Oder</td></tr><tr><td></td><td></td><td>Monate</td></tr></table> <p>(Bitte Zutreffendes ausfüllen)</p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Wochen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Oder			Monate
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Wochen								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Oder								
		Monate								

24.

Einige Familien erhalten nach der Geburt Hilfe von amtlichen oder ehrenamtlichen Betreuungshelfern oder Familienpaten, die Sie im Alltag mit dem Kind unterstützen. Damit meinen wir keine Unterstützung von Familienmitgliedern, Freunden oder Bekannten.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein									
Hatten Sie seit der Geburt Unterstützung durch Betreuungshelfer oder Familienpaten erhalten?										
<u>Falls ja</u>, wie lange?	<table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>Wochen</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>Oder</td></tr><tr><td></td><td></td><td>Monate</td></tr></table> <p>(Bitte Zutreffendes ausfüllen)</p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Wochen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Oder			Monate
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Wochen								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Oder								
		Monate								

25.

Waren Sie seit der Geburt Ihres Kindes schon einmal bei einer Drogen-, Alkohol- oder Suchtberatung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
<u>Falls ja</u>, wie oft?	<table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>Mal</td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Mal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Mal		

26.

Waren Sie seit der Geburt Ihres Kindes schon einmal in einer Schreiambulanz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<u>Falls ja</u>, wie oft?	<input type="text"/> <input type="text"/> Mal

Wir danken Ihnen vielmals für Ihre Teilnahme an dieser Befragung und wünschen Ihnen und Ihrem Kind weiterhin alles Gute.

Für Fragen zu unserer Studie oder zu Ihrer Studienteilnahme, können Sie sich gerne in unserem Studiensekretariat melden:

SKKIPPI Studiensekretariat

Telefon: 030/ 450 529 147

E-Mail: skkippi@charite.de



KOHORTENSTUDIE - SKKIPPI

*Evaluation der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie
mittels Prävalenz- und Interventionsstudien*

Gesundheitsökonomischer Fragebogen Ressourcenabfrage

Follow-up

Projektleiter: Prof. Dr. Thomas Keil
SKKIPPI Studiensekretariat
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie
Charité Universitätsmedizin Berlin
10098 Berlin
Telefon: 030/ 450 529 147
E-Mail: skkippi@charite.de

Teilnehmercode/ IDS:

Datum

Nutzung des Gesundheitswesens seit der letzten Befragung

1.

Wie häufig waren Sie seit der letzten Befragung beim niedergelassenen Hausarzt oder Allgemeinmediziner?

ca.

Mal

2.

Wie häufig waren Sie seit der letzten Befragung beim niedergelassenen Frauenarzt?

ca.

Mal

3.

Wie häufig war Ihr Kind seit der letzten Befragung bei einem niedergelassenen Kinderarzt?

ca.

Mal

4.

Nehmen Sie die vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen für Ihr Kind (U1-U9) in Anspruch?

- Ja
 Nein

5.

Haben Sie seit der letzten Befragung über die klassische Hebammenbetreuung hinaus weitere Hebammenbetreuung erhalten, z.B. durch eine Familienhebamme?

- Ja
 Nein

Falls ja, wie häufig wurden Sie von dieser Hebamme besucht?

Mal insgesamt

6.

Ist Ihr Kind auf natürlichem Weg oder mit Hilfe von Kinderwunschbehandlung entstanden?

- Natürlicher Weg
 Kinderwunschbehandlung

7.

Waren Sie seit der letzten Befragung wegen einer ambulanten Behandlung ohne Übernachtung (z.B. Notaufnahme, Hochschulambulanz) im Krankenhaus?

- Ja
 Nein

Wenn ja, wie häufig?

ca.

Mal

8.

War Ihr Kind seit der letzten Befragung wegen einer ambulanten Behandlung ohne Übernachtung (z.B. Notaufnahme, Hochschulambulanz) im Krankenhaus?

- Ja
 Nein

Wenn ja, wie häufig?

ca.

Mal

9.

Waren Sie seit der letzten Befragung in stationärer Behandlung (mit Übernachtung) im Krankenhaus?

- Ja
 Nein

Wenn ja, wie lange insgesamt?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tage
Oder
Wochen

(Bitte
Zutreffendes
ausfüllen)

10.

War Ihr Kind seit der letzten Befragung in stationärer Behandlung (mit Übernachtung) im Krankenhaus?

- Ja
 Nein

Wenn ja, wie lange insgesamt?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tage
Oder
Wochen

(Bitte
Zutreffendes
ausfüllen)

11.

Haben Sie seit der letzten Befragung nach einer medizinischen Behandlung eine medizinische Anschlussheilbehandlung in Anspruch genommen (z.B. Rehaklinik)?

- Ja
 Nein

Wenn ja, wie lange insgesamt?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tage
Oder
Wochen

(Bitte
Zutreffendes
ausfüllen)

12.

Waren Sie seit der letzten Befragung in einer Kur (z.B. auch Mutter-Kind-Kur)?

- Ja
 Nein

Wenn ja, wie lange insgesamt?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tage
Oder
Wochen

(Bitte
Zutreffendes
ausfüllen)

13.

Hat Ihr Kind seit der letzten Befragung schon einmal die folgenden Behandlungen erhalten?

(Mehrfachantworten sind möglich)

- Ergotherapie
- Logopädie
- Osteopathie
- Physiotherapie
- Keine

Wenn ja, wie oft?

Ergotherapie

ca.

Mal

Logopädie

ca.

Mal

Osteopathie

ca.

Mal

Physiotherapie

ca.

Mal

14.

Haben Sie seit der letzten Befragung eine physiotherapeutische Behandlung erhalten?

- Ja
- Nein

Falls ja, wie häufig?

Mal

Nutzung weiterer Angebote seit der letzten Befragung (frühe Hilfen)

Bitte teilen Sie uns mit, welche weiteren Angebote Sie seit der Geburt Ihres Kindes in Anspruch genommen haben.

15.

Haben Sie seit der letzten Befragung eine der folgenden Einrichtungen aufgesucht, um eine Beratung zu erhalten:

(Mehrfachantworten möglich)

- Eltern-Kind-Zentren
- Sozialpädiatrische Zentren
- Erziehungs- und Familienberatungsstellen
- Jugend- oder Gesundheitsämter
- Keine

Wenn ja, wie häufig wurden Sie insgesamt beraten?

ca. Mal

16.

Wurden Sie seit der letzten Befragung von Mitarbeitern einer der folgenden Einrichtung zu Hause besucht, um Beratungsleistungen zu erhalten?

(Mehrfachantworten möglich)

- Eltern-Kind-Zentren
- Sozialpädiatrische Zentren
- Erziehungs- und Familienberatungsstelle
- Jugend- oder Gesundheitsamt
- Keine

Wenn ja, wie häufig wurden Sie zu Hause besucht?

ca. Mal

17.

Eine Tagesgruppe ist eine vom Jugendamt angebotene Hilfe zur Erziehung, in der Kinder tagsüber in Kleingruppen, ggf. inkl. eines oder beider Elternteile, betreut werden. Tagespflege, zum Beispiel durch eine Tagesmutter, ist damit nicht gemeint. Hat Ihr Kind seit der letzten Befragung eine solche Tagesgruppe besucht?

- Ja
 Nein

Wenn ja, wie lange?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wochen
Oder
Monate

(Bitte Zutreffendes ausfüllen)

18.

Haben Sie und Ihr Kind seit der letzten Befragung in einer Mutter-Kind-Einrichtung gelebt?

- Ja
 Nein

Wenn ja, wie lange?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wochen
Oder
Monate

(Bitte Zutreffendes ausfüllen)

Hat Ihr Kind seit der letzten Befragung Zeit in einem Kinderheim verbracht?

- Ja
 Nein

Falls ja, wie lange?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wochen
Oder
Monate

(Bitte Zutreffendes ausfüllen)

19.

Hat Ihr Kind seit der letzten Befragung schon einmal Vollzeitpflege in einer anderen Familie erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
<u>Falls ja</u>, wie lange?	<table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> Wochen Oder Monate (Bitte Zutreffendes ausfüllen)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

20.

Einige Familien erhalten nach der Geburt Hilfe von amtlichen oder ehrenamtlichen Betreuungshelfern oder Familienpaten, die Sie im Alltag mit dem Kind unterstützen. Damit meinen wir keine Unterstützung von Familienmitgliedern, Freunden oder Bekannten. Hatten Sie seit der letzten Befragung Unterstützung durch Betreuungshelfer oder Familienpaten erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
<u>Falls ja</u>, wie lange?	<table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> Wochen Oder Monate (Bitte Zutreffendes ausfüllen)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

21.

Waren Sie seit der letzten Befragung schon einmal bei einer Drogen-, Alkohol- oder Suchtberatung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<u>Falls ja</u>, wie oft?	<table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> Mal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

22.

Waren Sie seit der letzten Befragung schon einmal in einer Schreiambulanz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<u>Falls ja, wie oft?</u>	<input type="text"/> <input type="text"/>	Mal

Wir danken Ihnen vielmals für Ihre Teilnahme an dieser Befragung und wünschen Ihnen und Ihrem Kind weiterhin alles Gute.

Für Fragen zu unserer Studie oder zu Ihrer Studienteilnahme, können Sie sich gerne in unserem Studiensekretariat melden:

SKKIPPI Studiensekretariat

Telefon: 030/ 450 529 147

E-Mail: skkippi@charite.de

Unterstützungsbedarf, Nachfrage und Inanspruchnahme von psychosozialen und psychotherapeutischen Hilfen aus Sicht peri- und postpartal psychisch belasteter Mütter - Eine qualitative Interviewstudie

INTERVIEW: UMGANG MIT BELASTUNGEN RUND UM DIE GEBURT UND IN DER ERSTEN ZEIT MIT KIND

INTERVIEWLEITFADEN

Einstiegsfrage: Wie geht es Ihnen momentan?

Was hat Sie dazu bewegt, an diesem Interview teilzunehmen?

TEIL 1: SUBJEKTIVE SICHT AUF SOZIALE UNTERSTÜTZUNG ALS MUTTER

Sind Sie seit der Geburt Ihres Kindes schon mal in einer Situation gewesen, wo Sie nicht sicher waren, ob Sie diese alleine bewältigen können?

- Wie war das für Sie?
- Wie haben Sie diese (spezifische) Situation gelöst?
- Wer hat Ihnen geholfen/ wem haben Sie sich anvertraut, wer konnte verstehen, was Sie brauchen, wer durfte wissen, wie es Ihnen geht...?

Wie ist das in Ihrer Familie oder in Ihrem Umfeld, wenn Sie als Mutter Hilfe brauchen?

- Was meinen Sie, wie denken Ihr Partner/ Ihre Partnerin, Ihre Eltern, Geschwister, Freunde, Nachbarn über Sie, wenn Sie Hilfe benötigen?

Wie ist das (generell) in Ihrem Leben, wenn Sie an Ihre Grenzen gelangen oder in Not geraten und Hilfe brauchen, wer ist Ihr erster Ansprechpartner?

- Wen sprechen oder rufen Sie als erstes an?
- Wen ziehen Sie ins Vertrauen? Wer ist für Sie da?
- (Wieweit) Können Sie sich auf diese Person/en verlassen?

TEIL 2A: SUBJEKTIVE SICHT AUF PROFESSIONELLE HILFSANGEBOTE

Wenn Sie an die Zeit rund um Geburt und die erste Zeit mit Ihrem Kind denken, welche Hilfen haben Sie außerhalb von Familie und Freundeskreis gebraucht/ nachgefragt/ in Anspruch genommen?

Unterstützungsbedarf, Nachfrage und Inanspruchnahme von psychosozialen und psychotherapeutischen Hilfen aus Sicht peri- und postpartal psychisch belasteter Mütter - Eine qualitative Interviewstudie

Wenn Sie Hilfe außerhalb von Familie und Freundeskreis suchen, wie machen Sie das? Wie finden Sie Informationen, an wen Sie sich wenden können?

Was haben Sie als hilfreich erlebt? Was hat Ihnen oder Ihrem Kind weitergeholfen?

- Was würden Sie einer Mutter empfehlen, die mit ihrem Kind in einer ähnlichen Situation ist?
- **Angenommen Sie würden eine Dankeskarte an eine*n professionelle*n Helfer*in/ Einrichtung schicken, was würde da darauf stehen?**

Was hat Ihnen oder Ihrem Kind gefehlt? Wo hätten Sie sich oder Ihrem Kind mehr Unterstützung gewünscht?

- Haben Sie evtl. schlechte Erfahrungen gemacht?
- **Angenommen, Sie würden einen Beschwerdebrief schreiben, was würde da drin stehen?**

Falls Sie keine Hilfe gebraucht/ gefunden/ in Anspruch genommen haben – warum nicht?

- Was hat Sie daran gehindert?
- Was ist passiert, dass Sie die Hilfesuche aufgegeben haben?

Wenn Sie Gesundheitssenatorin wären, was würden Sie als Erstes veranlassen, um werdende/ junge Mütter und Väter zu unterstützen, die sich in einer ähnlichen Situation wie Sie befinden? Was fehlt Ihrer Meinung nach in unserem Gesundheitssystem?

TEIL 2B: ÜBERBLICK UND BEWERTUNG ZU VERSORGUNGSANGEBOTEN

Sie haben bereits von X, Y und Z berichtet. Gibt es darüber hinaus noch weitere Anlaufstellen oder Hilfsangebote, die Sie kennen/ in Anspruch genommen haben / für Sie von Bedeutung waren/ sind?
(Diese werden auf dem Überblick angekreuzt/ ergänzt.)

Stellen Sie sich vor, eine Nachbarin erzählt Ihnen, dass Sie schwanger sei. Und Sie möchte Ihren Rat, was es vor und kurz nach der Geburt alles zu bedenken gilt. Welche Anlaufstellen und unterstützenden Hilfsangebote würden Sie Ihrer Nachbarin besonders ans Herz legen?
(Überblick: Bereich „Gesundheit“ abfragen; auch ob diese Angebote selbst genutzt wurden.)

Unterstützungsbedarf, Nachfrage und Inanspruchnahme von psychosozialen und psychotherapeutischen Hilfen aus Sicht peri- und postpartal psychisch belasteter Mütter - Eine qualitative Interviewstudie

Im Vertrauen sagt Ihnen ihre schwangere Nachbarin, dass sie momentan leider etwas knapp bei Kasse sei. Sie wisse gar nicht, wie sie die finanziellen Herausforderungen, die ein neugeborenes Kind mit sich bringt, stemmen soll. Welche finanziellen Hilfen können Sie ihr empfehlen?

(Überblick: Bereich „Finanzielle Hilfen“ abfragen; auch ob diese Angebote selbst genutzt wurden.)

Später treffen Sie ihre Nachbarin erneut. Diese sieht sehr müde und erschöpft aus. Ihre Nachbarin berichtet, dass Sie unterschätzt habe, wie anstrengend die ersten Wochen und Monate mit einem neugeborenen Kind doch sein können. Haben Sie einen guten Tipp, wie und wo sich Ihre Nachbarin Unterstützung holen und Entlastung verschaffen könnte?

(Überblick: Bereich „Unterstützung zu Hause“ abfragen; auch ob diese Angebote selbst genutzt wurden.)

Fallen Ihnen noch weitere Informations- und Beratungsmöglichkeiten für werdende Eltern ein?

(Überblick: Bereich „Beratungsstellen“ abfragen; auch ob diese Angebote selbst genutzt wurden.)

Oder gibt es noch weitere Angebote für Eltern, die Sie noch ergänzen möchten? (Ggf. Beispiele des Überblicks als Anregung nennen.)

(Überblick: Bereich „Sonstiges“ abfragen; auch ob diese Angebote selbst genutzt wurden.)

TEIL 3: BEISPIELSSITUATIONEN FÜR (NICHT-)INANSPRUCHNAHME-VERHALTEN

*Interviewer*in exploriert Beispiel-Situation/en (die bereits in Teil 1 angesprochen wurde) und passt die Fragen an, je nachdem ob*

- ❖ a) Hilfe gesucht wurde und auch zu Stande kam,
- ◆ b) Hilfe gesucht wurde aber nicht zu Stande kam oder
- ▶ c) keine Hilfe gesucht wurde.

Ich möchte noch einmal auf die Situation zu sprechen kommen, von der Sie bereits erzählt hatten:

Können Sie mir genau schildern, was passiert ist, als Sie alleine nicht mehr zurechtgekommen sind?

Wofür haben Sie Hilfe gebraucht?

- Wer hat das noch so gesehen? Wie hat Ihr Partner/ Ihre Partnerin das gesehen?

Unterstützungsbedarf, Nachfrage und Inanspruchnahme von psychosozialen und psychotherapeutischen Hilfen aus Sicht peri- und postpartal psychisch belasteter Mütter - Eine qualitative Interviewstudie

❖ **a) Hilfe wurde gesucht und kam auch zu Stande:**

Was war ausschlaggebend dafür jemanden anzurufen/ aufzusuchen/ um Hilfe zu bitten?

Wer hat die Hilfe initiiert/ organisiert?

Wie lange hat es gedauert, bis Sie Hilfe gefunden haben?

Wie weit war die Hilfe von Ihrem Zuhause entfernt?

Wie war der erste telefonische oder persönliche Kontakt zu Ihrem professionellen Ansprechpartner?

- Wie haben Sie die Begegnung mit dieser Person in Erinnerung?
- **Wie hat Ihr Kind darauf reagiert?**

Wie hat das Umfeld darauf reagiert?

Wie lange hat es gedauert, bis Sie Vertrauen in die helfende Person gefasst haben?

Wann/ wodurch haben Sie Hilfe/ Entlastung verspürt?

Wie lange haben Sie die Hilfe in Anspruch genommen?

- Aus welchen Gründen wurde die Hilfe zu diesem Zeitpunkt beendet?
- Hat Ihnen die Hilfe in Ihrer Situation ausreichend weitergeholfen?
- Ging es Ihnen danach besser oder gab es einen anderen Grund für die Beendigung. Wenn nein: Was hat Ihnen gefehlt/ was hätten Sie sich gewünscht?

Mit welchem Begriff würden Sie die Erfahrung mit dieser Person/ Institution beschreiben (z.B. Eigenschaftswort, Filmtitel...)?

◆ **b) Hilfe wurde gesucht, kam aber nicht zu Stande:**

Was war ausschlaggebend dafür jemanden anzurufen/ aufzusuchen/ um Hilfe zu bitten?

Wer hat die Hilfe initiiert/ organisiert?

Wie lange hat es gedauert, bis Sie Hilfe gefunden haben?

Wie war der erste telefonische oder persönliche Kontakt zu Ihrem professionellen Ansprechpartner?

- Wie haben Sie die Begegnung mit dieser Person in Erinnerung?
- **Wie hat Ihr Kind darauf reagiert?**

Wie hat das Umfeld darauf reagiert?

Wann/ warum haben Sie es nicht weiter versucht?

Mit welchem Begriff würden Sie die Erfahrung mit dieser Person/ Institution beschreiben (z.B. Eigenschaftswort, Filmtitel...)?

Unterstützungsbedarf, Nachfrage und Inanspruchnahme von psychosozialen und psychotherapeutischen Hilfen aus Sicht peri- und postpartal psychisch belasteter Mütter - Eine qualitative Interviewstudie

► **c) Es wurde keine Hilfe gesucht:**

Was war ausschlaggebend niemanden anzurufen/ aufzusuchen/ um Hilfe zu bitten?

Was hat Sie daran gehindert, nach professioneller Hilfe zu suchen?

Wer/ was hat stattdessen geholfen?

Wie denken Sie über das Hilfesystem?

Abfassung des Semistrukturierten Interviewleitfadens:

Version 10 (Stand: 25.08.2020)

© Dr. rer. med. Gabriele Koch (gabriele.koch@ipu-berlin.de),

Katharina Richter (katharina.richter@ipu-berlin.de),

Nora von Hacht (nora.vonhacht@ipu-berlin.de),

Stella Hoffmann (stella.hoffmann@ipu-berlin.de)

Utilization and costs of health care and early support services in Germany and the influence of mental health burden during the postnatal period

Benjamin Kass¹, Stephanie Roll¹, Marie Bolster¹, Michaela Heinrich-Rohr¹, Lars Kuchinke², Christiane Ludwig-Körner³, Franziska Schlenzog-Schuster^{4,5}, Julia Fricke¹, Anne Berghöfer¹, Thomas Keil^{1,6,7}, Thomas Reinhold^{1,8}

Affiliations

¹ Institute of Social Medicine, Epidemiology and Health Economics, Charité –

Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-

Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Luisenstr. 57, 10117 Berlin, Germany

² Psychological Methods and Evaluation, International Psychoanalytic University, Stromstr. 1, 10555 Berlin, Germany

³ International Psychoanalytic University, Stromstr. 1, 10555 Berlin, Germany

⁴ Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics, University of Leipzig, Liebigstr. 20A, 04103 Leipzig, Germany

⁵ University Hospital of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, University of Bern, Untere Zollgasse 99, 3063 Ittigen, Switzerland

⁶ Institute of Clinical Epidemiology and Biometry, University of Würzburg, Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg, Germany

⁷ State Institute of Health I, Bavarian Health and Food Safety Authority, Eggenreuther Weg 43, 91058 Erlangen, Germany

⁸ Institute for Complementary and Integrative Medicine, University Hospital Zurich and University of Zurich, Sonneggstr. 6, 8091 Zürich, Switzerland

Corresponding author

Benjamin Kass

Institute of Social Medicine, Epidemiology and Health Economics

Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health

Luisenstr. 57, 10117 Berlin, Germany

benjamin.kass@charite.de

Abstract

Limited evidence is available about health care utilization and its determinants in the vulnerable postnatal period for mothers and their children. Thus, the aim of our analyses was to assess determinants of health care and early support services utilization regarding mothers and their children and associated costs in the postnatal period in Germany. Moreover, we aimed to investigate the impact of noticeable mental health and psychosocial burdens on health care and early support services utilization and costs. Using a two-step assessment process of parents from a randomly selected sample of 30,000 recently born children in the multicenter observational population-based cohort study of the SKKIPPI project, we firstly identified mothers who were potentially at risk of mental health and psychosocial burden. These mothers were then invited to participate in an in-depth assessment, including a detailed self-developed questionnaire focusing on early support and health care services utilization. A follow-up after 6 months was conducted. Potential determinants of early support services utilization were analyzed using logistic regression. General linear models with gamma distribution and log link functions were applied to analyze potential determinants of health care costs and to estimate mean adjusted costs. Mothers with a noticeable mental health or psychosocial burden and their children caused mean early support services costs of €1073 and caused total costs of €10,849 in the postnatal period from a payer's perspective compared to €349 (early support services) and €9136 (total costs) for mothers without a noticeable mental health or psychosocial burden and their children. The main determinants of total costs were facing a chronic disease (child), preterm delivery, bad experiences with doctors and midwives, and single parenthood. The majority of participants (69%) utilized some kind of early support services. The most important determinants of early support service utilization in the postnatal period with respect to the children were facing a chronic disease, being the first child, and being born as a twin. Our findings highlight the importance of sufficient appreciation and treatment of mental health problems in the postnatal period from both a societal and payer's perspective. Future research should investigate whether these and more specific interventions could be a cost-effective way to support mothers with mental health or psychosocial burden and their children.

Keywords

Mental health; postnatal period; cost analysis; early support service; determinants

Abbreviations

EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
ESS	Early support services
M.I.N.I.	Mini-International Neuropsychiatric Interview
NMPB	Noticeable mental health or psychosocial burden
PBA	Parental Burnout Assessment
RCT	Randomized controlled trial
step 2	screening step 2

1. Introduction

The postnatal period is regularly accompanied by major life changes. It can potentially affect all family members and areas of living such as housing, social relationships, and future careers. Coping with these changes can be very challenging for those affected. This makes it a vulnerable time for both parents and their children, with potentially negative short to long-term effects on their mental well-being e.g. in the form of psychosocial stress and postnatal depression (Diem-Wille, 2014; Fricke et al., 2020; Insan, Weke, Forrest, & Rankin, 2022; Stein et al., 2014; Verbeke, Bogaerts, Nuyts, Crombag, & Luyten, 2022).

The main research focus on this worldwide health problem has been on maternal postnatal depression and anxiety disorders. A recent systematic review and meta-analysis estimated the pooled prevalence of postnatal depression, based solely on the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987), to be between 9% (EPDS score ≥ 14) and 27.8 % (EPDS ≥ 9) (Lyubenova et al., 2021). The inclusion of additional instruments increased the variation in prevalence which ranged between 4% to 64% according to a further review (Arifin, Cheyne, & Maxwell, 2018). The prevalence of postnatal anxiety disorders varies across self-reported anxiety symptoms (15%) and clinically diagnosed anxiety disorders (10%) (Dennis, Falah-Hassani, & Shiri, 2017). The displayed variety in results expands to the newer concept of parental burnout (Mikolajczak & Roskam, 2018). Its prevalence ranges between <1% and > 8% across countries in the pre-SARS-CoV-2 era (Isabelle Roskam et al., 2021). A recent study from Spain, which started its data collection shortly after the SARS-CoV-219 related confinements in 2020, found a markedly higher prevalence level of over 26% (Suárez, Núñez, Cerezo, Rosário, & Rodríguez, 2022). Likewise, current analyses from Germany showed that parental stress increased during the pandemic. Moreover, the authors found higher prevalence levels of depressive symptoms (12.3%) and anxiety (9.7%) than the German normative data (Calvano et al., 2022; Löwe et al., 2010). The described maternal and parental mental health problems can have negative implications on their children (Stein et al., 2014). Ranging from regulatory or development problems in early childhood to a greater risk of developing poor mental health outcomes over the course of their lives (Brennan et al., 2000; Martini et al., 2017; Reck, Nonnenmacher, & Zietlow, 2016; Reck et al., 2018; Sidor, Fischer, & Cierpka, 2017).

In addition to clinical treatments such as psychotherapeutic and psychiatric services, so-called early support services (ESS) can be more easily accessible interventions for burdened families. In Germany, early support includes a broad range of services and interventions for families and especially burdened families aiming to improve development opportunities of children and families (Buschhorn, 2012; Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 2016). With the focus on Germany, Fricke et al 2020 gives a description of available programs. However, barriers like stigma associated with mental health disorders, lead to insufficient utilization of

psychotherapeutic and psychosocial interventions (Ford, Roomi, Hugh, & van Marwijk, 2019; Hadfield & Wittkowski, 2017).

Only scarce information about the health care and ESS utilization as well as its underlying costs for mothers facing mental health burdens and their children is available. The limited evidence suggest that a higher educational level is associated with greater knowledge and utilization of ESS interventions in Germany. The only exception is the utilization of family midwives, with higher utilization by less-educated families (Eickhorst et al., 2016; Salzmann, Fullerton, & Sann, 2021).

The aim of our analyses was to investigate the determinants of health care and early support services utilization by mothers and their newborn children and associated costs in the postnatal period in Germany. Moreover, we aimed to investigate the impact of noticeable mental health and psychosocial burdens on health care and early support services utilization and costs in the postnatal period.

2. Material and methods

Our analyses are embedded in the collaborative SKKIPPI project, which consists of two randomized controlled trials (RCTs) and an observational population-based cohort study (Fricke et al. 2020). Both RCTs evaluate the efficacy and cost-effectiveness of a parent-infant-psychotherapy program compared to usual care in mothers and children with regulatory disorders in clinical and outpatient settings (Mattheß et al., 2020; Sprengeler et al., 2021).

The present work is based on self-reported health and social care utilization data collected within the observational study.

2.1 Study design and participants

An extensive two-step assessment process of parents (natural or adoptive, at least 18 years old) from a randomly selected sample of almost 30,000 contact addresses of children born within the last 12 months at the time of sampling, from three urban region registry offices in Germany (25,200 from Berlin, 4250 from Leipzig, and 550 from Flensburg) was conducted between March 2019 and September 2020. After written or online informed consent was given regarding study participation, a self-developed online questionnaire (in German, English, Turkish, or Arabic language) was used to retrieve basic socio-demographic data of the participants and to identify parents who were potentially at risk of facing a mental health or psychosocial burden. Fathers were also allowed to participate in this first screening step of the survey, but only mothers at risk of a mental health or psychosocial burden were asked to participate in the screening step 2 (step 2) (Figure 1).

Step 2 was an in-depth assessment via phone to verify the mental and psychosocial status of the participants by trained study staff, including an adapted version of the Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) (Sheehan et al., 1998), the Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox et al., 1987), the Parental Burnout Assessment questionnaire (PBA) (I.

Roskam, Brianda, & Mikolajczak, 2018) and the questionnaire on crying, feeding, and sleeping disorders (CFSQ) (Groß, Reck, Thiel-Bonney, & Cierpka, 2013). Furthermore, a detailed self-developed questionnaire on health and social care utilization of the participating mother and her index child was applied, which was the main data source for our analyses.

An additional follow-up assessment six months after step 2 was conducted by phone with mothers for whom a noticeable mental health or psychosocial burden (NMPB) was confirmed in step 2. A NMPB was defined as the presence of a) at least one current mental health disorder (according to the M.I.N.I. interview), or b) parental burnout symptoms (defined as a PBA score of ≥ 76), or c) major depressive symptoms (defined as an EPDS score ≥ 13 points). While questionnaires were available in German and English, Turkish, or Arabic language, phone interviews were conducted in German and English. Despite being able to complete the questionnaires and interview in one of the languages above, inclusion criteria further comprised that mothers were at least 18 years of age and the child not older than 2 and a half years of age at the screening step 1. The health and social care utilization questionnaire, analogous to the step 2, was also used at follow-up.

2.2 Utilization and cost data

Data on the amount of health and social care service utilization was collected using the self-developed questionnaire. Costs were calculated for the postnatal period a) between birth and step 2, excluding the costs associated with the birth of the index children and b) between step 2 and follow-up. German national unit cost assumptions and stakeholder information were applied to value the reported utilization data based on 2021 prices (Bock et al., 2015). Different stakeholders, ranging from workers in the field to local authorities and a nationwide operating statutory health insurance company, were involved in estimating the underlying unit costs from a payer's perspective. The intensive stakeholder involvement was necessary to account for the heterogeneity of the ESS sector in Germany and the variety of different often only locally operating providers without a standardized fee scale. Early support services comprise of expert consultation both at home or at walk-in centers, accommodation at mother-child facility, fulltime childcare, crying counseling, or care assistance.

Utilization costs of visitations and consultations were categorized into costs a) only associated with the mother's health and wellbeing (including costs for general practitioners, gynecologists, emergency rooms, hospitals, rehabilitations, physiotherapy and addiction counselling), b) only associated with the index child's health and wellbeing (pediatricians, early detection screenings according to § 26 Book 5 of the German social code (SGB V), emergency rooms, hospitals, ergotherapy, logotherapy, osteopathy and physiotherapy), c) costs associated with both mother's and index child's health and wellbeing (midwife care, mother-child-treatment courses and ESS). Furthermore, total costs and ESS costs were estimated. Costs were

calculated for every participant with self-reported utilization of health care services or ESS. Missing cost values were not replaced. Standard midwife care was valued under the assumption that every mother received the 16 sessions that are recommended in Germany and reimbursed by statutory health insurance companies. For the valuation of early detection screening costs, screening reimbursement costs from German statutory health insurance companies were applied. Thereby, the maximum possible time intervals for the different early detection screenings were taken into account.

2.3 Statistical analyses

Baseline characteristics from screening step 1 are reported as proportions or means and standard deviation (SD). Utilization data and costs results are described as proportions of utilizers as well as means and SD. Utilization results are further analyzed as median and interquartile range (IQR). Results are presented in total and by NMPB status.

Potential determinants of ESS utilization were analyzed using logistic regression yielding odds ratios (ORs) with 95% confidence intervals (95% CIs). Potential determinants of ESS utilization until step 2 in our model related to the mother are facing a NMPB (yes/no); age in years (continuous); living in Berlin (yes/no); being born in Germany (yes/no); high educational level according to the international standard classification of education (ISCED) (UNESCO, 2012) (yes/no); single parenthood (yes/no); bad experiences with doctors/midwives over the course of pregnancy and delivery (yes/no); and receiving state benefit payments (yes/no). Potential determinants related rather to the index children are age in months from birth to step 2 (continuous); being a twin (yes/no); preterm delivered (yes/no); first child (yes/no); facing a chronic disease (yes/no); and regulatory problems according to the CFSQ (yes/no). Since the recruitment started before and ended in the middle of the SARS-CoV-2 pandemic, completing step 2 prior to or after the beginning of the first lockdown in Germany was also added to the model. The beginning of the lockdown was dated to the beginning of school closing in Berlin on the 16th of March 2020.

Considering skewness of health care cost data, the assumption of normally distributed cost data was violated. Hence, more suitable general linear models with gamma distribution and log link function (Gregori et al., 2011; Mihaylova, Briggs, O'Hagan, & Thompson, 2011) were applied to analyze determinants of total health care costs and to estimate mean adjusted costs with 95% CIs for the period up to step 2. Determinants of total health care costs until step 2 are reported as exponentiated estimates of the gamma distributed general linear model and 95% CIs. The same potential determinants as described above for the utilization of ESS entered the model. Taking our findings on the determinants of total costs into account, the different cost categories (see 2.2) were adjusted a) for the different observation periods reflected in the index children's age at the time of step 2, b) the presence of a chronic disease

of the index child, c) single parenting of the mother, d) preterm delivery and e) bad experiences with doctors or midwives during the course of pregnancy and delivery.

Since follow-up data is only available for a limited portion of participants with confirmed NMPB at step 2, analyses of follow-up data are limited to descriptive analyses of utilization and cost differences (since step 2) with respect to still facing a NMPB or not.

All statistical analyses were performed using R version 4.2.1 (R Core Team, 2020) and SPSS version 27 (IBM Inc.).

2.4 Sensitivity analyses

Taking the heterogeneity and lack of a standardized fee scale particularly in the ESS sector into account, sensitivity analyses were carried out to validate the cost results. A one-way deterministic sensitivity analysis was performed by varying the underlying unit costs consecutively within predefined minimum-maximum ranges ($\pm 20\%$ of the base case cost assumption). This makes it possible to estimate the influence of each individual input on the overall result separately. These results were then plotted in a tornado diagram. In an additional probabilistic sensitivity analysis, a Monte Carlo simulation process was implemented which involves running the calculation 1000 times using randomly sampled values of all cost model inputs simultaneously. Underlying unit costs were allowed to vary within the minimum-maximum ranges of the deterministic sensitivity analysis. The results were then presented in a histogram showing the variance of the results.

3. Results

3.1 Participants

From the randomly selected sample of 29,516 households, 5,873 participants (4,933 mothers) from 5,089 households completed the screening step 1. Overall, 1,185 mothers were defined as being at least potentially at risk of psychosocial stress or mental health disorders at the screening step 1. From this sample, 792 mothers and their children could be included in our analyses from birth of the index children to step 2. The mean age of the mothers was 34.4 years (SD ± 4.8 months) at the time of step 2 and the mean index children's age was 17.5 months (± 3.4 months). The majority of participants lived in Berlin (82.6%) and had a high educational level (83.6%) (Table 1).

A NMPB was found in 368 mothers (46.5%) at step 2. NMPB was mainly related to have at least one mental health disorder according to the M.I.N.I. (84.5% of the participants with a NMPB), followed by parental burnout symptoms (39.5%) and major depressive symptoms (17.2%). For the remaining 424 mothers, the self-stated burden at screening step 1 could not be confirmed in step 2. Socio-demographic characteristics of participants with and without a NMPB were mostly comparable (Table 1). However, a higher proportion of mothers in the

NMPB group had a low educational level according to the ISCED, were single parents, recipients of state benefit payments and had previous bad experience with doctors or midwives during labor or pregnancy.

