

Diskussionen, Statistiken und Autorenprofile zu dieser Veröffentlichung finden Sie unter: <https://www.researchgate.net/publication/272504748>

Video-Feedback im Vergleich zur üblichen Behandlung in Familien mit Eltern-Kind-Interaktionsproblemen: eine randomisierte kontrollierte Studie.

Artikel in der Zeitschrift Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health - Februar 2015

DOI: 10.1186/s13034-015-0036-9

ZITATE

36

READS

647

1 Autor:



Magnhild Singstad Høivik

St. Olavs Krankenhaus

7 VERÖFFENTLICHUNGEN 70 ZITATE

PROFIL SEHEN

Einige der Autoren dieser Publikation arbeiten auch an diesen Projekten mit:



Symptome einer mütterlichen Persönlichkeitsstörung in der medizinischen Grundversorgung: Assoziationen mit Mutter-Kind-Interaktionen bei der Nachuntersuchung nach einem Jahr

[Projekt anzeigen](#)

Der Benutzer hat die Erweiterung der heruntergeladenen Datei beantragt.



FORSCHUNG Offener Zugang

Videofeedback im Vergleich zur üblichen Behandlung in Familien mit Problemen in der Eltern-Kind-Interaktion: eine randomisierte kontrollierte Studie

Magnhild Singstad Høivik^{1,2*}, Stian Lydersen¹, May Britt Drugli¹, Ragnhild Onsøien³, Marit Bergum Hansen³ und Turid Suzanne Berg- Nielsen^{1,4}

Abstrakt

Hintergrund: Zum ersten Mal werden unseres Wissens die Kurz- und Langzeiteffekte einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) mit mehreren Standorten zur Intervention mit Videofeedback zur Eltern-Kind-Interaktion (VIPI) in einem natürlichen Umfeld veröffentlicht. Die Intervention richtet sich an Familien mit Kindern, die jünger als 2 Jahre sind und Probleme in der Eltern-Kind-Interaktion haben. Die Ergebnisvariablen waren 1) beobachtete Eltern-Kind-Interaktionen und 2) die von den Eltern berichtete soziale und emotionale Entwicklung des Kindes. Zwischen den Gruppen wurden die moderierenden Effekte der elterlichen Depressionssymptome, Persönlichkeitsmerkmale und demografischen Variablen untersucht.

Methode: Die Studie war als Parallelgruppenstudie angelegt, die konsekutiv randomisiert und einfach verblindet war; die Teilnehmer wurden von Gesundheits- und Sozialarbeitern rekrutiert. Fünfundsechzig Familien erhielten VIPI, 57 Familien erhielten die übliche Behandlung (TAU). Videobänder jeder Eltern-Kind-Interaktion wurden vor der Behandlung, direkt nach der Behandlung und bei einer 6-monatigen Nachuntersuchung aufgenommen und nach der Biringen-Skala für emotionale Verfügbarkeit kodiert. Elterliche Symptome von Depression und Persönlichkeitsstörungen wurden als mögliche Moderatoren einbezogen.

Ergebnisse: Es konnte ein kurzfristiger Effekt der VIPI-Behandlung auf die Eltern-Kind-Interaktionen nachgewiesen werden, insbesondere bei depressiven Eltern und Eltern mit problematischen Interaktionen - und in gewissem Maße auch bei Eltern mit abhängigen und paranoiden Persönlichkeitsmerkmalen. Ein langfristiger positiver Effekt von VIPI im Vergleich zu TAU auf die sozial-emotionale Entwicklung des Kindes war ebenfalls offensichtlich. In einer sekundären Analyse hatte VIPI im Vergleich zu TAU einen direkten positiven Effekt auf die depressiven Symptome der Eltern.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse der Studie unterstützen den Einsatz von VIPI als Intervention in Familien mit Interaktionsproblemen.

Registrierung der Studie: Aktuelle kontrollierte Studien ISRCTN99793905.

Schlüsselwörter: RCT, Intervention, Video-Feedback, Elternteil, Kind

Hintergrund

Auf der Grundlage der überwältigenden Beweise dafür, dass die Eltern-Kind-Beziehung für die Gesundheit und die Entwicklung des Kindes von grundlegender Bedeutung ist, sind eine Reihe von Präventions- und Behandlungsstrategien entstanden, die auf frühe dyadische Schwierigkeiten abzielen. In der therapeutischen Arbeit mit Eltern und ihren Kleinkindern dominieren drei theoretische Richtungen: die repräsentative

[1-7], der interaktionellen/verhaltensorientierten [8-11] und Methoden, die beide theoretischen Sichtweisen integrieren [12-14]. Bei allen theoretischen Ansätzen wurde der Einsatz von Video eingesetzt, allerdings häufiger bei Interventionen mit verhaltenstherapeutischer Sichtweise. Videofeedback wurde auch in umfassendere, intensive Familienbehandlungsprogramme [13,15-17] und in enger gefasste, häusliche Behandlungsprogramme einbezogen.

Interventionen [18,19].

²St. Olavs Hospital, Universitätsklinik Trondheim, Abteilung für Psychiatrie, Trondheim, Norwegen

Eine vollständige Liste der Autoren finden Sie am Ende des Artikels

* Korrespondenz: Magnhild.s.hoivik@ntnu.no

¹Regionales Zentrum für psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und Kinderfürsorge - Mittelnorwegen, Medizinische Fakultät, Norwegische Universität für Wissenschaft und Technologie, N-7491 Trondheim, Norwegen

Diese Studie konzentriert sich auf eine von Maria Aarts entwickelte Video-Feedback-Elternintervention: die Marte-Meo-Methode [20]. Es handelt sich um eine

häusliche Intervention, die zwischen den interaktionellen/verhaltensorientierten Ansätzen und den repräsentativen Ansätzen angesiedelt ist.



© 2015 Høivik et al.; Lizenznehmer BioMed Central. Dies ist ein Open-Access-Artikel, der unter den Bedingungen der Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>) verbreitet wird, die die uneingeschränkte Nutzung, Verbreitung und Vervielfältigung in jedem Medium erlaubt, vorausgesetzt, das Originalwerk wird ordnungsgemäß genannt. Die Creative Commons Public Domain Dedication-Verzichtserklärung (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) gilt für die in diesem Artikel zur Verfügung gestellten Daten, sofern nicht anders angegeben.

seit den 1980er Jahren von mehr als 10.000 Therapeuten weltweit in der Arbeit mit problembelasteten Familien eingesetzt [21]. Es gibt jedoch keine Belege aus randomisierten kontrollierten Studien (RCT) zu dieser häufig verwendeten Methode. In der aktuellen Studie wird versucht, diese Wissenslücke zu schließen, indem die Wirkung einer manuellen Intervention gemessen wird, die auf Elementen von Marte Meo basiert: das Video-Feedback der Eltern-Kind-Interaktion (VIPI) [22].

Bisherige Forschung zu Video-Feedback-Interventionen

Der Einsatz von Videofeedback wurde erstmals in den Niederlanden in der Arbeit mit Familien eingeführt [19,23], um Eltern zu helfen, sich selbst von "außen" zu betrachten [24-26]. Später wurde das Video-Feedback neben der Konzentration auf elterliche Fähigkeiten und Verhaltensweisen auch in umfassenderen psychotherapeutischen Maßnahmen eingesetzt, um die elterlichen Mentalisierungsfähigkeiten zu verbessern [7,27,28]. Es hat sich gezeigt, dass die Hinzufügung von Videos zu konventionellen Behandlungsprogrammen die Wirkung der Behandlung auf die elterliche Sensibilität erhöht [29]. Es gibt gegensätzliche Meinungen darüber, ob den Eltern eine breit angelegte Behandlung [30] oder eine Behandlung, die nur auf die Sensibilität abzielt, angeboten werden sollte, wobei "weniger ist mehr" [29] gilt. Bei Repräsentationstherapien zielt der therapeutische Austausch auf die elterlichen Repräsentationen von engen Beziehungen ab, die angesichts der Behandlung vorherrschen, sowohl in Bezug auf den Therapeuten als auch in den Interaktionen der Eltern mit dem Kind. Wenn eine Videokamera in das therapeutische Setting eingeführt wird, bietet die Videowiedergabe eine distanziertere Perspektive der Eltern-Kind-Beziehung. In einem mit dem Therapeuten gebildeten Triangulationsraum haben die Eltern die Möglichkeit, sich selbst zu beobachten und das Kind als Kind zu sehen.

ein eigenständiges menschliches Wesen mit eigenem Willen [7,31].

Bei den interaktionellen/verhaltenstherapeutischen Ansätzen wird davon ausgegangen, dass Verhaltenstransaktionen die Hauptquelle für Veränderungen in der Eltern-Kind-Beziehung auf einer impliziten, unbewussten Ebene sind, d. h. die Erfahrung des Kindes, mit den Eltern zusammen zu sein, wird durch veränderte elterliche Verhaltensweisen modifiziert [8]. Bei diesen Methoden sind die Hauptkomponenten die nicht-autoritäre Haltung des Therapeuten und die von den Eltern gewählten therapeutischen Ziele, die bei der positiven Verstärkung der vorhandenen Kompetenzen unterstützt werden. Die niederländischen Video-Feedback-Interventionsprogramme zur Förderung positiver Elternschaft (VIPP) [14] sind entweder verhaltensorientiert (VIPP)/VIPP-sensitive Disziplin) oder verwenden einen kombinierten verhaltensorientierten/repräsentativen Ansatz (VIPP mit repräsentativem Schwerpunkt). Das Ulmer Modell [32], die interaktive Anleitung (IG) [33], die

interaktive Videoanleitung (VIG) [34] und das Video-Home-Training (VHT) [35] sind dagegen hauptsächlich verhaltensorientiert.

Obwohl es mehr Studien zu den Auswirkungen verhaltensorientierter Interventionen gibt als zu denen von Repräsentationstherapien [36], haben beide Methoden die gleichen Auswirkungen auf das elterliche Verhalten, die Einstellungen und das Selbstwertgefühl sowie auf die Schlafgewohnheiten der Kinder [5, 27, 36]. Video

Hoivik et al. *Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychische Gesundheit* (2015) Interventionstherapie (VIT) [37] und die "watch, wait and wonder"-Methode (WWW) [27,38] extrahieren nützliche Elemente sowohl aus gegenständlicher als auch aus verhaltensbezogener Sicht. Das Gleiche gilt für die Therapie mit klinisch unterstützten Video-Feedback-Expositionssitzungen (CAVES), die entwickelt wurde, um die Beziehung zwischen traumatisierten Müttern und ihren Babys zu verändern [28].

Zwei Meta-Analysen von Eltern-Kind-Interaktionen ergaben, dass eine kurzfristige, auf die elterliche Sensibilität ausgerichtete Behandlung am wirksamsten war [36,39]. Da die meta-analytischen Ergebnisse jedoch auf Auswertungen nach der Behandlung ohne eine Follow-up-Messung basierten, bleibt die Wirkung über einen längeren Zeitraum ungewiss [29, 36].

Was die Ergebnisse bei Kindern betrifft, so wurden in einer Metaanalyse geringe bis mittlere Auswirkungen auf das kindliche Verhalten festgestellt [36]. Andere Studien haben langfristige positive Auswirkungen auf die Flexibilität von Kindern und eine optimale Ich-Kontrolle bei adoptierten Mädchen sowie eine Verringerung der internalisierenden Probleme sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen festgestellt [14,40].

Seit der Veröffentlichung der letzten Meta-Analyse im Jahr 2008 [36] haben die Ergebnisse neuer RCT-Studien die bestehenden Belege für die Wirksamkeit von Video-Feedback im Vergleich zu Kontrollen bei der Verbesserung der elterlichen Sensibilität [41,42], des umfassenderen Konzepts der Eltern-Kind-Interaktion [43] oder der externalisierenden und internalisierenden Probleme von Kindern in misshandelnden Familien [41] unterstützt.

Unseres Wissens gibt es nur sieben Studien, von denen vier ein RCT-Design haben [5,44-46], die die langfristigen Auswirkungen von Videofeedback auf die elterliche Sensibilität und die Entwicklung des Kindes bei Neugeborenen untersucht haben [5,32,40,44-47]. Von diesen Studien fanden nur zwei tatsächlich Auswirkungen auf die mütterliche Sensibilität bei Müttern sechs Monate oder mehr nach der Intervention [5,46]. Es sind jedoch weitere Studien erforderlich, um Erkenntnisse über die langfristigen Auswirkungen von Videofeedback-Interventionen auf die Eltern-Kind-Interaktionen und die Entwicklung des Kindes zu gewinnen [48]. In Übereinstimmung damit werden in dieser Studie nicht nur die kurzfristigen Auswirkungen von VIPI auf die Eltern-Kind-Interaktionen untersucht, sondern auch die Langzeiteffekte (bei einer Nachuntersuchung nach 6 Monaten). Die Interaktion wird mit Hilfe der Biringer Skala für emotionale Verfügbarkeit [49] gemessen. Emotionale Verfügbarkeit bezieht sich auf die affektive Einstellung der Betreuungspersonen auf die Bedürfnisse und Ziele ihrer Kinder und umfasst die Akzeptanz eines breiten Spektrums von Emotionen sowie die emotionale und verhaltensmäßige Reaktion der Kinder auf ihre Eltern [50]. Biringer verwendet den Begriff der Sensibilität, um eine Reihe von elterlichen Qualitäten zu bezeichnen, die Erwachsene warmherzig und emotional mit ihren Kindern verbunden halten, darunter Reaktionsfähigkeit, eine genaue Wahrnehmung der Kommunikation der Kinder und die Fähigkeit, Konflikte

reibungslos zu lösen. Die Angemessenheit und Authentizität des Affekts der Erwachsenen wird jedoch als die wichtigste elterliche Eigenschaft angesehen.

Marte Meo Anleitung

In Norwegen und anderen Teilen Skandinaviens ist Marte Meo die am weitesten verbreitete Erziehungsmaßnahme für Risikofamilien in den ersten Jahren nach der Geburt eines Kindes. In Norwegen wurde die Methode vor allem zur Behandlung von Eltern-Kind-Interaktionsproblemen in kommunalen Gesundheits- und Sozialdiensten, in Kindergärten, in der Arbeit mit Adoptiveltern und in kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen eingesetzt [20, 51]. Es gibt drei qualitative Studien über die positive Wirkung der Marte Meo-Intervention auf die mütterliche Sensibilität gegenüber Säuglingen und auf die Verringerung der mütterlichen Symptome von Depressionen [52-54]. Ebenso hat sich Marte Meo als hilfreiches Mittel zur Unterstützung von Adoptiveltern erwiesen [55] und zeigte eine vielversprechende Wirkung in einer systematischen, schulbasierten Intervention bei etwas älteren Kindern mit externalisierenden Verhaltensweisen [56]. Eine positive Wirkung einer mit Marte Meo verwandten Methode, dem Orion-Projekt (Video Home Training), wurde ebenfalls veröffentlicht [19]. Maria Aarts und Harry Bieman entwickelten dieses Hausbesuchsmodell für die Arbeit mit Familien mit Interaktionsproblemen [20]. Später entwickelte Aarts den Marte Meo-Ansatz in Übereinstimmung mit der aufkommenden "Empowerment-Tradition" innerhalb der Sozialarbeit weiter [57], um die Selbstwirksamkeit der Klienten im Umgang mit ihrer Elternrolle zu stärken. Die Marte Meo-Intervention umfasst Videoaufzeichnungen von Eltern-Kind-Interaktionen während alltäglicher Aktivitäten. Es wird jeweils nur ein Element ihrer Interaktionsfähigkeiten fokussiert, was den Eltern die Möglichkeit gibt, "Schritt für Schritt" voranzukommen.

Moderatoren der Wirkung

Unter den elterlichen Faktoren, die möglicherweise die Behandlung beeinflussen könnten, sollte die Depression berücksichtigt werden, da sie die psychiatrische Erkrankung ist, die am häufigsten im ersten Jahr nach der Geburt auftritt und bekanntermaßen sowohl die Eltern-Kind-Interaktionen als auch die Ergebnisse des Kindes negativ beeinflusst [58,59]. Die Prävalenz der postnatalen Depression liegt international zwischen 8 % und 15 % [60-62] und in Norwegen zwischen 8,9 % und 16,5 % [63-66]. Videofeedback wurde in Behandlungsprogrammen für postnatale depressive Mütter und ihre Säuglinge eingesetzt [67]. Bislang wurde jedoch keine Veränderung der mütterlichen depressiven Symptome durch die Behandlung mit Videofeedback festgestellt [42,46]. Weniger Informationen gibt es über elterliche Persönlichkeitsstörungen und deren Einfluss auf Interaktionsprobleme [68-72]. Inwieweit elterliche Persönlichkeitsstörungen die Behandlungseffekte von Videofeedback moderieren können, ist unseres Wissens noch nicht erforscht. Wenn diese Störungen nicht schwerwiegend sind, werden sie oft nicht angesprochen und könnten daher in der Gemeinschaft

unterdiagnostiziert werden. Daher wurden in dieser Studie Selbstauskünfte über die Symptome von Depressionen und Persönlichkeitsstörungen als mögliche Moderatoren einbezogen.

Zwei Kinderfaktoren - das Alter und das Geschlecht des Kindes - wurden als mögliche Moderatoren in die aktuelle Untersuchung einbezogen

Hoivik et al. *Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychische Gesundheit* (2015) 9:3 sie den Behandlungseffekt bei anderen Videointerventionen nachweislich abschwächen, wobei in Familien mit Mädchen und älteren Kindern positivere Effekte beobachtet wurden [29,40,41].

