

Bindungsaufbau im ersten Lebensjahr

Warum eine sichere Basis so wichtig ist

Säuglinge kommen mit einem angeborenem Bedürfnis nach Schutz durch soziale und emotionale Nähe zur Welt. Eine fürsorgliche und liebevolle Beziehung ist von zentraler Bedeutung für die gesunde Entwicklung von Kindern, denn im Rahmen der Interaktionen mit den Hauptbezugspersonen entwickeln sich emotionale und soziale Kompetenzen.

Von **Monika Equit¹** und **Margarete Bolten²**

Der Begriff der «Bindung» geht auf die Arbeiten des britischen Kinderpsychiaters John Bowlby zurück. Den Grundstein für die Entwicklung der Bindungstheorie legte er in den Fünfzigerjahren des 20. Jahrhunderts, als er im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation die psychische Gesundheit obdachloser Kinder im Nachkriegseuropa und die Zustände in Kinderheimen und Erziehungsanstalten untersuchte. Bowlby formulierte in diesem WHO-Bericht erstmals wesentliche Grundannahmen seiner Theorie über die Bindung zwischen Eltern und ihren Kindern.

Vor Bowlby beschrieben jedoch bereits andere Autoren den gravierenden Effekt früher Deprivationen und emotionaler Vernachlässigung. So untersuchte René Spitz 1945 (1) als Erster systematisch den Einfluss einer gestörten Mutter-Kind-Beziehung beziehungsweise das Aufwachsen in Betreuungssystemen, welche durch ein hohes Mass an Diskontinuität und fehlender emotionaler Zuwendung gekennzeichnet waren. Er beschrieb schwerwiegende Verhaltensauffälligkeiten, welche er als anaklitische Depression beziehungsweise als psychogenen Hospitalismus beschrieb. Unter anaklitischer Depression verstand Spitz eine tiefgreifende affektive Beeinträchtigung des Säuglings oder Kleinkindes als Reaktion auf lang andauernde Trennungserlebnisse, verbunden mit psychoemotionaler Deprivation, welche durch anhaltendes Weinen und Schreien (erste Phase), Rückzug (zweite Phase) und schliesslich Resignation mit Verlust der Lebensfreude gekennzeichnet ist.

Ähnliches untersuchte auch der amerikanische Psychologe und Primatenforscher Harry Harlow (2). Er setzte junge Rhesusaffen völlig isoliert in Käfige, ohne Kontakt zur Mutter beziehungsweise zu Spielgefährten. Die so gehaltenen Affen spielten und explorierten nicht. Vielmehr beobachtete Harlow bei ihnen eine Reihe schwerwiegender und anhaltender Verhaltensauffälligkeiten.

Die Kanadierin Mary Ainsworth, die in Bowlbys Arbeitsgruppe mitwirkte, beschäftigte sich vor allem mit dem

Einfluss von Trennungen auf die kindliche Entwicklung. Auf der Basis ihrer Untersuchungen mit einjährigen Kindern entwickelte sie eine standardisierte Verhaltensbeobachtung im Labor, den Fremde-Situations-Test (FST) (3, 4).

Ainsworth und Kollegen erweiterten damit die Bindungstheorie um einen wichtigen Aspekt – das Explorationsverhalten. Ohne Exploration und spielerisches Erkunden der Umwelt, so ihre Auffassung, können Kinder kaum neue Erfahrungen machen. Diese wiederum sind wichtige Voraussetzungen für kindliche Lernerfahrungen und damit für eine optimale Entwicklung. Das Bindungs- und das Explorationsverhalten stehen dabei in einer reziproken Beziehung. Kinder suchen dann die Nähe zur Bezugsperson, wenn sie unsicher sind oder sich unwohl fühlen. Fühlen sie sich hingegen sicher, explorieren sie ihre Umgebung.

Ainsworth nahm an, dass durch die Trennung von der Bezugsperson in einer für das Kind fremden Situation das Bindungssystem aktiviert wird und somit die Qualität der Mutter-Kind-Bindung beobachtet werden kann. In Anwesenheit der Mutter sollten sich die Kinder sicher fühlen und in der Lage sein, die Umgebung zu erkunden (Explorationsverhalten). Wenn die Mutter den Raum (und damit das Kind) verlässt, sollte das Kind mit Bindungsverhalten (Weinen, Rufen, Suchen, Nachfolgen, Anklammern etc.) reagieren. Jedoch beobachtete die Forschergruppe nicht bei allen Kindern das zuvor hypothetisch erwartete Bindungs- und Explorationsverhalten. Vielmehr wurden drei Gruppen von Kindern identifiziert, wobei nur die Kinder der ersten Gruppe das vorhergesagte Wechselspiel zwischen Bindungs- und Explorationsverhalten zeigten. Diese Kinder wurden als sicher gebunden klassifiziert. Bei den beiden anderen Gruppen war entweder das eine oder das andere Verhalten stärker ausgeprägt; dies wurde als unsicher gebunden klassifiziert (vgl. *Tabelle 1*).

Bereits unmittelbar nach der Geburt kann das Kind Nähe zur Bindungsperson herstellen.

¹ Universität des Saarlandes, Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Saarbrücken, Deutschland

² Universität Basel, Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik, Basel, Schweiz

Feinfühligkeit der Bindungspersonen

Bedeutsam in diesem Zusammenhang ist jedoch besonders die Erkenntnis, dass die beobachteten Bindungsmuster keine vererbten Merkmale sind, sondern durch Erfahrungen mit den eigenen Bezugspersonen gebildet werden. Dabei spielt besonders die sogenannte Feinfühligkeit oder Sensitivität eine entscheidende Rolle. Hiermit ist die Fähigkeit gemeint, kindliche Signale richtig wahrzunehmen, zu interpretieren sowie angemessen und prompt darauf zu reagieren. Mütterliches und kindliches Verhalten stehen in einer reziproken Beziehung.

