



Elektronischer Sonderdruck für G.J. Suess

Ein Service von Springer Medizin

Bundesgesundheitsbl 2010 · 53:1143–1149 · DOI 10.1007/s00103-010-1145-5

© Springer-Verlag 2010

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

G.J. Suess · U. Bohlen · A. Mali · M. Frumentia Maier

Erste Ergebnisse zur Wirksamkeit Früher Hilfen aus dem STEEP-Praxisforschungsprojekt „WiEge“

Erste Ergebnisse zur Wirksamkeit Früher Hilfen aus dem STEEP-Praxisforschungsprojekt „WiEge“¹

Frühe Hilfen sind wie kein anderes Praxisfeld mit der Entwicklung wissenschaftlicher Grundlagen verknüpft. Die moderne Säuglingsforschung und vor allem die Mitte der 1970er-Jahre gestarteten Längsschnittstichproben zur Identifikation von Faktoren, die das Auftreten, die Intensität und die Dauer von Störungen fördern, haben die Bedeutung der ersten Lebensjahre herausgestrichen. Die in den 1980er-Jahren entstandene Disziplin der Entwicklungspsychopathologie hat darüber hinaus unser Verständnis von Entwicklung verändert und transaktionale Austauschprozesse zwischen beeinträchtigten und normal entwickelten Bereichen betont [1, 2]. In der Folge konnten nicht nur Schutzsysteme, die bei vergleichbaren Risikokonstellationen für unterschiedliche Ergebnisse sorgten, sondern darüber hinaus die Mechanismen und Prozesse, die vom Risiko zur Störung führen, identifiziert werden. Diese Erkenntnisse legen Präventionskonzepte nahe, die neben der Verhinderung bekannter Risiken die Förderung von Schutzsystemen in der Entwicklung von Kindern zum Fokus haben.

Das Bindungssystem gilt heute nicht nur als wirksamster Schutz, sondern ist darüber hinaus sehr gut erforscht [3]. Neben der elterlichen Feinfühligkeit kommt der Fähigkeit zur kritischen Reflexion eigener Bindungserfahrungen und ihrer Auswirkungen auf den Umgang mit dem Kind eine entscheidende Bedeutung zu. In Metaanalysen konnte ihr Einfluss auf die Entwicklung sicherer Eltern-Kind-Bindungen belegt werden [4, 5].

Mehrere präventive Interventionsprogramme haben diese Erkenntnisse

bereits in unterschiedlichem Ausmaß genutzt [6, 7, 8, 9, 10, 11], so auch das STEEP-Programm [12]. Die Übersetzung valider theoretischer Konzepte in die Praxis sowie die Überprüfung ihrer Wirksamkeit ist programmatisch für die Entwicklungspsychopathologie. Sie bietet für die Grundlagenforschung und die Praxis mehrere Vorteile, unter anderem eine wirkungsorientierte Steuerung von Praxisressourcen und die Überprüfung theoretischer Grundannahmen. Darüber hinaus erhöht sich die Sicherheit bei der Interpretation der Ergebnisse von Interventionsstudien, wenn sie auf validen Theorien basieren und die Ergebnisse mit deren Prognosen im Einklang sind [1, 14]. STEEP ist ein bindungstheoretisch fundiertes Interventionsprogramm, das von B. Egeland und M.F. Erickson [13] aufgrund erster Erkenntnisse aus der Minnesota-High-Risk-Study [3, 12] entwickelt wurde, um als Hauptziel die Entwicklung sicherer Eltern-Kind-Bindungen zu fördern. Folgerichtig sind die Kernelemente die beraterische Beziehung, die neben der Bereitstellung eines Sicherheit spendenden Rahmens insbesondere auch zur Reflexion eigener Bindungserfahrungen sowie ihres Einflusses auf den Umgang mit dem Kind anregen soll, und die videogestützte Anleitung zum feinfühligem Umgang mit dem Kind. Mütter werden im Umgang mit ihrem Kind auf Video aufgenommen. Offene Fragen zielen beim gemeinsamen Ansehen darauf ab, die Aufmerksamkeit der Mütter gegenüber den kindlichen Signalen sowie ihre Empathie gegenüber kindlichen Bedürfnissen zu fördern. Die Intervention setzt

damit an empirisch gut belegten zentralen Mechanismen in der Bindungsentwicklung an [15]. STEEP richtet sich an hoch belastete junge Mütter, umfasst Hausbesuche und Gruppenangebote im wöchentlichen Wechsel, beginnt in der Regel im letzten Drittel der Schwangerschaft und endet zum zweiten Geburtstag des Kindes. Die Wirksamkeit wurde 1987 in den USA erstmals im Rahmen einer RCT-Studie überprüft [12, 13] und für unterschiedliche Bereiche der Mutter-Kind-Interaktion bestätigt – jedoch nicht für die Qualität der Eltern-Kind-Bindung im Einjahresalter der Kinder. Letzteres wurde mit einem möglichen Deckeneffekt erklärt, da in der Kontrollgruppe ein für Hochrisikogruppen ungewöhnlich hohes Ausmaß an Bindungssicherheit (67%) zu beobachten war [16]. Ein Follow-up bei den zweijährigen Kindern ergab, dass sichere Eltern-Kind-Bindungen in der Experimentalgruppe im Unterschied zur Kontrollgruppe stabil blieben [12, 13].

Wir wollen der Frage nachgehen, inwieweit Mutter-Kind-Paare in Deutschland durch die STEEP-Intervention im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne gezielte Bindungsförderung häufiger eine sichere Eltern-Kind-Bindung entwickeln.

¹ Das STEEP-Praxisforschungsprojekt „Wie Elternschaft gelingt“ (WiEge) wurde finanziell unterstützt durch das BMBF, das Nationale Zentrum Frühe Hilfen, die BHF-Bank-Stiftung, Rotary-Club Offenburg-Ortenau und die Thomas Gottschalk Stiftung. Wir danken allen Unterstützern, Familien, Beraterinnen sowie Gabi Mankau für ihre Unterstützung in der Praxis.