From the 368 mothers with a confirmed NMPB at step 2, follow-up data was available for only 256 mothers resp. their index children. The mean time between step 2 and follow-up was 6.8 months (208 days \pm 39 days). A NMPB at the follow-up was confirmed again in 178 mothers (70.1%). The distribution of related mental health conditions was comparable to step 2. The majority faced at least one mental health disorder according to the M.I.N.I. (85.4% of the participants with a NMPB at follow-up), followed by parental burnout symptoms (40.1%) and major depressive symptoms (19.2%).

3.2 Health care and early support services utilization

Over 99% of the index children were seen by a pediatrician and received early detection screenings, which are mandatory in the first months after birth in Germany (Table 2). Moreover, almost all mothers consulted a gynecologist (97.6%). In general, the proportions of utilizers were comparable over the different services although proportions of utilizers, the mean and median number of visitation or days of stay were often slightly higher in the NMPB group. Notably higher means in the NMPB group were observed for mothers' and index children's hospital stays and mean number of index children's logotherapy visits. The proportion of ESS utilizers was higher in the NMPB group (70.3%) compared to the group with no NMPB (66.0%). The difference stems mainly from higher proportions of utilizers of expert consultation at walk-in centers and crying counseling.

For participants with NMPB the proportion of persons utilizing health care and early support services changed from step 2 to follow-up. The largest change in utilization was observed in gynecologist visits of the mothers (from 97.6% at step 2 to 59.2% at follow-up), emergency room visits (38.4% to 19.5%) and hospital stays (21.1% to 6.6%) of the index children as well as ESS utilization (69.0% to 25.4%). In line with the different proportions of utilizers, the mean and median number of visits or days of utilization were lower for most of the services. The utilization trends until step 2, with higher proportions of utilizers and mean number of visitations in the group of participants still facing a NMPB, were confirmed at follow-up (additional details in Appendix Table A.1).

The chance of ESS utilization increased on the mothers' side with a NMPB at step 2, living in Berlin (OR 7.36, 95%CI 4.65-11.86), being born in Germany (OR 1.83, 95%CI 1.13-2.95), and being a single parent (OR 2.2, 95CI 1.14-4.46, Table 3). With regard to the index children, the chance of ESS utilization increases with being a twin, a preterm delivery, being the first child and facing a chronic disease. Completing step 2 prior to the first lockdown in Germany was associated with a lower chance of ESS utilization.

3.3 Health care and early support services utilization costs

Categorized unadjusted mean costs (overall and stratified by facing a NMPB) from a payer's perspective until step 2 are displayed in Figure 2a. Mean costs in the NMPB group were higher over all categories compared to the group without a NMPB. Mean overall total costs were €4612±10,944. The largest cost component of mean total costs were costs of hospital stays both for mothers (€652±4175) and index children (€1181±5658). Further important cost components were pediatrician (€499±239) and common midwife services costs (€547±194). The largest cost component of the mean ESS costs were the utilization and accommodation costs at mother child facilities (€302±6194).

Figure 2b shows the unadjusted mean costs from step 2 to follow-up with respect to the change in facing a NMPB. The changes in utilization of health care and early support services were reflected in decreasing mean costs in the shorter period between step 2 and follow-up. Moreover, the higher mean costs in the NMPB group until step 2 were confirmed for aged children in the period during step 2 until follow-up. The largest components of mean total costs in this period were the mean cost for hospital stays of the index children (€260±1612) and mothers (€126±637), pediatrician costs (€129±136), and costs of emergency room visits for the index children (€126±328) as well as mothers (€126±1346).

The main determinants of total costs at step 2 were facing a chronic disease (index child), preterm delivery, bad experiences with doctors and midwives during pregnancy and delivery, and single parenthood (Table 4). In line with our findings regarding the determinants of ESS utilization, mean total costs decreased *ceteris paribus* proportionally if step 2 took place prior to the first lockdown in Germany.

Hence, categorized costs until step 2 were adjusted for these variables as well as the age of the index children in months. Adjusted mean costs were higher in the NMPB group over all categories (Table 5). Mean additional total costs were €1713 for the NMPB group and largest cost components were costs associated with the index children.

3.4 Sensitivity analyses

The cost results proved to be robust in our sensitivity analyses. The deterministic sensitivity analysis revealed that a ±20% change in the valuation of the ESS components had only marginal implications on the mean total costs. It was further observed that changes in the valuation of hospital stays had the largest impact on the mean total costs from a payer's perspective (Figure 3). The results of the Monte Carlo simulation show only marginal variations in mean total costs, €4612 (base case) to €4635 (Monte Carlo simulation) (Figure 4).

4. Discussion

In this study we investigated differences in health care and early support services utilization and costs of mothers who faced a NMPB compared to mothers without a NMPB and their respective index children. We further examined the determinants of health care and early support services utilization and associated costs of mothers and their index children in the postnatal period in Germany.

The following results stand out from our analyses. First, mothers with a NMPB and their index children caused higher mean ESS and total costs in the postnatal period from a payer's perspective compared to mothers without a NMPB and their index children. Second, main determinants of mean total costs at step 2 were facing a chronic disease (index children), preterm delivery, bad experiences with doctors and midwives, and single parenthood. Third, the majority of participants utilized some kind of ESS, with a higher proportion of utilizers in mothers facing NMPB and their index children. Fourth, the most important determinants of ESS utilization in the postnatal period were living in Berlin, and with respect to the index children: a chronic disease, being the first child and born as a twin. Fifth, our results regarding the utilization and costs of health care and early support services were confirmed for index children advanced in age and mothers who previously faced a NMPB compared to mothers who continuously suffered from a NMPB over the course of our study. Sixth, starting study participation during the SARS-CoV-2 pandemic was associated with a higher chance of ESS utilization and total costs. Seventh, the vast majority of index children have been seen by pediatricians and received mandatory early detection screenings in the postnatal period.

Our cost results support the importance of prevention and sufficient treatment of postnatal mental health problems from a payer's perspective in Germany. Our adjusted cost estimates showed noticeable cost differences between the groups with higher mean costs in the NMPB group over all categories except for costs solely associated with the mothers. All mothers who entered our analyses felt at least some kind of psychosocial stress or another mental health burden at the initial online assessment. These cost differences persisted until follow-up for those who no longer faced a NMPB at this time point compared to those still facing a NMPB. It can be assumed that the cost differences would have been higher if we compared mothers with a NMPB to mothers with no mental health burden at all. Thus, the estimated cost differences between the groups are rather conservative. This conclusion is in line with the international literature which shows uniformly high costs for mothers with postnatal mental health disorders (Bauer, Knapp, & Parsonage, 2016) and higher costs compared to mothers without postnatal mental health disorders (Brown, Adams, George, & Moore, 2021; Dagher, McGovern, Dowd, & Gjerdingen, 2012; Masters et al., 2020; Moran et al., 2020). Unfortunately, to the best of our knowledge no such data is available for Germany.

Evidence of determinants of health care costs in the postnatal period are scarcely available and again no data for Germany is available. Our findings are in line with recent studies focusing on health care utilization and costs of perinatal depression (Pollack et al., 2022) and the impact of a history of poor mental health on health care costs in the perinatal period (Chojenta, William, Martin, Byles, & Loxton, 2019). However, our results regarding the influence of facing a NMPB is weaker and thereby in line with our assumptions made above. The influence of bad experiences with doctors and midwives highlights the importance of sufficient appreciation of necessities and concerns of expecting mothers and indicates the relevance of psychological support after traumatic experiences during pregnancy.

In contrast to the scarce available literature for Germany, the educational level had no influence on the utilization of ESS in our population (Eickhorst et al., 2016). The dominance of living in Berlin as a determinant of ESS utilization is most likely attributable to the fact that Berlin was the only study site which promotes so called initial home visits by trained social workers of the local public children, youth and health service via postal mail. Hence, the more striking determinants of ESS utilization besides facing a NMPB are the presence of a chronic condition of the children as well as single parenthood, twin birth and preterm delivery. All of these circumstances have in common that they are particularly challenging for the affected families. In line with the German literature, higher utilization by mothers born in Germany might be explained by better knowledge of the available support services (Hurrelmann, Klinger, & Schaeffer, 2020). Consequently, special attention should be given to possible access barriers for mothers with a migration background. Hence, these determinants highlight the importance of ESS especially for those families facing severe life challenges. In line with this conclusion, we could show that the assessment prior to the first lockdown was associated with a smaller chance of ESS utilization. This result is reflected in the growing evidence of the negative impact of the pandemic for mothers (Calvano et al., 2022; Davenport, Meyer, Meah, Strynadka, & Khurana, 2020).

4.1 Strengths and limitations

Our analyses are embedded in the first approach in Germany to assess the psychosocial stress and mental health disorders in parents and their children in early childhood using a large population based random sample from local registry offices and established/validated questionnaires to evaluate the mental health burden of participating mothers. Furthermore, we have made the first attempt to systematically evaluate the utilization and underlying costs of health care and early support services in the vulnerable postnatal period in Germany with a self-developed questionnaire. Numerous stakeholders were involved in valuing the underlying costs of ESS utilization. We accounted for the rapidly changing challenges in the postnatal period by adjusting the costs of health care and early support services utilization to the different observational periods represented by the age of the index children. We further adjusted costs

to detected confounders. The mental health burden of the participants was assessed with standardized and validated questionnaires.

The main limitations of our analyses are a result of the observational study design. Even though parents of almost 30,000 randomly selected children were asked to participate in the SKKIPPI study, selection bias might have affected the generalizability of our results (Tripepi, Jager, Dekker, & Zoccali, 2010). Our study population was rather well educated and slightly older compared to the general population. Since our analyses were based on self-reported data, some uncertainty to the responses arises. Even though the interviewers were specifically trained, social desirability bias might have affected the responses of participating mothers (Chung & Monroe, 2003). Mothers might have been ashamed of certain utilizations like addiction counseling or have felt obligated to state false utilizations of their index child, e.g., early detection screening. The overall effect of the challenges mentioned above stays unclear. Another limitation arises from the age-related inclusion criteria. According to our study protocol, the recruitment of parents was restricted to participants with at least 18 years. Adolescents were not included, although it is reasonable to assume that teenage pregnancy again emerges with particular challenges that have a likely impact on mental health, particularly for mothers. In order to minimize the effort for the participants (e.g. to reduce the number of dropouts) the self-developed questionnaire on health and social care utilization was made as short as possible. The questionnaire provides a good opportunity to analyze and value general health care and early support services utilization. It is detailed enough to ascertain the extent of services utilized, but unable to distinguish between different reasons of utilization. Hence, it is unclear which medical conditions influenced the utilizations and costs apart from the NMPB in the mothers.

The absence of fathers in our sample was a priori justified by the assumption that mothers are the main reference persons of the children after birth and would thereby be more likely to participate in the study (Fricke et al., 2020). Focusing on mothers makes the cohort more balanced but leaves a blind spot to our analyses on the fathers' side. Also, fathers face unique challenges in the postnatal period (Giallo et al., 2013). Hence, our utilization and cost results might be underestimated. However, with respect to ESS utilization mothers are likely to answer for the entire family and thereby reduce the effect of neglecting fathers in our study.

Furthermore, we did not monetarily value care assistance by family sponsors. According to the involved stakeholders, family sponsors are predominantly working on a voluntary basis making a valuation from a payer's perspective obsolete. Utilization of care assistance is evenly allocated over both groups. Hence a valuation would not have changed directions of cost results, but the costs might be further underestimated. No specific information on psychiatric treatment of the mothers or index children was available. This adds to the potential underestimation of utilization costs.

Even though we focused on the postnatal period, some mothers might have falsely stated the initial hospital visit associated with the birth of the index children as a postnatal hospital visit and thereby lead to an overestimation of costs. Since hospital costs were the dominant component of our total costs this could have reduced the underestimation of total costs.

In line with previous studies, the follow-up period and therefore the time horizon of our analysis was rather short given the transgenerational origin and potential long-lasting impacts of mental disorders (Bauer et al., 2016; Verbeke et al., 2022). However, our results add to the vulnerable postnatal period, but no conclusions can be drawn regarding long-term health care and early childhood intervention utilization and associated costs of mothers facing mental health burdens and their children.

Finally, it was beyond the scope of our observational study design to investigate the cost-effectiveness of ESS or more specific interventions to support mothers with NMPB. However, in the SKKIPPI project there are ongoing RCTs to investigate Parent-Infant-Psychotherapy a) for mothers with postpartum mental disorders and their infants (Mattheß et al., 2020) and b) for infants with regulatory disorders and their mothers (Sprengeler et al., 2021).

5. Conclusion

Our findings indicate an additional burden associated with mental health problems during the postnatal period and highlight the importance of sufficient appreciation and treatment of mental health problems from both a societal and payer's perspective. In Germany, early support services seem to play an important positive role in supporting families in the vulnerable postnatal period. Future research should investigate whether these and more specific interventions could be a cost-effective way to promote well-being for mothers with mental health burdens and their children.

References

- Arifin, S. R. M., Cheyne, H., & Maxwell, M. (2018). Review of the prevalence of postnatal depression across cultures. *AIMS Public Health*, *5*(3), 260-295. doi:10.3934/publichealth.2018.3.260
- Bauer, A., Knapp, M., & Parsonage, M. (2016). Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. *J Affect Disord*, *192*, 83-90. doi:10.1016/j.jad.2015.12.005
- Bock, J. O., Brettschneider, C., Seidl, H., Bowles, D., Holle, R., Greiner, W., & König, H. H. (2015). Ermittlung standardisierter Bewertungssätze aus gesellschaftlicher Perspektive für die gesundheitsökonomische Evaluation. [Calculation of Standardised Unit Costs from a Societal Perspective for Health Economic Evaluation]. *Gesundheitswesen*, *77*(01), 53-61.
- Brennan, P. A., Hammen, C., Andersen, M. J., Bor, W., Najman, J. M., & Williams, G. M. (2000). Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: Relationships with child outcomes at age 5. *Developmental Psychology*, *36*(6), 759-766. doi:10.1037/0012-1649.36.6.759
- Brown, C. C., Adams, C. E., George, K. E., & Moore, J. E. (2021). Mental Health Conditions Increase Severe Maternal Morbidity By 50 Percent And Cost \$102 Million Yearly In The United States. *Health Aff (Millwood)*, *40*(10), 1575-1584. doi:10.1377/hlthaff.2021.00759
- Buschhorn, C. (2012). *Frühe Hilfen: Versorgungskompetenz und Kompetenzüberzeugung von Eltern*: Springer-Verlag.
- Calvano, C., Engelke, L., Di Bella, J., Kindermann, J., Renneberg, B., & Winter, S. M. (2022). Families in the COVID-19 pandemic: parental stress, parent mental health and the occurrence of adverse childhood experiences-results of a representative survey in Germany. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, *31*(7), 1-13. doi:10.1007/s00787-021-01739-0
- Chojenta, C., William, J., Martin, M. A., Byles, J., & Loxton, D. (2019). The impact of a history of poor mental health on health care costs in the perinatal period. *Archives of Women's Mental Health*, *22*(4), 467-473. doi:10.1007/s00737-018-0912-4
- Chung, J., & Monroe, G. S. (2003). Exploring Social Desirability Bias. *Journal of Business Ethics*, *44*(4), 291-302. doi:10.1023/A:1023648703356
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, *150*, 782-786.
- Dagher, R. K., McGovern, P. M., Dowd, B. E., & Gjerdingen, D. K. (2012). Postpartum Depression and Health Services Expenditures Among Employed Women. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *54*(2), 210-215.
- Davenport, M. H., Meyer, S., Meah, V. L., Strynadka, M. C., & Khurana, R. (2020). Moms Are Not OK: COVID-19 and Maternal Mental Health. *Front Glob Womens Health*, *1*, 1. doi:10.3389/fgwh.2020.00001
- Dennis, C. L., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, *210*(5), 315-323. doi:10.1192/bjp.bp.116.187179
- Diem-Wille, G. (2014). *Young children and their parents: perspectives from psychoanalytic infant observation*. London: Karnac.
- Eickhorst, A., Schreier, A., Brand, C., Lang, K., Liel, C., Renner, I., . . . Sann, A. (2016). [Knowledge and use of different support programs in the context of early prevention in relation to family-related psychosocial burden]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, *59*(10), 1271-1280. doi:10.1007/s00103-016-2422-8
- Ford, E., Roomi, H., Hugh, H., & van Marwijk, H. (2019). Understanding barriers to women seeking and receiving help for perinatal mental health problems in UK general practice: development of a questionnaire. *Prim Health Care Res Dev*, *20*, e156. doi:10.1017/s1463423619000902
- Fricke, J., Bolster, M., Ludwig-Körner, C., Kuchinke, L., Schlensog-Schuster, F., Vienhues, P., . . . Keil, T. (2020). Occurrence and determinants of parental psychosocial stress and mental health disorders in parents and their children in early childhood: rationale, objectives, and design of the population-based SKKIPPI cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. doi:10.1007/s00127-020-02004-6

- Giallo, R., D'Esposito, F., Cooklin, A., Mensah, F., Lucas, N., Wade, C., & Nicholson, J. M. (2013). Psychosocial risk factors associated with fathers' mental health in the postnatal period: results from a population-based study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *48*, 563-573.
- Gregori, D., Petrinco, M., Bo, S., Desideri, A., Merletti, F., & Pagano, E. (2011). Regression models for analyzing costs and their determinants in health care: an introductory review. *International Journal for Quality in Health Care*, *23*(3), 331-341. doi:10.1093/intqhc/mzr010
- Groß, S., Reck, C., Thiel-Bonney, C., & Cierpka, M. (2013). Empirische Grundlagen des Fragebogens zum Schreien, Füttern und Schlafen (SFS). *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, *62*, 327-347.
- Hadfield, H., & Wittkowski, A. (2017). Women's Experiences of Seeking and Receiving Psychological and Psychosocial Interventions for Postpartum Depression: A Systematic Review and Thematic Synthesis of the Qualitative Literature. *J Midwifery Womens Health*, *62*(6), 723-736. doi:10.1111/jmwh.12669
- Hurrelmann, K., Klinger, J., & Schaeffer, D. (2020). Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020.
- Insan, N., Weke, A., Forrest, S., & Rankin, J. (2022). Social determinants of antenatal depression and anxiety among women in South Asia: A systematic review & meta-analysis. *PLoS One*, *17*(2), e0263760. doi:10.1371/journal.pone.0263760
- Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., . . . Brahler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord*, *122*(1-2), 86-95. doi:10.1016/j.jad.2009.06.019
- Lyubenova, A., Neupane, D., Levis, B., Wu, Y., Sun, Y., He, C., . . . Thombs, B. D. (2021). Depression prevalence based on the Edinburgh Postnatal Depression Scale compared to Structured Clinical Interview for DSM Disorders classification: Systematic review and individual participant data meta-analysis. *Int J Methods Psychiatr Res*, *30*(1), e1860. doi:10.1002/mpr.1860
- Martini, J., Petzoldt, J., Knappe, S., Garthus-Niegel, S., Asselmann, E., & Wittchen, H. U. (2017). Infant, maternal, and familial predictors and correlates of regulatory problems in early infancy: The differential role of infant temperament and maternal anxiety and depression. *Early Hum Dev*, *115*, 23-31. doi:10.1016/j.earlhumdev.2017.08.005
- Masters, G. A., Li, N., Lapane, K. L., Liu, S. H., Person, S. D., & Byatt, N. (2020). Utilization of Health Care Among Perinatal Women in the United States: The Role of Depression. *J Womens Health (Larchmt)*, *29*(7), 944-951. doi:10.1089/jwh.2019.7903
- Mattheß, J., Eckert, M., Richter, K., Koch, G., Reinhold, T., Vienhues, P., . . . Kuchinke, L. (2020). Efficacy of Parent-Infant-Psychotherapy with mothers with postpartum mental disorder: study protocol of the randomized controlled trial as part of the SKKIPPI project. *Trials*, *21*(1), 490. doi:10.1186/s13063-020-04443-7
- Mihaylova, B., Briggs, A., O'Hagan, A., & Thompson, S. G. (2011). Review of statistical methods for analysing healthcare resources and costs. *Health Econ*, *20*(8), 897-916. doi:10.1002/hec.1653
- Mikolajczak, M., & Roskam, I. (2018). A Theoretical and Clinical Framework for Parental Burnout: The Balance Between Risks and Resources (BR(2)). *Front Psychol*, *9*, 886. doi:10.3389/fpsyg.2018.00886
- Moran, P. S., Wuytack, F., Turner, M., Normand, C., Brown, S., Begley, C., & Daly, D. (2020). Economic burden of maternal morbidity - A systematic review of cost-of-illness studies. *PLoS One*, *15*(1), e0227377. doi:10.1371/journal.pone.0227377
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen. (2016). *Leitbild Frühe Hilfen - Beitrag des NZFH-Beirats*.
- Pollack, L. M., Chen, J., Cox, S., Luo, F., Robbins, C. L., Tevendale, H. D., . . . Ko, J. Y. (2022). Healthcare Utilization and Costs Associated With Perinatal Depression Among Medicaid Enrollees. *Am J Prev Med*, *62*(6), e333-e341. doi:10.1016/j.amepre.2021.12.008
- R Core Team. (2020). R: A language and environment for statistical computing [Manual]. *R Foundation for Statistical Computing*.

- Reck, C., Nonnenmacher, N., & Zietlow, A. L. (2016). Intergenerational Transmission of Internalizing Behavior: The Role of Maternal Psychopathology, Child Responsiveness and Maternal Attachment Style Insecurity. *Psychopathology*, *49*(4), 277-284. doi:10.1159/000446846
- Reck, C., Van Den Bergh, B., Tietz, A., Müller, M., Ropeter, A., Zipser, B., & Pauen, S. (2018). Maternal avoidance, anxiety cognitions and interactive behaviour predicts infant development at 12 months in the context of anxiety disorders in the postpartum period. *Infant Behavior and Development*, *50*, 116-131.
- Roskam, I., Aguiar, J., Akgun, E., Arikan, G., Artavia, M., Avalosse, H., . . . Mikolajczak, M. (2021). Parental Burnout Around the Globe: a 42-Country Study. *Affective Science*, *2*(1), 58-79. doi:10.1007/s42761-020-00028-4
- Roskam, I., Brianda, M. E., & Mikolajczak, M. (2018). A Step Forward in the Conceptualization and Measurement of Parental Burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA). *Front Psychol*, *9*, 758. doi:10.3389/fpsyg.2018.00758
- Salzmann, D., Fullerton, B., & Sann, A. (2021). *Kenntnis und Inanspruchnahme von Präventionsangeboten in der frühen Kindheit in Abhängigkeit vom Bildungsstand der Eltern. Faktenblatt 3 zur Prävalenz- und Versorgungsforschung der Bundesinitiative Frühe Hilfen.*
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., . . . Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, *59 Suppl 20*, 22-33;quiz 34-57.
- Sidor, A., Fischer, C., & Cierpka, M. (2017). The link between infant regulatory problems, temperament traits, maternal depressive symptoms and children's psychopathological symptoms at age three: a longitudinal study in a German at-risk sample. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *11*(1), 10. doi:10.1186/s13034-017-0148-5
- Sprengeler, M. K., Mattheß, J., Eckert, M., Richter, K., Koch, G., Reinhold, T., . . . Schlenz-Schuster, F. (2021). Efficacy of parent-infant psychotherapy compared to care as usual in children with regulatory disorders in clinical and outpatient settings: study protocol of a randomised controlled trial as part of the SKKIPPI project. *BMC Psychiatry*, *21*(1), 118. doi:10.1186/s12888-021-03112-6
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., . . . Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*, *384*(9956), 1800-1819. doi:10.1016/S0140-6736(14)61277-0
- Suárez, N., Núñez, J. C., Cerezo, R., Rosário, P., & Rodríguez, C. (2022). Psychometric Properties of Parental Burnout Assessment and Prevalence of Parental Burnout: A Person-Centered Approach. *Int J Clin Health Psychol*, *22*(1), 100280. doi:10.1016/j.ijchp.2021.100280
- Tripepi, G., Jager, K. J., Dekker, F. W., & Zoccali, C. (2010). Selection bias and information bias in clinical research. *Nephron Clinical Practice*, *115*(2), c94-c99.
- UNESCO. (2012). International standard classification of education: ISCED 2011. *Comparative Social Research*, *30*.
- Verbeke, E., Bogaerts, A., Nuyts, T., Crombag, N., & Luyten, J. (2022). Cost-effectiveness of mental health interventions during and after pregnancy: A systematic review. *Birth*. doi:10.1111/birt.12623

Appendix

Table A.1. Postnatal health care and early support services utilization from screening step 2 to follow-up

	Overall, N = 256	Noticeable Mental Health or Psychosocial Burden, n = 178			No Noticeable Mental Health or Psychosocial Burden, n = 78		
	n [†] (%)	n [†] (%)	Mean (SD)	Median (IQR)	n [†] (%)	Mean (SD)	Median (IQR)
Mother							
General Practitioner [visits], N=230	168 (65.9)	125 (70.2)	3.2 (3.1)	2 (3)	43 (55.8)	2.1 (1.4)	2 (1.5)
Gynecologist [visits], N=231	149 (58.2)	103 (57.9)	2.5 (2.9)	1 (1)	46 (59.0)	1.9 (2.2)	1 (0.8)
Emergency room [visits], N=231	23 (9.0)	17 (9.6)	4.1 (11.9)	1 (0)	6 (7.7)	1.0 (0)	1 (0)
Hospital stays [days], N=231	11 (4.3)	9 (5.1)	4.6 (1.8)	4 (2)	2 (2.6)	4.0 (1.4)	4 (1)
Rehabilitation care [days], N=231	1 (0.4)	1 (0.6)	12.0 (0)	12 (0)	-	-	-
Addiction counseling [visits], N=231	1 (0.4)	1 (0.6)	2.0 (0)	2 (0)	-	-	-
Physiotherapy [visits], N=231	53 (20.7)	10 (12.8)	6.0 (5.2)	6 (3)	43 (24.2)	9.2 (6.0)	6 (5.8)
Index child							
Pediatrician [visits], N=230	237 (93.3)	162 (92.1)	3.5 (3.1)	3 (2)	75 (96.2)	3.5 (4.2)	3 (3)
Early Detection Screenings [visits], N=231	255 (99.6)	177 (99.4)	2.6 (0.5)	3 (1)	78 (100)	2.7 (0.5)	3 (1)
Emergency room [visits], N=231	50 (19.5)	36 (20.2)	1.5 (1.2)	1 (0)	14 (18.0)	1.6 (0.7)	1 (1)
Hospital stays [days], N=231	17 (6.6)	13 (7.3)	6.2 (8.9)	4 (4)	4 (5.1)	5.0 (2.2)	4.5 (2)
Ergotherapy [visits], N=231	2 (0.8)	1 (0.6)	10.0 (0)	10 (0)	1 (1.3)	7.0 (0)	7 (0)
Logotherapy [visits], N=231	5 (2.0)	2 (1.1)	5.5 (5.0)	5.5 (3.5)	3 (3.9)	15.0 (13.0)	8 (11.5)
Osteopathy [visits], N=231	14 (5.5)	11 (6.2)	1.6 (0.81)	1 (1)	3 (3.9)	2.3 (1.2)	3 (1)
Physiotherapy [visits], N=231	7 (2.7)	3 (1.7)	15.3 (17.6)	10 (17)	4 (5.1)	7.5 (2.9)	7.5 (2.5)
Mother & Index child							
Standard Midwife care [6 weeks utilization]*, N=231	-	-	-	-	-	-	-

Additional Midwife care [visits], N=231	3 (1.2)	2 (1.1)	3.5 (3.5)	3.5 (2.5)	1 (1.3)	4 (0)	4 (0)
Mother-Child-Treatment course [days], N=231	4 (1.6)	2 (1.1)	22.5 (17.7)	22.5 (12.5)	2 (2.6)	21.0 (0)	21 (0)
Early support services	65 (25.4)	56 (31.5)			9 (11.5)		
Expert consultation (at walk-in center) [visits], N=231	55 (21.5)	49 (27.5)	3.2 (4.1)	2 (2)	6 (7.7)	3.3 (2.7)	2.5 (3.3)
Expert consultation (at home) [visits], N=231	7 (2.7)	4 (2.3)	2.3 (2.5)	1 (1.3)	3 (3.9)	1.3 (0.6)	1 (0.5)
Accommodation at mother-child facility [weeks], N=231	-	-	-	-	-	-	-
Crying counseling [visits], N=231	4 (1.6)	3 (1.7)	5.2 (4.3)	5 (4)	1 (1.3)	unknown [†]	unknown
Care assistant (family sponsor support) [weeks], N=231	4 (1.6)	3 (1.7)	23.0 (16.6)	30.3 (15.3)	1 (1.3)	8.7 (0)	8.7 (0)

Notes: Mean (SD) & Median (IQR) displayed for those participants with at least one visit or day of stay

[†]Any visits or utilization

*binary question if standard midwife care was utilized, [†]utilizer did not state number of utilizations

Tables

Table 1: Characteristics of study population by noticeable mental health or psychosocial burden

	Overall (N= 792)	Noticeable Mental Health or Psychosocial Burden (N=368) n (%) or mean \pm SD	No Noticeable Mental Health or Psychosocial Burden (N=424) n (%) or mean \pm SD
Location			
<i>Berlin</i>	654 (82.9)	299 (81.3)	355 (83.7)
<i>Leipzig</i>	108 (13.6)	51 (13.9)	57 (13.4)
<i>Flensburg</i>	12 (1.5)	9 (2.5)	3 (0.7)
<i>Other region</i>	18 (2.3)	9 (2.5)	9 (2.2)
Age (Mother) in years	34.4 \pm 4.8	33.9 \pm 5.0	34.8 \pm 4.6
Age (Index child) in months	17.5 \pm 3.4	17.6 \pm 3.5	17.5 \pm 3.3
Mother's country of birth (Germany)	662 (83.6)	306 (83.2)	356 (84.0)
Educational level (based on ISCED*)			
<i>Low</i>	5 (0.5)	3 (0.5)	2 (0.5)
<i>Middle</i>	115 (14.5)	76 (20.7)	39 (9.2)
<i>High</i>	662 (83.6)	283 (76.9)	379 (89.4)
<i>Unknown</i>	10 (1.3)	7 (1.9)	3 (0.7)
Single Parent	92 (11.6)	49 (13.3)	43 (10.2)
Number of children <18 years in the household (including index child)			
1	436 (55.1)	207 (56.3)	229 (54.0)
2	270 (34.1)	123 (33.4)	147 (34.7)
3 or more	86 (10.9)	38 (10.3)	48 (11.3)
Twins	31 (3.9)	8 (2.2)	23 (5.4)
Preterm delivery	80 (10.1)	26 (7.1)	54 (12.7)
First child	445 (56.2)	206 (56.0)	239 (56.4)
Place of birth			
<i>Birth center</i>	41 (5.2)	19 (5.2)	22 (5.2)
<i>Home birth</i>	14 (1.8)	6 (1.6)	8 (1.9)
<i>Hospital</i>	737 (93.1)	343 (93.2)	394 (92.9)
Index child born with help of fertility treatment (N=783)	66 (8.4)	25 (6.9)	41 (9.8)
Index child diagnosed with serious illness or disability after birth	55 (6.9)	28 (7.6)	27 (6.4)
Other child diagnosed with a serious illness or disability	32 (4.1)	17 (4.6)	15 (3.6)
Bad experience with doctors/midwives (N=783)	262 (33.5)	144 (39.6)	118 (28.2)
Recipient of state payment (N=791)	154 (19.5)	80 (21.7)	74 (17.5)
Screening step 2 prior to first SARS-CoV-2 Lockdown	248 (31.3)	125 (34.0)	123 (29.0)

Mental health disorder according to M.I.N.I.**	311 (39.3)	311 (84.5)	-
Postnatal Depression ***(N=684)	56 (8.2)	56 (17.2)	-
Parental burnout (N=787)	144 (18.3)	144 (39.5)	-
Regulatory problems (index child) (N=682)	303 (43.8)	158 (47.9)	145 (40.1)

*ISCED =International standard classification of education

**M.I.N.I. = Mini-International Neuropsychiatric Interview

*** Edinburgh Postnatal Depression Scale with score ≥ 13

† Parental burnout assessment with score ≥ 76

†† Questionnaire on crying, feeding and sleeping disorders with score ≥ 1.85

Table 2. Postnatal health care and early support services utilization until screening step 2 of the mothers

	Overall N = 792	Noticeable Mental Health or Psychosocial Burden, N = 368					No noticeable Mental Health or Psychosocial Burden, N = 424				
	n ⁺ (%)	n ⁺ (%)	all participants		participants with at least one visit or day of stay		n ⁺ (%)	all participants		participants with at least one visit or day of stay	
			Mean (SD)	Median (IQR)	Mean (SD)	Median (IQR)		Mean (SD)	Median (IQR)	Mean (SD)	Median (IQR)
Mother											
General Practitioner [visits], N=782	631 (80.7)	289 (79.6)	3.4 (4.4)	2 (3)	4.3 (4.6)	3 (3)	342 (81.6)	2.8 (3.5)	2 (3)	3.5 (3.6)	3 (3)
Gynecologist [visits], N=783	764 (97.6)	355 (97.5)	2.9 (2.5)	2 (1)	3.0 (2.4)	2 (1)	409 (97.6)	2.7 (2.3)	2 (2)	2.8 (2.3)	2 (1)
Emergency room [visits], N=783	162 (20.7)	85 (23.4)	0.5 (1.6)	0 (0)	2.1 (2.7)	1 (1)	77 (18.4)	0.4 (2.6)	0 (0)	2.3 (5.7)	1 (1)
Hospital stays [days], N=782	83 (10.6)	41 (11.3)	1.2 (7.5)	0 (0)	10.6 (20.0)	3(6)	42 (10.1)	0.8 (5.2)	0 (0)	8.0 (14.6)	4 (4)
Rehabilitation care [days], N=783	8 (1.0)	5 (1.4)	0.4 (4.0)	0 (0)	32.2 (12.7)	28 (21)	3 (0.7)	0.2 (2.8)	0 (0)	32.7 (8.1)	28 (7)
Addiction counseling [visits], N=778	2 (0.3)	1 (0.3)	0.1 (2.7)	0 (0)	52 (0)	52 (0)	1 (0.2)	0 (0.1)	0 (0)	2 (0)	2 (0)
Physiotherapy [visits], M=783	265 (33.8)	111 (30.5)	2.8 (6.1)	0 (3)	9.2 (7.9)	6 (7)	154 (36.8)	3.7 (9.0)	0 (6)	10.2 (12.6)	6 (8)
Index child											
Pediatrician [visits], N=780	779 (99.9)	362 (100.0)	11.8 (6.6)	10 (7)	11.8 (6.6)	10 (7)	417 (99.8)	11.1 (5.6)	10 (7)	11.1 (5.6)	10 (7)
Early Detection Screenings [visits], N=783	781 (99.7)	363 (99.7)	4.3 (0.5)	4 (1)	4.3 (0.5)	4 (1)	418 (99.8)	3.4 (1.5)	4 (0)	4.3 (0.4)	4 (1)
Emergency room [visits], N=783	301 (38.4)	145 (39.8)	1.0 (2.7)	0 (1)	2.5 (3.8)	2 (2)	156 (37.2)	0.8 (1.8)	0 (1)	2.0 (2.6)	1 (1)
Hospital stays [days], N=783	165 (21.1)	78 (21.4)	2.5 (12.0)	0 (0)	11.6 (23.8)	5 (7)	87 (20.8)	1.2 (3.6)	0 (0)	5.7 (6.0)	4 (4)