Armut, erstmalige oder alleinerziehende Elternschaft, junges Alter der Eltern, Ehekonflikte und mangelnde soziale Unterstützung werden als relevante Faktoren im ökologischen Milieu angesehen, die die Entwicklung eines Kindes beeinflussen [30,73]. Daher sind die moderierenden Effekte dieser Faktoren auf die Interventionsbemühungen ebenfalls von Interesse und werden in dieser Untersuchung untersucht.

Die aktuelle Untersuchung

Bevor die Teilnehmer in die Studie aufgenommen wurden, wurde das VIPI-Manual entwickelt, um den Anforderungen einer standardisierten Intervention gerecht zu werden. Das Manual wurde für Kinder im Alter von bis zu 24 Monaten entwickelt; dementsprechend wurde auch die Stichprobe rekrutiert. Das Manual nutzt die Kernelemente der Maria-Aarts-Methode und bietet einen strukturellen Rahmen für die bestehende Marte-Meo-Videointerventionspraxis, mit einigen prinzipiellen Unterschieden. Die einzigen abweichenden Punkte sind die verbindliche Reihenfolge der thematischen Sequenzen während der Intervention, die begrenzte (sechs bis acht) Anzahl der Sitzungen und die obligatorischen schriftlichen Hausaufgaben zwischen den Sitzungen (die in der ursprünglichen Praxis fakultativ waren).

Ziele

Wichtigste Hypothesen

Diese RCT untersuchte in einer heterogenen Stichprobe von Familien mit Interaktionsproblemen, ob VIPI wirksamer ist als die Standardbehandlung (TAU) in der Gemeinde.

Unsere erste Hypothese war, dass Eltern, die VIPI erhalten, mehr von der Intervention profitieren würden als Eltern, die TAU erhalten. Die hypothetischen Effekte waren: (a) erhöhte emotionale Verfügbarkeit zwischen Eltern und Kind und (b) positive soziale und emotionale Entwicklung des Kindes im Vergleich zur TAU-Gruppe. Wir erwarteten auch, dass die Unterschiede in den Behandlungseffekten bei der sechsmonatigen Nachuntersuchung bestehen bleiben würden.

Hypothesen zur Mäßigung

Zweitens untersuchten wir, ob die depressiven Symptome der Eltern unsere Behandlungseffekte beeinflussen würden. Unsere Hypothese war, dass depressive Symptome den Effekt auf die emotionale Verfügbarkeit von Eltern und Kindern nicht moderieren würden.

Außerdem untersuchten wir den Einfluss von Persönlichkeitsmerkmalen auf die Wirkung der VIPI-Intervention auf die emotionale Verfügbarkeit von Eltern und Kindern. Unsere Hypothese war, dass elterliche Persönlichkeitsmerkmale den Behandlungseffekt negativ beeinträchtigen würden.

Schließlich wurden die moderierenden Effekte verschiedener Hintergrundvariablen auf den Behandlungseffekt untersucht. Wir stellten die

Hypothese auf, dass Hintergrundvariablen, wie z.B. Bildung, Familienzugehörigkeit

Der sozioökonomische Status, die erfahrene Unterstützung durch ein Netzwerk und anhaltende Konflikte würden die Wirkung von VIPI auf die emotionale Verfügbarkeit beeinflussen, wobei positive Effekte in Familien mit hohem sozioökonomischem Status, hohem Maß an erfahrener Unterstützung und geringem Konfliktniveau auftreten würden. In Bezug auf das Alter der Eltern und die Parität des betreuenden Kindes wurde angenommen, dass jüngere Mütter, die zum ersten Mal ein Kind betreuen, eine stärkere Wirkung der VIPI-Behandlung zeigen würden. Auch das Alter und das Geschlecht des Kindes sollten eine Rolle spielen; wir gingen davon aus, dass ältere Kinder und Mädchen bessere Ergebnisse durch die VIPI-Behandlung erzielten.

Methoden

Es handelte sich um eine naturalistische Längsschnittstudie an mehreren Standorten in städtischen und ländlichen Gebieten Norwegens. Es handelte sich um eine Parallelgruppenstudie, die nacheinander randomisiert und einfach verblindet durchgeführt wurde.

Stichprobe der Studie

Von März 2008 bis September 2012 wurden 158 Familien von primären Gesundheits- und Sozialarbeitern in den Städten Trondheim und Oslo sowie in sechs ländlichen Gemeinden im östlichen Teil Norwegens zur Teilnahme an der Studie eingeladen (Tabelle 1, Abbildung 1). Einschlusskriterien waren Eltern-Kind-Interaktionsprobleme und Kinder im Alter von 0 bis 24 Monaten zum Zeitpunkt des Einschlusses. Die Interaktionsprobleme wurden weitgehend entweder von den Eltern selbst oder von den rekrutierenden Gesundheits- oder Sozialarbeitern definiert. Da an dieser naturalistischen Studie zahlreiche Rekrutierer aus verschiedenen kommunalen Einrichtungen teilnahmen, war es schwierig abzuschätzen, wie repräsentativ unsere Stichprobe im Vergleich zu allen Familien mit Interaktionsproblemen war oder wie häufig Interaktionsprobleme in der Population, aus der wir rekrutierten, auftraten. Eltern mit einer laufenden Psychose, Entwicklungsstörungen oder Drogenmissbrauch sowie Eltern, die die Fragebögen nicht ausreichend ausfüllen konnten, wurden ausgeschlossen. Für die Studie gab es keine Ausschlusskriterien für Kinder, da die an der Studie beteiligten Fachleute der Ansicht waren, dass ein Video-Feedback der Elternschaft unabhängig von den Merkmalen des Kindes nützlich sein könnte. Nur zwei Väter nahmen an der Studie teil. In 23 Familien nahmen beide Elternteile an der Intervention teil; allerdings wurde nur ein Elternteil in die Studie einbezogen. In den meisten Familien entschieden sich die Mütter für die Teilnahme. Vierundsechzig Prozent der Mütter (im Vergleich zu 10,3 % der Väter) befanden sich zum Zeitpunkt der Einbeziehung in Elternzeit; die Mütter entschieden sich also hauptsächlich aus praktischen Gründen für die Teilnahme.

Bei den 152 Familien, die vor der Behandlung untersucht wurden, berichteten die Eltern in 50,9 % der Fälle über Probleme; bei den übrigen Familien wurde die Teilnahme an der Studie von einem Gesundheits- oder Sozialarbeiter empfohlen (49,1 %). Die Gesundheits- und Sozialarbeiter, die die Familien für die Studie rekrutierten, berichteten von depressiven Symptomen der Mutter (60-70 %), Sorgen über die Entwicklung des Kindes (etwa 10 %), unsensiblen Erziehungsstil (etwa 10 %) und dem Interesse, mehr über Erziehung zu lernen (10-20 %), als

Die teilnehmenden Eltern gaben jedoch unterschiedliche Gründe für die Teilnahme an: Regulierungsprobleme (32,6 %), Probleme in der Eltern-Kind-Interaktion (14,5 %), Interesse (10,8 %), psychische Störungen der Eltern (3,6 %), Entwicklungsverzögerungen (3,2 %), Sorgen um die soziale Entwicklung (2,4 %) und der Bedarf an Unterstützung (2,2 %) wurden als Hauptgründe für die Teilnahme an der Studie angegeben. Bei 30,7 % der Teilnehmer wurden die Gründe nicht angegeben, vielleicht weil diese Familien von Gesundheits- oder Sozialarbeitern zur Teilnahme empfohlen wurden. Fünf Familien hatten Kontakt zu einem Kinderhilfsdienst, eine Familie erhielt wirtschaftliche Unterstützung und vier Familien erhielten "sonstige Unterstützung".

Verfahren

Drei geschulte Forschungsassistenten mit Bachelor-Abschlüssen in Vorschulerziehung, Krankenpflege oder Sozialarbeit besuchten die Familien in ihren Wohnungen. Während des Besuchs füllten die Eltern die Fragebögen aus und wurden 30 Minuten lang bei der Interaktion mit ihren Kindern in einer natürlichen Alltagssituation wie Füttern, Spielen oder Windelwechseln gefilmt. Diese Videobänder wurden später anhand eines standardisierten Beobachtungsmaßes ausgewertet, das unser Hauptergebnis war. Die Auswertungen mit diesem Beobachtungsmaß wurden für alle eingeschlossenen Familien vor der Behandlung (Baseline) (T1), nach der Behandlung (2-3 Monate nach der Baseline) (T2) und 6 Monate nach Ende der Behandlung (T3) durchgeführt. Der Studienzeitraum dauerte zwischen 9 und 13 Monaten (Mittelwert 11,5 Monate). Nach der T1-Evaluierung wurden die Familien nacheinander entweder einer Behandlungsgruppe (VIPI) oder einer Kontrollgruppe (TAU) zugewiesen, und zwar in einem Verhältnis von 1-2-1-2 in jedem Stadtbezirk bzw. jeder ländlichen Gemeinde durch einen klinischen Psychologen, der auch als Koordinator für die Fachleute in den Gemeinden fungierte, die die Teilnehmer in die Studie aufnahmen.

Alle Forschungsassistenten waren hinsichtlich des Randomisierungsstatus der Familien in der Arbeit durch Auswertung und Datenverarbeitung verblindet. Insgesamt wurden 152 Videobänder der Eltern-Kind-Interaktionen bei T1, 125 bei T2 und 112 bei T3 kodiert und in die Analyse einbezogen. Vier Bänder fehlten, und zwei Bänder waren beschädigt und konnten nicht kodiert werden.

Zu allen drei Zeitpunkten wurden Selbstauskunftsfragebögen ausgefüllt, die sich mit den depressiven Symptomen der Eltern und der Einschätzung der sozialen und emotionalen Entwicklung ihrer Kinder befassten, während zu T1 Informationen über Merkmale der Persönlichkeitsstörung erhoben wurden (Tabelle 2).

Von den acht VIPI-Therapeuten hatte einer die High School abgeschlossen und sieben hatten einen Bachelor-Abschluss in Sozialarbeit (zwei), Krankenpflege (zwei), Physiotherapie, Vorschulerziehung oder Kinderfürsorgeerziehung. Alle waren zertifizierte und erfahrene Marte Meo-Therapeuten. Bevor die Familien für die Studie rekrutiert wurden, wurden die

Therapeuten in drei 2-tägigen Schulungen und 20
Anwendung des VIPI-Manuals geschult.

Tabelle 1 Merkmale der Stichprobe

Charakteristisch	n oder Mittelwert (sd)	%
Merkmale des Kindes		
Kind lebt mit	140	
Leben mit beiden Biologischen Eltern		82.9
Leben mit Mutter und Stiefvater		0.7
Abwechselnd bei Mutter und Vater leben		0.7
Alter bei Aufnahme (Monate)	141 7,3 (5,1)	
Geschlecht des Kindes	141	
Junge		49.0
Mädchen		51.0
Mitbewohnende Geschwister	137	
Erstgeborenes Kind		72.0
Ältere Geschwister		28.0
Elterliche Merkmale		
Geschlecht des teilnehmenden Elternteils	157	
Mütter		98.7
Väter		1.3
Alter der Mütter bei der Aufnahme	140 29.7 (5.6)	
Ethnische Herkunft der Mütter	96	
Norwegisch		82.6
Andere europäische		6.5
Afrika		3.3
Asiatisch		5.4
Südamerikanisch		2.2
Bildungsstand der Mütter bei der Aufnahme	140	
Junior High School		5.7
Oberstufe des Gymnasiums		12.1
Berufliche Bildung (1-2 Jahre)		19.3
Bachelor-Abschluss		25.0
Master-Abschluss oder höher		37.9
Fortbildung, Mütter	130	
Ja		18.7
Nein		81.3
Alter der Väter bei der Aufnahme	134 32.8 (7.0)	
Ethnische Herkunft der Väter	93	
Norwegisch		89.8
Sonstige Europäer		6.8
Afrika		2.3
Nordamerikanisch		1.1
Bildungsstand der Väter bei der Aufnahme	135	
Mittelschule		5.3
Höhere Schule		17.3
Berufliche Bildung (1-2 Jahre)		19.5

Tabelle 1 Merkmale der Stichprobe (Forts.)

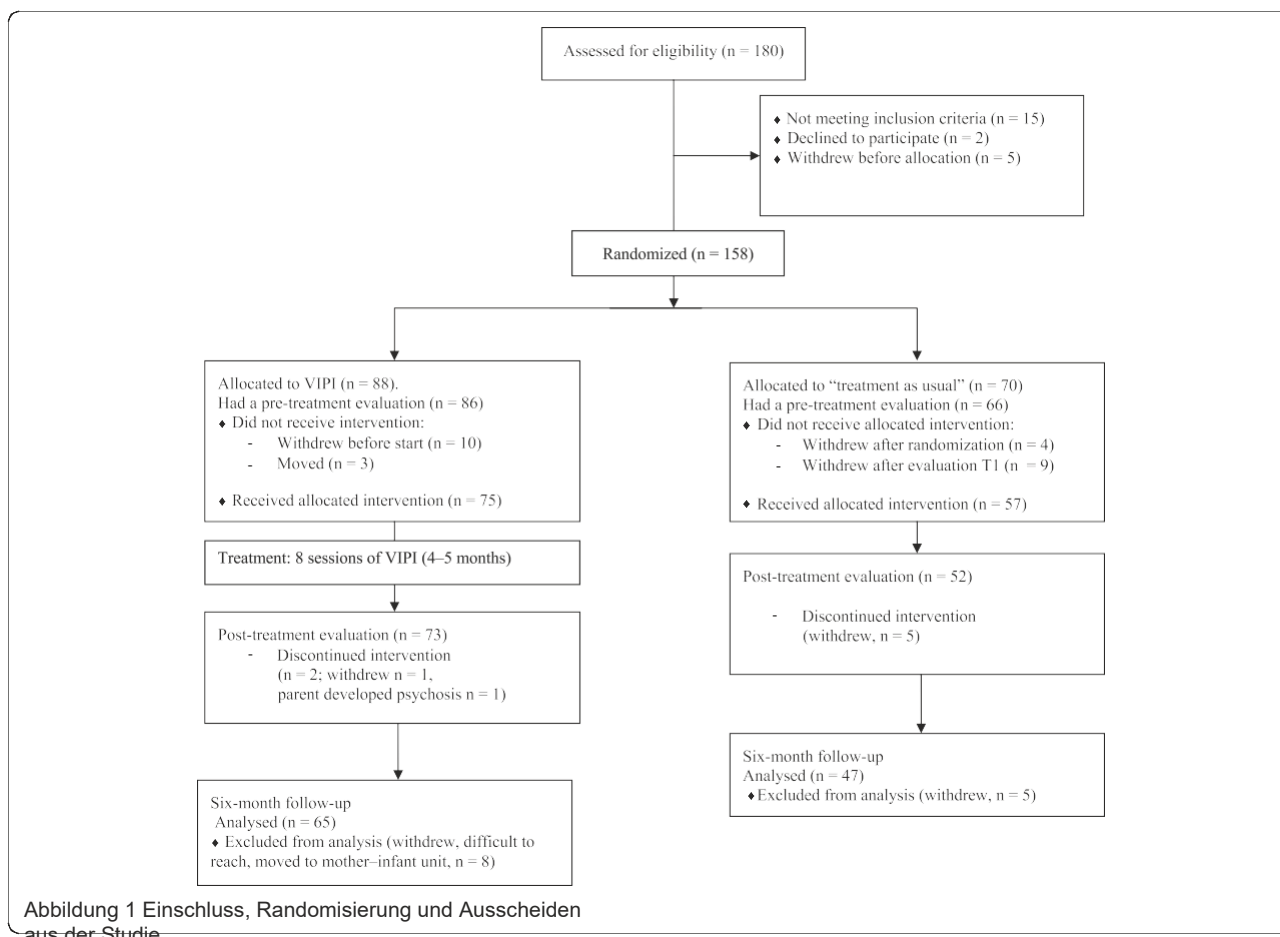
Bachelor-Abschluss		30.8
Master-Abschluss oder höher		27.1
Fortlaufende Bildung, Väter	132	
Ja		13.3
Nein		86.7
Frühere/fortbestehende psychiatrische Erkrankung	143	
Mütter		17.5
Väter		5.6
Anderer Partner		0.7
Familieneinkommen, nach Steuern (in 1000 Nkr)	135 33,9 (17,5)	
Erfahrene Unterstützung	140	
Zufrieden (sehr/wenig)		90.0-99.3
Unzufrieden (sehr/wenig)		0.7-10.0
Konflikte in engen Beziehungen (Partner, Familie, Freunde, Kollegen)	127	
Nie/kaum jemals		62.6-87.1
Manchmal		4.4-29.4
Oft/sehr oft		4.0-11.4

Sitzungen und wurden bei einer oder mehreren Familien von einem zugelassenen Supervisor betreut. Während dieser Supervision wurden sowohl die Interaktionen der Eltern mit ihren Kindern als auch die Rückmeldungen der Therapeuten an die Eltern (beides auf Videobändern aufgezeichnet) besprochen.