Das STEEP-Praxisforschungsprojekt

Seit 2001 wurde STEEP schrittweise in Deutschland an unterschiedlichen Standorten in enger Kooperation (Training, Supervision, wechselseitige Hospitation von deutschen und amerikanischen Anwender-Teams) mit den Entwicklern von STEEP implementiert. Das STEEP-Manual wurde ins Deutsche übersetzt [17] und ein umfassendes Weiterbildungskonzept entwickelt. Seit 2005 wird das STEEP-Programm im Rahmen einer multizentrischen Interventionsstudie an den Standorten Hamburg, Offenburg und Frankfurt evaluiert [18, 19, 20].

Interventionsdesign und Stichprobe

Wir kooperieren an den genannten Standorten mit anerkannten Trägern der Jugendhilfe, die das zweijährige STEEP-Programm als Hilfe zur Erziehung im Auftrag des örtlichen Jugendamtes als Jugendhilfeleistung anbieten. Alle betreuten Fälle erfüllen demnach die Leistungsvoraussetzungen der Hilfen zur Erziehung (§ 27,2 SGB VIII), das heißt, dass nach Einschätzung des Jugendamtes im Zusammenwirken mit Jugendhilfefachkräften eine dem Kindeswohl förderliche Erziehung nicht gewährleistet ist. Alle Mütter beziehungsweise deren gesetzliche Vertreter wurden nach erfolgter Aufklärung gebeten, schriftlich in die Teilnahme einzuwilligen, was in manchen Fällen bis zu fünf Kontakte erforderte. In die Datenauswertung werden Fälle nur einbezogen, wenn die Hilfe für die betroffenen Frauen während der Schwangerschaft beziehungsweise bis zum 4. Lebensmonat des Kindes aufgenommen wurde, wenn sie nicht älter als 25 Jahre alt sind, im Höchstfall einen Hauptschulabschluss haben, von staatlichen Transferleistungen leben und/oder weitere Risiken aufweisen. Die Rekrutierung erfolgt in Schüben, das heißt innerhalb vorbestimmter Zeitfenster in der Reihenfolge der Eingänge, solange es die Kapazitäten unserer Kooperationspartner in der Jugendhilfepraxis zulassen.

Die Mütter der Kontrollgruppe werden im Einjahresalter der Kinder nach

den für die Interventionsgruppe geltenden Kriterien rekrutiert. Da die zeitgleich mit der Interventionsgruppe rekrutierten Fälle für die Kontrollgruppe – nicht zuletzt, da wir ihnen zum damaligen Zeitpunkt keine finanziellen Anreize bieten konnten – bereits im ersten Jahr eine hohe Ausfallrate aufwiesen, entschieden wir uns für das beschriebene Vorgehen mit Datenerhebungen zum Ein- und Zweijahresalter der Kinder aus der Kontrollgruppe. Sie erhalten zwar die üblichen Jugendhilfeleistungen (meist Sozialpädagogische Familienhilfe, SPFH), jedoch kein STEEP-Angebot beziehungsweise kein Angebot mit Videointervention („Treatment As Usual“, TAU-Gruppe).

Zu Beginn (T₀), Mitte (T₁) und Abschluss (T₂) der Intervention sowie bei der TAU-Gruppe im Ein- (T₁) und Zweijahresalter (T₂) der Kinder werden komplexe Bindungs- und Interaktionsmaße sowie Maße zur Stress- und psychischen Belastung erhoben. Die Daten der Interventionsgruppe und – in eingeschränktem Maße – der TAU-Gruppe weisen somit ein längsschnittliches Design auf. Die Zuteilung der Fälle in STEEP- und TAU-Gruppe wurde durch Rekrutierungszeitfenster und Kapazitätsgrenzen gesteuert, um Selektionsverzerrungen zu minimieren.

Die Mütter in der STEEP-Gruppe weisen ein mittleres Alter von 18,42 Jahren auf und 43% von ihnen haben keinen Schulabschluss. In der TAU-Gruppe liegt das mittlere Alter bei 18,72 Jahren, und 36% der Mütter sind ohne Schulabschluss. Weitere 45% der TAU-Gruppe und 40% der STEEP-Gruppe besaßen einen Hauptschul- oder einen Förderschulabschluss. In beiden Gruppen waren 72% der Mütter alleinerziehend. Bei 9% der Mütter in der TAU-Gruppe und 14% in der Interventionsgruppe wussten wir von einer diagnostizierten seelischen Erkrankung. Während die Eltern der Mütter in der TAU-Gruppe noch lebten, hatten in der STEEP-Gruppe 4,8% die Mutter und 9,5% den Vater durch Tod verloren. Die Zahl der Mütter, die außerfamiliär aufgewachsen waren (zum Beispiel in Heim- oder Pflegefamilien) war in der TAU- (23,8%) und in der STEEP-Gruppe (26,7%) in etwa gleich.

Die Auswertung zur Häufung von Risikofaktoren (zum Beispiel Tod der eigenen Eltern, eigene psychische Erkrankung, finanzielle Belastung, Bildungsferne et cetera) zeigte in der Tendenz eine stärkere Belastung der STEEP-Gruppe. Hier hatten 41% der Mütter mehr als drei Risikofaktoren und 11,5% mehr als fünf Risikofaktoren zu verkraften. In der TAU-Gruppe lagen diese Zahlen bei 20% beziehungsweise bei 5%.

Diesen Daten zufolge sind beide Gruppen also durchaus miteinander vergleichbar. Wenn überhaupt, ergeben sich höhere Belastungen in der STEEP-Gruppe.

Wir berichten im vorliegenden Beitrag über die bisherigen Ergebnisse zur Bindungsqualität im Einjahresalter bei 58 Mutter-Kind-Paaren (von angestrebten 75) nach einem Jahr STEEP-Intervention sowie bei zwölf Paaren (von angestrebten 25) in der Kontrollgruppe.