Ergotherapy [visits], N=783	27 (3.5)	18 (5.0)	16.1 (23.5)	9 (9)	16.1 (23.5)	9 (9)	9 (2.2)	15.9 (16.1)	10 (21)	15.9 (16.1)	10 (21)
Logotherapy [visits], N=783	13 (1.7)	5 (1.4)	21 (20.3)	14 (20)	21.0 (20.3)	14 (20)	8 (1.9)	5.9 (9.3)	2 (4)	5.9 (9.3)	2 (4)
Osteopathy [visits], N=783	366 (46.7)	171 (47.0)	3.4 (3.0)	3 (2)	3.4 (3.0)	3 (2)	195 (46.5)	3.1 (3.0)	2 (3)	3.1 (3.0)	2 (3)
Physiotherapy [visits], N=783	143 (18.3)	71 (19.5)	17.4 (25.0)	10 (14)	17.4 (25.0)	10 (14)	72 (17.2)	20.3 (29.9)	10 (13.3)	20.3 (29.9)	10 (13.3)

Mother & Index child

Standard Midwife care [6 weeks utilization]*, N=783	696 (88.9)	313 (86.0)	-	-	-	-	383 (91.4)	-	-	-	-
Additional Midwife care [visits], N=783	105 (13.4)	49 (13.5)	1.2 (3.9)	0 (0)	9.0 (7.0)	6 (8)	56 (13.4)	1.1 (4.2)	0 (0)	8.9 (8.3)	6 (5)
Mother-Child-Treatment course [days], N=783	14 (1.8)	6 (1.7)	0.4 (3.1)	0 (0)	23.3 (5.7)	21 (0)	8 (1.9)	0.4 (2.9)	0 (0)	21.0 (0)	21 (0)
Early support services	529 (69.0)	255 (70.3)					274 (66.0)				
Expert consultation (at walk-in center) [visits], N=779	281 (36.1)	152 (41.9)	2.5 (8.1)	0 (2)	6.0 (11.8)	2 (4)	129 (31.0)	1.3 (3.3)	0 (1)	4.2 (4.8)	3 (4)
Expert consultation (at home) [visits], N=779	381 (48.9)	181 (49.9)	0.7 (1.6)	0 (1)	1.5 (2.0)	1 (0)	200 (48.1)	0.5 (0.6)	0 (1)	1.1 (0.4)	1 (0)
Accommodation at mother- child facility [weeks], N=778	2 (0.3)	2 (0.6)	0.3 (4.7)	0 (0)	60.7 (24.5)	60.7 (17)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Crying counseling [visits], N=778	47 (6.0)	28 (7.7)	0.9 (6.4)	0 (0)	11.1 (20.9)	4 (7)	19 (4.6)	0.3 (1.5)	0 (0)	6.3 (3.8)	7 (7)
Care assistant (family sponsor support) [weeks], N=778	56 (7.2)	27 (7.4)	1.8 (8.6)	0 (0)	24.6 (21.2)	13 (27.3)	29 (7.0)	1.6 (8.1)	0 (0)	22.5 (21.9)	16 (30.7)

† Any visit or utilization

*binary question if standard midwife care was utilized

Table 3. Associations of potential determinants for postnatal early support services utilization until screening step 2

	Odds ratio	95% Confidence intervals
Noticeable mental health burden (vs none)	1.44	0.99 – 2.10
Age in years (Mother)	1.01	0.97 – 1.05
Location (Berlin) vs Leipzig/Flensburg	7.36	4.65 – 11.86
Mother born in Germany (vs no)	1.83	1.13 – 2.95
High educational level (ISCED III*) (vs low/middle)	1.06	0.62 - 1.76
Single parent (vs both parents)	2.20	1.14 - 4.46
Bad experiences with doctors/midwives (vs none)	1.17	0.79 - 1.76
Recipient of state benefit payments (vs no)	1.10	0.67 - 1.82
Age in months (Index Child)	1.06	0.99 - 1.13
Twin birth (vs singleton)	2.50	0.88 - 8.54
Preterm delivery (vs no)	1.81	0.90 - 3.80
First child (vs no)	2.97	2.03 - 4.37
Chronic disease (Index Child) (vs none)	3.67	1.62 - 9.35
Regulatory problems** (vs none)	1.23	0.85 - 1.78
Screening step 2 prior to Lockdown (vs after)	0.69	0.43 - 1.10

* ISCED = International standard classification of education

** Questionnaire on crying, feeding and sleeping disorders with score ≥ 1.85

Table 4. Associations of potential determinants of postnatal total costs until the screening step 2

	estimates	95% Confidence intervals
Noticeable burden (Screening Step 2)	1.15	0.93 - 1.43
Age in years (Mother)	0.99	0.97 - 1.01
Location (Berlin) (vs Leipzig/Flensburg)	0.98	0.73 - 1.28
Mother born in Germany (vs no)	1.14	0.85 - 1.49
High Educational level (ISCED III*) (vs low/middle)	0.90	0.67 - 1.21
Single parent (vs no)	1.28	0.92 - 1.81
Bad experiences with doctors/midwives (vs none)	1.33	1.07 - 1.67
Recipient of state payments (vs none)	1.16	0.88 - 1.56
Age in months (Index Children)	1.05	1.01 - 1.09
Twin birth (vs singleton)	0.96	0.56 - 1.77
Preterm delivery (vs no)	1.61	1.11 - 2.40
First child (vs no)	0.94	0.75 - 1.17
Chronic disease (Index Child) (vs none)	3.99	2.69 - 6.14
Regulatory problems** (vs none)	1.01	0.82 - 1.24
Screening step 2 prior to Lockdown (vs after)	0.90	0.69 - 1.18

* ISCED = International standard classification of education

** Questionnaire on crying, feeding and sleeping disorders with score ≥ 1.85

Table 5. Average adjusted health care costs from birth of the index children until screening step 2

	Noticeable Mental Health or Psychosocial Burden	No Noticeable Mental Health or Psychosocial Burden	Difference
	Adj. Mean* (€) (95% CI)	Adj. Mean* (€) (95% CI)	Δ €
<i>Mother</i>	1784 (966-3295)	1777 (939-3364)	7
<i>Index Child</i>	6896 (5236-9082)	5660 (4239-7556)	1236
<i>Costs associated with mother & index child</i>	2094 (1286-3411)	1505 (885-2560)	589
<i>Early Support</i>	1073 (391-2947)	349 (113-1079)	724
<i>Total</i>	10,849 (8329-14,131)	9,136 (6942-12,023)	1713

* Adjusted for age index child, presence of chronic disease (index child), single parenthood, preterm delivery & bad experiences during pregnancy

Figures

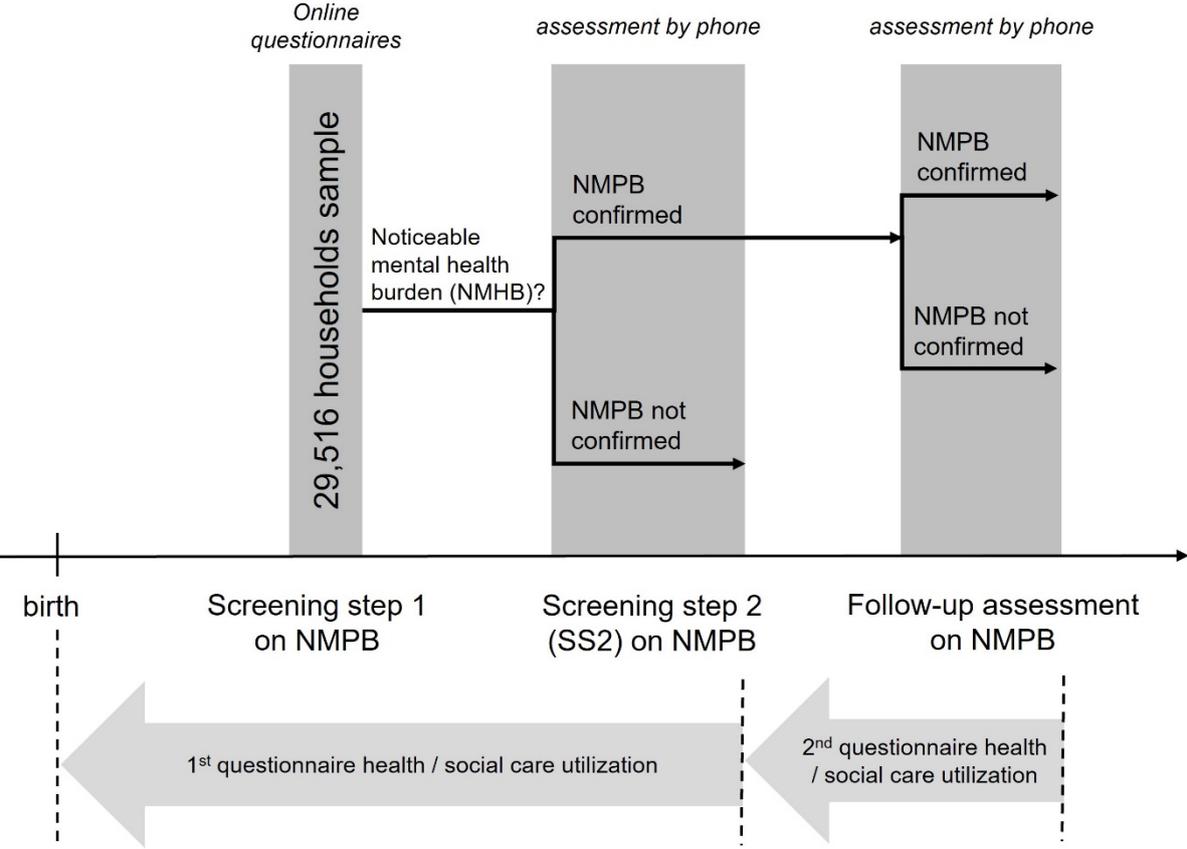


Figure 1. Description of two-step screening process and follow-up

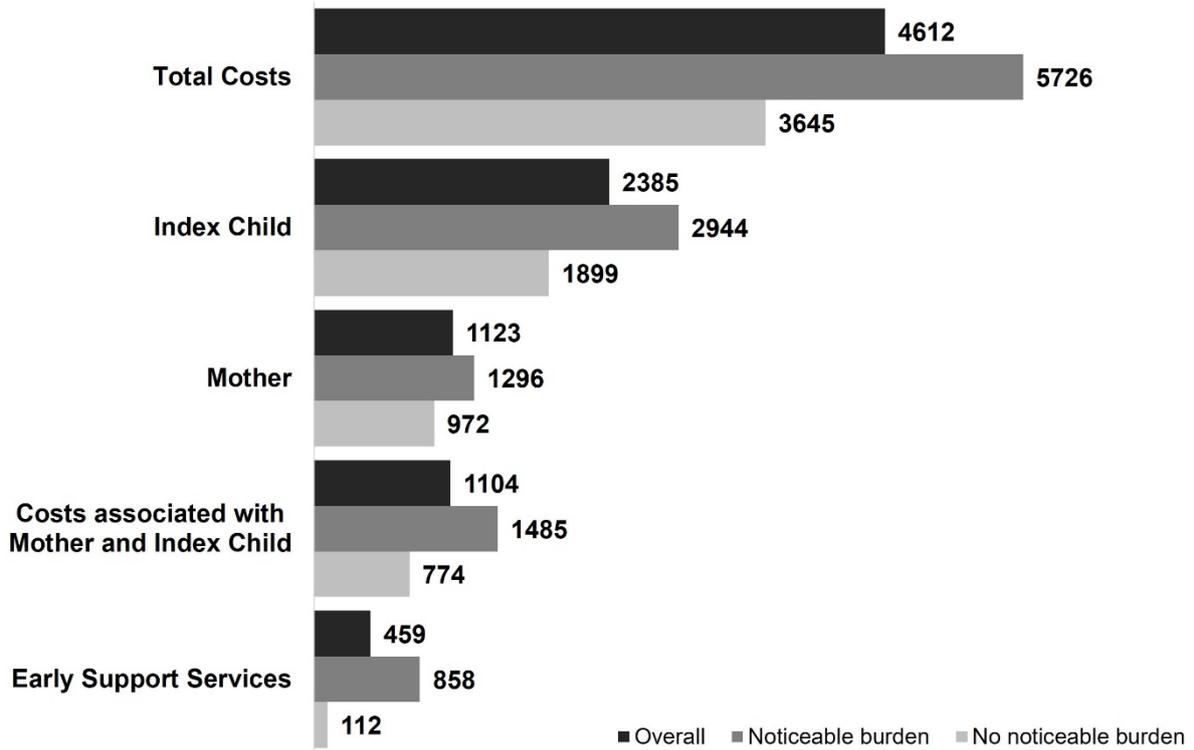


Figure 2a. Mean costs (€) during postnatal period until screening step 2, n = 792

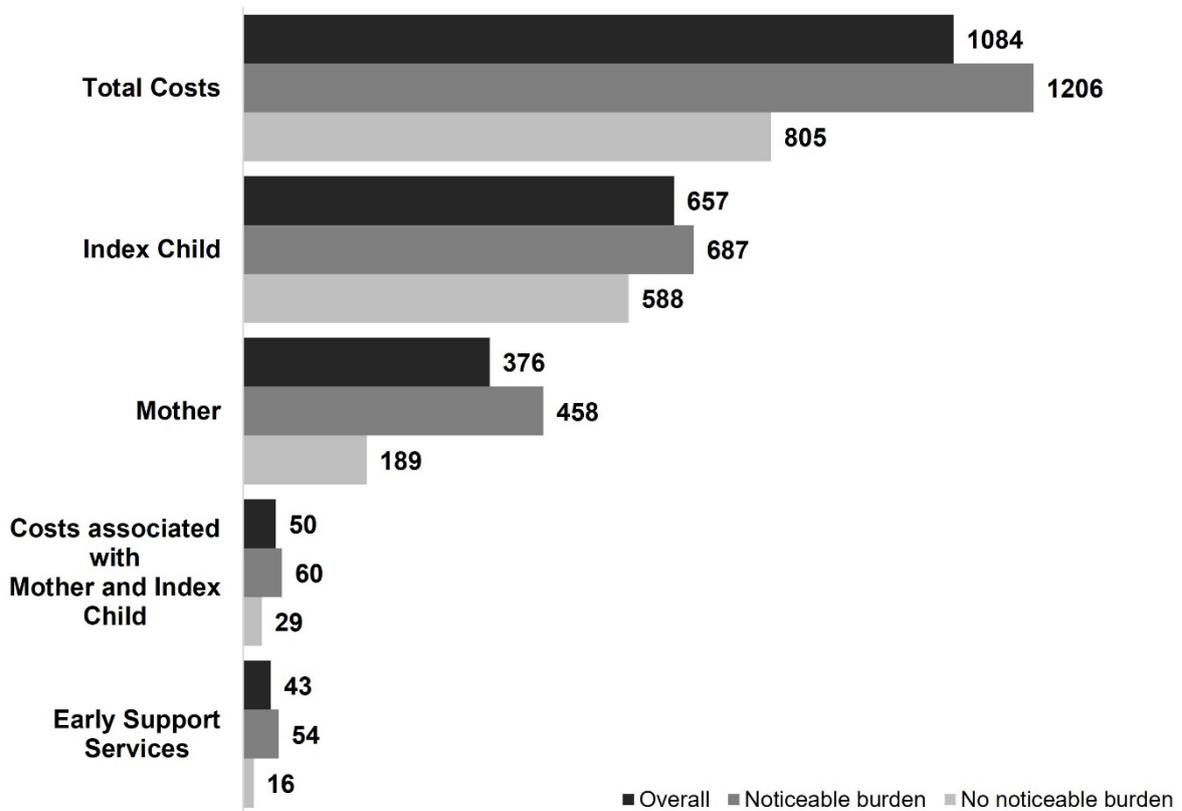
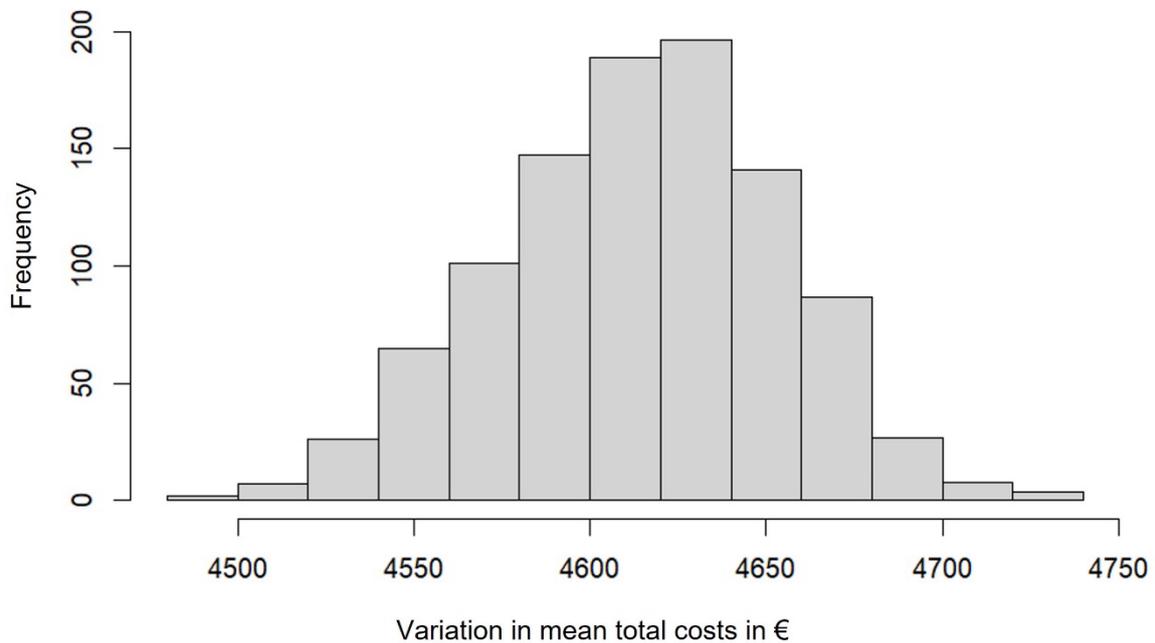
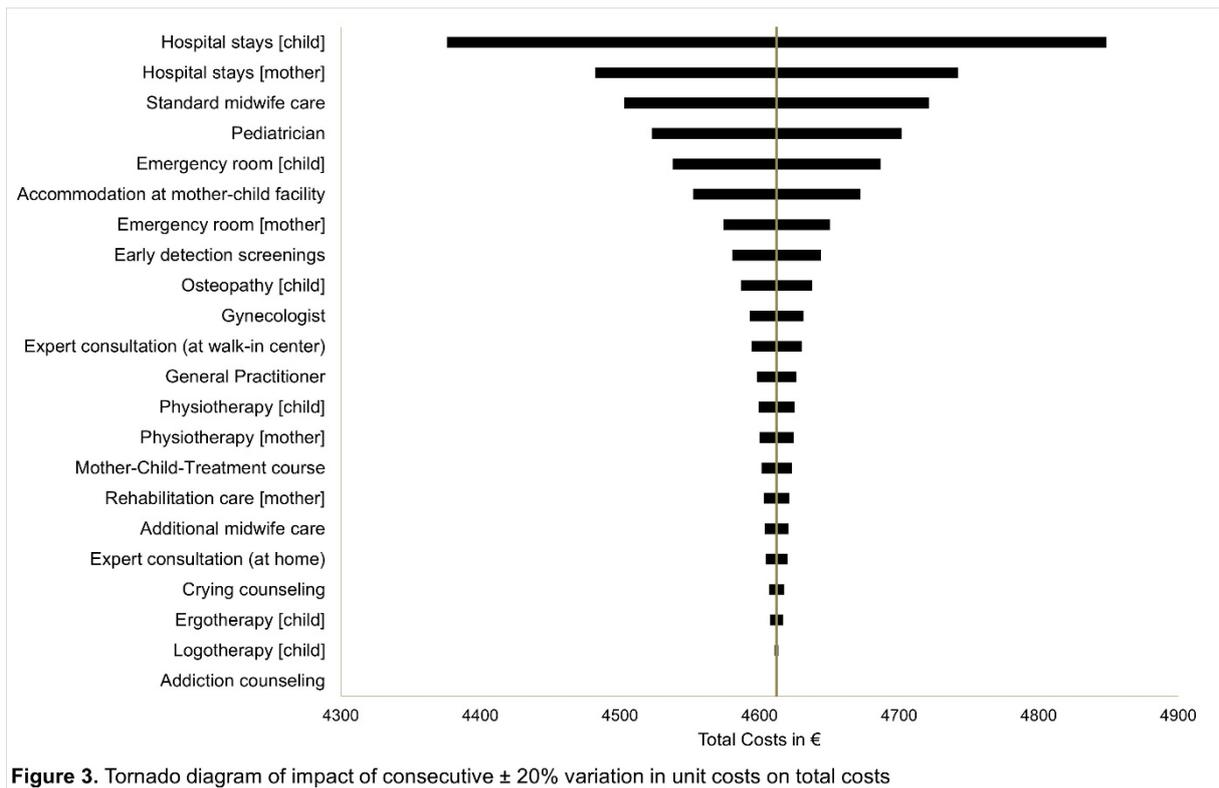


Figure 2b. Mean costs (€) between screening step 2 and follow-up assessment, n = 256



1 **Title:** The SKKIPPI cohort study on psychosocial stress and mental health disorders in
2 parents and their children in early childhood: results from the screening online questionnaire

3 Running title: Screening for psychosocial stress in parents

4

5 **Authors:** Julia Fricke¹, Marie Bolster¹, Katja Icke¹, Natalja Lisewski¹, Lars Kuchinke²,
6 Christiane Ludwig-Körner², Franziska Schlenzog-Schuster^{3,4}, Thomas Reinhold¹, Anne
7 Berghöfer¹, Stephanie Roll¹, Thomas Keil^{1,5,6}

8 **Affiliations:**

9 ¹Institute of Social Medicine, Epidemiology and Health Economics, Charité –
10 Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin and Humboldt-
11 Universität zu Berlin, Berlin, Germany

12 ²International Psychoanalytic University, Berlin, Germany

13 ³Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics,
14 University of Leipzig, Leipzig, Germany

15 ⁴Department of Child Psychiatry and Psychotherapy for inpatient and day-care treatments,
16 University of Bern, University Hospital of Child and Adolescent Psychiatry and Psychother-
17 apy

18 ⁵Institute of Clinical Epidemiology and Biometry, University of Würzburg, Würzburg,
19 Germany

20 ⁶State Institute of Health, Bavarian Health and Food Safety Authority, Bad Kissingen,
21 Germany

22

23

24

25 **Corresponding author:**

26 Julia Fricke, MD, MPH

27 Institute of Social Medicine, Epidemiology and Health Economics,

28 Charité - Universitätsmedizin Berlin,

29 Luisenstr. 57, 10117 Berlin, Germany

30 Phone: +49 (0)30 450 529 015

31 julia.fricke@charite.de

32

33 ORCID Julia Fricke: 0000-0002-7625-474X

34 ORCID Marie Bolster: 0000-0003-4671-6090

35 ORCID Katja Icke: 0000-0002-4170-8430

36 ORCID Lars Kuchinke: 0000-0001-8248-1167

37 ORCID Franziska Schlenzog-Schuster: 0000-0002-8033-6537

38 ORCID Thomas Reinhold: 0000-0001-5169-7029

39 ORCID Anne Berghöfer: 0000-0002-7897-6500

40 ORCID Stephanie Roll: 0000-0003-1191-3289

41 ORCID Thomas Keil: 0000-0002-9108-3360

42

43 **Statements and Declarations:**

44 **Conflicts of interest:** The authors declare that they have no conflict of interest.

45 **Funding:** The SKKIPPI project is supported by a grant from the German Health Care

46 Innovation Fund (No 01 VSF17027).

47 **Ethics approval:** Ethical approval for this study was obtained from the ethics committee of

48 the Charité - Universitätsmedizin Berlin (reference number: EA2/201/18).

49 **Trial registration:** The study has been registered in the German Clinical Trial Registry on

50 February 8th 2019 (DRKS-ID: DRKS00016653).

51 **Acknowledgments:** We would like to thank Melanie Liedtke for the data management and
52 data cleaning. Moreover, we thank the student research assistants [Ina Temeschinko, Isabelle-
53 Valentine Springer, Maike Stolz, Maximilian Leschinski, Melisa Celik, Paula Kuper, Sali Al-
54 Rubaiey and Stella Hoffmann] for managing appointments with participants and conducting
55 standardized telephone interviews.

56 **Data Accessibility Statement:** Data available on request from the authors.

57 **Abstract:**

58 Purpose: Early childhood may be a stressful period for families with a significant impact on
59 mental health. The goal of the SKKIPPI cohort study was to assess the occurrence and
60 determinants of psychosocial stress and mental health disorders in parents as well as in their
61 offspring in early childhood in three German regions.

62 Methods: Based on random samples from three residents' registration offices, parents with
63 infants up to 12 months of age at the time of sampling, were invited to participate in the study.
64 A screening online questionnaire was newly developed, available in four languages, to assess
65 common psychosocial stressors and mental health problems of parents with small children.

66 Results: The study enrolled 4,984 mothers and 962 fathers. The most common potential
67 psychosocial stressors at baseline were professional problems (mothers 22%, fathers 33%),
68 lack of social support (20%, 14%), and severe, negative experiences in childhood (22%,
69 16%). Obsessive-compulsive thoughts (21%, 16%), depressive (9%, 9%) and anxiety
70 symptoms (11%, 7%) were the most frequently reported mental health problems by both
71 parents.

72 Conclusions: The SKKIPPI study showed that a substantial proportion of parents are
73 burdened by psychosocial problems and suffer from mental health problems in the first years
74 after birth. Early preventive and low-threshold support measures should be available in the

75 health and social care system. The newly developed questionnaire can be used to screen in the
76 relevant populations.

77 **Key words:** Parents; stressors; early childhood; mental health

78

79

Introduction

80 The first years after the birth of a child can come with a number of stressors for the parents.
81 This can lead to impairments in mental health not only in parents themselves, but also in their
82 children. The occurrence of postnatal depression and anxiety disorders in mothers has been
83 intensively studied worldwide. Studies on the prevalence of mental health disorders in
84 mothers are showing large variations, with global prevalence estimates of 18% for postnatal
85 depression, 15% and 19% for postnatal anxiety symptoms and anxiety disorders (Arifin,
86 Cheyne, & Maxwell, 2018; Dennis, Falah-Hassani, & Shiri, 2017; Hahn-Holbrook, Cornwell-
87 Hinrichs, & Anaya, 2017;). Children of mothers with postnatal mental illness seem to have
88 an increased risk of developing their own psychological problems. Martini and colleagues
89 showed that in infants, regulatory disorders like sleeping or feeding problems or excessive
90 crying were associated with maternal mental health problems (Martini et al., 2017).
91 Population-based studies from Denmark and Australia revealed prevalence rates of regulatory
92 problems of up to 21% in the first two years of life of the children (Skovgaard et al., 2007;
93 Wake et al., 2006). Postnatal mental health in fathers has not been a focus of research for a
94 long time, but in the last two decades there has been an increase in studies devoted to this
95 disorder. A meta-analysis by Cameron and colleagues assessed a prevalence rate of 8.4% for
96 paternal prenatal and postpartum depression (Cameron et al. 2016). In Germany, prevalence
97 data on mental health problems in parents and their infants in the first years of life are mostly

98 derived from hospital- or outpatient-based studies, often including only mothers and not
99 fathers (Martini et al., 2017; Reck et al., 2008).

100 There are several well-known determinants for maternal mental health problems in the
101 postpartum period and beyond, for example an unplanned pregnancy or a lack of social
102 support (Beck, 2001; Clout & Brown, 2015; O'Hara & Swain, 2009). In a German study
103 assessing psychosocial stressors in families with infants and toddlers, 20% of the parents
104 reported lack of family and social support and 21% an unplanned pregnancy (Lorenz et al.
105 2020). Given the high percentages and the well-established associations between parental
106 stressors and mental health in parents and their children in their first years of life, data from
107 population-based studies assessing mental health problems in parents and children are needed.
108 Population-based data could provide an overall picture of the mental health status of parents
109 and their young children and identify potential gaps in the healthcare and social system in
110 Germany.

111 The SKKIPPI cohort study was established to assess the occurrence and determinants of
112 psychosocial stress and mental health disorders in parents and their offspring in early
113 childhood (Fricke et al., 2020). The study is part of a multi-component project with
114 randomised intervention as well as qualitative studies (Eckert et al., 2020; Mattheß et al.,
115 2020; Sprengeler et al., 2021), funded by the German health care innovation fund to improve
116 integrated and innovative care in Germany (Berghöfer et al., 2020).

117 The objective of this analysis was to describe the cohort study population regarding
118 psychosocial stress, mental health problems and possible determinants that may play a role in
119 the development of these problems and to provide a screening instrument for potentially
120 affected parents.

121

122

Methods

123

Study design and setting

124 The SKKIPPI cohort study is a prospective observational population-based study. The study
125 was conducted in three urban regions of northern and eastern Germany (Berlin, Flensburg and
126 Leipzig). After inclusion in the study, we screened for parents with an elevated mental health
127 risk and collected relevant characteristics using a screening online questionnaire
128 (supplementary material 1). Participants with an elevated mental health risk were invited for
129 further assessments, details on these further assessments and the entire study were described
130 previously (Fricke et al., 2020). The analysis presented in this paper contains only data
131 collected with the above named screening online questionnaire. This article is reported in
132 accordance with Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology
133 (STROBE) Statement – Checklist: cohort studies (STROBE).

134

Study population

135 A random sample of 30,000 addresses of families with children aged up to 12 months (at the
136 time the sample was drawn), was provided by the residents' registration offices in Berlin,
137 Leipzig, and Flensburg. The children's parents received at least one invitation letter to
138 participate in this study. Invitation letters were sent to the registered mother but included two
139 access codes, so both parents were able to participate in the first step of the study. Mothers
140 who gave birth to more than one child within the 12 month sampling period (i. e. multiple
141 births or two children in one year) received only one invitation letter. If no mother was
142 registered, the person entitled to custody received the invitation letter. Other caregivers were
143 able to complete the screening online questionnaire indicating their caregiver status, but only
144 data from biological or adoptive parents were included for analysis. Inclusion criteria
145 comprised that parents were at least 18 years of age and able to complete the screening online

146 questionnaire in German, English, Turkish, or Arabic language. Written or online informed
147 consent was obtained from all participants prior to the study inclusion.

148 *Data collection*

149 In the screening online questionnaire, the following data were collected: sociodemographic
150 characteristics, perinatal stressors and characteristics (e.g. pregnancy planned, multiple
151 pregnancy, complications during pregnancy), individual parental stressors (e.g.
152 partnership/professional/financial problems, possible parental childhood trauma) and mental
153 health problems in the parent and the child. Possible parental childhood trauma was assessed
154 with the following single question “Have there been any severe, negative experiences in your
155 childhood that you have not overcome to date?”. Data on mental health problems included
156 questions on lifetime mental health disorders and current mental health problems. Current
157 mental health problems were assessed using questions from the Patient Health Questionnaire
158 (PHQ) 4 (Löwe et al., 2010), questions on obsessive-compulsive thoughts/acts from the
159 Zohar-Fineberg Obsessive Compulsive Screen (Fineberg & Robert, 2001), as well as
160 questions regarding alcohol/drug abuse (Bundesinitiative Frühe Hilfen, 2013) and current
161 regulatory problems of the child (Groß, Reck, Thiel-Bonney, & Cierpka, 2013). The PHQ 4 is
162 subdivided into two parts: the PHQ 2 (2-item depression scale) and the Generalized Anxiety
163 Disorder (GAD) 2 (2-item anxiety scale) (Löwe et al., 2010).

164 The screening online questionnaire (supplementary material 1) was newly developed by the
165 study team, discussed with various experts, and piloted. Data from the questionnaire were
166 screened for plausibility and completeness. Answers in the questionnaire were validated at
167 entry. User input that did not match a given data type or range was dismissed and the user was
168 prompted to answer the question again. It was not mandatory to answer questions, but when a
169 question was skipped the user was asked once for confirmation.

170

Statistical analysis

171 The data of the screening online questionnaire were analysed descriptively. Results are
172 presented in the form of means and standard deviations for continuous data, and frequencies
173 and percentages for categorical data. For each analysis, all respective available data were
174 used, missing data were not replaced. All statistical analyses were performed using SPSS
175 Version IBM SPSS Statistics 26.

176

177

Results

178

Participants

179 Until the end of the recruitment period (March 2019 - July 2020) 29,516 invitation letters
180 were sent out and at least one additional reminder letter if the first letter was unanswered. 484
181 received no letter, the specific reasons for exclusion can be found in figure 1. Nearly 99% of
182 all parents filled out the screening online questionnaire completely. However, we also
183 included data from questionnaires that were not completely filled out. Of all participants,
184 4,981 (83.8%) indicated to be biological mothers, three to be adoptive mothers (0.1%) and
185 962 (16.2%) assumed to be biological fathers. No adoptive father participated in the study. In
186 total, either the mother, the father or both parents of 5,151 children participated in the study
187 (17.5%). Over 95% of the study parents participated prior to 16th of March 2020, the date
188 when lockdowns and other measures related to the SARS-CoV-2 pandemic started in
189 Germany.

190

Sociodemographic characteristics

191 Most parents (mothers 74%, fathers 67%) were between 30 and 39 years of age (table 1).
192 Around 80% of them were born in Germany. Nearly 85% had a high educational level

193 according to the International Standard Classification of Education (ISCED) categorisation.