Mütter sicher gebundener Kinder gehen einfühlsam und feinfühlig auf ihre Kinder ein. Sie gewähren ihnen Nähe

und Schutz, wenn sie dies benötigen. Gleichzeitig unterstützen sie ihre Kinder beim Erkunden der Umwelt. Mütter unsicher-vermeidend gebundener Kinder gehen häufig auf das Bedürfnis ihrer Kinder nach Nähe und Kontakt nicht ein, oder der körperliche Kontakt ist ihnen unangenehm. Die Kinder scheinen sich dem anzupassen, indem sie ihre Aufmerksamkeit vermehrt der Umgebung zuwenden und weniger den Kontakt zur Mutter suchen.

Mütter unsicher-ambivalent gebundener Kinder reagieren für das Kind wenig vorhersehbar. So ist es möglich, dass die Mütter einmal einfühlsam und feinfühlig auf die Bindungsbedürfnisse ihrer Kinder reagieren, ein anderes Mal ihr Kind jedoch zurückweisen. Da die Kinder sich dementsprechend nie sicher sein können, wann ihre Mutter wie reagieren wird, richten sie vermehrte Aufmerksamkeit auf den Kontakt zur Mutter und zeigen ein verstärktes Bindungsverhalten, um sich der Nähe zur Mutter und deren Schutz im Notfall sicher sein zu können.

Somit entwickeln sich aus dem phylogenetisch angelegten Bindungsbedürfnis eines Kindes durch qualitativ unterschiedliche Bindungsbeziehungen verschiedenartige psychologische Anpassungsmuster.

Tabelle 1:

Klassifikation der Bindungsqualität im Fremde-Situations-Test

Kategorie A: unsicher-vermeidend gebundene Kinder

Diese Kinder reagieren auf die Trennung von der Mutter nur mit wenig Bindungsverhalten. Sie protestieren kaum, folgen der Mutter nicht nach und spielen weiter. Auf die Rückkehr der Mutter reagieren sie eher mit Ablehnung und wollen nicht auf den Arm genommen und getröstet werden. In der Regel kommt es auch zu keinem intensiven Körperkontakt.

Kategorie B: sicher gebundene Kinder

Diese Kinder zeigen deutliches Bindungsverhalten nach der ersten wie auch nach der zweiten Trennung von der Mutter. Sie rufen nach der Mutter, folgen ihr nach, suchen sie, weinen beziehungsweise zeigen deutliche Anzeichen für Stress. Zum Teil kann sich die Aktivierung des Bindungsverhaltens bei sicher gebundenen Kindern aber auch nur in einem weniger konzentrierten Spiel äussern. Kinder mit diesem Bindungsstil sind meist in der Lage, sich von der fremden Person beruhigen zu lassen. Auf die Wiederkehr der Mutter reagieren sie mit Freude, suchen den Körperkontakt, wollen getröstet werden, können sich aber nach kurzer Zeit wieder beruhigen und wenden sich angebotenen Spielsachen erneut zu.

Kategorie C: unsicher-ambivalent gebundene Kinder

Diese Kinder zeigen nach den Trennungen extrem stark ausgeprägtes Bindungsverhalten. Sie weinen heftig und zeigen viele Stresssymptome. In der Regel kann die Mutter sie nach ihrer Rückkehr kaum beruhigen, und es braucht längere Zeit, bis diese Kinder wieder einen emotional stabilen Zustand erreicht haben. Diese Kinder verhalten sich sehr ambivalent in Bezug auf körperliche Nähe. Sie suchen einerseits den Körperkontakt zur Bindungsperson, andererseits wehren sie sich durch Strampeln, Schlagen, Stossen oder Abwenden dagegen.

Kategorie D: Kinder mit unsicher-desorganisiertem/desorientiertem Verhaltensmuster

Main und Solomon (5) identifizierten eine vierte Gruppe von Kindern, welche während der Beobachtung kurzzeitig weder Bindungsverhalten noch Explorationsverhalten zeigten. Sie wirkten wie erstarrt, führten begonnenes Verhalten nicht zu Ende und zeigten teilweise gleichzeitig beziehungsweise kurz danach widersprüchliches Verhalten. Ausserdem wurden häufig stereotype Verhaltens- und Bewegungsmuster beobachtet. Diese Kinder wurden als «desorganisiert» bezeichnet, da sie für kurze Zeit keine organisierte Verhaltensstrategie aufwiesen. Diese Verhaltensweisen wurden so interpretiert, dass das Bindungssystem dieser Kinder zwar aktiviert ist, ihr Bindungsverhalten sich aber nicht in ausreichend konstanten und eindeutigen Verhaltensstrategien äussert.

Entwicklung sicherer Bindungsbeziehungen

Das Bindungs- und Explorationsverhalten verändert sich im Verlauf der frühkindlichen Entwicklung. Dabei vollzieht sich die Bindungsentwicklung in den ersten Lebensjahren im engen Wechselspiel zwischen der Hirnreifung und den damit verbundenen Kompetenzen (motorisch, sprachlich, kognitiv) sowie den Erfahrungen mit den Eltern beziehungsweise Bezugspersonen.