Verwendete Maße

Fremde Situation. Die Fremde Situation (FST) nach Ainsworth ist eine anerkannte Standardprozedur zur Einschätzung der Bindungsqualitäten im zweiten Lebensjahr der Kinder. Ihre Validität und Reliabilität ist für unterschiedliche Kulturkreise gut dokumentiert [21]. Die videografierten Fremde-Situations-Prozeduren wurden von Elizabeth Carlson von der University of Minnesota ohne Kenntnis der Gruppenzugehörigkeit (TAU oder STEEP) hinsichtlich der drei organisierten Bindungsmuster – unsicher-vermeidend (A), unsicher-ambivalent (C) und sicher (B) – und zusätzlich hinsichtlich des desorganisierten Bindungsmusters (D) ausgewertet. Sie ist zertifiziert für die Auswertung und die Durchführung von Reliabilitätstrainings, insbesondere für das als schwer zu erlernende D-Muster.

Edinburgh Postnatale Depression Skala. Die Edinburgh Postnatale Depression Skala (EPDS) ist ein zehn Fragen umfassender Selbstausfüllerbogen, der ab einem Cut-off-Wert von 12 das Vorliegen einer Depression mit einer Wahrscheinlichkeit von 60 bis 100% vorhersagen lässt [22].

Parental Stress Index. Die Kurzfassung des Parental Stress Index (PSI-SF) ist ebenfalls ein Selbstausfüllerbogen [23], der 36 Fragen umfasst und die Bestimmung der allgemeinen Stressbelastung (Total Score psi-TS) aufgrund des komplexen Zusammenspiels von Einflüssen aus Elterndasein und Kindes- sowie Familiencharakteristiken ermöglicht. Drei Unterskalen liefern Angaben zur Stressbelastung durch das Elterndasein (psi-PD), durch den erlebten Umgang mit dem Kind (psi-PCDI) und dadurch, dass das Kind als schwierig erlebt wird (psi-DC). Werte über dem 85. Perzentil gelten als Risikofaktor für Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Aus unterschiedlichen Validierungsstudien [24, 25] und Erfahrungen aus der Heidelberger Gruppe um Manfred Cierpka (mündlicher Vortrag 2010) sind die Cut-off-Werte für Auffälligkeiten für psi-TS bei 87, für psi-PD bei 38, für psi-PCDI bei 23 und für psi-DC bei 28 anzusetzen.

Adult-Adolescent Parenting Inventory. Das Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI-2) ist ein Erziehungseinstellungs-Fragebogen mit insgesamt 40 Items [26], der neben dem Child Abuse Potential Inventory (CAPI) [27] zu den am häufigsten verwendeten Instrumenten zur Einschätzung des Misshandlungsrisikos zählt und in großen Evaluationsstudien erfolgreich angewendet wurde (zum Beispiel Early Head Start) [28]. Er liefert Normen mit Cut-off-Werten für den risikanten Bereich für die fünf Skalen „Lack of Empathy“ (S1), „Inappropriate Expectations“ (S2), „Value Corporal Punishment“ (S3), „Role Reversal“ (S4) und „Oppressing Power and Independence“ (S5), die an großen und heterogenen Stichproben in den USA validiert wurden [28].

Ergebnisse zur Wirksamkeit des STEEP-Programmes

In **Abb. 1** sind die Ergebnisse zur Einstufung der Bindungsqualitäten für die STEEP- und die TAU-Gruppe dargestellt. Aufgrund der kleinen Zahlen sind die unsicheren Bindungsqualitäten „A“, „C“ und „D“ zu einer Gruppe zusammengefasst worden.

Bundesgesundheitsbl 2010 · 53:1143–1149 DOI 10.1007/s00103-010-1145-5
© Springer-Verlag 2010

G.J. Suess · U. Bohlen · A. Mali · M. Frumentia Maier

Erste Ergebnisse zur Wirksamkeit Früher Hilfen aus dem STEEP-Praxisforschungsprojekt „WiEge“

Zusammenfassung

Vorläufige Ergebnisse aus dem bindungs-basierten STEEP-Praxisforschungsprojekt „WiEge“ werden präsentiert. Im Rahmen einer längsschnittlich angelegten multizentrischen Interventionsstudie entwickelten signifikant mehr junge hoch belastete Mütter im zweijährigen STEEP-Programm sichere Bindungsbeziehungen zu ihren einjährigen Kindern als dies bei Müttern der Kontrollgruppe, die die üblichen Jugendhilfeleistungen erhielten, der Fall war. Alter der Mütter bei Geburt ihrer Kinder, Bildungsgrad, Alleinerziehenden-Status und Diagnosen einer seelischen Erkrankung zeigen, dass beide Gruppen vergleichbar sind. Ein globales Maß zum Risikostatus weist darauf hin, dass sich Mütter der Interventionsgruppe sogar mehr Risiken zu stellen haben. Zusätzliche Daten zu Depression (EPDS), elterlichem Stress (PSI) oder riskanten Erziehungseinstellungen (AAPI) werden präsentiert und dahingehend diskutiert, inwieweit die gefundenen Unterschiede einen Effekt des STEEP-Programmes darstellen. Da der Fokus des STEEP-Programmes auf empirisch va-

liierten Mechanismen in der Bindungsentwicklung liegt, ist es auch von Bedeutung, dass die Ergebnisse im Einklang mit der Bindungstheorie stehen. Gleichzeitig fanden wir keine signifikanten Gruppenunterschiede bei der Bindungsdesorganisation. Die Unterstützung von Müttern in Richtung höhere Feinfühligkeit und größere Reflexion – wie es im STEEP-Programm geschieht – scheint nicht ausreichend zu sein, um Bindungsdesorganisation zu verhindern, wie andere Studien ebenfalls gezeigt haben. Obgleich unsere Ergebnisse auf kleinen Stichproben basieren, sind sie für eine Verbesserung von Interventionsstrategien informativ. Es bedarf einer stärkeren Fokussierung auf die der Entwicklung von Bindungsdesorganisation zugrundeliegenden Mechanismen, insbesondere auf ungewöhnliches Elternverhalten.