194 Children ranged in age from 6 to 29 months ($m=14.6$ months ± 3.0).

195 Table 1: Sociodemographic characteristics of the parents (adoptive mothers included, n (%), ISCED =
196 International Standard Classification of Education) in the population-based study from the SKKIPPI project

	Mothers	Fathers	Full sample
	n (%)	n (%)	n (%)
Study site	4,984	962	5,946
– Berlin	3,963 (79.5)	745 (77.4)	4,708 (79.2)
– Flensburg	67 (1.3)	14 (1.5)	81 (1.4)
– Leipzig	813 (16.3)	171 (17.8)	984 (16.5)
– Other region	141 (2.8)	32 (3.3)	173 (2.9)
Age group	4,984	962	5,946
– <=29	778 (15.6)	88 (9.1)	866 (14.6)
– 30-39	3,708 (74.4)	649 (67.5)	4,357 (73.3)
– 40-49	497 (10.0)	203 (21.1)	700 (11.8)
– >= 50	1 (0.0)	22 (2.3)	23 (0.4)
Country of birth	4,946	936	5,882
– Germany	4,190 (84.7)	786 (84.0)	4,976 (84.6)
– Other country	756 (15.3)	150 (16.0)	906 (15.4)
Native language	4,945	935	5,880
– German	4,232 (85.6)	796 (85.1)	5,028 (85.5)
German language skills (if not native German, self- assessment)	711	139	850
– Very good/good	557 (78.3)	99 (71.2)	656 (77.2)
– Average	100 (14.1)	20 (14.4)	120 (14.1)
– Bad	54 (7.6)	20 (14.4)	74 (8.7)
Educational level	4,944	935	5,879
– Low (ISCED 1)	24 (0.5)	7 (0.7)	31 (0.5)
– Middle (ISCED 2)	695 (14.1)	127 (13.6)	822 (14.0)

– High (ISCED 3)	4,196 (84.9)	796 (85.1)	4,992 (84.9)
– Unknown	29 (0.6)	5 (0.5)	34 (0.6)
Current partner- /relationship	4,970	950	5,920
– Yes	4,749 (95.6)	947 (99.7)	5,696 (96.2)
Single parent	4,943	935	5,878
– Yes	289 (5.8)	7 (0.7)	296 (5.0)
Number of children < 18 years in the household (including index child)	4,945	934	5,879
0	111 (2.2)	19 (2.0)	130 (2.2)
1	2,640 (53.4)	563 (60.3)	3,203 (54.5)
2	1,692 (34.2)	265 (28.4)	1,957 (33.3)
3 or more	502 (10.2)	87 (9.3)	589 (10.0)
Receiving government benefit payments	4,940	936	5,885
– Yes	653 (13.2)	83 (8.9)	736 (12.5)
Support through early intervention programs	4,943	935	5,878
– Yes	727 (14.7)	156 (16.7)	883 (15.0)

197

198

199

Perinatal stressors and characteristics

200 Approximately three quarters of both mothers and fathers indicated that the pregnancy was
201 planned, and the timing was suitable, in contrast to 5% of mothers and 3% of fathers who
202 stated that the pregnancy was not planned and the timing not suitable (supplementary material
203 2). Three percent of the mothers delivered twins and 7% premature babies. Nearly one quarter
204 of the babies were delivered by Caesarean birth.

205

207 One third of the fathers and 22% of the mothers reported to have rather more or strong/very
 208 strong professional problems (fig. 2). Severe, negative experiences in childhood that have not
 209 yet been overcome were disclosed in 22% of the mothers and 16% of the fathers (table 2). In
 210 terms of digital media use, 16% of both parents indicated feeling stressed when their child
 211 seeks attention while using their smartphone/tablet.

212

213 Table 2: Individual parental stressors (adoptive mothers included, n (%)) in the population-based study from the
 214 SKKIPPI project

	Mothers	Fathers	Full sample
	n (%)	n (%)	n (%)
Child from random sample diagnosed with a serious illness or disability after birth or in the first few months of life	4,977	954	5,931
– Yes	180 (3.6)	30 (3.1)	210 (3.5)
Other child in household with a serious illness or disability	4,940	935	5,875
– Yes	111 (2.2)	28 (3.0)	139 (2.4)
Relationship with the child ('I feel close to my child ...')	4,972	950	5,922
– Always	3,918 (78.8)	685 (72.1)	4,603 (77.7)
– Very often	1,000 (20.1)	249 (26.2)	1,249 (21.1)
– Sometimes	48 (1.0)	15 (1.6)	63 (1.1)
– Rarely	6 (0.1)	1 (0.1)	7 (0.1)
– Never	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

Severe, negative experiences in own childhood	4,944	938	5,882
– Yes	1,064 (21.5)	150 (16.0)	1,214 (20.6)
Excessive preoccupation with diet and weight	4,950	938	5,888
– Yes	705 (14.2)	66 (7.0)	771 (13.1)
Current burdensome (chronic) illness	4,947	936	5,883
– Yes	377 (7.6)	80 (8.5)	457 (7.8)
Use of digital media	4,968	948	5,916
– ‘I feel stressed if my child seeks my attention while I am using my smart phone/tablet.’	785 (15.8)	153 (16.1)	938 (15.9)
– Yes			
– ‘When I feed or play with my child, I use my smartphone/tablet ...’	4,972	950	5,922
– Generally not at all	1,411 (28.4)	302 (31.8)	1,713 (28.9)
– Rarely	2,119 (42.6)	396 (41.7)	2,515 (42.5)
– Sometimes	1,253 (25.2)	224 (23.6)	1,477 (24.9)
– Often	189 (3.8)	28 (2.9)	217 (3.7)

215

216

Mental health problems of the parents and the child

217

The lifetime occurrence of depression was 15% for mothers and around 7% for fathers, and

218

anxiety disorders around 6% for mothers and circa 3% for fathers (table 3). Nearly one tenth

219

of the mothers and fathers scored 3 or higher in the PHQ 2 Questionnaire (depressive

220

symptoms within the PHQ 4), 11%, and 7%, respectively in the GAD-2 Questionnaire

221

(anxiety symptoms within the PHQ 4). Twenty-one percent and 15%, respectively reported

222

obsessive-compulsive thoughts and 20% and 12% respectively reported mood swings and

223 difficulties in controlling feelings. Between two and five percent of the parents reported that
 224 their child exhibited symptoms of one of the indicated regulatory problems at the time of
 225 survey (supplementary material 3).

226

227 Table 3 Parental mental health problems (adoptive mothers included, n (%), PHQ=Patient Health Questionnaire,
 228 GAD= Generalized Anxiety Disorder) in the population-based study from the SKKIPPI project

	Mothers	Fathers	Full sample
	n (%)	n (%)	n (%)
Occurrence of parental mental health disorders (lifetime)	4,940	935	5,875
– None	3,886 (78.7)	825 (88.2)	4,711 (80.2)
– Diagnosis	4,951	937	5,888
– Depression	738 (14.9)	69 (7.4)	807 (13.7)
– Anxiety disorder	282 (5.7)	31 (3.3)	313 (5.3)
– Obsessive compulsive disorder	35 (0.7)	7 (0.7)	42 (0.7)
– Psychosis	16 (0.3)	1 (0.1)	17 (0.3)
Occurrence of parental mental health problems (current situation)			
Depressive Symptoms (PHQ-2)	4,955	944	5,899
– Score ≥ 3	458 (9.2)	84 (8.9)	542 (9.2)
Anxiety symptoms (GAD-2)	4,953	944	5,897
– Score ≥ 3	537 (10.8)	70 (7.4)	607 (10.3)
Alcohol problems	4,951	938	5,889
– Yes	15 (0.3)	9 (1.0)	24 (0.4)
Drug problems	4,950	937	5,887
– Yes	9 (0.2)	5 (0.5)	14 (0.2)

Obsessive- compulsive thoughts	4,948	938	5,886
– Yes	1,054 (21.3)	145 (15.5)	1,199 (20.4)
Obsessive- compulsive acts	4,951	938	5,889
– Yes	271 (5.5)	60 (6.4)	331 (5.6)
Mood swings and difficulties in controlling feelings	4,946	935	5,881
– Yes	982 (19.9)	110 (11.8)	1,092 (18.6)

229

230

Discussion

231

Main findings

232

Results from the screening online questionnaire of the SKKIPPI cohort study showed that

233

parents of children in the first years after birth were facing a variety of considerable

234

psychosocial stressors. Obsessive-compulsive thoughts, mood swings and difficulties in

235

controlling feelings and depressive and anxiety symptoms were the most frequently reported

236

mental health problems by both parents. The use of the screening online questionnaire turned

237

out to be feasible.

238

Comparison with other studies

239

Parents of nearly 18% of the children drawn from the residents' registration offices in Berlin,

240

Leipzig, and Flensburg participated in the first step of the study. During preparation of the

241

study a response rate of 20% was estimated (Fricke et al. 2020) and the response rate achieved

242

(17.5%) was only slightly below and corresponds to response rates from other

243

epidemiological studies in Germany in previous years (Robert Koch-Institut, 2014; Schipf et

244

al., 2020). Nearly 99% of the consented participants also finished the questionnaire, so

245

completeness of the data is very high. Given the fact that the invitation letter was primarily

246 addressing the mother, the high number of mothers in the study sample (85%) is not
247 surprising. To get a broader insight into the specific problems that fathers have in the early
248 childhood period, future studies should address the fathers more comprehensively. As the
249 majority of parents completed the online questionnaire before the restrictions and lockdowns
250 due to the SARS-CoV-2 pandemic were implemented in Germany (95%), we assume that the
251 results of this part of the study were not significantly influenced by the pandemic.

252 Our age range of 30-39 years for most participants corresponds to the average age for first
253 time parents in Germany. In 2020, mothers were on average 30 years old and fathers 33 years
254 old at the time of birth of their first child (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021). It is
255 striking that the number of single parents in our sample was relatively low (5% for both
256 parents). In 2018, the proportion of single mothers or fathers among all families in Germany
257 was nearly 19% (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019). One reason for this difference
258 could be the fact that our sample included only parents with very small children. It is likely
259 that many parents separate a little later and not so soon after birth. The above-mentioned
260 prevalence for Germany was assessed for all families with minor children and not only very
261 small children. Another possible reason could be that single parents with small children have
262 less time to participate in this kind of study.

263 Concerning adverse perinatal stressors, an unwanted/unplanned pregnancy is a known risk
264 factor for postpartum depression (Beck, 2001). In our questionnaire, we asked not only if the
265 pregnancy was planned, but also if it was a suitable time. More than one fifth of the parents in
266 our study reported that the pregnancy was not planned, a prevalence that has also been
267 assessed by Lorenz et al. in another German sample (Lorenz, Ulrich, Sann, & Liel, 2020).

268 Unfortunately, we do not know whether parents having ambivalent or adverse feelings about
269 being pregnant had a higher or lower participation rate in this study. While more than 93% of
270 the parents indicated that their child is or was breastfed at least to some extent, we did not ask

271 how long they were breastfeeding for. There may be a certain amount of mothers who only
272 breastfed for a short period. Unfortunately, we did not ask specific questions to ascertain
273 whether breastfeeding was seen more as a stressful or positive experience for the parents. The
274 same is true for other perinatal characteristics like childbirth setting, delivery procedure or
275 being a parent for the first time.

276 Parents in our study reported to be confronted with a variety of individual stressors. We found
277 the highest percentages for both mothers and fathers in the categories of professional
278 problems and problems concerning lack of social support. The latter stressor is a well-known
279 risk factor that has been investigated in various studies on postnatal depression (Beck, 2001;
280 O'Hara & Swain, 2009). Work-related or professional stress as determinant for mental health
281 problems has been assessed in various studies in men and women in the general population
282 (Melchior et al., 2007; Wang, Lesage, Schmitz, & Drapeau, 2008), but seems to be less often
283 considered in the postnatal setting and should be further investigated. Severe, negative
284 experiences during childhood has been shown to be a risk factor for pre- and postnatal
285 depression (Leigh & Milgrom, 2008; Wosu, Gelaye, & Williams, 2015). Comparing our
286 study with another study on psychosocial stress, parents in our study reported more often
287 severe, negative experiences during childhood (Lorenz, Ulrich, Sann, & Liel, 2020). As this
288 stressor was only assessed with one single question in our study, this result should be
289 interpreted with caution. Within the further assessments of the SKKIPPI cohort study,
290 participants get a more detailed questionnaire on this topic, so we may get a better insight into
291 this particular stressor. A recent review on research related to parent distraction with phones
292 and mobile devices suggests its adverse impact on parenting sensitivity and behaviours
293 (McDaniel, 2019), but most evidence comes from self-reporting and observations and more
294 longitudinal data is needed in this area of research. In our study, around 16% of mothers and
295 fathers feel stressed if their child seeks their attention while they are using their smart

296 phone/tablet. As mobile phones have become an indispensable part of parents' daily lives, this
297 influence should be investigated more specifically in future studies.

298 Obsessive-compulsive symptoms are less well studied during the postnatal period as
299 compared to depressive or anxiety problems, but various studies showed that the postpartum
300 period is a high-risk time for this kind of mental health problem in mothers and fathers
301 (Starcevic. et al., 2020; Walker, Blackie, & Nedeljkovic, 2021; Hudepohl et al. 2022). In our
302 sample, a large number of parents reported obsessive-compulsive thoughts, but not as much
303 obsessive-compulsive acts. Obviously, we cannot deduce from these results that all parents
304 indicating obsessive-compulsive thoughts had an obsessive-compulsive disorder as these
305 kinds of thoughts can also be part of a depressive symptomatology. However, the high
306 number should draw more attention to this kind of symptom. Within the further assessments
307 of the SKKIPPI cohort study, participants will get a comprehensive psychiatric diagnostic
308 interview, so we will get more precise numbers for obsessive-compulsive disorders in our
309 sample. As for the occurrence of actual depressive symptoms, former studies from Germany
310 reported lower numbers for depression in mothers in the first months after birth, ranging from
311 3% to 6% (Reck et al., 2008; v. Ballestrem, Strauss, & Kachele, 2005), however samples were
312 not population- but hospital-based. Data from a recent, large population-based study in
313 Germany (based on PHQ 8), showed similar rates to our study, however they included both
314 women and men with and without children and not only parents (women 10.8% versus men
315 7.6%, n=254,510, age ≥ 15 years) (Robert Koch-Institut, 2019). Interestingly, the age range
316 of 15-29 years in the above-mentioned study showed the highest prevalence rates (11.5% for
317 both men and women together). For anxiety problems, previous data from Germany showed
318 similar frequencies for mothers in the first months after birth (circa 11%) (Reck et al., 2008),
319 but the sample was hospital-, not population-based.

320 Occurrences of regulatory problems in the children of our sample were lower than in other
321 German studies (Martini et al., 2017; Wake et al., 2006). Some of our participants indicated in
322 the questionnaire that their children have had regulatory problems in the very first months
323 after birth, but not anymore at the time of the assessment. Another reason for this difference
324 could be that we did not implement a specific questionnaire for this kind of problem in the
325 online questionnaire but asked only for the parental perception of the child's current
326 behaviour. Within the further assessments of the SKKIPPI cohort study, the presence of
327 problems concerning crying, feeding, and sleeping are investigated in more detail using the
328 questionnaire on crying, feeding, and sleeping disorders developed by Groß et al., 2013.

329 *Strengths and limitations*

330 One of the strengths of our study is the large, population-based sample, while previous studies
331 are often based on hospital or other routine healthcare related data. We developed a short
332 questionnaire in simple language assessing all kinds of parental stressors and translated it into
333 several languages. We assessed not only typical maternal, but also paternal and child-related
334 stressors. However, several limitations have to be discussed. Firstly, even if we recruited a
335 population-based sample, it is not representative of Germany, since we recruited participants
336 in only three regions of Germany, which are mostly urban. There is a need to get more data
337 for rural regions where stressors can also be distinct from psychosocial and other stressors in
338 urban regions. The reason for choosing these specific regions was the location of the
339 respective partner institutions of the overall SKKIPPI study project. Secondly, we could not
340 assess specific data on the non-responders of the study, so potential differences in the
341 characteristics between responders and non-responders are unknown. The educational level of
342 the participants was very high (85% belonged to the highest group). This is a common finding
343 in epidemiological studies and reflects a general underrepresentation of people with middle
344 and low education levels (Galea & Tracy, 2007; Jacobsen, Nohr, & Frydenberg, 2010).

345 Therefore, our goal to reach more people with lower education levels by keeping the
346 questionnaire short and in simple language was not sufficient. Future studies should therefore
347 try to implement specific adapted strategies to recruit more people with lower educational
348 levels, e.g. through more targeted sampling. Thirdly, we cannot exclude that social
349 expectations may have played a role in answering some of the more personal questions. For
350 example, in answering the questions if the pregnancy was planned, if the child was breastfed
351 or how close the relationship to the child is. However, we tried to reduce the social
352 desirability bias by collecting data via online questionnaire and not by face-to-face interview.
353 Fourthly, we collected data on the lifetime occurrence but not on the beginning of the mental
354 health problems, thus were not able to assess their presence during pregnancy. The reason for
355 this was based on considerations that such prenatal information may not be validly assessed
356 retrospectively, and answers may be biased.

357

358 Conclusion

359 Our data analyses from a large German population-based cohort study indicated that a
360 substantial proportion of parents were burdened by psychosocial problems and showed
361 indications of mental health problems during this period. Based on these data, the availability
362 of early preventive and low-threshold support measures in the health and social care system
363 should be adapted to the needs of new parents. Future research efforts should include follow-
364 up analyses of this cohort and further attempts to include more fathers, parents with lower
365 socioeconomic status and families with migration backgrounds in population-based studies.
366 The newly developed questionnaire can be used in these and other studies with the aim of
367 screening potentially affected parents.

368

- 370 Arifin, S. R. M., Cheyne, H., Maxwell, M. (2018). Review of the prevalence of postnatal depression across
371 cultures. *AIMS Public Health*, 5(3), 260-295. doi:10.3934/publichealth.2018.3.260
- 372 Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 50:275-285.
- 373 Berghöfer, A., Göckler, D. G., Sydow, J., Auschra, C., Wessel, L., Gersch, M. (2020). The German health care
374 Innovation Fund - An incentive for innovations to promote the integration of health care. *J Health*
375 *Organ Manag*, 34(8), 915-923. doi:10.1108/JHOM-05-2020-0180
- 376 Bundesinitiative Frühe Hilfen (2013). KiD 0-3: ein Fragebogen zur Situation von Familien mit Säuglingen und
377 Kleinkindern in Deutschland. Retrieved from
378 https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Infas_Fragebogen_LebenssituationFamilien_20131113.pdf
- 380 Cameron, E. E., Sedov, I. D., Tomfohr-Madsen, L. M. (2016). Prevalence of paternal depression in pregnancy
381 and the postpartum: An updated meta-analysis. *J Affect Disord*, 206, 189-203. doi:
382 10.1016/j.jad.2016.07.044. Epub 2016 Jul 20. PMID: 27475890.
- 383 Clout, D., Brown, R. (2015). Sociodemographic, pregnancy, obstetric, and postnatal predictors of postpartum
384 stress, anxiety and depression in new mothers. *J Affect Disord*, 188, 60-67.
385 doi:10.1016/j.jad.2015.08.054
- 386 Dennis, C. L., Falah-Hassani, K., Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic
387 review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 210(5), 315-323. doi:10.1192/bjp.bp.116.187179
- 388 Eckert, M., Richter, K. M., Matthes, J. et al (2020). [Postpartum mental health problems: healthcare service
389 situation and effectiveness of parent-infant psychotherapy. Presentation of the SKKIPPI project funded
390 by the German Innovationsfonds]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*,
391 63(12), 1538-1547. doi:10.1007/s00103-020-03242-4
- 392 Fineberg, N., Robert, A. (2001). Obsessive compulsive disorder: a twentyfirst century perspective. In: Fineberg
393 N, Marazziti D, Stein DJ (eds), *Obsessive Compulsive Disorder: a practical guide*, Martin Dunitz,
394 London, pp 1-13
- 395 Fricke, J., Bolster, M., Ludwig-Körner, C. et al. (2020). Occurrence and determinants of parental psychosocial
396 stress and mental health disorders in parents and their children in early childhood: rationale, objectives,
397 and design of the population-based SKKIPPI cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 56(6),
398 1103-1112. doi:10.1007/s00127-020-02004-6
- 399 Galea, S., Tracy, M. (2007). Participation rates in epidemiologic studies. *Ann Epidemiol*, 17(9), 643-653.
400 doi:10.1016/j.annepidem.2007.03.013
- 401 Groß, S., Reck, C., Thiel-Bonney, C., Cierpka, M. (2013). Empirische Grundlagen des Fragebogens zum
402 Schreien, Füttern und Schlafen (SFS). *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat*, 62, 327-347.
- 403 Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., Anaya, I. (2017). Economic and Health Predictors of National
404 Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291
405 Studies from 56 Countries. *Front Psychiatry*, 8:248. doi:10.3389/fpsy.2017.00248
- 406 Hudepohl, N., MacLean, J.V., Osborne, L. M. (2022). Perinatal Obsessive-Compulsive Disorder: Epidemiology,
407 Phenomenology, Etiology, and Treatment. *Curr Psychiatry Rep*, 24, 229-237.
408 <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01333-4>
- 409 Jacobsen, T. N., Nohr, E. A., Frydenberg, M. (2010). Selection by socioeconomic factors into the Danish
410 National Birth Cohort. *Eur J Epidemiol*, 25(5), 349-355. doi:10.1007/s10654-010-9448-2
- 411 Leigh, B., Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress.
412 *BMC Psychiatry*, 8:24. doi:10.1186/1471-244X-8-24
- 413 Lorenz, S., Ulrich, S. M., Sann, A., Liel, C. (2020). Self-reported psychosocial stress in parents with small
414 children—results from the Kinder in Deutschland–KiD–0–3 study. *Dtsch Arztebl International*, 117(42),
415 709-716. doi:10.3238/arztebl.2020.0709
- 416 Löwe, B., Wahl, I., Rose, M. et al (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: validation and
417 standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect*
418 *Disord*, 122(1-2), 86-95. doi:10.1016/j.jad.2009.06.019
- 419 Martini, J., Petzoldt, J., Knappe, S., Garthus-Niegel, S., Asselmann, E., Wittchen, H. U. (2017). Infant, maternal,
420 and familial predictors and correlates of regulatory problems in early infancy: The differential role of
421 infant temperament and maternal anxiety and depression. *Early Hum Dev*, 115, 23-31.
422 doi:10.1016/j.earlhumdev.2017.08.005
- 423 Mattheß, J., Eckert, M., Richter, K. et al (2020). Efficacy of Parent-Infant-Psychotherapy with mothers with
424 postpartum mental disorder: study protocol of the randomized controlled trial as part of the SKKIPPI
425 project. *Trials*, 21(1), 490. doi:10.1186/s13063-020-04443-7
- 426 McDaniel, B. T. (2019). Parent distraction with phones, reasons for use, and impacts on parenting and child
427 outcomes: A review of the emerging research. *Hum Behav & Emerg Tech*, 1, 72- 80.
428 <https://doi.org/10.1002/hbe2.139>

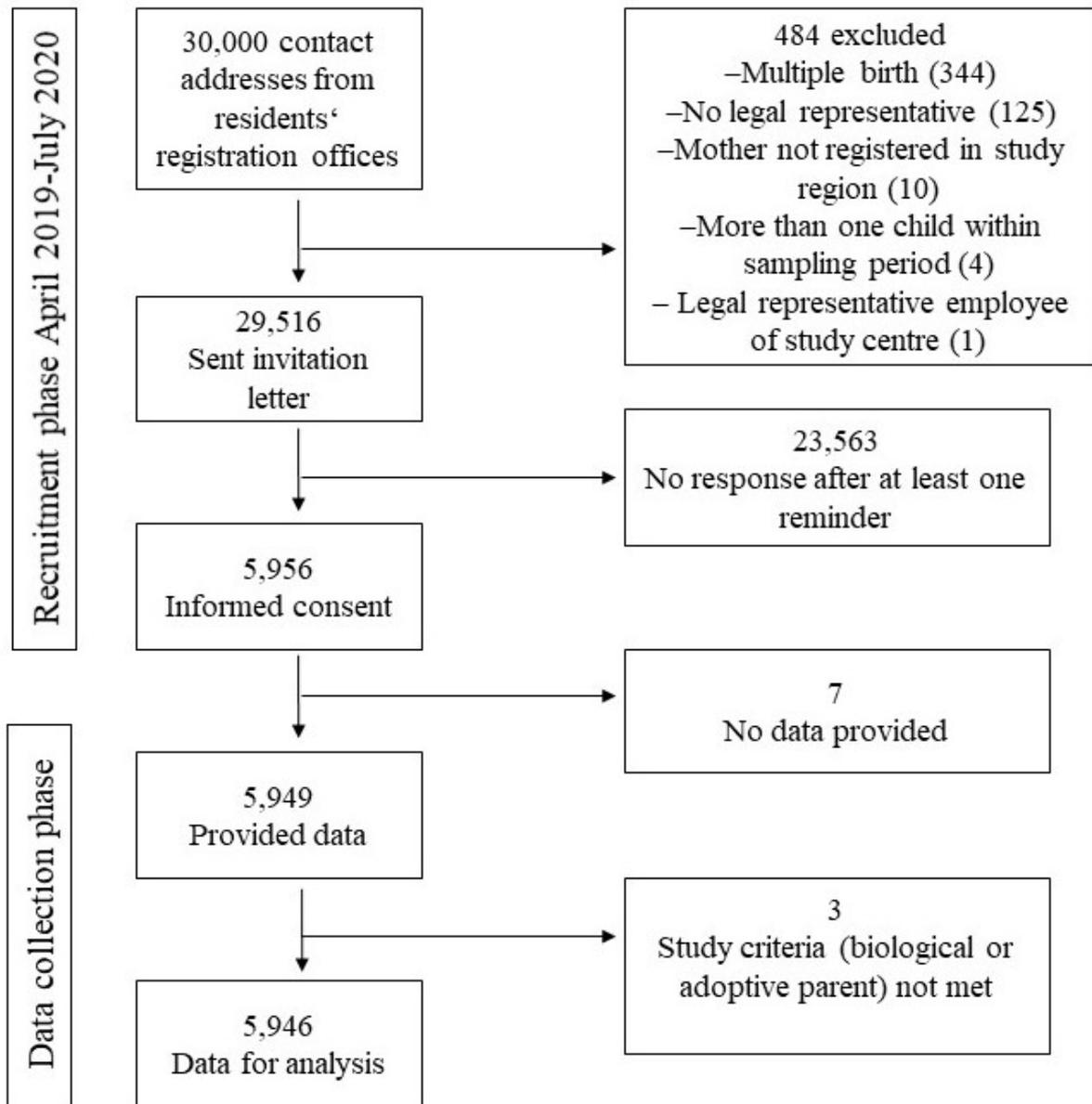
- 429 Melchior, M., Caspi, A., Milne, B. J., Danese, A., Poulton, R., Moffitt, T. E. (2007). Work stress precipitates
430 depression and anxiety in young, working women and men. *Psychol Med*, 37(8), 1119-1129.
431 doi:10.1017/S0033291707000414
- 432 O'Hara, M. W., Swain, A. M. (2009). Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International*
433 *Review of Psychiatry*, 8(1), 37-54. doi:10.3109/09540269609037816
- 434 Reck, C., Struben, K., Backenstrass, M. et al (2008). Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety
435 and depressive disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 118(6), 459-468. doi:10.1111/j.1600-
436 0447.2008.01264.x
- 437 Robert Koch-Institut (2014). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell
438 2012". Berlin. Retrieved from
439 [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA12.pdf?__blob=publicationFile)
440 [/GEDA12.pdf?__blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA12.pdf?__blob=publicationFile)
- 441 Robert Koch-Institut (2019). Depressive symptoms in a European comparison – Results from the European
442 Health Interview Survey (EHIS) 2. *Journal of Health Monitoring*, 4(4)
443 doi:http://dx.doi.org/10.25646/6227
- 444 Schipf, S., Schöne, G., Schmidt, B. et al (2020). [The baseline assessment of the German National Cohort
445 (NAKO Gesundheitsstudie): participation in the examination modules, quality assurance, and the use of
446 secondary data]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 63(3), 254-266.
447 doi:10.1007/s00103-020-03093-z
- 448 Skovgaard, A. M., Houmann, T., Christiansen, E. et al (2007). The prevalence of mental health problems in
449 children 1(1/2) years of age - the Copenhagen Child Cohort 2000. *J Child Psychol Psychiatry*, 48(1),
450 62-70. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01659.x
- 451 Sprengeler, M. K., Mattheß, J., Eckert, M. et al (2021). Efficacy of parent-infant psychotherapy compared to
452 care as usual in children with regulatory disorders in clinical and outpatient settings: study protocol of a
453 randomised controlled trial as part of the SKKIPPI project. *BMC Psychiatry*, 21(1), 118.
454 doi:10.1186/s12888-021-03112-6
- 455 Starcevic, V., Eslick, G. D., Viswasam, K. et al (2020). Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder during
456 Pregnancy and the Postpartum Period: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatr Q*, 91, 965–
457 981. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09769-8>
- 458 Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019). Anteil alleinerziehender Mütter und Väter mit minderjährigen
459 Kindern an Familien in Deutschland insgesamt von 1996 bis 2018. Retrieved from
460 [https://de.statista.com/statistik/daten/studie/486538/umfrage/anteil-alleinerziehender-mit-](https://de.statista.com/statistik/daten/studie/486538/umfrage/anteil-alleinerziehender-mit-minderjaehrigen-kindern-an-familien-in-deutschland/)
461 [minderjaehrigen-kindern-an-familien-in-deutschland/](https://de.statista.com/statistik/daten/studie/486538/umfrage/anteil-alleinerziehender-mit-minderjaehrigen-kindern-an-familien-in-deutschland/)
- 462 Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021). Daten zum durchschnittlichen Alter der Eltern bei Geburt nach der
463 Geburtenfolge für 1. Kind, 2. Kind, 3. Kind der Mutter und insgesamt 2020. Retrieved from
464 [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburten-](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburten-eltern-biologischesalter.html)
465 [eltern-biologischesalter.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburten-eltern-biologischesalter.html)
- 466 STROBE. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology Statement – Checklist: cohort
467 studies Retrieved from blob:<https://www.strobe-statement.org/0d209dd7-a81d-45df-acf8-8744de04ce31>
- 468 v. Ballestrin, C. L., Strauss, M., Kachele, H. (2005). Contribution to the epidemiology of postnatal depression
469 in Germany--implications for the utilization of treatment. *Arch Womens Ment Health*, 8(1), 29-35.
470 doi:10.1007/s00737-005-0068-x
- 471 Wake, M., Morton-Allen, E., Poulakis, Z., Hiscock, H., Gallagher, S., Oberklaid, F. (2006). Prevalence, stability,
472 and outcomes of cry-fuss and sleep problems in the first 2 years of life: prospective community-based
473 study. *Pediatrics*, 117(3), 836-842. doi:10.1542/peds.2005-0775
- 474 Walker, R., Blackie, M., Nedeljkovic, M. (2021) Fathers' Experience of Perinatal Obsessive-Compulsive
475 Symptoms: A Systematic Literature Review. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 24(3), 529-541.
476 doi:10.1007/s10567-021-00348-2
- 477 Wang, J. L., Lesage, A., Schmitz, N., Drapeau, A. (2008). The relationship between work stress and mental
478 disorders in men and women: findings from a population-based study. *J Epidemiol Community Health*,
479 62(1), 42-47. doi:10.1136/jech.2006.050591
- 480 Wosu, A. C., Gelaye, B., Williams, M. A. (2015). History of childhood sexual abuse and risk of prenatal and
481 postpartum depression or depressive symptoms: an epidemiologic review. *Arch Womens Ment Health*,
482 18(5), 659-671. doi:10.1007/s00737-015-0533-0

484

485

Figures

486

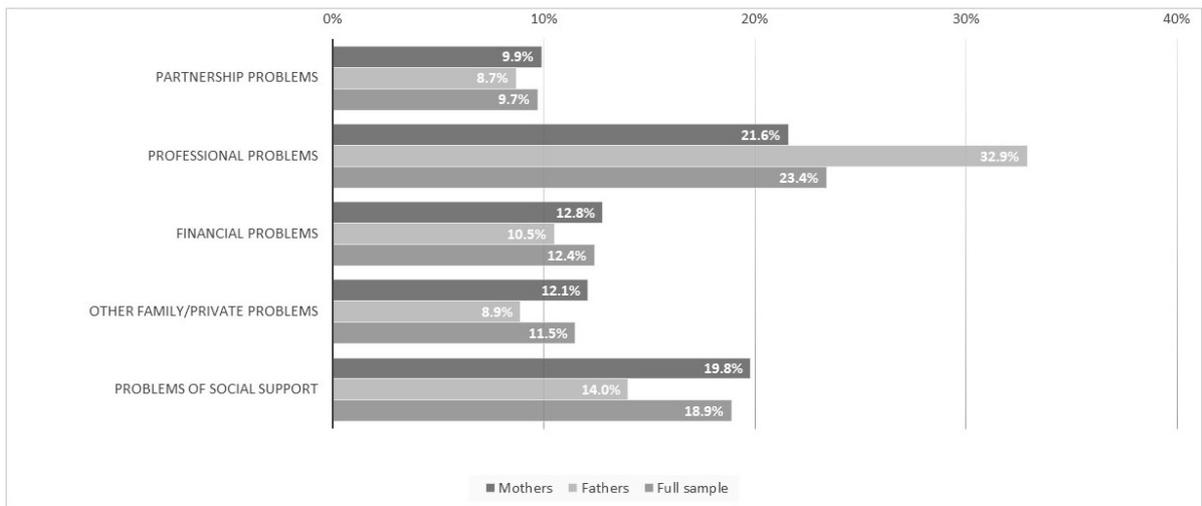


487

488 *Figure 1.* Details of the recruitment and data collection phase of the population-based cohort
489 study in 3 cities

490

491



492

493 *Figure 2. Various self-reported parental stressors (answers: “rather more” or “strong/very*
494 *strong” combined)*

495

496

497 Supplementary table 1: Perinatal stressors and characteristics (adoptive mothers excluded, n (%)) in the
 498 population-based study from the SKKIPPI project

	Mothers n (%)	Fathers n (%)	Full sample n (%)
Pregnancy planned/suitable time	4,975	955	5,930
– Planned and suitable time	3,567 (71.7)	707 (74.0)	4,274 (72.1)
– Not planned, but suitable time	838 (16.8)	160 (16.8)	998 (16.8)
– Planned, but not a suitable time	320 (6.4)	61 (6.4)	381 (6.4)
– Not planned and not a suitable time	250 (5.0)	27 (2.8)	277 (4.7)
Multiple pregnancy	4,977	960	5,937
– Twins	150 (3.0)	28 (2.9)	178 (3.0)
– Triplets or more	1 (0.0)	1 (0.1)	2 (0.0)
Complications during pregnancy, (multiple answers possible)	4,977	960	5,937
– Heavy bleeding	151 (3.0)	15 (1.6)	166 (2.8)
– Diabetes during pregnancy	360 (7.2)	62 (6.5)	422 (7.1)
– Preeclampsia	238 (4.8)	51 (5.3)	289 (4.9)
– Other complications	752 (15.1)	122 (12.7)	874 (14.7)
Preterm delivery	4,977	958	5,935
– Yes	344 (6.9)	74 (7.7)	418 (7.0)
If yes:			
– 3-7 weeks earlier	271 (78.8)	64 (86.5)	335 (80.1)
– \geq 8 weeks earlier	71 (20.6)	10 (13.5)	81 (19.4)
– Unknown	2 (0.6)	0 (0.0)	2 (0.5)
Childbirth setting	4,976	954	5,930
– Hospital	4,643 (93.3)	888 (93.1)	5,531 (93.3)
– Birthing centre	231 (4.6)	48 (5.0)	279 (4.7)

– Home birth	97 (1.9)	17 (1.8)	114 (1.9)
– Other	5 (0.1)	1 (0.1)	6 (0.1)
Delivery procedure	4,976	954	5,930
– Normal (vaginal)	3,342 (67.2)	650 (68.1)	3,992 (67.3)
– Forceps or vacuum extraction	469 (9.4)	98 (10.3)	567 (9.6)
– Planned C-Section	493 (9.9)	81 (8.5)	574 (9.7)
– Unplanned C-Section (emergency C-section)	672 (13.5)	125 (13.1)	797 (13.4)
First child	4,975	954	5,929
– Yes	2,873 (57.7)	598 (62.7)	3,471 (58.5)
Child breastfed	4,969	951	5,920
– Is/was breastfed	4,632 (93.2)	894 (94.0)	5,526 (93.3)
– Never breastfed	337 (6.8)	57 (6.0)	394 (6.7)

499

500

501 Supplementary table 2 Parental self-assessment of regulatory problems of children (adoptive mothers included, n
502 (%)) in the population-based study from the SKKIPPI project

503

Regulatory problem	Mothers	Fathers	Full sample
	n (%)	n (%)	n (%)
Feeding problems	4,972	945	5,917
– Yes	71 (1.4)	20 (2.1)	91 (1.5)
Excessive crying	4,972	950	5,922
– Yes	151 (3.0)	20 (2.1)	171 (2.9)
Difficulties in falling asleep	4,973	950	5,923
– Yes	171 (3.4)	45 (4.7)	216 (3.6)
Difficulties in maintaining sleep	4,973	950	5,923
– Yes	246 (4.9)	59 (6.2)	305 (5.1)

504

TITLE: Past attachment experiences, the potential link of mentalization and the transmission of behavior to the child by mothers with mental health problems: cross-sectional analysis of a clinical sample

Authors: Mattheß, Janna^{1,2}, Koch, Gabriele¹, Keil, Thomas^{3,4,5}, Roll, Stephanie³, Berghöfer, Anne³, Ludwig-Körner, Christiane¹, Schlensog-Schuster, Franziska^{2,6}, Sprengeler, Mona Katharina², von Klitzing, Kai² & Kuchinke, Lars¹

Affiliations

¹ International Psychoanalytic University, Berlin, Germany

² Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics, University of Leipzig, Leipzig, Germany

³ Institute of Social Medicine, Epidemiology and Health Economics, Charité–Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany

⁴ Institute of Clinical Epidemiology and Biometry, University of Wuerzburg, Wuerzburg, Germany

⁵ State Institute of Health I, Bavarian Health and Food Safety Authority, Erlangen, Germany

⁶ University Hospital of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Switzerland

Corresponding author:

Janna Matthes

International Psychoanalytic University

Stromstr. 3b, 10555 Berlin

Germany

Phone: +49-30300117721

E-Mail: janna.matthes@ipu-berlin.de

ORCID ID: 0000-0001-9111-9530

Other author's ORCID IDs:

ORCID Franziska Schlensog-Schuster: 0000-0002-8033-6537

ORCID Stephanie Roll: 0000-0003-1191-3289

ORCID Anne Berghöfer: 0000-0002-7897-6500

ORCID Thomas Keil: 0000-0002-9108-3360

ORCID Mona Katharina Sprengeler: 0000-0002-3887-9423

ORCID Lars Kuchinke: 0000-0001-8248-1167

Word Count = 6881

ABSTRACT (179)

Maternal capacity to mentalize (= reflective functioning, RF), secure attachment and emotionally available parenting has an impact on the child's development. The transmission of mothers' past attachment experiences gained with both her caregivers in her own childhood and the impact on current mother-child interaction is part of the 'transmission gap'. This study explores the transgenerational transmission mechanisms and the potential moderating effect of RF in a clinical sample of 113 mother-child dyads suffering from mental health problems. In a cross-sectional study the associations between maternal attachment experiences, RF (coded based on Adult Attachment Interviews) and current mother-child interaction (Emotional Availability Scales) were examined with univariate correlation-, moderator analyses, and structural equation models. We found relationships between attachment experiences and mother-child interaction, but RF had no moderating effect. Past loving experiences and perceived neglect, particularly with the own father in childhood, were predictors for the present mother-child interaction. There seems to be an intergenerational transmission of attachment experiences to the ongoing generation. Particularly past adverse childhood experiences with the own father seem to explain currently disruptive interactions with the child.