Bowlby propagierte ein Modell der Entwicklungspfade, welches sowohl frühen Bindungserfahrungen als auch Erfahrungen, die im Laufe der Entwicklung gemacht wurden, eine grosse Bedeutung für die sozioemotionale Entwicklung zumass. Längsschnittstudien zeigten zwar, dass es eine gewisse Stabilität von Bindungsstilen gibt (6, 7), jedoch auch Diskontinuitäten auftreten, wenn es zu deutlichen Veränderungen in der Beziehungsgestaltung zwischen Bindungspersonen und dem Kind kommt. Ein einmal erworbenes Bindungsmuster bleibt nicht zwangsläufig bis ins hohe Alter stabil. So können auf der einen Seite bestimmte Lebensereignisse in der frühen Kindheit (z.B. längere Trennungen, schwere Erkrankungen oder Todesfälle von Bezugspersonen) die Bindung beeinflussen, andererseits haben auch aktuelle Beziehungserfahrungen einen bedeutsamen Einfluss.

Von zentraler Bedeutung ist aber, dass menschliche Säuglinge von Geburt an auf die Interaktion mit ihren primären Bezugspersonen ausgerichtet sind. Das Bindungsverhalten konzentriert sich in dieser Altersphase vor allem auf einzelne Bindungspersonen, dies sind in den meisten Fällen die Eltern, und es ist vor allem durch das Herstellen körperlicher Nähe und emotionaler Entlastung durch Co-Regulation durch die Bindungsperson gekennzeichnet. Menschliche Säuglinge sind davon abhängig, von ihren Bezugspersonen versorgt zu werden, und dass diese ihre Bedürfnisse erkennen und feinfühlig beantworten. Bereits nach der Geburt ist das Bindungsverhalten eines Kindes so weit entwickelt, dass das Kind die Nähe zur Bindungsperson herstellen kann.

Zu Beginn des zweiten Lebensjahres haben die meisten Kinder eine relativ stabile Bindung an mindestens eine Person entwickelt. In diesem Alter sind die neurologischen Steuerungssysteme des kindlichen Verhaltens weit genug integriert, um schnell aktiviert werden zu können, sobald Gefahr droht. Bei einem Kleinkind entsteht Angst besonders durch die Entfernung der Bindungsperson. Zudem wird bei Kleinkindern das Bindungssystem besonders bei Belastungen (z.B. aufgrund von Müdigkeit, Unsicherheit, Angst oder auch Krankheit) aktiviert und führt dann zu einem grösseren Bindungsbedürfnis.

Die Phase der «zielorientierten Partnerschaft» beginnt, wenn das Kind kognitiv und sprachlich in der Lage ist, neben seinen eigenen Gefühlen, Zielen und Bedürfnissen auch die Gefühle, Ziele und Bedürfnisse anderer Personen in seine Gedanken mit einzubeziehen und sich darüber auszutauschen. Dadurch ist es Kindern möglich, Trennungen auf Zeit (z.B. Kindergartenbesuch) besser zu akzeptieren. Sie nutzen hierfür unter anderem die inzwischen gereiften Kompetenzen zur Selbstregulation und zur Abschätzung einer bestimmten Zeitdauer. Entsprechend brauchen Kinder im

Vorschulalter nicht mehr durchgängig die körperliche Anwesenheit der Bindungsperson, um sich sicher zu fühlen, sondern sind in der Lage, auf eine verinnerlichte «sichere Basis»

zurückzugreifen. Durch ihre im Vergleich zum Säugling grösseren motorischen Fähigkeiten können sie einerseits selbstständig die Nähe zur Bindungsperson suchen und aufrechterhalten, andererseits aber auch verstärkt ihre Umwelt erkunden. Auch in dieser Phase erleben Kinder Trennungen als Stress, welcher sich gegenüber der Bin-

dungsperson bei deren Wiederkehr in Wut, Protest und ambivalentem Verhalten äussern kann. In dieser Phase ist es besonders wichtig, dass Eltern mit den Wutreaktionen des Kindes adäquat umgehen, also nicht mit eigener Wut und Aggressivität, sondern mit Verständnis und Unterstützung bei der Regulation der negativen Emotionen reagieren.

Risikofaktoren beim Aufbau einer sicheren Bindungsbeziehung

Sowohl eine sichere Bindungsbeziehung als auch die eigene Selbstständigkeit sind wesentliche Voraussetzungen für sozial-interaktives Verhalten eines Kindes. Dabei verhält sich das Streben nach Exploration komplementär zur intuitiven Verhaltensbereitschaft, bei Gefahr, Angst oder Unsicherheit bei vertrauten Personen (z.B. den Eltern) Schutz und Sicherheit zu suchen. Einerseits brauchen Kinder Schutz und Sicherheit, andererseits sind sie neugierig und wollen die Welt entdecken. Eine Reihe von Risikokonstellationen kann den Aufbau sicherer Bindungsbeziehungen stören.

Basierend auf der Datenbasis langjähriger Forschung wird inzwischen nicht mehr infrage gestellt, dass Deprivation beziehungsweise das Fehlen adäquater Beziehungsangebote, von Wärme, Schutz und emotionaler Zuwendung oder wiederholte Beziehungsabbrüche zu wichtigen Bindungspersonen des Kindes die Ausbildung stabiler Bindungsbeziehungen beeinträchtigen beziehungsweise zu dauerhaften Defiziten in intellektuellen und sozial-emotionalen Bereichen bei den betroffenen Kindern führen können. So wurde beispielsweise in mehreren Studien nachgewiesen, dass Heimkinder, die ohne verlässliche Bezugspersonen aufwuchsen, Verhaltensstörungen und insbesondere Anzeichen eines schwer gestörten Bindungsverhaltens aufwiesen (8, 9). Hierfür ist vor allem die emotionale Deprivation verantwortlich.