Schlüsselwörter

Frühe Hilfen · Hoch belastete jugendliche Mütter · Bindungsbasierte Intervention · STEEP · Bindungsdesorganisation

Preliminary results concerning the effectiveness of early intervention from the STEEP™ practice research project “WiEge”

Abstract

Preliminary results of the attachment-based STEEP™ (Steps toward effective and enjoyable parenting) research practice project “WiEge” are presented. Within a multisite, longitudinal intervention study, young high-risk mothers enrolled in the 2-year STEEP™ program have developed significantly more secure attachment relationships with their 1-year old children compared to mothers of the control group, who received the standard support as usual in the German welfare system. Age of mothers at birth of their children, educational level, single motherhood status, and mental health diagnoses indicate that both groups are comparable. A global measure of risk status indicates that mothers of the STEEP™ group confront even more risks than control group mothers. Additional data on depression (Edinburgh postnatal depression scale, EPDS), parenting stress (PSI), or risky parental attitudes (Adult-Adolescent Parenting Interview®, AAPI) are being presented and discussed with regard to the differences found being an effect of the STEEP™

program. Since the focus of the STEEP™ program is on empirically validated mechanisms in attachment development, it is also important that the results are in line with attachment theory. At the same time, we did not find significant group differences with regard to attachment disorganization. Supporting mothers in being more sensitive and to improve on reflective functioning – as being done in STEEP™ – does not seem to be sufficient to prevent attachment disorganization, as others studies have also shown. Although based on small sample sizes, the results are informative for improving intervention strategies, which need to focus more on the developmental process underlying attachment disorganization, i.e., unusual parental behavior.

Keywords

Early intervention · Parenting · Mother-child relationship · Steps toward effective and enjoyable parenting · Adolescents

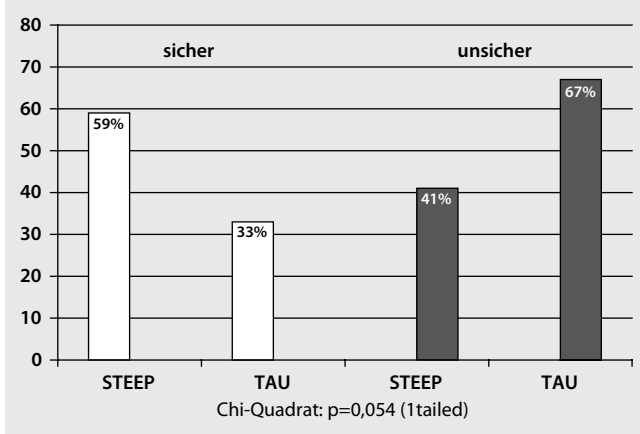


Abb. 1 ▲ Vergleich der Bindungsmuster zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe (Fremde Situation im Alter von zwölf Monaten der Kinder) TAU: Kontrollgruppe (Treatment as Usual), STEEP: Interventionsgruppe, sicher: sichere Eltern-Kind-Bindung (B), unsicher: unsichere Eltern-Kind-Bindung (A, C, D)

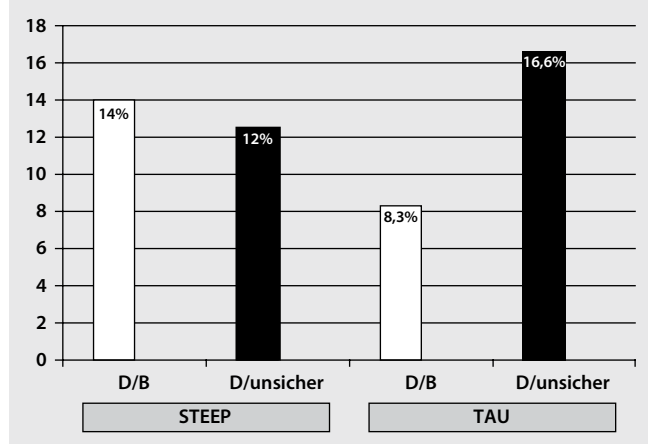


Abb. 2 ▲ Vergleich desorganisierter Bindungsmuster zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe (im Alter von zwölf Monaten der Kinder) TAU: Kontrollgruppe (Treatment as Usual), STEEP: Interventionsgruppe, D, B: Desorganisiert/sichere Bindungsqualitäten, D/unsicher: Desorganisiert/unsichere Bindungsqualitäten (A, C)

Demnach zeigen 34 (59%) von insgesamt 58 Mutter-Kind-Paaren nach einem Jahr STEEP-Intervention eine sichere Bindungsqualität im Vergleich zu 4 (33%) von insgesamt 12 Müttern der TAU-Gruppe, die keine STEEP-Intervention erhalten hat. Dieser Unterschied erreicht knapp das konventionelle Signifikanzniveau (Chi-Quadrat: 2,56, df 1, $p=0,054$, one-sided) und stimmt mit den theoretischen Grundannahmen der STEEP-Intervention überein, deren primäres Ziel in der Förderung einer sicheren Eltern-Kind-Bindung besteht.

Betrachtet man allerdings ausschließlich die Verteilung der desorganisierten Bindungsqualitäten (Abb. 2), so unterscheiden sich die STEEP- (26%) und TAU-Gruppe (25%) nicht voneinander. Bindungsdesorganisation bedeutet immer, dass eine zugrunde liegende Bindungsstrategie eines Kindes unter Stress zusammenbricht. Es werden folgerichtig neben der Einstufung „D“ immer auch die erkennbaren – zusammenbrechenden – organisierten Bindungsstrategien in der Auswertung angegeben, also zum Beispiel D/B als desorganisiert/sicher und D/A beziehungsweise D/C als desorganisiert/unsicher.

Die Entwicklung von Kindern mit Einstufung D/B gilt allgemein nicht in dem Maße als gefährdet wie die Entwicklung von Kindern mit der Einstufung D/A oder D/C. Wie Abb. 2 zeigt, sind unter den insgesamt 26% als „desorganisiert“ eingestuft Kindern der STEEP-Gruppe

14% „desorganisiert/sicher“. In der TAU-Gruppe sind es 8%. Dieser Unterschied erreicht allerdings – wahrscheinlich aufgrund der kleinen Zahlen – keine statistische Signifikanz.