Keywords: reflective functioning, attachment, mother-child interaction, paternal attachment experiences, transgenerational transmission

Trial Registration IDs: DRKS00017008 & DRKS00016353

INTRODUCTION

Over the past decades, an impact of a secure parental attachment representation, i.e., the parental capacity to mentalize and the parent-child interaction on the development of the child was reported [1, 2]. For example, the impact of mothers suffering from mental health problems and their experiences had in their own childhood as well as their effects on current behaviors towards the own infant and the child's development is part of the so called 'transmission gap' – the gap between what is known and not known to explain the mechanisms that support a secure attachment development [2]. Until now, research mainly focused on the mother-child dyad, excluding the father as third person [3].

A child has an inborn need for proximity and care to survive which, according to attachment theory, can be satisfied by a responsive and sensitive caregiver [4]. Parents who had sufficiently good attachment experiences with their own parents are more likely to understand and help the child's needs and to serve as a secure base for the child's attachment development. This ability is especially helpful in stressful situations and leads to less disrupted dyadic interactions and to a child who is more sensitive in his/her responses in return [5]. Negative childhood experiences are considered risk factors for later psychopathology, whose prevalence in turn can be predicted by the frequency, severity and cumulation of these negative childhood experiences. The development of early relationships and the child's mental development depends on at least three individuals (most typically mother, father, and child)[6]. Accordingly, it seems important to differentiate between attachment experiences with each caregiver respectively. The Adult Attachment Interview (AAI)[7] provides an independent and reliable external judgement of attachment classifications, and the subscales differentiate between childhood attachment experiences with the mother and the father. The AAI can be used to identify whether a caregiver was loving, rejecting, neglecting, involving or put pressure on to achieve [7]. It is assumed that these past experiences are subsequently transmitted to the ongoing relationship with the child.

Several studies have shown that parents with insecure or unresolved attachment representations show less understanding of their own and other's feelings and intentions [8], leading to insensitive up to hostile behavior towards the child. Insensitive maternal behavior towards the child is known to correlate with childrens' attachment security [1]. A lack of parental responsiveness in the dyadic interaction is considered to be a potential risk for infant abuse and psychological distress. Especially parents who have experienced this kind of behavior in their own childhood are known to transmit these malignant patterns to the child [9, 10]. Children who suffered from a rejecting parent have a higher likelihood of developing mental health problems like social or adjustment impairments, emotional problems or becoming a rejecting parent as well [11-14]. Self-reported hostile experiences with both caregivers, mother and father, predict hostile behavior in the next generation [15].

Attachment and sensitivity have long been discussed as the only mechanisms of intergenerational transmission of attachment. Recent research highlights the concept of reflective functioning (RF) to also play a vital role in the transmission [16]. RF is the operationalization of mentalization [5], i.e. the capacity to envision mental states in oneself or another. RF can be assessed by the RF rating scale in the context of the AAI. The RF rating scale objectively codes the awareness of mental states characteristics, the effort to tease out the underlying behavior of mental states and/or the recognition of their developmental aspects [17]. As such, a close relationship between the AAI experiences subscales and RF could be predicted but concrete evaluations for example in relation to each caregiver are lacking. It is

hypothesized that RF can be a protective factor against parents' insensitive behavior: Parental RF has been identified as one of the key factors in a positive parent-child relationship. It predicts sensitive parenting and attachment security and results in a decrease of child behavioral problems [16, 18]. Moreover, mothers with higher RF show less hostility and intrusiveness in the interaction with their children [16]. On the other hand, low parental RF is associated with risk factors like mental health problems, chronic stress or unresolved trauma or loss. In turn, parental mental health problems are known risk factors for infant psychopathology [19]. Especially in stressful situations with the child, the ability to provide consistent and sensitive caregiving can be impaired which increases the risk for transmission [13]. Parents with low RF are significantly more likely to demonstrate less sensitive caregiving behavior by showing a lack of awareness of the infant or an inaccuracy in interpreting the infant's internal states [1].

In sum, links between sensitive caregiving, attachment and RF already exist [10, 18]. However, evaluations of the relationship between past attachment experiences for example with a loving, rejecting or neglecting caregiver and RF are lacking. It is still uncertain how these patterns influence the transgenerational transmission and whether there exist further mechanisms explaining the transmission gap. The observed relationship between sensitive caregiving, mentalization and child attachment explains only up to 12 % of the variance in infant attachment security [1]. Thus, it seems likely that further transmission mechanisms exist. Based on cross-sectional data from a clinical sample with maternal and/or infant mental health problems, this study aims to evaluate potential mechanisms of the transmission gap by examining the potential link between mother's attachment experiences with her caregivers in the past and her current behavior towards the child. If such a link is confirmed, the potential moderating effects of maternal RF on this relationship will be evaluated.

METHOD

Data set

The data are taken from two randomized controlled trials (RCTs) of the German multicentre research project SKKIPPI ['SKKIPPI', 20, 21, 22]. The RCTs were designed to evaluate the efficacy of Parent-Infant-Psychotherapy (PIP) to improve maternal mentalization and mother-child interaction in early childhood. The final sample size in both RCTs was N=260. The aims of the two RCTs were to evaluate the efficacy of dyadic PIP in inpatient psychiatric units and outpatient settings. To avoid interference with ongoing trials, only a subsample of mother-child dyads with a full dataset of baseline assessments have been included in the present analyses. Data of this subsample analysis have been recorded between January 2019 and September 2021 (data collection in the SKKIPPI RCTs ended in December 2022).

Participants

A subsample of n=113 mother-child dyads were part of the present analyses. Mother-child dyads were included when complete baseline data for EAS and AAI (attachment experiences and AAI-RF) outcomes were available. Dyads were included in data analysis, independent of later RCT treatment allocation or psychopathological symptoms. Mothers in the RCTs either had a current ICD-10 diagnosis of a mental disorder in the postpartum period or children received an ICD-10 diagnosis of regulatory disorder. Mothers (M=32.7 years) were recruited in 5 German study centres together with their children (44.2% girls; see Table 1). Due to the

inclusion criteria of the SKKIPPI RCTs, child age ranged from 0 to 36 months. 61.1% of mothers were found to have a current mental health problem according to the M.I.N.I. diagnostic interview [23] (see Table 1). Mother-child dyads with a maternal ICD-10 diagnosis of schizophrenia, substance abuse, recent suicidal ideation, or infant's symptoms of alcohol embryopathy or severe life-limiting diseases were excluded from study participation.

Table 1 Sociodemographic characteristics of participating mothers

	<i>n</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>	<i>%</i>
Mother's age (years)	113	32.7	4.78	17-44	
Infant's age (months)	113	12.0	10.9	0-36	
Sex of infant	113				
Male	63				55.8
Female	50				44.2
Born in Germany	83				86.5
Marital status	92				
Single	8				8.7
Living with a partner	84				91.3
Educational level	98				
Low	7				7.1
Medium	24				24.5
High	67				68.4
Number of children					
1	40				53.3
2	27				36.0
3	7				9.3
> 4	1				1.3
Mental health problems (M.I.N.I.)*	69				61.1
Depression	40				35.4
Manic or hypomanic episode	4				3.6
Panic disorder	30				26.5
Social phobia	15				13.3
OCD	12				10.6
PTSD	7				6.2
Eating disorder	2				1.8
GAD	34				30.1
ASPD	3				2.7
Attachment classification					
Secure (F)	46				40.7
Insecure-dismissive (Ds)	23				20.4
Insecure-entangled (E)	14				12.4
Disorganized (U/d)	23				20.4
Cannot classify (CC)	7				6.2

Note. n= frequency; SD= Standard Deviation; *M.I.N.I. standardized diagnostic interview, multiple diagnoses of mental health problems for each participant were possible; OCD= obsessive compulsive disorder; PTSD= post-traumatic stress disorder; GAD= generalized anxiety disorder; ASPD= antisocial personality disorder.

Study procedure

After enrollment, informed consent to participate was given. At baseline, mothers were videotaped during a 15-20 minute play interaction with the child to subsequently code maternal behavior towards the child by the Emotional Availability Scale (EAS) [24]. All mothers were

also interviewed with the AAI to assess the maternal attachment classification, AAI-RF and attachment experiences in their own childhood. Only these direct assessments of EAS, past attachment experiences and AAI-RF are used in the present study. In the event of an interview or video that was difficult to code, the coders had the possibility of discussing the ratings with one another, but at the time of writing no inter-rater reliability (IRR) could be provided. Further self-reported outcomes that are not of interest for the present analyses have been assessed elsewhere [20, 21].

Measures

A sociodemographic questionnaire and a diagnostic interview (M.I.N.I.)([23]) were administered at baseline to gather information including maternal and child's age, child's gender, country of origin, and marital status as well as maternal mental health problems (Table 1).

Emotional Availability Scale

The EAS is a widely used assessment to measure the quality of mother-child interaction with excellent psychometric properties [24]. Recorded dyadic play interactions are coded by independent and reliable coders. EAS is measured on 6 scales each ranging from 1 to 7. *Maternal Sensitivity*, *Structuring*, *Non-intrusiveness* and *Non-hostility*, as well as child's *Responsiveness to parent* and *Involvement with parent*. *Maternal Sensitivity* refers to a warm and responsive mother, while *Structuring* describes a mother who is supportive and guiding in the interaction with the child. *Non-intrusiveness* refers to a mother who follows the child's lead and *Non-hostility* describes a mother who is emotionally well-regulated and has a gentle tone. Child's *Responsiveness to parent* indicates if a child is positive in affect and enjoying the interaction and *Involvement with parent* refers to the degree that the child is balanced and engaged in play with the mother. The scale's continuum refers to a parent who either does not show the behavior (=1) or shows it to a high degree in play interaction with the child (=7)[24]. Scores from 1- 3.4 are commonly interpreted as indicating emotional availability in mother-child interactions 'at risk', 3.5- 4.5 as 'some risk' and 4.6- 7 as 'non-risk'.

Adult Attachment Interview

AAI is a semi-structured interview with excellent psychometric properties to evaluate the maternal 'state of mind' with respect to RF and the maternal attachment classification [25]. The AAI is conducted by trained interviewers, transcribed, and subsequently scored by reliable and independent coders (others than EAS coders in the present study). The AAI has been developed to reach an attachment classification score: *Secure* (F), *Insecure-dismissive* (Ds), *Insecure-entangled* (E) and *Disorganized* with respect to loss or trauma (U/d). A *Cannot classify* (CC) category is utilized when no attachment classification is predominant.

Relevant for the present study are attachment experiences with each important attachment figure (=caregiver) in their own childhood. These past experiences are captured by the AAI attachment experiences scales [25]. The five experience scales refer to *Loving*, *Neglecting*, *Pressure to achieve*, *Involving* and *Rejecting* behavior towards the child and are scored in relation to each important caregiver. The attachment experiences scales range from 1 to 9, portraying a parent who is either not showing this behavior (=1) or showing it extremely (=9). For instance, a low score on *Loving* scale means that a parent was not loving throughout the childhood, whereas a score of 9 refers to an extremely and overtly loving parent. The *Neglecting* scale describes a parent who although at home, was preoccupied with other things and *Pressure to achieve* was a parent who pushed the child to success with withdrawal of

affection. *Role reversal* refers to a parent who demanded the involvement and/or attention of the child and may seek parenting from the child during childhood. The *Rejection* scale is considered when a child tried to attract attention but was pushed away by the parent. At the high end of the scale (=9) the parent minimizes or ridicules the child's expressions and needs and was portrayed as emotionally cruel or as actively disliking the child [see 25].

The AAI-RF scale was used to capture maternal mentalizing capacities represented by a global score ranging from -1 to 9. A score of 9 is described as highly and exceptionally reflective and a -1 as not at all reflective, overtly defensive, negative, or inappropriate. An AAI-RF score of 3 indicated a low or questionable RF and 5 is an ordinary RF and the most common rating in a community sample [17].

Data analysis

All analyses were conducted using *jamovi* [26] on pseudonymized data. Descriptive and explorative statistics were computed to examine the study sample and the relationships among the variables of interest, followed by moderator analyses and a structural equation modelling (SEM) approach. As none of the AAI and EAS subscales followed a gaussian distribution (according to Shapiro-Wilks tests, all p 's < .001), robust methods were applied. Wilcoxon rank tests and Spearman's rank correlations will be reported, and moderator analyses will compute bootstrapped standard errors based on 1000 samples. Similarly, the reported SEMs have been computed with robust weighted least squares (WLSMV)[27] and robust standard errors as provided by *jamovi's semlj* toolbox.

Pairwise correlations were computed to explore the relationship between EAS, AAI-RF, and attachment experiences with both caregivers. Subscales of EAS referring to maternal behavior towards the child (*Sensitivity, Structuring, Non-intrusiveness* and *Non-hostility*), the AAI attachment experience scales (*Loving, Rejection, Neglect, Pressure to achieve* and *Involving*), and the AAI-RF scale were included in this analysis. Subsequently, when a correlation at $p \leq .05$ was revealed in the first step, past attachment experiences (as predictors) and the present interaction with the child (EAS subscales as criterion) were included in moderator analyses with AAI-RF (as moderator). *Jamovi's medmod* toolbox computes moderator analyses based on a SEM model (developed from *R's lavaan* toolbox). A moderation is indicated in these analyses when an interaction effect (predictor*moderator) on the criterion is revealed.

In a third exploratory step, SEMs were computed to further evaluate the relationships between past attachment experiences with the caregivers and current maternal behavior towards the child (EAS). Attachment experiences with each caregiver (past attachment experiences with mother= MAE and father= PAE) were modelled as latent exogenous variables that predict the present mother-child-interaction (endogenous latent variable, EAS). To restrict the number of parameters in these SEMs, simpler models with only one observed indicator for MAE and PAE were computed first, while in a subsequent step, models with significant relationships between latent variables were combined into a final SEM. To evaluate model fit a χ^2 -test is computed as well as the fit indices CFI, RMSEA and SRMR (38). χ^2 values close to zero and a nonsignificant χ^2 -test indicate good fit to data, as does a root mean square error of approximation, RMSEA, below .05 (below .08 is interpret as acceptable). A Comparative Fit Index, CFI, close to 1 with a cut-off of $\geq .90$, and the value of the Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) 0.1 indicate a reasonable fit of the model [27].

RESULTS

Descriptives

Participants had moderate to high scores across all EAS subscales (Figure 1). In the AAI all n=113 participants named their mother as primary caregiver (=C1) and n=109 named their father (including stepfather, n=4, and adoptive father, n=1) as the second important caregiver (=C2). Other mentions for C2, that had to be excluded from respective analyses, included grandmother (n=2), godfather and aunt (n=1 each). Past attachment experiences scales showed low to average scores and AAI-RF ranged from questionable to average RF scores (Figure 1 and Table 2).

Figure 1 Boxplots indicating levels of Emotional Availability (EAS subscales), Reflective Functioning (AAI-RF) and past attachment experiences (AAI attachment experiences scales) in the sample.

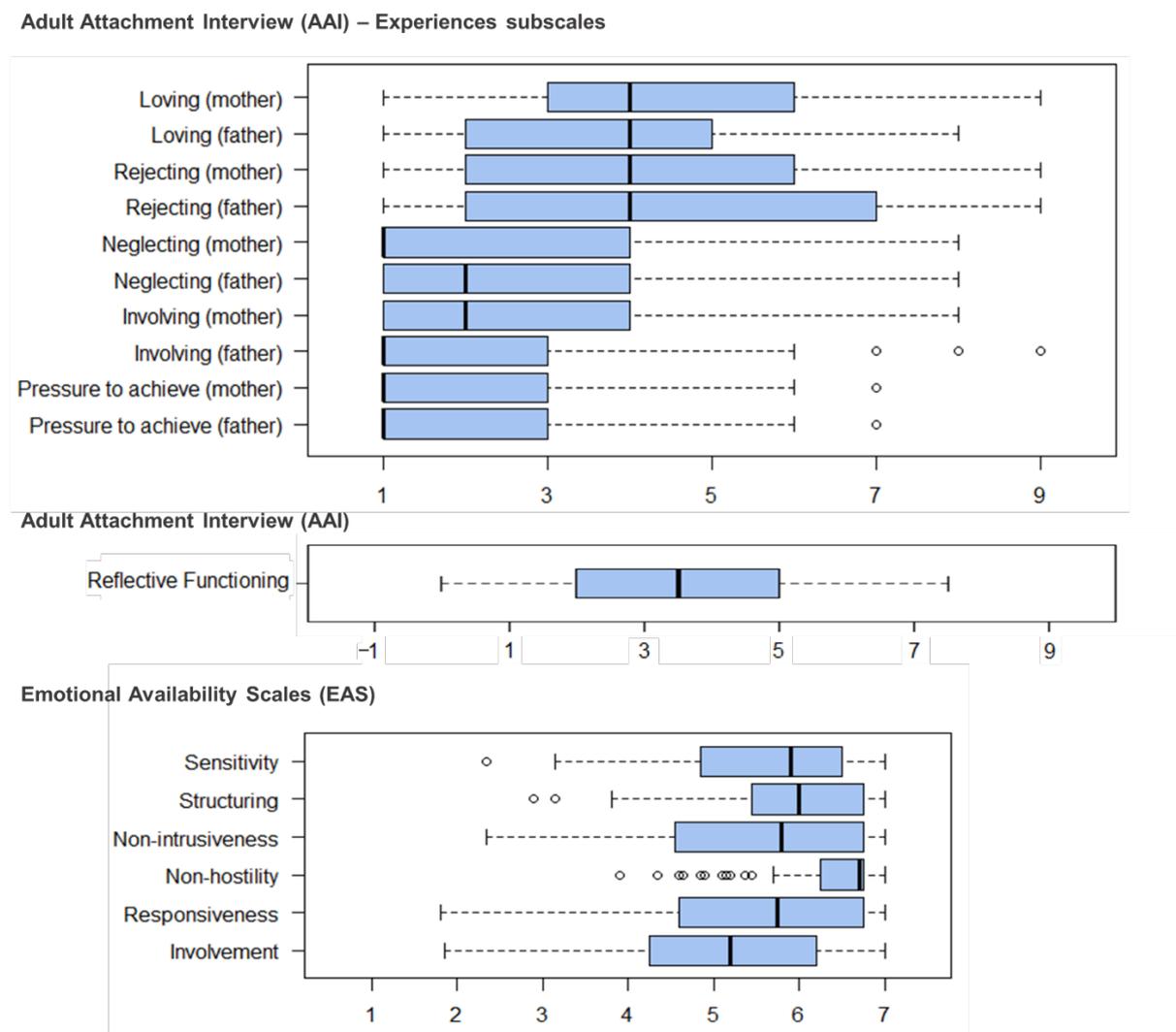


Table 2 Descriptives of AAI attachment experiences scales for both caregivers (mother and father) and Wilcoxon rank tests comparing experiences gained with mother and father.

	N	Mean	Median	SD	Wilcoxon W	p-value
Loving mother	112	4.30	4.00	2.16	2316	.002 **

Loving father	107	3.82	4.00	1.86		
Rejecting mother	110	4.12	4.00	2.47	1299	.166
Rejecting father	101	4.32	4.00	2.45		
Neglecting mother	109	2.46	1.00	1.96	471	.018 *
Neglecting father	95	2.92	2.00	2.15		
Involving mother	109	2.66	2.00	2.14	724	.007 **
Involving father	97	2.09	1.00	1.83		
Pressure to achieve mother	92	2.34	1.00	1.90	340	.027 *
Pressure to achieve father	93	2.01	1.00	1.65		

Note. N= sample size; SD= Standard Deviation; * p< .05; ** p< .01

Past attachment experiences, maternal dyadic interaction and RF

Spearman's rank correlations revealed associations between maternal EAS subscales of *Sensitivity*, *Non-intrusiveness* and *Non-hostility* with the attachment experiences scales *Loving*, *Rejecting*, *Neglecting* and *Pressure to achieve* for at least one of the caregivers. AAI-RF was also found to correlate with past *Loving* and correlated with *Rejecting* attachment experiences with mother and father, as well as *Neglecting* attachment experiences with mother and with EAS *Sensitivity* and *Non-intrusiveness* (Table 3).

Table 3 Pairwise correlation coefficients of EAS scales, attachment experiences scales and Reflective Functioning (AAI-RF)

AAI attachment experiences		EAS Scales				AAI-RF
		Sensitivity	Non-Hostility	Structuring	Non-Intrusiveness	
Loving	mother	0.290 **	0.205 *	0.153	0.204 *	0.453 ***
	father	0.262 **	0.278 **	0.153	0.184 +	0.288 **
Rejecting	mother	-0.168 +	-0.160 +	-0.062	-0.068	-0.290 **
	father	-0.158	-0.202 *	-0.047	-0.081	-0.224 **
Neglecting	mother	-0.211 *	-0.186 +	-0.140	-0.160 +	-0.193 *
	father	-0.235 *	-0.267 **	-0.177 +	-0.169	0.057
Involving	mother	0.045	-0.095	0.081	0.018	0.080
	father	0.007	-0.101	0.030	0.000	0.046
Pressure to achieve	mother	-0.040	-0.052	-0.017	0.055	-0.112
	father	0.101	0.060	0.018	0.214 *	0.004
AAI-RF		0.193 *	0.141	0.083	0.220 *	

Note: + p< .10; * p< .05; ** p< .01; *** p< .001

Relationship between past attachment experiences and maternal dyadic interaction with RF as moderator

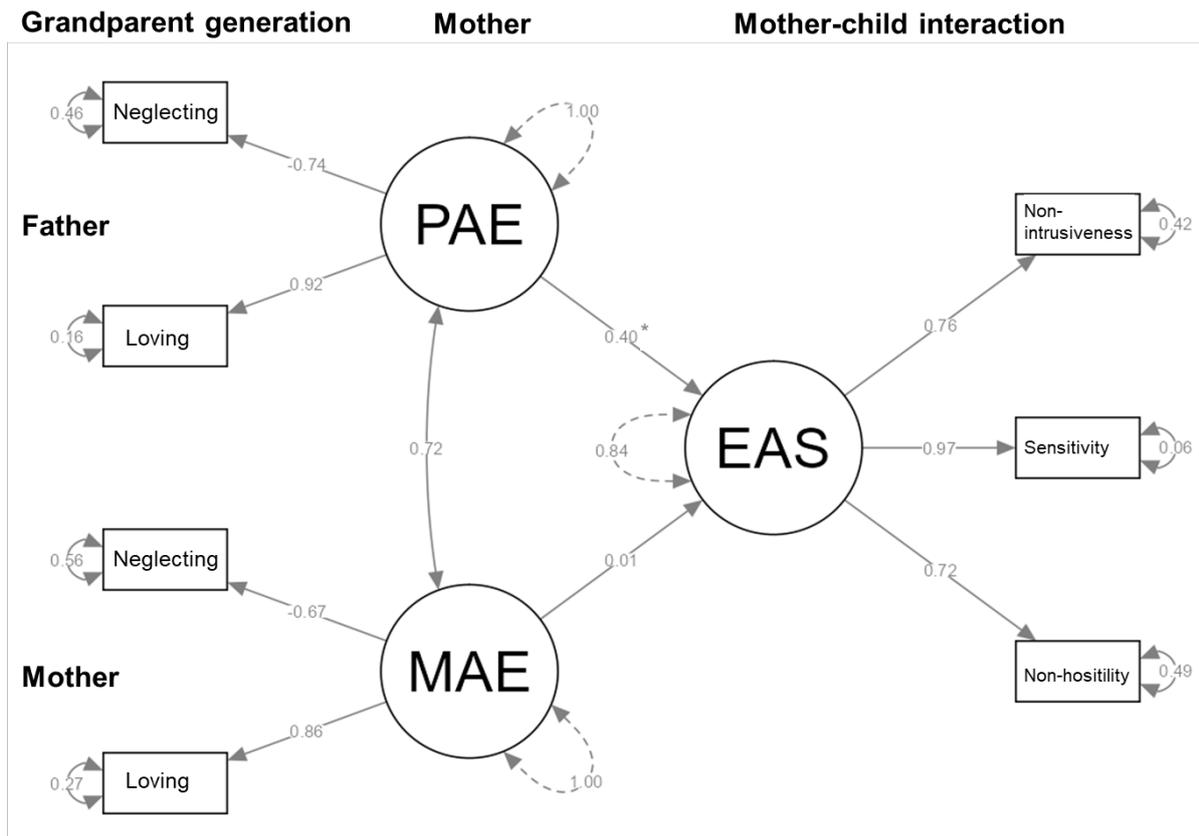
In the correlation analyses significant relationships between EAS subscales *Sensitivity*, *Non-intrusiveness* and *Non-hostility* and the attachment experiences scales *Loving*, *Rejecting*, *Neglecting* and *Pressure to achieve* in relation to mother and/or father were observed and therefore considered for further analyses (Table 3). Accordingly, 10 moderator analyses were run to further examine these relationships with regard to RF. None of these analyses revealed a moderation effect (Supplement A).

Predicted maternal dyadic interaction by past attachment experiences

First, four SEMs were computed with one attachment experience scale (e.g., *Loving* experiences with mother (MAE) and with father (PAE) respectively, Supplement B) as single indicators of a latent exogenous variable and EAS subscales *Sensitivity*, *Non-hostility* and *Non-intrusiveness* as indicators of the endogenous latent mother-child interaction variable. Finally, a combined fifth SEM was run with attachment experiences scales *Loving* and *Neglecting* (Figure 2).

All four models converged in ≤ 40 iterations and all indicators revealed significant parameter estimates (at $p < .05$) in the measurement models as well as good model fit (all SRMR $< .04$, RMSEA $< .001$, and CFI $> .999$). Two of these models revealed significant relationships between the latent variables: For *Loving* as the indicator of maternal (MAE) and paternal attachment experiences (PAE) the PAE reveal a significant path to EAS that is not present for MAE. Similarly, the SEM with *Neglecting* as the indicator, the path from PAE to EAS is significant while it is not for MAE. No such relationships are observed for *Rejecting* as indicator or *Pressure to achieve* (Supplement B). In a combined SEM with *Loving* and *Neglecting* attachment experiences with mother or father as indicators for MAE resp. PAE, the same relationships hold (Figure 2). The path from PAE to EAS is significant, while the path from MAE to EAS is not, indicating that attachment experiences with the own father, but not with the own mother predict current mother-child behavior. A positive relationship between PAE and EAS indicates that more *Loving* experiences and fewer *Neglecting* experiences had with their own father are related to more positive mother-child interactions, i.e., more sensitive, less hostile, and less intrusive behavior towards the own child.

Figure 2 Structural Equation Model to predict (latent) maternal Emotional Availability (EAS) by attachment experiences with their own caregiver modelled as exogenous latent variables.



Note. Displayed are β estimates from SEM. PAE= AAI attachment experiences with father; MAE= AAI attachment experiences with mother. * $p < .05$

DISCUSSION

In general, the predicted relationships between own attachment experiences in childhood with both primary caregivers (mother and/or father) and current sensitive, non-intrusive and non-hostile mother-child interaction were revealed in this clinical sample. These results seem capable of contributing to our understanding of the transmission gap, as fewer loving experiences had with the father in childhood, i.e., the current grandparent generation, but also experiences of rejection, neglectation and pressure to achieve are related to less sensitive or more intrusive and hostile behavior towards the own child in the present. While we found no evidence that RF moderates these effects, the exploratory structural equation modelling approach was able to deepen these findings by revealing that the paternal effect on emotional availability is larger than that of attachment experiences had with the own mother.

Nearly 60% of the participating mothers show an insecure or unresolved attachment classification (Table 1). This indicates the presence of cumulative risk factors in the sample, like having an own history of harsh life, trauma or missing positive parenting experiences. Such risk factors are known to lead to maternal insensitivity [28]. Maternal traumata have adverse effects on the ability to read the emotional signals of the child and to respond appropriately and sensitively to the child [29]. In turn, such insensitive behavior increases the child's risk for adverse emotional and insecure attachment development [1].

Mothers' own childhood experience and current emotional parenting

Our findings further show that mothers' experiences with their own both caregivers in the past are related to current emotional available behavior towards the child. For example, *Loving* childhood experiences with each caregiver are positively related to sensitive mother-child interactions. The remembered parental love is defined as having memories of a parent who is affectionate, accepting and supportive [25] and together with sensitive caregiving it might foster the own child's secure attachment development in the next generation. As we can show with the present analyses, sensitive behavior towards the child might be a reasonable factor contributing to this transmission (although child attachment has not been the focus of the present examinations). We further found that unfavorable experiences like rejection and neglect by the own father are associated with less sensitive, and more hostile behavior towards the child. Also, perceived neglect by the own mother reduces sensitive mother-child behavior. Research revealed that a child's attachment security is predicted by the pattern of 'inner working models' that caregivers have about their own attachment history [7]. The transmission of unfavorable behavior to the child can thus be explained by these models. In the present analyses, such transmission over 3 generations from the grandparents' generation (1st) to the mothers in the sample (2nd) and their behavior toward the child (3rd generation) was revealed. With less loving experiences and more experiences of neglect and rejection inner working models of negative memories might be present and seem to lead to current (less) emotional parenting.

Intrusiveness and pressure to achieve

Of some interest might be the result that experienced pressure to achieve by the father is positively correlated with non-intrusive behavior. Intrusiveness is defined as being overprotective and/or interrupting the child's activity undermining the child's autonomy [24]. Pressure to achieve is characterized as pushing the child to succeed in general, or to take on adult responsibilities with punishment or withdrawal of affection if failed [25]. A mother who was pressured to achieve during her own childhood might transmit these patterns to the child and also pushes her child earlier into autonomy (e.g., is less controlling but more demanding). It can be discussed that she is therefore less intrusive during the interaction with the child. This result was not replicated in the moderation analyses. To rule out that the finding was spurious, the effect needs to be followed-up in future studies with a larger sample size.

Role of reflective functioning

RF as a measure of mentalizing capacities is in the present study positively related to *Loving* attachment experiences and negatively with *Rejection* in their own childhood with both caregivers as well as negatively with experiences of *Neglect* by the father. A previous study examined this relation between rejecting experiences, RF and actual behavior in romantic partnerships [10]. The present findings extend these results in that they refer to the transgenerational aspect of behavior from the grandparent towards the parent and child (via the current mother-child interaction) by examining the relationship between RF and past attachment experiences. A higher RF was found to be associated with positive parenting like sensitive and less intrusive mother-child interactions. In the literature, RF is seen as a predictor for the quality of parent-child relationships and associated with positive and sensitive parenting [30]. Mothers with a high capacity to mentalize show less intrusive behavior [16]. Our findings extend these observations in that they point to maladaptive parenting because of difficult childhood experiences that also explains variance in RF (Table 3).

Unexpectedly, we did not find evidence for the buffering effects of RF on these relationships – neither for positive nor for maladaptive attachment experiences had with their own mother or

father. The capacity to mentalize may increase the awareness of the child's internal mental states (as indicated by correlations between RF and sensitivity and non-intrusiveness) but may not necessarily indicate the mothers' ability to convert her thoughts about the infant's mind into sensitive interactions with the child [1]. Especially in situations of heightened arousal the ability to mentalize and to provide consistent and sensitive caregiving might collapse. It has therefore been recommended to evaluate maternal behavior within the context of distress in order to tap into the behavioral characteristics that are most closely related to intergenerational transmission [16]. The videotaped free play interactions in the present study might not expose the dyad to this kind of distress which might explain the present results (c.f. limitations). RF might be more present at a representational level as it is shown in the videotaped interactions. With the relatively small sample size the power to find a moderator effect was low. We were not able to document the role of RF in these relationships between past attachment experiences and current mother-child behavior.