Jedoch muss an dieser Stelle kritisch angemerkt werden, dass die Autoren vieler Studien, welche sich mit dem Einfluss deprivierender Umweltbedingungen befassen, ausschliesslich Kinder untersuchten, die in Institutionen vernachlässigt wurden. In der klinischen Praxis kommen jedoch viel häufiger Vernachlässigung und Missbrauch in der Herkunftsfamilie beziehungsweise wiederholte Beziehungsabbrüche durch mehrfache Umplatzierungen in Heimen oder Pflegefamilien vor.

Elterliches Pflege- und Interaktionsverhalten

Wie bereits erwähnt, steht die Qualität der elterlichen Fürsorge im Zentrum der Pathogenese von Bindungsstörungen. Papoušek und Papoušek (10) gehen davon aus, dass es eine biologisch angelegte elterliche Verhaltensdisposition gibt (intuitive Elternschaft), welche auf die Befriedigung der wesentlichen biologischen, sozialen und emotionalen Bedürfnisse des Säuglings oder Kleinkindes ausgerichtet ist und nicht erlernt werden muss. Jedoch kann das elterliche Fürsorgeverhalten durch mehrere Faktoren gehemmt werden. Hier sind besonders psychische Erkrankungen (einschliesslich Traumatisierungen) der Eltern, eigene (fehlende oder unzureichende) Bindungserfahrungen in der Kindheit der Eltern, gegenwärtige Beziehungserfahrungen, psychosoziale Stressfaktoren (z.B. Partnerschaftskonflikte, Armut), ge-

Bindungsmuster sind keine vererbten Merkmale, sondern sie werden durch Erfahrungen mit den eigenen Bezugspersonen gebildet.

Tabelle 2a:

Leitsymptome einer gestörten Eltern-Kind-Interaktion: kindliches Interaktionsverhalten

- auffälliger Ernst und Freudlosigkeit
- auffallende Passivität, Apathie, Interesselosigkeit und Unzugänglichkeit
- Fehlen von spontanem Blickaustausch mit der Bezugsperson
- Fehlen von Rückversicherungsblicken in unbekanntem Situationen
- aktives Vermeiden von Blickkontakt bei gleichzeitiger sozialer Offenheit
- Abhängigkeit von permanentem Nuckeln an Flasche oder Schnuller
- auffallende motorische Unruhe, Dysphorie und Ruhelosigkeit
- permanentes Fordern von Aufmerksamkeit
- ausgeprägte Spielunlust oder Hemmung der Explorations- und Spielbereitschaft im Beisein der Bezugspersonen
- exzessives Trotzverhalten und oppositionelles Verhalten
- ängstliches, überangepasstes und übervorsichtiges Verhalten in Anwesenheit der Bezugspersonen
- exzessives Klammern und panisches Schreien bereits bei geringen Anforderungssituationen
- auffallend babyhaftes Verhalten im Kleinkindalter
- aggressives, provokatives Verhalten, zum Beispiel bei der Kontaktaufnahme
- Geschwisterrivalität mit anhaltend aggressivem und körperlich verletzendem Verhalten
- eingeschränkte, gehemmte oder aggressive soziale Interaktion mit Gleichaltrigen

netische Prädispositionen und die damit assoziierten neurobiologischen Veränderungen zu nennen. Erhöhte Anforderungen des Kindes (z.B. bei exzessiv schreienden Säuglingen oder Behinderungen) können sich ebenfalls negativ auf die intuitiven elterlichen Kompetenzen auswirken (11).

Welchen massiven Einfluss das elterliche Interaktionsverhalten auf das kindliche Verhalten in dyadischen Interaktionen haben kann, zeigen eine Vielzahl von Experimenten mit dem sogenannten «Still-face-Paradigma» (12). Dabei zeigt die Mutter für einige Minuten nicht die vom Kind erwartete Reaktion auf seine Interaktionsangebote, sondern sie zeigt einen erstarrten Gesichtsausdruck. In diesen Experimenten konnte eindrücklich gezeigt werden, dass das elterliche Ignorieren des emotionalen Interaktionsangebots zu Unlust, Protest und deutlichen Anzeichen von Stress beim Kind führt (13). Gleichzeitig wurde beobachtet, dass das wiederholte Nichtbeantworten kindlicher Interaktionsangebote, wie es beispielsweise im Rahmen einer mütterlichen Depression zu beobachten ist, zu langfristigen Veränderungen im kindlichen Interaktionsverhalten beiträgt.

Elterliche Psychopathologien als Risikofaktoren

Psychische Erkrankungen der Eltern sind bedeutende Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung sowie für emotionale und Verhaltensauffälligkeiten des Kindes (14–21). Besonders zu nennen sind depressive Störungen der Eltern, da diese die häufigsten psychischen Erkrankungen im Postpartalzeitraum sind. Mütterliche Depressionen, welche vor, während oder nach der Schwangerschaft beginnen können, gehen einerseits mit einer beeinträchtigten mütterlichen Feinfühligkeit beziehungsweise Sensitivität und mit Störungen der Mutter-Kind-Interaktion einher (22, 23), andererseits sind sie ein Risikofaktor für emotionale und kognitive Entwicklungsdefizite des Kindes (24). Dabei stellt die beeinträchtigte Mutter-Kind-Interaktion den zentralen, vermittelnden Wirkfaktor dar. Mehrere Studien konnten zeigen, dass nicht die Depression per se einen ungünstigen Einfluss auf die kindliche Entwicklung hatte, sondern der mütterliche Interaktionsstil beziehungsweise die mütterliche Sensitivität (25). Entsprechend wurden bei den Kindern von depressiven Müttern mit nicht beeinträchtigtem Interaktionsverhalten keine Defizite in der kognitiven und emotionalen Entwicklung nachgewiesen.