Um sicherzustellen, dass sich die Therapeuten an das VIPI-Manual hielten, wurden die Videoaufzeichnungen der Rückmeldungen der Therapeuten an die Eltern während der Interventionen mit ihren vierten VIPI-Familien von einem erfahrenen, lizenzierten Supervisor überprüft. Die Familien in der VIPI-Gruppe erhielten acht Video-Feedback-Sitzungen, wobei die letzten beiden Sitzungen auf die individuellen Bedürfnisse der Familie in Bezug auf eines der sechs Themen des Manuals zugeschnitten waren. Wenn beide Elternteile an der Intervention teilnahmen, wurden getrennte Videobänder aufbewahrt und jedem Elternteil wurde ein individuelles Feedback gegeben. Natürlich stand es den VIPI-Eltern auch frei, andere Gesundheitsfachkräfte für die Routineversorgung aufzusuchen. Die TAU-Eltern erhielten lediglich eine Routineversorgung in den Gesundheitszentren, konnten sich aber auch an andere Einrichtungen wenden. Vor der Studie wurden die TAU-Eltern jedoch deutlich darauf hingewiesen, dass sie den TAU-Familien kein videobasiertes Feedback geben durften, und sie wurden während der Studie daran erinnert. Die VIPI-Intervenienten wurden auch daran erinnert, keine Informationen über die Intervention an die TAU-Intervenienten "durchsickern" zu lassen.

Die Krankenschwestern der Well-Baby-Einheit besuchten alle Familien in beiden Gruppen 4 und 6 Wochen nach der Entbindung und dann nach 3, 6, 8, 10,

#2jv15t18 Kind-24-Monates, Die Familiäre Gesundheit
(2016) 9:3
auch mit einem Arzt der Well-Baby-Einheit, als ihre
Kinder 6 Wochen, 6, 12 und 24 Monate alt waren.
Von den VIPI-Eltern hatten 40,5 % Besuche bei ihrem



Krankenschwestern des Gesundheitszentrums (mittlere Häufigkeit 4,27). Die Familien erhielten auch Hilfe von: Psychologen (13,3 %; mittlere Häufigkeit 2,42), Ärzten (20,0 %; mittlere Häufigkeit 1,78), Allgemeinmediziner (30,8 %; mittlere Häufigkeit 1,07), Fachärzten in somatischen Krankenhäusern (2,5 %; mittlere Häufigkeit 0,09) und "anderen" (1,8 %; mittlere Häufigkeit 0,08). Von den TAU-Eltern wurden 36,7 % von ihren Krankenschwestern und -pflegern in den Säuglingsstationen (mittlere Häufigkeit 3,59), anderen medizinischen Fachkräften wie Psychologen (5,9 %; mittlere Häufigkeit 0,12), Ärzten (11,4 %; mittlere Häufigkeit 0,92), Fachärzten in somatischen Krankenhäusern (1,8 %; mittlere Häufigkeit 0,15), Allgemeinmediziner (23,5 %; mittlere Häufigkeit 0,75) oder "anderen" (3,0 %; mittlere Häufigkeit 0,50) betreut.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Studie wurden sozioökonomische und demografische Daten erhoben (Tabelle 1).

Das VIPI-Handbuch

Das norwegische VIPI-Handbuch wurde von drei erfahrenen Marte Meo-Supervisoren entwickelt [22]. Das Handbuch beschreibt eine Anleitung durch mehrere Schritte oder Stufen für Familien mit Kindern unter 2 Jahren.

Die Methode zielt insbesondere auf die elterliche Sensibilität und Strukturierung in Bezug auf die Anliegen der

Es sind mindestens sechs Beratungsgespräche vorgesehen, wobei bei Bedarf zusätzliche Sitzungen zu den einzelnen Themen angeboten werden können. Sowohl die Videoaufzeichnung als auch das Feedback finden in den Familien zu Hause statt. Es werden wöchentliche Interventionen empfohlen, wobei die maximale Interventionsdauer 3 Monate beträgt. Vor jeder Sitzung wählt der Therapeut sorgfältig 5-6 Minuten Videomaterial von Interaktionen zwischen der Betreuungsperson und ihrem Kind aus, um eines der thematischen Elemente aus dem Handbuch zu beleuchten. Die Videoclips werden dann in den Feedback-Sitzungen mit den Eltern verwendet. So werden beispielsweise in der ersten Sitzung aus zwei Videobändern, die in strukturierten und unstrukturierten Kontexten (z. B. beim Füttern und Spielen) aufgenommen wurden, repräsentative Szenen der Kontaktinitiativen des Kindes mit der Betreuungsperson ausgewählt. Die gute elterliche Praxis wird durch einen reflektierenden Dialog zwischen Eltern und Therapeuten unterstützt. Einige der Sitzungen können wiederholt werden; die Geschwindigkeit des Fortschritts hängt davon ab, wie die Eltern auf die Intervention reagieren. Die Familien erhalten zwischen den Sitzungen Hausaufgaben, die sich auf die neu behandelten Themen beziehen; zum Beispiel werden die Eltern gebeten, Momente zu registrieren, in denen sie in ihren Interaktionen mit ihren Säuglingen einen Dialog führen und sich abwechseln.

Tabelle 2 Deskriptive Statistiken für EAS, BDI, DIP-Q und ASQ:SE

	VIPI			TAU		
	n	mittlere	sd	n	mittlere	sd
EAS-Punktzahl T1	86	137.10	28.75	66	139.19	27.73
EAS-Punktzahl T2	73	151.90	19.60	52	145.84	29.23
EAS-Punktzahl T3	63	153.40	22.33	47	156.15	19.25
BDI-Wert T1	67	11.37	8.83	51	12.84	8.45
BDI-Wert T2	63	9.17	7.42	42	9.55	7.50
BDI-Wert T3	45	8.20	6.93	31	9.71	7.48
DIP-Q T1						
Cluster A	59	3.46	3.52	44	3.34	3.06
Cluster B	59	5.37	3.50	44	5.59	4.26
Cluster C	55	7.87	7.78	45	8.00	4.29
Paranoid	62	1.31	1.68	47	1.36	1.47
Schizoid	63	0.73	1.02	47	0.72	0.97
Schizotypisch	65	1.29	1.47	45	1.31	1.66
Borderline	61	2.69	2.11	45	2.38	2.30
Histrionisch	61	1.20	1.18	48	1.29	1.27
Narzisstisch	63	0.83	0.93	48	1.04	1.17
Antisoziale	65	0.83	0.76	48	0.81	1.07
Avoidant	61	1.96	2.05	47	2.13	1.87
Abhängig	61	1.76	2.01	50	1.92	1.87
Besessenheit, comp	62	3.83	1.70	47	4.17	1.74
ASQ: SE-Wert T1	35	33.86	23.23	25	26.66	15.73
ASQ: SE-Wert T2	37	26.21	19.61	27	25.74	17.02
ASQ: SE-Wert T3	26	20.44	13.45	27	25.00	16.53

EAS: Skalen für emotionale

Verfügbarkeit. BDI: Beck-

Depressions-Inventar.

DIP-Q: DSM IV und ICD-10 Persönlichkeitsfragebogen.

ASQ:SE: Fragebögen zu Alter und Entwicklungsstand:

Sozial-emotional.

Themen und Probleme ermittelt, an denen gearbeitet werden muss. Angemessene elterliche Anerkennung, Unterstützung und affektive Reaktionen werden in den Mittelpunkt gestellt.

Das VIPI besteht aus sechs aufeinander folgenden Sitzungen, die sich auf diese Elemente konzentrieren:

Initiative der Säuglinge, mit den Betreuungspersonen

Kontakt aufzunehmen und Pausen im dyadischen Austausch zu initiieren

Spricht die Initiativen der Kleinkinder an, mit den Eltern in Kontakt zu treten, und ihr Bedürfnis nach Pausen im dyadischen Austausch. Bei älteren Kindern geht es um die Initiative der Kinder, gemeinsame Aufmerksamkeit mit ihren Bezugspersonen zu erlangen, die auf Objekte gerichtet ist.

Antworten der Betreuungspersonen

Auf der Grundlage der gegenseitigen Beobachtung der Reaktionen der Eltern und des Zeitpunkts ihrer Reaktionen auf die Kontaktinitiativen ihrer Säuglinge/Kinder werden

Das Hauptziel dieser Sitzung besteht darin, die Eltern zu ermutigen, die Initiativen ihrer Kinder zu unterstützen. Nachdem die Eltern die Initiative ihrer Kinder, sie zu kontaktieren, bestätigt haben, werden sie ermutigt, zu warten, bis die Kinder antworten, um eine synchrone Gesprächsführung und einen gegenseitigen Austausch zu gewährleisten.

Namensgebung

Die Eltern werden ermutigt, das Geschehen in den Interaktionen zu artikulieren, indem sie Initiativen, Absichten, Gefühle, Beziehungsaktivitäten, Handlungen und Übergangssituationen benennen.

Schritt-für-Schritt-Anleitung

In dieser Sitzung wird die elterliche Fähigkeit, die Interaktion zu strukturieren, angesprochen. Die Erwachsenen übernehmen in ausgewogener Weise die Führung, um ihren Kindern während und zwischen Aufgaben und Aktivitäten zu helfen.

Lenkung der Aufmerksamkeit auf soziale Interaktion und Erkundung

In der letzten Sitzung ermutigt der Therapeut die Eltern, ihre Kinder bei der Erkundung ihrer Umgebung zu unterstützen und den gemeinsamen Fokus zu erweitern (z.B. die Aufmerksamkeit des Kindes auf andere Personen durch Kommentare, Interpretationen, Lieder oder Geschichten zu lenken).

Instrumente

Emotional Availability Scales (EAS) [49]: ein forschungsbasiertes Verfahren zum Verständnis der Qualität der Kommunikation und der Bindung zwischen Eltern und Kind. Die EAS basieren auf der Bindungstheorie sowie auf der theoretischen Arbeit von Robert Emde [74]. Dabei wird die unterstützende Haltung der Eltern gegenüber den Erkundungen des Kindes in seiner Umgebung beobachtet, während sie gleichzeitig eine physisch sichere Basis" und eine empfängliche Präsenz für die emotionalen Signale des Kindes darstellen, ebenso wie der Beitrag des Kindes zur Beziehung. Die tatsächliche Dyade wird auf Video aufgezeichnet und ausgewertet. Die Methode wurde validiert [75-79] und besteht aus sechs Dimensionen, die die bidirektionale emotionale Verfügbarkeit zwischen dem Kind und dem Erwachsenen bewerten: 1) Sensibilität des Erwachsenen, 2) Strukturierung des Erwachsenen, 3) Nicht-Intrusivität des Erwachsenen, 4) Nicht-Feindseligkeit des Erwachsenen, 5) Reaktionsfähigkeit des Kindes und 6) Einbeziehung des Kindes durch den Erwachsenen. Jedes Thema umfasst sieben Merkmale, die jeweils auf einer 3- oder 7-Punkte-Skala bewertet werden und die genau beobachteten Fähigkeiten von Erwachsenen und Kindern repräsentieren. Die Spanne zwischen Mindest- und Höchstpunktzahl beträgt 42 bis 174 Punkte. Hohe Punktzahlen weisen auf eine gute emotionale Verfügbarkeit in der Dyade hin.

Aufgrund des naturalistischen, nicht stressigen Kontexts wurden 30-minütige Interaktionssequenzen auf

Video aufgenommen. Die Videobänder wurden von zwei Kodierern ausgewertet, die von Zeynep Biringen in der vierten Auflage des EAS geschult und zertifiziert wurden. Der Bildungshintergrund der Bewerter

hatten entweder einen Bachelor-Abschluss in Vorschulerziehung oder eine Spezialisierung in klinischer Psychologie oder Kinder- und Jugend-/Erwachsenenpsychiatrie, und einer der Codierer war ein Doktorand in klinischer Psychologie. Alle Bewerber waren blind für die Randomisierung. Cronbachs Alpha lag zu allen drei Zeitpunkten bei 0,97. Zur Analyse der Inter-Rater-Übereinstimmung wurden Intraklassen-Korrelationen verwendet. Im Modell mit gemischten Effekten ist die um den Zeitpunkt bereinigte Gesamtvarianz die Summe dreier Varianzkomponenten: Varianz zwischen Individuen, Varianz zwischen Beurteilern und Restvarianz. Daraus folgt [80] (S. 437-441), dass die Schätzung der Intra-Klassen-Korrelation zwischen den Beurteilern und innerhalb einer Person wie folgt lautet

$$ICC \approx \frac{139:284}{139:284 + 22:973} \approx 0:461:$$

Die durchschnittliche Pearson-Korrelation zwischen den Bewertern betrug 0,63. Die Durchschnittsbildung aller 36 gepaarten Bewertungen ergab praktisch den gleichen Pearson-Korrelationskoeffizienten (Ergebnisse nicht gezeigt).

Beck-Depressions-Inventar (BDI-II) [81]: ein Selbstbericht mit 21 Fragen. Jedes Problem besteht aus vier Aussagen mit zunehmendem Schweregrad, die der genauesten Beschreibung der Situation in den letzten zwei Wochen entsprechen. Die Aussagen werden auf einer Skala von 0 bis 3 bewertet, wobei 0 für keine spezifischen Probleme und 3 für den schwersten Zustand steht. Der Höchstwert ist 63, was auf schwere depressive Symptome hindeutet. Die Bewertung ist wie folgt zu interpretieren: 0-13: kein Hinweis auf eine Depression; 14-19: leichte depressive Symptome; 20-28: mittelschwere depressive Symptome; 29-63: schwere depressive Symptome.

Die Skala ist in der Forschung gründlich validiert und wird in der klinischen Praxis häufig verwendet [82,83]. Die Cronbachs Alphas lagen in dieser Studie zwischen 0,86 und 0,88.

DSM-IV- und ICD-10-Persönlichkeitsfragebogen (DIP- Q) [84]: eine 140 Items umfassende Wahr-/Falsch-Selbstausskunftsskala zu Persönlichkeitsmerkmalen, die durch den Vergleich von selbstberichteten Symptomen und diagnostischen Interviews entwickelt wurde. Die Skala erfasst Symptome, die die Diagnosekriterien für 10 Persönlichkeitsstörungen nach DSM IV und 8 nach ICD-10 erfüllen. In der vorliegenden Studie wurden nur die DSM-IV-bezogenen Items (102 Aussagen) verwendet. Der DIP-Q wurde 1998 in der schwedischen Bevölkerung validiert [85]. Die Gesamtsensitivität der Skala lag in der schwedischen Studie bei 0,84, die Spezifität bei 0,77, und die Übereinstimmung mit dem DSM-Cluster wurde als akzeptabel eingestuft (Cohen's kappa 0,45-0,63). Die Korrelationen zwischen Selbsteinschätzung und Befragung der dimensional Scores für die einzelnen Persönlichkeitsstörungscluster waren hoch: ICC = 0,60-0,78.

für soziale und emotionale Schwierigkeiten gefährdet sein könnten. Es besteht aus einer Reihe von acht Fragebögen, die mit Altersintervallen korrespondieren; in unserer Studie haben wir die Schemata für 6, 12, 18, 24, 30 und 36 Monate alte Kinder verwendet. Die Fragebögen beziehen sich auf sieben Verhaltensbereiche in der Entwicklung des Kindes: Selbstregulierung, Compliance, Kommunikation, Anpassungsfähigkeit, Autonomie, Affekt und Interaktion mit Menschen. Die Fragen sind den normalen Entwicklungsmeilensteinen für jede Altersspanne angepasst, wobei eine positive Verhaltenserwartung besteht. Einige der Fragen sind jedoch umgekehrt gestellt. Die Fragen werden mit "Ja", "Manchmal" oder "Noch nicht" beantwortet, was Punktwerten von 0, 5 oder 10 Punkten entspricht. Niedrig

Werte geben keinen Hinweis auf eine verzögerte soziale und emotionale Entwicklung, hohe Werte geben Anlass zu weiteren Untersuchungen.

Der DIP-Q wurde bereits in anderen skandinavischen Studien verwendet [23,71,84]. Cronbachs Alpha betrug in der vorliegenden Untersuchung 0,77.

Der Ages & Stages Questionnaires: Social Emotional (ASQ:SE) [86]: ein Screening-Tool zur Identifizierung von Kindern, die

Die Validität und die ASQ:SE und die sekundäre standardisierte Bewertung durch erfahrene Rater ermittelt und ergab eine Gesamtübereinstimmung der diagnostischen Klassifizierung von 93 % (81 % bis 95 %), mit einer Sensitivität von 78 % und einer Spezifität von 95 % [86].

Statistik

Im Vorfeld der Studie wurde eine Power-Analyse durchgeführt, die auf einer früher berichteten Effektgröße basierte [36]. In dieser Studie wurde ein Cohen's d der Kurzzeit-Videofeedback-Familienbehandlung von 0,68 angegeben. Bei einem erwarteten standardisierten Unterschied zwischen der VIPI- und der TAU-Gruppe von 0,5 wurden 60 Familien in jeder Gruppe benötigt, um eine Power von 78 % bei einem Signifikanzniveau von 5 % zu erreichen.

Der Interventionseffekt wurde mittels einer Kovarianzanalyse (ANCOVA) untersucht [87]. Wir untersuchten, ob der Effekt unserer Intervention entweder durch emotionale Verfügbarkeit (Schritt 1) oder durch die soziale/emotionale Entwicklung des Kindes vermittelt wurde (Schritt 2). Mögliche Moderatoren der Wirkung des VIPI auf die Ergebnisvariablen wurden ebenfalls untersucht (Schritt 3).

Schritt 1: Regressionsanalysen wurden mit dem EAS-Gesamtscore [75] bei T2 bzw. T3 als abhängige Variablen und mit dem EAS-Score bei T1, der Behandlungsgruppe und ihren Produkten (d. h. Interventionsgruppe \times EAS-Score) als Kovariaten durchgeführt.