Betrachtet man die zusätzlichen Variablen, die wir zum Bindungsstatus erhoben haben, so belegen die Ergebnisse zu Müttern mit klinisch auffälligen Werten (Tab. 1) deren hohe Belastung in der Treatmentgruppe im Übergang zur Elternschaft (To). Aus den Werten der Gesamtstressbelastung (psi-TS) ergeben sich bei 25% der Mütter konkrete Hinweise für eine drohende Kindesmisshandlung, wobei 38% der Mütter ihr Kind (psi-DC) als besonders schwierig und stressvoll erleben. Im EPDS-Screening zeigten 40,6% der Mütter der STEEP-Gruppe klinisch auffällige Werte (≥ 12), was das eben Gesagte unterstreicht.

Zum Einjahresalter (T1) der Kinder hin sank die Anzahl der durch Depression hoch belasteten Mütter auf 25,3%. Aufgrund der fehlenden EPDS-Erhebungen zum Zeitpunkt To für die TAU-Gruppe kann dies nicht als Effekt des STEEP-Programmes, das zudem als Jugendhilfe-Angebot nicht für sich in Anspruch nimmt, Depressionsneigungen zu behandeln, betrachtet werden. Dies gilt auch für Veränderungen bei anderen klinisch auffälligen Werten zwischen To und T1 (Tab. 1).

Die für die STEEP- sowie die TAU-Gruppe vorliegenden Ergebnisse können allerdings verwendet werden, um die beiden Gruppen zum Zeitpunkt T1 zu ver-

gleichen. Wir analysierten zunächst die Verteilung der Mütter mit klinisch auffälligen Werten (Chi-Quadrat-Test) zwischen beiden Gruppen und danach die Mittelwertsunterschiede auf Grundlage der Werte über das gesamte Spektrum (t-Tests). Es zeigten sich hier keine signifikanten Unterschiede bezüglich klinisch relevanter Depressionswerte (EPDS) und Stressbelastungswerte (PSI). Lediglich bezogen auf klinisch auffällige Erziehungseinstellungen ergab sich ein tendenziell signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen (AAPI-S5). Demnach neigen Mütter der TAU-Gruppe mehr als die der STEEP-Gruppe dazu, das Streben ihres Kindes nach Unabhängigkeit zu unterdrücken und es in seinen Autonomiebestrebungen einzuschränken – allerdings erreichten diese Ergebnisse keine statistische Signifikanz.

Bei einer Betrachtung aller Werte in den verwendeten Maßen – also nicht nur der auf den klinisch auffälligen Bereich beschränkten – weisen die Mütter der STEEP-Gruppe signifikant höhere Werte im Gesamtstresswert (PSI-TS, t-Test, $p=0,048$, one-sided) auf. Ganz offensichtlich ist diese höhere Stressbelastung auf ein als schwierig und stressvoll erlebtes Kind zurückzuführen. Dies ist der zweite signifikante Gruppenunterschied (t-Test, $p=0,03$, one-sided).

In allen übrigen Maßen zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Diskussion

Im vorliegenden Beitrag wurde über die vorläufigen Daten des STEEP-Praxisforschungsprojektes zum Einjahresalter der Kinder berichtet, das heißt zur Halbzeit der STEEP-Intervention, die insgesamt zwei Jahre umfasst. Bei 59% der Mutter-Kind-Paare in der STEEP-Gruppe konnte das primäre Ziel des STEEP-Interventionsprogramms, einen sicheren Bindungsaufbau zu fördern, erreicht werden. In der TAU-Gruppe, die keine STEEP-Intervention und nur die gängigen Maßnahmen der Jugendhilfe erhalten hatte, lag diese Zahl bei 33%. Dieser Unterschied erwies sich als statistisch signifikant. Das Ausmaß an Bindungssicherheit ist für eine Hoch-Risiko-Gruppe ungewöhnlich hoch und immer noch höher als die durchschnittlich 49% sicheren Bindungen, die in einer Übersichtsarbeit über 593 in Deutschland durchgeführte Fremde Situationen dokumentiert wurden [29]. Dabei schwankten die Werte von 33% bis zu 56% in unterschiedlichen Studien, die mehrheitlich an Mittelschichtsstichproben durchgeführt wurden.

Vergleiche mit solchen Normwerten reichen allerdings für den Wirkungsnachweis einer Intervention nicht aus, da der Einfluss potenzieller Störvariablen auf diese Weise nicht kontrolliert werden kann. Dies geschieht am besten durch Randomisierungsverfahren, bei denen die an der Studie teilnehmenden Mütter zufällig auf die STEEP- und die TAU-Gruppe zu verteilen wären, am besten zeitgleich und nicht zeitversetzt wie in unserem Falle. Die als „Gold-Standard“ geltende Randomisierung verliert jedoch mit steigender Ausfallquote unter den Studienteilnehmerinnen ihre positive Wirkung zugunsten einer Erhöhung der internen Validität. Dies gilt vor allem für Längsschnittstudien wie der unseren. Darüber hinaus werden in jüngster Zeit die Effekte einer Randomisierung für kleinere Stichproben bezweifelt [14]. Dies gilt ebenso, wenn eine valide theoretische Grundlage für die Intervention fehlt und bei Studienbeginn die Erreichbarkeit der Zielgruppe nicht als gewährleistet angenommen werden kann.