Bei postpartalen Depressionen sind die Interaktionsprozesse zwischen Müttern und ihren Kindern jedoch häufig beeinträchtigt (27). Depressive Mütter wiesen ein höheres Ausmass an Intrusivität, Aggressionen dem Kind gegenüber, Rückzugsverhalten und weniger positives Engagement in der Interaktion mit ihren Säuglingen auf. Weiterhin beschreiben Reck et al. (26), dass depressive Mütter eine verringerte Fähigkeit zur Wahrnehmung kindlicher Signale und zur Regulation kindlicher Affekte aufwiesen. Depressive Mütter werden in geringerem Ausmass durch die Anzeichen von Stress bei ihrem Kind zu einer Handlung aktiviert und reagieren entsprechend weniger stark auf negative Äusserungen ihres Kindes (27). Depressive Mütter schätzen sich hinsichtlich ihrer Selbstwirksamkeit in der elterlichen Rolle deutlich negativer ein als nicht depressive Mütter. Auch nehmen sie

das Verhalten ihrer Kinder deutlich negativer wahr, was wiederum im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung einen ungünstigen Einfluss auf die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion und die mütterliche Selbstwirksamkeit haben kann. Dadurch wirken sich die depressiven Symptome der Mutter negativ auf die interpersonelle Emotionsregulation aus, was wiederum aufseiten des Kindes zu einer höheren Irritabilität, geringeren selbstregulatorischen Fähigkeiten und einer unsicheren Bindung führen kann.

Die Säuglinge depressiver Müttern zeigen in der Interaktion vermehrtes Rückzugsverhalten, weniger positiven Affekt und vermeiden häufiger den Blickkontakt zur Mutter (28). Das Wegdrehen des Kopfes beziehungsweise die Blickvermeidung kann als Versuch des Kindes verstanden werden, sich vor dem nicht responsiven mütterlichen Verhalten zu schützen. Neben depressiven Störungen stellen jedoch auch Angststörungen (14, 29–32), Borderline-Persönlichkeitsstörungen (33–35) oder andere elterliche psychische Auffälligkeiten relevante Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung dar, und sie gehen mit Auffälligkeiten in der Eltern-Kind-Interaktion einher (geringere Sensitivität etc.).

Bindungserfahrungen der Eltern

Dass die eigenen Bindungserfahrungen der Eltern einen Effekt auf ihr Interaktions- und Fürsorgeverhalten haben können, wurde bereits erwähnt. Schoenmaker et al. (36) untersuchten in diesem Zusammenhang experimentell,

Ein einmal erworbenes Bindungsmuster bleibt nicht zwangsläufig bis ins hohe Alter stabil.

Tabelle 2b:

Leitsymptome einer gestörten Eltern-Kind-Interaktion: dysfunktionale Interaktionsmuster

- Teufelskreis mit negativer Gegenseitigkeit in den Funktionsbereichen Beruhigen, Schlafenlegen, Füttern, Zwiegespräch, Spiel, Abgrenzen und Grenzsetzen
- Mangel an Bezogenheit mit Einschränkung, Blockierung oder stereotypem Ausüben der intuitiven Verhaltensbereitschaften, zum Beispiel tonlose Sprechweise oder Verstummen im Umgang mit dem Baby, fehlende Gussreaktion auf Blickzuwendung des Babys, Unsicherheit im körperlichen Bezug zum Baby, Vermeiden von Körperkontakt
- ängstlich-angespannte Bezogenheit mit zum Teil sehr raschem Anspringen und überfürsorglichem, die kindliche Selbstregulation einschränkenden Eingehen auf jede Äusserung kindlichen Missbehagens, Einschränkung spontaner kindlicher Explorationsbedürfnisse, ausgeprägte Hilflosigkeit, auffallend unbeholfenes, überängstliches «Handling», Abschirmen gegenüber Kontakt mit anderen Personen
- konflikthafte Bezogenheit mit stereotypem, getriebenem Wiederholen und pausenlosem raschem Abwechseln von Stimulation und Spielchen ohne Rücksicht auf die kindliche Aufnahmebereitschaft, abrupte Wechsel von aufgesetzt freundlichem und zurückweisend strengem Verhalten
- verdeckte oder offene Ablehnung mit auffallend grobem «Handling» ohne Bezug zum Kind und ohne Rücksicht auf kindliche Signale, fehlende Zärtlichkeit oder unvermittelt heftige Zärtlichkeitsbekundungen
- drohende Misshandlung mit manifester Vernachlässigung, inadäquate Ernährung mit mangelndem körperlichem Gedeihen, schlechter Pflegezustand, Übergehen kindlicher Signale der Interaktionsbereitschaft und Übersehen von Gefahrensituationen

wie sich die eigene Bindungsrepräsentation adoptierter Erwachsener auf deren Reaktivität beim Schreien eines Säuglings auswirkte. Teilnehmer mit einer unsicheren Bindungsrepräsentation reagierten mit der stärksten sympathischen Aktivierung, also der stärkeren Stressreaktion, bei gleichzeitig verminderter Reaktionsbereitschaft. Diese Beobachtung kann dahingehend interpretiert werden, dass Eltern, die aufgrund ihrer eigenen Bindungserfahrungen eine unsichere Bindungsrepräsentation entwickelt haben, durch die Bedürfnisäusserungen ihrer Kinder stärker gestresst werden und weniger sensitiv auf diese reagieren.

Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren zum elterlichen Fürsorgeverhalten, in denen man Säuglingschreien als Stimulus verwendete, konnten zeigen, dass vor allem neuronale Gebiete, welche mit motivationalem (Striatum, Amygdala, Hypothalamus und Hippocampus) und empathischem (Cingulum, Insula, Frontalkortex)

Eine mütterliche Depression hat per se keinen ungünstigen Einfluss auf die kindliche Entwicklung, entscheidend sind mütterlicher Interaktionsstil und Sensitivität.

Verhalten in Verbindung gebracht werden, durch die Signale von Säuglingen besonders stark aktiviert werden. Eine wichtige Rolle spielen darunter auch Regionen, welche Gedächtnisprozesse steuern, wie Hippocampus und Amygdala (37). Die gleiche Arbeitsgruppe (38) untersuchte weiterhin, wie sich eigene negative Beziehungserfahrungen der Eltern auf diese neurobiologischen Korrelate auswirken und welche Rolle sie bei pathologischem Elternverhalten spielen. Die Autoren beobachteten die neuronalen Reaktionen von erwachsenen Nicht-Eltern auf kindliche Schreilaute. Sie fanden neben einem Geschlechtseffekt auch einen deutlichen Einfluss aversiver Lebensbedingungen in der Kindheit auf die Sensitivität der Teilnehmer. Teilnehmer aus der Armutgruppe reagierten stärker mit emotionaler Ablehnung des Schreiens und waren weniger bereit, die Ursache des Schreiens zu ergründen, um sie zu beheben. Damit zeigt diese Untersuchung, dass deprivierende Lebensbedingungen der Eltern in deren eigener Kindheit die elterliche Sensitivität reduzieren und somit auch als Auslöser von Bindungsstörungen infrage kommen. Weiterhin fand die Arbeitsgruppe, dass die erinnerte Qualität der Eltern-Kind-Beziehung mit der Hirnstruktur und mit deren funktionaler Reaktion auf

Auch das Temperament des Kindes, seine Merkmale und Interaktionsbereitschaft spielen für die Entwicklung von Bindungsbeziehungen eine Rolle.

kindliche Stimuli bei Müttern im ersten Monat nach der Geburt des Kindes verbunden war. Das Volumen der grauen Substanz in verschiedenen Hirnregionen war bei Müttern mit positiveren Beziehungserfahrungen grösser, und es wies eine stärkere Aktivierung beim Schreien des Kindes auf (39).

Kindliches Temperament

Neben dem Verhalten der Bezugspersonen spielen auch Merkmale des Kindes und seine Interaktionsbereitschaft in der normativen Entwicklung von Bindungsbeziehungen eine Rolle. Hier ist vor allem das Temperament eines

Kindes, also die genetisch fundierte Art und Weise, wie es auf neue Reize reagiert und sich an diese anpasst, zu nennen. Dies spielt in der Entwicklung des Bindungsverhaltens eine zentrale Rolle.

So beschreibt Gervai (40) in einer Übersichtsarbeit, dass elterliches Verhalten zwar zu einem Drittel die Bindungssicherheit beziehungsweise Bindungsdesorganisation eines Kindes vorhersagt, jedoch das kindliche Temperament und die damit assoziierte genetische Ausstattung einen ganz erheblichen, eigenständigen Beitrag zur Bindungsentwicklung leistet. Gemäss der «Differential-susceptibility»-Theorie (41) haben neben der frühen Umwelt vor allem genetische Unterschiede dahingehend eine Bedeutung, dass sich Kinder mit einem bestimmten genetischen Profil beziehungsweise bestimmten Temperamentsmerkmalen auch in einer weniger optimalen Kindheit und auch bei weniger sensitiven Eltern gut entwickeln können, während bei anderen Kindern die familiäre Umwelt wesentlich optimaler gestaltet werden muss, um sichere Bindungsmuster zu fördern beziehungsweise Bindungsdesorganisationen zu verhindern.

Zeanah und Fox (42) leiten die unterschiedlichen Entwicklungspfade der reaktiven Bindungsstörung beziehungsweise der Bindungsstörung mit Enthemmung aus Temperamentsmerkmalen des Kindes ab. Diese Autoren gehen davon aus, dass Temperamentsunterschiede die unterschiedlichen Verhaltensweisen von Kindern, die unter aversiven und vernachlässigenden Bedingungen aufwachsen, erklären können. Sie betonen jedoch auch, dass ein gestörtes Bindungsverhalten ausschliesslich unter deprivierenden und vernachlässigenden Bedingungen unter Abwesenheit fester Bindungsbeziehungen oder bei einem sehr häufigen Wechsel der Bindungspersonen entwickelt wird.

Frühgeburtlichkeit

Frühgeburtlichkeit eines Kindes kann in der Pathogenese von Bindungsstörungen ebenfalls eine Rolle spielen. Mehrere Studien haben gezeigt, dass extrem früh geborene Kinder (<1500 g Geburtsgewicht) ein deutlich erhöhtes Risiko für eine Bindungsstörung haben (44). Bei solchen Kindern erschweren vor allem Defizite in der Informationsverarbeitung sozialer Reize den Beziehungsaufbau. Bei zu früh geborenen Kindern wurden wesentlich häufiger desorganisierte Bindungsstile gefunden, auch wenn sich die Eltern in ihrem Beziehungsverhalten kaum von demjenigen der Eltern Termingeborener unterschieden (44).