Latent predictors of the mothers' emotional availability

The SEM approach – although exploratory – completes the above observations by underlining the stronger role that experiences had with the own father have in explaining current maternal emotional availability visible in mother-child interactions. More positive *Loving* and less maladaptive *Neglecting* attachment experiences with the father enhance a latent variable of emotional availability. And this latent variable is indicated by higher sensitivity, and lower intrusiveness and lower hostility in interaction with the child. Although maternal and paternal attachment experiences correlate to a substantial extent ($\beta = 0.72$), no such relationship for experiences had with the own mother is able to explain emotional availability. A distinct role of attachment experiences with their father explains present warm and non-hostile behavior towards the child. A result which mirrors recent findings that self-reported connectedness of fathers with their children explains lower aggressive tendencies in their children while such a relation has not been observed for mothers [31]. It also points to studies showing that secure attachment to fathers and mothers are related to differential levels of cortisol reactivity of the child [32]. Hence a differential role of mothers and fathers in affect and aggression regulation with buffering roles of secure attachment to either the father or the mother or both might exist and are in need of further examinations. While the role of such positive and warm experiences in childhood is known and has contributed to the definition of the transmission gap for children's attachment development, it was mainly examined in relation to the own mother [7] or has not been differentiated between both parents [15].

Strengths and Limitations

This study was conducted based on a clinical sample of mother-child dyads suffering from mental health problems. To our knowledge, no studies have investigated the potential effect of the past attachment experiences on current interactions with the child using direct assessments. A further strength is the differentiation between past attachment experiences with both caregivers.

Still, there are some limitations concerning methods and present analyses. First, results from our clinical sample cannot be generalized to all mother-child dyads. Also, general reflective functioning (RF) instead of the parental reflective functioning (PRF) has been used in our analyses. Both are operationalizations of mentalization [33]. It seems likely that a more general RF measure predicts sensitive behavior less accurately than PRF in context of mother-child-

interaction as the lack of effects in our moderation analyses showed. It has been discussed [34] that trauma- and relation-specific RF may inhibit the ability to mentalize in specific areas of trauma. Berthelot and Ensink [35] showed that mothers who experienced trauma in childhood and with low trauma-specific RF were significantly more likely to have infants with a disorganized attachment status, whereas mothers with high trauma-specific RF were more likely to have securely attached infants. Relation-specific RF regarding each caregiver might therefore be quite different, particularly if some experiences with one caregiver are more negative. Thus, relation-specific RF and trauma-RF might be more predictive than general RF. The lack of a moderating effect of RF in the current study might thus be due to the focus on general RF. It seems reasonable to assume that a general RF is insufficient to cover all relationships and it should be differentiated into a relation-specific RF based on the relationship with each caregiver. To contribute to the transmission gap, trauma- and relation-specific RF may better explain the risk of intergenerational transmission of attachment. For future research it also seems important to focus on RF in relation to each caregiver or attachment experience-specific RF (e.g. trauma-RF). A further limitation regards the AAI interview itself. The AAI experience scales are not assumed to reflect veridical reports of earlier experiences with caregivers, but rather to capture adults' depiction of earlier experiences at the time of the interview, thus, they may reflect mood-related biases. In addition to that, we could not address the attachment status of the children with the present data set. Furthermore, we could not provide the IRR for the coded EAS and AAI-scorings which limits our findings and ability to provide the agreement of the ratings.

We further limited our findings by not considering any parameters of the child. The reciprocity of interaction and the idea that the children may also show dysregulation in his/her emotional responses to the caregiver was neglected in this study. However, mentalization and the perception of the child is known to be influenced by the child's responsiveness and character traits [5]. Furthermore, the analysis is based on a relatively small sample size and limited to mothers only. Research shows that fathers and mothers differ in how they form attachment relationships with their children and in co-parenting [36]. With the increasingly more active role of fathers and its importance in child development it seems recommended to consider the father's role in children's attachment development and transmission of the father's past childhood experiences.

While we neglected the present role of fathers in parent-child interaction, the present results highlight the impact of past attachment experiences with fathers. Future research should therefore focus also on the triadic competences, as this is a relatively stable parameter [6]. The sample size might have impacted the SEM approach. It is recommended that SEMs should be based on larger samples (with a median of 200 cases)[27]. Because we relied on a highly select sample of mothers and children who were part of larger intervention studies one cannot simply increase sample sizes. On the other hand, sample size mainly effects the power of χ^2 -test statistics and the computation of standard errors. To limit these potential effects, fit indices that are less sensitive to sample sizes like RMSEA and SRMR and robust standard errors were reported [27]. We also limited the number of parameters of the SEMs to support model identification. The observed good model fit indices support these considerations. Even with this in mind, SEMs based on larger and probably also non-clinical samples are recommended to replicate and extend the present analyses.

CONCLUSION

Our results suggest that mothers of a clinical sample with mental health problems seemed to show greater disruptive interactions with their young children if they experienced adverse attachment experiences with their parents or caregivers, especially with their father. We found that loving and neglecting attachment experiences with the father in childhood are predictors for the present interaction with the child and that these are transmitted to the ongoing relationship with the child. Hence such results provide further insights into transgenerational transmission from the grandparents' generation to the present parent generation. The father's role seems to be a key factor in this transmission, which is often not considered. These findings call for further research investigating the trajectories of attachment experiences including fathers and its future impact on the child and child development. A deeper understanding of the pathways for intergenerational transmission of risk and the processes that underpin transmission of attachment is needed and results showed again that the impact of the early interpersonal experiences is central to explain present behavior towards the child.

We found no evidence of a moderating role of RF in this transmission. The transmission of past attachment experiences and the idea of positive parenting (e.g., warmth, protectiveness, autonomy) and the family triad should be integrated in future research to understand how to prevent the transmission of mental health problems and a malignant attachment pattern.

REFERENCES

1. Zeegers, M.A.J., et al., *Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant-parent attachment*. Psychol Bull, 2017. **143**(12): p. 1245-1272. DOI: 10.1037/bul0000114.
2. van IJzendoorn, M.H., *Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview*. Psychol Bull, 1995. **117**(3): p. 387-403. DOI: 10.1037/0033-2909.117.3.387.
3. von Klitzing, K., et al., *Fathers in Child Psychotherapy*, in *Handbook of Fathers and Child Development: Prenatal to Preschool*, H.E. Fitzgerald, et al., Editors. 2020, Springer International Publishing: New York. p. 603-625.
4. Ainsworth, M.D.S., et al., *Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals*, in *The integration of a child into a social world*. 1974, Cambridge University Press: New York, NY, US. p. 99-135.
5. Fonagy, P., et al., *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. 2018: Routledge.
6. von Klitzing, K., *Frühe Entwicklung im Längsschnitt: Von der Beziehungswelt der Eltern zur Vorstellungswelt des Kindes : Frühe Entwicklung im Längsschnitt: Von der Beziehungswelt der Eltern zur Vorstellungswelt des Kindes*. Psyche, 2002. **56**(9-10): p. 863-887.
7. Main, M., et al., *Adult attachment rating and classification system*, in *A typology of human attachment organization assessed in discourse, drawings and interviews*, M. Main, Editor. 1990, NY: Cambridge University Press: New York.
8. Fonagy, P., et al., *The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment*. Infant Ment Health J 1991. **12**(3): p. 201-218. DOI: [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199123\)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7).
9. Main, M., et al., *Predicting rejection of her infant from mother's representation of her own experience: Implications for the abused-abusing intergenerational cycle*. Child

- Abuse Negl, 1984. **8**(2): p. 203-217. DOI: [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(84\)90009-7](https://doi.org/10.1016/0145-2134(84)90009-7).
10. Borelli, J.L., et al., *Mothers' Self-focused Reflective Functioning Interacts with Childhood Experiences of Rejection to Predict Current Romantic Relationship Quality and Parenting Behavior*. *Fam Process*, 2021. **60**(3): p. 920-934. DOI: <https://doi.org/10.1111/famp.12603>.
 11. Khaleque, A., *Perceived Parental Neglect, and Children's Psychological Maladjustment, and Negative Personality Dispositions: A Meta-analysis of Multi-cultural Studies*. *J Child Fam Stud*, 2014. **24**(5): p. 1419–1428. DOI: 10.1007/s10826-014-9948-x.
 12. Goodman, S.H., et al., *Maternal Depression and Child Psychopathology: A Meta-Analytic Review*. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 2011. **14**(1): p. 1-27. DOI: 10.1007/s10567-010-0080-1.
 13. Plant, D.T., et al., *When one childhood meets another - maternal childhood trauma and offspring child psychopathology: A systematic review*. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 2018. **23**(3): p. 483-500. DOI: 10.1177/1359104517742186.
 14. Elgar, F.J., et al., *Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: the mediating role of parental behavior*. *J Abnorm Child Psychol*, 2007. **35**(6): p. 943-55. DOI: 10.1007/s10802-007-9145-0.
 15. He, Y., et al., *Intergenerational transmission of parenting style in rural China and the mediation effect of Caregiver's mental health*. *Child Youth Serv Rev*, 2020. **117**. DOI: 10.1016/j.chilyouth.2020.105319.
 16. Kelly, K., et al., *Maternal reflective functioning, mother–infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment*. *Attach Hum Dev*, 2005. **7**(3): p. 299-311. DOI: 10.1080/14616730500245963.
 17. Fonagy, P., et al., *Reflexive Kompetenz-Skala. Manual zur Auswertung von Erwachsenenbindungsinterviews*. 2006, University College London: London.
 18. Ensink, K., et al., *Costs of Not Getting to Know You: Lower Levels of Parental Reflective Functioning Confer Risk for Maternal Insensitivity and Insecure Infant Attachment*. *Infancy*, 2019. **24**(2): p. 210-227. DOI: 10.1111/infa.12263.
 19. Hemmi, M.H., et al., *Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: a meta-analysis*. *Arch Dis Child*, 2011. **96**(7): p. 622-9. DOI: 10.1136/adc.2010.191312.
 20. Mattheß, J., et al., *Efficacy of Parent-Infant-Psychotherapy with mothers with postpartum mental disorder: study protocol of the randomized controlled trial as part of the SKKIPPI project*. *Trials*, 2020. **21**(1): p. 490. DOI: 10.1186/s13063-020-04443-7.
 21. Sprengeler, M.K., et al., *Efficacy of parent-infant psychotherapy compared to care as usual in children with regulatory disorders in clinical and outpatient settings: study protocol of a randomised controlled trial as part of the SKKIPPI project*. *BMC Psychiatry*, 2021. **21**(1): p. 118. DOI: 10.1186/s12888-021-03112-6.
 22. Fricke, J., et al., *Occurrence and determinants of parental psychosocial stress and mental health disorders in parents and their children in early childhood: rationale, objectives, and design of the population-based SKKIPPI cohort study*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2021. **56**(6): p. 1103-1112. DOI: 10.1007/s00127-020-02004-6.
 23. Sheehan, D.V., et al., *Reliability and Validity of the M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P*. *Eur Psychiatry*, 1997. **12**: p. 232-241.
 24. Biringer, Z., et al., *Emotional availability: Theoretical Background, empirical research using the EA Scales, and clinical applications*. *Dev Rev*, 2014. **34**: p. 114-167.
 25. Main, M., et al., *Adult attachment scoring and classification systems*. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley, 2002.
 26. The jamovi project, *jamovi*. 2022.
 27. Kline, R.B., *Principles and Practice of Structural Equation Modeling, Fourth Edition*. 2015: Guilford Publications.

28. Easterbrooks, M., et al., *Developmental correlates and predictors of emotional availability in mother-child interaction: A longitudinal study from infancy to middle childhood*. Dev Psychopathol, 2012. **24**: p. 65-78. DOI: 10.1017/S0954579411000666.
29. van Ijzendoorn, M.H., et al., *Bridges across the intergenerational transmission of attachment gap*. Curr Opin Psychol, 2019. **25**: p. 31-36. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2018.02.014>.
30. Slade, A., et al., *Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study*. Attach Hum Dev, 2005. **7**(3): p. 283-298. DOI: 10.1080/14616730500245880.
31. Ziv, Y., et al., *Parenting practices, aggressive response evaluation and decision, and social difficulties in kindergarten children: The role of fathers*. Aggress Behav, 2021. **47**(2): p. 148-160. DOI: <https://doi.org/10.1002/ab.21932>.
32. Kuo, P.X., et al., *Is one secure attachment enough? Infant cortisol reactivity and the security of infant-mother and infant-father attachments at the end of the first year*. Attach Hum Dev, 2019. **21**(5): p. 426-444. DOI: 10.1080/14616734.2019.1582595.
33. Slade, A., *Parental reflective functioning: an introduction*. Attach Hum Dev, 2005. **7**(3): p. 269-81. DOI: 10.1080/14616730500245906.
34. Ensink, K., et al., *Another step closer to measuring the ghosts in the nursery: preliminary validation of the Trauma Reflective Functioning Scale*. Front. Psychol., 2014. **5**. DOI: 10.3389/fpsyg.2014.01471.
35. Berthelot, N., et al., *Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: The role of trauma-specific reflective functioning*. Infant Mental Health Journal, 2015. **36**(2): p. 200-212. DOI: <https://doi.org/10.1002/imhj.21499>.
36. Lamb, M.E., et al., *The development and significance of father-child relationships in two-parent families*. 2010.

List of abbreviations

AAI – Adult Attachment Interview

RF – reflective functioning

RCT– randomized controlled trial

SKKIPPI – [acronym] Parent-Infant-Psychotherapy in cohort- and intervention studies [Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie mittels Prävalenz- und Interventionsstudien]

PIP – Parent-Infant-Psychotherapy

EAS – Emotional Availability Scale

M.I.N.I. – Mini International Neuropsychiatric Interview

C1 – caregiver 1 = mother

C2 – caregiver 2 = father

SEM – Structural Equation Model

WLSMV – Weighted Least Squares Mean- and Variance-adjusted

MAE – maternal attachment experiences

PAE – paternal attachment experiences

CFI – Comparative Fit Index

RMSEA – Root Mean Square Error of Approximation

SRMR – Standardized Root Mean Square Residual

IRR – Inter-rater Reliability

DECLARATIONS

Ethics approval and consent to participate

Central ethical approval has been confirmed from the ethics committee of the *International Psychoanalytic University Berlin* (reference number: 2018-16) covering local ethics approval for the centres in Berlin and Flensburg and The Ethics Committee of the Medical Faculty of the University of Leipzig (413/18-lk) covering the local centres in Leipzig and the Ethics Committee of the Hamburg Medical Association (MC-134/19), covering Hamburg. Written informed consent was obtained from all participants and their legal guardians to participate in the study. At any time, participants could withdraw their consent for any reason without any negative consequences regarding their treatment.

Consent for publication

Not applicable.

Availability of data and materials

The datasets used and analyzed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

Conflict of interest

The authors declare that they do not have any conflicts of interest.

Funding

The studies as part of SKKIPPI project are supported by a grant from the Innovationsfonds/GBA Germany (No 01 VSF17027). The sponsor had no role in the design of the study and had no role during its execution, analyses, interpretation of the data, or decision to publish results.

Authors' contributions

JM and LK drafted the main manuscript text and carried out the analyses and prepared the Figures and Tables. All authors made substantial contributions to the conception and design of the work, interpretation of data, revised the manuscript critically for important intellectual content and approved the final version to be published.

Acknowledgments

The authors would like to thank all the researchers, coders, participating mothers, infants, and their families who were part of this research. Particular thanks go to the practitioners for enabling our contact with the families and helping to facilitate the studies.

Mother-Father Differences in Risk Factors for Postnatal Psychological Distress in the SKKIPPI Cohort Study

Short running title:

Parental postnatal psychological distress

Authors:

Neumann A¹, Bolster M¹, Lisewski N¹, Icke K¹, Reinhold T¹, Schlenzog-Schuster F², Ludwig-Körner C³, Kuchinke L³, Keil T^{1,4,5}, Roll S¹, Berghöfer A¹, Fricke J¹

Affiliations:

¹Institute of Social Medicine, Epidemiology and Health Economics, Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin, Germany

²Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics, University of Leipzig, Leipzig, Germany

³International Psychoanalytic University, Berlin, Germany

⁴Institute of Clinical Epidemiology and Biometry, University of Würzburg, Würzburg, Germany

⁵State Institute of Health, Bavarian Health and Food Safety Authority, Erlangen, Germany

Corresponding author:

Julia Fricke, MD, MPH

Institute of Social Medicine, Epidemiology and Health Economics,

Charité - Universitätsmedizin Berlin,

Luisenstr. 57, 10117 Berlin

Germany

julia.fricke@charite.de

Author Note:

ORCID Ariana Neumann: 0000-0001-8746-0330

ORCID Marie Bolster: 0000-0003-4671-6090

ORCID Katja Icke: 0000-0002-4170-8430

ORCID Thomas Reinhold: 0000-0001-5169-7029

ORCID Franziska Schlenzog-Schuster: 0000-0002-8033-6537

ORCID Lars Kuchinke: 0000-0001-8248-1167

ORCID Thomas Keil: 0000-0002-9108-3360

ORCID Stephanie Roll: 0000-0003-1191-3289

ORCID Anne Berghöfer: 0000-0002-7897-6500

ORCID Julia Fricke: 0000-0002-7625-474X

Author bylines:

The SKKIPPI study has been registered in the German Clinical Trial Registry on February 8th, 2019 (DRKS-ID: DRKS00016653).

Grant support information:

SKKIPPI is funded by a grant from the Innovationsfonds/Gemeinsamer Bundesausschuss Germany (No 01 VSF17027).

Acknowledgments:

We would like to thank Melanie Liedtke and Burgi Riens for the data management and data cleaning, respectively. Moreover, we thank the student research assistants (Ina Temeschinko, Isabelle-Valentine Springer, Maike Stolz, Maximilian Leschinski, Melisa Celik, Paula Kuper, Sali Al-Rubaiey and Stella Hoffmann) for managing appointments with participants and conducting standardized telephone interviews.

Conflict of interest:

The authors have no conflicts of interest to declare.

Abstract

Objective: Identifying mother-father differences in symptoms of postnatal psychological distress and their risk factors.

Background: The postnatal period can be a vulnerable time for families associated with psychological distress in parents.

Method: Cross-sectional screening data for postnatal psychological distress included postnatal depressive (PDS), anxiety (PAS), and obsessive-compulsive symptoms (POCS). Using baseline data of 4,984 mothers and 962 fathers from the SKKIPPI cohort study, we conducted an explorative multilevel logistic regression.

Results: Mothers were more likely to report PAS (OR 1.55, 95% CI 1.00-2.41, $p = .051$) and POCS (1.38, 1.03-1.83, $p = .029$) but not PDS (1.15, 0.76-1.74, $p = .509$). Risk factors associated with psychological symptoms were life stressors, history of mental illness, and unsuitable pregnancy timing. Most risk factors were similar in mothers and fathers.

Relationship problems, having a child with a serious illness or disability, and the receipt of state payments seemed to have greater impact on fathers for some outcomes.

Conclusion: Postnatal screening and support should be offered, especially for mothers.

Awareness for common risk factors in parents should be raised and indications for father-specific risk factors further explored.

Implications: Risk factors for postnatal psychological distress require further attention by researchers and should be considered by practitioners in the management of postnatal mental health.

Key Words: Postnatal Anxiety Symptoms, Postnatal Depressive Symptoms, Postnatal Obsessive-Compulsive Symptoms, Risk Factors, Sex Differences

Introduction

Becoming a parent is one of the major events that people experience during their lifetime. For some parents, this event may not only bring joy, but also stress or feelings of being overwhelmed. In both mothers and fathers, postnatal depression and anxiety disorders represent the most common psychological illnesses after birth (Bradley & Slade, 2011; Meltzer-Brody et al., 2018). Regarding postnatal depression in mothers, earlier studies found prevalence estimates that ranged from 13% to 19% (O'Hara & McCabe, 2013; Underwood et al., 2016). In studies from Germany, estimates were lower ranging from 3% to 6% (Kurstjens & Wolke, 2001; Reck et al., 2008; v. Ballestrem et al., 2005). For maternal postnatal anxiety, systematic reviews reported prevalence estimates of 8.5% and 15% (Dennis et al., 2017; Goodman et al., 2016). In Germany, Reck et al. (2008) found a prevalence of 11% for maternal postnatal anxiety. Also, there is a growing interest in research on obsessive-compulsive disorder (OCD) in the postnatal period. Past studies showed prevalences ranging from 2.4% to 11% in mothers (Miller et al., 2013; Uguz et al., 2007; Zambaldi et al., 2009).

However, the risk of developing postnatal mental illness is not restricted to mothers. Previous research identified prevalence rates from 1% up to 9.2% for postnatal depression in fathers (Bradley & Slade, 2011; Cameron et al., 2016; Rao et al., 2020). In Germany, symptoms of postnatal depression were found in 7.8% of fathers (Gawlik et al., 2014). For postnatal anxiety, the prevalence estimates ranged from 2.4% to 18% in fathers (Bradley & Slade, 2011; Leach et al., 2016). Nevertheless, other study results suggested that anxiety in fathers increases during pregnancy and birth, but decreases in the postnatal period (Philpott et al., 2019). Studies on postnatal OCD in fathers are still rare. One study reported a prevalence of 1.8% for postnatal OCD in fathers (Coelho et al., 2014). Whereas research about postnatal mental illness in mothers is established, more studies regarding fathers are required.

Postnatal psychological distress does not only negatively affect mothers and fathers, but also other family members. A systematic review and meta-analysis by Thiel et al. (2020) found low to moderate associations between paternal and maternal depressive symptoms during the perinatal period. Several studies have found that postnatal psychological distress in mothers (Field, 2010, 2018; Glasheen et al., 2010; Kingston et al., 2012) and fathers (Glasser & Lerner-Geva, 2019; Kerstis et al., 2016; Sweeney & MacBeth, 2016) had a negative impact on parenting behavior, the caregiver-infant relationship as well as the child's health and development. Moreover, it was found that children with two depressed parents were at even higher risk for negative outcomes than children with only one depressed parent (Burke, 2003). Therefore, it is of major interest to consider both parents when dealing with postnatal mental illness to ensure the best possible conditions for the child's health and development.

Finally, it is important to detect risk factors for postnatal psychological distress and to explore their generalizability for mothers and fathers. A history of mental illness, current or past sexual and physical abuse along with high life stress such as lack of social support, relationship dissatisfaction and an unplanned/unwanted pregnancy have been identified as risk factors for mothers (Beck, 2001; Bell et al., 2016; Bener et al., 2012; Field, 2018; Hutchens & Kearney, 2020; Underwood et al., 2016; van der Zee-van den Berg et al., 2021). Whereas sociodemographic factors like young age (< 30 years), a higher educational level and being employed were identified as risk factors for maternal postnatal anxiety symptoms (PAS) (Bener et al., 2012; Field, 2018); young age (< 30 years), an age greater than 34 years, a high and low educational level as well as unemployment were found to act as risk factors for postnatal depressive symptoms (PDS) in mothers (Bell et al., 2016; Bener et al., 2012; Underwood et al., 2016). Additionally, the mother's health and personality as well as child and birth-related aspects seemed to be associated with postnatal psychological distress in mothers (Anding et al., 2016; Beck, 2001; Bell et al., 2016; Field, 2018; van der Zee-van den

Berg et al., 2021). When looking at postnatal psychological distress in fathers, a history of mental illness, a low educational level, unemployment, high life stress such as relationship dissatisfaction, work-related or financial stress, low parental self-efficacy, having a partner in a more prestigious occupation, an unplanned/unwanted pregnancy and maternal mental health problems were identified as risk factors (Ansari et al., 2021; Bradley & Slade, 2011; Giallo et al., 2013; Philpott et al., 2019; Wang et al., 2021). However, it is still unclear whether these risk factors are equally associated with postnatal psychological distress in mothers and fathers. Furthermore, research that explores different forms of postnatal psychological distress in mothers and fathers is needed. Therefore, the aim of the present study was to assess differences between mothers and fathers regarding different symptoms of postnatal psychological distress and associations with sociodemographic, psychological, pregnancy and birth related factors as well as life stressors.

Method

Study Design

The SKKIPPI project (evaluation of parent-infant psychotherapy using prevalence and intervention studies) consists of three work packages: two randomized trials and an observational population-based cohort study (Eckert et al., 2020; Fricke et al., 2021; Mattheß et al., 2020; Sprengeler et al., 2021). The aim of the latter was to identify postnatal psychological distress and potential risk as well as protective factors for postnatal mental health. The cohort study had a two-step screening design (Fricke et al., 2021). The first screening step included an online questionnaire for mothers and fathers, which was created to be as brief as possible and with simple language to reduce selection bias and increase participation rates. Mothers who showed an elevated stress level within the first screening step were invited to take part in the second screening step. This second step comprised a

detailed structured psychiatric-diagnostic telephone interview and questionnaires to assess mental health problems, possible regulatory problems in the child and use of health care services. This paper focuses on data from the first screening step of the cohort study (i.e., on cross-sectional data).

Sample

For the population-based cohort study, a random sample of mothers and fathers was drawn up to 12 months after birth by the registration offices in Berlin, Leipzig, and Flensburg (Germany) in January 2019. The sample size was chosen according to birth rates and the population size of the different cities at the time of sampling (Fricke et al., 2021). The mothers received an invitation letter with a link to take part in the study online. The letter was primarily addressing the mother but included two participation codes, encouraging the fathers to fill out the online questionnaire as well. Parents were included if they met the following criteria: (a) being the biological or adoptive parent; (b) having a child aged 12 months or younger at the time of the sampling; (c) being at least 18 years old; (d) registered in Berlin, Leipzig, or Flensburg; (e) able to understand German, English, Turkish or Arabic language, and (f) providing written or online informed consent.

Measures

Outcomes of Postnatal Psychological Distress

Representing the most common mental illnesses in the postnatal period, PDS and PAS were measured using the well-established Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4; Kroenke et al., 2009). This brief self-report consists of a 2-item depression scale (Patient Health Questionnaire-2; Kroenke et al., 2003) and a 2-item anxiety scale (Generalized Anxiety Disorder-2 scale; Kroenke et al., 2007), which represent the core symptoms of depression and

anxiety. Both scales have been recommended for screening purposes in postpartum women (e.g. Chae et al., 2012; National Institute for Health and Care Excellence, 2014). A score of 3 or higher in the individual categories was counted as a positive screening for either PDS or PAS.

In addition, postnatal obsessive-compulsive symptoms (POCS) were assessed using two items from the Zohar-Fineberg Obsessive Compulsive Screen (ZF-OCS; Fineberg & Roberts, 2001). The items were phrased as: ‘Is there any thought that keeps bothering you that you would like to get rid of but can’t?’ and ‘Do you have to repeat actions over and over again that actually seem pointless to you (e.g., compulsive hand washing, checking the stove/coffee machine)?’. The screening was counted as positive, when at least one of the two questions was answered with ‘yes’.

Potential Risk Factors

Information about potential risk factors for postnatal psychological distress was collected in the screening questionnaire. The selection of risk factors was based on literature research and cut-offs were defined on a consensus basis, determined by a group of experts (Fricke et al., 2021). Sociodemographic risk factors included parent’s age younger than 20 years, receipt of state payments, support through early intervention programs, being a single parent, poor German language skills (self-assessed), and a low educational level according to level 1 of the International Standard Classification of Education (ISCED; UNESCO Institute for Statistics, 2012). In addition, pregnancy and birth-related factors such as multiple pregnancy, emergency caesarean section, preterm delivery, and pregnancy described as happening at an unsuitable time were assessed. Having at least one child with a serious illness or disability, having three or more children under the age of six years living in the household and having a chronic illness were additionally considered. Referring to professional, family,

relationship, or financial problems and the burden of lack of social support as ‘strong’ or ‘very strong’ was also rated as a potential risk factor. Furthermore, parental mental health aspects that were considered as risk factors are a history of mental illness (including depression, anxiety, obsessive-compulsive disorder, and other mental illnesses that were diagnosed in the past) and describing current impairment caused by alcohol or drug use as ‘some’ or ‘explicit’. Describing the relationship with the child as ‘rarely’ or ‘never’ feeling close to the child was also counted as a risk factor.

Statistical Methods

As the questionnaires were filled out either by one or both parents separately, the data had a clustered structure. Parental pairs share various life circumstances; thus, their data is assumed to be correlated (not independent). A random intercept multilevel logistic regression, which accounted for the nested structure of the data, was used for each of the three outcomes for postnatal psychological distress. Two different models were fitted. The first was an intercept-only model (model 1), which contained a fixed as well as a random intercept. This model was used to take the variability among parental pairs into account and to determine whether there was dependence within parental pairs on the outcome variables. Based on model 1 the intra class correlation coefficients (ICC) were calculated to assess the clustering effects. For the second model, all predictors and sex*risk factor interactions were added to the intercept-only model to explore potential mother-father differences (model 2). Odds ratios with 95% confidence intervals and explorative *p*-values were reported. Interactions that resulted in odds ratios > 1 indicated that the association of the risk factor with postnatal psychological distress was greater for mothers. Odds ratios < 1 suggested that the association was stronger in the group of fathers compared to mothers. Since this is an exploratory analysis, no formal level of statistical significance was set, and there was no

adjustment for multiple testing. Only complete cases were included in the respective analyses, which resulted in a varying number of participants for the different outcomes. Risk factors that had very few positive cases and were not reasonably estimable were excluded. Consequently, being under 20 years old, being a single parent, reporting current impairment caused by alcohol or drug use, and rarely or never feeling close to the child had to be removed as risk factors. Furthermore, only few cases had a low educational level (ISCED level 1). Hence, ISCED level 2 was also counted as a potential educational risk factor and was combined with the level 1 cases. IBM SPSS Statistics Version 26 was used for all data analyses.

Results

Participants

The data was collected from March 2019 until July 2020. Out of the 29,516 parental pairs that were invited, 5,956 gave consent to participate in the study and 5,949 participants provided data (figure 1). Overall, 4,984 mothers (4,981 biological and 3 adoptive mothers) and 962 biological fathers fulfilled the study criteria ($N = 5,946$). Parents of 5,151 children participated in the online screening questionnaire, 4,356 were filled out by only one parent and 795 by both parents. The response rate for the first screening step of the SKKIPPI cohort study was 17%.

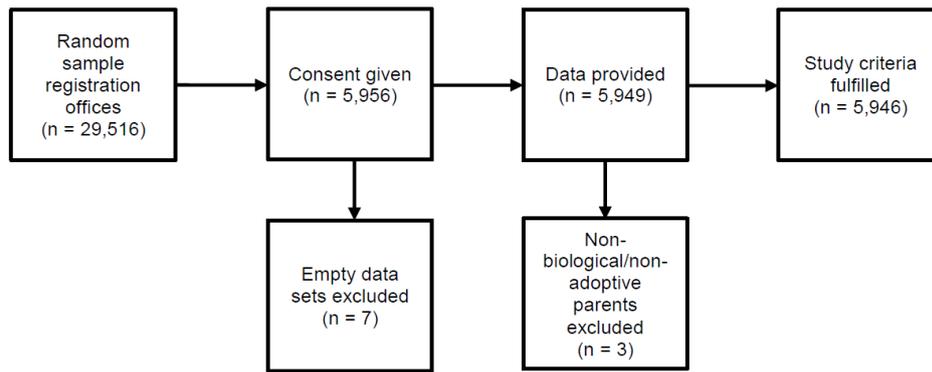


Figure 1: *Participant Flow of the Population-Based Cohort Study of the SKKIPPI Project in Germany*

Sample Characteristics

Table 1 shows an overview of the main sociodemographic and psychological characteristics of the sample. Detailed results of all screening variables from the SKKIPPI cohort study were summarized by Fricke et al. (2022).

Table 1: *Sociodemographic and Psychological Characteristics of Mothers and Fathers in the Population-Based Cohort Study of the SKKIPPI Project in Germany*

Characteristic	Mothers (n = 4,984)		Fathers (n = 962)	
	n	%	n	%
Age group (in years)				
≤ 29	778	15.6	88	9.2
30-39	3,708	74.4	649	67.5
40-49	497	10.0	203	21.1
≥ 50	1	0.02	22	2.3
Region of recruitment				
Berlin	3,963	79.5	745	77.4
Flensburg	67	1.3	14	1.5
Leipzig	813	16.3	171	17.8
Other	141	2.8	32	3.3
Country of birth ^a				
Germany	4,190	84.7	786	84.0
Other	756	15.3	150	16.0
Educational level ^b				
Low (ISCED 1)	24	0.5	7	0.8
Middle (ISCED 2)	695	14.1	127	13.6
High (ISCED 3)	4,196	84.9	796	85.1
Unknown	29	0.6	5	0.5
History of mental illness				
Depression	738	14.9	69	7.4
Anxiety	282	5.7	31	3.3
Obsessive-compulsive disorder	35	0.7	7	0.7

Note. ISCED = International Standard Classification of Education.

^a mothers (n = 4,946), fathers (n = 936). ^b mothers (n = 4,944), fathers (n = 935).

Postnatal Psychological Distress in Mothers and Fathers

PAS and POCS were more prevalent in mothers than in fathers, while PDS was similar (table 2). This was also seen in the multilevel models (figures 2, 3 and 4) where being a mother compared to father was associated with PAS (OR 1.55, 95% CI 1.00-2.41, $p = .051$) and POCS (1.38, 1.03-1.83, $p = .029$) but not with PDS (1.15, 0.76-1.74, $p = .509$).

Table 2: *Postnatal Psychological Distress in Mothers and Fathers Participating in the Population-Based Cohort Study of the SKKIPPI Project in Germany*

Outcome	Mothers		Fathers	
	n	Positive Screening (%)	n	Positive Screening (%)
Postnatal Depressive Symptoms	4,955	458 (9.2)	944	84 (8.9)
Postnatal Anxiety Symptoms	4,953	537 (10.8)	944	70 (7.4)
Postnatal Obsessive-Compulsive Symptoms	4,948	1207 (24.4)	938	185 (19.7)

Risk Factors for Postnatal Psychological Distress in Mothers and Fathers

Postnatal Depressive Symptoms

Concerning PDS, an association with various risk factors was found (figure 2). Especially life stressors such as having professional or relationship problems, lack of social support and having three or more children under the age of six years living in the household were associated with PDS. The only pregnancy and birth-related risk factor that was associated with PDS was an unsuitable pregnancy timing. No association with the sociodemographic risk factors was found. Additionally, a history of mental illness showed some association with PDS. Most of the sex*risk factor interactions were not associated with PDS. Nevertheless, the interactions of sex with relationship problems and having three or more children under the age of six years living in the household showed some association with PDS.