Tab. 1 Vergleich der Mütter hinsichtlich Depression (EPDS), Stress (PSI) und Erziehungseinstellungen (AAPI) zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe

	Mütter (%) mit klinisch auffälligen Werten				Gruppenunterschiede (Mittelwerte) bezogen auf alle Werte (t-Test)		
	STEOP T0	T1	TAU T1	Chi-Quadrat p (1-tailed)	STEOP T1	TAU T1	p (1-tailed)
EPDS	40,60	25,30	23,80	n.s.	8,49	8,14	n.s.
PSI							
TS	25,00	24,00	20,00	n.s.	76,10	68,70	0.048
PD	11,70	18,00	9,00	n.s.	28,38	25,52	n.s.
PCDI	23,7	30,00	25,00	n.s.	19,50	18,60	n.s.
DC	37,70	49,00	45,00	n.s.	28,20	24,50	0,03
AAPI							
S1: inappropriate expectations	15,80	16,40	23,80	n.s.	21,97	21,28	n.s.
S2: lack of empathy	17,10	10,00	14,30	n.s.	42,18	42,86	n.s.
S3: corporal punishment	0,00	1,70	0,00	n.s.	46,75	47,52	n.s.
S4: role reversal	27,20	15,30	23,80	n.s.	25,52	25,81	n.s.
S5: oppression of independence	25,90	33,90	52,40	0.06	18,95	18,28	n.s.

TAU Treatment as Usual, EPDS Edinburgh Postnatal Depression Scale, PSI Parental Stress Index, TS Total Score, PD Parental Distress, PCDI Parent-Child Dysfunctional Interaction, DC Difficult Child, AAPI Adolescent Adult Parenting Inventory, n.s. nicht significant, T0 Baseline, T1 Midpoint (12-Monatsalter der Kinder)

Während unserer Studie eine valide Theorie zugrunde liegt, war die Erreichbarkeit der Zielgruppe bei Studienbeginn für uns – wie für viele andere Interventionsstudien – nicht gewährleistet. So können sich die Vorteile eines randomisierten Kontrollgruppendesigns schnell verflüchtigen [30].

Um neben dem Wirkungsnachweis auch ätiologische Konzepte zu überprüfen und damit auch Aussagen über Wirkfaktoren zu erhalten, gelten derzeit sogenannte Hybrid-Designs als optimal, die (quasi)experimentelle Designs mit korrelativen Längsschnittsdesigns verbinden [14]. Letzteres diente bei unserer STEEP-Studie als Vorbild. Andernorts haben wir bereits über längsschnittliche Zusammenhänge zwischen dem zu Interventionsbeginn festgestellten Bindungshintergrund der STEEP-Beraterinnen und der Bindungsqualität der von ihnen betreuten Mutter-Kind-Paare nach einem Jahr Intervention berichtet [19]. Sichere Beraterinnen (gemessen mit dem Adult Attachment-Projektive, AAP) sind demnach erfolgreicher in der Förderung sicherer Eltern-Kind-Bindungen. Erkenntnisse zu Wirkfaktoren aus längsschnittlichen Designs, gepaart mit Erkenntnissen aus Vergleichen von Treatment- und Kontrollgruppen, mini-

mieren Fehler in der Interpretation aufgrund des Einflusses von Störvariablen und erhöhen die Aussagekraft von Studienergebnissen.

Neben einem fehlenden RCT-Design ist die fehlende Baseline-Erhebung in unserer TAU-Gruppe eine der größten Schwächen unserer Studie. Dies mahnt zur Vorsicht bei der Interpretation der gefundenen Unterschiede bei den Bindungsqualitäten. Wir haben allerdings für beide Gruppen Maße erhoben, die nicht von Entwicklungseinflüssen abhängig sind, wie zum Beispiel das Alter der Mütter bei Geburt des Kindes, den Schulabschluss, eine Diagnose zur seelischen Erkrankung, den Verlust von Vater und Mutter durch Tod sowie das Aufwachsen in einem Heim oder einer Pflegefamilie. Hier zeigt sich durchgehend eine Vergleichbarkeit der beiden Gruppen. Fasst man alle diese Risikofaktoren zusammen und betrachtet ihre Häufung, die anderen Studien zufolge als bester Prädiktor für die weitere Entwicklung gilt [31, 32, 33, 34, 35], so lässt sich eine tendenziell höhere Belastung der Interventionsgruppe feststellen. Der Interventionserfolg mit Blick auf die Bindungssicherheit wurde also demnach nicht von positiveren Ausgangsbedingungen getragen. Diesen

Eindruck haben wir auch aus vielen Gesprächen mit Verantwortlichen aus der Jugendhilfe gewonnen, in denen es um deren ethische Vorbehalte gegenüber Kontrollgruppen ging und die oftmals mit dem Hinweis endeten, diese oder jene Mutter bräuchte eine besondere Hilfe und keine Standardverfahren. Dass trotz der genannten Faktoren, die allenfalls Verzerrungseffekte zugunsten der TAU-Gruppe vermuten lassen, signifikant mehr Mutter-Kind-Paare aus der Treatmentgruppe eine sichere Eltern-Kind-Bindung entwickelten, spricht für einen positiven Effekt von STEEP. Eine Zusammenschau aller Ergebnisse zeigt darüber hinaus, dass kein Ergebnis im Widerspruch zu den theoretischen Grundannahmen des STEEP-Konzeptes steht. Die Zahl der Mütter in der Treatmentgruppe mit klinisch auffälligen Depressionswerten halbierte sich nahezu während der einjährigen Intervention, unterschied sich allerdings nicht zu T1 von der der TAU-Gruppe. Da wir deren Ausgangswerte nicht kennen, kann dies nicht als Erfolg der Intervention gewertet werden. In der ursprünglichen STEEP-Evaluation in Minnesota zeigte sich eine vergleichbare Entwicklung bezüglich Depression, dort jedoch signifikant unterschiedlich zur Kontrollgruppe und damit als Effekt der STEEP-Intervention interpretierbar [12, 13, 15] – allerdings ein eher indirekter, über soziale Unterstützung und eine gelingende Elternschaft vermittelter Effekt, da STEEP im Unterschied zur Bindungsförderung keine besonderen Strategien verfolgt, Depression zu behandeln.