Schritt 2: Um den Behandlungseffekt auf die sozio-emotionale Entwicklung der Kinder zu untersuchen, führten wir ebenfalls ANCOVAs mit ASQ:SE zu T2/T3 als abhängige Variablen durch. Behandlungsgruppe, ASQ:SE zu T1 und deren Produkte (d.h. Interventionsgruppe \times ASQ:SE) waren Kovariaten. Da wir aufgrund der großen Altersspanne der Kinder zu jedem Zeitpunkt die Ergebnisse verschiedener ASQ:SE-Formulare miteinander vergleichen mussten, haben wir uns für die Verwendung angepasster ASQ:SE-Werte entschieden, um den unterschiedlichen Inhalten und Cut-off-Werten der verschiedenen Formulare Rechnung zu tragen. Unsere ASQ:SE-Variablen wurden anhand der altersbereinigten Mittelwerte in einer Nicht-Risiko-Population berechnet, wie die im ASQ:SE-Handbuch veröffentlichten Ergebnisse zeigen (Tabelle A9, Seite 89) [86].

Schritt 3: Die moderierenden Effekte von depressiven Symptomen, Persönlichkeitsmerkmalen und Hintergrunddaten der Eltern auf den in den vorangegangenen Analysen in Schritt 1 gefundenen Behandlungseffekt wurden untersucht, indem die eigentliche Variable und ihr Produkt mit der Behandlungsgruppe als Kovariaten einbezogen wurden. Für die soziale und emotionale Entwicklung des Kindes wurde nur der moderierende Effekt der depressiven Symptome der Eltern untersucht.

Die Inter-Rater-Reliabilität unserer Beobachtungsmessung - der EAS - wurde wie folgt analysiert: Es wurden 36 Personen nach dem Zufallsprinzip ausgewählt, 12 aus jedem der drei Zeitpunkte. Jede wurde von zwei Bewertern bewertet, die aus einem Pool von vier Bewertern ausgewählt wurden. Alle sechs Kombinationen von Bewertern bewerteten jeweils zwei Personen zu jedem der drei Zeitpunkte. Zur Berechnung des Inter-Rater-Korrelationskoeffizienten (ICC) verwendeten wir ein Modell mit gemischten Effekten, bei dem der Zeitpunkt (1, 2, 3) als k a t e g o r i a l e Kovariate (auch als fester Faktor bezeichnet) und die Person und der Bewerter als gekreuzte Zufallsfaktoren fungierten. Mit dieser Analyse konnten wir feststellen, ob bestimmte Bewerter dazu neigten, durchgängig höhere Werte zu vergeben als andere Bewerter.

Darüber hinaus berechneten wir den Pearson-Korrelationskoeffizienten für jedes der sechs Bewerterpaare, wobei jedes Paar sechs Kombinationen von Personen und Zeitpunkten bewertet hatte, und bildeten dann den Durchschnitt dieser sechs Koeffizienten.

Insgesamt fehlten 5,6 % der Werte der DIP-Q-Skalen. Außerdem fehlten 3,96 % der BDI-Werte zu T1, 2,62 % der BDI-Werte zu T2 und 0,54 % der BDI-Werte zu T3; allerdings hatten nur 69 Eltern die BDI-Gesamtscores zu allen drei Zeitpunkten ausgefüllt, 96 hatten die BDI-Gesamtscores zu T1 und T2 ausgefüllt und 71 hatten dies zu T1 und T3 getan. Bei den verschiedenen ASQ:SE-Formularen fehlten 0 bis 10,3 % der Werte. Aufgrund des geringen Prozentsatzes fehlender Werte entschieden wir uns, Fälle mit fehlenden Werten auszuschließen, anstatt eine Imputation vorzunehmen.

Für die statistische Signifikanz wurde ein zweiseitiges $p < 0,05$ gewählt. Fünfundneunzigprozentige Konfidenzintervalle (KI) wurden, soweit relevant, angegeben. Der ICC wurde mit Stata 12 berechnet. Alle anderen Analysen wurden mit SPSS 19 durchgeführt.

Ethik

Das regionale Komitee für Forschungsethik in Mittelnorwegen genehmigte die Studie mit der Referenznummer 1.2007.2176. Alle Teilnehmer gaben eine schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme ab. Unsere Studie ist im International Standard Randomized Controlled Trial Number Register unter der Referenznummer ISRCTN99793905 registriert.

In zwei Familien wurde die Erziehung als schädlich für

das Kind angesehen, und das Jugendamt wurde benachrichtigt.

Ergebnisse

In Schritt 1 der Analyse verbesserte die VIPI-Behandlungsgruppe ihre emotionale Verfügbarkeit zwischen Eltern und Kind nach der Behandlung (T2) mit einem um 8,5 Punkte höheren EAS-Gesamtwert

Hoivik et al. *Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychische Gesundheit* 2019;3:16,20, p = 0,03). Der Effekt hing jedoch von den EAS-Scores bei Studienbeginn ab; je niedriger die emotionale Verfügbarkeit in der Eltern-Kind-Dyade in der VIPI-Gruppe war, desto größer war der gefundene Interventionseffekt im Vergleich zu dem der TAU-Gruppe (Interventionsgruppe \times EAS-Score: p = 0,04) (Tabelle 3, Abbildung 2). Daher haben wir uns entschieden, diese effektverändernde Variable in unseren weiteren Analysen beizubehalten. Folglich stieg der Effekt von VIPI im Vergleich zu TAU deutlich auf 47,3 Punkte an (95% CI 8,78 bis 85,78, p = 0,02).

Da der EAS-Mindestwert 42 und nicht 0 beträgt, haben wir in den folgenden Analysen zur leichteren Interpretation unserer weiteren Ergebnisse zentrierte EAS-Werte verwendet. Da der Effekt von VIPI (d. h. die Unterschiede zwischen den Gruppen) eine Funktion der EAS-Basiswerte ist, wurden Perzentile der EAS zur Veranschaulichung gewählt. Für Familien, die bei T1 eine geringe emotionale Verfügbarkeit in ihren Interaktionen aufwiesen (EAS-Gesamtwerte zwischen 97 und 116,5 Punkten, was in unserem Material dem 10. und 25. Perzentil entspricht), wurde eine hochsignifikante positive Veränderung zugunsten der Behandlungsgruppe festgestellt (siehe Tabelle 3, Spalte "Nicht für BDI bereinigt"). Bei Familien mit mittleren EAS-Werten bei T1 (EAS-Gesamtwert 143, was dem 50. Perzentil entspricht) war der Anstieg geringer, aber signifikant. Bei den gut funktionierenden Dyaden mit EAS-Gesamtwerten zwischen 165 (75. Perzentil) und 172 (90. Perzentil) Punkten wurde kein signifikanter Unterschied zwischen der VIPI- und der TAU-Gruppe festgestellt.

Bei der sechsmonatigen Nachuntersuchung (T3) wiesen sowohl die VIPI- als auch die TAU-Gruppe eine höhere emotionale Verfügbarkeit in ihren Eltern-Kind-Interaktionen auf, was sich in einem Anstieg der mittleren EAS-Gesamtwerte im Vergleich zu T1 zeigte (Tabelle 2, Abbildung 3). In der VIPI-Gruppe wurde dieser Anstieg zu 90,8 % während des Interventionszeitraums beobachtet; in der TAU-Gruppe betrug der entsprechende Anstieg nur 39,1 %. Es gab jedoch keine signifikanten Unterschiede in den EAS-Gesamtwerten zwischen den Gruppen, weder für die Familien mit niedriger emotionaler Verfügbarkeit zu T1 noch wenn ein möglicher moderierender Effekt der depressiven Symptome der Eltern in die Analyse einbezogen wurde (Tabelle 4, Abbildung 2).

In Schritt 2 untersuchten wir den Effekt von VIPI zwischen den Gruppen auf die Fähigkeit des Kindes zur Selbstregulierung, Compliance, adaptive Funktion, Autonomie, Affekt und Interaktion mit anderen unter Verwendung des ASQ:SE. Bei T2 wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen der VIPI-Gruppe und der TAU-Gruppe festgestellt (siehe Tabelle 5). Bei T3 fanden wir jedoch in der VIPI-Gruppe signifikant weniger elterliche Besorgnis über eine verzögerte soziale und emotionale Entwicklung der Kinder (Tabelle 5, Abbildung 4). Dieses Ergebnis blieb auch bestehen, als die depressiven Symptome der Eltern bei T1 berücksichtigt wurden; der Behandlungseffekt war also nicht nur das Ergebnis einer Verbesserung der depressiven Symptome der Eltern. Es gab keinen signifikanten moderierenden

Effekt der mütterlichen depressiven Symptome bei T1 auf die

Tabelle 3 Wirkung von VIPI (Unterschiede zwischen VIPI und TAU) auf den EAS-Score bei T2, bereinigt um den EAS-Score und nicht bereinigt/bereinigt um den BDI-Score bei Studienbeginn: Schätzung des Regressionskoeffizienten, KI und p-Wert für VIPI bei verschiedenen Werten des EAS-Scores und des BDI-Scores bei Studienbeginn

EAS-Ergebnis bei T1/ Perzentil der Stichprobe	Nicht für BDI angepasst B-Wert/95% CI/p	BDI = 5 B-Wert/95% CI/p	BDI = 15 B-Wert/95% CI/p	BDI = 25 B-Wert/95% CI/p
EAS-Punktzahl = 97	20,49 (6,57 bis 34,41)	10,96 (-13,98 bis 25,91)	25,13 (11,45 bis 38,81)	39,30 (21,62 bis 56,97)
(10. Perzentil)	0.004	0.15	<0.001	<0.001
EAS-Punktzahl = 116,5	15,10 (5,15 bis 25,05)	15,79 (4,59 bis 26,98)	19,14 (9,12 bis 29,16)	33,31 (18,24 bis 48,38)
(25. Perzentil)	0.003	0.006	<0.001	<0.001
EAS-Punktzahl = 143	7,79 (0,15 bis 15,41)	-3,16 (-12,91 bis 6,58)	11,00 (3,12 bis 18,89)	25,17 (11,36 bis 38,98)
(50. Perzentil)	0.05	0.52	0.007	< 0.001
EAS-Punktzahl = 165	1,70 (-8,38 bis 11,78)	-9,92 (-21,38 bis 1,53)	4,25 (-5,76 bis 14,25)	18,42 (3,24 bis 33,59)
(75. Perzentil)	0.74	0.089	0.40	0.018
EAS-Punktzahl = 172	0,23 (-11,64 bis 11,18)	-12,07 (-24,56 bis 6,29)	2,10 (-9,10 bis 13,29)	16,27 (0,26 bis 32,27)
(90 Perzentil)	0.97	0.058	0.71	0.046

Die Regressionsgleichung:

$EAS\ 2 = 69,24 + 0,650\ EAS1 + 33,114\ VIPI - 0,302\ EAS1 \times VIPI - 1,382\ BDI + 1,355\ BDI \times VIPI$.

Behandlungsgruppe: VIPI = 1(0) für die Behandlungsgruppe (TAU).

EAS: Emotional Availability Scales (Skalen für emotionale Verfügbarkeit), BDI: Beck Depression Inventory (Beck-Depressions-Inventar).

Hohe EAS-Werte weisen auf eine gute emotionale Verfügbarkeit in der Eltern-Kind-Dyade hin. BDI = 5 bedeutet keine depressiven Symptome der Eltern; BDI = 15 bedeutet leichte depressive Symptome und BDI = 25 bedeutet mittelschwere depressive Symptome.

Fettgedruckte Zahlen: signifikante Unterschiede auf dem Niveau von $\leq 0,05$.

VIPI-Effekt auf die mit ASQ gemessene kindliche Entwicklung: SE ($p = 0,44$).

In Schritt 3 zeigte sich bei Eltern mit geringen depressiven Symptomen (BDI-Gesamtscore von 5) und geringer emotionaler Verfügbarkeit im Umgang mit ihren Kindern kein signifikanter Effekt von VIPI (Tabelle 3). Interessanterweise kam es bei den Müttern mit leichten bis mittelschweren depressiven Symptomen (BDI-Gesamtwert von 15 und 25 Punkten) nach der Behandlung zu einem erwarteten Anstieg des EAS-Scores in der VIPI-Gruppe im Vergleich zur TAU-Gruppe (Tabelle 3). Da nur vier Eltern schwere depressive Symptome aufwiesen, haben wir höhere BDI-Werte aus der Analyse ausgeschlossen.

Die Ergebnisse zeigten, dass der Behandlungseffekt von VIPI umso besser war, je schwerer die depressiven Symptome der Eltern und je problematischer die anfängliche emotionale Verfügbarkeit zwischen Eltern und Kindern war. Für

Bei hochfunktionalen Familien mit recht guter oder guter emotionaler Verfügbarkeit (EAS-Scores zwischen der 75. und 90. Perzentile) war das Bild komplexer: gleichzeitig auftretende moderate depressive Symptome bei den Eltern (BDI-Gesamtscore von 25 Punkten) verstärkten den Effekt zugunsten der VIPI-Gruppe. Bei niedrigen BDI-Werten (5 Punkte) und ziemlich guten bis guten EAS-Werten tendierten die Ergebnisse jedoch zugunsten der TAU-Gruppe, mit einer grenzwertigen Signifikanz bei einem EAS-Wert von 172 Punkten (Tabelle 3).

Bei den Merkmalen der Persönlichkeitsstörung waren die Auswirkungen auf die VIPI-Intervention komplexer. Entgegen unserer Hypothese fanden wir keine modifizierenden Effekte auf den Interventionseffekt von Clustern A, B oder C oder von schizotypischen, schizoiden, Borderline-, histrionischen, antisozialen, vermeidenden oder zwanghaften Persönlichkeitsmerkmalen (Tabelle 6). Für Merkmale der abhängigen Persönlichkeitsstörung (DPD) gab es

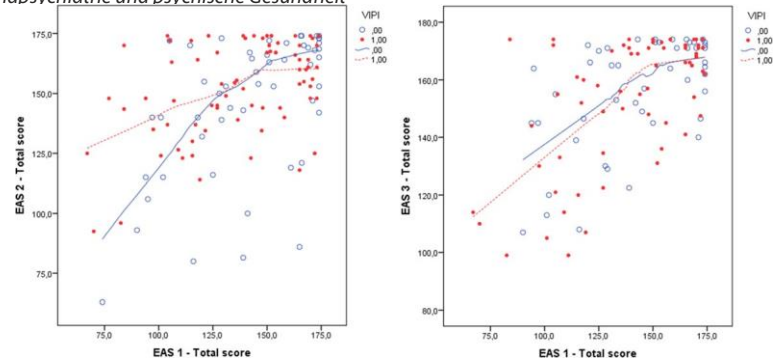
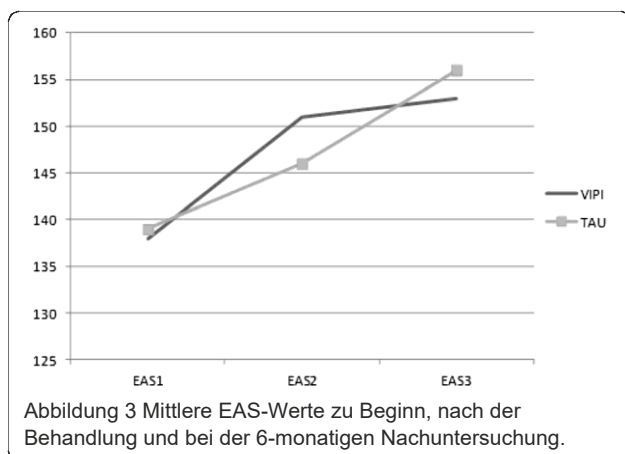


Abbildung 2 EAS-Gesamtwerte bei T1 im Vergleich zu T2/T3 in den VIPI- und TAU-Gruppen. EAS 1/EAS 2/EAS 3 Gesamtscore: Emotional Availability Scales Score bei Aufnahme (T1), nach der Behandlung (T2) und bei der 6-monatigen Nachuntersuchung (T3). VIPI = 1 (0) für die Behandlungsgruppe (TAU).



war ein hochsignifikanter Effekt von VIPI in Familien mit der geringsten Interaktionskompetenz und mit DPD-Scores auf Cut-off-Niveau für die Diagnose (fünf bestätigte Merkmale). In Familien mit guter interaktioneller Kompetenz hatten nur drei Eltern DPD-Scores am Cut-off oder höher; daher war keine Analyse möglich (Tabelle 6). Auch die Merkmale der paranoiden Persönlichkeitsstörung (PPD) waren mit positiveren Interventionseffekten verbunden; je geringer die Interaktionskompetenz und je höher die PPD-Werte, desto besser die Wirkung von VIPI (Tabelle 6). Wir fanden keine signifikanten Effekte zwischen VIPI und TAU für verschiedene EAS-Scores bei T1, wenn die Interaktion zwischen PPD und VIPI in die ANCOVA-Analyse mit einem PPD-Score von 0 aufgenommen wurde (Tabelle 6). Da wir nur wenige Teilnehmer mit Werten über dem Cut-off-Wert hatten (fünf bestätigte Merkmale), haben wir den moderaten Effekt von zwei und vier PPD-Merkmalen untersucht. Innerhalb der Familien

Bei Familien mit niedrigen EAS-Werten fanden wir einen signifikanten Effekt zwischen den Gruppen zugunsten von VIPI, wenn der PPD-Score 4 betrug. Für Familien mit höherer emotionaler Verfügbarkeit hatten wir nicht genügend Daten, um die Analyse durchzuführen. Bei narzisstischen Persönlichkeitsmerkmalen (NPD) gab es einen besseren VIPI-Effekt ohne NPD-Merkmale in Familien mit niedrigen EAS-Werten. Bei den besser funktionierenden Dyaden mit EAS-Werten zwischen 165 und 172 Punkten stellten wir fest, dass sogar zwei narzisstische Merkmale die Wirkung von VIPI verschlechtern konnten (Tabelle 6). Nur wenige in unserer Stichprobe hatten hohe NPD-Werte.