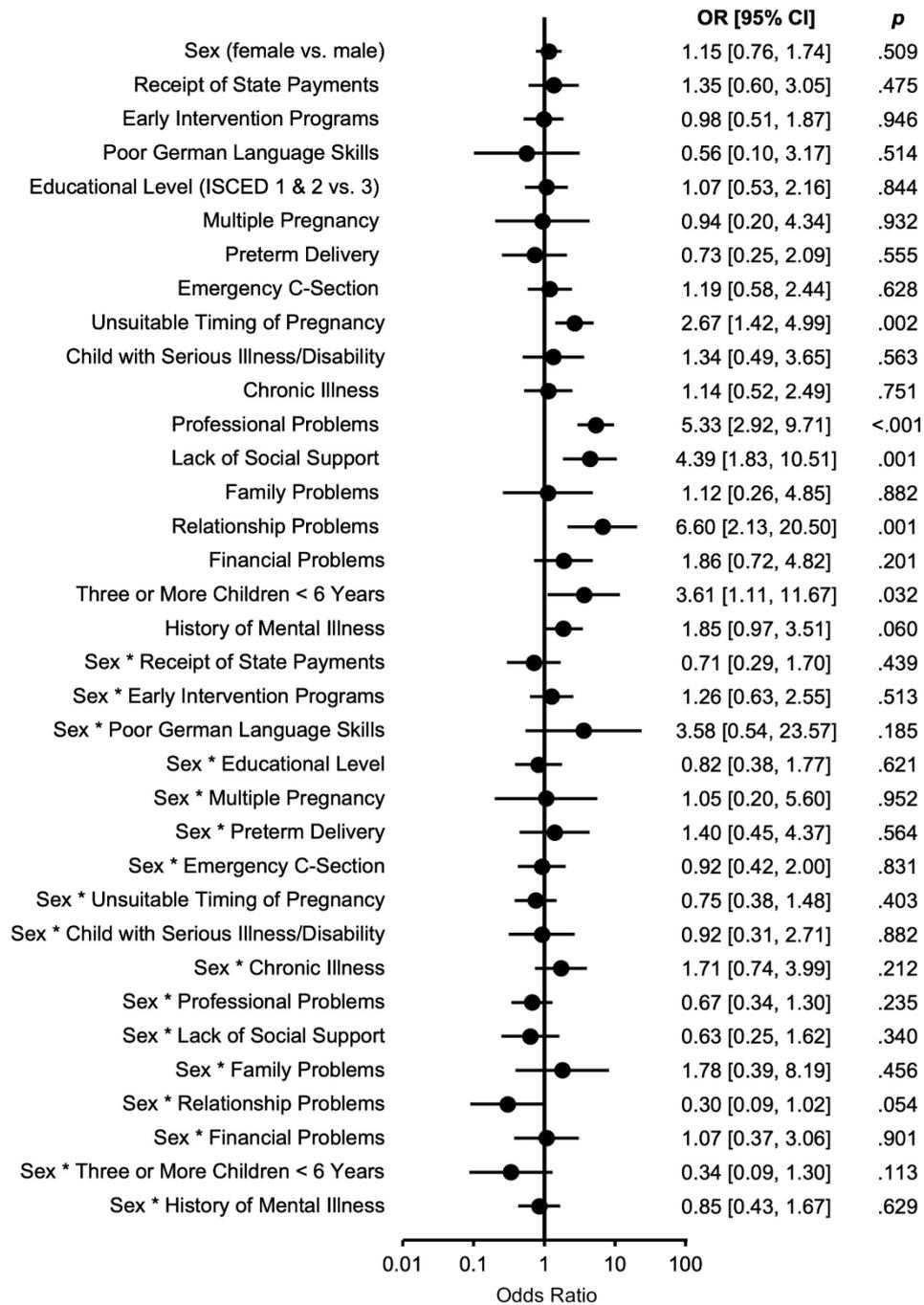


Figure 2: *Factors Potentially Associated with Parental Postnatal Depressive Symptoms in the Population-Based Cohort Study of the SKKIPPI Project in Germany* (Note. Association of the predictors with a positive screening for postnatal depressive symptoms (n = 4,684 mothers, 923 fathers). OR = Odds Ratio, CI = confidence interval, ISCED = International Standard Classification of Education.)

Postnatal Anxiety Symptoms

Figure 3 shows all of the results for PAS. Life stressors such as having professional problems and lack of social support along with a history of mental illness were associated with PAS. Furthermore, no pregnancy and birth-related risk factors or sociodemographic risk factors were associated with PAS. Merely the receipt of state payments showed some association with PAS. Also, for PAS no association with most of the sex*risk factor interactions was found. However, the interactions of sex with the receipt of state payments and lack of social support showed some association with PAS.

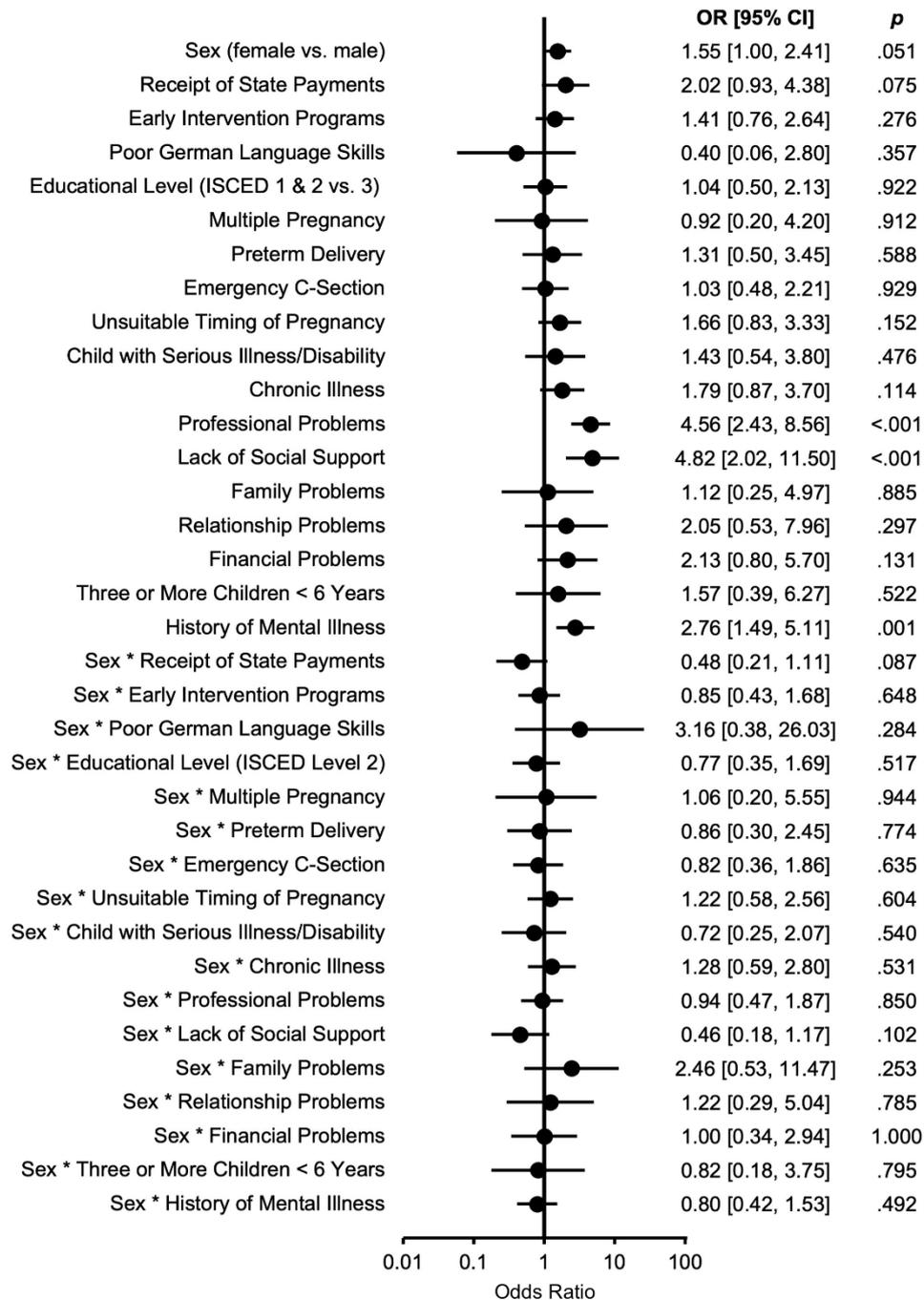


Figure 3: Factors Potentially Associated with Parental Postnatal Anxiety Symptoms in the Population-Based Cohort Study of the SKKIPPI Project in Germany (Note. Association of the predictors with a positive screening for postnatal anxiety symptoms (n = 4,683 mothers, 923 fathers). OR = Odds Ratio, CI = confidence interval, ISCED = International Standard Classification of Education.)

Postnatal Obsessive-Compulsive Symptoms

Multiple life stressors and a history of mental illness were associated with POCS (figure 4). None of the sociodemographic risk factors were associated with POCS. Preterm delivery and an unsuitable timing of pregnancy were the only pregnancy and birth-related risk factors that showed some association with POCS. The only sex*risk factor interactions that seemed to be associated with POCS were the interactions of sex with preterm delivery and having a child with a serious illness or disability.

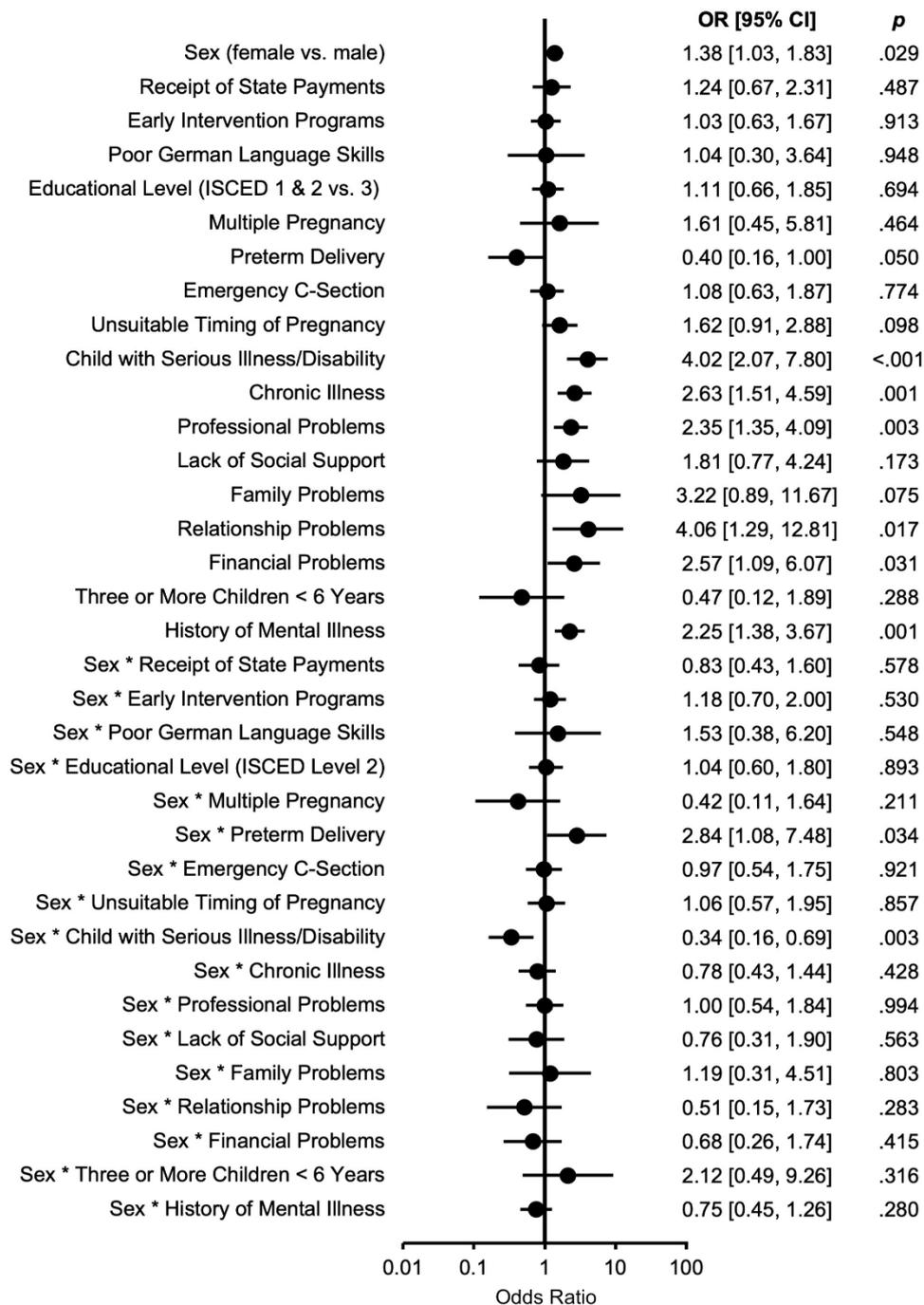


Figure 4: *Factors Potentially Associated with Parental Postnatal Obsessive-Compulsive Symptoms in the Population-Based Cohort Study of the SKKIPPI Project in Germany (Note. Association of the predictors with a positive screening for postnatal obsessive-compulsive symptoms ($n = 4,681$ mothers, 923 fathers). OR = odds ratio, CI = confidence interval, ISCED = International Standard Classification of Education.)*

Random Effect Estimates and Model Fit Statistics

The ICCs for the parental pairs in model 1 were .030 for POCS and $< .001$ for PDS and PAS. The overall percentage of accuracy in classification of model 2 ranged from 79.3 to 91.5%, with a sensitivity of 12.2 to 16.9% and a specificity of 97.6 to 99.1% for the different outcome variables.

Discussion

Main Results

We found that being a mother compared to being a father was associated with PAS and POCS, but not with PDS. There were various factors that seemed to be associated with postnatal psychological distress in this sample, in particular professional problems. The other life stressors seemed to have a meaningful impact as well. A history of mental illness and an unsuitable timing of pregnancy were other predictors that were connected to postnatal psychological distress in this sample. Sociodemographic risk factors showed little or no associations with the three outcomes. The majority of the sex*risk factor interactions did not suggest any mother-father differences.

Comparison with Other Studies

Whereas mothers did not seem to be at higher risk for PDS in this sample, other studies that investigated postnatal depression in mothers and fathers found higher prevalence rates in mothers (Anding et al., 2015; Anding et al., 2016; Ballard et al., 1994). Prevalence estimates from studies in Germany revealed similar proportions for mothers and fathers regarding postnatal depression and anxiety (Gawlik et al., 2014; Kurstjens & Wolke, 2001; Reck et al., 2008; v. Ballestrem et al., 2005). In Iran, Mahmoodi et al (2017) found postnatal

psychological distress to be more prevalent in fathers. Even though there is a tendency for mothers to be at higher risk for postnatal psychological distress, findings are mixed, and more research, especially in regard to fathers and POCS, is needed.

Multiple factors seemed to have an impact on postnatal psychological distress. This included different life stressors. The role of elevated life stress was explored in earlier studies, which also underlined its adverse impact on postnatal mental health (e.g., Anding et al., 2015; Ansari et al., 2021; Beck, 2001; Field, 2010; Hutchens & Kearney, 2020). A history of mental illness was also found to contribute to postnatal psychological distress in this sample. This finding is consistent with other studies that looked at risk factors for postnatal depression and anxiety in mothers and fathers (e.g., Ansari et al., 2021; Beck, 2001; Field, 2018; Wang et al., 2021). Further risk factors that have been suggested in earlier studies were sociodemographic characteristics (e.g., Ansari et al., 2021; Field, 2010; Underwood et al., 2016). Nevertheless, the sociodemographic factors assessed in our analysis did not seem to have a great impact on symptoms of postnatal psychological distress. Most of the characteristic pregnancy and birth-related risk factors, which showed associations with postnatal psychological distress in earlier studies (e.g., Anding et al., 2016; Field, 2018), failed to predict postnatal psychological symptoms in our study. A pregnancy-related predictor that was associated with symptoms of postnatal psychological distress was an unsuitable timing of the pregnancy. This was in line with results from previous studies (e.g. Beck, 2001; Bener et al., 2012). Preterm delivery acted as a potential protective factor for POCS in our study, which was unexpected as it was previously found to have an adverse effect on postnatal psychological distress (Carson et al., 2015; Field, 2018; Ionio et al., 2016). Being a parent with a chronic illness and having a seriously ill or disabled child were associated with POCS. So far, research regarding POCS is scarce. A possible hypothesis to explain this finding could be that chronically ill parents or having a child with a serious

illness or disability causes additional worries and challenges that potentially contribute to the development of these symptoms.

Interactions of the predictor sex with potential risk factors were inspected to identify a mother-father-specific relevance of the risk factors. Past studies found that mothers were affected by their own personality, critical life events, a history of childhood violence, perinatal, birth and infant-related factors more than fathers. Fathers seemed to be more affected by their perception of the mother's personality style and mental health as well as relationship aspects (Anding et al., 2016; Dudley et al., 2001). In their Iranian study, Mahmoodi et al. (2017) additionally stated that socioeconomic characteristics and being consent with the pregnancy played a bigger role for postnatal psychological distress in fathers, whereas mothers were affected by the mode of delivery more often. In our analysis, most of the included risk factors for postnatal psychological distress were equally relevant to both parents. However, some mother-father differences were observed. The protective effect of preterm delivery on POCS seemed to apply to the fathers but not mothers of this sample. This result is in contrast to studies that found preterm delivery to have a negative effect on postnatal mental health in both parents (Carson et al., 2015; Ionio et al., 2016). Additionally, for POCS, having a child with a serious illness or disability tended to be a greater risk factor for fathers in comparison to mothers. Further research is needed to explore these associations. Furthermore, there were some indications that fathers were more affected by relationship problems and receipt of state payments. This supports findings from studies which emphasized the role of socioeconomic and relationship aspects concerning postnatal psychological distress in fathers (Anding et al., 2016; Ansari et al., 2021; Dudley et al., 2001; Mahmoodi et al., 2017).

Strengths and Limitations

A major strength of this study was the large population-based sample, which was based on a stringent recruitment strategy via local registries. Thus, it was possible to get a broader insight into postnatal mental health problems of parents from different regions of Germany, which was not limited to parents who happen to be treated in a clinical setting after birth. Another strength was the exploration of PDS, PAS and POCS simultaneously in a sample of mothers and fathers.

However, several limitations should be noted. First, some risk factors that were found to be relevant in other studies could not be included in the analyses due to small case numbers. Only very few participants of the SKKIPPI cohort study sample were younger than 20 years. According to the inclusion criteria, only people aged 18 years or older were allowed to take part in the study. Consequently, only a limited number of teenager parents were recruited. The small case numbers for other risk factors such as (self-reported) current drug or alcohol abuse could be caused by social desirability. Additionally, we excluded being a single parent as a potential risk factor from our analyses. Since only the mother received the study invitation letter, there was a higher likelihood that parents who live together would take part in the study. Especially single fathers potentially had a lower chance to receive the study invitation and therefore were less likely to be included. Accordingly, there were less fathers ($N = 962$) than mothers ($N = 4,984$) in this sample. Secondly, the results are based on cross-sectional data and temporal or even causal relationships can therefore not be established. Thirdly, outcomes of postnatal psychological distress were assessed using screening instruments only to keep the screening questionnaire as brief as possible and achieve a higher participation quota. Therefore, the definition of postnatal psychological symptoms was not based on clinical diagnoses. Finally, the generalizability of our results is limited, and we cannot rule out some selection bias. The response rate was only 17% and people with higher

educational levels were overrepresented in the sample (Fricke et al., 2022). Even though the sample was population-based, it was certainly not representative for the general population of Germany, but perhaps to some extent for the areas where the recruitment took place.

Conclusion and Implications

We found that mothers were at higher risk of developing PAS and POCS than fathers. Most sociodemographic, psychological, pregnancy and birth related factors as well as life stressors did not show mother-father differences, which highlights their relevance to both parents in the postnatal period. However, risk factors such as having relationship problems, having a child with a serious illness or disability and the receipt of state payments seemed to have a greater impact on fathers for some outcomes. These associations should be explored in future research and considered when dealing with paternal postnatal mental health in practice.

Longitudinal studies are needed to examine temporal relationships and to further validate the results from this study. They should ideally start during pregnancy and follow up participants after birth to allow for more reliable conclusions about potential causes and relationships. Furthermore, future research should include more fathers to prevent small case numbers. Additionally, future studies should aim to reduce self-selection bias and particularly should try to include more parents with a low socioeconomic status.

Based on our findings we suggest for clinical practice to pay attention to potential life stressors like lack of social support, professional or relationship problems, a history of mental illness and timing of pregnancy in mothers and fathers. Especially professional problems seemed to be a relevant risk factor for symptoms of postnatal psychological distress in this sample. Therefore, solutions for work-related problems such as paid parental leave or flexible working hours need to be considered by policy makers and employers. Since most risk factors did not show mother-father differences, healthcare professionals should focus on both

parents after the birth of a child, because they both are susceptible to being affected by characteristic risk factors of the postnatal period.

References

- Anding, J., Röhrle, B., Grieshop, M., Schücking, B., & Christiansen, H. (2015). Early detection of postpartum depressive symptoms in mothers and fathers and its relation to midwives' evaluation and service provision: A community-based study. *Frontiers in Pediatrics, 3*, Article 62. <https://doi.org/10.3389/fped.2015.00062>
- Anding, J., Röhrle, B., Grieshop, M., Schücking, B., & Christiansen, H. (2016). Couple comorbidity and correlates of postnatal depressive symptoms in mothers and fathers in the first two weeks following delivery. *Journal of Affective Disorders, 190*, 300–309. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.033>
- Ansari, N. S., Shah, J., Dennis, C., & Shah, P. S. (2021). Risk factors for postpartum depressive symptoms among fathers: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 100*(7), 1186–1199. <https://doi.org/10.1111/aogs.14109>
- Ballard, C. G., Davis, R., Cullen, P. C., Mohan, R. N., & Dean, C. (1994). Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry, 164*(6), 782–788. <https://doi.org/10.1192/bjp.164.6.782>
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research, 50*(5), 275–285. <https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00004>
- Bell, A. F., Carter, C. S., Davis, J. M., Golding, J., Adejumo, O., Pyra, M., Connelly, J. J., & Rubin, L. H. (2016). Childbirth and symptoms of postpartum depression and anxiety: A prospective birth cohort study. *Archives of Women's Mental Health, 19*(2), 219–227. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0555-7>

- Bener, A., Gerber, L. M., & Sheikh, J. (2012). Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: A major public health problem and global comparison. *International Journal of Women's Health, 4*, 191–200. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S29380>
- Bradley, R., & Slade, P. (2011). A review of mental health problems in fathers following the birth of a child. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 29*(1), 19–42. <https://doi.org/10.1080/02646838.2010.513047>
- Burke, L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry, 15*(3), 243–255. <https://doi.org/10.1080/0954026031000136866>
- Cameron, E. E., Sedov, I. D., & Tomfohr-Madsen, L. M. (2016). Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 206*, 189–203. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.044>
- Carson, C., Redshaw, M., Gray, R., & Quigley, M. A. (2015). Risk of psychological distress in parents of preterm children in the first year: Evidence from the UK Millennium cohort study. *BMJ Open, 5*(12), Article e007942. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007942>
- Chae, S. Y., Chae, M. H., Tyndall, A., Ramirez, M. R., & Winter, R. O. (2012). Can we effectively use the two-item PHQ-2 to screen for postpartum depression? *Family Medicine, 44*(10), 698–703.
- Coelho, F. M., Silva, R. A. da, Quevedo, L. de Á., Souza, L. D., Pinheiro, K. A., & Pinheiro, R. T. (2014). Obsessive-compulsive disorder in fathers during pregnancy and postpartum. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 36*(3), 272–272. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1312>

- Dennis, C.-L., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, *210*(5), 315–323. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187179>
- Dudley, M., Roy, K., Kelk, N., & Bernard, D. (2001). Psychological correlates of depression in fathers and mothers in the first postnatal year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *19*(3), 187–202. <https://doi.org/10.1080/02646830124397>
- Eckert, M., Richter, K. M., Mattheß, J., Koch, G., Reinhold, T., Vienhues, P., Berghöfer, A., Roll, S., Keil, T., Schlensog-Schuster, F., von Klitzing, K., Ludwig-Körner, C., & Kuchinke, L. (2020). Postpartale psychische Erkrankungen: Versorgungslage und Wirksamkeit der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie. Vorstellung des Innovationsfondprojektes SKKIPPI. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *63*(12), 1538–1547. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03242-4>
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*, *33*(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>
- Field, T. (2018). Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behavior and Development*, *51*, 24–32. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2018.02.005>
- Fineberg, N., & Roberts, A. (2001). Obsessive compulsive disorder: A twentyfirst century perspective. In N. Fineberg, D. Marazziti, & D. J. Stein (Eds.), *Obsessive Compulsive Disorder: A practical guide*. (pp. 1–13). Martin Dunitz.
- Fricke, J., Bolster, M., Icke, K., Liedtke, M., Lisewski, N., Kuchinke, L., Ludwig-Körner, C., Schlensog-Schuster, F., Reinhold, T., Berghöfer, A., Roll, S., & Keil, T. (2022). *The SKKIPPI cohort study on psychosocial stress and mental health disorders in parents*

and their children in early childhood: Results from the baseline survey. [Manuscript submitted for publication].

- Fricke, J., Bolster, M., Ludwig-Körner, C., Kuchinke, L., Schlensog-Schuster, F., Vienhues, P., Reinhold, T., Berghöfer, A., Roll, S., & Keil, T. (2021). Occurrence and determinants of parental psychosocial stress and mental health disorders in parents and their children in early childhood: Rationale, objectives, and design of the population-based SKKIPPI cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *56*(6), 1103–1112. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-02004-6>
- Gawlik, S., Müller, M., Hoffmann, L., Dienes, A., Wallwiener, M., Sohn, C., Schlehe, B., & Reck, C. (2014). Prevalence of paternal perinatal depressiveness and its link to partnership satisfaction and birth concerns. *Archives of Women's Mental Health*, *17*(1), 49–56. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0377-4>
- Giallo, R., D'Esposito, F., Cooklin, A., Mensah, F., Lucas, N., Wade, C., & Nicholson, J. M. (2013). Psychosocial risk factors associated with fathers' mental health in the postnatal period: Results from a population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*(4), 563–573. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0568-8>
- Glasheen, C., Richardson, G. A., & Fabio, A. (2010). A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. *Archives of Women's Mental Health*, *13*(1), 61–74. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0109-y>
- Glasser, S., & Lerner-Geva, L. (2019). Focus on fathers: Paternal depression in the perinatal period. *Perspectives in Public Health*, *139*(4), 195–198. <https://doi.org/10.1177/1757913918790597>

- Goodman, J. H., Watson, G. R., & Stubbs, B. (2016). Anxiety disorders in postpartum women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 203*, 292–331. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.033>
- Hutchens, B. F., & Kearney, J. (2020). Risk factors for postpartum depression: An umbrella review. *Journal of Midwifery & Women's Health, 65*(1), 96–108. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13067>
- Ionio, C., Colombo, C., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Confalonieri, E., Castoldi, F., & Lista, G. (2016). Mothers and fathers in NICU: The impact of preterm birth on parental distress. *Europe's Journal of Psychology, 12*(4), 604–621. <https://doi.org/10.5964/ejop.v12i4.1093>
- Kerstis, B., Aarts, C., Tillman, C., Persson, H., Engström, G., Edlund, B., Öhrvik, J., Sylvén, S., & Skalkidou, A. (2016). Association between parental depressive symptoms and impaired bonding with the infant. *Archives of Women's Mental Health, 19*(1), 87–94. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0522-3>
- Kingston, D., Tough, S., & Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: A systematic review. *Child Psychiatry & Human Development, 43*(5), 683–714. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0291-4>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a two-item depression screener. *Medical Care, 41*(11), 1284–1292. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ-4. *Psychosomatics, 50*(6), 613–621. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(09\)70864-3](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(09)70864-3)
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals*

of Internal Medicine, 146(5), 317–325. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>

- Kurstjens, S., & Wolke, D. (2001). Postnatale und später auftretende Depressionen bei Müttern: Prävalenz und Zusammenhänge mit obstetrischen, soziodemographischen sowie psychosozialen Faktoren. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30(1), 33–41. <https://doi.org/10.1026/0084-5345.30.1.33>
- Leach, L. S., Poyser, C., Cooklin, A. R., & Giallo, R. (2016). Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 190, 675–686. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.063>
- Mahmoodi, H., Golboni, F., Nadrian, H., Zareipour, M., Shirzadi, S., & Gheshlagh, R. G. (2017). Mother-father differences in postnatal psychological distress and its determinants in Iran. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 5(1), 91–96. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2017.009>
- Mattheß, J., Eckert, M., Richter, K., Koch, G., Reinhold, T., Vienhues, P., Berghöfer, A., Roll, S., Keil, T., Schlenzog-Schuster, F., von Klitzing, K., Ludwig-Körner, C., & Kuchinke, L. (2020). Efficacy of Parent-Infant-Psychotherapy with mothers with postpartum mental disorder: Study protocol of the randomized controlled trial as part of the SKKIPPI project. *Trials*, 21(1), Article 490. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04443-7>
- Meltzer-Brody, S., Howard, L. M., Bergink, V., Vigod, S., Jones, I., Munk-Olsen, T., Honikman, S., & Milgrom, J. (2018). Postpartum psychiatric disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1), Article 18022. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.22>

- Miller, E. S., Chu, C., Gollan, J., & Gossett, D. R. (2013). Obsessive-compulsive symptoms during the postpartum period. A prospective cohort. *The Journal of Reproductive Medicine*, *58*(3–4), 115–122.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). *Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance*.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
- O’Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, *9*(1), 379–407.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- Philpott, L. F., Savage, E., FitzGerald, S., & Leahy-Warren, P. (2019). Anxiety in fathers in the perinatal period: A systematic review. *Midwifery*, *76*, 54–101.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.013>
- Rao, W.-W., Zhu, X.-M., Zong, Q.-Q., Zhang, Q., Hall, B. J., Ungvari, G. S., & Xiang, Y.-T. (2020). Prevalence of prenatal and postpartum depression in fathers: A comprehensive meta-analysis of observational surveys. *Journal of Affective Disorders*, *263*, 491–499. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.030>
- Reck, C., Struben, K., Backenstrass, M., Stefenelli, U., Reinig, K., Fuchs, T., Sohn, C., & Mundt, C. (2008). Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *118*(6), 459–468.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01264.x>
- Sprengher, M. K., Mattheß, J., Eckert, M., Richter, K., Koch, G., Reinhold, T., Vienhues, P., Berghöfer, A., Fricke, J., Roll, S., Keil, T., Ludwig-Körner, C., Kuchinke, L., von Klitzing, K., & Schlensog-Schuster, F. (2021). Efficacy of parent-infant psychotherapy compared to care as usual in children with regulatory disorders in clinical and outpatient settings: Study protocol of a randomised controlled trial as part

- of the SKKIPPI project. *BMC Psychiatry*, 21(1), Article 118.
<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03112-6>
- Sweeney, S., & MacBeth, A. (2016). The effects of paternal depression on child and adolescent outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 205, 44–59. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.073>
- Thiel, F., Pittelkow, M.-M., Wittchen, H.-U., & Garthus-Niegel, S. (2020). The relationship between paternal and maternal depression during the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 11, Article 563287.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.563287>
- Uguz, F., Akman, C., Kaya, N., & Cilli, A. S. (2007). Postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: Incidence, clinical features, and related factors. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(1), 132–138. <https://doi.org/10.4088/JCP.v68n0118>
- Underwood, L., Waldie, K., D'Souza, S., Peterson, E. R., & Morton, S. (2016). A review of longitudinal studies on antenatal and postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 19(5), 711–720. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0629-1>
- UNESCO Institute for Statistics. (2012). *International Standard Classification of Education (ISCED) 2011*. <https://doi.org/10.15220/978-92-9189-123-8-en>
- v. Ballestrem, C.-L., Strauß, M., & Kächele, H. (2005). Contribution to the epidemiology of postnatal depression in Germany – implications for the utilization of treatment. *Archives of Women's Mental Health*, 8(1), 29–35. <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0068-x>
- van der Zee-van den Berg, A. I., Boere-Boonekamp, M. M., Groothuis-Oudshoorn, C. G. M., & Reijneveld, S. A. (2021). Postpartum depression and anxiety: A community-based study on risk factors before, during and after pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 286, 158–165. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.062>

Wang, D., Li, Y.-L., Qiu, D., & Xiao, S.-Y. (2021). Factors influencing paternal postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *293*, 51–63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.088>

Zambaldi, C. F., Cantilino, A., Montenegro, A. C., Paes, J. A., de Albuquerque, T. L. C., & Sougey, E. B. (2009). Postpartum obsessive-compulsive disorder: Prevalence and clinical characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, *50*(6), 503–509. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.11.014>

Preprint Version

The association of neighbourhood socioeconomic status and parental mental health in the first years after birth – cross-sectional results from the SKKIPPI project

Bolster, Marie¹; Fricke, Julia ¹; Reinhold, Thomas^{1,2}; Kuchinke, Lars³; Ludwig-Körner, Christiane³; Schlenzog-Schuster, Franziska ^{4,5}; Keil, Thomas^{1,6,7}; Berghöfer, Anne ¹; Roll, Stephanie¹

Affiliations

¹ Institute of Social Medicine, Epidemiology and Health Economics, Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Luisenstr. 57, 10117 Berlin, Germany

² Institute for Complementary and Integrative Medicine, University Hospital Zurich and University of Zurich, Sonneggstr. 6, 8091 Zürich, Switzerland

³ International Psychoanalytic University, Stromstr. 1, 10555 Berlin, Germany

⁴ Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics, University of Leipzig, Liebigstr. 20A, 04103 Leipzig, Germany

⁵ University Hospital of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, University of Bern, Untere Zollgasse 99, 3063 Ittigen, Switzerland

⁶ Institute of Clinical Epidemiology and Biometry, University of Würzburg, Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg, Germany

⁷ State Institute of Health I, Bavarian Health and Food Safety Authority, Eggenreuther Weg 43, 91058 Erlangen, Germany

Corresponding Author:

Marie Bolster

Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health
Luisenstr. 57, 10117 Berlin, Germany
Marie.bolster@charite.de

ABSTRACT

Background

The urban environment can influence mental health. However, research on neighbourhood influences on mental health of parents with young children is sparse. This study aimed to analyse the association between neighbourhood socioeconomic status (SES) and mental health outcomes in urban parents in the first years after birth.

Methods

We included 4707 parents of young children who participated in the SKKIPPI cohort study in Berlin. Data on mental health outcomes (symptoms of depression, anxiety, or both, measured via PHQ- 4) and individual risk factors stemmed from an online questionnaire and were matched with neighbourhood level data from the Berlin Senate Department for Urban Development and Housing. Neighbourhood status index (exposure) was categorized in 4 SES categories: high, medium, low and very low. Binominal generalised linear mixed models with propensity score adjustment were used to estimate the association between neighbourhood SES and symptoms of depression, anxiety, or both.

Results

Overall, 9.3% of parents showed depressive, 10.3% anxiety, and 5.3% both symptoms. The occurrence of mental health problems was lowest in neighbourhoods with high SES and highest in neighbourhoods with low/very low SES. The (direct) association between neighbourhood SES and mental health outcomes disappeared in the regression models when adjusted for individual risk factors using propensity scores.

Conclusion

We found no direct association between neighbourhood SES and mental health outcomes in parents in the first years after birth. However, social and preventive health measures should focus on neighbourhoods with low/very low SES, where the occurrence of mental health problems was highest.

KEY MESSAGES

What is already known on this topic

Social neighbourhood factors, such as deprivation or disorder at the neighbourhood level, can negatively affect the mental health outcomes of families with young children.

What this study adds

The study finds no direct association between neighbourhood socioeconomic status (SES) and mental health outcomes in parents but shows that parents with mental health problems more frequently live in neighbourhoods with low/very low SES.

How this study might affect research, practice or policy

Preventive and social programs should put a special focus on neighbourhoods with low/very low SES to establish supportive structures and services for parents with (or at an increased risk of) mental health problems. To validate our findings, future studies should be longitudinal and include the assessment of individual SES parameters.

INTRODUCTION

There is evidence that neighbourhood characteristics can affect the mental health of residents. Low neighbourhood socioeconomic status (SES) is associated with an increased risk for mental health disorders (1) and anxiety (2). Research on the association between neighbourhood SES and depression has found mixed results, but the majority suggests an increased risk for depression in low SES neighbourhoods (1, 3, 4). Neighbourhood disorder and crime are linked to a range of mental health problems including higher stress, distress, depression, anxiety and substance abuse (5, 6), while lack of social cohesion in the neighbourhood is linked to higher risk of depression (7).