Eine Offenheit gegenüber den STEEP-Interventionsstrategien lässt sich hingegen mit Blick auf die berichteten Erziehungseinstellungen vermuten. Das Kind von Anfang an als autonome Persönlichkeit zu respektieren und als sichere Basis für das selbstständige Erkunden seiner kleinen Welt zu dienen ist ebenso Bestandteil des Feinfühligkeitstrainings wie der Respekt gegenüber kindlichen Bedürfnissen. Insofern ist der in der Tendenz signifikante Unterschied zwischen der STEEP- und der TAU-Gruppe vereinbar mit den theoretischen Konzepten.

Lediglich die signifikanten Unterschiede bei den Mittelwertvergleichen der PSI-Daten weisen die STEEP-Gruppe als stressbelasteter aus und bestätigen damit ein Ergebnis der ursprünglichen STEEP-Evaluation in Minnesota. Auch hier zeigte sich kein Effekt in Richtung einer Reduktion des von den Müttern berichteten Stresses. Allerdings konnte gezeigt werden, dass sich in der STEEP-Gruppe dieses anhaltend hohe Stressausmaß – anders als in der Kontrollgruppe – nicht negativ auf den Umgang mit dem Kind auswirkte [12]. Bedenkt man das junge Alter der Mütter und deren Bedürfnisse als Jugendliche beziehungsweise Heranwachsende, so ist nachvollziehbar, dass diese immer wieder in Widerspruch zu den Bedürfnissen eines sich entwickelnden Kleinkindes geraten. Vielleicht führt dies gerade bei Müttern mit einer größeren Sensibilität gegenüber kindlichen Bedürfnissen zu erhöhtem Stress. Da in der STEEP-Intervention mittels Videoeinsatz gezielt die Feinfühligkeit und die Fähigkeit zur Mentalisierung gefördert wird und beides auch zentrale Elemente der Ausbildung der STEEP-Beraterinnen sind, sind die ermittelten Unterschiede in der Bindungssicherheit konzeptionell bedeutsam.

Ein ähnlich positives Ergebnis können wir für die Bindungsdesorganisation, die sich in der STEEP- und der TAU-Gruppe nicht signifikant voneinander unterschied, nicht berichten. Das von uns gefundene Ausmaß an Bindungsdesorganisation ist vergleichbar mit dem in Metaanalysen auf Basis internationaler Studien [38] ermittelten Ausmaß bei jugendlichen Eltern (23%) und bei Eltern mit niedrigem sozioökonomischem Hintergrund (25%). Tritt zudem eine Missachtung der Kinder auf, so steigt das Ausmaß auf bis zu 80% [39, 40]. Für die Vorhersage von Bindungsdesorganisation wurden Skalen (zum Beispiel Frightening/Frightened- beziehungsweise Ambiance-Scale) entwickelt, die ungewöhnliche und das Kind erschreckende elterliche Verhaltensweisen erfassen und bisherigen Erkenntnissen zufolge orthogonal zur Dimension „Feinfühligkeit“ sind [36, 37, 38]. Betrachtet man die Ausbildung der STEEP-Beraterinnen mit ih-

rem Schwerpunkt auf Einschätzung und Training der Feinfühligkeit, so wird im Nachhinein nachvollziehbar, warum unsere Intervention in der Förderung sicherer Eltern-Kind-Bindung effektiver war als in der Vermeidung desorganisierter Bindungsqualitäten. Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn und Juffer [39] haben in einer Metaanalyse bindungsbasierter Interventionsstudien einen vergleichbaren Effekt gefunden und dafür plädiert, Erkenntnisse zur Entwicklung von Bindungsdesorganisation stärker einzubeziehen. Wir werten dies und unsere Ergebnisse als klaren Hinweis darauf, dass noch Entwicklungsarbeit vor uns liegt und die Intervention, insbesondere in den Ausbildungsmodulen und Supervisionseinheiten, deutlicher auf diese eben genannten Aspekte der Bindungsdesorganisation und auf ihre Entwicklung zugeschnitten werden muss. Dies betrifft sehr wahrscheinlich auch andere bindungstheoretisch fundierte präventive Interventionsprogramme, die die Feinfühligkeit von Eltern fördern. Nach erfolgter Modifikation unseres STEEP-Programmes muss sich in einer weiteren Evaluation zeigen, ob es gelungen ist, das Ausmaß an Bindungsdesorganisation signifikant zu senken. Eine solche Praxisentwicklungsforschung stellt unserer Meinung nach eine Bereicherung für die Jugendhilfe und die soziale Arbeit insgesamt dar.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. phil. habil., Dipl. Psych. G.J. Suess
Department Soziale Arbeit, HAW-Hamburg
Alexanderstr. 1, 20099 Hamburg
Deutschland
gerhard.suess@haw-hamburg.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Cicchetti D, Toth SL (2006) Developmental psychopathology and preventive intervention. In: Renninger KA, Sigel IE, Damon W, Lerner RM (Hrsg) Handbook of child psychology, 6. Aufl. Vol 4: Child psychology in practice. John Wiley & Sons Inc., Hoboken, NJ, S 497–547
2. Sameroff A (2009) The transactional model of development. American Psychological Association (APA), Washington