Diese Verhaltensmuster können einerseits durch Unterschiede in der Hirnentwicklung beziehungsweise neuronale Defekte bei Frühgeborenen erklärt werden, andererseits sind extrem früh geborene Kinder in kritischen Hirnentwicklungsphasen auch einer abnormalen physischen und psychosozialen Umwelt ausgesetzt (45). Dabei konnte unter anderem von Karabekiroglu et al. (46) gezeigt werden, dass die Frühgeburtlichkeit an sich nicht zu interaktionellen Defiziten bei den Müttern führte, sondern dass sowohl die frühen Umweltbedingungen als auch die neurologischen Folgen der Frühgeburtlichkeit die Mutter-Kind-Interaktion beeinflusste.

Wie erkennt man eine beeinträchtigte Eltern-Kind-Beziehung?

Störungen in der Eltern-Kind-Beziehung gefährden die gesunde emotionale und kognitive Entwicklung der Kinder. Darum kommt der Früherkennung solcher Störungen eine so grosse Bedeutung zu. Dem aktuellen Stand der Literatur folgend, lassen sich klar umschriebene Leitsymptome einer beeinträchtigten Eltern-Kind-Beziehung beobachten (vgl. *Tabelle 2a, 2b* und [47]).

Störungen in der Eltern-Kind-Beziehung sind jedoch nicht gleichzusetzen mit Bindungsstörungen. Eine frühkindliche Bindungsstörung im Kontext einer gestörten Eltern-Kind-Beziehung sollte nicht vor Ende des ersten Lebensjahrs diagnostiziert werden. Im Gegensatz zur Beziehungsstörung handelt es sich bei der Bindungsstörung um eine im Kind angesiedelte Psychopathologie, die neben der Einschränkung des Bindungsverhaltens auch das Explorationsverhalten und die Emotionalität betrifft.

Wie lassen sich sichere Bindungsbeziehungen im ersten Lebensjahr fördern?

Ziel bindungstheoretisch begründeter Interventionen im Säuglings- und Kleinkindalter sollte die Förderung der elterlichen Feinfühligkeit sowie der positiven Eltern-Kind-Interaktionen und damit die Förderung sicherer Bindungsbeziehungen sein. Dabei gibt es zwei mögliche therapeutische Ansatzpunkte:

- a) Der Therapeut setzt auf der Verhaltensebene an und versucht, unter anderem durch den Einsatz von Video-Feedback, das elterliche Verhalten im Umgang mit ihren Kindern zu modifizieren. Hierbei werden zunächst alle bereits positiven Aspekte der Eltern-Kind-Interaktion hervorgehoben (z.B. gelungener nonverbaler/verbaler Dialog zwischen Mutter/Vater und Kind mit reziprokem Lächeln, Blickkontakt etc.), bevor in weiteren Schritten weniger gelungene Interaktionen analysiert werden.
- b) Der Therapeut bearbeitet mit den Eltern deren eigene Bindungsrepräsentationen und versucht, die Eltern zur Reflexion der eigenen Kindheitserfahrungen und den daraus resultierenden inneren Arbeitsmodellen anzuleiten. Dadurch soll es den Eltern schliesslich möglich werden, zu ihrem Kind wieder eine sicherheitspendende Beziehung aufzubauen. Dabei spielt auch die Bearbeitung und die Integration eigener traumatischer Erfahrungen eine wesentliche Rolle.

Weiterführende und ins Detail gehende Informationen, wie Eltern-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr gefördert beziehungsweise wie Beziehungsstörungen präventiv entgegengewirkt werden kann, finden sich bei Ziegenhain et al. (48).

Korrespondenzadresse:

Margarete Bolten
Universität Basel
Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik
Kornhausgasse 7
4051 Basel
E-Mail: margarete.bolten@upkbs.ch

Interessenlage: Die Autorinnen deklarieren, dass keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit dieser Publikation bestehen.

Literatur:

1. Spitz RA: Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The psychoanalytic study of the child* 1945; 1(1): 53–74.
2. Harlow HF, Dodsworth RO, Harlow MK: Total social isolation in monkeys. *Proc Natl Acad Sci* 1965; 54(1): 90–97.
3. Ainsworth MDS et al.: Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Lawrence Erlbaum Assoc. Inc., 1978.
4. Ainsworth MDS, Wittig BA: Attachment and exploratory behavior of 1-year-olds in a strange situation. In Foss BM (ed.): *Determinants of infant behavior IV*; Methuen 1969; 111–136.
5. Main M, Solomon J: Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. In Greenberg M, Cicchetti D, Cumming EM (eds.): *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. University of Chicago Press 1990; 121–160.
6. Main M, Hesse E, Kaplan N: Predictability of attachment behavior and representational processes at 1, 6, and 19 years of age. Grossmann KE, Grossmann K, Waters E (eds.): *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*. The Guilford Press 2005; 245–304.
7. Sroufe LA et al.: Placing early attachment experiences in developmental context. Grossmann KE, Grossmann K, Waters E (eds.): *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*. The Guilford Press 2005; 48–70.
8. Humphreys KL et al.: Effects of institutional rearing and foster care on psychopathology at age 12 years in Romania: follow-up of an open, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2015; 2(7): 625–634.
9. Iftene F, Roberts N: Romanian adolescents: Literature review and psychiatric presentation of romanian adolescents adopted in romania and in canada. *Can Child Adolesc Psychiatr Rev* 2004; 13(4): 110–113.
10. Papoušek H, Papoušek M: Intuitive parenting: A dialectic counterpart to the infant's integrative competence. In Osofsky JD (ed.): *Handbook of infant development (second edition)*; New York: Wiley 1987; 669–720.
11. Bolten M: Emotionsregulation bei Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. In In-Albon T (Hrsg.): *Emotionsregulation und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart: Kohlhammer 2015; 80–94.
12. Tronick E et al.: The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *JACAAP* 1978; 17(1): 1–13.
13. Mesman J, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ: The many faces of the still-face paradigm: A review and meta-analysis. *Developmental Review* 2009; 29: 120–162.
14. Warren SL et al.: Maternal panic disorder: Infant temperament, neurophysiology, and parenting behaviors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 2003; 42: 814–825.
15. Ramchandani P, Psychoiou L: Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *Lancet* 2009; 374: 646–653.
16. Goodman SH et al.: Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2011; 14: 1–27.
17. Starr LR et al.: Transdiagnostic and disorder-specific models of intergenerational transmission of internalizing pathology. *Psychol Med* 2014; 44: 161–172.
18. Bolten M et al.: Verhaltens- und emotionale Probleme bei Vorschulkindern im Kontext der Mutter-Kind-Interaktion. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 2016; 45 (4): 234–244.
19. Reck C, Nonnenmacher N, Zietlow AL: Intergenerational transmission of internalizing behavior: the role of maternal psychopathology, child responsiveness and maternal attachment style insecurity. *Psychopathology* 2016; 49(4): 277–284.
20. Wiegand-Grefe S, Petermann F: Kinder psychisch erkrankter Eltern. *Kindheit und Entwicklung* 2016; 25(2): 63–67.
21. Plass-Christl A et al.: Parents with mental health problems and their children in a German population based sample: Results of the BELLA study. *PLoS one* 2017; 12(7): e0180410.
22. Field T: Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev* 2010; 33(1): 1–6.
23. Bernard K et al.: Association between maternal depression and maternal sensitivity from birth to 12 months: a meta-analysis. *Attachment & Human Develop* 2018; 20(3): 1–22.
24. McDonald SW, Kehler HL, Tough SC: Protective factors for child development at age 2 in the presence of poor maternal mental health: results from the All Our Babies (AOB) pregnancy cohort. *BMJ Open* 2016; 6: e012096.
25. Murray L, Cooper PJ: The impact of postpartum depression on child development. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8(1): 55–63.
26. Reck C et al.: Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: an overview. *Psychopathology* 2004; 37: 272–280.

27. Laurent HK, Ablow JC: A cry in the dark: depressed mothers show reduced neural activation to their own infant's cry. *SCAN* 2012; 7: 125–134.
28. Papoušek M: Intuitive elterliche Kompetenzen. Eine Ressource in der präventiven Eltern-Säuglings-Beratung und-psychotherapie. *Zeitschrift der Deutschen Liga für das Kind* 2001; 1: 4–10.
29. Meeks S, Woodruff-Borden J, Depp CA: Structural differentiation of self-reported depression and anxiety in late life. *J Anxiety Disord* 2003; 17(6): 627–646.
30. Ross LE, McLean LM: Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(8): 1285–1298.
31. Murray L et al.: The effects of maternal social phobia on mother–infant interactions and infant social responsiveness. *J Child Psychol Psychiatry* 2007; 48: 45–52.
32. Schneider S et al.: Effect of maternal panic disorder on mother-child interaction and relation to child anxiety and child self-efficacy. *Arch Womens Mental Health* 2009; 12: 251–259.
33. White CN et al.: Family studies of borderline personality disorder: a review. *Harv Rev Psychiatry* 2003; 11: 8–18.
34. Barnow S et al.: Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45(8): 965–972.
35. Boucher ME et al.: Parent–child relationship associated with the development of borderline personality disorder: A systematic review. *Personality and Mental Health* 2017; 11: 229–255.
36. Schoemaker C et al.: From maternal sensitivity in infancy to adult attachment representations: a longitudinal adoption study with secure base scripts. *Attachment & Human Develop* 2015; 17(3): 241–256.
37. Swain JE, Kim P, Ho SS: Neuroendocrinology of parental response to baby-cry. *J Neuroendocrinol* 2011; 23(11): 1036–1041.
38. Kim P et al.: Childhood social inequalities influences neural processes in young adult caregiving. *Develop Psychobiol* 2015; 57(8): 948–960.
39. Kim P et al.: Perceived quality of maternal care in childhood and structure and function of mothers' brain. *Develop Sci* 2010; 13(4): 662–673.
40. Gervai J: Environmental and genetic influences on early attachment. *Child Adolesc Ment Health* 2009; 3(1): 25–28.
41. Belsky J, Pluess M: Beyond diathesis stress: differential susceptibility to environmental influences. *Psychological bulletin*: 2009; 135(6): 885–908.
42. Zeanah, CH, Fox NA: Temperament and attachment disorders. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2004; 33(1): 32–41.
43. Anderson C, Cocola P: Implications of preterm birth for maternal mental health and infant development. *MCN* 2017; 42(2): 108–114.
44. Wolke D, Eryigit-Madzwamuse S, Gutbrod T: Very preterm/very low birthweight infants' attachment: infant and maternal characteristics. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 2014; 99(1): F70–F75.
45. Johnson S, Marlow N: Preterm birth and childhood psychiatric disorders. *Pediatr Res* 2011; 69(5 Pt 2): 11R–8R.
46. Karabekiroglu K et al.: Mother-child interactions of preterm toddlers. *Arch Neuropsychiatr* 2015; 52: 157–162.
47. Zulauf Logoz M, Imhof Nielsen E: Bindungsprobleme? Typische Anzeichen einer Störung der Eltern-Kind-Beziehung in der Praxis. *Pädiatrie* 2016; 21(3): 25–28.
48. Ziegenhain U et al.: Lernprogramm Baby-Lesen mit Übungsfilmen für Hebammen, Kinderärzte, Kinderkrankenschwestern und Sozialberufe (2. Auflage). Stuttgart: Hippokrates 2016.