In der Schritt-3-Analyse fanden wir einen signifikanten moderierenden Effekt von depressiven Symptomen auf den VIPI-Effekt; je schwerer die depressiven Symptome waren, desto besser war der Effekt von VIPI im Vergleich zu TAU.

Daher führten wir sekundäre Analysen durch, um zu untersuchen, ob die VIPI-Behandlung auch die depressiven Werte der Eltern im Vergleich zu TAU als Ergebnismaß bei T2 und T3 beeinflusste. Wir fanden heraus, dass die Wirkung von VIPI auf die depressiven Symptome mit zunehmender Schwere der elterlichen depressiven Symptome positiver wurde. Moderate depressive Symptome der Eltern bei T1 (BDI-Gesamtwert von 25) sagten einen hochsignifikanten Rückgang der bei T3 gemessenen depressiven Symptome in der VIPI-Gruppe im Vergleich zur TAU-Gruppe voraus (Abbildung 5, Tabelle 5). Bei leichteren depressiven Symptomen (BDI-Scores von 15) wurde ein kleiner, aber signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen festgestellt (Tabelle 5). Bei T2 wurde kein signifikanter VIPI-Effekt auf das BDI-Maß gefunden, wenn depressive Symptome bei 25 Punkten als Kovariate in der ANCOVA verwendet wurden (Tabelle 5).

Für Hintergrundvariablen wie Lebenspartnerstatus, Einkommen, Erfahrungen mit praktischer und emotionaler Unterstützung, Konflikterfahrungen in engen Beziehungen und Anzahl der älteren oder jüngeren Geschwister des teilnehmenden Kindes (Tabelle 1),

Tabelle 4 Wirkung von VIPI (Unterschiede zwischen VIPI und TAU) auf den EAS-Score bei der 6-monatigen Nachuntersuchung; T3, bereinigt um EAS-Score und BDI bei Studienbeginn: Schätzung des Regressionskoeffizienten, KI und p-Wert für VIPI bei verschiedenen Werten des EAS-Scores und BDI-Scores bei Studienbeginn

EAS-Punktzahl bei T1/Perzentil der Stichprobe	BDI = 5 B-Wert/95% CI p	BDI = 15 B-Wert/95% CI p	BDI = 25 B-Wert/95% CI p
EAS-Punktzahl = 97 (10. Perzentil)	-7,21 (-21,44 bis 7,02) 0,32	-3,94 (-17,50 bis 9,62) 0,57	6,55 (-13,23 bis 26,33) 0,51
EAS-Punktzahl = 116,5 (25. Perzentil)	-6,11 (-17,02 bis 4,79) 0,27	0,77 (-9,74 bis 11,27) 0,89	7,65 (-9,30 bis 24,60) 0,37
EAS-Punktzahl = 143 (50. Perzentil)	-4,62 (-13,78 bis 4,54) 0,32	2,26 (-5,59 bis 10,11) 0,57	9,14 (-5,85 bis 24,13) 0,23
EAS-Punktzahl = 165 (75. Perzentil)	1,50 (-7,60 bis 10,60) 0,74	3,50 (-5,98 bis 12,97) 0,47	10,38 (-5,17 bis 25,92) 0,19
EAS-Punktzahl = 172	-2,99 (-15,21 bis 9,23)	3,89 (-6,69 bis 14,46)	10,77 (-5,35 bis 26,89)

Die Regressionsgleichung:

$$EAS\ 3 = 100,943 + 0,437\ EAS1 - 16,103\ VIPI + 0,056\ EAS1 \times VIPI - 0,630\ BDI + 0,688\ BDI \times VIPI.$$

VIPI = 1(0) für die Behandlungsgruppe (TAU).

EAS: Emotional Availability Scales (Skalen für emotionale Verfügbarkeit), BDI: Beck Depression Inventory (Beck-Depressions-Inventar). Hohe EAS-Werte weisen auf eine gute emotionale Verfügbarkeit in der Eltern-Kind-Dyade hin. BDI = 5 bedeutet keine Depression; BDI = 15 bedeutet leichte depressive Symptome und BDI = 25 bedeutet mäßige depressive Symptome.

Tabelle 5 Auswirkungen von VIPI (Unterschiede zwischen VIPI und TAU) auf den ASQ:SE/BDI nach der Intervention (T2) und bei der 6-monatigen Nachuntersuchung (T3), bereinigt um den ASQ:SE/BDI bei Studienbeginn: B-Werte, Konfidenzintervalle und p-Werte

	ASQ:SE T2 B-Werte, 95% CI p	ASQ:SE T3 B-Werte, 95% CI p	BDI T2 B-Werte, 95% CI p	BDI T3 B-Werte, 95% CI p
ASQ:SE T1	-7,22 (-17,74 bis - 3,33) 0,17	-13,79 (-25,27 bis - 2,31) 0,02		
BDI T1 = 15			-0,91 (-3,44 bis 1,62) 0,48	-2,64 (-5,24 bis -0,04) 0,047
BDI T1 = 25			-3,53 (-7,94 bis 0,88) 0,12	-6,52 (-11,01 bis -2,03) 0,005

BDI = 15 bedeutet leichte depressive Symptome nach dem Beck Depression Inventory; BDI = 25 bedeutet mittelschwere depressive Symptome.
Fettgedruckte Zahlen: signifikante Unterschiede auf dem Niveau von $\leq 0,05$.

wurden keine signifikanten moderierenden Effekte gefunden ($p = 0,08-0,94$). Das Alter oder der Bildungsstand der Eltern, das Geschlecht oder das Alter des Kindes hatten keinen signifikanten Einfluss auf die Behandlungsergebnisse ($p = 0,13-0,99$).

Diskussion

In dieser naturalistischen, randomisiert-kontrollierten Studie untersuchten wir die Wirkung einer Elternintervention - VIPI - im Vergleich zu TAU auf drei Ergebnismaße: die beobachtete emotionale Verfügbarkeit zwischen Eltern und Kind (EAS), die sozial-emotionale Entwicklung des Kindes (ASQ:SE) und die elterlichen Symptome der Depression (BDI). Wir untersuchten eine heterogene Stichprobe von Familien mit Interaktionsproblemen, die von Gesundheits- und Sozialdiensten rekrutiert wurden. Darüber hinaus untersuchten wir die mutmaßlichen moderierenden Effekte von depressiven Symptomen der Eltern und Persönlichkeitsmerkmalen, die zu Beginn der Studie (T1) gemessen wurden, auf die emotionale Verfügbarkeit von Eltern und Kindern. Schließlich wurden die moderierenden Effekte des sozioökonomischen Status der Familie, der familiären Unterstützung und des Konfliktniveaus, des Alters und des Geschlechts des Kindes auf die emotionale Verfügbarkeit von Eltern und Kind untersucht. Für die Ergebnismessung der sozialen und emotionalen Entwicklung des Kindes wurde nur der Moderatoreffekt der elterlichen Depression analysiert. Belege für kurzfristige, aber keine langfristigen Auswirkungen auf die emotionale Verfügbarkeit bei

Eltern-Kind-Interaktionen festgestellt. Außerdem wurden bei der 6-monatigen Nachbeobachtung Unterschiede zwischen der VIPI- und der TAU-Gruppe in der sozial-emotionalen Entwicklung der Kinder und bei den depressiven Symptomen der Eltern deutlich. Depressive Symptome der Eltern, paranoide, abhängige und narzisstische Persönlichkeitsstörungen sowie die anfänglichen EAS-Scores moderierten den Effekt auf den EAS-Score bei T2 zwischen der VIPI- und der TAU-Gruppe. Es wurden keine moderierenden Effekte von Hintergrundvariablen oder von Symptomen der anderen elterlichen Persönlichkeitsstörungen gefunden. In den folgenden Abschnitten werden die verschiedenen Ergebnisse im Detail diskutiert.

Unterschiede zwischen VIPI und TAU in Bezug auf die emotionale Verfügbarkeit bei der Bewertung nach der Behandlung (T2)

Beide Familiengruppen, unabhängig davon, ob sie an der VIPI-Intervention oder am TAU teilnahmen, verbesserten ihre beobachteten Eltern-Kind-Interaktionen, gemessen an den EAS-Scores bei T2. Diese Verbesserung war am größten in den VIPI-Familien mit der geringsten emotionalen Verfügbarkeit in der Dyade im Vergleich zu den Kontrollgruppen, mit signifikanten Unterschieden zwischen den Gruppen bei der Auswertung nach der Behandlung. Wir haben keine anderen RCT-Studien gefunden, die einen positiven Effekt der Intervention für die Eltern mit den problematischsten

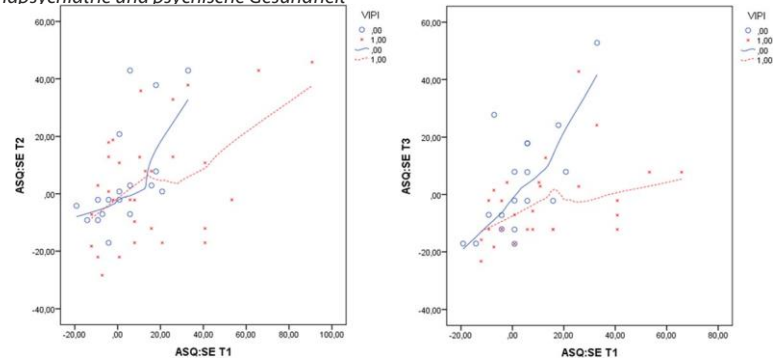


Abbildung 4 Auswirkungen von VIPI/TAU zwischen den Gruppen auf die ASQ:SE-Werte bei T2/T3 im Vergleich zu den T1-Werten. VIPI = 1(0) für die Behandlungsgruppe (TAU). Zur leichteren Interpretation der verschiedenen ASQ:SE-Formen zu den einzelnen Zeitpunkten wurden zentralisierte ASQ:SE-Werte (unter Verwendung amerikanischer Normen für Mittelwerte) verwendet.

Tabelle 6 Ergebnisse der ANCOVA-Regressionsgleichungen (Unterschiede zwischen VIPI und TAU) mit dem EAS-Score bei T2 als abhängige Variable, VIPI, verschiedenen EAS-Werten bei T1 und verschiedenen Persönlichkeitsstörungscluster-Scores und Persönlichkeitsscores als Kovariaten

EAS-Punktzahl T1/Perzentil	97 (10.)	116,5 (25.)	143 (50.)	165 (75.)	172 (90.)
DIP-Q-Position					
Cluster A	ns	ns	ns	ns	ns
Cluster B	ns	ns	ns	ns	ns
Cluster C	ns	ns	ns	ns	ns
Paranoid					
Paranoid_0	15.56 _a	9.23 _a	0.64 _a	-6.50 _a	keine Daten
Paranoid_2	-	-	11.22 _a *	4.22 _a	keine Daten
Paranoid_4	37.06 _a ***	30.85 _a ***	keine Daten	keine Daten	keine Daten
Schizoid					
Schizoid_0	ns	ns	ns	ns	ns
Abschaltung (4)	ns	ns	ns	ns	ns
Schizotypisch					
Schizotypisch_0	ns	ns	ns	ns	ns
Abschaltung (5)	ns	ns	ns	ns	ns
Borderline					
Borderline_0	ns	ns	ns	ns	ns
Abschaltung (5)	ns	ns	ns	ns	ns
Histrionisch					
Histrionisch_0	ns	ns	ns	ns	ns
Abschaltung (5)	ns	ns	ns	ns	ns
Narzisstisch					
Narzisse_0	35.10 _b ***	27.41 _b ***	16.97 _b **	8.30 _b	5.90 _b
Narzisse_2	11.59 _b	3.90 _b	-6.54 _b	-15.21 _b *	-19.10 _b *
Antisoziale					
Antisozial_0	ns	ns	ns	ns	ns
Asozial_2	ns	ns	ns	ns	ns
Avoidant					
Vermeidend_0	ns	ns	ns	ns	ns
Abschaltung (4)	ns	ns	ns	ns	ns
Abhängig					
Abhängig_0	17.63 _c *	9.10 _c	-2.49 _c	keine Daten	keine Daten
Abhängig_3	-	-	15.72 _c **	keine Daten	keine Daten
Abschaltung (5)	48.97 _c ***	40.44 _c ***	keine Daten	keine Daten	keine Daten
Zwanghaftes Verhalten					
Obs.comp_0	ns	ns	ns	ns	ns
Abschaltung (4)	ns	ns	ns	ns	ns

In allen Analysen wird (VIPI × EAS-Perzentilwert) in der ANCOVA mit $p = 0,03-0,002$ beibehalten. Eine Abkürzung mit _0, _2 und _4 bedeutet null, zwei oder vier Merkmale in der jeweiligen Persönlichkeitsstörungskategorie, und die tatsächlichen Cut-off-Werte für die jeweilige Persönlichkeitsstörung sind in () angegeben. VIPI = 1(0) für die Behandlungsgruppe (TAU). EAS: Skalen für emotionale Verfügbarkeit. DIP-Q: DSM IV und ICD-10 Persönlichkeitsfragebogen.

_a = p (VIPI × Paranoid-Score) < 0,05.

_b = p (VIPI × Narzissmus-Score) < 0,01.

_c = p (VIPI × Abhängiger Score) < 0,01.

* p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

ns = nicht signifikant.

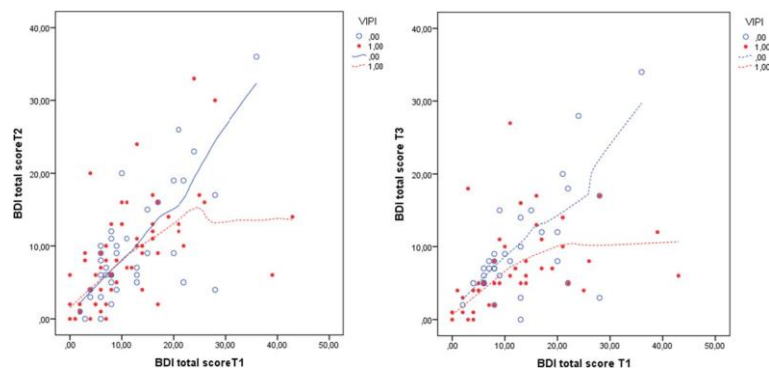


Abbildung 5 Auswirkungen von VIPI/TAU zwischen den Gruppen auf die BDI-Werte bei T2/T3 im Vergleich zu den T1-Werten. VIPI = 1(0) für die Behandlungsgruppe (TAU).

elterliche Fähigkeiten. Eltern mit geringerer Interaktionskompetenz haben oft eine geringere Kapazität für mentale Repräsentationen ihrer Beziehungen zu ihren Kindern [88,89]. In dieser Studie könnten die Videoclips, die das Geschehen in den Interaktionen visualisieren, zusammen mit der umfangreichen Unterstützung durch den Therapeuten eine metakognitive Fähigkeit oder möglicherweise ein "beobachtendes Selbst" bei diesen Eltern gestärkt haben.

VIPI half den Familien, ungesunde Interaktionskreise früher zu durchbrechen. In einer gesunden Eltern-Kind-Beziehung muss das Kind nach Tronicks Modell der gegenseitigen Regulation die Erfahrung machen, dass negative affektive Zustände durch die elterliche Fähigkeit zur interaktionellen Anpassung und zur Reparatur von "Fehlanpassungen" in positive Zustände umgewandelt werden können [90]. Es wird angenommen, dass das Kind interne Repräsentationen sozialer Interaktionen mit den Eltern als positiv und reparierbar entwickelt, was für die Entwicklung der Selbstwirksamkeit und effizienter Bewältigungsstrategien angesichts von Widrigkeiten von grundlegender Bedeutung ist. Darüber hinaus unterstützt die neurobiologische Hirnforschung die Bedeutung einer verbesserten emotionalen Verfügbarkeit zwischen Eltern und Kind während der entscheidenden Phase für die Entwicklung des rechten präfrontalen Kortex, einem wichtigen Bereich für die Affekt- und Stressregulierung und für die exekutive Funktion des Kindes [91].

In Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Metaanalyse [29] könnten die Unterschiede in den EAS-Werten zwischen der VIPI- und der TAU-Gruppe unmittelbar nach der Behandlung durch den Einsatz von Videos erklärt werden, die die Behandlungseffekte nicht nur auf die elterliche Sensibilität, sondern auch auf die Eltern-Kind-Interaktionskompetenz insgesamt verstärkten. Es wird allgemein gesagt, dass "Bilder nicht lügen"; außerdem rufen Bilder auf andere Weise Emotionen hervor als Worte [52]. Mit Hilfe der VIPI-Therapeuten können die Eltern mögliche Unstimmigkeiten zwischen den Signalen ihrer Kinder und ihren eigenen Reaktionen selbst erkennen. Darüber hinaus können Eltern durch die VIPI-Intervention zu Beobachtern ihrer eigenen

zunehmenden Kompetenz werden, da die Therapeuten akribisch auf die vorteilhaften Sequenzen von Eltern-Kind-Interaktionen hinweisen. Diese Aktivität kann sowohl die Eltern beruhigen als auch ihre

haben argumentiert, dass für Eltern die primäre Informationsquelle über die inhärente elterliche Kompetenz das Feedback aus den Interaktionen mit ihren Kindern ist (92). In Übereinstimmung mit einer Theorie der Veränderung in der Suchtforschung ist es wahrscheinlich, dass die selbst beobachtete Veränderung (im Vergleich zum Erhalt des Feedbacks in normalen Beratungen ohne Video) motivierender für die Aufrechterhaltung der Veränderung im elterlichen Verhalten ist [93]. Mögliche Fehlinterpretationen dessen, was in der Eltern-Kind-Interaktion passiert, könnten ebenfalls aufgelöst werden, wenn ein VIPI-Therapeut seine eigenen Wahrnehmungen der nonverbalen Hinweise des Kindes artikuliert.

Der EAS umfasst eine Messung der elterlichen Feindseligkeit, die in den Interaktionen mit dem Kind beobachtet wird; dementsprechend könnte ein höherer EAS-Wert auch ein geringeres Maß an Feindseligkeit in der Beziehung widerspiegeln. Negative elterliche Emotionen in Bezug auf Kinder oder Elternschaft werden in der üblichen Betreuung oft nicht aufgedeckt [94]. Der Einsatz von Videos könnte jedoch Eltern mit negativen Gefühlen helfen, die notwendige emotionale Distanz zu gewinnen, wenn eine Situation eher schwierig als erfreulich ist. Stress, der durch negative Interaktionen mit dem Kind verursacht wird (z. B. wenn das Kind exzessiv weint), kann die Reflexionsfähigkeit der Eltern, ihre Fähigkeit zur Selbstregulierung und damit die Fähigkeit, psychische Zustände des Kindes richtig zu erkennen und ruhig und beruhigend zu bleiben, verringern [95].

Wie in vielen Interventionsstudien kann man nicht ausschließen, dass der frühe positive Interventionseffekt, der in der VIPI-Gruppe bei T2 beobachtet wurde, lediglich auf die insgesamt intensivere Behandlungsexposition der VIPI-Familien im Vergleich zu den TAU-Familien zurückzuführen ist, da die VIPI-Gruppe die VIPI-Intervention zusätzlich zum TAU erhielt.

Eltern mit Symptomen einer Depression

Die depressive Symptomatik der Eltern war ein wichtiger Moderator für die Wirkung von VIPI im Vergleich zu TAU über die gesamte Bandbreite der EAS-Werte. Eltern mit stärkerer depressiver Symptomatik schienen unabhängig von ihrer anfänglichen Interaktionskompetenz am meisten von VIPI zu profitieren, da sie eine erhöhte emotionale Verfügbarkeit in der

Eltern-Kind-Dyade im Vergleich zu TAU. Unseres Wissens nach hat Videofeedback bisher keinen spezifischen positiven Effekt auf Eltern-Kind-Interaktionen bei Eltern mit depressiven Symptomen gezeigt. Da zwei andere Effektstudien zur Videointervention keinen moderierenden Effekt der elterlichen Depression fanden [42,46], könnte der Effekt spezifisch für VIPI sein. Forscher scheinen sich einig zu sein, dass die depressiven Symptome von Patienten mit Defiziten im episodischen Gedächtnis (sowohl visuell als auch verbal) verbunden sind [96]. Da depressive Menschen auch dazu neigen, sowohl über sich selbst zu sprechen als auch sich an frühere Episoden negativer zu erinnern als nicht depressive Menschen [97,98], könnte die "Empowerment"-Qualität von VIPI besonders wirksam sein, da sich die Intervention fast ausschließlich auf positive Eltern-Kind-Interaktionssequenzen konzentriert. Darüber hinaus könnte eine zeitlich begrenzte, strukturierte Intervention, die durch verbalen und visuellen Input jeweils auf ein Problem abzielt, besonders vorteilhaft für Personen mit Konzentrations-, Ausdauer- und Exekutivfunktionen sein, die typisch für depressive Symptome sind. Ein weiterer Vorteil von Videos ist ihr einzigartiges Potenzial für die Untersuchung der Signale von Kindern und des elterlichen Verhaltens auf einer Mikroebene; die langsame Wiedergabe und die Möglichkeit, zurückzuspulen, könnten eine Steigerung der elterlichen Sensibilität erleichtern.

Gefühle der Unzulänglichkeit und Selbstbeschuldigung sind häufig bei depressiven Eltern vorhanden, die in ihren Interaktionen mit ihren Kindern Schwierigkeiten haben, insbesondere wenn das Temperament des Kindes als schwierig erlebt wird [52,99]. Auch elterliche Probleme oder ein Kind mit geringer Interaktionskompetenz können eine elterliche Depression "maskieren" oder sogar hervorrufen [100,101], wodurch eine Situation geschaffen wird, die bei kurzen Besuchen in der Kinderstation leicht übersehen werden kann [102].

Eltern mit leichten Interaktionsproblemen

Die VIPI-Intervention hatte keine Auswirkungen auf relativ gut funktionierende Eltern-Kind-Dyaden. Dieser "Deckeneffekt" sollte kein großes Problem darstellen, da gut funktionierende Eltern-Kind-Dyaden nur selten Hilfe in Anspruch nehmen. Ein ähnlicher Effekt wurde auch in einer früheren Studie mit einem anderen Video-Feedback-Verfahren festgestellt [18]. VIPI eignet sich also kaum als breit angelegte Präventionsmaßnahme, zumal wir eine, wenn auch nur grenzwertige, Tendenz fanden, dass Eltern mit guter Interaktionskompetenz und wenig depressiven Symptomen bessere Ergebnisse mit TAU erzielten. Dies spiegelt die Ergebnisse einer Studie aus dem Jahr 2008 wider [44], in der die Kinder nach einer Videofeedback-Intervention weniger sicher gebunden wurden. Kompetente Eltern könnten in ihrem natürlichen Interaktionsfluss gestört werden, wenn sie selbstbewusster werden und sich bemühen, "noch besser" zu werden,

indem sie zum Beispiel versuchen, viel mehr auf das Kind einzugehen und dadurch aufdringlich werden und dem Kind weniger Selbstvertrauen geben [103,104]. Eltern, die "gut genug" sind, sollten stattdessen die Gewissheit haben, dass sie über eine inhärente Kompetenz verfügen [105].

Unterschiede zwischen VIPI und TAU bei der emotionalen Verfügbarkeit bei der Nachuntersuchung 6

Monate nach der Behandlung (T3)

Der vielversprechende VIPI-Effekt im Vergleich zu TAU, der nach der Intervention (T2) beobachtet wurde, konnte bei der 6-monatigen Nachuntersuchung (T3) nicht wiederholt werden (siehe Abbildung 3). Da jedoch beide Gruppen beträchtliche Verbesserungen in ihrer emotionalen Verfügbarkeit erfuhren, könnte man annehmen, dass die TAU-Gruppe von den Fachleuten des Gesundheits- und Sozialsystems, die sich mit den vielfältigen Interaktionsproblemen in diesen Familien befassen, gut unterstützt wurde. Es ist auch möglich, dass die drei Hausbesuche durch dieselben unterstützenden Forschungsassistenten bei allen Familien in beiden Gruppen eine Intervention an sich darstellten. Die weiblichen Forschungsassistenten führten die Filmaufnahmen durch, führten ausführliche Gespräche mit den Eltern und halfen beim Ausfüllen der Fragebögen - Aktivitäten, die möglicherweise zu einer verstärkten Reflexion der Eltern und einem stärkeren Bewusstsein für ihre Kinder geführt haben.

Schließlich könnte ein längerer Behandlungszeitraum oder die Hinzufügung von Auffrischungssitzungen nach Beendigung der Intervention zu einer nachhaltigen Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktionen beigetragen haben. Egeland und seine Mitarbeiter haben argumentiert, dass jede Phase der kindlichen Entwicklung unterschiedliche elterliche Fähigkeiten erfordert, um den Bedürfnissen des sich entwickelnden Kindes gerecht zu werden [30]. Daher könnten Auffrischungssitzungen oder ein längerer Behandlungszeitraum die elterliche Reaktionsfähigkeit sicherstellen, wenn die Kinder älter werden.

Unterschiede zwischen VIPI und TAU bei der sozial-emotionalen Entwicklung von Kindern

Unsere Ergebnisse zeigten eine verzögerte, aber beträchtliche Wirkung von VIPI auf die Fähigkeiten der Kinder zur Selbstregulierung, Compliance, Anpassungsfähigkeit, Autonomie, Affekt und Interaktion mit anderen, gemessen mit dem ASQ:SE-Gesamtwert bei der 6-monatigen Nachuntersuchung nach Abschluss der Behandlung (T3). Es ist bekannt, dass eine frühe Fähigkeit zur Emotionsregulierung Entwicklungsverläufen für internalisierende und externalisierende Probleme vorbeugen [106-108] und einen Schutz vor späteren psychiatrischen Störungen bieten kann [109,110]. Da sich dieser "Schlaffeffekt" nicht in einem entsprechenden Unterschied zwischen den Gruppen im EAS-Score bei T3 widerspiegelte, müssen andere Mechanismen als eine direkte Verbindung zwischen den beobachteten Interaktionen und der tatsächlichen kindlichen Entwicklung im Spiel sein. Brazelton hat in seinem Touchpoints-Modell argumentiert, dass die kindliche Entwicklung in Schüben verläuft, gefolgt von Rückschritten und Pausen [111]. Aufgrund solcher "Schübe" könnte es einige Zeit dauern, bis sich die erhöhte emotionale Verfügbarkeit in der Eltern-Kind-Dyade auf die kindliche Entwicklung auswirkt; daher manifestieren sich die Unterschiede in der emotionalen Verfügbarkeit zwischen den Gruppen, die kurz nach der

Behandlung (T2) auftreten, beim Kind erst bei T3. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem einer Studie zur Videofeedback-Intervention bei autistischen Kindern, in der in der Behandlungsgruppe im Vergleich zu den anderen Gruppen eine Verbesserung der sozialen Fähigkeiten des Kindes festgestellt wurde, die nicht durch die Auswirkungen der Intervention auf die Eltern vermittelt wurde.

zu den Kontrollen [112]. Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die elterliche Wahrnehmung der kindlichen Entwicklung, die sich im von den Eltern berichteten ASQ:SE zeigt, in der VIPI-Gruppe stärker verbessert hat, und zwar nicht, weil sich das Kind stark verändert hatte, sondern weil die Eltern aufgrund der Intervention eine größere Toleranz für kleinere Probleme des Kindes entwickelt hatten. Diese Annahme wird durch die Ergebnisse einer anderen skandinavischen Studie gestützt, in der die Einschätzung der Entwicklung des Kindes durch die Eltern mit dem ASQ:SE stark durch den mütterlichen Stress vorhergesagt wurde [113].

mit dem VIPI-Effekt interagierte. Unsere Stichprobe lässt sich nur schwer mit den normalen oder den in den niederländischen Meta-Analysen [36,39] vorgestellten Multi-Risiko-Stichproben vergleichen, da SES-Variablen in einer Stichprobe, die aus einer weniger homogenen Population als der norwegischen stammt, die Behandlungsergebnisse möglicherweise stark beeinflussen könnten.

Unterschiede zwischen VIPI und TAU bei depressiven Symptomen der Eltern

In einer sekundären Analyse, in der wir depressive Symptome der Eltern nicht als Moderator, sondern als Ergebnis verwendeten, wurden keine Unterschiede zwischen den Gruppen direkt nach der Behandlung gefunden, aber hochsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen wurden beim 6-monatigen Follow-up zugunsten der VIPI-Gruppe festgestellt (siehe Tabelle 5). Dieser Befund könnte lediglich ein "Schlaffeffekt" der erhöhten emotionalen Verfügbarkeit (EA) bei T2 sein. Zu diesem Zeitpunkt wurde die EA in VIPI-Familien signifikant höher eingeschätzt als in TAU-Familien (siehe Abbildung 3). Ein anderes Szenario ist ein mutmaßlicher Synergieeffekt zwischen der verringerten Sorge um die Entwicklung des Kindes und der verbesserten EA, der die elterlichen Depressionssymptome in der VIPI-Gruppe gemildert haben könnte. Wie eine postpartale Depression effizient behandelt werden kann, um eine langfristige Wirkung auf die Stimmung der Eltern, die Eltern-Kind-Interaktion und die Entwicklung des Kindes zu erzielen, ist bisher nur wenig erforscht worden [17]. Frühere Untersuchungen zu Interventionen, die nur auf die depressiven Eltern abzielen, haben gezeigt, dass solche Methoden möglicherweise keine Veränderungen in der Eltern-Kind-Beziehung oder in der Entwicklung des Kindes bewirken [17,114,115].

Die VIPI-Intervention verbesserte die depressiven Symptome der Eltern während des gesamten Studienzeitraums, der zwischen 9 und 13 Monaten dauerte. Bei Frauen mit postnatalen Depressionen haben mehrere Studien darauf hingewiesen, dass ohne Intervention eine Stabilität oder ein Wiederauftreten der depressiven Symptome in diesem Zeitraum zu erwarten ist [116,117], wobei eine Studie erhöhte mütterliche Depressionswerte bei einer Nachbeobachtung von drei Jahren zeigte [117].

Unterschiede zwischen VIPI und TAU bei Hintergrundvariablen als Moderatoren

Wir fanden heraus, dass keine der Hintergrundvariablen

Unseres Wissens wurde die mögliche moderierende Rolle von abweichenden elterlichen Persönlichkeitsmerkmalen auf Eltern-Kind-Interaktionen bisher nicht untersucht; daher haben wir eine solche Messung in diese Studie aufgenommen. Innerhalb der Familien mit den am stärksten beeinträchtigten Eltern-Kind-Interaktionen fanden wir heraus, dass einige elterliche Persönlichkeitsmerkmale einen Einfluss auf den VIPI-Effekt hatten, und zwar sowohl in positiver als auch in negativer Richtung im Vergleich zu TAU. Das Vorhandensein von abhängigen und paranoiden Persönlichkeitsmerkmalen wirkte sich sogar als wichtiger Moderator zugunsten der VIPI-Intervention aus, während das Fehlen von narzisstischen Merkmalen die Wirkung von VIPI im Vergleich zu TAU verstärkte. Aus klinischer Erfahrung wissen wir, dass abhängige Personen aufgrund ihres eigenen Gefühls der Unzulänglichkeit neue Ideen von anderen begrüßen. Allerdings ist die Wirkung im Laufe der Zeit unklar, da der Mangel an Selbstvertrauen und das klammernde Verhalten in der Regel tiefgreifend sind [118]. Die Zuweisung zur TAU-Gruppe könnte von den abhängigen Eltern auch als belastender empfunden werden.

Man könnte auch vermuten, dass die Verwendung von Videoclips ein greifbares, beruhigendes Element für paranoide Menschen darstellt. Das Misstrauen dieser Menschen gegenüber den Absichten und Handlungen anderer [119] wird sich wahrscheinlich negativ auf die Interaktion auswirken. Die Transparenz und Klarheit, die der Einsatz von Videos bietet, stellt jedoch sicher, dass es keine versteckten Absichten gibt, was für Personen mit paranoiden Zügen eine Erleichterung darstellen und ihnen helfen könnte, Vertrauen sowohl in den Therapeuten als auch in die Interventionsbemühungen zu gewinnen.

Bei Eltern mit recht guter emotionaler Verfügbarkeit in der Interaktion mit ihren Kindern wirkte sich das Vorhandensein auch nur weniger narzisstischer Züge negativ auf die VIPI-Intervention aus. Der leicht verletzte, leicht narzisstische Elternteil in diesen hoch funktionierenden Gruppen könnte sich dadurch gestört fühlen, dass er während der VIPI-Intervention nicht als so außergewöhnlich wahrgenommen wird, wie er dachte, was möglicherweise zu einer Schwächung seiner interaktionellen Kompetenz führen könnte. Genauso wahrscheinlich ist es, dass Eltern mit narzisstischen Zügen, wenn sie Videoclips von sich selbst sehen, ihre Selbstbeschäftigung verstärken und ihre Kinder noch weniger wahrnehmen.

Methodische Fragen

Der ICC für die EAS-Bewertungen lag in unserer Studie bei 0,461. In manchen Kontexten würde dieser Wert als niedrig angesehen werden. Es ist jedoch zu beachten, dass dieser niedrige ICC durch die relativ große Restvarianz (139,739) verursacht wird. Die Inter-Rater-Varianz (22,973) ist bei weitem die kleinste dieser Varianzkomponenten, so dass der Beitrag der Inter-Rater-Varianz zur Gesamtvarianz praktisch vernachlässigbar ist. Selbst wenn diese

Varianzkomponente 0 anstelle von 22,973 wäre, würde der ICC immer noch 0,499 betragen.

Die durchschnittliche Pearson-Korrelation zwischen den Bewertern betrug 0,63. Der Personenkorrelationskoeffizient und die Varianzkomponenten des gemischten Modells lauten

verschiedene Themen. Ein Pearson-Korrelationskoeffizient von 0,63 kann als mäßig hoch angesehen werden, aber er sagt nicht alles aus. Wenn beispielsweise ein Bewerter die Noten durchweg um genau 20 Punkte höher bewertet als ein anderer Bewerter, würde die Pearson-Korrelation zwischen den beiden 1,0 betragen. Andererseits sagt uns die relative Größe der Varianz zwischen den Bewertern im gemischten Modell, dass es keine großen systematischen Unterschiede zwischen den Bewertern gibt.