3. Sroufe LA, Egeland B, Carlson EA, Collins WA (2005) *The development of the person: the Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. Guilford Publications, New York, NY
4. De Wolff MS, IJzendoorn MH van (1997) Sensitivity and attachment: a meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Dev* 68(4):571–591
5. Van IJzendoorn MH (1995) Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychol Bull* 117(3):387–403
6. Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, IJzendoorn MH van (Hrsg) (2008) *Promoting positive parenting: an attachment-based intervention*. Taylor & Francis, New York
7. Toth SL, Rogosch FA, Cicchetti D (2008) Attachment-theory-informed intervention and reflective functioning in depressed mothers. In: Steele H, Steele M (Hrsg) *Clinical applications of the adult attachment interview*. Guilford Press, New York, NY, S 154–172
8. Van den Boom DC (1994) The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: an experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Dev* 65(5):1457–1477
9. Cierpka M (2009) Keiner fällt durchs Netz – Wie hoch belastete Familien unterstützt werden können. *Familiendynamik* 34(2):156–167
10. Jungmann T, Kurtz V, Brand T (2008) Das Modellprojekt „Pro Kind“ und seine Verortung in der Landschaft Früher Hilfen in Deutschland. *Frühförderung Interdisziplinär* 27:67–78
11. Ziegenhain U, Fries M, Bütow B, Derksen B (2004) *Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe*. Juventa, Weinheim München
12. Egeland B, Erickson M (1993) Implications of attachment theory for prevention and intervention. In: Parens H, Kramer S (Hrsg) *Margaret S. Mahler child development symposium, May 1992*. Jason Aronson Lanham, MD, Philadelphia, PA, S 23–50
13. Egeland B, Erickson MF (2004) Lessons from STEEP™: Linking theory, research, and practice for the well-being of infants and parents. In: Sameroff AJ, McDonough SC, Rosenblum KL (Hrsg) *Treating parent-infant relationship problems: strategies for intervention*. Guilford Press, New York, NY, S 213–242
14. Howe GW, Reiss D, Yuh J (2002) Can prevention trials test theories of etiology? *Dev Psychopathol* 14(4):673–694
15. Erickson MF, Egeland B (2004) Linking theory and research to practice: the Minnesota longitudinal study of parents and children and the STEEP™ program. *Clin Psychol* 8(1):5–9
16. Bakermans-Kranenburg MJ, IJzendoorn MH van, Juffer F (2008) Less is more: meta-analytic arguments for the use of sensitivity-focused interventions. In: Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, IJzendoorn MH van (Hrsg) *Promoting positive parenting: an attachment-based intervention*. Taylor & Francis Group/Lawrence Erlbaum Associates, New York, NY, S 59–74
17. Erickson MF, Egeland B (2009) Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung. Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEP™-Programm. Klett-Cotta, Stuttgart
18. Suess GJ, Mali A, Bohlen U (2009) Multizentrische Interventionsstudie zur Überprüfung von Wirksamkeitsfaktoren des bindungsbasierten STEEP-Frühinterventionsprogrammes in Deutschland. XXI. DGKJP-Kongress 2009, 4.–7. März 2009, Hamburg
19. Suess GJ, Kissgen R, Mali A (2009) The importance of attachment representations of professionals in attachment-based early intervention serving young high risk mothers. Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Denver
20. Suess GJ, Burat-Hiemer E (2009) *Erziehung in Krippe, Kindergarten, Kinderzimmer*. Klett-Cotta, Stuttgart
21. Van IJzendoorn MH, Kroonenburg PM (1988) Cross-cultural patterns of attachment: a meta-analysis of the strange situation. 59:147–156
22. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R (1987) Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry* 150:782–786
23. Abidin RR (1995) Parenting stress index – professional manual, 3. Aufl. *Psychological Assessment Resources*, Lutz
24. Greer AJ, Gulotta CS, Masler EA, Laud RB (2008) Caregiver stress and outcomes of children with pediatric feeding disorders treated in an intensive interdisciplinary program. *J Pediatr Psychol* 33(6):612–620
25. McKelvey LM, Whiteside-Mansell L, Faldowski RA et al (2009) Validity of the short form of the parenting stress index for fathers of toddlers. *J Child Fam Stud* 18(1):102–111
26. Bavolet SJ (1989) Assessing and treating high-risk parenting attitudes. *Early child development and care*. Special issue: child abuse and neglect. *Theory Res Pract* 42:99–112
27. Milner JS (1994) Assessing physical child abuse risk: the child abuse potential inventory. *Clin Psychol Rev* 14(6):547–583
28. Conners NA, Whiteside-Mansell L, Deere D et al (2006) Measuring the potential for child maltreatment: the reliability and validity of the adult adolescent parenting inventory-2. *Child Abuse Negl* 30(1):39–53
29. Gloger-Tippelt G, Vetter J, Rauh H (2000) Untersuchungen mit der „Fremden Situation“ in deutschsprachigen Ländern: Ein Überblick. *Psychologie Erziehung Unterricht* 47:87–98
30. Meisels SJ, Shonkoff JP (2000) Early childhood intervention: a continuing evolution. In: Shonkoff JP, Meisels SJ (Hrsg) *Handbook of early childhood intervention*, 2. Aufl. Cambridge University Press, New York, NY, S 3–31
31. Sameroff AJ, Gutman LM, Peck SC (2003) Adaptation among youth facing multiple risks: perspective research findings. In: Luthar SS (Hrsg) *Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge University Press, New York, S 364–391
32. Yates TM, Egeland B, Sroufe LA (2003) Rethinking resilience: a developmental process perspective. In: Luthar SS (Hrsg) *Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge University Press, New York, S 243–266
33. Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M (2007) *Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS)*. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 50:871–878
34. Suess GJ, Sroufe J (2005) Clinical implications of the development of the person. *Attach Hum Dev* 7(4):381–392
35. Ialongo NS, Rogosch FA, Cicchetti D et al (2006) A developmental psychopathology approach to the prevention of mental health disorders. In: Cicchetti D, Cohen DJ (Hrsg) *Developmental psychopathology: theory and method*, 2. Aufl. John Wiley & Sons Inc, Hoboken, NJ, S 968–1018
36. Van IJzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ (1999) Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Dev Psychopathol* 11:225–249
37. Cyr C, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ, IJzendoorn MH van (2010) Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: a series of meta-analyses. *Dev Psychopathol* 22:87–108
38. Lyons-Ruth K, Jacobvitz D (2008) Attachment disorganization – genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In: Cassidy J, Shaver P (Hrsg) *Handbook of attachment – theory, research, and clinical applications*. The Guilford Press, New York London, S 666–697
39. Bakermans-Kranenburg MJ, IJzendoorn MH van, Juffer F (2005) Disorganized infant attachment and preventive interventions: a review and meta-analysis. *Infant Ment Health J* 26(3):191–216
40. Suess GJ, Hammer W (2010) *Kinderschutz – Risiken erkennen, Spannungsverhältnisse gestalten*. Klett-Cotta, Stuttgart