Social neighbourhood factors have also shown to impact the mental health of parents with young children. The postnatal period can be a particularly vulnerable time for parents, with many experiencing depression (14%) and anxiety (11%) during this period (8, 9). Neighbourhood deprivation, income inequality, disorder, ethnic density and low level of social cohesion have been found to increase parental stress (10-12) and depressive or anxiety symptoms in mothers (13-18).

The mechanisms behind the association between neighbourhood factors and mental health are not yet fully understood (19) and can be bidirectional. People with mental health problems may be more likely to live in structurally and economically weaker neighbourhoods, while the neighbourhood circumstances may in turn affect mental health. Some studies have observed direct effects of neighbourhood factors on mental health disorders, i.e. effects that persist after adjusting for individual risk factors and were not explained by other covariates (2, 10, 11, 20). Others have found indirect effects, where individual factors, such as paranoia or negative emotionality, or neighbourhood factors such as drunken and rowdy behaviour, were identified as links between the neighbourhood social environment and an increased risk of mental health problems (19, 21). In relation to family mental health, high social cohesion in the neighbourhood is associated to lower levels of parenting stress and, as a result, a decreased likelihood of mental health problems in mothers and children (10, 15). Behavioural problems in the child have been identified as a mediator partially explaining the association between neighbourhood deprivation and parenting stress (12).

While research on interaction effects is scarce (3), race (11, 22) and individual SES (23) have been identified as factors that can moderate the association between neighbourhood factors and mental health outcomes.

The identification of risk factors for urban parental mental health in the first years after birth is crucial to identify at-risk families for targeting preventive health and social support measures accordingly. While many existing studies were conducted in socioeconomically deprived areas and included a sample of risk families or focused solely on mothers (10, 15-19), population-based research including all neighbourhood types, interaction effects as well as fathers is sparse.

The present analysis aimed to assess the association between neighbourhood SES and symptoms of depression and anxiety in parents in the first years after birth in Berlin, Germany. The secondary aim was to identify potential interaction effects of stress, financial worries, and education level on the association between neighbourhood SES and parental mental health.

METHODS

Study population

The study population was a Berlin subsample (n=4707) from the SKKIPPI (Evaluation der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie mittels Prävalenz- und Interventionsstudien) cohort study (n= 5946) (24). Participants in the SKKIPPI cohort study were mothers and fathers of 30.000 randomly selected children aged 0-12 months at the time the sample was drawn from the registration office in three German cities (Berlin, Flensburg, Leipzig). Further inclusion criteria were being minimum 18 years of age, having provided written or online consent and being able to understand and to fill out the questionnaire in German, English, Arabic, or Turkish language. Parents were invited via post to complete an online questionnaire on postnatal psychosocial burden. The overall response rate was 17.5%. All mothers and fathers who participated in the online questionnaire of the SKKIPPI cohort study and reported to be living in Berlin at the time were included in this analysis.

Data sources

Individual participant data stemmed from the first screening stage of the SKKIPPI cohort study. The cross-sectional data were collected between 03/2019 & 07/2020 via an online questionnaire developed by the SKKIPPI study team. Questions covered pregnancy, birth, stressors, socioeconomic situation, relationship to the child, child behaviour and mental health symptoms. All responses reflect the subjective perceptions of the parents. A comprehensive description of the SKKIPPI study design and population characteristics has been published elsewhere (24, 25)

Public neighbourhood level data originated from the Berlin Social Urban Development Monitoring 2019 (MSS) (26). The MSS assesses urban developments over time using neighbourhood level indicators for three geographical unit levels: 12 boroughs, 138 intermediate areas and 447 planning areas. Data for the 2019 report were collected between Dec 31, 2016 and Dec 31, 2018; data sources vary for individual indicators.

For this analysis, the planning area level data were used to obtain neighbourhood level information at the smallest scale. Geographical demarcations between individual planning areas are based on homogeneity in the built and social environment; accordingly areas may vary in size. (27) We matched individual address data from SKKIPPI participants to neighbourhood level data via the planning area ID number from the MSS datasets.

Outcomes

The outcomes were self-reported symptoms of depression, symptoms of anxiety, and the double burden of having depressive and anxiety symptoms. Outcomes were measured with the four-item Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) a validated short self-reported screening instrument containing two subscales for symptoms of generalised anxiety disorder (GAD-2) and depression (PHQ-2). *Symptoms of depression* and *symptoms of anxiety* were defined as a score of 3 or higher the respective PHQ-2 and GAD-2 subscales. *Symptoms of anxiety and depression* included participants with a score of 3 or higher on both subscales.

Exposure

Neighbourhood SES: Neighbourhood Status Index is a measure developed by the Berlin Senate Department for Urban Development and Housing. This index variable combines three neighbourhood SES indicators: proportion of unemployment, of welfare recipients and of children living in poverty. As a measure for SES of the 447 planning areas it is divided into 4 SES categories: very low (8.9% of neighbourhoods), low (10.8%), medium (64.9%), high (15.4%) (Figure 1) (26).

Covariates

To adjust for individual level confounders, propensity scores (PS) can emulate randomization in observational research. We calculated four PSs for each participant to estimate the probability to live in each neighbourhood SES category based on individual risk factors.

Statistical analysis

As both parents were invited to participate in the study, for some children two parents filled out the online questionnaire, while for other children only one parent participated. Assuming that data from parents of the same child are correlated and not independent, we modelled binomial generalised linear mixed models for each of the outcomes, adding a random intercept to the model, conditional on whether one or two parents participated.

The analysis was run unadjusted for each outcome (i.e. only the neighbourhood SES as exposure in the model). Secondly, we adjusted the model for the PSs as covariates to account for individual level confounding. The PS model included the neighbourhood SES as the outcome and individual socioeconomic factors, family factors, personal stressors, and health factors as independent variables (full list of variables in Supplement Table S1). Individual PSs were calculated for each neighbourhood category using binary logistic regression with Generalised Boosted Models (GBM) (28). Participants with missing values in the exposure or covariates were excluded from the analysis, as no PSs could be calculated. All effect sizes were reported as odds ratios with 95% confidence intervals (CI) and interpreted exploratively.

To assess potential moderating effects, the interactions between neighbourhood SES and 1) individual education level (high vs. medium/low) 2) financial worries (strong/very strong/rather strong vs little/no), and 3) presence of at least one personal stressor (relationship, financial, work, lack of social support or personal problems) were estimated using binomial generalised linear mixed models with PSs adjustment and the respective interaction term for each outcome.

As a sensitivity analysis, other multilevel logistic regression outcome models using a different PS calculation method (PS calculated with multinomial regression) or covariate adjustment (log PS and individual covariate adjustment) were calculated, and results were compared.

All statistical analyses were conducted in R Studio Version 2021.09.0. (29)

RESULTS

A total of 4707 participants from Berlin were originally included in the sample, of which 122 parents were excluded in the statistical analyses due to missing values (baseline table of all parents, including missing values, in Supplement Table S2). In 3423 cases one parent filled out the questionnaire, in 581 cases both parents (1162 individual parents) participated.

Of the SKKIPPI participants, 6.3% lived in a very low, 8.4% in a low, 73.0% in a medium and 12.5% in a high SES neighbourhood (Table 1 for participants characteristics; detailed in Supplement Table S3).

Table 1: Characteristics of study population, by neighbourhood SES

	Neighbourhood socioeconomic status				
	High (N=571)	Medium (N=3346)	Low (N=378)	Very low (N=290)	Overall (N=4585)
Parent					
Mother	490 (85.8%)	2830 (84.6%)	309 (81.7%)	243 (83.8%)	3872 (84.4%)
Father	81 (14.2%)	516 (15.4%)	69 (18.3%)	47 (16.2%)	713 (15.6%)
Age in years					
Mean (SD)	35 (4.3)	34 (4.7)	34 (5.0)	34 (5.0)	34 (4.7)
Education level					
Upper secondary education (ISCED III)	490 (85.8%)	2890 (86.4%)	297 (78.6%)	234 (80.7%)	3911 (85.3%)
Lower Secondary education (ISCED II)	78 (13.7%)	426 (12.7%)	68 (18.0%)	51 (17.6%)	623 (13.6%)
Primary education (ISCED I)	1 (0.2%)	12 (0.4%)	7 (1.9%)	3 (1.0%)	23 (0.5%)
Born in Germany	512 (89.7%)	2772 (82.8%)	281 (74.3%)	215 (74.1%)	3780 (82.4%)
Native language German	519 (90.9%)	2816 (84.2%)	280 (74.1%)	202 (69.7%)	3817 (83.2%)
Recipient of welfare payments	23 (4.0%)	392 (11.7%)	81 (21.4%)	65 (22.4%)	561 (12.2%)
Utilization of early childhood services	73 (12.8%)	534 (16.0%)	65 (17.2%)	50 (17.2%)	722 (15.7%)
Single parent	13 (2.3%)	178 (5.3%)	21 (5.6%)	18 (6.2%)	230 (5.0%)
In a committed relationship	562 (98.4%)	3208 (95.9%)	361 (95.5%)	274 (94.5%)	4405 (96.1%)
First child	283 (49.6%)	1986 (59.4%)	217 (57.4%)	185 (63.8%)	2671 (58.3%)
Planned pregnancy	456 (79.9%)	2666 (79.7%)	269 (71.2%)	203 (70.0%)	3594 (78.4%)
Child with disability (Index child)	20 (3.5%)	111 (3.3%)	15 (4.0%)	12 (4.1%)	158 (3.5%)
Other child with disability	13 (2.3%)	72 (2.2%)	16 (4.2%)	5 (1.7%)	106 (2.3%)

Neighbourhood socioeconomic status					
	High (N=571)	Medium (N=3346)	Low (N=378)	Very low (N=290)	Overall (N=4585)
Number of children <18 in household					
Mean (SD)	1.7 (0.9)	1.5 (0.8)	1.6 (0.9)	1.5 (0.8)	1.5 (0.8)
Number of other adults in household					
Mean (SD)	1.2 (0.7)	1.2 (1.1)	1.2 (0.6)	1.2 (0.8)	1.2 (1.0)
Relationship Problems					
Strong, very strong	13 (2.3%)	74 (2.2%)	16 (4.2%)	14 (4.8%)	117 (2.6%)
Rather more	47 (8.2%)	234 (7.0%)	27 (7.1%)	23 (7.9%)	331 (7.2%)
Some	212 (37.1%)	1224 (36.6%)	136 (36.0%)	104 (35.9%)	1676 (36.6%)
Not at all	299 (52.4%)	1814 (54.2%)	199 (52.6%)	149 (51.4%)	2461 (53.7%)
Work related problems					
Strong, very strong	44 (7.7%)	236 (7.1%)	28 (7.4%)	20 (6.9%)	328 (7.2%)
Rather more	87 (15.2%)	548 (16.4%)	49 (13.0%)	56 (19.3%)	740 (16.1%)
Some	224 (39.2%)	1329 (39.7%)	146 (38.6%)	98 (33.8%)	1797 (39.2%)
Not at all	216 (37.8%)	1233 (36.9%)	155 (41.0%)	116 (40.0%)	1720 (37.5%)
Financial worries					
Strong, very strong	19 (3.3%)	112 (3.4%)	17 (4.5%)	10 (3.5%)	158 (3.5%)
Rather more	39 (6.8%)	297 (8.9%)	34 (9.0%)	38 (13.1%)	408 (8.9%)
Some	189 (33.1%)	1075 (32.1%)	136 (36.0%)	126 (43.4%)	1526 (33.3%)
Not at all	324 (56.7%)	1862 (55.6%)	191 (50.5%)	116 (40.0%)	2493 (54.4%)
Lack of social support					
Strong, very strong	29 (5.1%)	171 (5.1%)	26 (6.9%)	21 (7.2%)	247 (5.4%)
Rather more	80 (14.0%)	446 (13.3%)	47 (12.4%)	45 (15.5%)	618 (13.5%)
Some	222 (38.9%)	1323 (39.5%)	158 (41.8%)	107 (36.9%)	1810 (39.5%)
Not at all	240 (42.0%)	1406 (42.0%)	147 (38.9%)	117 (40.3%)	1910 (41.7%)
Other family/personal problems					
Strong, very strong	22 (3.9%)	115 (3.4%)	21 (5.6%)	8 (2.8%)	166 (3.6%)
Rather more	48 (8.4%)	260 (7.8%)	33 (8.7%)	19 (6.6%)	360 (7.9%)
Some	190 (33.3%)	1014 (30.3%)	112 (29.6%)	85 (29.3%)	1401 (30.6%)
Not at all	311 (54.5%)	1957 (58.5%)	212 (56.1%)	178 (61.4%)	2658 (58.0%)
Diagnosed depression in the past	66 (11.6%)	466 (13.9%)	60 (15.9%)	40 (13.8%)	632 (13.8%)
Diagnosed anxiety in the past	27 (4.7%)	156 (4.7%)	17 (4.5%)	17 (5.9%)	217 (4.7%)
Chronic disease	30 (5.3%)	257 (7.7%)	42 (11.1%)	30 (10.3%)	359 (7.8%)
Number of stressors*					
Mean (SD)	0.75 (1.0)	0.75 (1.0)	0.79 (1.1)	0.88 (1.2)	0.76 (1.0)

*Number of times parents reported suffering "much or very much" from one of 5 stressors (relationship problems, work related stress, lack of social support, financial worries, family/personal problems)

Overall, 9.3% of parents showed depressive symptoms, 10.3% anxiety symptoms, and 5.3% symptoms of both depression and anxiety. The occurrence of symptoms of depression, anxiety and both was lowest in neighbourhoods with high SES and highest in neighbourhoods with low/very low SES (Figure 2).

Results of the unadjusted regression (Figure 3) show that the odds of having depressive symptoms were slightly elevated in those living in low/very low SES neighbourhoods compared to those living in high or medium SES neighbourhoods. In the adjusted model, this effect was no longer present and living in a low SES neighbourhood was associated with lower odds for depression. The chance to report anxiety symptoms or symptoms of both depression and anxiety increased in lower SES neighbourhoods in the unadjusted model, with parents living in low and very low SES neighbourhoods being twice as likely to suffer from anxiety or anxiety and depression symptoms, compared to those in high SES neighbourhoods. This effect weakened slightly in the adjusted models for both outcomes, but parents in all neighbourhoods had slightly higher odds of having anxiety or anxiety and depression compared to parents in high SES neighbourhoods. For all outcomes, the effects had rather large confidence intervals and were not precise enough to draw definite conclusions.

No apparent interaction effect could be found for education, financial worries or stress and neighbourhood SES (Supplement Figures S1, S2, S3). The results of all interaction models show large confidence intervals due to small sample sizes in the respective groups.

In the sensitivity analyses we find no noticeable differences between different models and adjustment methods (Supplement Table S4, S5, S6).

DISCUSSION

Overall, about 10% of parents in our Berlin sample showed symptoms of anxiety and depression, and about 5% showed both simultaneously. The occurrence of mental health problems was highest in low and very low SES neighbourhoods and lowest in high SES neighbourhoods. An association between neighbourhood and symptoms of anxiety was found but disappeared when adjusting for individual characteristics by propensity score.

The occurrence of mental health problems in parents is comparable to PHQ-4 prevalences from a representative sample from the German general population (10.4% depression, 9.8% anxiety symptoms) (30). While the SARS CoV-2 pandemic coincided with the data collection, 95% of parents in the SKKIPPI cohort completed the online questionnaire before pandemic containment measures were implemented. Therefore, the results are unlikely to be significantly affected by the pandemic.

We find no direct effect of the neighbourhood SES on the mental health of urban parents in the first years after birth, once adjusted for individual risk factors. These results are contradictory to some previous studies showing a direct effect of neighbourhood SES on mental health disorders (2, 16, 20, 31). However, our results are in line with other studies that found individual risk factors partially or wholly explaining the association between neighbourhood SES and mental health problems (12, 21).

Methodological differences in measuring neighbourhood SES could explain this discrepancy in results (4). Neighbourhood factors may be measured objectively, e.g., using geographical or census data, or subjectively (e.g., participant's perception of the neighbourhood SES) (4, 16, 17). This study used objective measures of neighbourhood SES, based on public planning data. However, subjective perception of the neighbourhood might be a stronger predictor for mental health problems (17) as neighbourhood deprivation might not have a negative effect on parental mental health, if not perceived as a stressor by the individual.

The neighbourhood perception might also be influenced by 'gentrification'. Some areas of Berlin are undergoing rapid gentrification processes, where increasing rent prices have led to displacements of low-income residents, and historically economically deprived neighbourhoods have become attractive neighbourhoods (32).

In our study, parents with a high educational level are overrepresented. (33) If education, as part of the index measure for SES, is interpreted as a proxy indicator for individual SES we can assume that in our sample many parents living in low/very low SES neighbourhoods have a high SES. Although having a high individual SES in a low SES neighbourhood might increase the risk of depression in mothers (23), living in gentrifying neighbourhoods can decrease the odds of anxiety and depression compared to economically deprived, non-gentrified neighbourhoods, regardless of individual SES (34). Similarly, decreases in poverty in the neighbourhood over time, have been linked to lower levels of depression and higher levels of control in mothers, compared to mothers in neighbourhoods with increasing or long-term poverty (35). In Berlin 30% of the low and 45% of the very low SES neighbourhoods have had an above average positive socioeconomic development in the two years leading up to the study (26). Consequently, gentrification might have buffered potentially negative effects of low neighbourhood SES on parental mental health in our study.

Another factor is the duration of living in the neighbourhood. A growing family and increased need for space might be a reason to move. Due to increasing rent prices, families might move to low SES neighbourhoods with more affordable housing but might not have lived in the neighbourhood for a long period at the time of study participation. In this study, we were not able to assess duration of living in the neighbourhood and therefore could not account for a potential latency time between moving to a low SES neighbourhood and mental health outcomes.

While this study does not find a direct association between neighbourhood SES and mental health outcomes, the occurrence of individual risk factors as well as mental health problems is higher in neighbourhoods with low/very low SES. Low/very low neighbourhood SES can therefore be an indicator for higher concentrations of risk factors and mental health problems and help to identify areas in need of more preventative and support programs for families.

Strengths

This study was the first to examine the association of neighbourhood SES and mental health in parents of young children in Germany including a large population-based sample of both mothers and fathers. The large number of different individual characteristics allowed us to include a wide range of variables in the PS calculation for each participant. Rather than using a subjective measure for neighbourhood SES, we used an objective measure, which is less

likely to be influenced by the parents' own perception or mental health. Using objective data further helps identify geographic risk areas to target with preventative measures. As the postnatal period is a vulnerable time for parents' mental health, the results of this study have a high relevance for the planning of preventive health and early childhood programmes.

Limitations

As the study is based on cross-sectional data, causal inferences cannot be drawn. Additionally, the SKKIPPI cohort study had a low response rate and is subject to selection bias. Despite best efforts to encourage study participation in families with a lower education level (e.g. use of simple language), the SKKIPPI sample has an overrepresentation of parents with a higher education level (80%). In Germany, the overall percentage of women with a completed higher education was 31% in 2018, and between 42-59% in the younger age groups from 20 to 45 years (33). The results should be interpreted in this context and may not be generalised to all parents of young children in Berlin. In addition, a precise individual SES was not assessed in this study. However, many of the baseline characteristics, including education, are related to socioeconomic factors and might be able to act as a proxy estimate for individual SES.

In addition, medium SES neighbourhoods make up the majority of neighbourhoods in Berlin (65%) and house the majority of the population (26). This is reflected in our study, where 73% of participants lived in medium SES neighbourhoods, resulting in small sample sizes in the low/very low neighbourhood SES groups, despite the overall large sample size.

Lastly, while the PHQ-2 and the GAD-2 are well-validated measures and considered effective to screen for depression and anxiety disorders in general and in the postpartum period, they do not confirm a clinical diagnosis (36-38). As a result, the outcomes of this study are to be interpreted as symptoms of depression and anxiety rather than confirmed mental health disorders. Nonetheless, screening for symptoms of mental health problems is crucial in the planning of preventive and early childhood support programmes to ensure that parents and at-risk families receive timely support before the symptoms worsen.

Conclusion

Our study was the first to analyse the association between neighbourhood SES and mental health in parents after birth in Germany. We found no direct association between neighbourhood SES and mental health in parents in the first years after birth in Berlin after adjusting for individual propensity scores. No interaction effects could be identified for education level, financial worries or stress and neighbourhood SES. However, our findings suggest an indirect association between neighbourhood SES and mental health problems, via individual risk factors, which had higher occurrences in low/very low SES neighbourhoods. As the planning of preventative measures aims to target at-risk families, the results suggest that neighbourhood SES can be an indicator to identify areas with an increased need for health prevention or social programs. Further longitudinal research is needed to assess long-term effects of neighbourhood SES and individual socioeconomic risk factors on mental health outcomes in parents.

ACKNOWLEDGEMENTS

We thank the participants of the SKKIPPI study and the entire SKKIPPI study team.

COMPETING INTERESTS

The authors declare no competing interests.

FUNDING

The SKKIPPI Study was funded by the German Health Care Innovation Fund (No 01 VSF17027).

ETHICS APPROVAL

The SKKIPPI study received ethics approval from the ethics committee of Charité - Universitätsmedizin Berlin (reference number: EA2/201/18).

REFERENCES

1. Sui Y, Ettema D, Helbich M. Longitudinal associations between the neighborhood social, natural, and built environment and mental health: A systematic review with meta-analyses. *Health Place*. 2022;77:102893.
2. Generaal E, Timmermans EJ, Dekkers JEC, Smit JH, Penninx B. Not urbanization level but socioeconomic, physical and social neighbourhood characteristics are associated with presence and severity of depressive and anxiety disorders. *Psychol Med*. 2019;49(1):149-61.
3. Barnett A, Zhang CJP, Johnston JM, Cerin E. Relationships between the neighborhood environment and depression in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr*. 2018;30(8):1153-76.
4. Richardson R, Westley T, Gariépy G, Austin N, Nandi A. Neighborhood socioeconomic conditions and depression: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(11):1641-56.
5. Baranyi G, Di Marco MH, Russ TC, Dibben C, Pearce J. The impact of neighbourhood crime on mental health: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2021;282:114106.
6. O'Brien DT, Farrell C, Welsh BC. Broken (windows) theory: A meta-analysis of the evidence for the pathways from neighborhood disorder to resident health outcomes and behaviors. *Soc Sci Med*. 2019;228:272-92.
7. Baranyi G, Sieber S, Cullati S, Pearce JR, Dibben CJL, Courvoisier DS. The longitudinal associations of perceived neighborhood disorder and lack of social cohesion with depression among adults aged 50 years or older: an individual-participant-data meta-analysis from 16 high-income countries. *Am J Epidemiol*. 2020;189(4):343-53.
8. Leiferman JA, Farewell CV, Jewell J, Rachael L, Walls J, Harnke B, et al. Anxiety among fathers during the prenatal and postpartum period: a meta-analysis. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2021;42(2):152-61.
9. Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and risk factors of postpartum depression in women: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2022;31(19-20):2665-77.
10. Pei F, Wang X, Yoon S, Tebben E. The influences of neighborhood disorder on early childhood externalizing problems: The roles of parental stress and child physical maltreatment. *J Community Psychol*. 2019;47(5):1105-17.
11. Franco L, Pottick K, Huang C-C. Early parenthood in a community context: neighborhood conditions, race–ethnicity, and parenting stress. *Journal of Community Psychology*. 2010;38(5):574-90.
12. Spijkers W, Jansen DE, Reijneveld SA. The impact of area deprivation on parenting stress. *Eur J Public Health*. 2012;22(6):760-5.
13. Lowe SA, McDonald S, Senthilselvan A, Nykiforuk CI, Chari R, Pabayo R. Is neighbourhood income inequality associated with maternal mental health? A longitudinal analysis of pregnant and new mothers living in Calgary, Alberta. *BMJ Open*. 2021;11(12):e049220.
14. Du Preez A, Conroy S, Pawlby S, Moran P, Pariante CM. Differential effects of ethnic density on the risk of postnatal depression and personality dysfunction. *Br J Psychiatry*. 2016;208(1):49-55.
15. McCloskey RJ, Pei F. The role of parenting stress in mediating the relationship between neighborhood social cohesion and depression and anxiety among mothers of young children in fragile families. *J Community Psychol*. 2019;47(4):869-81.

16. Barnes J, Belsky J, Frost M, Melhuish E. Neighborhood characteristics and mental health: the relevance for mothers of infants in deprived English neighborhoods. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46(12):1243-9.
17. Christie-Mizell C, Carr Steelman L, Stewart J. Seeing their surroundings: the effects of neighborhood setting and race on maternal distress. *Social Science Research*. 2003;32(3):402-28.
18. Mulvaney C, Kendrick D. Depressive symptoms in mothers of pre-school children-- effects of deprivation, social support, stress and neighbourhood social capital. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40(3):202-8.
19. McElroy E, McIntyre JC, Bentall RP, Wilson T, Holt K, Kullu C, et al. Mental health, deprivation, and the neighborhood social environment: A network analysis. *Clinical Psychological Science*. 2019;7(4):719-34.
20. Matheson FI, Moineddin R, Dunn JR, Creatore MI, Gozdyra P, Glazier RH. Urban neighborhoods, chronic stress, gender and depression. *Soc Sci Med*. 2006;63(10):2604-16.
21. Segrin C, Jiao J, Cooper RA. Neighborhood disadvantage and mental health: test of a parallel mediation model through social support and negative emotionality. *Health Commun*. 2021:1-9.
22. Alegria M, Molina KM, Chen CN. Neighborhood characteristics and differential risk for depressive and anxiety disorders across racial/ethnic groups in the United States. *Depress Anxiety*. 2014;31(1):27-37.
23. Albor C, Uphoff EP, Stafford M, Ballas D, Wilkinson RG, Pickett KE. The effects of socioeconomic incongruity in the neighbourhood on social support, self-esteem and mental health in England. *Soc Sci Med*. 2014;111:1-9.
24. Fricke J, Bolster M, Ludwig-Korner C, Kuchinke L, Schlenzog-Schuster F, Vienhues P, et al. Occurrence and determinants of parental psychosocial stress and mental health disorders in parents and their children in early childhood: rationale, objectives, and design of the population-based SKKIPPI cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021;56(6):1103-12.
25. Eckert M, Richter KM, Mattheß J, Koch G, Reinhold T, Vienhues P, et al. Postpartale psychische Erkrankungen: Versorgungslage und Wirksamkeit der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie. Vorstellung des Innovationsfondprojektes SKKIPPI. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2020;63(12):1538-47.
26. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Bauen und Wohnen. Bericht Monitoring Soziale Stadtentwicklung Berlin 2019 2019 [Available from: https://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/basisdaten_stadtentwicklung/monitoring/index.shtml].
27. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Bauen und Wohnen. Lebensweltlich orientierte Räume (LOR) in Berlin: Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Bauen und Wohnen, ; 2023 [05.05.2023]. Available from: <https://www.berlin.de/sen/sbw/stadtdaten/stadtwissen/sozialraumorientierte-planungsgrundlagen/lebensweltlich-orientierte-raeume/>.
28. McCaffrey DF, Griffin BA, Almirall D, Slaughter ME, Ramchand R, Burgette LF. A tutorial on propensity score estimation for multiple treatments using generalized boosted models. *Stat Med*. 2013;32(19):3388-414.
29. R Core Team. R: a language and environment for statistical computing Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2018 [Available from: R Foundation for Statistical Computing.

30. Hajek A, König H-H. Prevalence and correlates of individuals screening positive for depression and anxiety on the PHQ-4 in the German general population: findings from the nationally representative German Socio-Economic Panel (GSOEP). *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(21):7865.
31. Marbin D, Gutwinski S, Schreiter S, Heinz A. Perspectives in poverty and mental health. *Front Public Health*. 2022;10:975482.
32. Holm A. Berlin's gentrification mainstream. In: Bernt MG, B; Holm, A, editor. *The Berlin Reader*. Bielefeld: transcript Verlag; 2013. p. 171-87.
33. Statistisches Bundesamt (Destatis). *Bildungsstand der Bevölkerung - Ergebnisse des Mikrozensus 2018*. 2020.
34. Zayas-Costa M, Cole HVS, Anguelovski I, Connolly JJT, Bartoll X, Triguero-Mas M. Mental health outcomes in Barcelona: the interplay between gentrification and greenspace. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(17).
35. Walsemann KM, Child S, Heck K, Margerison-Zilko C, Braveman P, Marchi K, et al. Are the poverty histories of neighbourhoods associated with psychosocial well-being among a representative sample of California mothers? An observational study. *J Epidemiol Community Health*. 2017;71(6):558-64.
36. Gjerdingen D, Crow S, McGovern P, Miner M, Center B. Postpartum depression screening at well-child visits: validity of a 2-question screen and the PHQ-9. *Ann Fam Med*. 2009;7(1):63-70.
37. Chae SY, Chae MH, Tyndall A, Ramirez MR, Winter RO. Can we effectively use the two-item PHQ-2 to screen for postpartum depression? *Fam Med*. 2012;44(10):698-703.
38. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Lowe B. The Patient Health Questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32(4):345-59.

Figure 1: Map: Distribution of neighbourhood SES (Status Index) in Berlin in 2019 (Source: Senatsverwaltung für Bauen Wohnen und Entwicklung (26), used with permission)

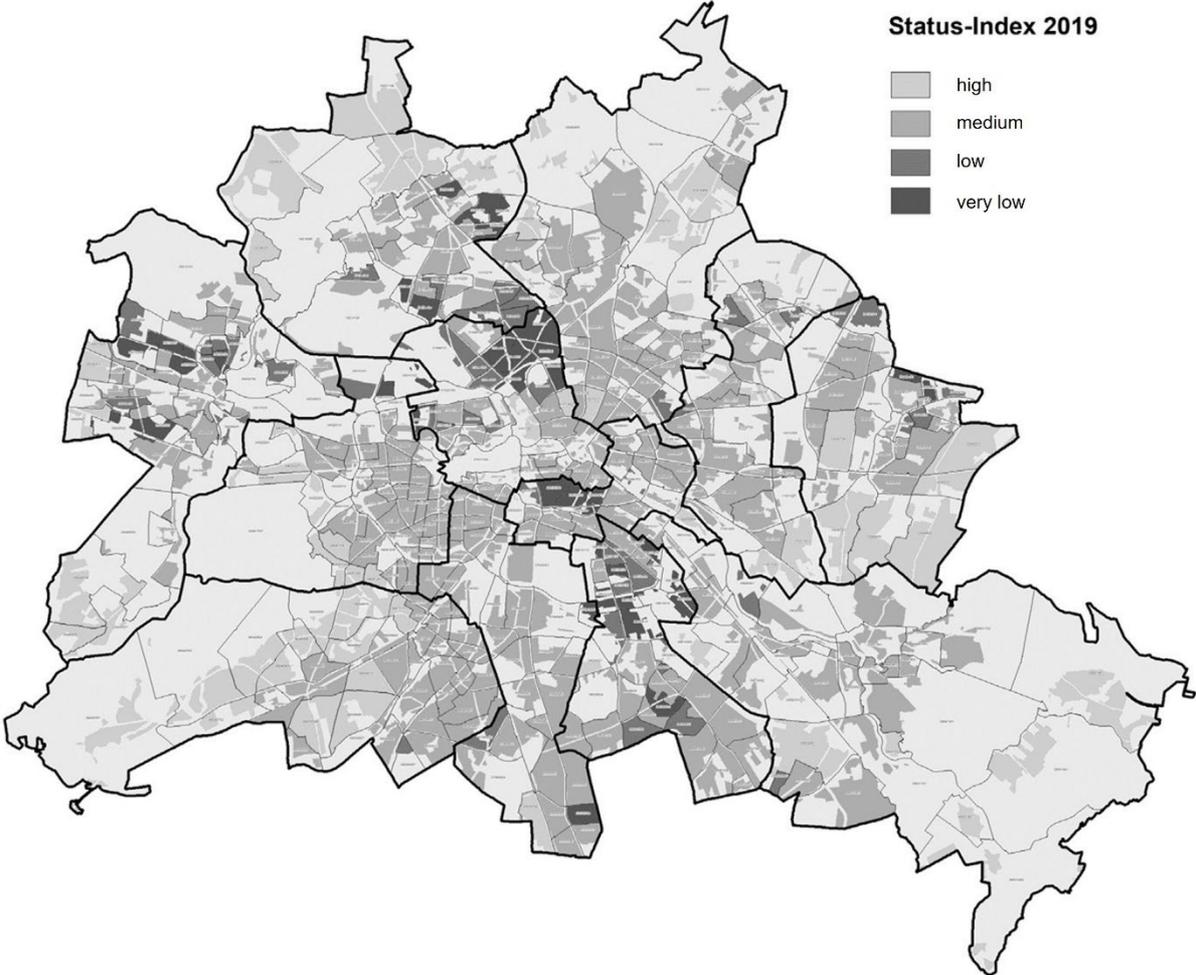


Figure 2: Mental Health outcomes in the study population, by neighbourhood SES

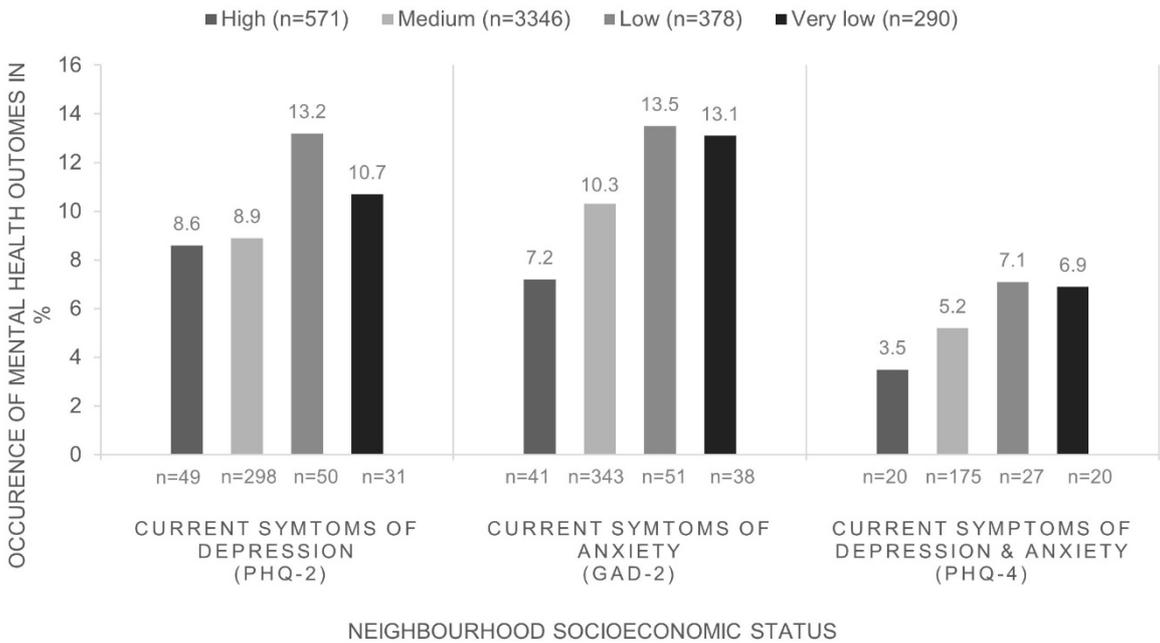


Figure 3: Regression results: Association between Neighbourhood SES & Depression, Anxiety, and both (adjusted and unadjusted odds ratios & 95% confidence intervals, reference group: high neighbourhood SES)