Soweit wir wissen, gibt es keine potenziellen Verzerrungen, die unsere Analyse beeinträchtigen.

Beschränkungen

Die Anamnese über die Schwere und Dauer anhaltender depressiver Symptome und/oder früherer depressiver Episoden und/oder anderer affektiver Störungen war für die Untersuchung nicht verfügbar, ebenso wenig wie Informationen über die laufende Medikation. Bei den Eltern in unserer Untersuchung mit mittelschweren depressiven Symptomen führte eine Intervention, die sich nur auf die Eltern-Kind-Interaktionen bezog, zu einer deutlichen Verringerung ihrer depressiven Symptome. Dies gilt möglicherweise nicht für die schwerst depressiven Eltern, da diese in unserer Stichprobe nicht vertreten waren. Eine Einschränkung unserer Untersuchung besteht daher darin, dass wir nicht wissen, ob die kognitiven Probleme der Eltern, die mit den schwersten depressiven Zuständen zusammenhängen, die Wirkung der Intervention beeinträchtigen könnten.

In 23 Familien nahmen beide Elternteile an der VIPI-Intervention teil; in den meisten Familien entschieden sich die Mütter für die Teilnahme an der Studie. Daher wurden die Daten der nicht teilnehmenden Eltern nicht analysiert.

Unsere Nachbeobachtungszeit war auf 6 Monate nach der Behandlung begrenzt. Eine längere Nachbeobachtungszeit könnte Aufschluss über weitere Fortschritte bei der emotionalen Verfügbarkeit der Eltern-Kind-Interaktionen geben.

Klinische Implikationen

Unsere Studie zeigt, dass die VIPI-Intervention einen Einfluss auf die emotionale Verfügbarkeit in Eltern-Kind-Beziehungen hat. Unerwartet wurde auch ein spezifischer VIPI-Effekt im Vergleich zu TAU in Familien mit depressiven Eltern gefunden, unabhängig von der vorhandenen interaktionellen Kompetenz, was zu einer erhöhten emotionalen Verfügbarkeit in Eltern-Kind-Interaktionen führte. Unsere Ergebnisse, zusammen mit den langfristigen Haupteffekten auf depressive Symptome, unterstützen den Einsatz von VIPI-Interventionen bei depressiven Müttern mit kleinen Kindern. Einige Kliniker könnten behaupten, dass es am besten ist, die depressiven Symptome der Eltern zu behandeln, bevor sie an den Eltern-Kind-Interaktionen arbeiten; unsere Ergebnisse geben jedoch keine Hinweise auf die Notwendigkeit einer solchen Reihenfolge.

Auch wenn die Studie keine langfristigen Auswirkungen

auf die emotionale Verfügbarkeit im Vergleich zu TAU nachweisen konnte, zeigte die 6-monatige Nachuntersuchung Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes. In ihrer klinischen Arbeit machen die VIPI-Therapeuten die Erfahrung, dass ein oder zwei "Booster-Sitzungen" innerhalb von 6 Monaten nach Ende der Intervention die positive Wirkung auf die Eltern-Kind-Beziehung verstärken können.

Hoivik et al. *Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychische Gesundheit* 2015;19:3
Beziehung zum Kind. Die Untersuchung der Auswirkungen solcher "Booster-Sitzungen" waren nicht Gegenstand unserer Studie.

infant mental health. New York, NY, USA: Guilford Press; 1995:42-50.
4. Hopkins J. Psychotherapie mit Kindern und Eltern. *Jf Child Psychother.* 1992;18:5-17.

Schlussfolgerung

Eine kurzfristige Wirkung einer Elternintervention, VIPI, wurde im Vergleich zu TAU in Familien mit geringer emotionaler Verfügbarkeit in Eltern-Kind-Interaktionen festgestellt, insbesondere bei Eltern mit Symptomen von Depression. Langfristige Auswirkungen von VIPI auf depressive Symptome der Eltern und auf die soziale und emotionale Entwicklung der Kinder konnten ebenfalls nachgewiesen werden. Darüber hinaus geben unsere Ergebnisse Anhaltspunkte für den Einsatz von VIPI-Interventionen bei Eltern mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen.

Konkurrierende Interessen

Die Autoren erklären, dass sie keine konkurrierenden Interessen haben.

Beiträge der Autoren

TSBN überwachte die Gestaltung des Manuskripts und überprüfte den Inhalt kritisch. SL führte die statistische Analyse durch, unterstützte sie und überprüfte die statistischen Teile der Arbeit kritisch. MBH beteiligte sich in Zusammenarbeit mit MBD und RO an der Konzeption der Studie und an der Entwicklung des VIPI-Handbuchs. MBD und RO überprüften das Manuskript ebenfalls kritisch. MSH war verantwortlich für die Datenverarbeitung, die Kodierung der Videobänder, die Durchsicht der Literatur und die Abfassung des Manuskripts. Alle Autoren billigten das endgültige Manuskript.

Danksagung

Die Studie wurde von Marit Bergum Hansen und Lars Smith vom Center for Child and Adolescent Mental Health, Eastern and Southern Norway, Oslo, initiiert. Turid Suzanne Berg-Nielsen war die Leiterin des Projekts. Ragnhild Onsøien fungierte als Koordinatorin für die VIPI-Behandlung und war für die Zuteilung und Randomisierung der Studie verantwortlich. Die Rekrutierung und Datenerhebung/-verarbeitung erfolgte in Zusammenarbeit mit Anne Synnøve Brenne, Unni Bakke, Karene Garnaas Andersen, Kathrine Lille und Charlotte Skajaa sowie mit Gesundheits- und Sozialarbeitern in den Städten Trondheim und Oslo und in den folgenden Gemeinden in Ostnorwegen: Grue, Løten, Ski, Enebakk, Konsvinger und Oppegård.

Finanzierung

Das Projekt wurde von der norwegischen ExtraFoundation for Health and Rehabilitation mit EXTRA-Mitteln unter der Referenznummer 2010/2/0303 des Norwegischen Rates für psychische Gesundheit und dem Verbindungsausschuss zwischen der RHA Zentralnorwegen und der NTNU (Referenznummer 2011/4504) finanziell unterstützt.

Angaben zum Autor

¹Regionales Zentrum für psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und Kinderfürsorge - Mittelnorwegen, Medizinische Fakultät, Norwegische Universität für Wissenschaft und Technologie, N-7491 Trondheim, Norwegen. ²St. Olavs Hospital, Universitätsklinik Trondheim, Abteilung für Psychiatrie, Trondheim, Norwegen. ³Nationales Netzwerk für psychische Gesundheit von Kindern, Oslo, Norwegen. ⁴Das Zentrum für psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Ost- und Südnorwegen, Oslo, Norwegen.

Empfangen: 8 September 2014 Akzeptiert: 30. Januar 2015

Published online: 12 February 2015

Referenzen

1. Cramer B. Dynamische Kurzzeit-Psychotherapie für Kleinkinder und ihre Eltern. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 1995;4:649-60.
2. Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V. Gespenster im Kinderzimmer: ein psychoanalytischer Ansatz für die Probleme gestörter Mutter-Kind-Beziehungen. In: *Eltern-Säuglings-Psychodynamik: Wilde Dinge, Spiegel und Gespenster.* Philadelphia, PA, USA: Whurr Publishers; 2003. p. 87-117.
3. Lieberman AF, Pawl JH. Säuglings-Eltern-Psychotherapie. In: *Handbook of*

5. Robert-Tissot C, Cramer B, Stern DN, Serpa SR, Bachmann J-P, Palacio-Espasa F, et al. Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: Bericht über 75 Fälle. *Infant Ment Health J.* 1996;17:97-114.
6. Lebovici S. Pour une clinique de l'interaction. [Für einen klinischen Ansatz der Interaktion zwischen dem Baby und seiner Mutter.] *Perspectives Psy.* 1983;21:15-21.
7. Beebe B. Kurze Mutter-Säuglings-Behandlung: psychoanalytisch informiertes Video-Feedback. *Infant Ment Health J.* 2003;24:24-52.
8. McDonough SC. Anleitung zur Interaktion: Förderung und Pflege der Betreuungsbeziehung. In: Sameroff AJ, McDonough SC, Rosenblum KL, editors. *Behandlung von Beziehungsproblemen zwischen Eltern und Kind: Strategien für Interventionen.* New York, NY, USA: Guilford Press; 2004. S. 79-96.
9. Van den Boom DC. Interventie bij prikkelbare kinderen. [Intervention mit reizbaren Kindern]. *Psycholoog.* 1991;26:7-13.
10. Britt GC, Myers BJ. Die Auswirkungen der Brazelton-Intervention: ein Überblick. *Infant Ment Health J.* 1994;15:278-92.
11. Brazelton TB. Möglichkeiten zur Prävention von Problemen in der Eltern-Kind-Beziehung. In: Mark BS, Inorvaia J, editors. *The handbook of infant, child, and adolescent psychotherapy, New directions in integrative treatment*, vol. 2. Lanham, MD, USA: Jason Aronson; 1997. S. 5-23.
12. Cohen N, Muir E, Lojkasek M, Muir R, Parker CJ, Barwick M, et al. Watch, wait, and wonder: testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant Ment Health J.* 1999;20:429-51.
13. Hofacker N, Papoušek M. Störungen des exzessiven Schreiens, Fütterns und Schlafens: das Münchner Interdisziplinäre Forschungs- und Interventionsprogramm. *Infant Ment Health J.* 1998;19:180-201.
14. Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. Förderung einer positiven Elternschaft. Eine bindungsorientierte Intervention. New York/London: Taylor & Francis Group; 2008.
15. Marvin R, Cooper G, Hoffman K, Powell B. The circle of security project: attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attach Hum Dev.* 2002;4:107-24.
16. Egeland B, Erickson M. Implikationen der Bindungstheorie für Prävention und Intervention. In: Kramer HPS, Herausgeber. *Prävention in der psychischen Gesundheit.* Lanham, MD, USA: Jason Aronson; 1993. S. 23-50.
17. Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith WCS, Helms PJ, Williams JHG. Auswirkungen der Behandlung postnataler Depressionen auf die Mutter-Kind-Interaktion und die kindliche Entwicklung: Systematische Überprüfung. *Br J Psychiatry.* 2007;191:378-86.
18. Groeneveld MG, Vermeer HJ, van IJzendoorn MH, Linting M. Verbesserung der Qualität der häuslichen Kinderbetreuung durch Video-Feedback-Intervention: eine randomisierte kontrollierte Studie. *J Fam Psychol.* 2011;25:86-96.
19. Weiner A, Kuppermintz H, Guttman D. Video-Home-Training (das Orion-Projekt): eine kurzfristige Präventions- und Behandlungsintervention für Familien mit kleinen Kindern. *Fam Process.* 1994;33:441-53.
20. Aarts M. *Marte Meo: Grundlegendes Handbuch.* Harderwijk, die Niederlande: Aarts Productions; 2000.
21. Marte Meo International. [<http://martemeo.com>]
22. Onsjøen R, Drugli MB, Hansen MB. Marte Meo: Manualisert intervensjon for sped- og småbarn fra 0-2 år.[Marte Meo: Manualisierte Intervention für Kleinkinder bis zu 2 Jahren]. Oslo, Norwegen: Kompetansenettverket for sped og småbarnsforskning, Regionsenter for Barne- og Ungdomspsykiatri sør/øst. [Norwegisches nationales Netzwerk für die psychische Gesundheit von Kleinkindern, RBUP Süd/Ost]; 2007.
23. Wels PMA (Hrsg.). *Helfen mit einer Kamera. Der Einsatz von Video in der Familienhilfe.* Nijmegen, die Niederlande: Nijmegen University Press; 2002.
24. Fuller FF, Manning BA. Self-confrontation reviewed: a conceptualization for video playback in teacher education. *Rev Educ Res.* 1973;43:469-528.
25. Hung JHF, Rosenthal TL. Therapeutische Videowiedergabe: eine kritische Überprüfung. *Adv Behav Res Ther.* 1978;1:103-35.
26. Berger MM, Herausgeber. *Videotape techniques in psychiatric training and treatment.* New York, NY, USA: Brunner/Mazel; 1970.
27. Tucker J. Der Einsatz von Video zur Verbesserung des Lernens in einem ersten Versuch von "Watch, Wait and Wonder". *Infant Observation.* 2006;9:125-38.
28. Schechter DS, Myers MM, Brunelli SA, Coates SW, Zeanah CH, Davies M, et al. Traumatisierte Mütter können ihre Meinung über ihre Kleinkinder ändern: Verständnis dafür, wie ein neuartiger Einsatz von Videofeedback die positive Veränderung mütterlicher Attributionen unterstützt. *Infant Ment Health J.* 2006;27:429-47.
29. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Weniger ist mehr: Meta-Analysen zu Interventionen im Bereich Sensibilität und Bindung in der frühen Kindheit. *Psychol Bull.* 2003;129:195-215.
30. Egeland B, S WN, M B, Cheng VK. Remembering, repeating, and working through: Lehren aus bindungsorientierten Interventionen. In: Osofsky JD,

30. Fitzgerald HE, Herausgeber. WAIMH Handbook of infant mental health, Band 4. New York, NY, USA: Wiley; 2000: 35-89.
31. Jones A. Wie Video pathologische Abwehrprozesse sichtbar machen und die Schaffung eines dreieckigen Raums in der perinatalen Eltern-Säuglings-Psychotherapie erleichtern kann. *Infant Observation*. 2006;9:109-23.
32. Pillhofer M, Spangler G, Bovenschen I, Kuenster AK, Gabler S, Fallon B, et al. Pilotstudie zu einem Programm, das im Rahmen der Regelversorgung in Deutschland durchgeführt wird: Auswirkung einer kurzfristigen bindungsorientierten Intervention auf die mütterliche Sensibilität bei Müttern mit einem Risiko für Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. *Child Abuse Negl*. 2014; [http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213414002324].
33. McDonough SC. Förderung positiver früher Eltern-Säuglings-Beziehungen durch Interaktionsberatung. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 1995;4:661-72.
34. Eliëns M, Roose P. Babys und Kleinkinder im Bild: über die Abstimmung, Interaktion und Kommunikation mit gefährdeten Kleinkindern. Amsterdam, die Niederlande: SWP Publishers; 2010.
35. Dekker T, Biemans H. Videohometraining in gezinnen (Video home training in families). Bohn Stafleu van Loghum: Houten, Die Niederlande; 1994.
36. Fukkink RG. Video-Feedback im Breitbildformat: eine Meta-Analyse von Familienprogrammen. *Clin Psychol Rev*. 2008;28:904-16.
37. Downing G. Eine andere Art zu helfen. In: Fogel A, King BJ, Shanker SG, editors. *Menschliche Entwicklung im einundzwanzigsten Jahrhundert: visionäre Ideen von Systemwissenschaftlern*. New York, NY, USA: Cambridge University Press; 2008. S. 200-5.
38. Muir E. Watching, waiting, and wondering: applying psychoanalytic principals to mother-infant intervention. *Infant Ment Health J*. 1992;13:319-28.
39. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Weniger ist mehr. Meta-analytische Argumente für den Einsatz sensibilitätsorientierter Interventionen. In: Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Herausgeber. *Förderung positiver Elternschaft Eine bindungsorientierte Intervention*. New York /London: Taylor & Francis Group; 2008. S. 59-74.
40. Stams G-JJM, Juffer F, van IJzendoorn MH, Hoksbergen RC. Bindungsorientierte Intervention in Adoptivfamilien im Säuglingsalter und die Entwicklung der Kinder im Alter von 7 Jahren: zwei Folgestudien. *Br J Dev Psychol*. 2001;19:159-80.
41. Moss E, Dubois-Comtois K, Cyr C, Tarabulsky GM, St-Laurent D, Bernier A. Efficacy of a home-visiting intervention aimed to improve maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: a randomized control trial. *Dev Psychopathol*. 2011;23:195-210.
42. Kalinauskienė L, Cekuoliene D, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F, Kusakovskaja I. Supporting insensitive mothers: the Vilnius randomized control trial of video-feedback intervention to promote maternal sensitivity and infant attachment security. *Child Care Health Dev*. 2009;35:613-23.
43. Mendelsohn AL, Huberman HS, Berkule SB, Brockmeyer CA, Morrow LM, Dreyer BP. Strategien der Primärversorgung zur Förderung der Eltern-Kind-Interaktion und der Schulreife in Risikofamilien: das Bellevue Project for Early Language, Literacy, and Education Success. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011;165:33-41.
44. Cassibba R, van IJzendoorn MH, Coppola G, Bruno S, Costantini A, Gatto S, et al. Unterstützung von Familien mit Frühgeborenen und Kindern, die an Dermatitis leiden. In: Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Herausgeber. *Förderung einer positiven Elternschaft An bindungsorientierte Intervention*. New York/London: Taylor & Francis Group; 2008. S. 91-110.
45. Klein Velderman M, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F, van IJzendoorn MH, Mangelsdorf SC, Zevalkin J. Preventing preschool externalizing behavior problems through video-feedback intervention in infancy. *Infant Ment Health J*. 2006;27:466-93.
46. van Doesum KT, Riksen-Walraven JM, Hosman CM, Hoefnagels C. Eine randomisierte, kontrollierte Studie über einen Hausbesuch zur Vorbeugung von Beziehungsproblemen bei depressiven Müttern und ihren Säuglingen. *Child Dev*. 2008;79:547-61.
47. Beeber LS, Chazan-Cohen R, Squires J, Harden BJ, Boris NW, Heller SS, et al. The Early Promotion and Intervention Research Consortium (E-PIRC): Fünf Ansätze zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von Säuglingen/Kleinkindern in Early Head Start. *Infant Ment Health J*. 2007;28:130-50.
48. van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F. Video-Feedback-Intervention zur Förderung positiver Elternschaft. Evidenzbasierte Intervention zur Förderung von Sensibilität und Sicherheit. In: Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, editors. *Promoting positive parenting An attachment-based intervention*. New York/London: Taylor &

49. Biringen Z. The Emotional Availability (EA) Scales. 4. Auflage. Boulder, CO, USA: emotionalavailability.com; 2008.
50. Emde RN. Emotionale Verfügbarkeit: ein reziprokes Belohnungssystem für Säuglinge und Eltern mit Auswirkungen auf die Prävention psychosozialer Störungen. In: Taylor PM, Herausgeber. Parent-infant relationships. Orlando, FL, USA: Grune and Stratton; 1980. p. 87-115.
51. Hafstad R, Øvreeide H. Marte Meo - en veilednings - og behandlingsmetode. [Marte Meo - Eine Methode der Supervision und der Therapie]. J Norwegian Psychol Assoc. 2004;41:447-56.
52. Vik K, Rohde R. Kleine Momente von großer Bedeutung: Die Marte Meo-Methode im Kontext der frühen Mutter-Kind-Interaktion und der postnatalen Depression. Die Verwendung von Daniel Sterns Theorie der "Schemata des Mit-Seins" zum Verständnis empirischer Befunde und zur Entwicklung einer stringenten Marte Meo-Methodik. Clin Child Psychol Psychiatry. 2014;19:77-89.
53. Vik K, Hafting M. Der Blick von außen als Förderer von Selbstreflexion und Vitalität: ein phänomenologischer Ansatz. J Reprod Infant Psychol. 2009;27:287-98.
54. Vik K, Braten S. Video Interaction Guidance inviting transcendence of postpartum depressed mothers' self-centered state and holding behavior. Infant Ment Health J. 2009;30:287-300.
55. Osterman G, Möller A, Wirtberg I. Die Marte Meo Methode als Mittel zur Unterstützung neuer Adoptiveltern. Adoption Fostering. 2010;34:49-57.
56. Axberg U, Hansson K, Broberg AG, Wirtberg I. The development of a systemic school-based intervention: Marte Meo und Koordinierungssitzungen. Fam Process. 2006;45:375-89.
57. Lee JA. *Der Empowerment-Ansatz in der Praxis der Sozialarbeit*. In: Lee, JA, editor. New York, NY, USA; Columbia University Press; 2013.
58. Murray L, Cooper P, Hipwell A. Psychische Gesundheit von Eltern, die sich um Kleinkinder kümmern. Arch Womens Ment Health. 2003;6 Suppl 2:71-7.
59. Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, Cooper P. Die Auswirkungen von postnatalen Depressionen und damit verbundenen Widrigkeiten auf frühe Mutter-Kind-Interaktionen und spätere kindliche Ergebnisse. Child Dev. 1996;67:2512-26.
60. Gale S, Harlow BL. Postpartale Stimmungsstörungen: ein Überblick über klinische und epidemiologische Faktoren. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2003;24:257-66.
61. Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P. Postnatale Depression bei Erstgebärenden: Prävalenz und Beziehungen zwischen funktionaler und struktureller sozialer Unterstützung 6 und 12 Wochen postpartal. Arch Psychiatr Nurs. 2011;25:174-84.
62. O'hara MW, Swain AM. Häufigkeit und Risiko von postpartalen Depressionen - eine Meta-Analyse. Int Rev Psychiatry. 1996;8:37-54.
63. Berle JØ, Aarre TF, Mykletun A, Dahl AA, Holsten F. Screening für postnatale Depression. Validierung der norwegischen Version der Edinburgh Postnatal Depression Scale und Bewertung von Risikofaktoren für postnatale Depression. J Affect Disord. 2003;76:151-6.
64. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Schei B, Opjordsmoen S. Die Edinburgh postnatale Depressionsskala: Validierung in einer norwegischen Gemeinschaftsstichprobe. Nord J Psychiatry. 2001;55:113-6.
65. Glavin K, Smith L, Sorum R. Prävalenz von postpartalen Depressionen in zwei Gemeinden in Norwegen. Scand J Caring Sci. 2009;23:705-10.
66. Dorheim SK, Bondevik GT, Eberhard-Gran M, Bjorvatn B. Schlaf und Depression bei Frauen nach der Geburt: eine bevölkerungsbasierte Studie. Sleep. 2009;32:847-55.
67. Van Doesum KTM, Hosman CMH, Riksen-Walraven JM. Eine modellbasierte Intervention für depressive Mütter und ihre Säuglinge. Infant Ment Health J. 2005;26:157-76.
68. White H, Flanagan TJ, Martin A, Silvermann D. Mutter-Kind-Interaktion bei Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, schwerer depressiver Störung, deren gleichzeitigem Auftreten und gesunden Kontrollpersonen. J Reprod Infant Psychol. 2011;29:223-35.
69. Conroy S, Marks MN, Schacht R, Davies HA, Moran P. The impact of maternal depression and personality disorder on early infant care. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010;45:285-92.
70. Conroy S, Pariante CM, Marks MN, Davies HA, Farrelly S, Schacht R, et al. Maternal psychopathology and infant development at 18 months: the impact of maternal personality disorder and depression. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2012;51:51-61.
71. Berg-Nielsen TS, Wichstrom L. Die psychische Gesundheit von Vorschulkindern in einer norwegischen bevölkerungsbasierten Studie, wenn ihre Eltern Symptome von Borderline-, antisozialen und narzisstischen Persönlichkeitsstörungen aufweisen: der Unberechenbarkeit ausgeliefert. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2012;6:19.
72. Laulik S, Chou S, Browne KD, Allam J. The link between personality disorder and parenting behaviors: a systematic review. Aggress Violent Behav. 2013;18:644-55.

73. Fonagy P, Higgitt A. Eine bindungstheoretische Perspektive auf frühe Einflüsse auf die Entwicklung und soziale Ungleichheiten im Gesundheitsbereich. In: Osofsky JD, Fitzgerald HE, editors. *WAIMH handbook of infant mental health*, vol. 4. New York, NY, USA: John Wiley & Sons, Inc; 2000. p. 521-78.
74. Emde RN. Nächste Schritte in der Forschung zur emotionalen Verfügbarkeit. *Attach Hum Dev*. 2000;2:242-8.
75. Biringen Z. Emotionale Verfügbarkeit: Konzeptualisierung und Forschungsergebnisse. *Am J Orthopsychiatry*. 2000;70:104-14.
76. Biringen Z, Brown D, Donaldson L, Green S, Krcmarik S, Lovas G. Adult Attachment Interview: linkages with dimensions of emotional availability for mothers and their pre-kindergarten children. *Attach Hum Dev*. 2000;2:188-202.
77. Biringen Z, Easterbrooks MA. Die Integration der emotionalen Verfügbarkeit in ein entwicklungspsychopathologisches Rahmenwerk: Überlegungen zur Spezialsektion und zukünftige Richtungen. *Dev Psychopathol*. 2012;24:137-42.
78. Ziv Y, Aviezer O, Gini M, Sagi A, Karie NK. Emotionale Verfügbarkeit in der Mutter-Säuglings-Dyade im Zusammenhang mit der Qualität der Mutter-Säuglings-Bindungsbeziehung. *Attach Hum Dev*. 2000;2:149-69.
79. Biringen Z, Easterbrooks MA. Emotionale Verfügbarkeit: Konzept, Forschung und Einfluss auf die Entwicklungspsychopathologie. *Dev Psychopathol*. 2012;24:1-8.
80. Skrondal A, Rabe-Hesketh S. *Multilevel and longitudinal modeling using stata*. 3rd ed. Texas USA: Texas USA edition: Stata-press.com; 2012. p. 437-41.
81. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Vergleich der Beck-Depressions-Inventare -IA und -II bei ambulanten psychiatrischen Patienten. *J Pers Assess*. 1996;67:588-97.
82. Storch EA, Roberti JW, Roth DA. Faktorenstruktur, konkurrierende Validität und interne Konsistenz des Beck Depression Inventory - Second Edition in einer Stichprobe von College-Studenten. *Depress Anxiety*. 2004;19:187-9.
83. Osman A, Kopper BA, Barrios F, Gutierrez PM, Bagge CL. Reliabilität und Validität des Beck-Depressionsinventars-II bei jugendlichen stationären Psychiatriepatienten. *Psychol Assess*. 2004;16:120-32.
84. Ottoson H, Bodlund G, Ekselius L. Der DSM-IV und ICD-10 Persönlichkeitsfragebogen (DIP-Q): Konstruktion und vorläufige Validierung. *Nord J Psychiatry*. 1995;49(No.4):285-91.
85. Bodlund O, Grann M, Ottosson H, Svanborg C. Validation of the self-report questionnaire DIP-Q in diagnosing DSM-IV personality disorders: a comparison of three psychiatric samples. *Acta Psychiatr Scand*. 1998;97:433-9.
86. Squires J, Bricker D, Twombly E. *Ages and Stages Questionnaires: Sozial-emotionales (ASQ:SE)*. Ein von den Eltern ausgefülltes System zur Beobachtung des sozial-emotionalen Verhaltens von Kindern. Baltimore, USA: Brookes Publishing Co; 2002.
87. Vickers AJ, Altman DG. Analyse kontrollierter Studien mit Messungen zu Beginn und nach Abschluss der Studie. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 2001;323:1123-4.
88. Holmes BM, Lyons-Ruth K. The relationship questionnaire-clinical version (RQ-CV): Die Einführung eines zutiefst misstrauischen Bindungsstils. *Infant Ment Health J*. 2006;27:310-25.
89. Solomon J, George C. Defining the caregiving system: towards a theory of caregiving. *Infant Ment Health J*. 1996;17:183-97.
90. Tronick EZ, Weinberg MK. Depressive Mütter und Säuglinge: Versagen bei der Bildung dyadischer Bewusstseinszustände. In: Murray L, Cooper PJ, editors. *Postpartale Depression und kindliche Entwicklung*. New York, NY, USA: Guilford Press; 1997. S. 54-81.
91. Schore AN. Auswirkungen einer sicheren Bindungsbeziehung auf die Entwicklung der rechten Gehirnhälfte, die Affektregulation und die psychische Gesundheit des Kindes. *Infant Ment Health J*. 2001;22:7-66.
92. Coleman PK, Karraker KH. Selbstwirksamkeit und Erziehungsqualität: Ergebnisse und zukünftige Anwendungen. *Dev Rev*. 1998;18:47-85.
93. Prochaska JO, DiClemente CC. Auf dem Weg zu einem umfassenden Modell des Wandels. In: Miller WR, Heather N, editors. *Treating addictive behaviors processes of change*, Bd. 13. New York, NY, USA: Springer eBooks; 1986. p. 3-27.
94. Brockington IF, Aucamp HM, Fracer C. Schwere Störungen der Mutter-Säuglings-Beziehung: Definitionen und Häufigkeit. *Arch Womens Ment Health*. 2005;9:243-63.
95. Fonagy P, Target M. Attachment and reflective function: their role in self organization. *Dev Psychopathol*. 1997;9:679-700.
96. Austin M-P, Mitchell P, Goodwin GM. Kognitive Defizite bei Depressionen: mögliche Implikationen für die funktionelle Neuropathologie. *Br J Psychiatry*. 2001;178:200-6.
97. Bradley BP, Mathews A. Memory bias in recovered clinical depressives. *Cogn Emot*. 1988;2:235-45.
98. Missel P, Sommer G. Depression und Selbstverbalisierung. *Cognit Ther Res*. 1983;7:141-8.

99. Cutrona CE, Troutman BR. Soziale Unterstützung, kindliches Temperament und elterliche Selbstwirksamkeit: ein Vermittlungsmodell für postpartale Depression. *Child Dev.* 1986;57:1507-18.
100. Wake M, Morton-Allen E, Poulakis Z, Hiscock H, Gallagher S, Oberklaid F. Prevalence, stability, and outcomes of Cry-fuss and sleep problems in the first 2 years of life: prospective community-based study. *Pediatrics.* 2006;117:836-42.
101. Sutter-Dallay AL, Murray L, Glatigny-Dallay E, Verdoux H. Verhalten des Neugeborenen und Risiko einer postnatalen Depression bei der Mutter. *Infancy.* 2003;4:589-602.
102. Seeley S, Murray L, Cooper PJ. Postnatale Depressionen: Die Auswirkungen der Intervention von Gesundheitsbesucherinnen auf Mütter und Säuglinge. *Health Visit.* 1996;69:135-8.
103. Bornstein MH, Manian N. Maternal responsiveness and sensitivity reconsidered: some is more. *Dev Psychopathol.* 2013;25:957-71.
104. van den Boom DC. Der Einfluss von Temperament und Mutterschaft auf Bindung und Exploration: eine experimentelle Manipulation der sensiblen Reaktionsfähigkeit bei Müttern aus der Unterschicht mit reizbaren Säuglingen. *Child Dev.* 1994;65:1457-77.
105. Papoušek M, Papoušek H, Haekel M. Didaktische Anpassungen beim Sprechen von Vätern und Müttern mit ihren 3 Monate alten Säuglingen. *J Psycholinguist Res.* 1987;16:491-516.
106. Garai EP, Forehand RL, Colletti CJM, Reeslund K, Potts J, Compas B. The relation of maternal sensitivity to children's internalizing and externalizing problems within the context of maternal depressive symptoms. *Behav Modif.* 2009;33:559-82.
107. Mesman J, Oster H, Camras L. Elterliche Sensibilität für die Notlage von Säuglingen: Was haben diskrete negative Emotionen damit zu tun? *Attach Hum Dev.* 2012;14:337-48.
108. Moore GA, Cohn JF, Campbell SB. Die affektiven Reaktionen von Säuglingen auf das stille Gesicht der Mutter im Alter von 6 Monaten sagen externalisierende und internalisierende Verhaltensweisen im Alter von 18 Monaten unterschiedlich voraus. *Dev Psychol.* 2001;37:706-14.
109. Herve MJ, Jaussent A, Paradis M, Rattaz C, Lopez S, Evrard V, et al. Verhaltensstörungen und Funktionsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern: Merkmale, Mutter-Kind-Interaktionen, Bündnis und Ergebnisse nach einer kurzen Eltern-Kind-Psychotherapie. Eine Pilotstudie. *Encéphale.* 2013;39:29-37.
110. Lyons-Ruth K, Bureau JF, Holmes B, Easterbrooks A, Brooks NH. Borderline-Symptome und Suizidalität/Selbstverletzung in der späten Adoleszenz: prospektiv beobachtete Beziehungskorrelate in der Kindheit und im Kindesalter. *Psychiatry Res.* 2013;206:273-81.
111. Brazelton TB. Berührungspunkte: Möglichkeiten zur Vermeidung von Problemen in der Eltern-Kind-Beziehung. *Acta Paediatr.* 1994;83:35-9.
112. Poslawsky IE, Naber FB, Bakermans-Kranenburg MJ, van Daalen E, van Engeland H, van IJzendoorn MH. Video-Feedback-Intervention zur Förderung positiver Elternschaft bei Autismus (MIPP-AUTI): eine randomisierte kontrollierte Studie. *Autism.* 2014; in press. [<http://aut.sagepub.com/content/early/2014/06/10/1362361314537124>]
113. Salomonsson B. Baby-Sorgen: eine randomisierte kontrollierte Studie über Psychoanalytische Behandlung von Mutter und Kind. Dissertation. Karolinska Institutet, Abteilung für die Gesundheit von Frauen und Kindern, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie; 2010.
114. Forman DR, O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Larsen KE, Coy KC. Eine wirksame Behandlung der postpartalen Depression reicht nicht aus, um die sich entwickelnde Mutter-Kind-Beziehung zu verbessern. *Dev Psychopathol.* 2007;19:585-602.
115. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Wirksamkeit von interpersoneller Psychotherapie bei postpartaler Depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57:1039-45.
116. Beeghly M, Weinberg MK, Olson KL, Kernan H, Riley J, Tronick EZ. Stabilität und Veränderung des Niveaus der depressiven Symptomatik von Müttern während des ersten postpartalen Jahres. *J Affect Disord.* 2002;71:169-80.
117. Field T. Auswirkungen mütterlicher Depressionen auf Säuglinge und frühe Interventionen. *Prev Med.* 1998;27:200-3.
118. Bornstein RF. Abhängige Persönlichkeitsstörung. In: Weiner IB, Craighead WE, editors. *The Corsini encyclopedia of psychology*, vol. 2. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc; 2010.
119. Harper RG. Paranoide Persönlichkeitsstörung. In: Weiner IB, Craighead WE, editors. *The Corsini encyclopedia of psychology*, vol. 2. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc; 2010.

Reichen Sie Ihr nächstes Manuskript bei BioMed Central ein und nutzen Sie die Vorteile:

- Bequeme Online-Einreichung
- Gründliche Peer Review
- Keine Platzbeschränkungen oder Farbkosten
- Sofortige Veröffentlichung bei Annahme
- Aufnahme in PubMed, CAS, Scopus und Google Scholar
- Forschung, die zur Weiterverbreitung frei verfügbar ist

